



Relatório Brasileiro sobre Drogas

ORGANIZADORES

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Vladimir de Andrade Stempliuk

Lúcia Pereira Barroso

Relatório Brasileiro sobre Drogas



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL
SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Vice-Presidente da República

José Alencar Gomes da Silva

Ministro Chefe do Gabinete de Segurança Institucional

Jorge Armando Felix

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas

Paulo Roberto Yog de Miranda Uchoa

Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas Adjunta

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Coordenador-Geral do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

Vladimir de Andrade Stempliuk

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 5º andar, sala 528

70054-906 Brasília DF

Telefones (61) 3411-3263 / 3411-2320

Brasília

2009

Relatório Brasileiro sobre Drogas

ORGANIZADORES

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Vladimir de Andrade Stempliuk
Lúcia Pereira Barroso



IME-USP



Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança
Institucional



EQUIPE EDITORIAL

Secretária Adjunta e Responsável Técnica pela
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

Vladimir de Andrade Stempliuk
Luciana dos Reis Elias
Cejana Brasil Cirilo Passos
Maria Cristina Moraes Pereira
Fernanda Lattarulo Campos

Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo

Lúcia Pereira Barroso
Antonio Carlos Pedroso de Lima
Carmen Diva Saldiva de André

Pesquisadores:

Marcelo Santos Cruz

Colaboradores:

Daniel Eduardo Portela
Daniel Kashiwamura Scheffer
Elisaldo Luiz de Araújo Carlini
José Mauro de Abreu
Maria de Fátima Pereira Barroso Barboza
Rinaldo Artes
Rogério Shiguelo Morihisa
Tatiana Terabayashi Melhado

Revisão Técnica

Flávio Pechansky
Laura Helena Silveira Guerra de Andrade
Marcelo Santos Cruz

Revisão do português

Fernanda Moreno Cardoso

Tradução para o inglês

Martin Edward Weber

Tradução para o espanhol

Alicia Raquel Jasper de Portela

Capa

Luís Ricardo Câmara

Projeto gráfico, diagramação e editoração

Sergio Kon/A Máquina de Ideias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B823r Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

ISBN 978-85-60662-27-2

Nota: Publicação elaborada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid), em parceria com o Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo (IME-USP).

1. Epidemiologia descritiva. 2. Estatísticas de saúde. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 4. Estatísticas do uso de drogas. I. Título

CDU – 613.83:615.32

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: www.senad.gov.br

Tiragem: 5000 exemplares

Gravado no Brasil *Printed in Brazil*

Sumário

9	Apresentação
11	Introdução
17	Panorama do Consumo de Drogas no Brasil
19	1. Uso de álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas no Brasil
57	2. Uso de álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas por estudantes do ensino fundamental e médio de rede pública
77	3. Padrões de uso de álcool no Brasil
95	4. Uso de álcool e outras drogas por povos indígenas
109	Consequências do Uso de Drogas sobre a Saúde e Segurança Públicas Brasileiras
111	5. Casos de aids entre usuários de drogas injetáveis
131	6. Infecção por hepatites virais decorrentes do uso de drogas
163	7. Internações decorrentes do uso de drogas no Sistema Único de Saúde
181	8. Mortalidade diretamente associada ao uso de drogas

203	9.	Afastamentos e aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas
239	10.	Acidentes em rodovias federais associados ao uso de álcool
251	11.	Crimes de posse e tráfico de drogas
283	12.	Apreensões de drogas pelo Departamento de Polícia Federal
305	13.	Valores arrecadados pelo Fundo Nacional Antidrogas por meio de bens apreendidos de traficantes
311		Estrutura de Atenção aos Problemas Associados ao Uso de Álcool e outras Drogas no Brasil
313	14.	Mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas
327	15.	A rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde
337		Discussão e Considerações Finais
339	16.	Análise global envolvendo indicadores de saúde
345	17.	Impacto do uso de drogas na população brasileira
359		Referências

Apresentação

JORGE ARMANDO FELIX

Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e Presidente do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD

Esta publicação é o resultado do trabalho que vem sendo desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e pelos diversos órgãos da Administração Pública, responsáveis pelas políticas setoriais relacionadas ao tema, bem como pelas instituições acadêmicas produtoras de conhecimentos sobre drogas no Brasil.

Este relatório preenche lacuna até então existente, ao disponibilizar de forma reunida, aos componentes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD - à população em geral e à comunidade internacional, os dados mais abrangentes e relevantes sobre a situação nacional do consumo de drogas e suas consequências, bem como as ações empreendidas para reduzir a sua oferta no Brasil.

As informações ora apresentadas restringem-se aos anos de 2001 a 2007, em função de nossa responsabilidade em apresentar os dados já consolidados pelos grandes sistemas e bases de dados nacionais. Descreve-se, portanto, neste relatório o que ocorreu no país em passado recente para inferir-se, de modo mais preciso, sobre as circunstâncias da situação presente.

A possibilidade da reunião desses dados nesta publicação, por si só já demonstra que neste período o país avançou significativamente na organização de serviços e na produção de conhecimentos sobre os principais aspectos do problema. Ao mesmo tempo, as estatísticas apresentadas descrevem de forma mais precisa a distribuição do consumo, tráfico e outros problemas associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas, na população brasileira, apontando claramente a dimensão do seu impacto negativo sobre a sociedade.

A complexidade do fenômeno e a diversidade de aspectos da vida do cidadão afetado dificultam a elaboração de explicações sobre as razões de certos dados. Assim, o objetivo desse primeiro relatório é dotar o país com uma fonte unificada de informações, de modo a orientar o foco da atenção para alguns dos principais aspectos do problema, facilitando a avaliação de seu impacto sobre a sociedade. Esperamos, também, que este relatório estimule o desenvolvimento de novas pesquisas que tenham o propósito de esclarecer os pontos ainda pouco compreendidos desse fenômeno.

É o caso, por exemplo, das informações referentes ao consumo do *crack* e suas consequências no Brasil. Os dados reunidos mostram um consumo discreto e estável na população brasileira entre os anos de 2001 e 2005, mas há, no entanto, fortes evidências de que a partir deste ano o consumo desta substância, bem como sua associação a diversos agravos à saúde, à criminalidade e à violência tem se tornado mais frequente.

Com vistas a melhor lidar com esta problemática, o Governo Federal, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - Pronasci, lançou, em 2009, programa específico para prevenir o consumo de *crack* e suas consequências em 5 regiões metropolitanas que apresentam alta prevalência dessa substância: Brasília, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e Vitória. O programa foi iniciado com a realização de um amplo estudo epidemiológico e etnográfico com o objetivo de gerar informações atualizadas sobre a extensão, padrões de uso e impactos sobre o indivíduo e a comunidade, de modo a subsidiar o planejamento das ações a serem empreendidas para prevenir o uso e tratar as pessoas com o problema. Além disso, o programa prevê também a realização de uma pesquisa para o desenvolvimento de modelos mais eficazes de tratamento, bem como de um conjunto de ações a serem desenvolvidas de forma integrada pelos governos Federal, Estaduais e Municipais e as Organizações da Sociedade Civil locais para fazer frente à problemática identificada.

Seguindo esta mesma linha de raciocínio, outros estudos relevantes serão iniciados em 2010 de forma a avançar inexoravelmente no aperfeiçoamento e atualização das informações sobre o tema.

Para o campo das políticas públicas, os dados são de extrema importância, pois informam sobre os principais aspectos dessa problemática em nível nacional e estadual e também nas capitais brasileiras, permitindo sua comparabilidade. Além disso, o relatório constitui-se referência para estudos e avaliações futuras sobre a efetividade das políticas públicas atualmente implementadas no Brasil.

Os dados são também um alerta para o Governo e a sociedade, uma vez que aponta claramente que o consumo indevido e o tráfico de drogas provocam graves danos ao país. Milhares de pessoas são direta e indiretamente afetadas, gerando custos sociais e econômicos que demandam a implementação de políticas abrangentes, descentralizadas e integrais que visem a sua redução.

Introdução

A Política Nacional Sobre Drogas – PNAD define, dentre suas diretrizes e objetivos, a necessidade de garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, da oferta e dos danos associados ao uso de drogas; e preconiza a realização sistemática de estudos e pesquisas na área, como forma de atingir esse objetivo.

De acordo com o Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006 - que regulamenta a legislação atual sobre drogas vigente no país, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 - cabe ao Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID – da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, divulgar, por meio eletrônico e impresso, pesquisas e indicadores referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas, que permitam aperfeiçoar o sistema de informações para subsidiar o intercâmbio de dados entre instituições regionais, nacionais e estrangeiras.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas tem se empenhado, conforme estabelecido na Lei, em produzir dados sobre o consumo de drogas pela população brasileira em geral, estudantes de ensino fundamental e médio e outros estratos relevantes da população brasileira, incluindo os que vivem em situação de vulnerabilidade social. Outras instituições da administração pública produzem, em seus âmbitos de atuação, informações sobre saúde, previdência e ações de segurança pública associadas à repressão ao tráfico e à prevenção ao uso de drogas.

No entanto, apesar da existência dispersa desses dados, ainda não havia sido elaborado um relatório, por parte do Governo Federal, que reunisse e analisasse de forma sistemática todas essas

informações com vistas a consolidar um diagnóstico amplo da situação de demanda e oferta de drogas no país.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas vem preencher essa lacuna e constitui-se na primeira fonte unificada de informações sobre drogas no país, facilitando o acesso dos membros do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, da população em geral e da comunidade internacional, aos dados mais relevantes sobre a situação nacional do consumo de drogas e suas consequências. A meta final do relatório é subsidiar o planejamento e a execução de políticas públicas setoriais nessa área de drogas.

Neste sentido, além da apresentação dos diversos indicadores que possibilitam avaliar a situação do consumo das diversas drogas no Brasil e seu impacto sobre a sociedade, foi priorizada a análise da sua variação ao longo do tempo, de modo a detectar possíveis tendências. Para a consecução desse último objetivo foi necessário, então, restringir o período aos anos de 2001 a 2007. Cabe salientar que alguns sistemas, ainda hoje, não consolidaram os dados referentes a esse último ano, sendo considerados, portanto, como preliminares. Da mesma forma os dados referentes a 2008 e 2009 estão em fase de consolidação e se fossem considerados correr-se-ia o risco de divulgar informações incorretas.

Todas as informações contidas neste relatório e disponibilizadas pelos diversos órgãos do governo federal são de responsabilidade das respectivas fontes. Os diferentes capítulos foram também submetidos aos diversos parceiros que se pronunciaram sobre a correção das informações e pertinência das análises realizadas. Todas as sugestões e alterações foram, dentro do possível, incorporadas ao presente texto.

Objetivo

O relatório tem como objetivo geral analisar e reportar a situação da demanda, da oferta e dos danos associados a drogas no Brasil nos anos de 2001 a 2007.

Metodologia

Os dados necessários à elaboração de cada um dos capítulos deste relatório foram cedidos à SENAD pelas seguintes instituições:

- Fundo Nacional Antidrogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas;
- Ministério da Justiça: Rede Infoseg da Secretaria Nacional de Segurança Pública; Coordenação Geral de Polícia de Repressão a Entorpecentes da Diretoria de Combate ao Crime Organizado do Departamento de Polícia Federal; Departamento de Polícia Rodoviária Federal;
- Ministério da Previdência Social: Coordenação Geral de Estatística, Demografia e Atuária da Secretaria de Políticas de Previdência Social; Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social;

- Ministério da Saúde: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde; Programa Nacional de DST e AIDS; Programa de Controle e Prevenção às Hepatites Virais; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; Sistema de Informações Hospitalares e Sistema de Informações sobre Mortalidade; Secretarias de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde;
- Universidade Federal de São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas;
- Universidade de Brasília.

A SENAD reuniu e disponibilizou as informações que foram preparadas e preenchidas em planilhas eletrônicas. Parte das informações foi retirada dos relatórios já publicados: *I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*; *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*; e *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira*, todos eles patrocinados pela SENAD.

É importante salientar que os resultados aqui apresentados devem ser analisados com cautela, especialmente pelas limitações encontradas nos processos de coleta e registro dos dados, desde o preenchimento de formulários até a consolidação dos bancos de dados, alguns deles em aberto por longo período. Os dados reportados referem-se aos casos cuja associação primária é o uso de drogas e constituem indicadores adotados internacionalmente para avaliação da situação dos países com relação ao uso de drogas e suas consequências. No entanto, não abrangem todos os agravos da saúde, consequências sociais e no campo da segurança pública que podem estar de alguma forma relacionados ao uso de drogas. Outro ponto importante diz respeito à padronização utilizada (taxas por 100.000 habitantes). Essa taxa não é uniformemente utilizada em todas as áreas consideradas, mas foi escolhida como forma padrão do relatório para que se pudesse fazer alguma comparação entre as unidades federativas.

Toda a informação foi organizada em dezessete capítulos. Em cada um deles é descrito, quando for o caso, o plano amostral e as técnicas de análise estatística utilizadas. Para avaliar a existência de tendência no decorrer dos anos, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson (exceto no capítulo 2). Como foi utilizado um número reduzido de pontos no cálculo desse coeficiente, somente tendências muito fortes foram consideradas significativas. Nos testes de hipóteses efetuados neste texto foi fixado nível de significância de 0,05.

Os quatro primeiros capítulos referem-se a estudos epidemiológicos realizados no Brasil. No primeiro capítulo são fornecidas informações referentes aos *I e II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. No segundo capítulo, o leitor terá acesso aos dados coletados no *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Todos estes estudos foram realizados pela SENAD em convênio com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. Os dados considerados nos capítulos 3 e 4 referem-se ao *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira* e ao *Levantamento sobre*

Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, ambos realizados pela SENAD, o primeiro em parceria com a Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Os capítulos 5 e 6 apresentam dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN – do Ministério da Saúde. No capítulo 5 são abordados os dados referentes aos casos de aids em indivíduos da categoria de exposição UDI (Usuários de Drogas Injetáveis) com 13 ou mais anos de idade, enquanto que o capítulo 6 refere-se aos casos de hepatites B e C para os quais o uso de drogas foi indicado como provável fonte de infecção.

O capítulo 7 apresenta casos de internação, decorrentes do uso de drogas e notificados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde da rede SUS de atenção ao uso de álcool e outras drogas.

No capítulo 8, são considerados os dados sobre óbitos cuja causa básica foi envenenamento (intoxicação) ou transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, notificados no sistema SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade). Este sistema está vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e coleta aproximadamente 40 variáveis das declarações de óbito, de modo a captar informações sobre o número de óbitos ocorridos no Brasil, contados segundo o ano e local de residência do falecido ou de ocorrência do óbito. O documento básico para esse tipo de registro no Brasil é a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. Esse documento é indispensável para o fornecimento da certidão de óbito em cartório de registro civil e para o sepultamento. As Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Óbitos dos Institutos de Medicina Legal (IML), Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), estabelecimentos de saúde e cartórios e incluem, no SIM, as informações nelas contidas.

No capítulo 9 encontram-se dados registrados e coletados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), referentes ao número de indivíduos afastados do trabalho ou aposentados devido a acidentes e problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

O capítulo 10 apresenta dados referentes aos acidentes de trânsito com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos em rodovias federais, registrados pelo Núcleo de Estatística NUEST da Divisão de Planejamento Operacional – DPO da Coordenação Geral de Operações – CGO do Departamento de Polícia Rodoviária Federal – DPRF.

Os dados considerados no capítulo 11 referem-se às ocorrências policiais devidas a crimes de posse e tráfico de drogas, registradas pelas Polícias Cíveis do Brasil no período de 2004 a 2007 e reportadas à Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP, do Ministério da Justiça, e aos registros de indiciamentos feitos pelo Departamento de Polícia Federal.

Os resultados apresentados no capítulo 12 são oriundos de informações fornecidas pelo Departamento de Polícia Federal e contêm tabelas com as apreensões anuais de diversos tipos de droga, incluindo as realizadas pelo Departamento de Polícia Rodoviária Federal.

O capítulo 13 apresenta um breve histórico sobre o Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, seus objetivos e parcerias, bem como os totais de valores arrecadados por esse órgão, por meio de leilões de bens oriundos do narcotráfico.

Nos capítulos 14 e 15 é apresentada a estrutura de atenção aos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas no Brasil. Os dados apresentados no capítulo 14 referem-se ao projeto

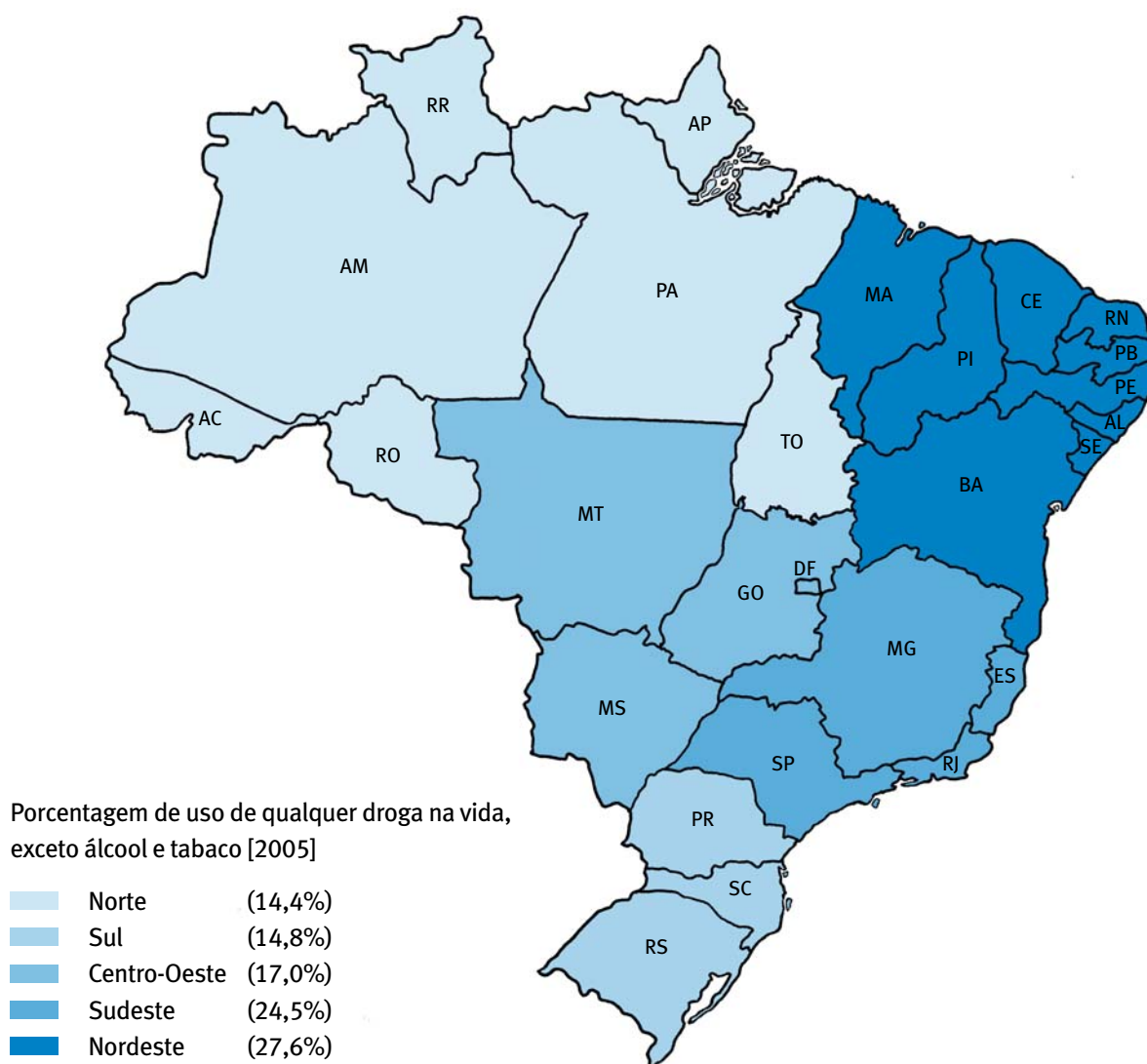
Mapeamento das Instituições Governamentais e Não-Governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil, publicado pela SENAD, em convênio com a Universidade de Brasília (UnB) e consultoria do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O projeto consistiu no levantamento e descrição de instituições que realizam atividades de prevenção, tratamento, redução de danos e ensino e/ou pesquisa. No capítulo 15 são apresentados dados referentes à rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Como uma contribuição à discussão das informações sobre as consequências do consumo de drogas no Brasil, no capítulo 16, os indicadores de saúde foram analisados conjuntamente por meio de uma Análise de Componentes Principais e uma Análise de Agrupamentos. Os indicadores utilizados foram as taxas por 100.000 habitantes dos casos de aids, hepatite C, internações e mortalidade, padronizadas.

Finalmente, no capítulo 17 é apresentada a análise sobre dados que refletem o impacto do consumo de drogas sobre a saúde e o trabalho no Brasil. Os dados constituem indicadores que descrevem a sobrecarga do consumo de drogas, podendo ser analisados de forma global, portanto, informando sobre o panorama no Brasil como um todo, ou categorizados por regiões ou cidades. Os dados levantados incluem indicadores de saúde, como as taxas de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, hepatites com provável infecção pelo uso de drogas, mortalidade, internações, afastamentos do trabalho e aposentadoria associados ao uso de drogas, além de uma análise global envolvendo o agrupamento de alguns destes indicadores.

Panorama do Consumo de Drogas no Brasil

Uso de álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas no Brasil



Os dados considerados neste capítulo referem-se ao I e ao II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em convênio com a Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – nos anos de 2001 e 2005, respectivamente.

A população estudada é constituída por brasileiros com idade entre 12 e 65 anos, residentes nas cidades com mais de 200 mil habitantes no Censo de 2000, mais a cidade de Palmas, no estado de Tocantins, que, embora não tivesse essa população à época, é a capital e a maior cidade do estado. Assim, a pesquisa foi realizada em 108 cidades, sendo que pelo planejamento amostral adotado não foi possível tirar conclusões para cada cidade, mas somente por região geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e para o Brasil como um todo.

As cidades pesquisadas foram:

REGIÃO NORTE:

Porto Velho, Rio Branco, Manaus, Boa Vista, Ananindeua, Belém, Santarém, Macapá, Palmas.

REGIÃO NORDESTE:

Imperatriz, São Luís, Teresina, Caucaia, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Mossoró, Natal, Campina Grande, João Pessoa, Caruaru, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife, Maceió, Aracaju, Feira de Santana, Ilhéus, Salvador, Vitória da Conquista.

REGIÃO SUDESTE:

Belo Horizonte, Betim, Contagem, Governador Valadares, Ipatinga, Juiz de Fora, Montes Claros, Ribeirão das Neves, Uberaba, Uberlândia, Cariacica, Serra, Vila Velha, Vitória, Belford Roxo, Campos Goytacazes, Duque de Caxias, Magé, Niterói, Nova Iguaçu, Petrópolis, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti, Volta Redonda, Barueri, Bauru, Campinas, Carapicuíba, Diadema, Embu, Franca, Guarujá, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Jundiaí, Limeira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Piracicaba, Ribeirão Preto, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Suzano, Taubaté.

REGIÃO SUL:

Cascavel, Curitiba, Foz do Iguaçu, Londrina, Maringá, Ponta Grossa, São José dos Pinhais, Blumenau, Florianópolis, Joinville, Canoas, Caxias do Sul, Gravataí, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Santa Maria, Viamão.

REGIÃO CENTRO-OESTE:

Campo Grande, Cuiabá, Várzea Grande, Anápolis, Aparecida de Goiânia, Goiânia, Brasília.

Os dados foram coletados nos domicílios sorteados, segundo um esquema amostral baseado em conglomerados em três estágios: setores censitários, domicílios dentro dos setores selecionados e respondentes dentro dos domicílios selecionados. A amostra de 2001 continha 8.589 pessoas, sendo 3.696 do sexo masculino e 4.893 do sexo feminino. A de 2005 tinha o total de 7.939 pessoas, sendo 3.301 homens e 4.638 mulheres. Os detalhes sobre a metodologia empregada, bem como outros resultados e a descrição das características gerais da amostra podem ser encontrados em Carlini et al. (2002) e Carlini et al. (2007).

O questionário e os critérios de dependência utilizados foram os adotados pelo SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration, dos Estados Unidos da América do Norte, tendo sido adaptados para as condições brasileiras e podendo ser encontrados nos relatórios que deram origem a este capítulo.

As comparações entre os dados obtidos em 2001 e 2005 foram feitas através do teste qui-quadrado, tomando-se como diferença estatisticamente significativa os resultados correspondentes a $p < 0,05$. Conforme Carlini et al. (2007), essa análise estatística não revelou grandes diferenças entre o consumo de drogas no Brasil, sendo exceção o uso de estimulantes, cuja prevalência de *uso na vida* dobrou nesses anos. Todas as comparações apresentadas no texto são descritivas.

Dadas as baixas prevalências e os inúmeros dados com baixa confiabilidade obtidos nos levantamentos das 5 regiões geográficas, a análise estatística comparativa por região não foi feita.

Brasil

De acordo com a Tabela 1.1, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior *uso na vida* em 2001 são: maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%); em 2005, são: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%). De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de *uso na vida* de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e *crack* e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos. Essa diferença foi estatisticamente significativa somente para os estimulantes. Um dos aspectos dessa última informação é que ela se refere ao consumo indevido de medicamentos para emagrecer, mais frequente entre as mulheres. Pretende-se, em 2010, realizar o terceiro levantamento domiciliar, cujos resultados ajudarão a confirmar ou não o aparente aumento do consumo de diversas drogas pela sociedade brasileira.

Tabela 1.1.
Prevalência de uso de drogas entre os entrevistados das
108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

Droga	Prevalência de uso (%)			
	2001 ¹ Na vida	2005		
		Na vida	No ano	No mês
Álcool	68,7	74,6	49,8	38,3
Tabaco	41,1	44,0	19,2	18,4
Maconha	6,9	8,8	2,6	1,9
Solventes	5,8	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	3,3	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,3	4,1	3,8	0,1
Cocaína	2,3	2,9	0,7	0,4
Xaropes (codeína)	2,0	1,9	0,4	0,2
Estimulantes	1,5	3,2	0,7	0,3
Barbitúricos	0,5	0,7	0,2	0,1
Esteroides	0,3	0,9	0,2	0,1
Opiáceos	1,4	1,3	0,5	0,3
Anticolinérgicos	1,1	0,5	0,0	0,0
Alucinógenos	0,6	1,1	0,3	0,2
Crack	0,4	0,7	0,1	0,1
Merla	0,2	0,2	0,0	0,0
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	19,4	22,8	10,3	4,5

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

¹ Prevalências de uso no ano e no mês não disponíveis para 2001.

Segundo a Tabela 1.2, em 2001 e 2005 respectivamente, a estimativa de dependentes de álcool é de 11,2% e 12,3%; e a de tabaco de 9,0% e 10,1%. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior *dependência* são: maconha (1,0% e 1,2%), benzodiazepínicos (1,1% e 0,5%), solventes (0,8% e 0,2%) e estimulantes (0,4% e 0,2%).

É preciso destacar que os critérios do SAMHSA adotados neste trabalho para diagnóstico de *dependência* são menos rigorosos do que os do DSM-III-R e os da Classificação Internacional de Doenças CID-10 adotados pela OMS, fato que pode ter inflacionado as estimativas.

Tabela 1.2.
*Dependência*¹ de drogas entre os entrevistados
 das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	11,2	12,3
Tabaco	9,0	10,1
Maconha	1,0	1,2
Solventes	0,8	0,2
Benzodiazepínicos	1,1	0,5
Estimulantes	0,4	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

Como pode ser visto na Tabela 1.3, o gênero masculino apresenta maior *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos. Essas observações valem para ambos os anos.

Tabela 1.3.
 Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de álcool,
 por gênero e faixa etária, dos entrevistados das 108 cidades
 com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	48,3	54,3	5,2	7,0
Masculino	52,2	52,8	6,9	7,3
Feminino	44,7	50,8	3,5	6,0
18 – 24	73,2	78,6	15,5	19,2
Masculino	78,3	83,2	23,7	27,4
Feminino	68,2	72,6	7,4	12,1
25 – 34	76,5	79,5	13,5	14,7
Masculino	85,6	85,1	20,0	23,2
Feminino	67,6	73,0	7,1	7,7
35 ou mais	70,1	75,0	10,3	10,4
Masculino	82,1	86,1	16,1	17,3
Feminino	59,5	67,6	5,1	5,4
Total	68,7	74,6	11,2	12,3
Masculino	77,3	83,5	17,1	19,5
Feminino	60,6	68,3	5,7	6,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.4 mostra que os homens apresentam maior *uso na vida* e maior *dependência* de tabaco do que as mulheres, exceto em 3 situações: em 2001, na faixa etária de 12 a 17 anos as porcentagens são iguais para a *dependência*; na mesma faixa etária em 2001, a estimativa para as mulheres chega a ser maior do que para os homens com relação ao *uso na vida*, o que também acontece na questão da *dependência* na faixa etária de 18 a 24 anos em 2005. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* é a de 35 anos ou mais para ambos os anos.

Tabela 1.4.
Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de tabaco,
por gênero e faixa etária, dos entrevistados das 108 cidades
com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	15,7	15,2	2,2	2,9
Masculino	15,2	16,8	2,2	3,2
Feminino	16,2	11,3	2,2	2,0
18 – 24	37,7	39,5	8,4	9,4
Masculino	42,8	43,4	9,9	8,8
Feminino	32,6	33,9	6,8	9,4
25 – 34	40,0	40,8	9,9	9,4
Masculino	43,9	45,4	10,4	10,8
Feminino	36,1	35,7	9,3	7,2
35 ou mais	53,0	52,6	11,3	12,2
Masculino	61,4	60,7	13,1	13,4
Feminino	45,4	46,8	9,8	11,2
Total	41,1	44,0	9,0	10,1
Masculino	46,2	50,5	10,1	11,3
Feminino	36,3	39,2	7,9	9,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.5 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* de maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, *crack*, merla e esteroides, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes, benzodiazepínicos, orexígenos e opiáceos. O consumo de heroína é baixo para ambos os gêneros, nos dois anos pesquisados. A prevalência de *uso na vida* de anticolinérgicos é igual para os dois gêneros em 2001, mas em 2005 a estimativa de uso para o gênero masculino passa a ser três vezes a estimativa para o gênero feminino. Os xaropes e barbitúricos que apresentavam uso maior para o gênero feminino em 2001 passam a apresentar estimativas praticamente iguais para ambos os gêneros em 2005.

Tabela 1.5.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por gênero, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil (em %).

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	10,6	3,4	6,9	14,3	5,1	8,8
Solventes	8,1	3,6	5,8	10,3	3,3	6,1
Benzodiazepínicos	2,2	4,3	3,3	3,4	6,9	5,6
Orexígenos	3,2	5,3	4,3	2,5	5,1	4,1
Cocaína	3,7	0,9	2,3	5,4	1,2	2,9
Xaropes (codeína)	1,5	2,4	2,0	1,7	1,9	1,9
Estimulantes	0,8	2,2	1,5	1,1	4,5	3,2
Barbitúricos	0,3	0,6	0,5	0,6	0,8	0,7
Esteroides	0,6	0,1	0,3	2,1	0,1	0,9
Opiáceos	1,1	1,6	1,4	0,9	1,6	1,3
Anticolinérgicos	1,1	1,0	1,1	0,9	0,3	0,5
Alucinógenos	0,9	0,4	0,6	1,8	0,6	1,1
Crack	0,7	0,2	0,4	1,5	0,2	0,7
Merla	0,3	0,1	0,2	0,6	0,0	0,2
Heroína	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo as Tabelas 1.6 e 1.7, a maconha e os solventes em 2005 apresentam maior prevalência de *uso na vida* na faixa etária de 18 a 24 anos, seguida da faixa de 25 a 34 anos; o oposto ocorre com a cocaína nos dois anos e os solventes em 2001. As prevalências nessas faixas etárias são praticamente iguais para orexígenos, opiáceos, anticolinérgicos, alucinógenos e esteroides. As drogas com prevalências maiores nas faixas de idade mais altas são: benzodiazepínicos e xaropes, cujas maiores prevalências ocorrem na faixa etária de 35 anos ou mais; estimulantes e *crack*, com maiores prevalências na faixa etária de 25 a 34 anos; e barbitúricos com prevalências iguais nessas duas faixas etárias. A heroína tem baixa prevalência em todas as faixas etárias.

Tabela 1.6.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil em 2001 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 - 17	18 - 24	25 - 34	35 ou mais	
Maconha	3,5	9,9	9,4	5,4	6,9
Solventes	3,4	7,1	8,1	4,7	5,8
Benzodiazepínicos	1,3	3,2	3,5	3,9	3,3
Orexígenos	3,5	5,0	5,9	3,4	4,3
Cocaína	0,5	3,2	4,4	1,4	2,3
Xaropes (codeína)	1,6	1,6	2,0	2,3	2,0
Estimulantes	0,2	1,1	2,3	1,7	1,5
Barbitúricos	0,1	0,5	0,6	0,5	0,5
Esteroides	0,0	0,5	0,7	0,1	0,3
Opiáceos	1,1	1,3	1,7	1,3	1,4
Anticolinérgicos	1,2	1,1	1,3	0,8	1,1
Alucinógenos	0,3	0,7	0,7	0,7	0,6
Crack	0,3	0,6	0,7	0,2	0,4
Merla	0,1	0,5	0,3	0,0	0,2
Heroína	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001.

Tabela 1.7.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil em 2005 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 - 17	18 - 24	25 - 34	35 ou mais	
Maconha	4,1	17,0	13,5	5,6	8,8
Solventes	3,4	10,8	8,1	4,3	6,1
Benzodiazepínicos	0,9	4,7	5,3	6,8	5,6
Orexígenos	3,2	4,7	4,6	4,1	4,1
Cocaína	0,5	4,2	5,2	2,1	2,9
Xaropes (codeína)	1,4	1,7	1,4	2,3	1,9
Estimulantes	1,6	2,4	4,0	3,3	3,2
Barbitúricos	0,2	0,4	0,8	0,8	0,7
Esteroides	0,4	1,6	1,6	0,4	0,9
Opiáceos	0,8	1,6	1,5	1,3	1,3
Anticolinérgicos	0,0	0,9	0,7	0,5	0,5
Alucinógenos	0,7	1,9	1,6	0,8	1,1
Crack	0,1	0,9	1,6	0,5	0,7
Merla	0,0	0,6	0,3	0,2	0,2
Heroína	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Na sequência, a Tabela 1.8 mostra que a porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/*crack* é maior nas mulheres do que nos homens, o que pode estar associado a um consumo menos frequente e intenso dessas substâncias pelas mulheres com relação aos homens. Quando se trata de uso frequente de cocaína/*crack*, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/*crack* aumentou, mas a de álcool diminuiu, o que alerta para a necessidade da permanente realização de campanhas de prevenção que aumentem a consciência dos riscos envolvidos no consumo frequente e indevido de drogas.

Tabela 1.8.
Opinião sobre o risco grave de usar substâncias
ocasional ou diariamente – Brasil (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	22,4	30,8	26,7	15,9	24,2	20,8
Beber diariamente	92,9	96,1	94,5	90,4	95,8	93,5
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	38,5	47,6	43,2	41,7	52,5	48,1
Usar maconha diariamente	94,6	96,9	95,8	92,3	96,1	94,6
Usar cocaína/ <i>crack</i> uma ou duas vezes na vida	59,6	64,9	62,3	74,9	79,3	77,1
Usar cocaína/ <i>crack</i> diariamente	98,7	98,9	98,8	98,8	98,8	98,8

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A seguir, são apresentados os dados por região geográfica.

Região Norte

Na Região Norte, foram entrevistadas, em 2001, 601 pessoas, sendo 244 do sexo masculino e 357 do sexo feminino. Em 2005, a amostra continha 235 homens e 366 mulheres, totalizando 601 pessoas.

De acordo com a Tabela 1.9, em 2001, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior *uso na vida* são: orexígenos (5,5%), maconha (5,0%), solventes (3,3%), xaropes (1,3%) e opiáceos (1,2%); em 2005, são: orexígenos (5,0%), maconha (4,8%), solventes (2,3%), cocaína (1,3%) e xaropes (1,3%). Em 2005, o uso de *crack* foi relatado por parcela muito reduzida da população, não tendo sido captado pela pesquisa. Na Região Norte, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de *uso na vida* de tabaco, cocaína, esteroides e alucinógenos e diminuição nas de maconha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos, estimulantes, barbitúricos, opiáceos, anticolinérgicos, *crack* e merla. Nenhuma das diferenças observadas foi estatisticamente significativa.

Tabela 1.9.
Prevalência de *uso na vida* de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte.

Droga	Prevalência de uso na vida (%)	
	2001	2005
Álcool	53,0	53,9
Tabaco	33,8	37,1
Maconha	5,0	4,8
Solventes	3,3	2,3
Benzodiazepínicos	0,5	0,3
Orexígenos	5,5	5,0
Cocaína	1,0	1,3
Xaropes (codeína)	1,3	1,3
Estimulantes	0,9	0,7
Barbitúricos	1,0	0,2
Esteroides	0,3	0,5
Opiáceos	1,2	0,7
Anticolinérgicos	0,8	0,5
Alucinógenos	0,3	1,0
Crack	0,2	0,0
Merla	1,0	0,8
Heroína	0,2	0,2
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	15,9	14,4

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo a Tabela 1.10, em 2001 e 2005, a estimativa de dependentes de álcool é 16,3% e 8,7%; e a de tabaco, 10,0% e 8,1%, respectivamente. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior *dependência* são: maconha (1,5% e 0,2%) em ambos os anos; e estimulantes (0,2%), em 2005.

Tabela 1.10.
Dependência¹ de drogas entre os entrevistados
das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte.

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	16,3	8,7
Tabaco	10,0	8,1
Maconha	1,5	0,2
Estimulantes	-	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

Como pode ser visto na Tabela 1.11, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias, exceto na faixa de 12 a 17 anos. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* em 2001 é a de 18 a 24 anos; e em 2005, de 25 a 34 anos.

Tabela 1.11.
Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de álcool, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	25,5	25,5	9,2	2,9
Masculino	36,0	19,7	16,0	2,5
Feminino	15,0	24,9	2,5	3,0
18 – 24	62,8	48,4	26,1	9,3
Masculino	72,6	76,7	37,1	27,7
Feminino	53,0	36,9	15,2	1,0
25 – 34	61,0	61,3	17,6	10,9
Masculino	78,3	76,0	30,4	17,8
Feminino	45,8	50,3	6,3	7,5
35 ou mais	56,7	58,7	12,9	8,2
Masculino	77,9	72,2	23,3	13,0
Feminino	38,1	49,1	3,9	5,1
Total	53,0	53,9	16,3	8,7
Masculino	68,3	68,4	26,7	14,8
Feminino	38,9	44,1	6,6	4,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.12 mostra que os homens apresentam maior prevalência de *uso na vida* de tabaco do que as mulheres, exceto para a faixa etária de 12 a 17 anos, em 2005, em que as porcentagens são aproximadamente iguais. Chama a atenção o grande aumento da prevalência de mulheres nessa faixa etária que relataram ter bebido alguma vez na vida, o que pode indicar um aumento da incidência do consumo de bebidas alcoólicas entre as mulheres nessa faixa etária. Quanto à *dependência*, não há um padrão, podendo ser maior para homens ou mulheres, dependendo da faixa etária.

Tabela 1.12.

Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de tabaco, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	14,5	17,9	6,2	5,5
Masculino	24,0	16,8	10,0	3,7
Feminino	5,0	17,2	2,5	10,4
18 – 24	34,5	30,0	12,6	4,0
Masculino	40,3	53,0	16,1	7,4
Feminino	28,8	20,5	9,1	3,3
25 – 34	31,9	30,8	7,0	7,9
Masculino	32,6	42,7	4,3	10,3
Feminino	31,3	25,0	9,4	6,2
35 ou mais	46,1	49,9	12,7	10,4
Masculino	52,3	55,1	11,6	8,1
Feminino	40,6	44,7	13,5	11,5
Total	33,8	37,1	10,0	8,1
Masculino	39,0	45,1	10,5	8,5
Feminino	29,0	30,7	9,5	7,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.13 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência do que o feminino, no *uso na vida* de maconha e solventes. O oposto ocorre com os orexígenos. Em 2005, somente pessoas do gênero masculino relataram uso de cocaína. Quanto à estimativa da prevalência de alucinógenos, é maior entre os homens; e a de xaropes, igual para ambos os gêneros. Poucas pessoas relataram o uso das outras drogas.

Tabela 1.13.
Prevalência de *uso na vida* de drogas, por gênero, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte (em %).

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	8,6	1,8	5,0	9,7	1,4	4,8
Solventes	4,9	1,7	3,3	4,9	0,0	2,3
Benzodiazepínicos	0,8	0,0	0,3	0,0	0,5	0,3
Orexígenos	2,9	6,4	5,0	2,6	6,4	5,0
Cocaína	1,0	1,1	1,0	3,4	0,0	1,3
Xaropes (codeína)	-	-	1,3	1,3	1,4	1,3
Estimulantes	0,4	1,4	1,0	0,9	0,5	0,7
Barbitúricos	-	-	1,0	0,3	0,0	0,2
Esteroides	-	-	0,3	0,9	0,3	0,5
Opiáceos	-	-	1,2	0,0	1,1	0,7
Anticolinérgicos	-	-	0,8	0,4	0,5	0,5
Alucinógenos	-	-	0,3	2,1	0,3	1,0
Crack	-	-	0,2	0,0	0,0	0,0
Merla	-	-	1,0	2,1	0,0	0,8
Heroína	-	-	0,2	0,4	0,0	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo as Tabelas 1.14 e 1.15, em 2005, a maconha apresenta maior prevalência de *uso na vida* na faixa etária de 25 a 34 anos, seguida das faixas etárias de 18 a 24 anos e de 35 anos ou mais; em 2001, a faixa etária de maior prevalência é a de 18 a 24 anos. Em 2005, as drogas com prevalências maiores nas faixas de idade mais altas são solventes, cocaína e xaropes, cujas maiores prevalências ocorrem na faixa de 35 anos ou mais; e orexígenos e alucinógenos também na faixa etária de 25 a 34 anos. É interessante destacar que a segunda faixa etária de maior prevalência de uso de xaropes é a mais baixa: de 12 a 17 anos.

Tabela 1.14.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte em 2001 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	4,0	9,5	5,7	2,2	5,0
Solventes	5,6	2,5	3,5	0,8	3,0
Benzodiazepínicos	1,1	0,0	0,7	0,0	0,3
Orexígenos	1,1	3,9	13,4	2,1	5,0
Cocaína	0,0	3,1	0,7	0,4	1,0
Estimulantes	0,0	1,6	2,8	0,0	1,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001.

Tabela 1.15.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Norte em 2005 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	0,0	4,7	7,6	4,9	4,8
Solventes	0,7	0,8	2,2	3,0	2,3
Benzodiazepínicos	1,4	0,0	0,5	0,0	0,3
Orexígenos	2,8	3,3	6,8	6,1	5,0
Cocaína	0,0	1,5	0,7	2,0	1,3
Xaropes (codeína)	1,5	0,7	0,7	2,0	1,3
Estimulantes	0,0	0,0	0,0	1,6	0,7
Barbitúricos	-	-	-	-	-
Esteroides	0,0	0,0	1,4	0,4	0,5
Opiáceos	0,0	0,7	2,1	0,0	0,7
Anticolinérgicos	0,0	0,0	0,7	0,8	0,5
Alucinógenos	0,0	0,0	1,4	1,6	1,0
Crack	-	-	-	-	-
Merla	0,0	0,7	1,4	0,8	0,8
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 1.16 confirma que a porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool e maconha é maior nas mulheres do que nos homens. Quando se trata de uso de cocaína/*crack*, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres, com exceção do risco do uso eventual em 2001, que é maior nos homens. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/*crack* aumentou, mas a de álcool diminuiu.

Tabela 1.16.
Opinião sobre o risco grave de usar substâncias
ocasional ou diariamente – Região Norte (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	28,3	42,9	35,9	17,7	22,6	20,8
Beber diariamente	93,9	97,4	95,7	93,4	96,5	95,4
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	41,3	44,6	43,0	45,8	49,0	47,9
Usar maconha diariamente	97,2	99,0	98,1	96,6	97,3	97,1
Usar cocaína/ <i>crack</i> uma ou duas vezes na vida	65,2	63,3	64,2	68,7	68,5	68,6
Usar cocaína/ <i>crack</i> diariamente	98,7	99,2	98,9	98,6	98,3	98,5

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Região Nordeste

Na Região Nordeste, foram entrevistadas, em 2001, 1.644 pessoas, sendo 693 do sexo masculino e 951 do sexo feminino. Em 2005, a amostra continha 692 homens e 988 mulheres, totalizando 1.680 pessoas.

De acordo com a Tabela 1.17, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior *uso na vida* são, em 2001, orexígenos (11,2%), solventes (9,7%), maconha (5,5%), benzodiazepínicos (5,3%) e xaropes (3,2%); em 2005, orexígenos (9,3%), solventes (8,4%), maconha (6,1%), benzodiazepínicos (6,0%) e estimulantes (2,8%). Na Região Nordeste, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de *uso na vida* de maconha, benzodiazepínicos, estimulantes, esteroides, alucinógenos e *crack*; e diminuição nas de tabaco, solventes, orexígenos e xaropes. Nenhuma das diferenças observadas foi estatisticamente significativa.

Tabela 1.17.
Prevalência de *uso na vida* de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste.

Droga	Prevalência de uso na vida (%)	
	2001	2005
Álcool	68,4	66,8
Tabaco	37,4	34,6
Maconha	5,5	6,1
Solventes	9,7	8,4
Benzodiazepínicos	5,3	6,0
Orexígenos	11,2	9,3
Cocaína	1,4	1,2
Xaropes (codeína)	3,2	2,6
Estimulantes	1,7	2,8
Barbitúricos	0,6	0,7
Esteroides	0,1	1,4
Opiáceos	2,2	2,3
Anticolinérgicos	1,3	1,3
Alucinógenos	0,2	0,8
Crack	0,4	0,7
Merla	0,1	0,2
Heroína	0,2	0,1
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	29,0	27,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo a Tabela 1.18, em 2001 e 2005, a estimativa de dependentes de álcool é 16,9% e 13,8%, e de tabaco, 8,3% e 8,8%, respectivamente. Excetuando álcool e tabaco, as drogas com

maior *dependência* em 2005 são: maconha (1,2%), solventes (0,4%), benzodiazepínicos (0,3%) e estimulantes (0,2%).

Tabela 1.18.
*Dependência*¹ de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste.

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	16,9	13,8
Tabaco	8,3	8,8
Maconha	1,2	1,2
Solventes	-	0,4
Benzodiazepínicos	2,3	0,3
Estimulantes	-	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001 e 2005.

1 Critério do SAMHSA.

Como pode ser visto na Tabela 1.19, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. As faixas etárias que apresentam as maiores prevalências de *dependência* são as de 18 a 24 anos e de 25 a 34 anos. Essas observações valem para ambos os anos.

Tabela 1.19.
Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de álcool, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	45,8	43,6	9,3	6,5
Masculino	52,4	50,4	15,2	8,8
Feminino	39,8	36,0	3,9	4,5
18 – 24	74,3	74,1	20,5	17,2
Masculino	81,1	80,3	31,1	25,0
Feminino	67,0	68,2	9,1	10,9
25 – 34	75,5	71,5	22,4	16,1
Masculino	84,8	82,9	34,8	27,4
Feminino	67,8	63,7	12,1	6,5
35 ou mais	71,9	66,6	15,2	12,7
Masculino	86,2	78,4	23,0	23,6
Feminino	60,4	60,0	8,8	6,8
Total	68,4	66,8	16,9	13,8
Masculino	78,4	77,2	26,1	23,0
Feminino	59,6	59,7	8,8	6,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.20 mostra que os homens apresentam maior prevalência de *uso na vida* e maior *dependência* de tabaco do que as mulheres, exceto para a *dependência*, em 2001, na faixa etária de 12 a 17 anos, em que as porcentagens são aproximadamente iguais; e na faixa etária de 25 a 34 anos, em que a estimativa para o gênero feminino chega a ser maior do que para o gênero masculino. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* é a de 35 anos ou mais, para ambos os gêneros, tanto em 2001 como em 2005.

Tabela 1.20.

Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de tabaco, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	14,3	9,6	1,9	0,5
Masculino	16,2	14,3	1,9	0,9
Feminino	12,6	5,1	1,9	0,0
18 – 24	32,2	28,2	7,3	8,4
Masculino	39,9	33,8	10,8	9,7
Feminino	23,9	22,9	3,5	8,4
25 – 34	37,0	27,5	8,4	7,9
Masculino	41,1	35,9	6,3	11,8
Feminino	33,7	19,3	10,1	3,6
35 ou mais	51,5	45,8	11,8	11,3
Masculino	60,6	50,3	13,1	12,2
Feminino	44,2	43,5	10,7	10,8
Total	37,4	34,6	8,3	8,8
Masculino	43,3	40,2	9,0	10,7
Feminino	32,2	30,8	7,7	7,3

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.21 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* de maconha, solventes e cocaína, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes e benzodiazepínicos. Em 2005, os homens apresentam maior uso de alucinógenos, esteroides, *crack* e anticolinérgicos e as mulheres, de orexígenos, xaropes, barbitúricos e opiáceos.

Tabela 1.21.
Prevalência de *uso na vida* de drogas, por gênero, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste (em %).

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	9,2	2,2	5,5	11,5	2,2	6,1
Solventes	13,8	6,1	9,7	14,5	4,0	8,4
Benzodiazepínicos	3,4	7,1	5,3	4,1	7,1	6,0
Orexígenos	-	-	11,2	7,2	10,7	9,3
Cocaína	2,4	0,6	1,4	2,2	0,5	1,2
Xaropes (codeína)	-	-	3,2	2,1	3,0	2,6
Estimulantes	0,9	2,6	1,7	1,1	3,9	2,8
Barbitúricos	-	-	0,6	0,3	1,0	0,7
Esteroides	-	-	0,1	3,2	0,2	1,4
Opiáceos	-	-	2,2	1,3	3,0	2,3
Anticolinérgicos	-	-	1,3	2,0	0,7	1,3
Alucinógenos	-	-	0,2	1,2	0,5	0,8
Crack	-	-	0,4	1,3	0,2	0,7
Merla	-	-	0,1	0,3	0,2	0,2
Heroína	-	-	0,2	0,1	0,0	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo as Tabelas 1.22 e 1.23, em 2005, a faixa etária de 12 a 17 anos é a que apresenta maior prevalência para xaropes; a faixa de 18 a 24 anos, para maconha, solventes, orexígenos, anticolinérgicos, alucinógenos e merla; a faixa de 25 a 34 anos, para cocaína, *crack* e esteroides; e a faixa de 35 anos ou mais, para benzodiazepínicos. Em 2001, a faixa de maior prevalência de uso de maconha e solventes é a de 25 a 34 anos.

Tabela 1.22.
Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste em 2001 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	2,4	6,3	8,2	4,8	5,5
Solventes	4,8	12,8	15,3	6,9	9,7
Benzodiazepínicos	2,5	5,0	5,6	6,7	5,3
Cocaína	0,5	1,6	2,0	1,2	1,4
Estimulantes	0,5	1,3	2,2	2,4	1,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001.

Tabela 1.23.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Nordeste em 2005 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	1,6	11,6	8,7	3,8	6,1
Solventes	3,9	16,6	10,6	5,2	8,4
Benzodiazepínicos	1,4	5,8	5,3	6,9	6,0
Orexígenos	5,9	11,9	10,1	8,8	9,3
Cocaína	0,0	1,6	2,6	0,6	1,2
Xaropes (codeína)	5,8	3,1	3,5	1,9	2,6
Estimulantes	2,6	1,8	3,3	3,3	2,8
Barbitúricos	0,0	0,0	1,2	1,0	0,7
Esteroides	0,6	2,4	3,2	0,4	1,4
Opiáceos	1,1	2,7	2,7	2,3	2,3
Anticolinérgicos	0,0	1,9	1,2	1,3	1,3
Alucinógenos	0,0	1,9	1,2	0,3	0,8
Crack	0,0	0,8	1,5	0,4	0,7
Merla	0,0	1,1	0,0	0,0	0,2
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 1.24 confirma que a porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso eventual de álcool e maconha é maior nas mulheres do que nos homens. Quando se trata de uso frequente de cocaína/*crack*, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/*crack* aumentou, mas em relação ao álcool, diminuiu.

Tabela 1.24.

Opinião sobre o risco grave de usar substâncias ocasional ou diariamente – Região Nordeste (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	22,8	31,6	27,5	11,2	19,9	16,3
Beber diariamente	95,2	96,7	96,0	91,6	96,5	94,6
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	40,0	48,3	44,4	44,7	52,4	49,3
Usar maconha diariamente	96,4	96,5	96,5	92,2	96,1	94,5
Usar cocaína/ <i>crack</i> uma ou duas vezes na vida	73,0	72,5	72,7	74,0	79,5	77,3
Usar cocaína/ <i>crack</i> diariamente	99,3	99,2	99,3	97,9	98,4	98,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Região Sudeste

Na Região Sudeste, foram entrevistadas, em 2001, 4.726 pessoas, sendo 2.064 do sexo masculino e 2.662 do sexo feminino. Em 2005, a amostra continha 1.735 homens e 2.372 mulheres, totalizando 4.107 pessoas.

De acordo com a Tabela 1.25, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior prevalência de *uso na vida* em 2001 são: maconha (7,6%), solventes (5,2%), benzodiazepínicos (2,8%), cocaína (2,6%) e orexígenos (2,3%); em 2005, maconha (10,3%), benzodiazepínicos (6,6%), solventes (5,9%), estimulantes (3,8%) e cocaína (3,7%). Na Região Sudeste, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas das prevalências de *uso na vida* de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, orexígenos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, opiáceos, alucinógenos e *crack*; e diminuição, na de anticolinérgicos. Nenhuma das diferenças observadas foi estatisticamente significativa.

Tabela 1.25.
Prevalência de *uso na vida* de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste.

Droga	Prevalência de uso na vida (%)	
	2001	2005
Álcool	71,5	80,4
Tabaco	43,6	47,6
Maconha	7,6	10,3
Solventes	5,2	5,9
Benzodiazepínicos	2,8	6,6
Orexígenos	2,3	3,1
Cocaína	2,6	3,7
Xaropes (codeína)	1,5	1,6
Estimulantes	1,4	3,8
Barbitúricos	0,4	0,9
Esteroides	0,4	0,7
Opiáceos	0,7	1,3
Anticolinérgicos	1,2	0,4
Alucinógenos	0,9	1,3
Crack	0,4	0,9
Merla	0,1	0,1
Heroína	0,0	0,1
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	16,9	24,5

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo a Tabela 1.26, na Região Sudeste, a estimativa de dependentes de álcool é 9,2% e 12,7%; e de tabaco, 8,4% e 10,4%, em 2001 e 2005, respectivamente. Excetuando álcool e tabaco, as drogas com maior *dependência* em 2005 são: maconha (1,5%), benzodiazepínicos (0,8%), solventes (0,3%) e estimulantes (0,1%).

Tabela 1.26.
*Dependência*¹ de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste.

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	9,2	12,7
Tabaco	8,4	10,4
Maconha	0,7	1,5
Solventes	-	0,3
Benzodiazepínicos	0,8	0,8
Estimulantes	-	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001 e 2005.

1 Critério do SAMHSA.

Como pode ser visto na Tabela 1.27, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias, exceto na faixa de 12 a 17 anos. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos. Essa observação vale para ambos os anos.

Tabela 1.27.
Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de álcool, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	53,7	60,8	3,4	6,3
Masculino	54,5	55,5	3,4	4,9
Feminino	52,9	60,4	3,5	6,4
18 – 24	74,5	84,2	13,0	21,9
Masculino	79,0	85,3	19,9	28,3
Feminino	70,3	81,4	6,5	15,2
25 – 34	80,1	85,3	10,2	15,8
Masculino	87,6	88,5	15,0	23,1
Feminino	72,0	79,6	5,1	9,4
35 ou mais	71,9	80,9	8,9	10,3
Masculino	82,5	90,8	14,2	16,0
Feminino	62,3	73,9	4,1	5,4
Total	71,5	80,4	9,2	12,7
Masculino	78,8	87,3	13,8	18,9
Feminino	64,5	75,2	4,7	7,8

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.28 mostra que, na Região Sudeste, os homens apresentam maior *uso na vida* e maior *dependência* de tabaco do que as mulheres, exceto para a *dependência*, em 2001, na faixa etária de 18 a 24 anos, em que as porcentagens são aproximadamente iguais; para *uso na vida* e *dependência*, em 2001, na faixa etária de 12 a 17 anos; e para *dependência*, em 2005, na faixa etária de 18 a 24 anos, em que a estimativa para o gênero feminino chega a ser maior do que para o gênero masculino. As faixas etárias que apresentam as maiores prevalências de *dependência* são as mais altas, a partir de 25 anos, em ambos os gêneros, tanto em 2001 como em 2005.

Tabela 1.28.

Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de tabaco, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	16,8	15,3	2,1	3,3
Masculino	13,9	14,9	1,5	3,3
Feminino	19,7	12,2	2,7	2,4
18 – 24	39,5	43,6	7,3	9,6
Masculino	44,0	46,2	7,4	8,2
Feminino	35,3	39,3	7,2	10,5
25 – 34	42,7	47,3	10,1	10,3
Masculino	46,4	50,0	11,9	10,8
Feminino	38,8	43,3	8,1	8,6
35 ou mais	55,0	54,8	10,3	12,3
Masculino	63,9	63,9	12,4	13,8
Feminino	46,9	47,8	8,4	10,9
Total	43,6	47,6	8,4	10,4
Masculino	48,4	53,6	9,7	11,2
Feminino	38,9	42,9	7,3	9,7

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

¹ Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.29 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* de maconha, solventes, cocaína e alucinógenos, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes, benzodiazepínicos e orexígenos. Em 2005, os homens apresentam maior uso de esteroides, *crack* e merla.

Tabela 1.29.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por gênero, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste (em %).

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	11,3	4,1	7,6	15,8	6,6	10,3
Solventes	6,9	3,5	5,2	9,5	3,7	5,9
Benzodiazepínicos	2,0	3,6	2,8	3,3	8,5	6,6
Orexígenos	1,5	3,0	2,3	1,3	4,2	3,1
Cocaína	4,3	1,1	2,6	6,9	1,5	3,7
Xaropes (codeína)	1,3	1,7	1,5	1,7	1,6	1,7
Estimulantes	0,8	1,9	1,4	1,1	5,5	3,8
Barbitúricos	-	-	0,4	0,9	0,9	0,9
Esteroides	-	-	0,4	1,8	0,1	0,7
Opiáceos	-	-	0,7	0,6	1,0	0,9
Anticolinérgicos	1,1	1,3	1,2	0,6	0,2	0,4
Alucinógenos	1,2	0,6	0,9	2,0	0,8	1,3
Crack	-	-	0,4	1,8	0,2	0,8
Merla	-	-	0,1	0,4	0,0	0,1
Heroína	-	-	0,0	0,1	0,0	0,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo as Tabelas 1.30 e 1.31, a maconha e os solventes apresentam, em 2005, maior prevalência de *uso na vida* na faixa etária de 18 a 24 anos; e a cocaína, os estimulantes e o *crack*, na faixa de 25 a 34 anos. As prevalências nessas faixas etárias são praticamente iguais para orexígenos, opiáceos, anticolinérgicos, alucinógenos, xaropes e esteroides. As drogas com prevalências maiores nas faixas de idade mais altas são benzodiazepínicos e xaropes, cujas maiores prevalências ocorrem na faixa de 35 anos ou mais; e barbitúricos, com prevalências iguais nas duas faixas etárias mais altas. Em 2001, a maconha e os orexígenos apresentam as mais altas taxas nas faixas etárias intermediárias, enquanto que os benzodiazepínicos e xaropes nas faixas mais avançadas.

Tabela 1.30.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste em 2001 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	4,4	10,2	10,4	6,2	7,6
Solventes	3,3	5,3	6,5	5,0	5,2
Benzodiazepínicos	0,8	2,7	3,0	3,4	2,8
Orexígenos	1,0	3,4	3,0	1,9	2,3
Cocaína	0,4	3,0	5,8	1,7	2,6
Xaropes (codeína)	1,0	1,0	1,8	1,8	1,5
Estimulantes	0,2	0,8	2,4	1,5	1,4
Anticolinérgicos	1,5	0,9	1,4	1,1	1,2
Alucinógenos	0,6	0,9	1,0	0,9	0,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001.

Tabela 1.31.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sudeste em 2005 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	5,1	20,3	16,1	6,3	10,3
Solventes	3,8	10,4	7,3	4,4	5,9
Benzodiazepínicos	0,1	5,6	6,2	8,3	6,6
Orexígenos	2,8	3,2	3,3	3,3	3,1
Cocaína	0,4	4,6	7,0	2,7	3,7
Xaropes (codeína)	0,3	1,0	1,0	2,1	1,6
Estimulantes	1,6	3,3	5,0	3,7	3,8
Barbitúricos	0,3	0,6	1,2	1,1	0,9
Esteroides	0,3	1,0	1,2	0,6	0,7
Opiáceos	0,3	2,1	1,9	1,1	1,3
Anticolinérgicos	0,0	0,6	0,8	0,2	0,4
Alucinógenos	0,3	2,1	1,9	1,1	1,3
Crack	0,0	0,7	2,5	0,6	0,9
Merla	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 1.32 mostra que a porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/*crack* é maior para as mulheres do que para os homens. Quando se trata de uso frequente de cocaína/*crack*, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/*crack* aumentou, mas em relação ao álcool, diminuiu.

Tabela 1.32.
Opinião sobre o risco grave de usar substâncias
ocasional ou diariamente – Região Sudeste (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	22,2	29,4	25,9	17,3	26,1	22,5
Beber diariamente	91,4	95,6	93,5	89,2	95,3	92,6
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	39,9	49,8	45,0	42,3	55,0	49,8
Usar maconha diariamente	93,4	96,6	95,0	92,1	96,1	94,6
Usar cocaína/ <i>crack</i> uma ou duas vezes na vida	70,8	76,0	73,4	76,6	83,1	80,4
Usar cocaína/ <i>crack</i> diariamente	98,3	98,7	98,5	99,4	99,3	99,4

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Região Sul

Na Região Sul, foram entrevistadas, em 2001, 947 pessoas, sendo 417 do sexo masculino e 530 do sexo feminino. Em 2005, a amostra continha 363 homens e 515 mulheres, totalizando 878 pessoas.

De acordo com a Tabela 1.33, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior *uso na vida* em 2001 são maconha (8,4%), benzodiazepínicos (4,2%), solventes (4,0%), cocaína (3,6%) e xaropes (2,4%); em 2005, maconha (9,7%), solventes (5,2%), benzodiazepínicos (3,3%), cocaína (3,1%) e opiáceos (2,7%). Na Região Sul, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de *uso na vida* de álcool, tabaco, maconha, solventes, estimulantes, esteroides, opiáceos, alucinógenos e *crack*; e diminuição nas de benzodiazepínicos, cocaína, barbitúricos e anticolinérgicos. Nenhuma das diferenças observadas foi estatisticamente significativa.

Tabela 1.33.
Prevalência de *uso na vida* de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul.

Droga	Prevalência de uso na vida (%)	
	2001	2005
Álcool	69,4	73,9
Tabaco	44,1	49,3
Maconha	8,4	9,7
Solventes	4,0	5,2
Benzodiazepínicos	4,2	3,3
Orexígenos	1,0	1,1
Cocaína	3,6	3,1
Xaropes (codeína)	2,4	2,4
Estimulantes	2,0	2,6
Barbitúricos	0,5	0,3
Esteroides	0,2	0,8
Opiáceos	1,2	2,7
Anticolinérgicos	0,5	0,3
Alucinógenos	0,6	1,1
Crack	0,5	1,1
Merla	0,1	0,2
Heroína	0,1	0,3
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	17,1	14,8

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo a Tabela 1.34, em 2001 e 2005, a estimativa de dependentes de álcool é 9,5% e 9,0%; e de tabaco, 12,8% e 10,7%, respectivamente. Exceto álcool e tabaco, as drogas com maior *dependência*, em 2005, são: maconha (1,1%), estimulantes (0,3%), benzodiazepínicos (0,2%) e solventes (0,1%).

Tabela 1.34.
*Dependência*¹ de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul.

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	9,5	9,0
Tabaco	12,8	10,7
Maconha	1,6	1,1
Solventes	-	0,1
Benzodiazepínicos	-	0,2
Estimulantes	-	0,3

Fonte: SENAD/CEBRID/ I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001 e 2005.

1 Critério do SAMHSA.

Como pode ser visto na Tabela 1.35, o gênero masculino apresenta maior *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* é a de 18 a 24 anos, seguida da de 25 a 34 anos.

46

Tabela 1.35.
Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de álcool, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	54,5	58,8	4,5	6,5
Masculino	56,4	56,6	5,5	9,3
Feminino	52,6	49,8	3,5	3,8
18 – 24	77,6	76,0	14,8	17,4
Masculino	80,8	75,7	21,9	24,2
Feminino	74,4	57,1	7,7	8,2
25 – 34	72,3	76,4	10,7	8,5
Masculino	82,7	81,7	16,0	14,0
Feminino	62,8	67,7	5,8	4,0
35 ou mais	69,7	73,2	8,4	7,5
Masculino	79,8	83,2	13,5	12,9
Feminino	60,8	67,1	3,9	3,8
Total	69,4	73,9	9,5	9,0
Masculino	77,0	81,7	14,4	14,9
Feminino	62,5	68,3	4,9	4,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.36 mostra que os homens apresentam maior *uso na vida* de tabaco do que as mulheres, exceto para a faixa etária de 12 a 17 anos, em 2001, em que as porcentagens são aproximadamente iguais. Quanto à *dependência*, não há um padrão, podendo ser maior para homens ou mulheres, dependendo da faixa etária e do ano.

Tabela 1.36.

Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de tabaco, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	18,7	21,3	1,8	3,6
Masculino	18,2	23,6	1,8	4,7
Feminino	19,3	13,0	1,8	0,0
18 – 24	49,1	47,2	12,0	12,0
Masculino	53,4	47,5	13,7	13,3
Feminino	44,9	35,0	10,3	7,2
25 – 34	40,6	41,8	15,0	8,0
Masculino	46,9	40,6	14,8	7,3
Feminino	34,9	39,9	15,1	7,7
35 ou mais	52,1	54,2	15,8	11,6
Masculino	63,5	64,8	19,7	13,0
Feminino	42,1	47,2	12,3	11,3
Total	44,1	49,3	12,8	10,7
Masculino	50,9	56,9	14,7	12,2
Feminino	37,7	43,8	11,0	9,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.37 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* de maconha, solventes e cocaína, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes e benzodiazepínicos. Em 2005, os homens apresentam maior uso de alucinógenos, esteroides, *crack*, merla, heroína e anticolinérgicos e as mulheres, de barbitúricos.

Tabela 1.37.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por gênero, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul (em %).

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	12,4	4,7	8,4	15,7	5,4	9,7
Solventes	7,0	1,1	4,0	9,7	1,9	5,2
Benzodiazepínicos	2,7	5,7	4,2	2,2	4,1	3,3
Orexígenos	-	-	1,0	1,4	1,0	1,1
Cocaína	7,2	1,5	3,6	5,4	1,4	3,1
Xaropes (codeína)	-	-	2,4	2,0	2,5	2,4
Estimulantes	1,9	3,2	2,0	1,3	3,5	2,6
Barbitúricos	-	-	0,5	0,0	0,6	0,3
Esteroides	-	-	0,2	1,4	0,4	0,8
Opiáceos	-	-	1,2	2,5	2,7	2,7
Anticolinérgicos	-	-	0,5	0,8	0,0	0,3
Alucinógenos	-	-	0,6	2,2	0,4	1,1
Crack	-	-	0,5	2,2	0,4	1,1
Merla	-	-	0,1	0,6	0,0	0,2
Heroína	-	-	0,1	0,6	0,2	0,3

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo as Tabelas 1.38 e 1.39, a maconha e a cocaína apresentam maior prevalência de *uso na vida* na faixa etária de 18 a 24 anos. O mesmo ocorre em 2001 com os solventes e em 2005, com os opiáceos e anticolinérgicos. Em 2005, os estimulantes, alucinógenos e *crack* foram mais consumidos na faixa etária de 25 a 34 anos; as prevalências nessas faixas etárias são praticamente iguais para solventes, heroína e merla; as drogas com prevalências maiores nas faixas de idade mais altas são xaropes e barbitúricos; os orexígenos apresentam maior prevalência na faixa mais jovem.

Tabela 1.38.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul em 2001 (em %).

Droga	Faixa etária				
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	Total
Maconha	3,6	16,0	10,1	6,1	8,4
Solventes	0,9	7,3	6,0	2,5	3,7
Benzodiazepínicos	2,6	5,2	5,4	3,8	4,2
Cocaína	0,0	9,3	4,2	3,3	4,0
Estimulantes	0,0	2,6	4,2	2,7	2,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001.

Tabela 1.39.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Sul em 2005 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	7,0	20,2	15,0	5,5	9,7
Solventes	1,2	9,8	9,7	2,9	5,2
Benzodiazepínicos	3,4	1,5	3,6	3,6	3,3
Orexígenos	3,0	1,4	1,9	0,6	1,1
Cocaína	1,2	7,1	6,1	1,6	3,1
Xaropes (codeína)	0,0	1,2	1,1	3,5	2,4
Estimulantes	0,0	2,2	4,3	2,3	2,6
Barbitúricos	0,0	0,0	0,6	0,4	0,3
Esteroides	0,0	2,1	2,5	0,0	0,8
Opiáceos	1,2	3,3	2,2	2,7	2,7
Anticolinérgicos	0,0	0,7	0,0	0,4	0,3
Alucinógenos	0,0	0,7	3,1	0,8	1,1
Crack	1,5	2,1	3,1	0,2	1,1
Merla	0,0	0,7	0,6	0,0	0,2
Heroína	0,0	0,7	0,6	0,2	0,3

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 1.40 confirma que a porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/*crack* é maior nas mulheres do que nos homens. Quando se trata de uso frequente de cocaína/*crack*, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha aumentou, mas a de álcool e de cocaína/*crack* permaneceu aproximadamente igual.

Tabela 1.40.

Opinião sobre o risco grave de usar substâncias ocasional ou diariamente – Região Sul (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	16,5	24,4	20,6	16,1	24,2	21,1
Beber diariamente	94,1	96,5	95,3	89,1	94,5	92,1
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	29,4	37,4	33,6	35,3	48,4	43,1
Usar maconha diariamente	93,8	97,0	95,4	88,3	94,2	91,7
Usar cocaína/ <i>crack</i> uma ou duas vezes na vida	66,6	70,9	68,9	66,7	71,0	69,2
Usar cocaína/ <i>crack</i> diariamente	99,5	98,8	99,2	96,9	96,7	96,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Região Centro-Oeste

Na Região Centro-Oeste, foram entrevistadas, em 2001, 671 pessoas, sendo 278 do sexo masculino e 393 do sexo feminino. Em 2005, a amostra continha 276 homens e 397 mulheres, totalizando 673 pessoas.

De acordo com a Tabela 1.41, com exceção de álcool e tabaco, as drogas com maior *uso na vida* são: em 2001, maconha (5,0%), orexígenos (4,8%), solventes (4,6%), opiáceos (4,2%) e benzodiazepínicos (2,7%); em 2005, maconha (7,8%), solventes (7,0%), benzodiazepínicos (3,6%), estimulantes (2,6%) e cocaína (2,2%). Na Região Centro-Oeste, de 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de *uso na vida* de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, esteroides e alucinógenos; e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e merla. Nenhuma das diferenças observadas foi estatisticamente significativa.

Tabela 1.41.
Prevalência de *uso na vida* de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste.

Droga	Prevalência de uso na vida (%)	
	2001	2005
Álcool	60,5	73,6
Tabaco	34,0	41,9
Maconha	5,0	7,8
Solventes	4,6	7,0
Benzodiazepínicos	2,7	3,6
Orexígenos	4,8	1,2
Cocaína	1,4	2,2
Xaropes (codeína)	2,5	0,9
Estimulantes	1,7	2,6
Barbitúricos	0,1	0,1
Esteroides	0,6	1,2
Opiáceos	4,2	0,4
Anticolinérgicos	0,2	0,3
Alucinógenos	0,0	0,6
Crack	0,4	0,3
Merla	0,8	0,3
Heroína	0,0	0,0
Qualquer droga exceto álcool e tabaco	18,9	17,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo a Tabela 1.42, em 2001 e 2005, a estimativa de dependentes de álcool é 10,4% e 12,7%, e de tabaco, 9,0% e 11,5%, respectivamente. Exceto álcool e tabaco, a droga com maior *dependência* é maconha (0,9% em 2001, e 0,6% em 2005).

Tabela 1.42.
*Dependência*¹ de drogas entre os entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste.

Droga	Dependência (%)	
	2001	2005
Álcool	10,4	12,7
Tabaco	9,0	11,5
Maconha	0,9	0,6
Solventes	-	0,2
Benzodiazepínicos	-	0,2
Estimulantes	-	0,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

Como pode ser visto na Tabela 1.43, o gênero masculino apresenta maior *uso na vida* e maior *dependência* de álcool do que o gênero feminino, em todas as faixas etárias, exceto na faixa de 12 a 17 anos, em 2001. As faixas etárias que apresentam as maiores prevalências de *dependência* são as de 25 a 34 anos e de 18 a 24 anos.

Tabela 1.43.
Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de álcool, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	33,3	55,0	1,8	7,7
Masculino	45,7	63,9	0,0	8,4
Feminino	23,3	45,5	3,3	6,9
18 – 24	66,7	81,4	11,9	16,7
Masculino	69,8	91,7	20,8	30,5
Feminino	63,4	76,7	2,4	8,5
25 – 34	72,6	80,2	14,2	15,2
Masculino	81,5	80,4	18,5	29,5
Feminino	62,5	77,6	9,4	4,3
35 ou mais	60,5	71,5	10,6	10,8
Masculino	75,2	89,5	15,2	19,7
Feminino	47,6	60,0	6,5	3,8
Total	60,5	73,6	10,4	12,7
Masculino	71,5	88,7	15,2	23,1
Feminino	50,0	63,2	5,7	5,2

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.44 mostra que os homens apresentam maior *uso na vida* e maior *dependência* de tabaco do que as mulheres, exceto para o *uso na vida* em 2005 na faixa etária de 18 a 24 anos e para *dependência* em 2001 nas faixas etárias de 12 a 17 anos, em que as porcentagens são aproximadamente iguais; bem como para *uso na vida* em 2001 na faixa etária de 12 a 17 anos e para *dependência* em 2001 na faixa etária de 35 anos ou mais e em 2005 na faixa etária de 18 a 24 anos, em que a estimativa para o gênero feminino chega a ser maior do que para o gênero masculino. A faixa etária que apresenta a maior *dependência* é a de 35 anos ou mais, tanto em 2001 como em 2005.

Tabela 1.44.

Prevalência de *uso na vida* e *dependência*¹ de tabaco, por gênero e faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste.

Faixa etária (anos) / Gênero	Uso na vida (%)		Dependência (%)	
	2001	2005	2001	2005
12 – 17	9,4	18,4	0,0	2,5
Masculino	8,6	27,0	0,0	5,8
Feminino	10,0	13,8	0,0	0,0
18 – 24	29,4	37,2	10,8	11,1
Masculino	34,0	34,1	15,1	4,4
Feminino	24,4	34,5	6,1	13,5
25 – 34	34,6	36,6	8,8	9,8
Masculino	38,5	46,9	9,2	13,2
Feminino	30,2	27,8	8,3	6,5
35 ou mais	45,6	55,0	11,5	15,3
Masculino	46,4	63,9	10,4	18,3
Feminino	44,9	49,1	12,4	13,9
Total	34,0	41,9	9,0	11,5
Masculino	36,3	50,3	9,8	14,9
Feminino	31,8	35,6	8,2	9,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

1 Critério do SAMHSA.

A Tabela 1.45 mostra que, tanto para o ano de 2001 como para o ano de 2005, o gênero masculino apresenta maior prevalência de *uso na vida* de maconha, solventes e cocaína, enquanto que o gênero feminino apresenta maior uso de estimulantes. O uso de benzodiazepínicos é maior para as mulheres em 2001. Em 2005, os homens apresentam maior uso de benzodiazepínicos, alucinógenos, esteroides, *crack* e merla e as mulheres de orexígenos e opiáceos.

Tabela 1.45.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por gênero, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste (em %).

Droga / Gênero	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Maconha	8,3	1,7	5,0	12,6	4,1	7,8
Solventes	7,1	2,1	4,6	11,0	4,1	7,0
Benzodiazepínicos	1,4	4,1	2,7	5,6	1,9	3,6
Orexígenos	-	-	4,8	0,4	1,8	1,2
Cocaína	2,3	0,6	1,4	3,7	1,0	2,2
Xaropes (codeína)	-	-	2,5	1,1	0,8	0,9
Estimulantes	0,4	3,0	1,7	1,7	3,3	2,6
Barbitúricos	-	-	0,1	0,4	0,0	0,1
Esteroides	-	-	0,6	2,9	0,0	1,2
Opiáceos	-	-	4,2	0,0	0,8	0,4
Anticolinérgicos	-	-	0,2	0,4	0,3	0,3
Alucinógenos	-	-	-	1,1	0,3	0,6
Crack	-	-	0,4	0,7	0,0	0,3
Merla	-	-	0,8	0,7	0,0	0,3
Heroína	-	-	-	0,0	0,0	0,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Segundo as Tabelas 1.46 e 1.47, em 2005, a maconha e a cocaína apresentam maior prevalência de *uso na vida* na faixa etária de 18 a 24 anos e os solventes e orexígenos na faixa etária de 25 a 34 anos. Em 2001, essas faixas se invertem para cocaína e solventes. As prevalências nessas faixas etárias são praticamente iguais para benzodiazepínicos e esteroides. As drogas com prevalências maiores nas faixas de idade mais altas são xaropes e anticolinérgicos. Os alucinógenos e estimulantes apresentam alta prevalência na faixa mais jovem, em 2005, sendo os últimos com a taxa mais alta na faixa de 35 anos ou mais. Em 2001, não foi detectado uso de estimulantes na faixa etária de 12 a 17 anos.

Tabela 1.46.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste em 2001 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	0,0	9,8	7,8	2,5	5,0
Solventes	1,3	7,6	6,9	2,8	4,6
Benzodiazepínicos	0,0	2,2	2,0	4,6	2,7
Cocaína	1,8	1,0	4,1	0,0	1,4
Estimulantes	0,0	1,2	2,8	2,0	1,7

Fonte: SENAD/CEBRID/ I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2001.

Tabela 1.47.

Prevalência de *uso na vida* de drogas, por faixa etária, dos entrevistados das cidades com mais de 200 mil habitantes da Região Centro-Oeste em 2005 (em %).

Droga	Faixa etária				Total
	12 – 17	18 – 24	25 – 34	35 ou mais	
Maconha	3,6	14,1	10,3	6,1	7,8
Solventes	4,6	8,6	10,6	4,8	7,0
Benzodiazepínicos	0,9	4,1	4,6	3,6	3,6
Orexígenos	0,0	1,6	2,8	0,4	1,2
Cocaína	1,0	5,2	3,2	1,3	2,2
Xaropes (codeína)	0,0	0,8	1,1	1,1	0,9
Estimulantes	2,8	1,1	1,8	3,3	2,6
Barbitúricos	0,0	0,0	0,6	0,0	0,1
Esteroides	0,0	2,4	2,8	0,0	1,2
Opiáceos	0,0	0,8	0,0	0,7	0,4
Anticolinérgicos	0,0	0,0	0,6	0,4	0,3
Alucinógenos	2,3	0,0	1,1	0,0	0,6
Crack	0,0	0,0	1,1	0,0	0,3
Merla	0,0	0,8	0,6	0,0	0,3
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

A Tabela 1.48 confirma que a porcentagem de pessoas com percepção de risco grave do uso de álcool, maconha e cocaína/*crack* é maior nas mulheres do que nos homens. Quando se trata de uso frequente de cocaína/*crack*, o risco é percebido igualmente por homens e mulheres. De 2001 para 2005, a percepção de risco no uso eventual de maconha e cocaína/*crack* permaneceu praticamente a mesma, mas a de álcool diminuiu.

Tabela 1.48.

Opinião sobre o risco grave de usar substâncias ocasional ou diariamente – Região Centro-Oeste (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	24,7	26,9	30,9	16,6	23,4	20,9
Beber diariamente	95,9	96,7	96,3	95,0	99,1	97,3
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	33,4	44,7	39,2	34,1	43,7	39,9
Usar maconha diariamente	97,4	98,6	98,0	95,8	97,6	96,9
Usar cocaína/ <i>crack</i> uma ou duas vezes na vida	70,9	71,8	71,3	70,0	73,1	71,8
Usar cocaína/ <i>crack</i> diariamente	99,2	99,2	99,2	99,7	99,4	99,6

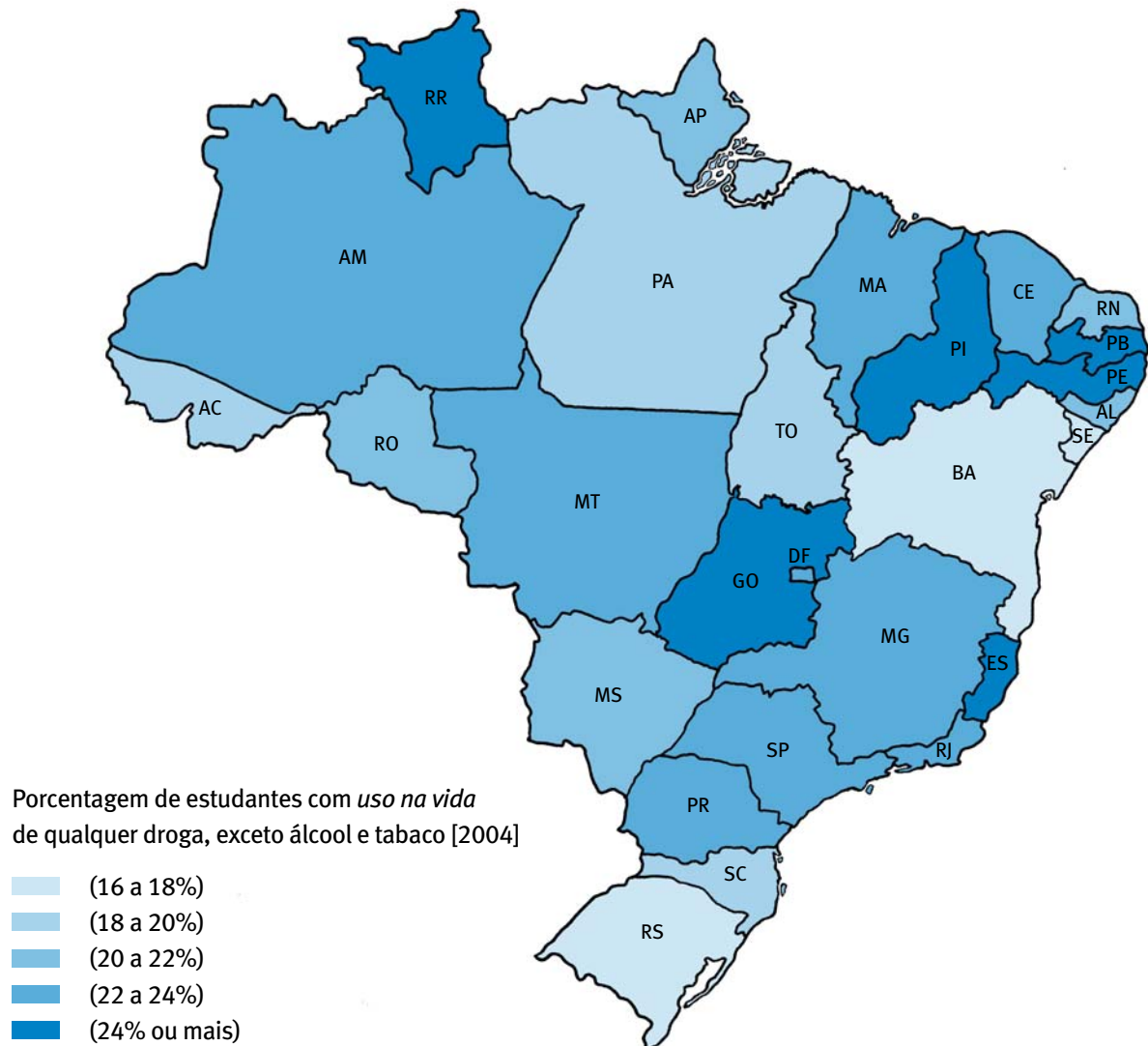
Fonte: SENAD/CEBRID/ II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 2005.

Conclusões

1. A prevalência de *uso na vida* de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, foi maior na Região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região que apresentou menor *uso na vida* foi a Norte com 14,4%. No Brasil, o *uso na vida* para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Esta porcentagem é, por exemplo, próxima à do Chile (23,4%) e quase metade da dos EUA (45,8%).
2. O *uso na vida* de álcool, nas 108 maiores cidades do país, foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países (Chile com 86,5% e EUA com 82,4%). O menor uso de álcool ocorreu na Região Norte (53,9%) e o maior na Sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% para o Brasil; no Nordeste a porcentagem atingiu quase 14%. Em todas as regiões observaram-se mais dependentes de álcool para o gênero masculino.
3. O *uso na vida* de tabaco foi de 44,0% no total, porcentagem inferior à do Chile (72,0%) e EUA (67,3%). Quanto à *dependência* de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. A maior porcentagem de dependentes de tabaco apareceu na Região Centro-Oeste, com 11,5%.
4. O *uso na vida* de maconha, nas 108 maiores cidades, foi de 8,8%, resultado próximo aos da Grécia (8,9%) e Polônia (7,7%), porém abaixo dos apresentados nos EUA (40,2%) e Reino Unido (30,8%). A Região Sudeste foi campeã em porcentagem de *uso na vida* (10,3%) e teve também a maior prevalência de dependentes de maconha, com 1,5%.
5. A prevalência de *uso na vida* de cocaína, nas 108 maiores cidades do país, foi de 2,9%, sendo próxima à da Alemanha (3,2%), porém bem inferior à dos EUA, com 14,2%, e Chile, com 5,3%. A Região Sudeste foi aquela onde se verificou a maior porcentagem (3,7%), sendo a menor observada no Norte e Nordeste, com aproximadamente 1%.
6. O *uso na vida* de *crack* foi de 0,7% para as maiores 108 cidades do país, cerca da metade do valor apresentado no estudo americano. O uso de merla (uma forma de cocaína) apareceu na Região Norte com 0,8%, a maior do Brasil.
7. O uso de solventes foi de 6,1%, prevalência superior à verificada na Colômbia (1,4%) e Espanha (cerca de 4,0%). Por outro lado, a prevalência do uso de solventes nos EUA foi de 9,5%. A Região Nordeste teve a maior porcentagem de uso dessas substâncias, com 8,4%.
8. O *uso na vida* de medicamentos, sem prescrição médica, teve um fato em comum: mais mulheres do que homens os usaram, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,2% de *uso na vida*. Os benzodiazepínicos, com 5,6%, apresentaram menor prevalência do que a observada nos EUA (8,3%).

9. A heroína, droga tão citada na mídia, teve *uso na vida* por sete entrevistados, sendo seis homens. Embora essas porcentagens estejam muito abaixo da americana e da colombiana (1,3%), 29,6% dos entrevistados tiveram a percepção de que obter heroína era fácil. Há discrepância entre o número de pessoas que relataram o uso (7) e as porcentagens de pessoas que acreditam na facilidade de obtenção, provavelmente, pelo imaginário popular criado pela mídia.
10. A opinião dos entrevistados sobre os graves riscos do uso de bebidas alcoólicas, uma ou duas vezes por semana, foi de 20,8%; já o uso por uma ou duas vezes na vida de maconha foi considerado um risco grave para 48,1%; ainda 77,1% dos entrevistados consideraram risco grave o uso de cocaína uma ou duas vezes na vida. A percepção de riscos mais que duplica na comparação entre álcool e maconha e mais que triplica quando o álcool é comparado à cocaína/*crack*.
11. O uso diário de álcool, maconha ou cocaína foi considerado um risco grave para a quase totalidade da amostra, independentemente do gênero, da faixa etária e região brasileira.

Uso de álcool, tabaco e outras drogas psicotrópicas por estudantes do ensino fundamental e médio de rede pública



Os dados considerados neste capítulo referem-se ao V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em convênio com a Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Para a análise das tendências de consumo, foram considerados ainda os levantamentos realizados pelo CEBRID nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997.

A SENAD, em parceria com o CEBRID realizou em 2004 o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (GALDURÓZ et al., 2005). Os resultados obtidos permitem avaliar o consumo de drogas entre os estudantes da rede pública de ensino fundamental (a partir do 6º ano) e ensino médio. Esse estudo ampliou a amostra de pesquisas anteriores realizadas pelo CEBRID nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, nas quais foram consideradas apenas 10 capitais: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

O uso de drogas pelos estudantes foi dividido em cinco categorias:

USO NA VIDA: quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;

USO NO ANO: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;

USO NO MÊS: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;

USO FREQUENTE: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa;

USO PESADO: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

Os resultados apresentados neste texto foram extraídos do relatório do V Levantamento citado acima. Nesse trabalho são descritos, com detalhes, a forma de implementação da pesquisa, o plano amostral, a avaliação da consistência e a análise estatística dos dados.

A seleção dos estudantes foi feita por meio de amostragem por conglomerados (as escolas a serem selecionadas) e estratificada (regiões das cidades definidas por características socioeconômicas). Os dados foram apresentados de forma expandida (CARLINI-COTRIM e BARBOSA, 1993), com exceção dos relacionados às características socioeconômicas. Nas análises de tendência, aqui reproduzidas, foi adotado o teste qui-quadrado para tendência, fixando-se o nível de significância em 0,05.

Foram considerados questionários respondidos por 48.155 estudantes, dos quais 24.463 (50,8%) eram do sexo feminino. A maioria dos estudantes (71,6%) cursava o ensino fundamental. A faixa etária com maior frequência foi a de 13 a 15 anos (36,3%). A defasagem escolar atingiu 45,9% dos alunos pesquisados e observou-se maior defasagem escolar entre os estudantes que já haviam feito uso na vida de drogas, quando comparados aos sem *uso na vida*.

Nas Tabelas 2.1 a 2.5 são apresentadas as porcentagens de estudantes que usam ou usaram drogas, segundo o tipo de uso: *na vida*, *no ano*, *no mês*, *frequente* e *pesado*, respectivamente. Observa-se que a porcentagem estimada de estudantes que usaram droga na vida é de 22,6% e que, exceto álcool e tabaco, a droga mais utilizada é o solvente, seguido dos energéticos. A porcentagem de estudantes que apresentou *uso na vida* de energéticos é de 12%.

Tabela 2.1.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso na vida* de drogas psicotrópicas. Brasil e Regiões.

Droga	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Solventes	14,4	16,3	15,8	12,7	16,5	15,5
Maconha	5,7	5,1	6,6	8,5	5,0	5,9
Ansiolíticos	2,9	4,7	4,3	4,2	4,0	4,1
Anfetamínicos	3,4	3,6	3,0	4,1	4,6	3,7
Cocaína	2,9	1,2	2,3	1,7	2,1	2,0
Anticolinérgicos	0,8	1,5	1,1	0,6	1,3	1,2
Barbitúricos	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0	0,8
Crack	0,6	0,7	0,8	1,1	0,7	0,7
Energéticos	8,0	9,8	14,1	16,6	15,2	12,0
Esteroides/Anabolizantes	1,2	1,0	0,9	0,5	1,0	1,0
Orexígenos	0,6	1,1	0,4	0,3	0,7	0,7
Alucinógenos	0,4	0,3	0,8	0,9	0,9	0,6
Xaropes	0,3	0,3	0,4	0,3	0,6	0,4
Opiáceos	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3
Qualquer tipo	21,6	22,6	23,3	21,6	23,3	22,6
Álcool	58,2	66,0	68,7	67,8	65,5	65,2
Tabaco	26,1	23,9	25,4	27,7	22,4	24,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

Tabela 2.2.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso no ano* de drogas psicotrópicas. Brasil e Regiões.

Droga	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Solventes	12,9	15,2	13,7	12,0	15,5	14,1
Maconha	4,4	3,9	5,4	6,5	3,7	4,6
Ansiolíticos	2,5	4,4	4,0	3,7	3,7	3,8
Anfetamínicos	2,9	2,9	2,8	3,7	4,0	3,2
Cocaína	2,4	1,0	1,8	1,6	1,8	1,7
Anticolinérgicos	0,4	0,9	0,7	0,5	1,0	0,7
Barbitúricos	0,5	0,7	0,7	0,7	0,9	0,7
Crack	0,5	0,6	0,8	0,9	0,6	0,7
Qualquer tipo	18,2	19,9	19,9	18,9	20,6	19,6
Álcool	56,1	64,0	67,0	66,5	63,8	63,3
Tabaco	16,9	15,0	16,1	16,5	13,8	15,7

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

Tabela 2.3.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso no mês* de drogas psicotrópicas. Brasil e Regiões.

Droga	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Solventes	9,4	10,6	9,4	7,7	10,4	9,8
Maconha	3,0	2,9	3,8	4,3	2,6	3,2
Ansiolíticos	1,7	2,9	2,7	2,2	2,4	2,5
Anfetamínicos	1,7	1,8	1,6	2,0	2,6	1,9
Cocaína	1,9	0,8	1,3	1,0	1,5	1,3
Anticolinérgicos	0,3	0,6	0,5	0,4	0,9	0,5
Barbitúricos	0,3	0,5	0,6	0,5	0,7	0,5
Crack	0,4	0,5	0,7	0,6	0,5	0,5
Qualquer tipo	13,9	15,2	14,8	13,5	15,4	14,8
Álcool	39,1	44,7	47,3	46,3	44,1	44,3
Tabaco	10,7	9,5	10,1	10,1	8,7	9,9

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

Tabela 2.4.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso frequente* de drogas psicotrópicas. Brasil e Regiões.

Droga	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Solventes	1,2	1,5	1,5	0,8	2,1	1,5
Maconha	0,6	0,6	1,1	1,1	0,5	0,7
Ansiolíticos	0,2	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4
Anfetamínicos	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5	0,5
Cocaína	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3	0,2
Anticolinérgicos	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Barbitúricos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Crack	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1
Qualquer tipo	2,4	3,0	3,3	2,9	3,6	3,0
Álcool	8,4	12,5	12,5	12,9	11,7	11,7
Tabaco	3,7	3,6	4,1	4,6	3,4	3,8

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

Tabela 2.5.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso pesado* de drogas psicotrópicas. Brasil e Regiões.

Droga	Região					Total
	N	NE	SE	S	CO	
Solventes	0,7	0,9	0,9	0,5	1,3	0,9
Maconha	0,4	0,4	0,6	0,8	0,3	0,5
Ansiolíticos	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Anfetamínicos	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Cocaína	0,2	0,1	0,2	0,1	0,5	0,1
Anticolinérgicos	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Barbitúricos	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Crack	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
Qualquer tipo	1,6	2,0	2,2	2,1	2,4	2,0
Álcool	5,0	7,2	7,2	6,8	6,8	6,7
Tabaco	2,5	2,4	3,1	3,3	2,4	2,7

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

A seguir são apresentadas as porcentagens de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso na vida* (Tabela 2.6), *no ano* (Tabela 2.7), *no mês* (Tabela 2.8), *uso frequente* (Tabela 2.9) e *uso pesado* (Tabela 2.10) de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) nas 27 capitais brasileiras, segundo gênero e faixa etária. Considerando os resultados para o conjunto das 27 capitais, as porcentagens observadas de estudantes do sexo masculino que usam droga são maiores que as observadas no sexo feminino, em todas as categorias de uso. As porcentagens de usuários tendem a aumentar com a idade, porém, conforme salientado em Galduróz et al. (2005), a porcentagem de estudantes na faixa etária de 10 a 12 anos com *uso na vida* é expressiva (12,7%).

O mapa da página inicial deste capítulo reflete as porcentagens de *uso na vida* de qualquer droga, com exceção de álcool e tabaco. Destacam-se, com valores maiores do que 24%, as cidades de Boa Vista na Região Norte; Teresina, João Pessoa e Recife na Região Nordeste; Vitória na Região Sudeste; Goiânia na Região Centro-Oeste. Na Região Sul, todas as capitais apresentaram porcentagens abaixo desse valor.

Os testes qui-quadrado de comparação das porcentagens de uso, apresentaram diferenças significantes ($p < 0,05$), com maior uso dos homens para:

USO NA VIDA: Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió e Salvador.

USO NO ANO: Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió, Salvador e São Paulo.

USO NO MÊS: Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió, Salvador e Vitória.

USO FREQUENTE: Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió, Salvador, São Paulo, Curitiba e Goiânia.

USO PESADO: Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Recife, Maceió, Salvador, Curitiba e Goiânia.

Esses testes mostraram também que a proporção de mulheres é maior do que a dos homens, no *uso de drogas na vida*, nas cidades de Curitiba, Florianópolis e Cuiabá; *uso no ano*, em Macapá, Curitiba, Florianópolis e Cuiabá; *uso no mês*, em Macapá e Cuiabá; *uso frequente*, em Florianópolis e Porto Alegre; e *uso pesado*, em Porto Alegre.

Tabela 2.6.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso na vida* de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) por gênero e faixa etária. Capitais.

Capital	Gênero			Faixa etária					Total ¹
	M	F	I	10 – 12	13 – 15	16 – 18	> 18	I	
Porto Velho	22,1	22,3	12,2	11,0	20,9	25,8	50,6	29,5	21,8
Rio Branco	19,9	18,5	19,3	11,0	21,2	19,5	22,9	17,8	19,1
Manaus	23,7	22,6	27,9	13,6	24,4	25,7	31,5	24,9	23,7
Boa Vista	28,9	25,6	8,3	17,2	30,8	32,3	35,4	33,0	27,1
Belém	20,6	18,0	22,0	8,2	22,7	22,0	23,0	19,9	19,3
Macapá	20,3	21,5	23,4	9,4	29,6	37,8	16,7	28,3	21,0
Palmas	18,6	20,8	6,3	13,2	20,8	24,8	15,7	39,5	19,6
Capitais do Norte	22,4	21,1	20,5	12,3	23,4	25,8	33,2	25,3	21,6
São Luís	24,7	20,9	24,8	10,8	24,7	27,4	19,3	22,5	22,7
Teresina ²	26,7	22,7	22,1	13,7	26,1	36,2	17,9	21,8	24,3
Fortaleza ²	25,7	21,0	41,1	11,0	23,0	28,9	32,6	32,4	23,9
Natal ²	25,0	16,8	28,6	9,6	17,1	35,9	28,6	25,5	21,2
João Pessoa ²	30,7	24,0	27,5	11,5	27,2	34,9	30,2	28,2	26,9
Recife ²	27,4	22,2	31,4	8,4	22,5	30,6	36,5	28,9	25,1
Maceió ²	24,7	18,0	9,5	5,9	17,4	24,6	31,5	18,6	20,8
Aracaju	16,7	16,0	23,4	8,4	13,7	22,4	33,1	32,3	16,7
Salvador ²	18,9	16,5	20,1	12,0	16,5	19,5	25,6	21,0	17,7
Capitais do Nordeste	22,8	17,9	23,7	5,6	18,5	24,9	28,7	23,0	20,3
Belo Horizonte	23,8	23,9	22,5	16,0	24,1	33,0	36,2	25,7	23,8
Vitória	26,2	26,3	23,4	14,3	30,3	37,4	39,7	25,1	26,1
Rio de Janeiro	23,5	21,0	25,9	9,9	23,9	26,1	19,4	17,9	22,3
São Paulo	23,7	22,7	22,5	16,4	22,3	27,1	29,1	22,2	23,1
Capitais do Sudeste	23,8	22,9	22,9	15,1	23,9	30,3	33,7	22,8	23,3
Curitiba ²	20,7	23,7	22,3	10,8	23,2	32,5	38,8	28,6	22,2
Florianópolis ²	17,5	19,9	13,6	8,6	18,4	28,3	41,6	13,3	18,4
Porto Alegre	16,7	16,0	23,4	8,4	13,7	22,4	45,5	32,3	16,7
Capitais do Sul	20,1	23,0	22,2	9,6	22,2	33,1	44,5	25,4	21,6
Campo Grande	21,6	19,5	17,5	14,2	22,8	25,6	59,2	14,6	20,4
Cuiabá ²	20,0	25,1	17,9	14,4	23,2	29,6	20,2	25,6	22,4
Goiânia	28,7	28,5	33,1	20,7	31,5	30,4	23,6	32,2	28,9
Brasília	22,9	21,7	38,3	12,5	24,1	38,0	28,1	31,4	22,6
Capitais do Centro-Oeste	23,6	23,6	28,2	14,8	25,6	32,0	36,9	27,3	23,8
Brasil (Capitais)	23,5	21,7	23,7	12,7	23,1	29,2	34,7	25,1	22,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

I Ignorado.

1 calculado pela ponderação das proporções de gêneros na amostra.

2 diferença estatisticamente significante entre os gêneros.

Tabela 2.7.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso no ano* de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) por gênero e faixa etária. Capitais.

Capital	Gênero			Faixa etária					Total ¹
	M	F	I	10 – 12	13 – 15	16 – 18	> 18	I	
Porto Velho	17,1	17,0	11,7	8,1	16,2	21,2	19,9	22,9	16,8
Rio Branco	15,4	16,6	16,3	9,8	17,8	17,8	16,7	16,0	16,1
Manaus	20,4	18,3	23,8	10,2	21,6	22,4	24,9	20,5	19,8
Boa Vista	23,3	22,5	8,3	14,5	25,1	31,8	33,8	26,6	22,8
Belém	17,7	15,1	19,6	6,4	19,5	18,9	21,6	16,3	16,4
Macapá ²	16,4	19,4	18,7	7,5	26,7	34,6	16,7	21,7	18,0
Palmas	17,2	19,0	6,3	11,0	19,3	25,3	11,6	37,1	18,0
Capitais do Norte	18,7	17,9	17,2	10,0	20,0	23,2	27,1	20,4	18,2
São Luís	20,3	18,0	21,4	8,3	20,9	24,1	15,9	19,2	19,2
Teresina	22,1	19,0	19,0	5,9	21,0	34,9	17,1	18,8	20,3
Fortaleza ²	22,4	16,8	41,7	7,5	20,7	25,5	25,8	27,5	20,3
Natal ²	21,2	15,8	24,7	8,5	14,0	33,6	28,1	24,0	18,8
João Pessoa ²	28,3	22,1	18,8	8,9	26,1	33,8	27,2	24,4	24,6
Recife ²	25,6	21,3	32,0	7,1	22,2	30,1	33,4	27,4	23,9
Maceió ²	23,2	15,3	9,5	4,2	15,7	23,1	28,9	14,0	18,7
Aracaju	14,0	11,9	17,1	8,1	10,6	17,8	20,8	23,3	13,1
Salvador ²	16,1	14,3	14,4	9,2	13,4	17,4	22,2	16,8	15,0
Capitais do Nordeste	20,3	15,6	21,5	4,5	16,4	22,7	25,3	20,2	17,9
Belo Horizonte	19,9	19,6	19,1	10,6	20,5	30,8	33,0	20,2	19,7
Vitória	22,4	21,3	17,6	8,5	26,7	33,6	28,8	22,2	21,6
Rio de Janeiro	21,6	18,4	25,0	9,6	21,9	24,0	14,6	15,9	20,1
São Paulo ²	20,1	18,9	19,8	13,4	18,9	23,7	23,8	20,6	19,5
Capitais do Sudeste	20,5	19,3	19,9	11,6	20,8	27,2	28,6	19,2	19,9
Curitiba ²	18,1	20,4	20,2	10,0	20,7	29,1	27,6	25,2	19,3
Florianópolis ²	15,1	17,7	12,9	7,7	15,4	26,5	34,4	13,1	16,2
Porto Alegre	14,0	11,9	17,1	8,1	10,6	17,8	40,2	23,3	13,1
Capitais do Sul	17,7	20,3	18,2	8,9	19,4	30,0	35,4	21,0	19,0
Campo Grande	18,1	17,0	20,1	12,7	20,1	19,8	42,2	14,4	17,6
Cuiabá ²	17,3	22,1	13,9	12,9	21,0	24,8	16,4	21,3	19,5
Goiânia	25,5	26,4	30,8	18,2	29,0	28,7	19,0	30,7	26,3
Brasília	19,8	19,4	27,8	10,9	21,5	34,2	15,1	27,2	19,8
Capitais do Centro-Oeste	20,5	21,3	25,7	13,2	23,2	28,5	24,9	25,4	21,1
Brasil (Capitais)	20,4	18,8	20,6	10,2	20,3	26,5	29,2	21,3	19,6

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

I Ignorado.

1 calculado pela ponderação das proporções de gêneros na amostra.

2 diferença estatisticamente significante entre os gêneros.

Tabela 2.8.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso no mês* de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) por gênero e faixa etária. Capitais.

Capital	Gênero			Faixa etária					Total ¹
	M	F	I	10 – 12	13 – 15	16 – 18	> 18	I	
Porto Velho	13,5	12,6	8,9	6,0	11,9	17,4	14,7	20,5	12,9
Rio Branco	11,9	11,8	11,6	7,2	13,3	13,2	7,3	10,8	11,8
Manaus	16,6	14,1	20,4	7,5	15,1	18,6	21,7	17,9	15,8
Boa Vista	18,1	16,6	8,3	10,1	17,3	23,1	28,4	23,2	17,3
Belém	14,1	11,3	20,9	4,4	14,9	15,2	20,2	15,0	12,9
Macapá ²	12,7	15,5	10,3	6,2	18,5	30,3	16,7	15,0	14,1
Palmas	12,4	13,9	4,2	8,5	11,8	19,9	9,9	15,1	13,1
Capitais do Norte	14,7	13,3	13,0	7,4	14,2	18,5	23,3	17,3	13,9
São Luís	16,0	14,0	18,0	8,4	14,6	19,5	13,6	16,2	15,1
Teresina ²	16,7	15,1	15,7	4,7	15,6	29,5	13,7	15,5	15,8
Fortaleza ²	17,5	12,5	34,2	5,8	15,1	18,9	22,0	23,0	15,6
Natal ²	15,5	11,1	19,9	6,0	10,2	25,0	23,6	20,2	13,7
João Pessoa ²	21,8	15,9	21,3	7,0	17,9	25,0	22,4	23,2	18,5
Recife ²	18,5	16,0	29,5	5,6	15,7	19,7	26,5	25,3	18,1
Maceió ²	19,2	11,4	6,6	3,8	12,2	18,1	22,7	12,3	14,7
Aracaju	11,6	9,4	16,2	7,8	7,7	15,1	21,2	22,3	10,7
Salvador ²	12,6	10,3	10,3	7,0	9,4	11,2	20,1	14,5	11,2
Capitais do Nordeste	15,7	11,7	18,2	3,7	11,7	16,8	20,6	17,7	13,7
Belo Horizonte	16,1	15,6	16,7	8,3	16,6	24,6	32,1	16,6	15,9
Vitória ²	17,7	14,5	15,9	6,0	19,7	26,4	23,8	17,1	16,0
Rio de Janeiro	16,3	14,0	17,9	7,2	15,6	19,5	13,2	10,2	15,2
São Paulo	14,3	13,6	13,3	9,5	13,2	17,9	11,5	13,6	13,9
Capitais do Sudeste	15,5	14,3	14,6	8,4	15,2	21,1	21,7	14,1	14,9
Curitiba	13,8	13,8	15,8	6,8	13,7	21,6	21,6	23,4	13,9
Florianópolis	10,1	11,8	5,3	4,8	9,3	17,6	34,4	5,3	10,6
Porto Alegre	11,6	9,4	16,2	7,8	7,7	15,1	35,9	22,3	10,7
Capitais do Sul	13,1	13,9	13,0	5,8	13,0	22,3	29,9	17,0	13,5
Campo Grande	13,4	14,1	14,6	10,4	15,7	15,6	39,0	10,3	13,8
Cuiabá ²	12,4	16,4	5,9	9,3	14,0	20,8	14,5	16,0	14,1
Goiânia	20,2	18,2	22,7	11,8	21,3	21,7	11,7	23,2	19,4
Brasília	15,1	14,4	20,0	7,4	15,8	28,4	12,2	20,5	14,8
Capitais do Centro-Oeste	15,6	15,8	18,4	9,6	16,9	22,9	20,2	18,9	15,8
Brasil (Capitais)	15,6	13,9	16,1	7,6	14,5	20,4	24,0	17,6	14,8

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

I Ignorado.

1 calculado pela ponderação das proporções de gêneros na amostra.

2 diferença estatisticamente significante entre os gêneros.

Tabela 2.9.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso frequente* de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) por gênero e faixa etária. Capitais.

Capital	Gênero			Faixa etária					Total ¹
	M	F	I	10 – 12	13 – 15	16 – 18	> 18	I	
Porto Velho	2,1	1,6	0,0	0,8	1,6	2,4	2,4	8,6	1,8
Rio Branco	0,9	2,6	1,0	0,6	2,9	1,7	1,0	1,0	1,8
Manaus	2,8	1,8	2,6	1,1	1,3	3,4	3,5	3,0	2,3
Boa Vista	4,9	2,6	0,0	1,6	3,9	3,1	5,6	4,3	3,7
Belém	3,0	1,7	2,4	0,6	2,1	3,9	2,8	3,0	2,3
Macapá	2,1	2,6	5,6	0,0	4,2	6,2	0,0	8,3	2,5
Palmas	3,8	2,6	2,1	1,0	2,6	6,8	1,7	1,5	3,2
Capitais do Norte	2,9	2,1	2,0	0,9	2,3	3,6	4,0	3,0	2,4
São Luís	1,9	1,8	4,8	0,3	1,8	2,8	1,1	3,8	2,0
Teresina ²	4,3	2,4	1,7	0,5	3,7	5,8	3,4	2,3	3,2
Fortaleza ²	3,8	1,7	8,1	0,2	2,9	3,9	4,0	4,6	2,9
Natal ²	2,8	1,4	6,2	0,2	2,1	5,8	3,1	4,5	2,4
João Pessoa ²	5,4	3,4	8,8	2,1	4,1	5,6	5,4	5,5	4,4
Recife ²	5,0	3,4	5,0	2,1	3,6	5,3	6,7	2,5	4,2
Maceió ²	3,8	2,0	0,0	0,3	1,7	3,6	5,2	3,0	2,8
Aracaju	1,7	2,5	5,2	0,3	1,1	2,1	3,5	6,3	2,3
Salvador ²	2,8	1,4	0,7	0,6	1,6	1,8	3,8	2,8	1,9
Capitais do Nordeste	3,4	2,0	3,6	0,7	2,3	3,3	4,5	3,1	2,7
Belo Horizonte	4,0	3,6	3,8	2,0	3,6	5,8	3,2	5,8	3,8
Vitória	3,0	2,5	2,4	0,8	2,7	8,7	1,7	4,0	2,7
Rio de Janeiro	4,3	2,8	4,4	1,8	3,8	6,8	2,9	2,0	3,5
São Paulo ²	3,5	2,8	2,3	1,9	2,8	4,1	4,9	2,1	3,1
Capitais do Sudeste	3,8	3,0	2,9	1,7	2,2	6,0	4,0	2,7	3,4
Curitiba ²	3,4	2,4	3,2	0,4	2,9	6,5	6,5	5,0	2,9
Florianópolis ²	1,7	2,5	1,7	1,0	2,0	3,3	5,9	0,7	2,1
Porto Alegre ²	1,7	2,5	5,2	0,3	1,1	2,1	12,8	6,3	2,3
Capitais do Sul	3,1	2,5	3,7	0,5	2,8	5,6	7,1	3,9	2,8
Campo Grande	3,0	2,8	6,7	1,7	3,2	5,5	4,0	6,5	3,1
Cuiabá	2,2	3,2	5,0	1,3	2,5	3,2	0,0	6,3	2,8
Goiânia ²	5,4	3,8	5,7	1,3	5,0	6,7	2,7	3,9	4,6
Brasília	3,7	3,8	1,8	2,2	3,7	7,8	2,6	1,8	3,7
Capitais do Centro-Oeste	3,7	3,4	5,0	1,9	3,8	6,2	3,0	3,8	3,6
Brasil (Capitais)	3,5	2,6	3,4	1,3	2,9	4,7	5,1	3,3	3,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

I Ignorado.

1 calculado pela ponderação das proporções de gêneros na amostra.

2 diferença estatisticamente significante entre os gêneros.

Tabela 2.10.

Porcentagem de estudantes do ensino fundamental e médio das redes municipal e estadual com *uso pesado* de drogas psicotrópicas em geral (exceto álcool e tabaco) por gênero e faixa etária. Capitais.

Capital	Gênero			Faixa etária					Total ¹
	M	F	I	10 – 12	13 – 15	16 – 18	> 18	I	
Porto Velho	1,5	1,3	0,0	0,7	1,4	1,5	1,8	8,6	1,3
Rio Branco	0,2	1,9	0,0	0,2	1,9	1,2	1,0	0,0	1,1
Manaus	2,1	0,8	1,5	0,5	1,0	2,3	2,1	1,7	1,4
Boa Vista	2,9	1,7	0,0	0,5	2,2	2,8	2,8	3,0	2,3
Belém	1,4	1,2	0,0	0,5	1,1	1,5	2,3	1,7	1,2
Macapá	1,5	2,4	0,0	0,0	3,1	6,2	0,0	0,0	1,9
Palmas	2,7	2,0	2,1	0,8	1,9	4,3	1,7	1,5	2,3
Capitais do Norte	1,8	1,5	0,9	0,5	1,6	2,3	2,8	1,8	1,6
São Luís	1,4	0,8	2,9	0,1	1,2	1,0	1,1	1,9	1,2
Teresina ²	2,7	1,1	0,0	0,4	1,9	2,6	2,1	0,3	1,7
Fortaleza ²	2,4	1,0	4,8	0,2	1,6	2,3	1,9	3,9	1,8
Natal ²	1,6	0,9	6,2	0,1	1,0	4,8	2,1	4,5	1,7
João Pessoa ²	4,2	2,0	5,0	1,8	2,6	4,0	4,3	2,7	3,0
Recife ²	3,7	2,2	3,5	1,6	2,5	3,7	4,9	1,2	2,9
Maceió ²	2,6	1,5	0,0	0,3	1,6	2,5	3,1	2,2	2,0
Aracaju	0,6	2,5	0,0	0,0	0,8	1,7	3,5	0,0	1,6
Salvador ²	1,8	1,1	0,0	0,4	0,8	1,4	1,3	1,4	1,3
Capitais do Nordeste	2,3	1,3	2,3	0,5	1,5	2,2	3,1	1,8	1,8
Belo Horizonte	2,5	2,6	0,0	1,3	2,3	3,0	1,3	2,6	2,5
Vitória	2,3	1,8	2,4	0,5	1,6	7,7	1,7	4,0	2,1
Rio de Janeiro	2,7	1,8	3,7	1,5	2,4	3,8	2,8	1,5	2,3
São Paulo	2,3	1,9	1,5	1,4	2,2	2,6	2,4	1,2	2,0
Capitais do Sudeste	2,4	2,0	1,7	1,2	2,2	3,5	2,8	1,7	2,2
Curitiba ²	2,2	1,6	3,2	0,4	1,9	3,2	3,2	5,0	2,0
Florianópolis	1,4	2,0	1,7	1,0	1,6	2,5	4,8	0,7	1,7
Porto Alegre ²	0,6	2,5	0,0	0,0	0,8	1,7	11,6	0,0	1,5
Capitais do Sul	2,3	1,8	3,0	0,5	1,9	3,9	5,4	3,2	2,1
Campo Grande	1,6	2,2	5,2	1,6	1,6	2,9	2,5	6,0	2,0
Cuiabá	0,7	0,6	0,1	1,0	1,5	0,9	0,0	6,3	0,6
Goiânia ²	3,6	2,5	5,7	0,8	3,1	5,2	2,3	3,9	3,2
Brasília	2,7	2,6	1,8	1,5	2,9	5,1	2,0	1,8	2,6
Capitais do Centro-Oeste	2,5	2,2	4,7	1,3	2,4	4,2	2,2	3,7	2,4
Brasil (Capitais)	2,3	1,7	2,3	0,9	1,9	3,0	3,6	2,2	2,0

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

I Ignorado.

1 calculado pela ponderação das proporções de gêneros na amostra.

2 diferença estatisticamente significante entre os gêneros.

Na Tabela 2.11 são apresentadas as médias e desvios padrões das idades do primeiro uso de droga no conjunto das 27 capitais brasileiras. A média observada da idade do uso inicial de cocaína é maior que as médias observadas nas demais drogas. As menores médias foram observadas no uso de álcool e tabaco.

Tabela 2.11.
Médias e desvios padrões das idades do primeiro uso de drogas (em anos).

Droga	Média	Desvio padrão
Cocaína	14,4	2,0
Maconha	13,9	1,8
Crack	13,8	2,2
Ansiolíticos	13,5	2,1
Anticolinérgicos	13,4	2,4
Anfetamínicos	13,4	2,2
Solventes	13,1	2,2
Tabaco	12,8	2,1
Álcool	12,5	2,1

Fonte: SENAD/CEBRID/ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004.

Com o objetivo de comparar as porcentagens de estudantes que faziam uso de drogas (exceto álcool e tabaco) nos cinco levantamentos realizados, foram construídos os Gráficos 2.1 e 2.2. No Gráfico 2.1 são representadas as porcentagens de estudantes que fizeram *uso na vida*. No Gráfico 2.2 foi considerado o *uso frequente* nos quatro últimos levantamentos, pois este dado não foi coletado no primeiro levantamento. Segundo Galduróz et al. (2005), foi detectada tendência de queda na porcentagem de estudantes com *uso na vida* e com *uso frequente* na cidade de Salvador ($p < 0,05$). Nas demais capitais, não há nenhum tipo de tendência nas porcentagens de usuários, tanto para *uso na vida*, quanto para *uso frequente* ($p > 0,05$).

Gráfico 2.1.

Porcentagem de estudantes da rede municipal e estadual das capitais pesquisadas nos cinco levantamentos, que fizeram *uso na vida* de qualquer droga, exceto álcool e tabaco.

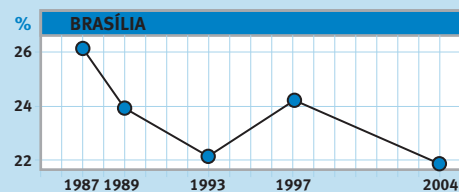
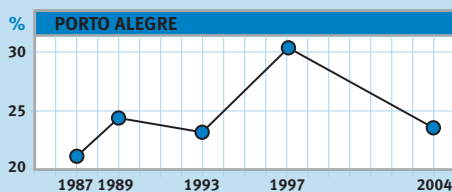
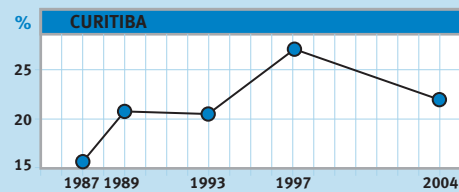
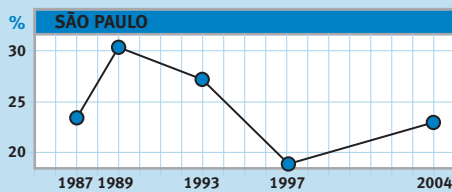
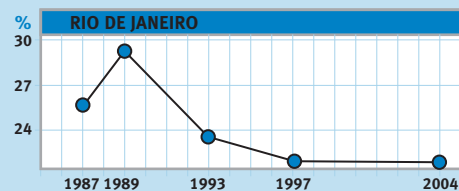
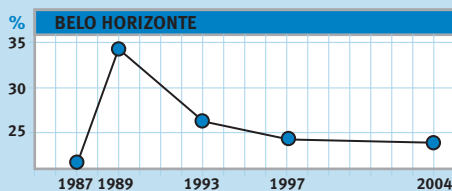
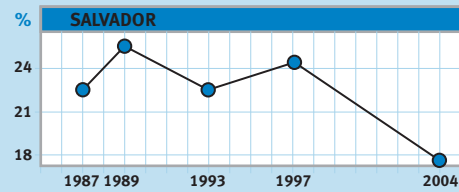
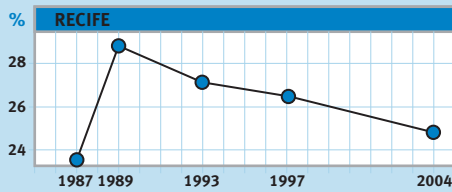
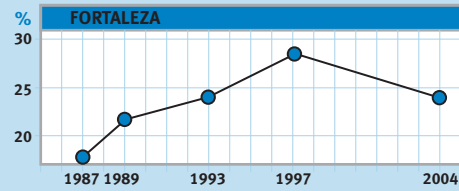
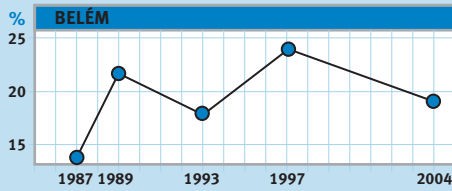
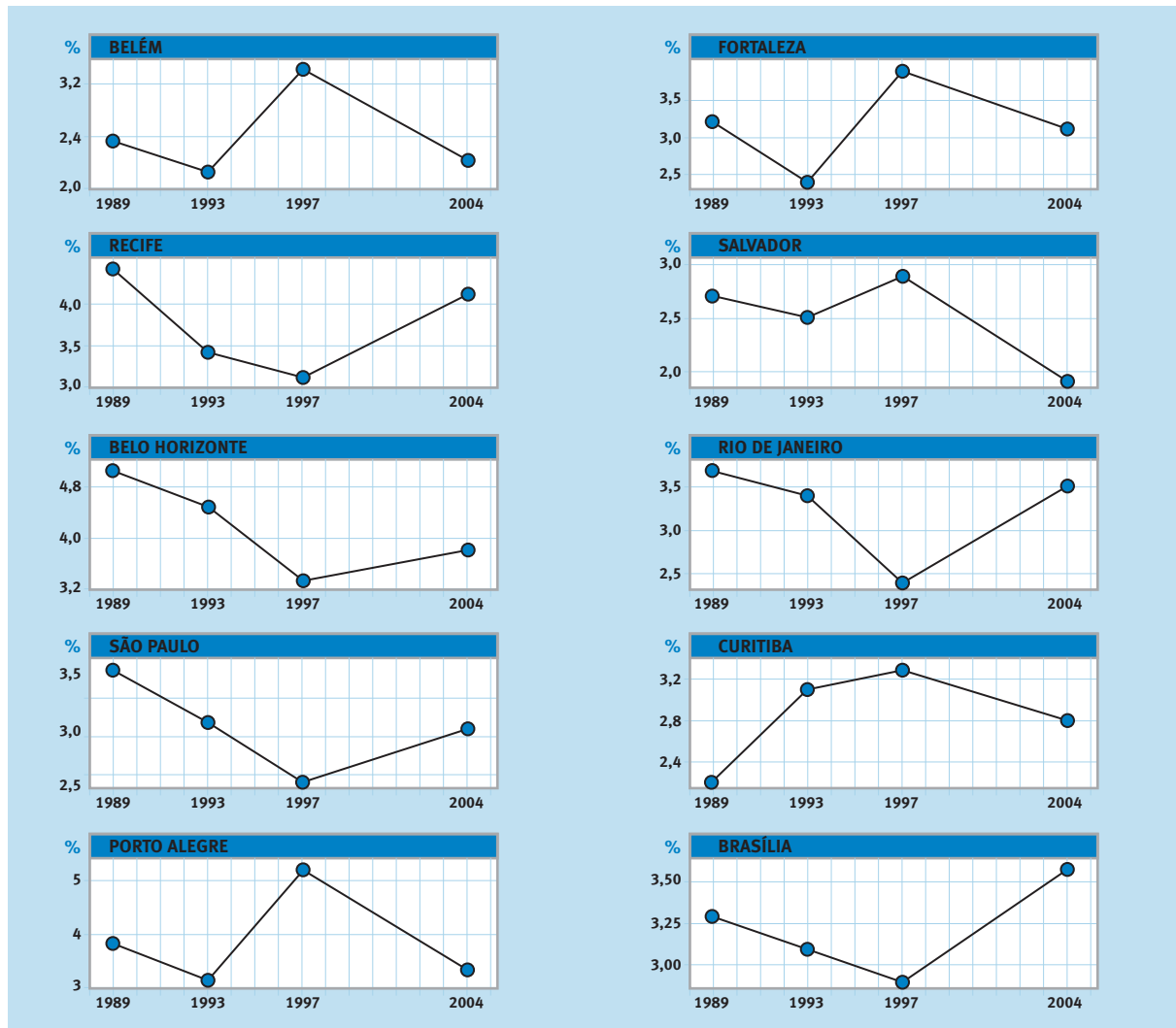


Gráfico 2.2.

Porcentagem de estudantes da rede municipal e estadual das capitais pesquisadas nos quatro levantamentos, que fizeram *uso frequente* de qualquer droga, exceto álcool e tabaco.



Para investigar a existência de tendência na porcentagem de usuários de álcool nos cinco levantamentos, foram construídos os Gráficos 2.3 (*uso na vida*) e 2.4 (*uso frequente*). Exceto na cidade de Fortaleza, foi detectada tendência de queda na porcentagem de usuários de álcool, tanto para *uso na vida*, quanto para *uso frequente* ($p < 0,05$).

Gráfico 2.3.

Porcentagem de estudantes da rede municipal e estadual das capitais pesquisadas nos cinco levantamentos, que fizeram *uso na vida* de álcool.

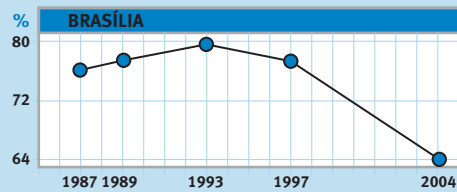
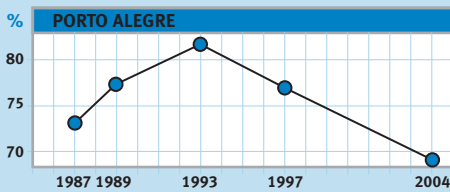
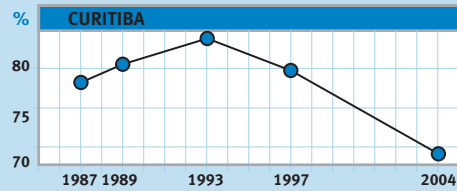
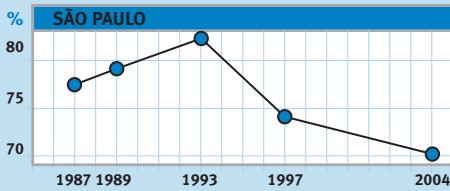
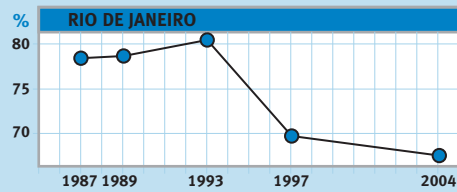
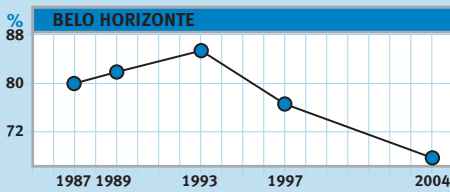
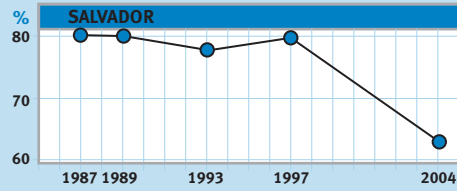
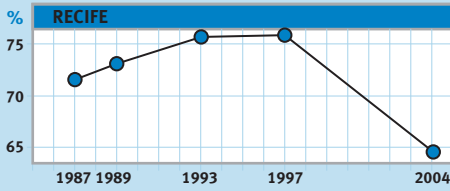
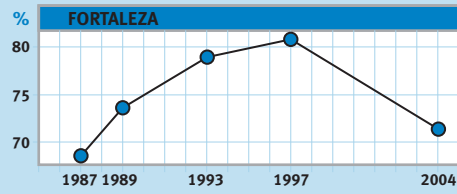
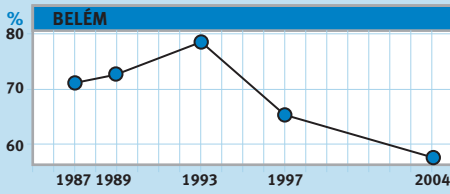
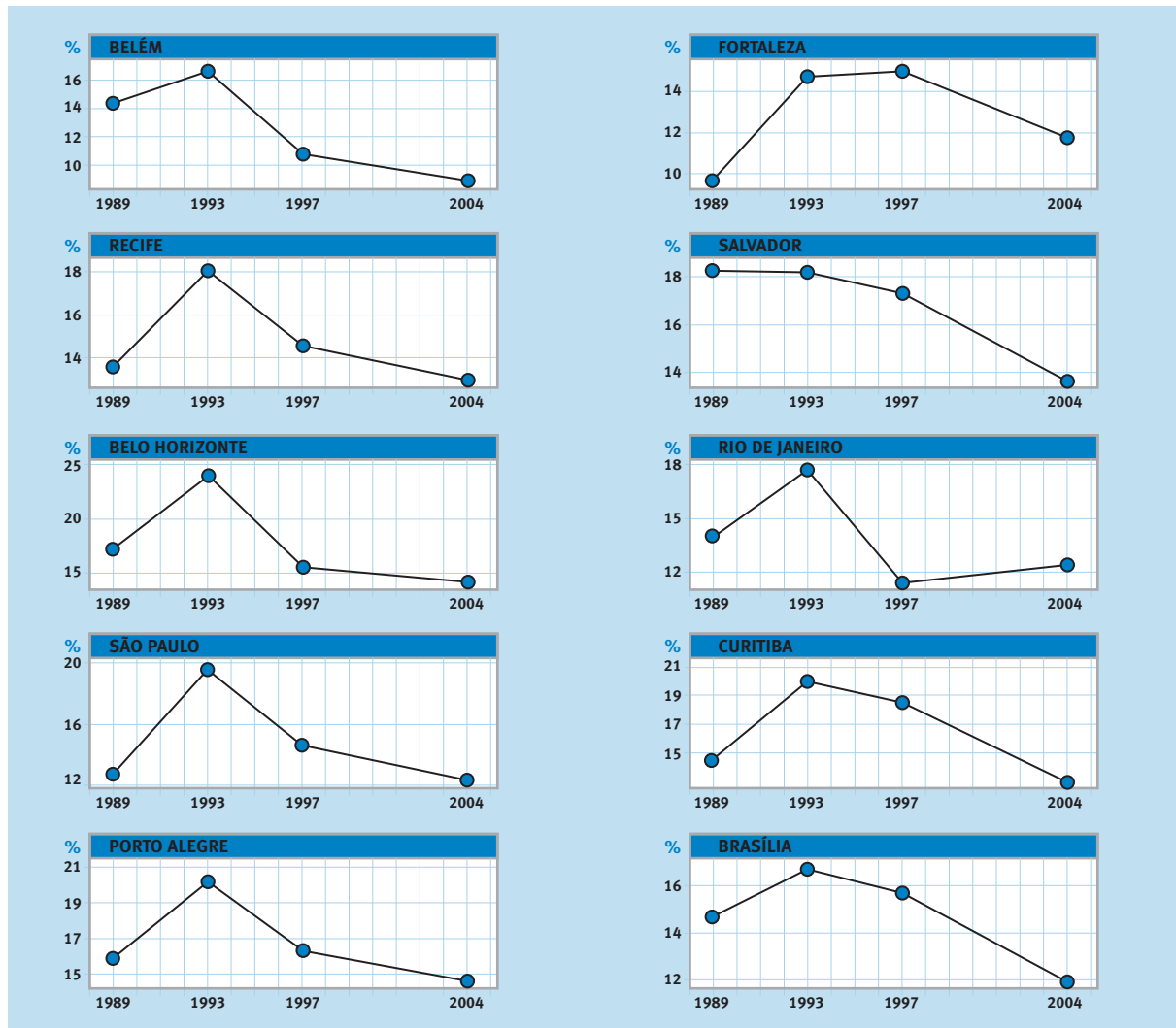


Gráfico 2.4.

Porcentagem de estudantes da rede municipal e estadual das capitais pesquisadas nos quatro levantamentos, que fizeram *uso frequente* de álcool.



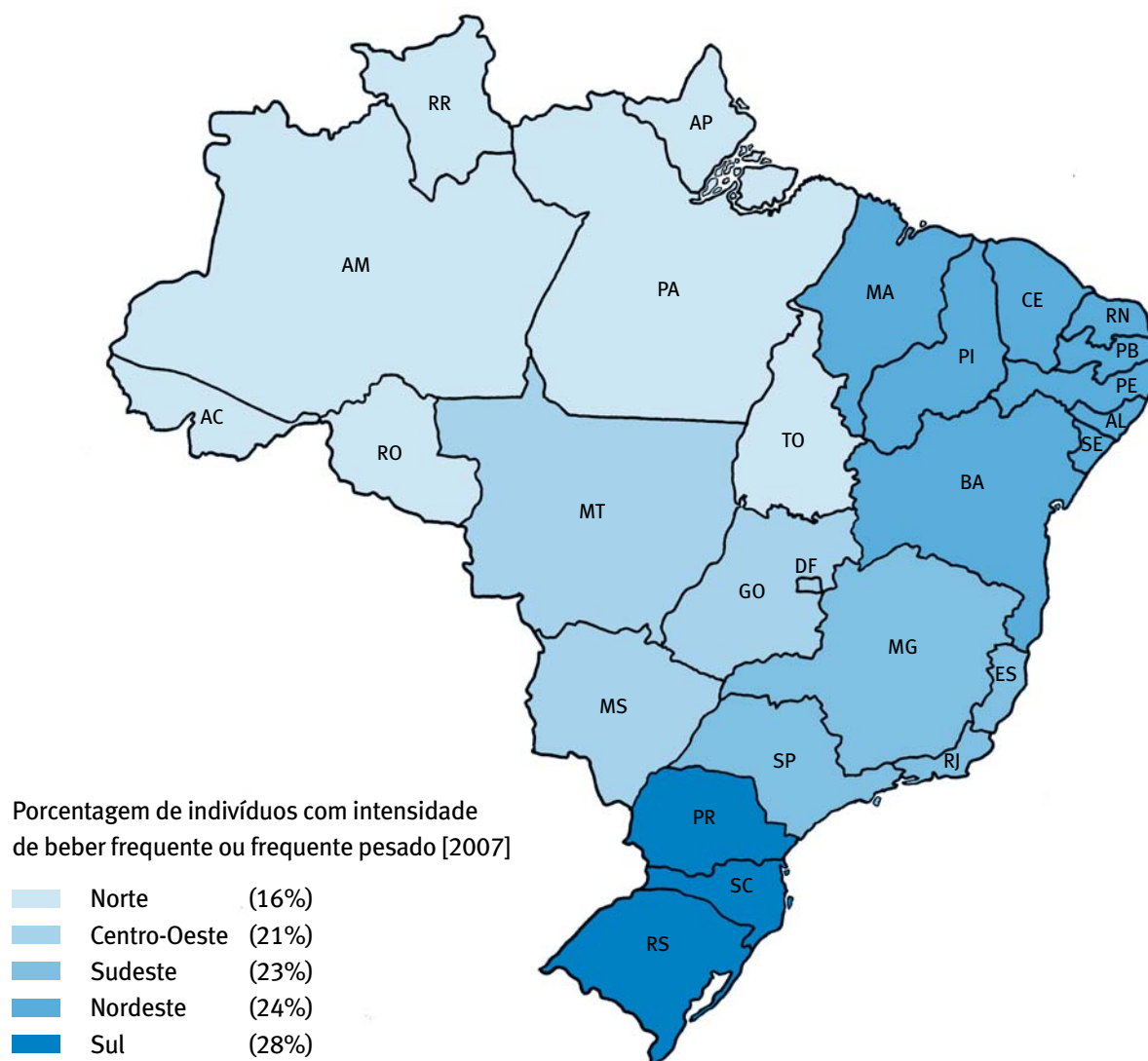
Conclusões

1. O uso de drogas não é exclusividade de determinada classe socioeconômica, distribuindo-se regularmente por todas elas. Portanto, as campanhas preventivas não precisam se preocupar com determinados segmentos populacionais.
2. Assim como em vários estudos anteriores, o *uso na vida* de certas drogas foi maior para o gênero masculino, para: maconha, cocaína, energéticos e esteroides anabolizantes. Para o gênero feminino, tradicionalmente o maior *uso na vida* é de medicamentos: anfetamínicos e ansiolíticos.
3. A comparação de cinco levantamentos mostrou que o *uso na vida* de drogas diminuiu tanto para o gênero masculino quanto para o feminino, em cinco capitais.
4. O *uso na vida* de álcool diminuiu para ambos os gêneros, em nove das dez capitais onde já haviam sido realizados levantamentos anteriores com a mesma metodologia.
5. A diminuição do *uso na vida* de tabaco não foi tão significativa quanto a do álcool, a despeito da proibição das propagandas para os cigarros, mantendo-se inalterado na comparação dos cinco levantamentos, para quase todas as 10 capitais. Em Porto Alegre houve inclusive aumento do *uso na vida* de tabaco para o gênero feminino.
6. O *uso frequente* (definido como uso de seis vezes ou mais no mês que precedeu à pesquisa) aumentou para o gênero masculino no Rio de Janeiro e em São Paulo. Aumentou para o feminino em Belo Horizonte, Brasília, Recife e São Paulo.
7. As drogas legais, álcool e tabaco, foram as drogas com a menor média de idade para o primeiro uso (12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente). A maconha aparece com média de 13,9 anos e a cocaína com média de 14,4 anos. Estas constatações são importantes para as estratégias de prevenção, que devem começar ao redor dos 10 anos de idade e privilegiar o álcool e o tabaco.
8. A porcentagem de uso no Brasil, com 22,6% dos estudantes já tendo feito *uso na vida* de drogas, foi maior que em vários países da América do Sul: Chile (19,8%), Uruguai (13,5%), Equador (12,3%), Venezuela (6,0%) e Paraguai (5,6%); e da América Central: Nicarágua (11,2%), Guatemala (9,8%) e Panamá (9,6%).
9. O *uso pesado* de drogas (definido como sendo de 20 vezes ou mais no mês que precedeu à pesquisa) atingiu 2,0% dos estudantes das 27 capitais, sendo constatado 3,6% para a faixa etária superior a 18 anos de idade.

10. Na faixa etária de 10 a 12 anos de idade já se observou *uso na vida* de drogas para 12,7% dos estudantes, sendo a Região Sudeste a que apresentou a maior porcentagem: 15,1. Mais um aspecto fundamental para os programas de prevenção.
11. O *uso frequente* de álcool, para o conjunto das 27 capitais, foi feito por 11,7% dos estudantes, sendo Porto Alegre a capital que apresentou a maior porcentagem: 14,8%. O *uso pesado* de álcool foi feito por 6,7% dos estudantes, sendo Salvador a capital com maior porcentagem: 8,8% dos estudantes bebendo 20 vezes ou mais no mês que precedeu à pesquisa.
12. O *uso frequente* de tabaco foi maior na Região Sul, com 4,6% dos estudantes fazendo o uso de cigarros em seis vezes ou mais no mês, sendo Porto Alegre a capital com a maior porcentagem: 7,2%. O *uso pesado* de tabaco também foi maior em Porto Alegre com 4,8% dos estudantes fumando 20 vezes ou mais no mês.
13. Os solventes continuam sendo as drogas com maior *uso na vida*. Teresina apresentou a maior porcentagem, 19,2%, e Aracaju a menor, 6,4%. O Brasil foi o campeão do *uso na vida* de solventes, com 15,5%, não sendo ultrapassado por nenhum outro país, tanto das Américas quanto da Europa.
14. O *uso na vida* de maconha foi de 5,9% dos estudantes no conjunto das 27 capitais. A Região Sul apresenta porcentagem de uso de 8,5% e as capitais com maiores porcentagens foram Boa Vista, 8,5%, e Porto Alegre, 8,3%, curiosamente uma do Norte e outra do Sul do país.
15. A porcentagem do *uso na vida* de maconha do Brasil (5,9%) foi menor que no Chile (21,6%), Uruguai (12,5%), Equador (18,6%), Guiana (7,2%), Panamá (6,9%) e Nicarágua (6,9%). Por outro lado, o *uso pesado* não ultrapassou 1%, o que pode simplesmente refletir a incompatibilidade do uso sistemático e da manutenção das atividades corriqueiras.
16. A cocaína teve *uso na vida* por 2,0% dos estudantes. Curiosamente a capital com a maior porcentagem desse uso foi Boa Vista (4,9%). O Brasil ficou abaixo do *uso na vida* de cocaína de países como EUA (5,4%), Espanha (4,1%) e Chile (3,7%), porém com *uso na vida* de cocaína superior ao Paraguai (1,6%), Portugal (1,3%), Venezuela (1,0%) e Grécia (1,0%).
17. O *crack* foi usado por 0,7% dos estudantes do Brasil, porcentagem esta bem inferior à dos EUA, com 2,6% e do Chile, com 1,4%. Curiosamente, João Pessoa teve uma porcentagem de 2,5% de *uso na vida* dessa droga, a maior do país. Isto reforça a ideia da necessidade deste tipo de estudo para desvendar a realidade.
18. O *uso na vida* de anfetamínicos foi de 3,7%. A região com maior porcentagem de uso foi a Centro-Oeste, com 4,6%. A capital com maior uso foi João Pessoa, com 6,6%, e a com menor uso, Maceió, com 1,6%. Vários países apresentaram porcentagens de *uso na vida* maiores

que as do Brasil: Nicarágua (10,4%), Reino Unido (8,0%), Venezuela (6,4%), Uruguai (6,2%), Paraguai (5,9%) e Chile (5,8%).

19. Os ansiolíticos tiveram *uso na vida* de 4,1% no conjunto das 27 capitais. Recife foi a capital com a maior porcentagem de uso: 6,8%; e Belém com a menor: 1,9%. O Brasil teve menor uso de ansiolíticos que vários países: Uruguai (15,8%), Venezuela (15,8%), Paraguai (15,0%), França (12,0%), Chile (9,1%) e Holanda (8,0%).
20. O *uso na vida* de anticolinérgicos foi de 1,2% no Brasil, tendo a Região Nordeste apresentado a maior porcentagem: 1,5%. Recife foi a capital com o maior *uso na vida* desse tipo de droga, com 2,3%, seguida de São Luís, com 2,1% dos estudantes já tendo feito esse tipo de uso.
21. Não houve nenhum relato de uso de heroína entre os estudantes pesquisados.
22. Diferentemente dos Estados Unidos, onde o *uso na vida* de alucinógenos foi de 6,4%, e do Chile de 1,9%, no Brasil a porcentagem desse uso foi de 0,6%. O Rio de Janeiro foi a capital que apresentou a maior porcentagem de *uso na vida*, 1,1%.
23. O *uso na vida* de esteroides anabolizantes foi de 1,0% no Brasil, sendo observada no Rio de Janeiro a maior porcentagem, com 1,6% dos estudantes já tendo feito esse tipo de uso.
24. O *uso na vida* de energéticos apresentou porcentagens expressivas em todas as capitais, com 12,0% no total, sendo a Região Sul a campeã, com 16,6% e a cidade do Rio de Janeiro com a maior porcentagem de uso: 17,8%. Essas substâncias merecem atenção especial, pois segundo estudos elas poderiam prolongar o efeito excitatório do álcool.



Os dados considerados neste capítulo referem-se ao I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2007.

O objetivo da pesquisa foi avaliar como o brasileiro bebe, o que ele pensa sobre as políticas de bebidas alcoólicas, quais os problemas associados com o uso de álcool no Brasil e quantos brasileiros fazem uso nocivo ou são dependentes do álcool.

Foram entrevistadas 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultas com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos. Cento e quarenta e três municípios brasileiros foram visitados.

Foi retirada uma amostra da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os gêneros, em todo o território nacional. Não foram incluídos na amostra: a população indígena, os residentes em território brasileiro que não falam língua portuguesa, as pessoas com deficiências mentais e os incapacitados de responder o questionário. A metodologia utilizada foi a de amostragem probabilística e estratificada em três estágios: sorteio dos municípios estratificados por região administrativa e população total; sorteio, também com estratificação, dos setores censitários dentro dos municípios; e sorteio do domicílio com sorteio final do respondente dentro do domicílio.

Na análise estatística foram construídas tabelas e gráficos, com o objetivo de resumir os dados observados na amostra. Quando pertinentes, foram aplicados os testes qui-quadrado de independência, o teste t-Student para amostras independentes e a técnica de Análise de Variância (NETER et al., 1996). Nos testes de hipóteses, foi fixado nível de significância de 0,05.

Maiores detalhes sobre a metodologia utilizada na pesquisa podem ser encontrados em Laranjeira et al. (2007).

Características da amostra

Na amostra dos adolescentes (14 a 17 anos), 49,2% eram do sexo feminino e 50,8% do sexo masculino. Na amostra da população adulta (18 anos ou mais), 52,4% eram do sexo feminino e 47,6% masculino.

Dentre os adolescentes, apenas 5,0% não tinham Primário completo (até a 4ª série do Ensino Fundamental); 58,7% terminaram o Primário; 34,0% completaram o Ensino Fundamental; e 2,3%, o Ensino Médio. Entre os adultos, 25,4% não tinham Primário completo; 27,1% terminaram esse curso; 16,7% completaram o Ensino Fundamental; 25,8% tinham o Ensino Médio completo; e apenas 5,0%, nível Superior.

Quanto ao estado civil, 95% dos adolescentes eram solteiros, mas considerando o gênero, observou-se que os homens eram quase todos solteiros (99%), enquanto perto de 10% das mulheres adolescentes eram casadas ou viviam com um companheiro. Entre os adultos, 61,2% eram casados; 26,4%, solteiros; 6,1%, viúvos; e 6,4%, desquitados, divorciados ou separados.

A maior parte da amostra, considerando-se tanto adultos (45%), quanto adolescentes (39%), é composta por moradores da Região Sudeste, seguida da Região Nordeste, representada por 26% dos adultos e 31% dos adolescentes. Ou seja, aproximadamente 70% da amostra é composta por indivíduos dessas duas regiões.

Quanto e como bebe o brasileiro adulto

Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas

Para avaliar o quadro que aparece no Brasil quando são integradas a frequência e a quantidade de consumo de álcool, perguntou-se sobre o consumo mínimo e máximo de vinho, cerveja, destilados e bebidas *ice* dos indivíduos nos últimos 12 meses. A frequência foi codificada em categorias variando de “nunca” a “3 ou mais vezes por dia”. A quantidade do consumo foi avaliada por meio de perguntas sobre o número de doses e o número de ocasiões nas quais o indivíduo bebeu cerveja, destilados e bebidas *ice*. As frequências e quantidades de consumo foram combinadas em cinco categorias de *intensidade do beber*:

BEBEDOR PESADO FREQUENTE: bebe 1 vez ou mais por semana e consome 5 ou mais doses por ocasião 1 vez na semana ou mais;

BEBEDOR FREQUENTE: bebe 1 vez por semana ou mais e pode ou não consumir 5 ou mais doses por ocasião pelo menos 1 vez na semana, mas mais de uma vez por ano;

BEBEDOR MENOS FREQUENTE: bebe de 1 a 3 vezes por mês e pode ou não beber 5 doses ou mais, ao menos 1 vez por ano;

BEBEDOR NÃO FREQUENTE: bebe menos de uma vez por mês, mas ao menos 1 vez por ano e não bebe 5 doses ou mais em uma única ocasião;

ABSTÊMIO: bebe menos de uma vez por ano ou nunca bebeu na vida.

Na Tabela 3.1 são apresentadas as porcentagens de indivíduos nas categorias de *intensidade do beber*, segundo gênero e faixa etária. Os homens bebem mais intensamente que as mulheres ($p < 0,05$) e os mais jovens superam os mais velhos ($p < 0,05$).

Tabela 3.1.
Porcentagens das categorias de *intensidade do beber*, em adultos, por gênero e faixa etária.

Intensidade do beber	Gênero		Faixa etária					Total
	Masculino	Feminino	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 ou mais	
Bebedor pesado frequente	14	3	12	9	10	7	3	9
Bebedor frequente	22	9	14	17	19	14	9	15
Bebedor menos frequente	16	13	19	16	15	12	8	15
Bebedor não frequente	12	16	17	16	12	13	12	14
Abstêmio	35	59	38	42	44	54	68	48
Base	950	1.396	368	588	488	501	401	2.346

Fonte: SENAD/UNIAD / I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

As porcentagens das categorias de *intensidade do beber* por região são encontradas na Tabela 3.2. Observa-se que a prevalência da categoria do beber pesado frequente – constituída de indivíduos que apresentam os maiores riscos de sofrer algum tipo de consequência adversa associada ao consumo de álcool – varia de 6% nas Regiões Norte e Centro-Oeste a 11% e 10% nas Regiões Nordeste e Sul, respectivamente. Esta última região apresenta a menor taxa de abstinência entre todas as regiões brasileiras. Uma hipótese plausível é que fatores como a boa renda per capita, aliada a influências culturais principalmente de origem européia, acabem por valorizar o consumo de bebidas alcoólicas. No entanto, inúmeros outros fatores devem contribuir para esta configuração, sendo leviana qualquer tentativa de explicação que leve em conta apenas os dados ora apresentados.

Tabela 3.2.
Porcentagens das categorias de *intensidade do beber*, em adultos, por região.

Intensidade do beber	Região					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Bebedor pesado frequente	6	11	7	10	6	9
Bebedor frequente	10	13	16	18	15	15
Bebedor menos frequente	16	13	13	21	17	15
Bebedor não frequente	15	12	14	16	14	14
Abstêmio	54	50	50	35	47	48
Base	147	682	1.005	321	191	2.346

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

Quando são consideradas as porcentagens da *intensidade do beber* segundo as classes socioeconômicas (Tabela 3.3), nota-se que a maior prevalência do bebedor frequente foi de 22%, observada na classe A; e a menor foi de 9%, observada na classe E. Esta classe socioeconômica é a que apresenta também a maior taxa de abstêmios, demonstrando talvez a influência da renda no consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 3.3.
Porcentagens das categorias de *intensidade do beber*, em adultos, por classe socioeconômica.

Intensidade do beber	Classe socioeconômica					Total
	A	B	C	D	E	
Bebedor pesado frequente	5	9	11	7	6	9
Bebedor frequente	22	20	17	12	9	15
Bebedor menos frequente	15	21	14	13	8	15
Bebedor não frequente	16	15	16	12	17	14
Abstêmio	42	35	43	56	59	48
Base	47	287	765	991	256	2.346

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

Os tipos de bebida mais consumidos

Foi perguntado, aos adultos entrevistados, com que frequência eles consumiam cada uma das bebidas: vinho, cerveja, bebidas *ice* ou destilados e qual a quantidade que cada uma foi consumida nos últimos 12 meses. A categoria *cerveja* incluía cerveja e chope, na de bebidas *ice* foram incluídos destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados; e na de destilados foram incluídos cachaça, uísque, vodca, conhaque e rum. As porcentagens de doses anuais de cada categoria de bebida estão apresentadas na Tabela 3.4. Observa-se que, de todas as doses anuais consumidas por brasileiros adultos dos dois gêneros, de qualquer idade e região do país, em torno de 61% são de cerveja ou chope e 25% de vinho. Portanto, a cerveja ou chope é a bebida mais consumida pelos brasileiros quando se comparam bebidas pelo número de doses consumidas anualmente.

Na Tabela 3.4 também são apresentadas as porcentagens de doses consumidas de cada tipo de bebida, por classe social. As porcentagens de doses consumidas de *cerveja* e de destilados não são iguais em todas as classes ($p < 0,05$), ou seja, o consumo dessas bebidas depende da classe social do indivíduo.

Tabela 3.4.
Porcentagens de doses consumidas de cada *tipo de bebida*, em adultos, por classe socioeconômica.

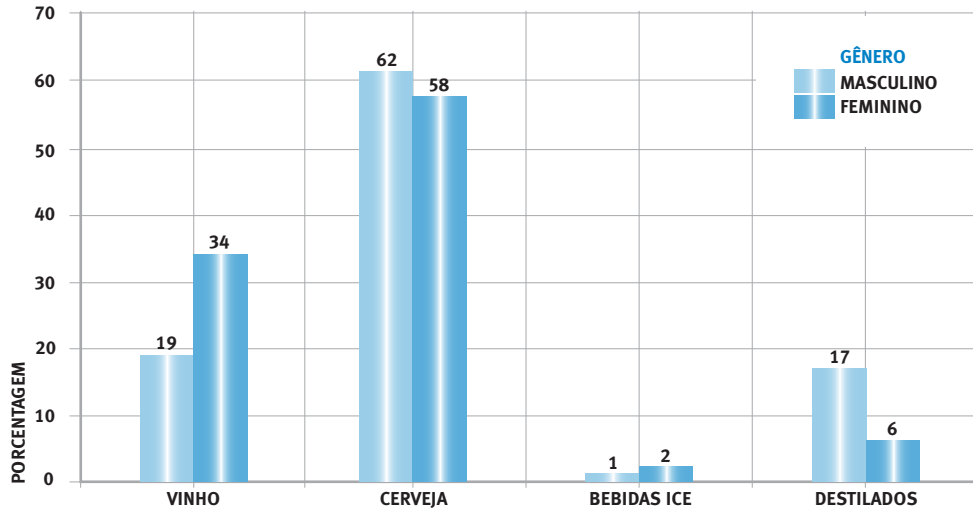
Tipo de bebida	Classe socioeconômica					Total
	A	B	C	D	E	
Vinho	38	27	25	24	18	25
<i>Cerveja</i>	45	61	65	59	51	61
Bebidas <i>ice</i>	2	3	1	1	0	2
Destilados	15	8	9	15	31	12

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

O Gráfico 3.1 apresenta as porcentagens, em doses consumidas, dos tipos de bebida por gênero. O vinho é bebido mais frequentemente pelas mulheres ($p < 0,05$) e os destilados são mais consumidos pelos homens ($p < 0,05$). Não há diferença significativa entre os consumos de *cerveja* e de bebidas *ice* nos gêneros ($p > 0,05$).

Gráfico 3.1.

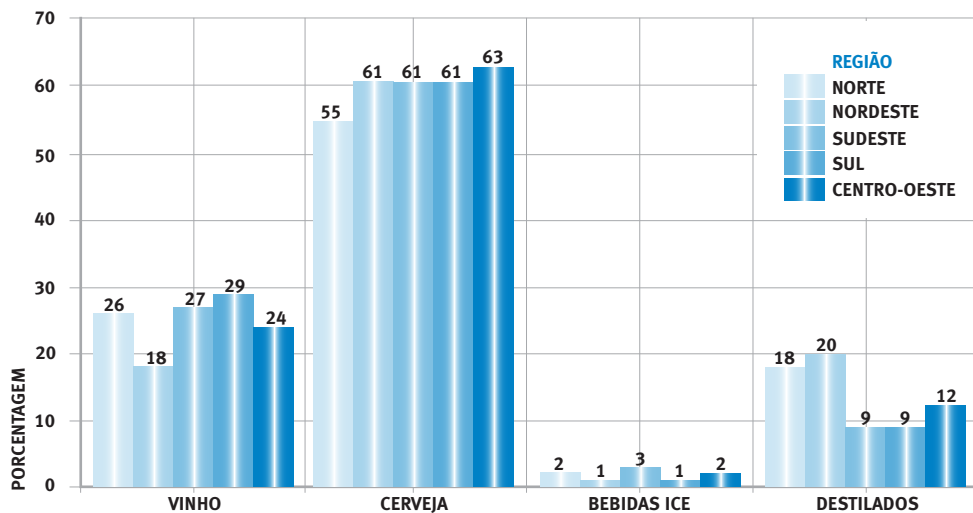
Porcentagens de doses consumidas de cada *tipo de bebida*, em adultos, por gênero.



As porcentagens de doses dos tipos de bebida, em cada região, são apresentadas no Gráfico 3.2. Pode-se observar que o consumo de vinho na Região Sul é maior que na Região Nordeste e o consumo de destilados é mais alto nas Regiões Norte e Nordeste. As porcentagens de doses consumidas de *cerveja* são semelhantes em todas as regiões, o mesmo ocorrendo com as bebidas *ice*. As distribuições das doses consumidas não são iguais em todas as regiões ($p < 0,05$).

Gráfico 3.2.

Porcentagens de doses consumidas de cada *tipo de bebida*, em adultos, por região.



Como bebem os adolescentes brasileiros

Início do consumo

Para avaliar o início do consumo e o consumo regular de álcool pelos adolescentes, foram feitas as seguintes perguntas:

- Quantos anos você tinha quando começou a consumir bebidas alcoólicas? Não considere as vezes em que experimentou apenas 1 ou 2 goles. (início do consumo).
- Quantos anos você tinha quando começou a consumir regularmente bebidas alcoólicas? (consumo regular).

Essas perguntas foram feitas não somente aos adolescentes, mas também aos adultos jovens (18 a 25 anos). A média das idades do início de consumo foi 13,9 anos para os adolescentes e 15,3 anos para os jovens adultos. Quanto ao início do consumo regular, a média das idades dos adolescentes foi 14,6 anos e dos adultos jovens, 17,3 anos. Houve diferenças significativas em relação às médias das idades de início de consumo e do uso regular nos dois grupos de indivíduos ($p < 0,05$). Isto sugere que os adolescentes estão iniciando o consumo de álcool cada vez mais cedo.

Entretanto, esses dados devem ser interpretados com cautela, pois as taxas de abstinentes entre os adolescentes são maiores do que entre os adultos. Nesse sentido, mais adolescentes poderão iniciar o consumo de álcool mais tarde, aumentando a idade média de início nesse grupo.

A frequência do beber

No Gráfico 3.3 estão representadas as porcentagens das categorias da *frequência de consumo* nos dois gêneros. Foram consideradas as categorias:

MUITO FREQUENTE: todos os dias

FREQUENTE: 1-4 vezes/semana

OCASIONAL: 1-3 vezes /mês

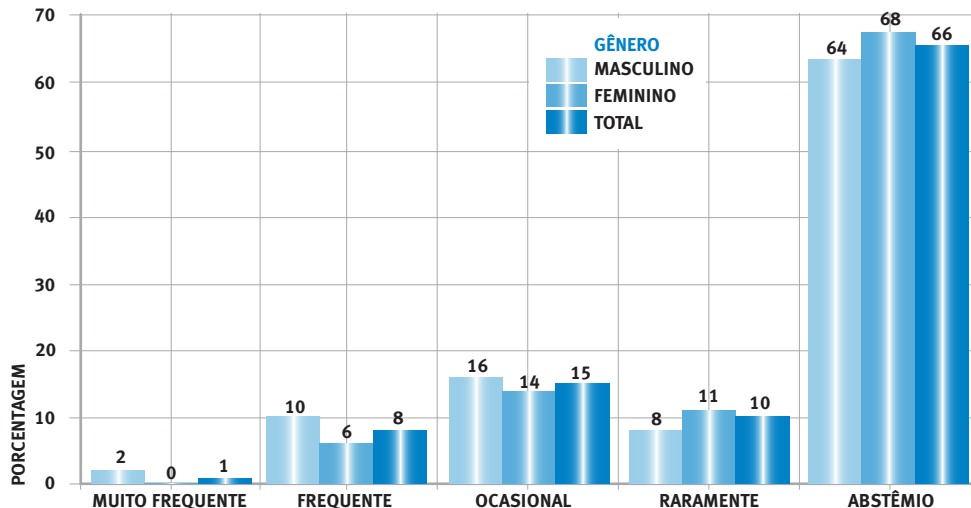
RARAMENTE: menos de 1 vez/mês

ABSTINENTE: menos de 1 vez/ano ou nunca bebeu

Observa-se que a maioria dos adolescentes de ambos os gêneros (cerca de 66%) são abstinentes. Embora no Brasil seja proibida a venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos, quase 35% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas pelo menos uma vez por ano. Não há diferença significativa entre as distribuições da *frequência de consumo* nos dois gêneros ($p > 0,05$).

Gráfico 3.3.

Porcentagens das categorias de *frequência de consumo*, em adolescentes, por gênero.

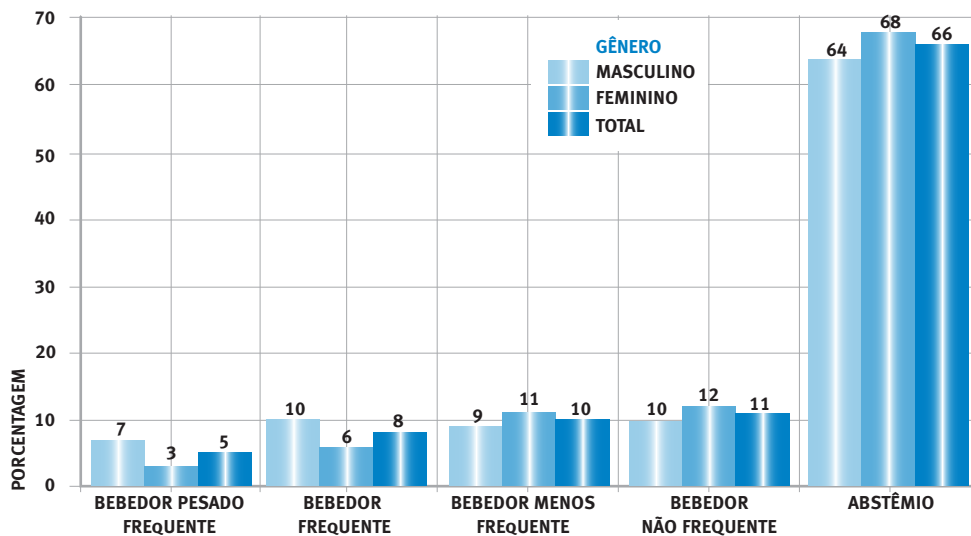


A intensidade do beber

No Gráfico 3.4, é analisada a *intensidade do beber* ou padrão de uso de bebidas alcoólicas, nos adolescentes, por gênero. As categorias da intensidade foram as mesmas consideradas para os adultos. Observa-se que 13% dos adolescentes têm padrão intenso de consumo de álcool, e outros 10% consomem álcool de 1 a 3 vezes por mês, podendo chegar a consumir quantidades arriscadas. Não há diferença significativa entre as distribuições da *intensidade do beber* nos dois gêneros ($p > 0,05$).

Gráfico 3.4.

Porcentagens das categorias de *intensidade do beber*, em adolescentes, por gênero.

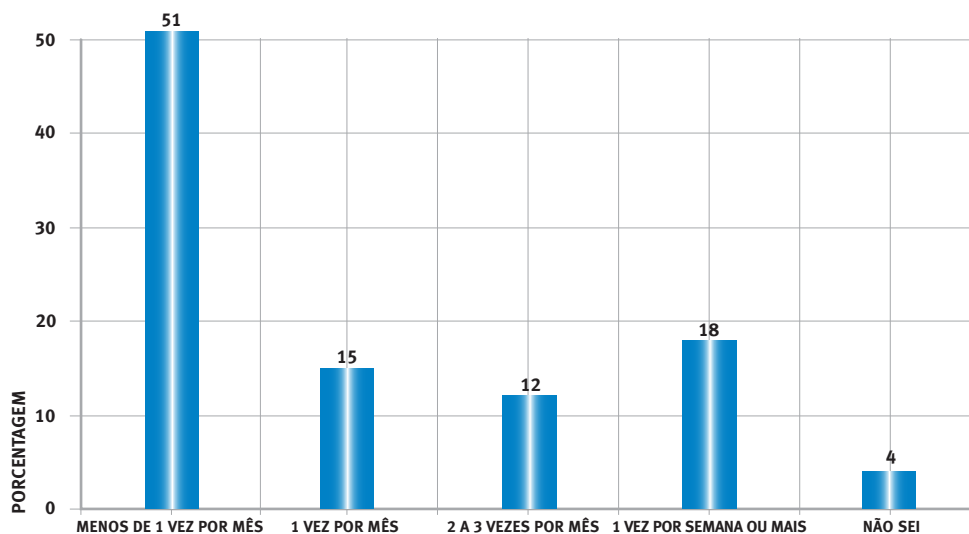


O beber com maior risco

O beber com maior risco em um curto espaço de tempo, ou o beber em *binge*, é definido como o consumo, em uma só ocasião, de 5 doses ou mais para homens e 4 doses ou mais para mulheres. Esta prática deixa o adolescente exposto a uma série de problemas sociais e de saúde. O problema mais comum é o de acidente de trânsito, que pode ter consequências graves. Outros problemas ocasionados são: o envolvimento em brigas, vandalismo e prática de sexo sem camisinha.

Considerando os adolescentes que beberam *com maior risco* nos últimos 12 meses, foram calculadas as porcentagens de adolescentes em cada uma das categorias de *frequência do binge*: menos de 1 vez por mês, 1 vez por mês, 2 a 3 vezes por mês, 1 vez por semana e “não sei”. Essas porcentagens estão representadas no Gráfico 3.5. Observa-se que 45% dos adolescentes que beberam em *binge* nos últimos 12 meses, o fizeram com regularidade.

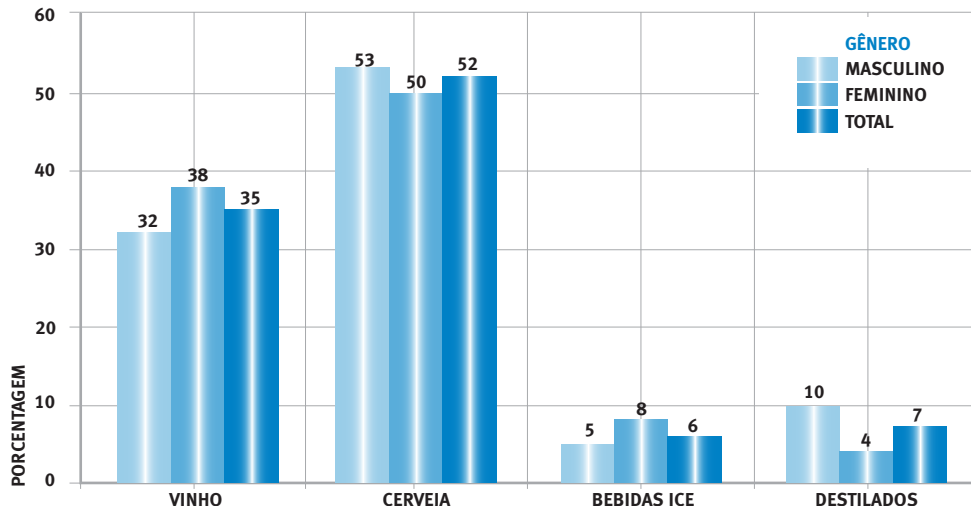
Gráfico 3.5.
Porcentagens das categorias de *frequência do binge*, em adolescentes, que beberam em *binge* nos últimos 12 meses.



As bebidas mais consumidas

Foi perguntado aos adolescentes com que frequência consumiram *cerveja*, vinho, destilados ou bebidas *ice* nos últimos 12 meses. O Gráfico 3.6 apresenta as porcentagens de doses dos tipos de bebida por gênero. Observa-se que aproximadamente a metade das doses consumidas é de cerveja ou chope. Não há diferença significativa entre os gêneros quanto às porcentagens de doses dos tipos de bebida ($p > 0,05$).

Gráfico 3.6.
Porcentagens de doses consumidas de cada *tipo de bebida*, em adolescentes, por gênero.



O beber com maior risco de problemas – adultos

Nesta seção são descritas a frequência e a quantidade com que os adultos brasileiros bebem em *binge*, e apresentam-se informações sobre os problemas associados a essa prática. Tal comportamento está relacionado ao aumento dos riscos de acidentes e de dependência, e ao agravamento de doenças.

O beber em *binge* entre os adultos

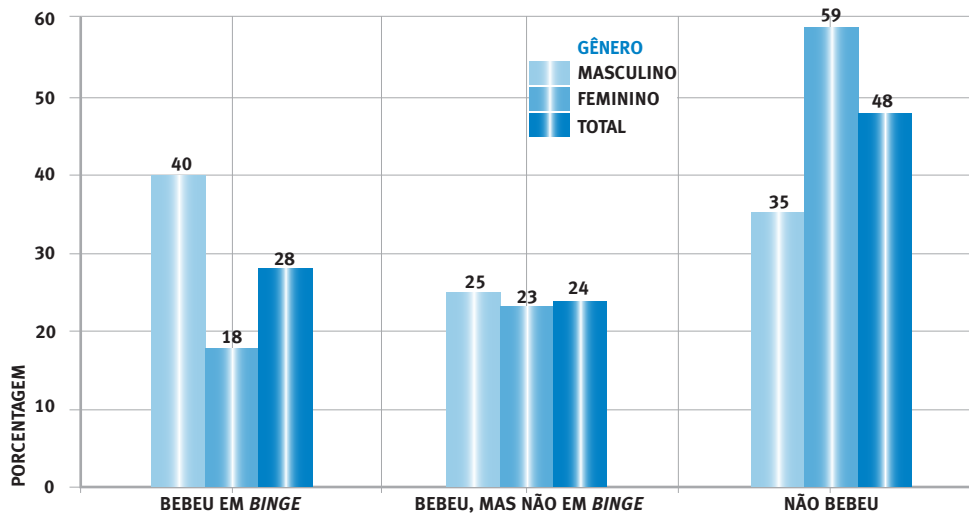
Para avaliar a porcentagem de adultos que beberam em *binge* nos últimos 12 meses, foi perguntado aos entrevistados: Durante os últimos 12 meses, com que frequência você bebeu (se homem: 5 ou mais doses, se mulher: 4 ou mais doses) de qualquer bebida alcoólica em uma única ocasião? As possíveis categorias de resposta do *beber em binge* eram:

- Bebeu em *binge* no último ano
- Bebeu, mas não em *binge*
- Não bebeu no último ano

No Gráfico 3.7, são apresentadas as porcentagens de cada categoria do *beber em binge* nos homens e mulheres. Observa-se que 28% dos adultos beberam em *binge* pelo menos 1 vez no último ano; 24% consumiram bebida alcoólica, mas não beberam em *binge*; e 48% não beberam nada nesse período. Há diferença significativa entre as porcentagens do *beber em binge* nos dois gêneros ($p < 0,05$).

Gráfico 3.7.

Porcentagens do *beber em binge*, em adultos, por gênero.

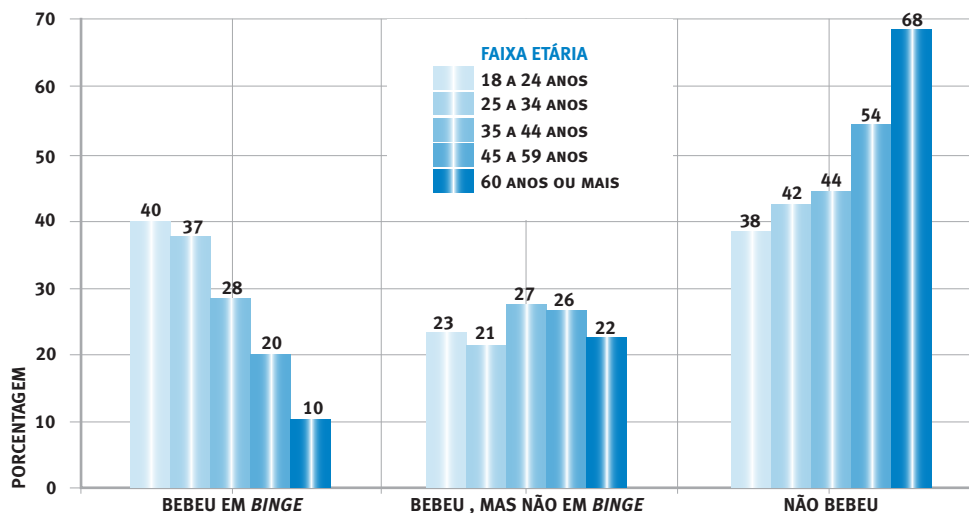


Binge e a idade

As porcentagens das categorias do *beber em binge* em diferentes faixas etárias estão representadas no Gráfico 3.8. Observa-se que a porcentagem dos que beberam em *binge* diminui com a idade, enquanto que a abstinência aumenta com a idade. Portanto, a população mais jovem está mais sujeita a apresentar os problemas decorrentes do consumo de álcool em grandes quantidades. Há diferença significativa entre as distribuições do *beber em binge* nas faixas etárias ($p < 0,05$).

Gráfico 3.8.

Porcentagens do *beber em binge*, em adultos, por faixa etária.

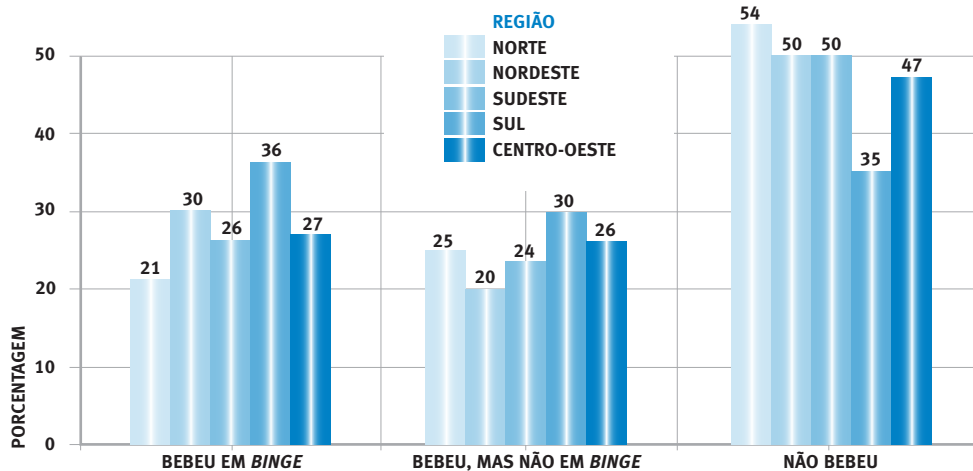


Variações regionais no padrão *binge*

No Gráfico 3.9 estão representadas as porcentagens das categorias do *beber em binge* por região. Observa-se que as porcentagens dos que beberam em *binge* e dos que não beberam variam de acordo com a região. A maior porcentagem dos que beberam em *binge* foi observada na Região Sul, e a menor na Região Norte, onde também ocorreu a maior porcentagem de abstinência. Há diferença significativa entre as distribuições do *beber em binge* nas regiões ($p < 0,05$).

Gráfico 3.9.

Porcentagens do *beber em binge*, em adultos, por região.



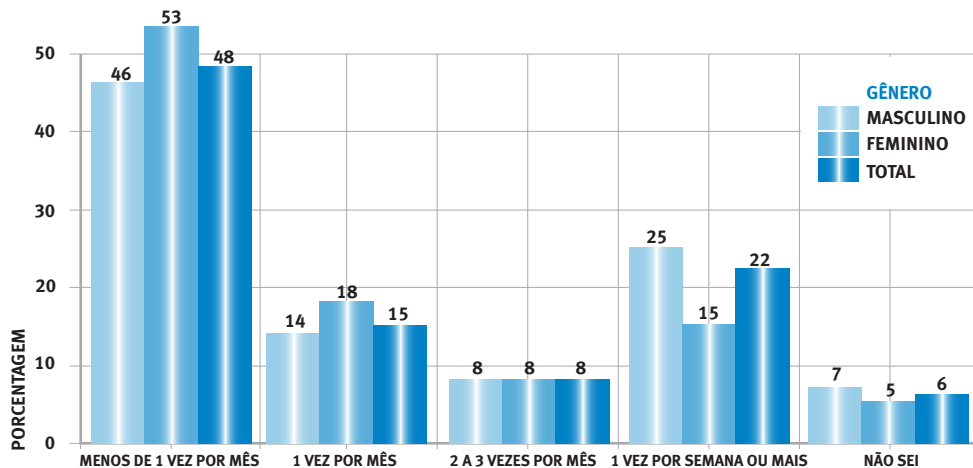
A frequência do beber em *binge*

Considerando os que beberam em *binge* ($n=609$) no último ano, foi avaliada a frequência em que essa prática ocorreu, por gênero, faixa etária, região e classe socioeconômica.

No Gráfico 3.10, são apresentadas as porcentagens das categorias da *frequência do beber em binge* por gênero. Em 48% dos indivíduos que beberam em *binge*, essa prática ocorreu com frequência inferior a 1 vez por mês. Não há diferença significativa nas distribuições da *frequência do beber em binge* dentre homens e mulheres ($p > 0,05$).

Gráfico 3.10.

Porcentagens da *frequência do beber em binge*, em adultos, por gênero ($n=609$).



As porcentagens das categorias da *frequência do beber em binge*, por faixa etária, são apresentadas na Tabela 3.5. Nota-se que a porcentagem de indivíduos na frequência “1 vez por semana ou mais” varia de 17% a 28%, mostrando que um número considerável de indivíduos bebe em *binge* com frequência maior que a semanal.

Tabela 3.5.
Porcentagens das categorias da *frequência do beber em binge*, em adultos, por faixa etária.

Frequência do <i>binge</i>	Faixa etária					Total
	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 59	60 ou mais	
Menos de 1 vez por mês	49	54	41	48	39	48
1 vez por mês	18	13	14	17	13	15
2 a 3 vezes por mês	7	8	10	6	17	8
1 vez por semana ou mais	22	17	28	22	22	22
Não sei	3	8	7	7	8	6
Base	143	202	131	99	34	609

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira, 2007.

Na Tabela 3.6 são apresentadas as porcentagens das categorias da *frequência do beber em binge* nas cinco regiões brasileiras. A porcentagem de indivíduos na categoria “1 vez por semana ou mais” é maior ou igual a 22% em todas as regiões, exceto na Sudeste.

Tabela 3.6.
Porcentagens das categorias da *frequência do beber em binge*, em adultos, por região.

Frequência do <i>binge</i>	Região					Total
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
Menos de 1 vez por mês	19	54	49	52	35	48
1 vez por mês	36	10	17	15	11	15
2 a 3 vezes por mês	17	6	6	11	17	8
1 vez por semana ou mais	25	26	18	22	25	22
Não sei	3	5	10	0	12	6
Base	34	187	242	96	50	609

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira, 2007.

Quando foi considerada a classe socioeconômica dos que beberam em *binge* no último ano, foram obtidas as porcentagens apresentadas na Tabela 3.7. Observa-se que a porcentagem de indivíduos na categoria “1 vez por semana ou mais” na classe A é bastante inferior às das outras classes.

Tabela 3.7.
Porcentagens das categorias da *frequência do beber em binge*, em adultos, por classe socioeconômica.

Frequência do <i>binge</i>	Classe socioeconômica					Total
	A	B	C	D	E	
Menos de 1 vez por mês	86	50	46	47	49	48
1 vez por mês	2	11	16	17	19	15
2 a 3 vezes por mês	4	5	8	12	5	8
1 vez por semana ou mais	7	27	23	20	18	22
Não sei	0	7	7	5	9	6
Base	15	92	224	217	61	609

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

Problemas com o beber na população adulta

Perguntou-se, a todos os adultos da amostra (n=2.346), se tiveram problemas decorrentes do consumo de álcool nos últimos 12 meses. As categorias consideradas do *problema com o beber* foram: “abstinente”, “bebe e não teve problema” e “bebe e teve problema”. Considerando os adultos da amostra que bebem (n=1.152), foram obtidas as porcentagens apresentadas na Tabela 3.8. O *problema com o beber* pode assumir as categorias: “bebe e não teve problema” e “bebe e teve problema”. Observa-se que 45% dos que beberam tiveram problemas. A porcentagem de homens que tiveram problemas é superior à das mulheres, e a porcentagem de indivíduos com problemas diminui com a idade. A região que aparece com a maior porcentagem de indivíduos com problemas é a Centro-Oeste, e a classe A apresenta porcentagem de indivíduos com problemas consideravelmente inferior às demais classes. Há diferença significativa entre as distribuições do *problema com o beber* nos dois gêneros, nas faixas etárias e nas classes socioeconômicas ($p < 0,05$).

Tabela 3.8.
Porcentagens das categorias do *problema com o beber* por gênero, faixa etária, região e classe socioeconômica – adultos que beberam (n=1.152).

		Problema com o beber		
		Bebe e não teve problema	Bebe e teve problema	Base
Gênero	Masculino	42	58	599
	Feminino	74	26	553
Idade	18 a 24	47	53	225
	25 a 34	53	47	335
	35 a 44	59	41	260
	45 a 59	60	40	219
	60 ou mais	65	35	113
Região	Norte	51	49	70
	Nordeste	52	48	313
	Sudeste	56	44	478
	Sul	65	35	195
	Centro-Oeste	43	57	96
Classe	A	72	28	30
	B	58	42	183
	C	53	47	424
	D	58	42	420
	E	36	64	95
Total		55	45	1.152

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira, 2007.

Com base nos indivíduos que disseram ter tido algum problema devido ao consumo de álcool, foi construída a Tabela 3.9, na qual são apresentadas as prevalências em cada categoria de *tipo de problema* – “social”, “no trabalho”, “familiar”, “físico”, “legal” e “com violência” – classificados por gênero, faixa etária, região e classe socioeconômica. O entrevistado podia citar um ou mais problemas.

Os problemas físicos foram os que apresentaram maior prevalência em todos os segmentos, sendo apontados por 38% dos entrevistados. Esse tipo de problema foi mais citado pelos homens do que pelas mulheres, e foi mais apontado por moradores das Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste.

Os problemas familiares vêm em segundo lugar, citados por 18% dos entrevistados. As categorias com maior prevalência foram os homens, os indivíduos entre 45 e 59 anos, os moradores do Sul e indivíduos da classe social E, cuja porcentagem foi muito superior às das demais classes.

Seguem-se os problemas sociais e os problemas com violência, que foram mais citados pelos homens e pelos moradores das Regiões Norte e Centro-Oeste. O problema com a violência foi mais citado pelos adultos com idade entre 18 e 24 anos.

Observa-se que as prevalências de todos os tipos de problema são maiores na classe social E.

Tabela 3.9.

Prevalência de problemas devido ao consumo de álcool, em adultos, por gênero, faixa etária, região e classe socioeconômica (em %).

		Tipo de problema					
		Social	No trabalho	Familiar	Físico	Legal	Com violência
Gênero	Masculino	23	13	26	51	4	23
	Feminino	8	2	6	21	0	9
Idade	18 a 24	18	8	15	42	3	23
	25 a 34	17	11	19	40	3	18
	35 a 44	16	7	16	36	1	13
	45 a 59	16	6	21	36	3	16
	60 ou mais	15	10	19	29	2	9
Região	Norte	21	12	19	43	4	13
	Nordeste	14	9	17	41	2	16
	Sudeste	17	8	17	37	3	17
	Sul	15	7	21	30	1	20
	Centro-Oeste	20	8	14	49	1	18
Classe	A	1	0	7	20	0	9
	B	11	6	13	38	3	14
	C	17	7	19	38	1	20
	D	19	9	17	36	3	15
	E	26	23	31	55	5	23
Total		17	8	18	38	2	17

Fonte: SENAD/UNIAD/ I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, 2007.

Há diferença significativa nas distribuições do *tipo de problema* entre homens e mulheres ($p < 0,05$). A prevalência de problemas com violência depende da faixa etária ($p < 0,05$) e a de problemas legais depende da região ($p < 0,05$). A prevalência de todos os tipos de problema, exceto o da violência, depende da classe social ($p < 0,05$).

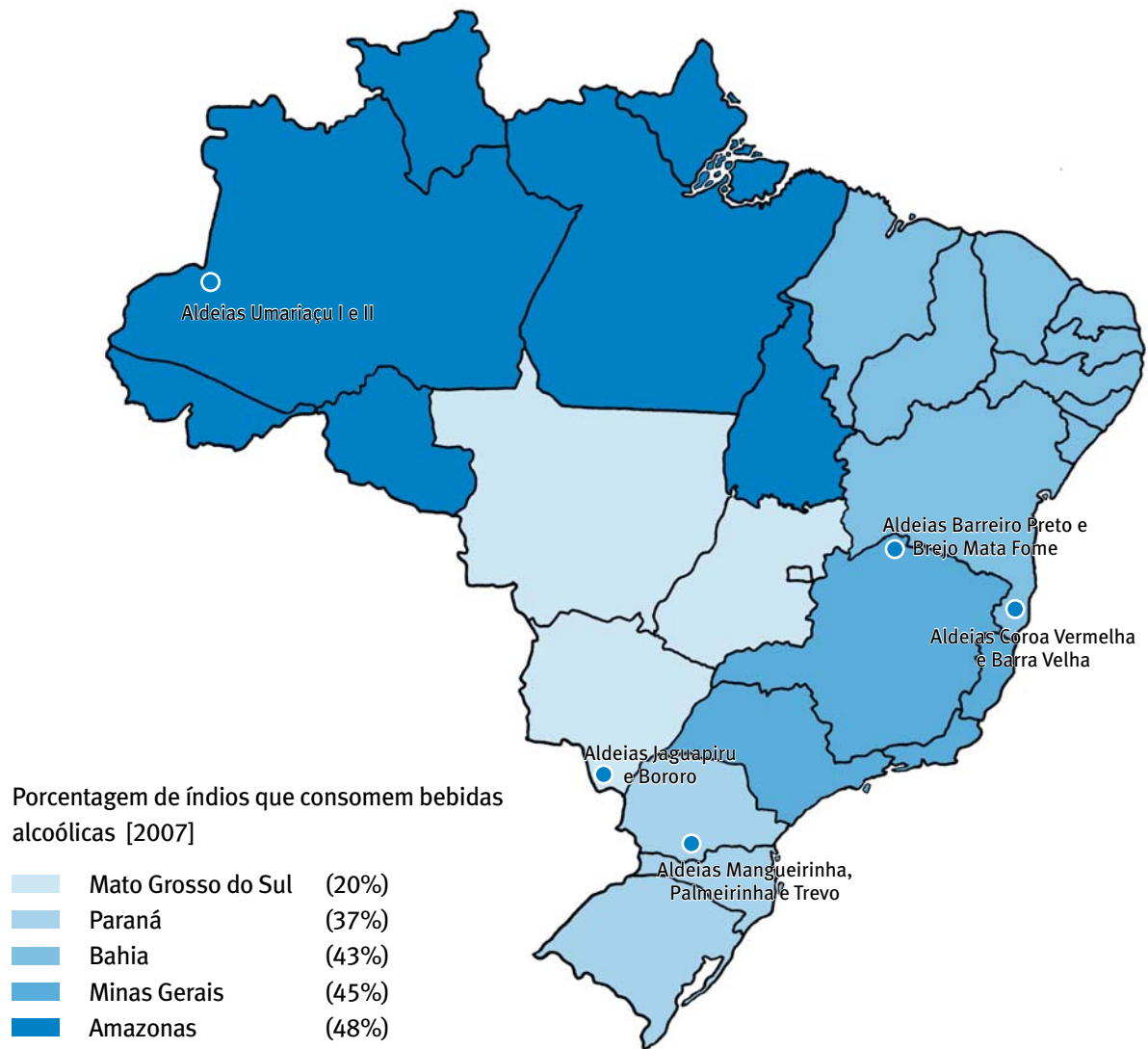
Conclusões

1. Constatou-se que 48% da população adulta é abstinente (35% dos homens e 59% das mulheres). As taxas de abstinência variam muito em relação a alguns fatores. Em relação à faixa etária de 18 a 24 anos, somente 38% são abstinentes e na faixa mais velha, acima de 60 anos, o índice de abstinência chega a 68%. As variações regionais são também significativas: de 35% na Região Sul a 54% na Região Norte. E nas classes sociais, as taxas também são expressivas: de 35% na classe B a 59% na classe E. Um fato que chamou a atenção foi que, entre os adolescentes, não existem grandes diferenças nas taxas de abstinência. Os dados mostraram que 66% dos adolescentes não bebem (64% dos meninos, 68% das meninas). Apesar das altas taxas de abstinência nesse grupo, a falta de diferenças entre meninos e meninas chama a atenção. Novos estudos poderão fornecer informações a esse respeito e especialmente mostrar se as mudanças nessas taxas causarão maiores problemas na população jovem.
2. Para avaliar como os brasileiros bebem, foram utilizadas duas variáveis importantes: a frequência e a quantidade do beber. Essas variáveis compõem o padrão do beber de uma população e é uma forma já consagrada na literatura internacional. Juntando essas duas variáveis, de frequência e quantidade, e criando um padrão que leva em conta esses dois componentes, obtém-se um resumo do padrão do beber brasileiro, em que 48% são abstinentes, 24% bebem frequentemente ou frequentemente e pesado e 29% são bebedores pouco frequentes e não fazem uso pesado de bebidas alcoólicas. Este resumo afasta a visão simplista de que *todo mundo bebe um pouco*. Metade da população não bebe; 9% bebe com um padrão perigoso, 15% em padrão potencialmente perigoso e somente 29% bebe com um padrão relativamente seguro.
3. Os tipos de bebida consumida acabam confirmando os padrões descritos acima. A *cerveja* é a bebida nacional. Ela é ingerida preferencialmente por ambos os gêneros e em todas as idades, regiões e classes sociais. Já os destilados são consumidos predominantemente nas Regiões Norte (18%) e Nordeste (20%), assim como pelos homens (17%). Esse consumo é compatível com os dados anteriores, que mostram o predomínio de maiores quantidades nessas regiões e pelos homens. No geral, pessoas que tendem a consumir maiores quantidades, buscam o consumo de bebidas com graduação alcoólica mais elevada. Já entre as mulheres, 34% consomem vinho, que é compatível com um padrão mais moderado.
4. Grande parte dos que bebem já se excedeu uma ou várias vezes, criando situações de alto risco. Os dados, especialmente os que se referem ao consumo em *binge*, sugerem que o contingente de bebedores *moderados* é, na verdade, uma minoria quando comparado ao dos abstinentes e ao dos bebedores com maior risco de problemas, incluindo os que fazem uso nocivo e os dependentes de álcool. Chamou a atenção o fato de que os que beberam na forma de *binge* foram mais frequentes do que aqueles que não consumiram álcool nessa forma (28% beberam na forma de *binge* no último ano e 24% não). Entre os homens que

bebem, a maioria consome na forma de *binge* (40%) e somente 25% dos homens não consome dessa forma. A frequência pela qual esse fenômeno ocorre é comum: mais de 20% dos que bebem em *binge* o fazem pelo menos 1 vez por semana. Do ponto de vista da saúde pública, é importante notar que esse tipo de beber ocorre com mais frequência entre os jovens. Cerca de 40% dos jovens da faixa etária de 18 a 34 anos bebeu na forma de *binge* e somente 23% não consumiu dessa forma. Vários estudos internacionais demonstraram que esse tipo de consumo está altamente relacionado a problemas.

5. Dos grupos populacionais, os adolescentes são os que apresentam os maiores riscos em relação ao beber. No mundo todo existe uma preocupação especial com esse grupo e a monitoração das taxas de padrão de beber é uma das medidas mais importantes a serem desenvolvidas. Não existe um padrão de beber de baixo risco entre os adolescentes, pois as evidências mostram que nessa faixa da população mesmo o baixo consumo está relacionado com alto risco de acidentes. No presente estudo encontrou-se uma alta frequência de adolescentes (9%) que bebem mais do que 1 vez por semana (12% meninos e 6% meninas). Embora, como mencionado anteriormente, os adolescentes também apresentem alta taxa de abstinência, ocorre uma situação na qual os que bebem têm a tendência de beber de uma forma problemática. São raros os que conseguem beber pouco e com baixa frequência.
6. Quando se comparam jovens de 18 a 25 anos com os adolescentes, as diferenças são significativas quanto à idade de experimentação e do uso regular. No início do consumo, os adolescentes começaram aos 13,9 anos de idade e os adultos jovens aos 15,3 anos. O uso regular pelos adolescentes começou aos 14,6 anos e pelos adultos jovens aos 17,3 anos. Isto sugere que os adolescentes estão iniciando o consumo de álcool cada vez mais cedo. Entretanto, esses dados devem ser interpretados com cautela, pois as taxas de abstinência entre adolescentes são maiores do que entre adultos. Nesse sentido, mais adolescentes poderão iniciar o consumo de álcool mais tarde, aumentando a idade média de início nesse grupo. Vale a pena ressaltar também que não houve diferenças entre os gêneros quanto à idade de início e ao padrão de consumo entre os adolescentes.
7. Este estudo trouxe informações importantes sobre os problemas relacionados com o beber. Mostrou que cerca da metade dos que bebem apresentam problemas. Os homens apresentaram mais problemas com o álcool, com 58% deles relatando ter tido pelo menos um problema. Os bebedores com problemas diminuem com a idade, passando de 53% na faixa dos 18 a 24 anos para 35% no grupo com mais de 60 anos. Um número maior de moradores do Centro-Oeste informou ter tido pelo menos um problema (57%), ao passo que no Sul foram 35%. Os problemas físicos aparecem como os mais citados por todos os segmentos. Do total de entrevistados, 38% disseram ter problemas físicos decorrentes do álcool. Os problemas familiares vêm em segundo lugar, citados por 18% dos entrevistados. Problemas com violência foram mencionados por 23% da população mais jovem, de 18 a 24 anos. O que esses dados mostram é que o consumo de álcool é muito mais associado com problemas do que se poderia pensar.

Uso de álcool e outras drogas por povos indígenas



Os dados considerados neste capítulo referem-se ao Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em 2007.

A população estudada foi a população indígena brasileira de sete etnias, com idade entre 18 e 64 anos, residente em onze comunidades indígenas das cinco regiões geográficas do Brasil. As comunidades pesquisadas foram Umariáçu I e II, no estado do Amazonas (Região Norte); Coroa Vermelha e Barra Velha, na Bahia (Região Nordeste); Barreiro Preto e Brejo Mata Fome, em Minas Gerais (Região Sudeste); Mangueirinha, Palmeirinha e Trevo, no Paraná (Região Sul); e Jaguapiru e Bororó, em Mato Grosso do Sul (Região Centro-Oeste). As etnias consultadas foram Ticuna (Amazonas), Pataxó (Bahia), Xacria (Minas Gerais), Guarani (Paraná e Mato Grosso do Sul), Kaiowá (Mato Grosso do Sul), Terena (Mato Grosso do Sul) e Kaingá (Paraná).

O questionário HABLAS, adaptado pela equipe do Prof. Dr. Raul Caetano da Universidade do Texas (EUA) foi utilizado para a coleta de dados. Por tratar-se de população com diferenças culturais da população para a qual o questionário foi desenvolvido, houve a necessidade de se adaptar a linguagem oferecida, bem como de se incluir questões sugeridas pela equipe de assessores da pesquisa, com base em sua experiência anterior. Por causa da baixa escolaridade da população, os questionários foram aplicados em forma de entrevista e, em alguns casos, com o auxílio de um intérprete, pela falta de domínio da língua portuguesa por parte dos entrevistados, tendo algumas entrevistas sido feitas em Ticuna e Guarani.

Por características culturais da população estudada, muitas entrevistas foram feitas com audiência de outras pessoas, que muitas vezes auxiliavam o entrevistado em suas respostas.

Por falta de um cadastro das residências, não foi possível fazer um sorteio das casas e dos moradores. Nesse contexto, quase todas as casas foram selecionadas para o estudo e um morador disponível no momento da abordagem foi entrevistado. Parentes com residência próxima foram descartados.

A amostra continha 1.455 pessoas, sendo 715 do sexo masculino e 740 do sexo feminino. Os detalhes sobre a metodologia empregada, bem como a descrição das características gerais da amostra podem ser encontrados no Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, SENAD (BRASIL).

O abuso e a dependência de álcool seguiram a definição da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), segundo a qual uso nocivo caracteriza-se por um padrão de uso de bebidas alcoólicas que está causando dano real à saúde, seja físico ou mental, e é frequentemente criticado por outras pessoas; enquanto dependência de álcool se caracteriza por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, em que o uso de bebidas alcoólicas alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros componentes antes considerados de maior valor. As características principais da dependência são: desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, dificuldade para controlar tal consumo, desenvolvimento de tolerância, estado de abstinência fisiológico, abandono de atividades prazerosas em favor do uso de álcool e persistência no uso apesar de evidências claras de consequências nocivas.

A associação entre variáveis foi avaliada por meio do teste qui-quadrado e, com exceção das variáveis resumidas na Tabela 4.4, todas as demais testadas apresentaram diferenças estatisticamente significantes com $p < 0,05$. Para as variáveis das Tabelas 4.8 a 4.10 e 4.15 a 4.19, o teste não foi aplicado por não ser adequado, ou porque as categorias não são excludentes, ou porque o número esperado de usuários em alguma categoria é muito pequeno.

A Tabela 4.1 mostra a distribuição do consumo de álcool para cada gênero, pela qual se pode verificar que 61,6% dos entrevistados são abstinentes de bebidas alcoólicas e 36% nunca beberam. A proporção dos que bebem é maior entre os homens (52,7%) do que entre as mulheres (24,6%).

Tabela 4.1.
Consumo de álcool por gênero.

Consumo de álcool	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Nunca bebeu	105	14,7	419	56,6	524	36,0
Bebeu mas parou	233	32,6	139	18,8	372	25,6
Bebe	360	50,3	156	21,1	516	35,5
Bebe apenas em rituais/festas	17	2,4	26	3,5	43	2,9
Total	715	100	740	100	1.455	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.2 apresenta o grau de dependência do uso de álcool por gênero. As mulheres apresentam maior proporção no abuso de álcool enquanto que os homens apresentam maior proporção na dependência de álcool.

Tabela 4.2.
Dependência de álcool por gênero.

Grau de consumo de álcool	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Sem problemas	184	30,2	123	38,3	307	33,0
Abuso	251	41,1	160	49,9	411	44,1
Dependência	175	28,7	38	11,8	213	22,9
Total	610	100	321	100	931	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.3 contém a distribuição do consumo de álcool para as comunidades de cada estado pesquisado. As comunidades do Amazonas foram as que relataram ter a maior proporção de pessoas que bebem (47,7%), embora a parcela de 8,9% beba somente em rituais ou festas. O Mato Grosso do Sul é o estado em que essa proporção foi a menor (20,2%). A soma das duas últimas categorias da tabela (bebe e bebe apenas em rituais e festas) estão representadas no mapa da página inicial deste capítulo, onde cada região colorida representa o respectivo estado pesquisado.

Tabela 4.3.
Consumo de álcool por estado.

Consumo de álcool	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca bebeu	93	30,6	78	26,1	106	36,1	84	34,1	163	52,2	524	36,0
Bebeu mas parou	66	21,7	94	31,4	56	19,0	70	28,5	86	27,6	372	25,6
Bebe	118	38,8	125	41,8	121	41,2	89	36,2	63	20,2	516	35,4
Bebe apenas em rituais/festas	27	8,9	2	0,7	11	3,7	3	1,2	0	0,0	43	3,0
Total	304	100	299	100	294	100	246	100	312	100	1.455	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.4 apresenta o grau de dependência de álcool por estado. O Paraná é o estado que apresenta a menor proporção estimada de dependentes de álcool. Se, entretanto, for considerada a soma dos que abusam ou dependem do álcool, os estados com as menores proporções são a Bahia e o Paraná.

Tabela 4.4.
Dependência de álcool por estado.

Grau de consumo de álcool	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem problemas	64	30,3	81	36,7	54	28,7	54	36,3	54	33,3	307	33,0
Abuso	95	45,0	90	40,7	91	48,4	72	48,3	63	38,9	411	44,1
Dependência	52	24,7	50	22,6	43	22,9	23	15,4	45	27,8	213	22,9
Total	211	100	221	100	188	100	149	100	162	100	931	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A distribuição do consumo de álcool para cada faixa etária pode ser vista na Tabela 4.5. A faixa etária de 18 a 34 anos é a que concentra a maior proporção de pessoas que bebem, que é de cerca de 43%. Conforme a idade aumenta, diminui a proporção de pessoas que bebem e isso pode ser confirmado pela evolução das pessoas que pararam de beber por faixa etária; 16,3% na faixa etária de 18 a 24 anos até 37,7% na faixa etária de 60 anos ou mais.

Tabela 4.5.
Consumo de álcool por faixa etária.

Consumo de álcool	Faixa etária												Total	
	18 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 59		60 ou mais		ignorado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca bebeu	129	41,2	153	34,3	104	35,7	102	34,0	33	33,7	3	42,8	524	36,0
Bebeu mas parou	51	16,3	97	21,7	84	28,9	101	33,7	37	37,7	2	28,6	372	25,6
Bebe	123	39,3	180	40,4	93	32,0	93	31,0	25	25,5	2	28,6	516	35,4
Bebe apenas em rituais/festas	10	3,2	16	3,6	10	3,4	4	1,3	3	3,1	0	0,0	43	3,0
Total	313	100	446	100	291	100	300	100	98	100	7	100	1.455	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.6 apresenta o grau de dependência de álcool por faixa etária. A maior proporção de dependentes de álcool está na faixa etária de menores idades e a menor na faixa etária de maiores idades, com 29,3% na faixa de 18 a 24 anos e 13,9% na faixa de 60 anos ou mais. Se for considerada a soma dos que abusam ou dependem do álcool, a proporção vai decaindo à medida que a idade vai aumentando.

Tabela 4.6.
Dependência de álcool por faixa etária.

Grau de consumo de álcool	Faixa etária												Total	
	18 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 59		60 ou mais		ignorado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem problemas	39	21,2	78	26,6	72	38,5	84	42,4	31	47,7	3	75,0	307	33,0
Abuso	91	49,5	150	51,2	76	40,6	68	34,4	25	38,4	1	25,0	411	44,1
Dependência	54	29,3	65	22,2	39	20,9	46	23,2	9	13,9	0	0,0	213	22,9
Total	184	100	293	100	187	100	198	100	65	100	4	100	931	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.7 mostra algumas medidas descritivas sobre a idade de início do consumo de bebida alcoólica. Pode-se ver que as pessoas que ingeriram bebida pela primeira vez mais cedo e mais tarde estão na Bahia, com 3 e 61 anos, respectivamente. A análise de variância desses dados (NETER et al., 1996) mostrou que há diferenças entre as idades de início médias ($p=0,013$) e, em especial, que a idade de início média do Paraná é maior do que as idades de início médias da Bahia e de Minas Gerais. No global, a idade inicial média de consumo de álcool estimada é de 17,8 anos.

Tabela 4.7.

Medidas descritivas da idade de início do consumo de bebidas alcoólicas (em anos).

Estado	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
Amazonas	6	43	18,0	18,0	4,9
Bahia	3	61	17,0	17,2	5,8
Minas Gerais	4	54	16,0	17,0	6,5
Paraná	10	35	18,0	19,0	5,0
Mato Grosso do Sul	8	50	17,0	18,2	7,0
Total	3	61	17,0	17,8	5,8

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

O principal motivo de incentivo para o início do consumo de bebidas reportado foi a influência dos amigos, totalizando 440 pessoas, o que corresponde a 51,1% dos que responderam essa pergunta. Tal porcentagem não é muito diferente, se observada por estado. No Amazonas, 96 (52,2%) disseram ter iniciado o consumo de bebidas por influência dos amigos; na Bahia, 95 (47,0%); em Minas Gerais, 88 (50,0%); no Paraná, 90 (56,6%); e no Mato Grosso do Sul, 65 (51,2%).

Dentre os que pararam de beber (372), 76 (20,4%) disseram que o fizeram por motivo de saúde; 64 (17,2%) por causa da religião; 22 (5,9%) pela família; 20 (5,4%) simplesmente decidiram parar; 20 (5,4%) por outros motivos; e 170 (45,7%) não declararam o motivo.

Pelos dados da Tabela 4.8, pode-se constatar que 73,7% dos homens preferem beber com os amigos e que, embora essa também seja a companhia preferida das mulheres, a proporção das que têm essa preferência não é tão alta (44,5%). Mais do que os homens, elas preferem beber em companhia do esposo ou companheiro e dos familiares. É importante ressaltar que uma pessoa poderia ter mais de uma preferência, ou nenhuma, e por isso os totais das porcentagens não são necessariamente iguais a 100%.

Tabela 4.8.

Companhia ao beber bebidas alcoólicas por gênero.

Companhia ao beber bebidas alcoólicas	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Sozinho	48	12,7	21	11,5	69	12,3
Amigos	278	73,7	81	44,5	359	64,2
Esposo(a)/companheiro(a)	10	2,7	34	18,7	44	7,9
Familiares	40	10,6	35	19,2	75	13,4
Não lembra	4	1,1	3	1,6	7	1,3
Total	377		182		559	

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.9 mostra que os amigos são a principal companhia ao beber, seguidos pela família, em todos os estados pesquisados. No estado do Paraná, beber sozinho é tão preferido quanto beber com a família.

Tabela 4.9.
Companhia ao beber bebidas alcoólicas por estado.

Companhia ao beber bebidas alcoólicas	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sozinho	7	4,8	9	7,1	32	24,2	10	10,9	9	16,4	69	12,3
Amigos	106	73,1	91	71,7	67	50,8	59	64,1	31	56,4	359	64,2
Esposo(a)/ companheiro(a)	10	6,9	9	7,1	9	6,8	13	14,1	3	5,5	44	7,9
Familiares	13	9,0	23	18,1	13	9,8	10	10,9	13	23,6	75	13,4
Não lembra	2	1,4	0	0,0	1	0,8	3	3,3	1	1,8	7	1,3
Total	145		127		132		92		55		559	

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Quanto à preferência de companhia para beber por faixas etárias, a Tabela 4.10 mostra que beber sozinho é um hábito preferido por pessoas mais velhas e beber na companhia de amigos, pelas pessoas mais jovens.

Tabela 4.10.
Companhia ao beber bebidas alcoólicas por faixa etária.

Companhia ao beber bebidas alcoólicas	Faixa etária												Total	
	18 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 59		60 ou mais		ignorado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sozinho	7	5,3	21	10,7	10	9,7	23	23,7	8	28,6	0	0,0	69	12,3
Amigos	99	74,4	122	62,2	67	65,0	58	59,8	11	39,3	2	100,0	359	64,2
Esposo(a)/ companheiro(a)	8	6,0	17	8,7	8	7,8	10	10,3	1	3,6	0	0,0	44	7,9
Familiares	18	13,5	30	15,3	13	12,6	9	9,3	5	17,9	0	0,0	75	13,4
Não lembra	0	0,0	5	2,6	2	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	1,3
Total	133		196		103		97		28		2		559	

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Como a lei proíbe vender bebidas alcoólicas para índios, quase metade dos entrevistados preferiram não responder onde bebiam com maior frequência. A Tabela 4.11 mostra a distribuição dos locais onde o entrevistado bebeu com maior frequência para cada gênero e pode-se notar que uma proporção maior de mulheres preferiu não informar esse local. Com exceção dos que

não informaram o local, a maioria, tanto dos homens quanto das mulheres, bebe dentro da terra indígena.

Tabela 4.11.
Locais onde bebeu com maior frequência por gênero.

Local onde bebeu	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Dentro da terra indígena	145	38,5	54	29,7	199	35,6
Fora da terra indígena	80	21,2	22	12,1	102	18,2
Ambos	21	5,6	4	2,2	25	4,5
Ignorado	131	34,7	102	56,0	233	41,7
Total	377	100	182	100	559	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Pela Tabela 4.12, nota-se que a proporção de pessoas que prefere beber dentro da terra indígena é maior do que a que prefere beber fora dela em todos os estados, com exceção do estado do Amazonas, onde essas proporções são aproximadamente iguais. A proporção de pessoas que preferiu não dizer onde bebe é alta, variando de 36% no Paraná a 46% no Mato Grosso do Sul.

102

Tabela 4.12.
Locais onde bebeu com maior frequência por estado.

Local onde bebeu	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dentro da terra indígena	37	25,5	46	36,2	52	39,4	40	43,5	24	38,1	199	35,6
Fora da terra indígena	33	22,8	22	17,3	18	13,6	19	20,6	10	15,9	102	18,2
Ambos	9	6,2	8	6,3	8	6,1	0	0,0	0	0,0	25	4,5
Ignorado	66	45,5	51	40,2	54	40,9	33	35,9	29	46,0	233	41,7
Total	145	100	127	100	132	100	92	100	63	100	559	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

As Tabelas 4.13, 4.14 e 4.15 mostram a distribuição da periodicidade do consumo de álcool para gêneros, estados e faixas etárias, respectivamente. Pela Tabela 4.13, tem-se que a proporção de homens e mulheres que beberam todos os dias nos 30 dias anteriores à entrevista é a mesma – cerca de 2%. Por outro lado, a proporção de mulheres abstinentes nesse período é maior, sendo 42,3% dentre as mulheres e de 28,9% dentre os homens. Confirmando que os homens bebem com maior frequência do que as mulheres, a proporção dos que beberam três ou mais dias nos últimos 30 dias é quase o triplo da proporção entre as mulheres.

Tabela 4.13.
Periodicidade do consumo de bebidas alcoólicas
nos últimos 30 dias por gênero.

Periodicidade	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Nenhum dia	109	28,9	77	42,3	186	33,3
1 ou 2 dias	111	29,4	61	33,5	172	30,8
3 ou mais dias	135	35,8	24	13,2	159	28,4
Todos os dias	9	2,4	4	2,2	13	2,3
Ignorado	13	3,5	16	8,8	29	5,2
Total	377	100	182	100	559	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.14 mostra que, em Minas Gerais, 11 (8,3%) entrevistados disseram ter consumido bebida alcoólica em todos os 30 dias anteriores à entrevista; na Bahia e no Paraná somente um deles o fez; e no Amazonas e no Mato Grosso do Sul, nenhum. O estado de Minas Gerais é o que apresenta a menor proporção de pessoas que não beberam nos últimos 30 dias, em contraponto com o estado do Mato Grosso do Sul, que apresenta o maior valor dessa proporção.

Tabela 4.14.
Periodicidade do consumo de bebidas alcoólicas
nos últimos 30 dias por estado.

Periodicidade	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum dia	48	33,1	44	34,7	36	27,3	31	33,7	27	42,8	186	33,3
1 ou 2 dias	44	30,3	32	25,2	45	34,1	32	34,8	19	30,2	172	30,8
3 ou mais dias	41	28,3	45	35,4	28	21,2	28	30,4	17	27,0	159	28,4
Todos os dias	0	0,0	1	0,8	11	8,3	1	1,1	0	0,0	13	2,3
Ignorado	12	8,3	5	3,9	12	9,1	0	0,0	0	0,0	29	5,2
Total	145	100	127	100	132	100	92	100	63	100	559	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Por meio da Tabela 4.15, pode-se verificar que as faixas etárias de menor idade concentram mais pessoas que beberam em no máximo dois dias nos últimos 30; e as de maior idade, especialmente entre 35 e 59 anos, pessoas que beberam em três dias ou mais.

Tabela 4.15.
Periodicidade do consumo de bebidas alcoólicas
nos últimos 30 dias por faixa etária.

Periodicidade	Faixa etária												Total	
	18 a 24		25 a 34		35 a 44		45 a 59		60 ou mais		ignorado			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum dia	52	39,1	74	37,8	24	23,3	27	27,8	8	28,6	1	50,0	186	33,3
1 ou 2 dias	46	34,6	61	31,1	27	26,2	29	29,9	9	32,2	0	0,0	172	30,8
3 ou mais dias	30	22,5	49	25,0	39	37,9	33	34,0	7	25,0	1	50,0	159	28,4
Todos os dias	0	0,0	3	1,5	5	4,8	3	3,1	2	7,1	0	0,0	13	2,3
Ignorado	5	3,8	9	4,6	8	7,8	5	5,2	2	7,1	0	0,0	29	5,2
Total	133	100	196	100	103	100	97	100	28	100	2	100	559	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

As Tabelas 4.16, 4.17 e 4.18 dizem respeito ao consumo de tabaco na população indígena. A primeira delas mostra que a proporção de homens que fuma (37,6%) é maior do que a proporção de mulheres que fuma (21,6%), o oposto ocorrendo com a proporção dos que nunca fumaram; 58,1% das mulheres e 37,9% dos homens.

Tabela 4.16.
Consumo de tabaco por gênero.

Tabagismo	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Nunca fumou	271	37,9	430	58,1	701	48,2
Fumou mas parou	174	24,4	150	20,3	324	22,2
Fuma	269	37,6	160	21,6	429	29,5
Fuma apenas em rituais/festas	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Total	715	100	740	100	1.455	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Com relação à distribuição do consumo de tabaco para cada estado pesquisado, apresentada na Tabela 4.17, as comunidades do Amazonas foram as que relataram ter a maior proporção de pessoas que nunca fumaram (56,6%), mas o estado do Mato Grosso do Sul é o que apresenta a maior proporção de não-fumantes (84,3%). O Paraná é o estado que tem a maior proporção de fumantes (49,6%). Além dos dados apresentados na tabela, as entrevistas mostraram que Minas Gerais é o estado que apresentou maior frequência de consumo de tabaco; foi o estado que apresentou as maiores proporções de pessoas que fumaram em todos os períodos do dia anterior ou em todos os 30 dias anteriores à entrevista.

Tabela 4.17.
Consumo de tabaco por estado.

Tabagismo	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca fumou	172	56,6	145	48,5	153	52,0	79	32,1	152	48,7	701	48,2
Fumou mas parou	51	16,8	70	23,4	47	16,0	45	18,3	111	35,6	324	22,2
Fuma	80	26,3	84	28,1	94	32,0	122	49,6	49	15,7	429	29,5
Fuma apenas em rituais/festas	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Total	304	100	299	100	294	100	246	100	312	100	1.455	100

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

A Tabela 4.18 mostra algumas medidas descritivas sobre a idade de início do consumo de tabaco. Pode-se ver que as pessoas que fumaram pela primeira vez mais cedo e mais tarde estão no Paraná, com 2 e 60 anos, respectivamente.

A idade de início média do Amazonas é maior do que as idades de início médias da Bahia e de Minas Gerais. No global, a idade inicial média de consumo de tabaco estimada é de 16,1 anos.

Tabela 4.18.
Medidas descritivas da idade de início do consumo de tabaco (em anos).

Estado	Mínimo	Máximo	Mediana	Média
Amazonas	6	43	17,0	18,2
Bahia	4	37	15,0	14,8
Minas Gerais	3	43	13,5	14,6
Paraná	2	60	16,0	16,3
Mato Grosso do Sul	5	42	16,0	16,5
Total	2	60	15,0	16,1

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Dentre os que pararam de fumar (324), 117 (36,1%) disseram que o fizeram por motivo de saúde; 43 (13,3%) por causa da religião; 14 (4,3%) pela família; 8 (2,5%) por causa de dinheiro; 19 (5,8%) por outros motivos; e 123 (38,0%) não declararam o motivo.

A Tabela 4.19 mostra as respostas quanto ao uso de maconha, cocaína/*crack* e outras drogas. A Bahia foi o estado que apresentou a maior proporção de usuários de maconha e outras drogas. A maior proporção de usuários de cocaína está no Amazonas. Dentre as pessoas que consumiram maconha duas – uma da Bahia e uma do Amazonas – o fizeram em um ou dois dias nos últimos 30 dias; uma pessoa do Mato Grosso do Sul o fez em 10 a 19 dias e uma pessoa da Bahia em 20 a 29 dias. Ainda na Bahia, duas pessoas consumiram maconha em todos os 30 dias

anteriores à entrevista. Dentre as pessoas que consumiram cocaína, uma do Amazonas o fez em um ou dois dias dos últimos 30.

É importante ressaltar que as conclusões tiradas da Tabela 4.19 devem ser vistas com cautela, pois o número de respondentes foi pequeno.

Tabela 4.19.
Consumo de drogas ilícitas por estado.

Droga	Estado										Total	
	AM		BA		MG		PR		MS			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Maconha	12	3,9	36	12,0	8	2,7	10	4,1	11	3,5	77	5,3
Cocaína	9	3,0	7	2,3	1	0,3	3	1,2	2	0,6	22	1,5
Outras drogas	4	1,3	6	2,0	1	0,3	1	0,4	0	0,0	12	0,8

Fonte: SENAD/ Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas, 2007.

Conclusões

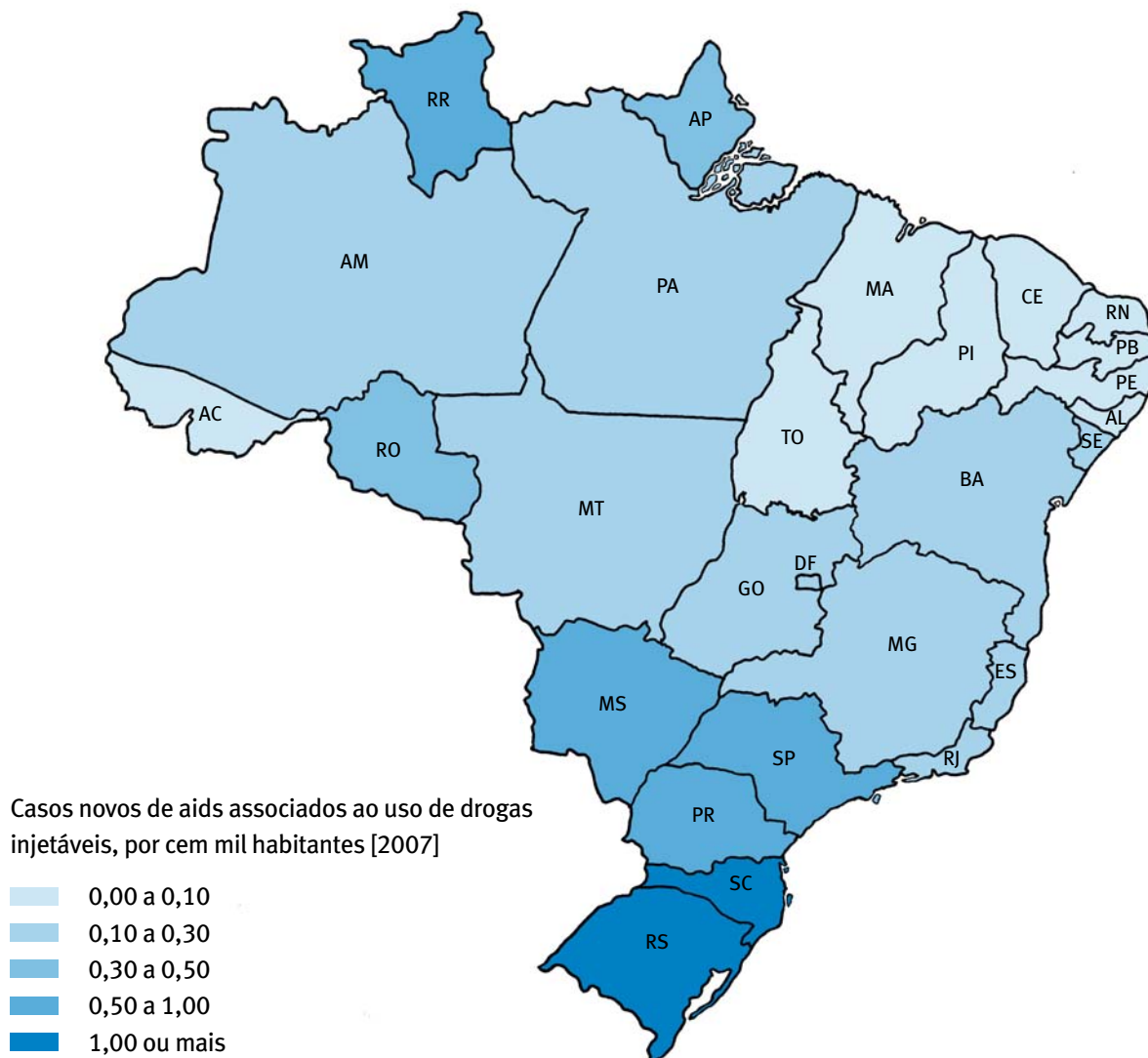
1. Verifica-se que 61,6% dos entrevistados são abstinentes de bebidas alcoólicas e 36% nunca beberam. A proporção de abstinentes encontrada entre os povos indígenas pesquisados é maior do que a estimada para a população geral brasileira, que é de 48%.
2. A proporção de pessoas que apresentam dependência de bebidas alcoólicas, 22,9%, é superior à encontrada na população geral brasileira que é de 12,3%.
3. A proporção de pessoas que bebem e apresentam algum problema associado a esse beber é de 67%. As mulheres apresentam maior proporção no abuso de álcool enquanto que os homens apresentam maior proporção na dependência de álcool. Aparentemente, dentre aqueles da menor parcela da população que bebe, a maior parte bebe com padrão intenso e nocivo.
4. Tanto em termos do consumo quanto da dependência, os homens apresentam proporção superior à das mulheres indígenas.
5. A faixa etária de 18 a 34 anos é a que concentra a maior proporção de pessoas que bebem, que é de cerca de 43%. Conforme a idade aumenta, diminui a proporção de pessoas que bebem.
6. As comunidades do Amazonas foram as que apresentaram a maior proporção de pessoas que bebem (47,7%). O Mato Grosso do Sul é o estado em que essa proporção foi a menor (20,2%).
7. A proporção de fumantes, 29,5%, é superior à encontrada na população geral brasileira, que é 18,4%. A proporção de homens que fuma (37,6%) é maior do que a proporção de mulheres

que fuma (21,6%), o oposto ocorrendo com a proporção dos que nunca fumaram; 58,1% das mulheres e 37,9% dos homens.

8. Quanto ao uso de outras drogas, as proporções de uso de maconha, cocaína e outras drogas é inferior às encontradas na população geral brasileira.

Consequências do Uso de Drogas sobre a Saúde e Segurança Públicas Brasileiras

Casos de aids entre usuários de drogas injetáveis



Os dados considerados neste capítulo referem-se aos casos novos de aids em indivíduos da categoria de exposição UDI (Usuários de Drogas Injetáveis) com 13 ou mais anos de idade, notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), no período de 2001 e 2007.

O Departamento Nacional de DST e Aids utiliza o procedimento de relacionamento probabilístico de bancos de dados,

para minimizar o efeito da subnotificação e do atraso de notificação dos casos de aids em suas estatísticas oficiais. Entretanto, no presente relatório, foram utilizados somente dados notificados ao SINAN, uma vez que este é o único banco de dados que apresenta a variável *categoria de exposição*. Sendo assim, a análise de dados de casos de aids notificados ao SINAN deve levar em consideração o atraso de notificação, principalmente nos últimos cinco anos, quando os dados ainda são preliminares. Essa afirmação é importante principalmente ao se analisar tendência temporal nos anos mais recentes.

A Tabela 5.1 apresenta o total de novos casos de aids na categoria de exposição UDI observados no Brasil (e correspondentes porcentagens), detalhando-se tais ocorrências por unidades federativas e regiões. Destaca-se que, nesse período, houve redução gradual do número de casos no país, sendo: 3.100 casos em 2001, 2.891 em 2002, 2.697 em 2003, 2.183 em 2004, 1.753 em 2005, 1.510 em 2006 e 1.031 em 2007.

As Regiões Sudeste e Sul apresentaram, no período, a maior parte dos casos detectados pelo sistema de notificação. Todas as regiões mostram queda no número de casos ao longo do período considerado; entretanto, nas Regiões Sul, Norte e Nordeste, essa queda foi menos acentuada que a observada na Região Sudeste. Desta forma, ao longo do tempo houve aumento da participação dessas regiões no total de casos observados no país. A Região Centro-Oeste não apresentou variação importante na participação.

Uma análise usual é a da comparação de casos de diferentes categorias de exposição. Neste relatório o foco é o uso de drogas, mas a comparação com outras categorias mostra que houve aumento da razão “outras categorias/UDI” no período analisado. Em 2001, para cada caso de aids notificado em UDI, eram notificados 6,7 casos em outras categorias de exposição. Em 2007, para cada caso de aids notificado em UDI, eram notificados 14,0 casos em outras categorias de exposição. Este fato demonstra a menor participação da categoria UDI entre todas as categorias de exposição.

Desde 1992, são desenvolvidas no Brasil práticas de prevenção do contágio da aids, especificamente dirigidas para usuários de drogas injetáveis. Essas práticas se baseiam na estratégia de Redução de Danos. O desenvolvimento dessas ações não foi seguido pelo aumento do consumo de drogas injetáveis ou da contaminação com o vírus HIV e outras doenças de contágio por via venosa; ao contrário, há evidências da diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio.

Tabela 5.1.

Casos novos de aids em indivíduos da categoria de exposição UDI.
Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	9	0,3	8	0,3	6	0,2	10	0,5	9	0,5	8	0,5	5	0,5	55	0,3
Acre	1	0,0	0	0,0	2	0,1	2	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	7	0,1
Amazonas	5	0,2	3	0,1	5	0,2	3	0,1	8	0,4	13	0,8	8	0,8	45	0,3
Roraima	4	0,1	1	0,0	2	0,1	3	0,1	1	0,1	2	0,1	3	0,3	16	0,1
Pará	23	0,8	8	0,3	20	0,7	39	1,8	20	1,1	18	1,2	15	1,4	143	0,9
Amapá	1	0,0	2	0,1	4	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,2	11	0,1
Tocantins	3	0,1	0	0,0	1	0,0	2	0,1	3	0,2	0	0,0	1	0,1	10	0,1
Região Norte	46	1,5	22	0,8	40	1,5	59	2,7	43	2,5	43	2,8	34	3,3	287	1,9
Maranhão	3	0,1	11	0,4	8	0,3	10	0,5	7	0,4	7	0,5	6	0,5	52	0,3
Piauí	6	0,2	3	0,1	3	0,1	3	0,1	5	0,3	2	0,1	2	0,2	24	0,2
Ceará	13	0,4	9	0,3	9	0,3	6	0,3	7	0,4	7	0,5	8	0,8	59	0,4
Rio Grande do Norte	11	0,4	5	0,2	10	0,4	4	0,2	4	0,2	2	0,1	0	0,0	36	0,2
Paraíba	3	0,1	2	0,1	2	0,1	5	0,2	10	0,6	1	0,1	3	0,3	26	0,2
Pernambuco	10	0,4	16	0,5	27	1,0	18	0,8	18	1,0	8	0,5	8	0,8	105	0,7
Alagoas	13	0,4	6	0,2	10	0,4	9	0,4	4	0,2	5	0,3	3	0,3	50	0,3
Sergipe	1	0,0	7	0,2	13	0,5	1	0,1	4	0,2	4	0,3	4	0,4	34	0,2
Bahia	44	1,4	43	1,5	63	2,3	51	2,3	36	2,1	36	2,4	26	2,5	299	2,0
Região Nordeste	104	3,4	102	3,5	145	5,4	107	4,9	95	5,4	72	4,8	60	5,8	685	4,5
Minas Gerais	156	5,0	147	5,1	147	5,5	105	4,8	100	5,7	80	5,3	54	5,3	789	5,2
Espírito Santo	44	1,4	47	1,6	30	1,1	27	1,2	11	0,6	15	1,0	7	0,7	181	1,2
Rio de Janeiro	83	2,7	84	2,9	80	3,0	84	3,8	80	4,6	54	3,6	23	2,2	488	3,2
São Paulo	1.388	44,8	1.244	43,1	1.139	42,2	835	38,3	697	39,8	580	38,4	364	35,3	6.247	41,2
Região Sudeste	1.671	53,9	1.522	52,7	1.396	51,8	1.051	48,1	888	50,7	729	48,3	448	43,5	7.705	50,8
Paraná	203	6,5	191	6,6	145	5,4	153	7,0	120	6,8	85	5,6	76	7,3	973	6,4
Santa Catarina	316	10,2	262	9,0	225	8,3	198	9,1	149	8,5	139	9,2	101	9,8	1.390	9,2
Rio Grande do Sul	638	20,6	650	22,5	626	23,2	519	23,8	382	21,8	365	24,2	275	26,7	3.455	22,8
Região Sul	1.157	37,3	1.103	38,1	996	36,9	870	39,9	651	37,1	589	39,0	452	43,8	5.818	38,4
Mato Grosso do Sul	28	0,9	28	1,0	19	0,7	24	1,1	14	0,8	20	1,3	13	1,2	146	0,9
Mato Grosso	17	0,5	23	0,8	20	0,7	12	0,5	17	1,0	9	0,6	6	0,6	104	0,7
Goiás	40	1,3	49	1,7	44	1,6	36	1,7	29	1,6	29	1,9	12	1,2	239	1,6
Distrito Federal	37	1,2	42	1,4	37	1,4	24	1,1	16	0,9	19	1,3	6	0,6	181	1,2
Região Centro-Oeste	122	3,9	142	4,9	120	4,4	96	4,4	76	4,3	77	5,1	37	3,6	670	4,4
Brasil	3.100	100	2.891	100	2.697	100	2.183	100	1.753	100	1.510	100	1.031	100	15.165	100

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

¹ Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

A Tabela 5.2 mostra a porcentagem de casos de aids associados ao uso de drogas injetáveis em relação ao total de casos de aids do respectivo estado, região ou Brasil, para os anos de 2001 a 2007. No Brasil, como um todo, e em todo o período observado, os casos associados ao uso de drogas representam 8,6% do total de casos de aids. O estado do Rio Grande do Sul é o que apresenta a maior porcentagem global (18,4%), seguido dos estados de Santa Catarina (14,2%), São Paulo (10,5%) e Paraná (9,1%). O estado do Rio de Janeiro apresenta porcentagens bem mais baixas do que as dos outros estados da Região Sudeste. No ano de 2007, o registro mais recente, sobressaem-se, com maiores porcentagens, os estados de Roraima na Região Norte; Bahia e Sergipe na Região Nordeste; São Paulo e Minas Gerais na Região Sudeste; todos os estados da Região Sul e Mato Grosso do Sul e Goiás na Região Centro-Oeste.

Tabela 5.2.

Porcentagem de casos de aids em indivíduos da categoria de exposição UDI em relação ao número total de casos de aids. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	8,0	5,2	3,8	6,6	6,3	5,6	3,3	5,4
Acre	3,7	0,0	5,7	4,9	2,1	4,5	-	3,3
Amazonas	1,8	1,0	1,8	0,7	1,9	3,2	3,6	1,9
Roraima	9,1	3,2	3,1	3,1	1,9	3,4	4,4	3,9
Pará	6,4	2,3	5,1	6,3	4,0	4,1	3,2	4,6
Amapá	2,2	3,6	11,1	0,0	1,8	1,5	2,8	2,9
Tocantins	4,8	0,0	1,6	2,7	6,0	0,0	1,7	2,3
Região Norte	4,9	2,2	3,9	4,1	3,4	3,6	3,2	3,6
Maranhão	1,0	3,3	1,8	2,2	2,2	1,5	1,7	2,0
Piauí	4,1	1,9	1,8	1,6	2,4	1,2	1,1	2,0
Ceará	2,3	1,6	1,3	0,8	1,2	1,4	1,8	1,5
Rio Grande do Norte	7,0	3,7	5,5	3,2	2,6	1,9	0,0	3,8
Paraíba	1,5	1,0	1,0	2,6	5,1	0,6	1,5	1,9
Pernambuco	1,3	1,5	2,8	1,9	1,8	1,0	1,4	1,7
Alagoas	7,6	3,8	5,3	5,1	1,9	2,6	1,6	3,9
Sergipe	1,4	7,5	9,5	0,8	2,8	3,0	2,9	4,0
Bahia	7,6	6,1	8,0	6,2	4,8	5,2	5,0	6,2
Região Nordeste	3,5	3,0	3,8	2,8	2,6	2,2	2,2	2,9
Minas Gerais	9,4	7,8	6,8	5,6	5,9	5,3	3,9	6,5
Espírito Santo	10,3	9,6	6,1	5,5	2,5	4,5	2,6	6,2
Rio de Janeiro	2,3	2,5	2,5	2,6	2,9	2,4	1,6	2,4
São Paulo	13,8	12,2	11,3	9,6	8,6	8,2	6,6	10,5
Região Sudeste	10,6	9,5	8,7	7,3	6,9	6,5	5,2	8,1
Paraná	12,6	11,3	8,5	9,6	7,9	6,2	6,5	9,1
Santa Catarina	19,7	16,3	15,1	14,0	11,6	10,8	9,0	14,2
Rio Grande do Sul	23,5	21,4	20,3	18,7	15,7	14,8	12,0	18,4
Região Sul	19,5	17,4	15,9	15,0	12,4	11,5	9,9	14,8
Mato Grosso do Sul	10,6	9,3	6,5	9,0	7,2	9,3	7,2	8,5
Mato Grosso	6,3	6,2	4,8	2,4	3,9	2,9	3,1	4,2
Goiás	6,0	7,0	6,3	4,8	4,2	4,2	7,5	5,5
Distrito Federal	12,1	11,4	7,0	6,2	4,2	5,9	2,7	7,2
Região Centro-Oeste	8,1	8,2	6,2	5,1	4,5	5,0	4,9	6,1
Brasil	11,4	10,2	9,3	8,0	7,1	6,8	5,9	8,6

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

¹ Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Considerando os casos de aids por 100.000 habitantes, revela-se comportamento semelhante, conforme Tabela 5.3 e Gráficos 5.1 a 5.6. O comportamento dessas taxas nos estados, no ano de 2007, pode ser visualizado no mapa apresentado na página inicial deste capítulo. Nesse ano, as maiores taxas são as dos estados do Rio Grande do Sul (2,60) e Santa Catarina (1,72), seguidas de São Paulo (0,91), Roraima (0,76) e Paraná (0,74). O estado do Mato Grosso do Sul também apresenta taxa superior a 0,5. Todos os outros estados apresentam taxas inferiores a esse valor. As menores concentrações são observadas nos estados do Piauí, Tocantins, Paraíba, Pernambuco, Ceará, Maranhão e Alagoas. Em 2007, não foram registrados casos de aids decorrentes do uso de drogas injetáveis nos estados do Acre e Rio Grande do Norte.

As taxas poderiam ter sido calculadas tomando-se como base a população com idade de 13 anos ou mais, pois os casos de aids contabilizados neste relatório são os dessa faixa etária. Entretanto, a população geral foi escolhida para a padronização e comparação dos estados, por uma questão de uniformidade dos diversos capítulos do relatório.

Tabela 5.3.

Casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	0,64	0,56	0,41	0,64	0,59	0,51	0,34	0,54
Acre	0,17	0,00	0,33	0,32	0,15	0,15	0,00	0,16
Amazonas	0,17	0,10	0,16	0,10	0,25	0,39	0,25	0,20
Roraima	1,19	0,29	0,56	0,79	0,26	0,50	0,76	0,62
Pará	0,36	0,12	0,30	0,57	0,29	0,25	0,21	0,30
Amapá	0,20	0,39	0,75	0,00	0,17	0,16	0,34	0,29
Tocantins	0,25	0,00	0,08	0,16	0,23	0,00	0,08	0,11
Região Norte	0,35	0,16	0,29	0,41	0,29	0,29	0,23	0,29
Maranhão	0,05	0,19	0,14	0,17	0,11	0,11	0,10	0,12
Piauí	0,21	0,10	0,10	0,10	0,17	0,07	0,07	0,12
Ceará	0,17	0,12	0,12	0,08	0,09	0,09	0,10	0,11
Rio Grande do Norte	0,39	0,18	0,35	0,14	0,13	0,07	0,00	0,18
Paraíba	0,09	0,06	0,06	0,14	0,28	0,03	0,08	0,10
Pernambuco	0,12	0,20	0,33	0,22	0,21	0,09	0,09	0,18
Alagoas	0,46	0,21	0,34	0,30	0,13	0,16	0,10	0,24
Sergipe	0,06	0,38	0,69	0,05	0,20	0,20	0,21	0,26
Bahia	0,33	0,32	0,47	0,37	0,26	0,26	0,18	0,31
Região Nordeste	0,22	0,21	0,29	0,21	0,19	0,14	0,12	0,20
Minas Gerais	0,86	0,80	0,79	0,55	0,52	0,41	0,28	0,60
Espírito Santo	1,39	1,47	0,92	0,81	0,32	0,43	0,21	0,79
Rio de Janeiro	0,57	0,57	0,54	0,55	0,52	0,35	0,15	0,46
São Paulo	3,69	3,26	2,94	2,10	1,72	1,41	0,91	2,29
Região Sudeste	2,27	2,04	1,85	1,36	1,13	0,92	0,58	1,45
Paraná	2,09	1,95	1,46	1,51	1,17	0,82	0,74	1,39
Santa Catarina	5,80	4,74	4,01	3,43	2,54	2,33	1,72	3,51
Rio Grande do Sul	6,19	6,24	5,96	4,84	3,52	3,33	2,60	4,67
Região Sul	4,55	4,29	3,83	3,27	2,41	2,16	1,69	3,17
Mato Grosso do Sul	1,33	1,31	0,88	1,08	0,62	0,87	0,57	0,95
Mato Grosso	0,66	0,88	0,75	0,44	0,61	0,32	0,21	0,55
Goiás	0,78	0,94	0,83	0,65	0,52	0,51	0,21	0,63
Distrito Federal	1,76	1,96	1,69	1,05	0,69	0,80	0,24	1,17
Região Centro-Oeste	1,03	1,17	0,97	0,75	0,58	0,58	0,28	0,77
Brasil	1,80	1,66	1,52	1,20	0,95	0,81	0,56	1,21

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

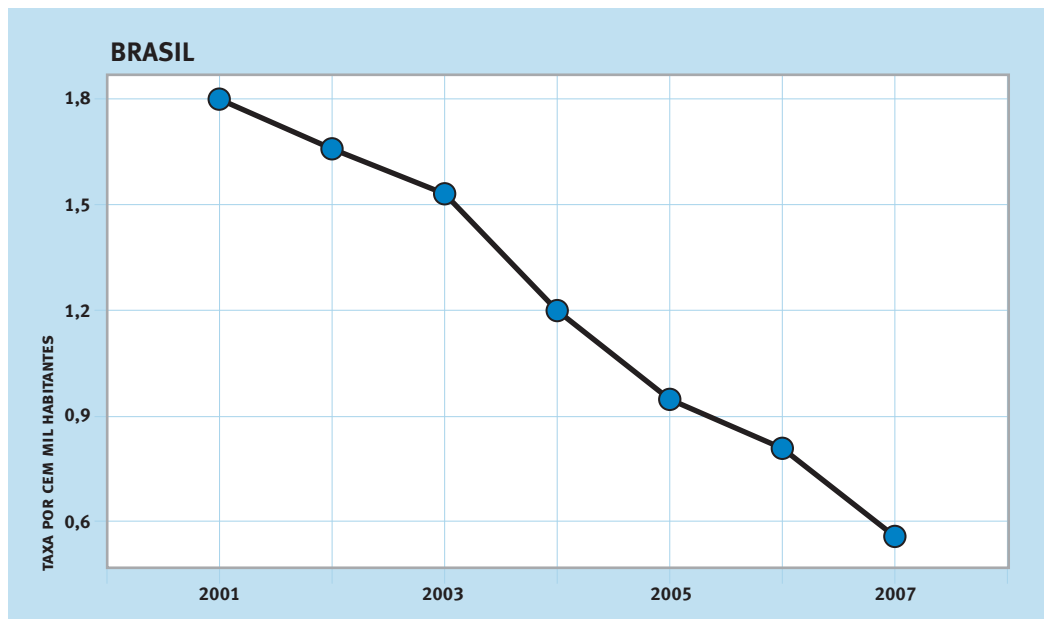
¹ Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) a epidemia de HIV/aids no Brasil é classificada como concentrada, por apresentar taxa de prevalência de HIV na população geral inferior a 1% e superior a 5% em subgrupos vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais de sexo.

Realizou-se, ainda, a avaliação de tendência no tempo, dos casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, levando-se em consideração as projeções feitas pelo IBGE do tamanho populacional entre os anos de 2001 e 2007, conforme Gráficos 5.1 a 5.6, e observou-se que o Brasil, como um todo, apresenta tendência de queda no número de casos ($p < 0,001$). Também apresentam tendência de queda das taxas, os estados do Ceará ($p = 0,049$), Rio Grande do Norte ($p = 0,010$), Alagoas ($p = 0,022$), Minas Gerais ($p < 0,001$), Espírito Santo ($p = 0,001$), Rio de Janeiro ($p = 0,018$), São Paulo ($p < 0,001$), Paraná ($p < 0,001$), Santa Catarina ($p < 0,001$), Rio Grande do Sul ($p < 0,001$), Mato Grosso do Sul ($p = 0,011$), Mato Grosso ($p = 0,018$), Goiás ($p = 0,006$) e o Distrito Federal ($p = 0,001$). Os estados que não apresentam tendência ao longo do tempo são: Rondônia ($p = 0,201$), Acre ($p = 0,625$), Amazonas ($p = 0,091$), Roraima ($p = 0,545$), Pará ($p = 0,816$), Amapá ($p = 0,669$), Tocantins ($p = 0,555$), Maranhão ($p = 0,888$), Piauí ($p = 0,155$), Paraíba ($p = 0,799$), Pernambuco ($p = 0,397$), Sergipe ($p = 0,765$) e Bahia ($p = 0,116$). Esses resultados devem ser analisados com cautela, pois os dados são preliminares para os últimos 5 anos, podendo ainda ser contabilizados novos casos, principalmente no ano de 2007.

Gráfico 5.1.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Brasil, 2001 a 2007.



Observa-se maior concentração de casos de aids no sul do país e nas capitais. Por outro lado, a distribuição ao longo do tempo mostra tendência de queda, mais facilmente observada nos estados do sul e capitais. Esta observação gera hipóteses a serem investigadas, como a possibilidade de que nestes locais a epidemia estaria mais madura, teria maior visibilidade ou responderia de forma mais efetiva às medidas preventivas.

Gráfico 5.2.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

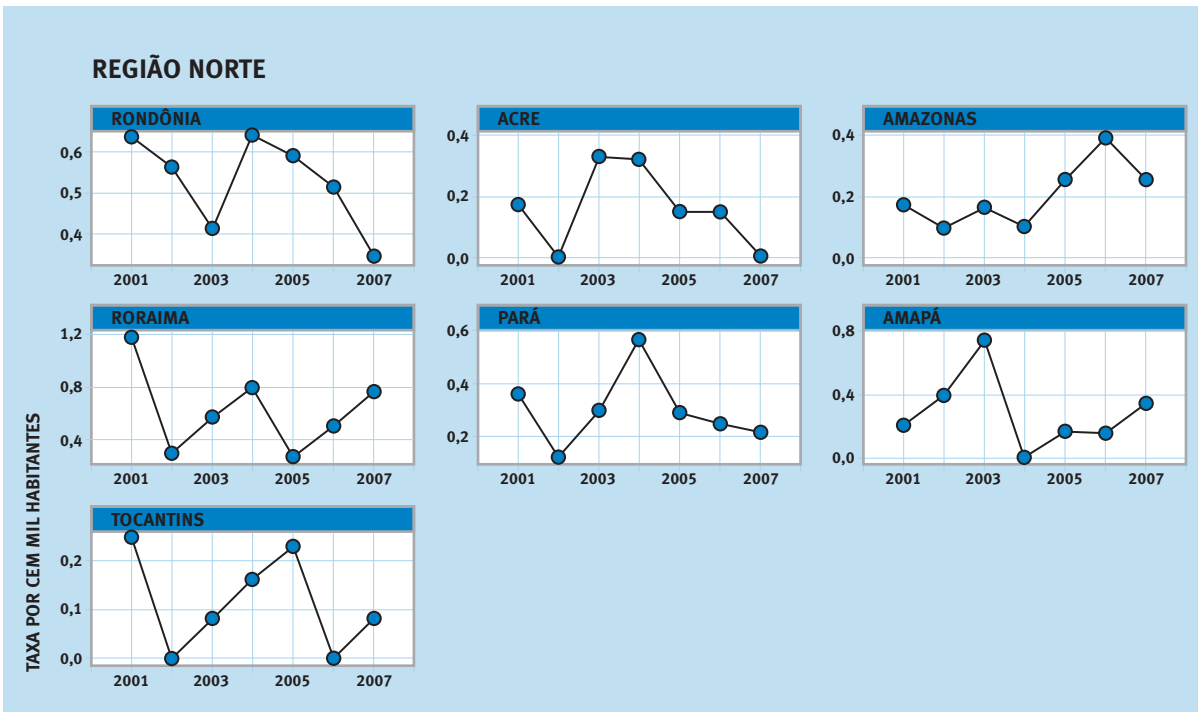


Gráfico 5.3.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

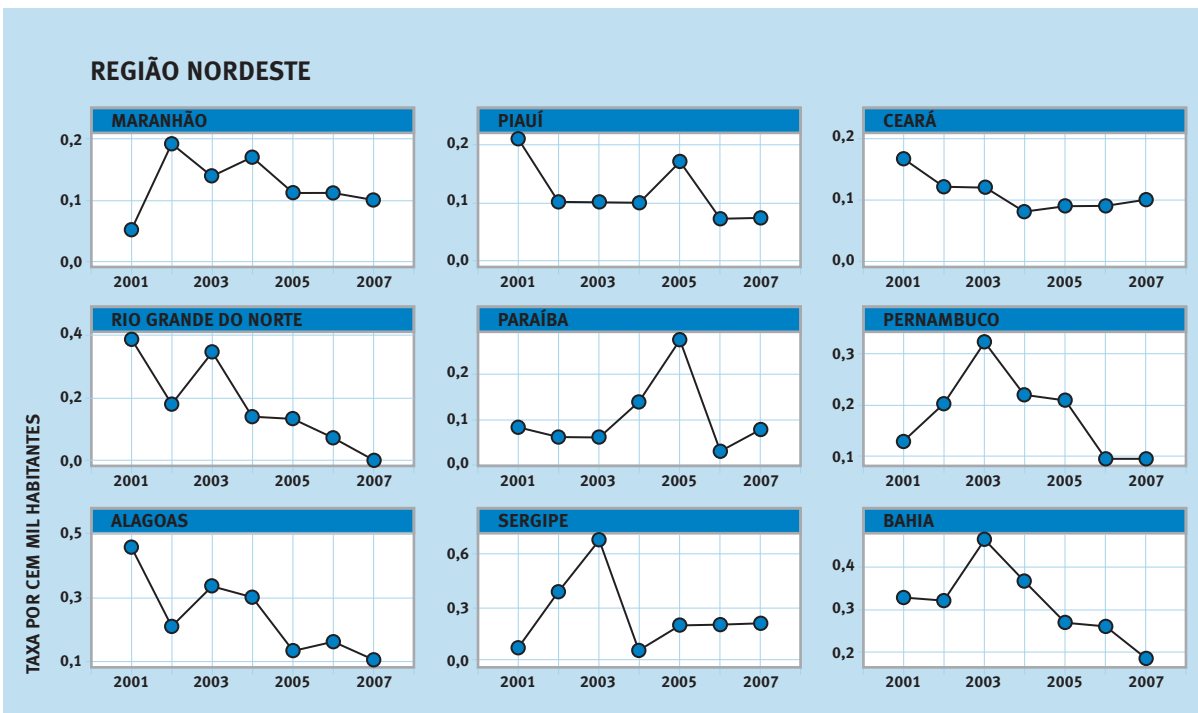


Gráfico 5.4.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

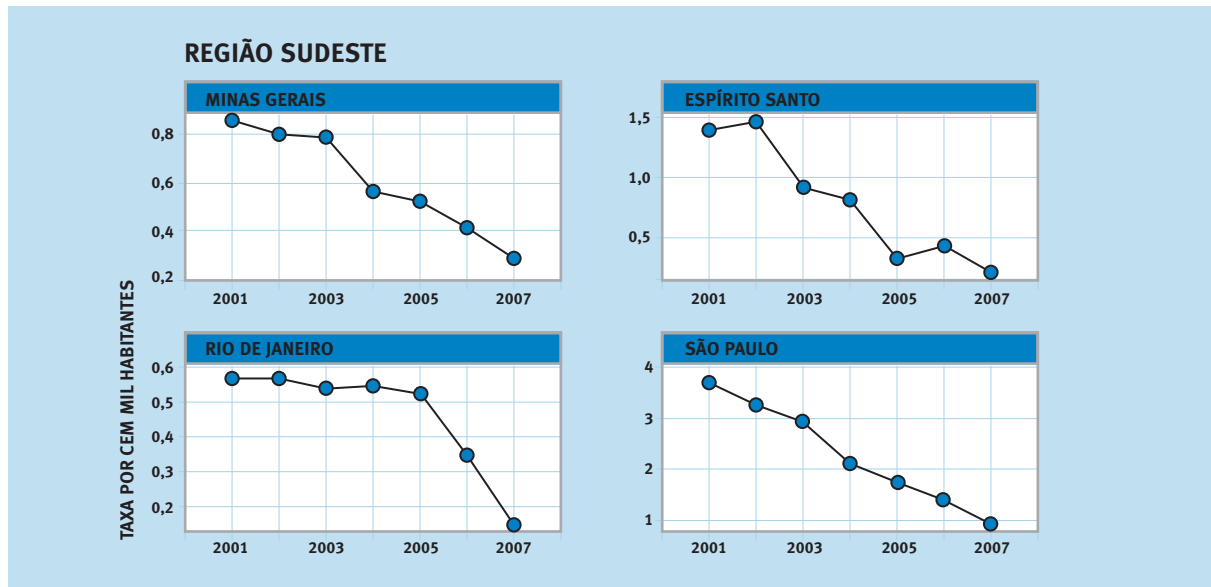


Gráfico 5.5.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

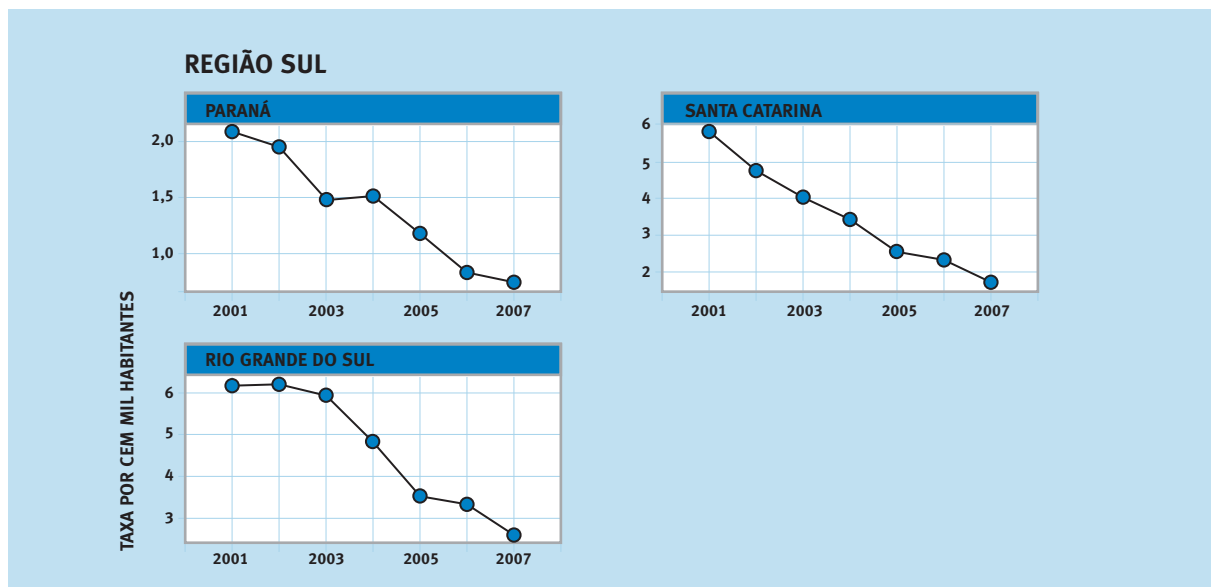
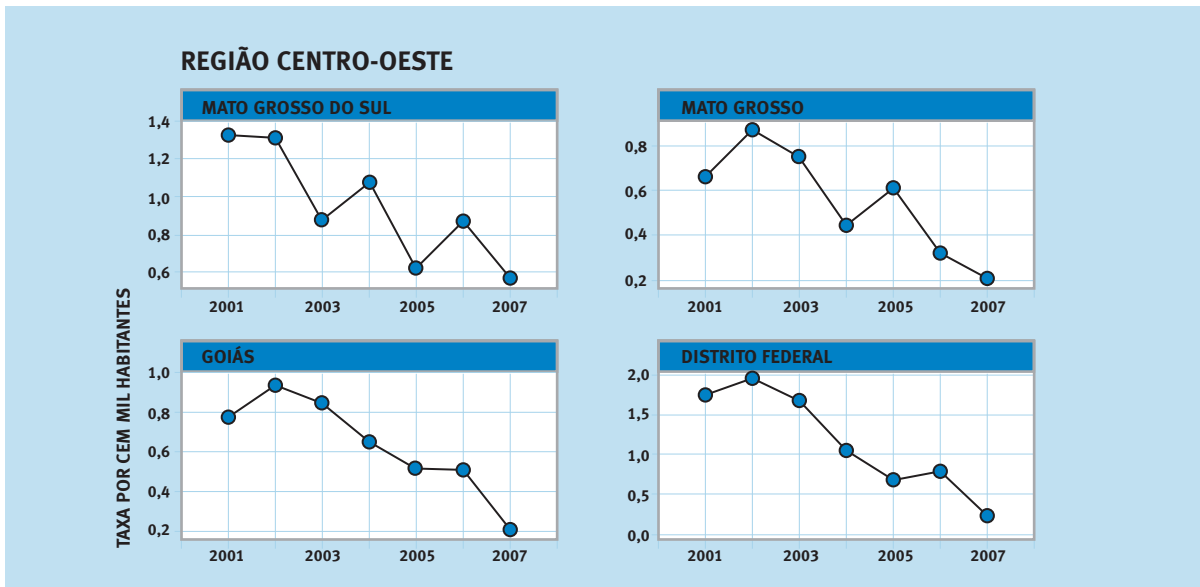


Gráfico 5.6.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



A mesma análise feita por unidades da federação também foi considerada para as capitais de residência. As Tabelas 5.4, 5.5 e 5.6 mostram o número de casos novos de aids, em indivíduos da categoria de exposição UDI e respectiva distribuição; a porcentagem desses casos no número total de casos de aids; e a taxa por 100.000 habitantes para cada capital, respectivamente. A evolução dessa taxa é mostrada nos Gráficos 5.7 a 5.11. A análise dessas tabelas e gráficos mostra que o número de casos de aids vem caindo para as capitais, tal como para os estados. Em todos os estados da Região Sul, o número de casos de aids, associados ao uso de drogas, tem maior representatividade no número total de casos de aids na capital do que na unidade federativa como um todo, chegando a ser de mais de 20% em Florianópolis e Porto Alegre. Na Região Sudeste, essa porcentagem é menor na soma das capitais, influenciada pelos resultados de Belo Horizonte e, mais particularmente, da cidade de São Paulo, que tem uma taxa bem menor do que o resto do estado (6,7% para a capital *versus* 10,5% para o estado). Esses decréscimos compensam largamente a maior taxa encontrada em Vitória (9,1%) comparada ao Espírito Santo (6,2%). A cidade do Rio de Janeiro apresenta baixa porcentagem de casos de aids associados ao uso de drogas.

Com relação às taxas por 100.000 habitantes, tomando como referência o ano de 2007, as capitais da Região Sul são as que apresentam maiores taxas e estas são bem maiores do que as encontradas no restante dos respectivos estados. Isso também acontece nos estados de Pará, Maranhão, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, em que a taxa na capital é mais do que o dobro da taxa no correspondente estado. Ao contrário, a cidade de Goiânia apresenta taxa menor do que a do estado de Goiás.

O estudo no tempo aponta tendência de queda nas cidades de Teresina ($p=0,031$), Natal ($p=0,021$), Maceió ($p=0,004$), Belo Horizonte ($p=0,045$), Vitória ($p=0,002$), São Paulo ($p=0,001$), Curitiba ($p<0,001$), Florianópolis ($p=0,039$), Porto Alegre ($p<0,001$), Goiânia ($p=0,023$) e Brasília ($p=0,002$). As capitais que não apresentam tendência são: Porto Velho ($p=0,129$), Rio Branco ($p=0,965$), Manaus ($p=0,163$), Boa Vista ($p=0,820$), Belém ($p=0,784$), Macapá ($p=0,360$), Palmas ($p>0,999$), São Luís ($p=0,230$), Fortaleza ($p=0,301$), João Pessoa ($p=0,940$), Recife ($p=0,515$), Aracaju ($p=0,446$), Salvador ($p=0,101$), Rio de Janeiro ($p=0,109$), Campo Grande ($p=0,059$) e Cuiabá ($p=0,107$).

Tabela 5.4.

Casos novos de aids em indivíduos da categoria de exposição UDI.
Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	5	0,5	4	0,5	0	0,0	2	0,3	1	0,2	1	0,2	2	0,5	15	0,3
Rio Branco	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	5	0,1
Manaus	4	0,4	3	0,3	4	0,4	3	0,4	6	1,0	12	2,1	6	1,5	38	0,7
Boa Vista	3	0,3	1	0,1	2	0,2	3	0,4	1	0,2	2	0,3	3	0,7	15	0,3
Belém	15	1,4	3	0,3	13	1,4	22	2,9	12	2,0	10	1,8	9	2,3	84	1,6
Macapá	1	0,1	1	0,1	2	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,3	6	0,1
Palmas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Capitais do Norte	28	2,7	12	1,3	23	2,4	34	4,6	21	3,6	26	4,6	21	5,3	165	3,2
São Luís	0	0,0	4	0,4	5	0,5	3	0,4	3	0,5	3	0,5	6	1,5	24	0,4
Teresina	4	0,4	2	0,2	2	0,2	3	0,4	2	0,3	0	0,0	1	0,3	14	0,3
Fortaleza	7	0,6	6	0,7	5	0,5	3	0,4	7	1,2	2	0,3	6	1,5	36	0,7
Natal	5	0,5	2	0,2	4	0,4	1	0,1	2	0,3	1	0,2	0	0,0	15	0,3
João Pessoa	3	0,3	1	0,1	1	0,1	0	0,0	5	0,9	0	0,0	3	0,7	13	0,2
Recife	4	0,4	8	0,9	13	1,4	5	0,7	9	1,5	2	0,4	5	1,3	46	0,9
Maceió	8	0,8	6	0,6	8	0,9	5	0,7	3	0,5	4	0,7	1	0,3	35	0,7
Aracaju	1	0,1	5	0,5	7	0,7	1	0,1	3	0,5	2	0,4	1	0,3	20	0,4
Salvador	23	2,2	22	2,4	31	3,2	25	3,4	17	2,9	23	4,0	11	2,8	152	2,9
Capitais do Nordeste	55	5,3	56	6,0	76	7,9	46	6,2	51	8,6	37	6,5	34	8,7	355	6,8
Belo Horizonte	21	2,0	20	2,1	15	1,6	17	2,4	13	2,2	19	3,3	10	2,5	115	2,2
Vitória	17	1,7	10	1,1	8	0,8	5	0,7	6	1,0	1	0,2	1	0,3	48	0,9
Rio de Janeiro	27	2,6	41	4,4	38	4,0	40	5,4	31	5,2	26	4,6	9	2,3	212	4,1
São Paulo	341	32,8	264	28,2	284	29,6	175	23,7	158	26,7	153	26,9	105	26,8	1.480	28,3
Capitais do Sudeste	406	39,1	335	35,8	345	36,0	237	32,2	208	35,1	199	35,0	125	31,9	1.855	35,5
Curitiba	92	8,8	82	8,7	71	7,4	69	9,4	51	8,6	41	7,2	40	10,2	446	8,6
Florianópolis	55	5,3	45	4,8	67	7,0	53	7,2	45	7,6	44	7,7	21	5,4	330	6,3
Porto Alegre	322	31,0	318	34,0	306	32,0	236	32,0	166	28,0	171	30,1	128	32,6	1.647	31,5
Capitais do Sul	469	45,1	445	47,5	444	46,4	358	48,6	262	44,2	256	45,0	189	48,2	2.423	46,4
Campo Grande	20	1,9	18	1,9	13	1,3	20	2,7	13	2,2	16	2,8	12	3,1	112	2,1
Cuiabá	8	0,8	8	0,9	4	0,4	4	0,6	8	1,4	1	0,2	4	1,0	37	0,7
Goiania	17	1,6	20	2,1	16	1,7	15	2,0	13	2,2	15	2,6	1	0,3	97	1,9
Brasília	36	3,5	42	4,5	37	3,9	23	3,1	16	2,7	19	3,3	6	1,5	179	3,4
Capitais do Centro-Oeste	81	7,8	88	9,4	70	7,3	62	8,4	50	8,5	51	8,9	23	5,9	425	8,1
Brasil (Capitais)	1.039	100	936	100	958	100	737	100	592	100	569	100	392	100	5.223	100

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

1 Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 5.5.
Porcentagem de casos de aids em indivíduos da categoria de exposição UDI em relação ao número total de casos de aids. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	6,5	3,8	0,0	2,9	1,5	1,3	2,6	2,6
Rio Branco	0,0	0,0	5,9	5,4	0,0	5,6	-	2,7
Manaus	1,7	1,1	1,7	0,9	1,6	3,3	3,3	1,9
Boa Vista	8,6	3,6	3,4	3,5	2,1	3,8	5,4	4,2
Belém	7,4	1,6	6,6	6,8	4,7	4,9	4,3	5,3
Macapá	2,6	2,5	7,4	0,0	2,1	0,0	2,0	2,1
Palmas	0,0	0,0	0,0	9,5	0,0	0,0	0,0	1,7
Capitais do Norte	4,5	1,8	3,4	3,7	2,5	3,4	3,6	3,2
São Luís	0,0	2,9	2,8	1,6	2,7	1,8	4,6	2,3
Teresina	4,8	2,0	2,2	2,9	1,6	0,0	0,9	2,0
Fortaleza	2,2	1,7	1,2	0,7	1,9	0,6	2,6	1,5
Natal	5,6	2,8	4,4	1,9	4,0	3,4	0,0	3,5
João Pessoa	3,9	1,6	1,4	0,0	7,7	0,0	4,8	2,8
Recife	1,3	2,1	3,7	1,3	2,4	0,6	2,2	1,9
Maceió	7,0	5,5	6,1	4,5	2,3	3,2	0,8	4,2
Aracaju	2,4	10,9	10,8	2,0	4,3	3,8	1,8	5,2
Salvador	8,5	7,0	9,6	7,6	6,7	8,8	5,4	7,8
Capitais do Nordeste	3,8	3,6	4,5	2,7	3,3	2,6	2,9	3,4
Belo Horizonte	5,7	4,5	2,7	3,5	3,3	6,1	2,8	4,0
Vitória	15,5	9,3	10,5	5,7	8,7	2,0	4,2	9,1
Rio de Janeiro	1,5	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5	1,6	2,2
São Paulo	9,1	7,1	7,7	5,7	5,3	5,7	4,7	6,7
Capitais do Sudeste	6,7	5,6	5,9	4,5	4,4	4,9	3,9	5,3
Curitiba	16,5	14,7	11,5	12,6	10,2	7,8	12,4	12,3
Florianópolis	22,1	20,8	25,4	27,0	23,7	18,5	14,4	22,0
Porto Alegre	28,0	25,2	24,4	20,9	18,0	16,0	12,6	21,1
Capitais do Sul	24,0	21,8	20,8	19,1	16,3	13,9	12,7	18,7
Campo Grande	14,1	8,8	6,6	10,1	8,9	10,1	10,6	9,6
Cuiabá	6,7	5,6	2,6	2,1	5,6	0,9	5,6	4,0
Goiânia	6,1	7,5	6,2	5,5	4,9	6,6	14,3	6,1
Brasília	11,8	11,4	7,0	5,9	4,3	6,1	2,7	7,2
Capitais do Centro-Oeste	9,6	9,0	6,2	5,9	5,4	6,3	5,6	6,9
Brasil (Capitais)	9,5	8,3	8,3	6,8	6,2	6,4	5,7	7,5

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

¹ Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 5.6.
Casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos
da categoria de exposição UDI.
Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	1,46	1,15	0,00	0,53	0,27	0,26	0,54	0,60
Rio Branco	0,00	0,00	0,73	0,70	0,00	0,32	0,00	0,25
Manaus	0,28	0,20	0,26	0,19	0,36	0,71	0,36	0,34
Boa Vista	1,44	0,47	0,90	1,27	0,41	0,80	1,20	0,93
Belém	1,15	0,23	0,97	1,59	0,85	0,70	0,64	0,87
Macapá	0,34	0,33	0,63	0,00	0,28	0,00	0,29	0,27
Palmas	0,00	0,00	0,00	1,07	0,00	0,00	0,00	0,15
Capitais do Norte	0,70	0,29	0,55	0,77	0,46	0,56	0,47	0,54
São Luís	0,00	0,44	0,54	0,31	0,31	0,30	0,63	0,36
Teresina	0,55	0,27	0,27	0,39	0,25	0,00	0,13	0,26
Fortaleza	0,32	0,27	0,22	0,13	0,29	0,08	0,25	0,22
Natal	0,69	0,27	0,54	0,13	0,26	0,13	0,00	0,29
João Pessoa	0,49	0,16	0,16	0,00	0,76	0,00	0,44	0,29
Recife	0,28	0,55	0,89	0,34	0,60	0,13	0,33	0,44
Maceió	0,98	0,72	0,94	0,57	0,33	0,43	0,11	0,58
Aracaju	0,21	1,05	1,46	0,20	0,60	0,40	0,19	0,59
Salvador	0,93	0,87	1,21	0,95	0,64	0,85	0,38	0,83
Capitais do Nordeste	0,53	0,53	0,71	0,42	0,46	0,33	0,30	0,47
Belo Horizonte	0,93	0,88	0,65	0,72	0,55	0,79	0,41	0,70
Vitória	5,74	3,34	2,64	1,62	1,92	0,32	0,32	2,27
Rio de Janeiro	0,46	0,69	0,64	0,66	0,51	0,42	0,15	0,50
São Paulo	3,25	2,49	2,66	1,61	1,45	1,39	0,96	1,97
Capitais do Sudeste	2,14	1,75	1,79	1,21	1,06	1,00	0,63	1,37
Curitiba	5,68	4,99	4,25	4,00	2,90	2,29	2,23	3,76
Florianópolis	15,61	12,48	18,15	13,70	11,34	10,82	5,29	12,48
Porto Alegre	23,45	22,99	21,95	16,66	11,62	11,87	9,01	16,79
Capitais do Sul	14,02	13,13	12,93	10,14	7,31	7,04	5,23	9,97
Campo Grande	2,94	2,60	1,84	2,72	1,73	2,09	1,66	2,23
Cuiabá	1,62	1,60	0,79	0,76	1,50	0,18	0,76	1,03
Goiânia	1,53	1,77	1,40	1,27	1,08	1,23	0,08	1,19
Brasília	1,72	1,96	1,69	1,01	0,69	0,80	0,24	1,16
Capitais do Centro-Oeste	1,85	1,97	1,54	1,31	1,04	1,04	0,46	1,32
Brasil (Capitais)	2,53	2,25	2,28	1,71	1,35	1,28	0,89	1,75

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

¹ Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Gráfico 5.7.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

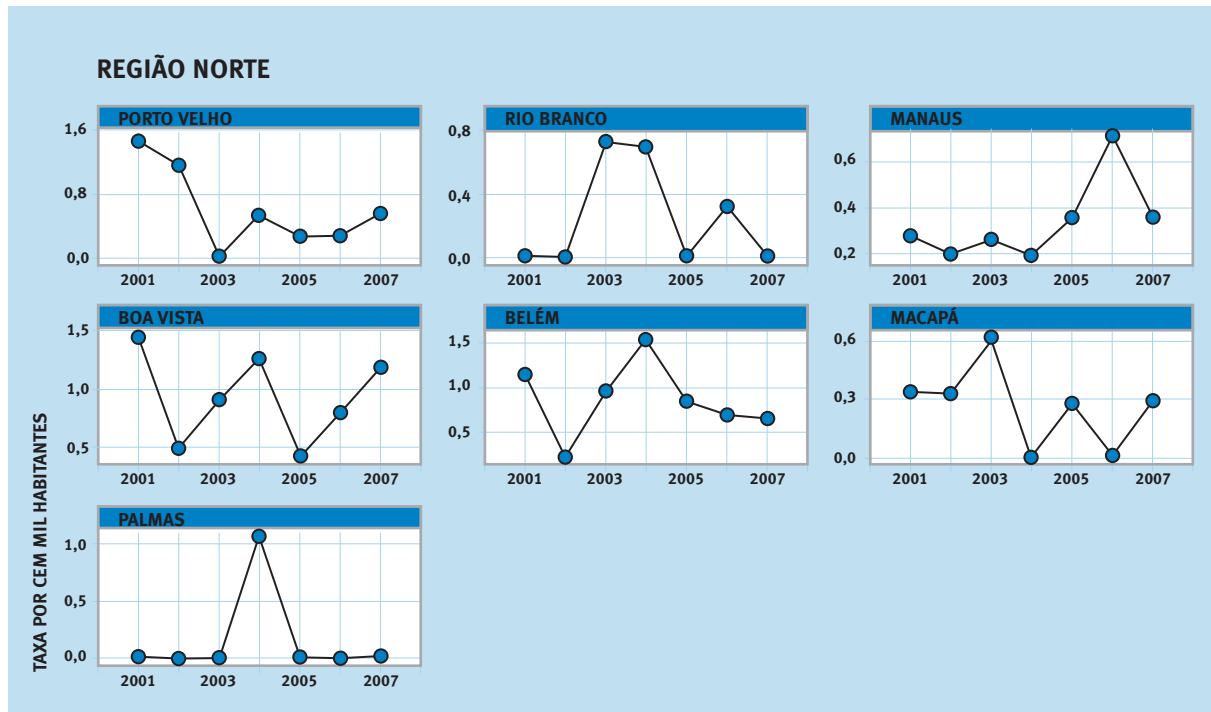


Gráfico 5.8.

Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.



Gráfico 5.9.
Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Capitais da Região Sudeste, 2001 a 2007.

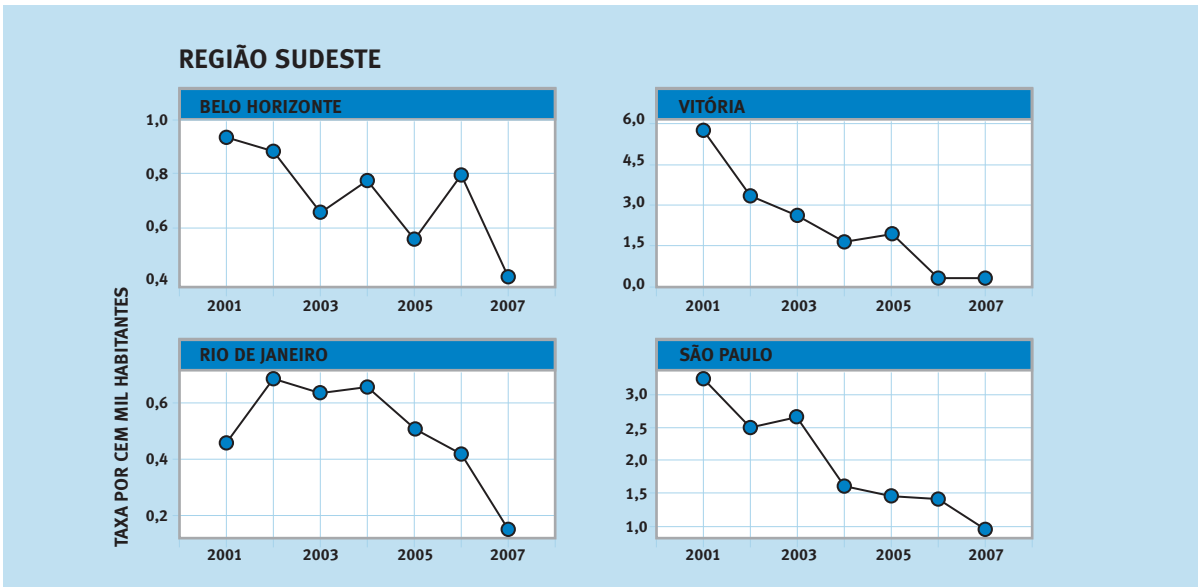


Gráfico 5.10.
Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

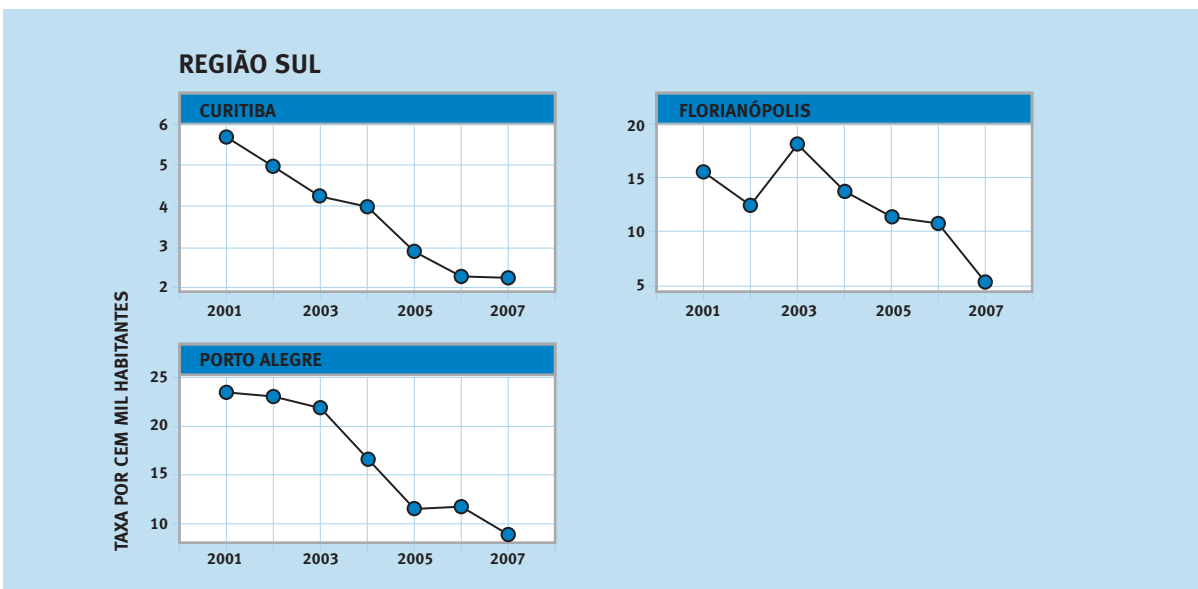
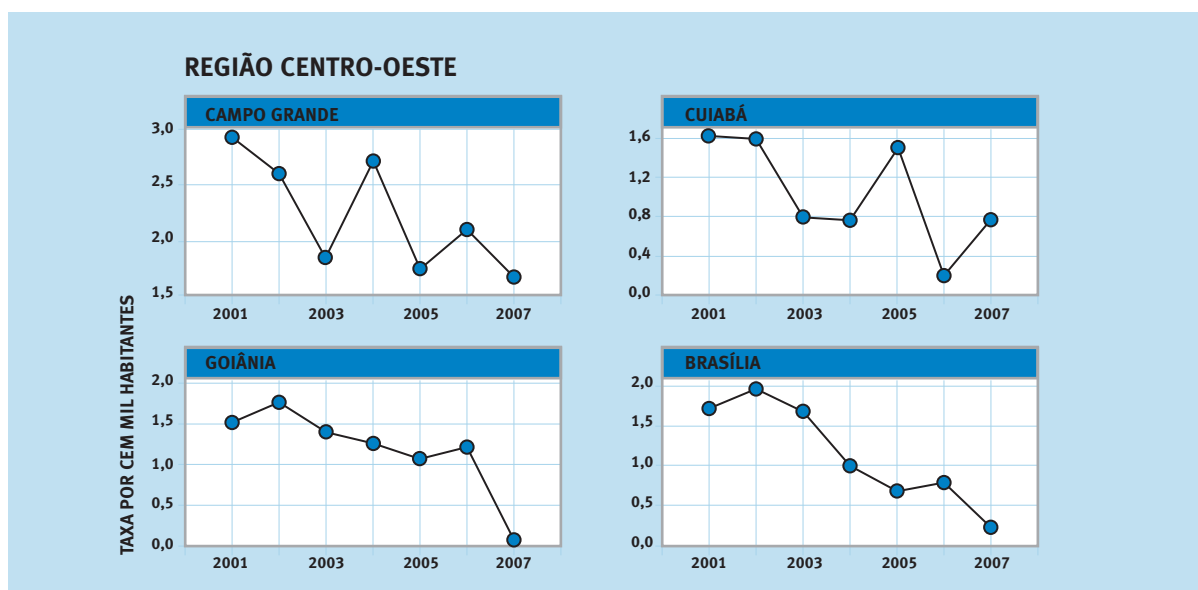


Gráfico 5.11.
Evolução dos casos de aids por 100.000 habitantes em indivíduos da categoria de exposição UDI. Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



As distribuições de casos de aids associados ao uso de drogas por faixa etária e por gênero são apresentadas nas Tabelas 5.7 e 5.8. As faixas etárias com maiores números de casos são as que compreendem as idades entre 25 e 49 anos, seguidas da faixa de 20 a 24 anos. Essas faixas reunidas respondem por quase 90% dos casos. Aparentemente, com o passar do tempo, está ocorrendo uma migração dos casos de aids observados, das faixas etárias mais jovens (menor que 34 anos) para as mais avançadas (maior que 34 anos). A análise de tendência mostra queda em todas as faixas etárias compreendidas até 49 anos, ou seja, de 13 a 19 anos ($p=0,002$), de 20 a 24 anos ($p<0,001$), de 25 a 29 anos ($p<0,001$), de 30 a 34 anos ($p<0,001$), de 35 a 39 anos ($p<0,001$), de 40 a 49 anos ($p=0,016$) e ausência de tendência para as faixas etárias de 50 anos ou mais, sendo de 50 a 59 anos ($p=0,605$) e de 60 anos ou mais ($p=0,222$).

Quanto ao gênero, 80% dos casos são de indivíduos do sexo masculino. Aparentemente não houve mudanças importantes, ao longo dos anos, na distribuição do número de casos de aids, verificados segundo o gênero.

Tabela 5.7.

Casos de aids por faixa etária, em indivíduos da categoria de exposição UDI. Brasil, 2001 a 2007¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
13 a 19 anos	56	1,8	55	1,9	44	1,6	45	2,1	19	1,1	25	1,6	16	1,6	260	1,7
20 a 24 anos	300	9,7	232	8,0	219	8,2	182	8,4	120	6,9	97	6,4	53	5,1	1.203	7,9
25 a 29 anos	619	20,0	545	18,9	489	18,1	373	17,1	281	16,0	205	13,6	150	14,5	2.662	17,6
30 a 34 anos	869	28,0	768	26,6	667	24,7	516	23,6	398	22,7	335	22,2	210	20,4	3.763	24,8
35 a 39 anos	677	21,8	680	23,5	631	23,4	493	22,6	418	23,8	347	23,0	245	23,8	3.491	23,0
40 a 49 anos	509	16,4	539	18,6	564	20,9	505	23,1	440	25,1	416	27,5	293	28,4	3.266	21,6
50 a 59 anos	60	2,0	60	2,1	76	2,8	53	2,4	69	3,9	78	5,2	60	5,8	456	3,0
60 anos ou mais	10	0,3	12	0,4	7	0,3	16	0,7	8	0,5	7	0,5	4	0,4	64	0,4
Total	3.100	100	2.891	100	2.697	100	2.183	100	1.753	100	1.510	100	1.031	100	15.165	100

Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

1 Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Tabela 5.8.

Casos de aids por gênero, em indivíduos da categoria de exposição UDI. Brasil, 2001 a 2007¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	2.481	80,0	2.307	79,8	2.153	79,8	1.745	79,9	1.411	80,5	1.230	81,5	849	82,3	12.176	80,3
Feminino	619	20,0	584	20,2	544	20,2	438	20,1	342	19,5	280	18,5	182	17,7	2.989	19,7
Total	3.100	100	2.891	100	2.697	100	2.183	100	1.753	100	1.510	100	1.031	100	15.165	100

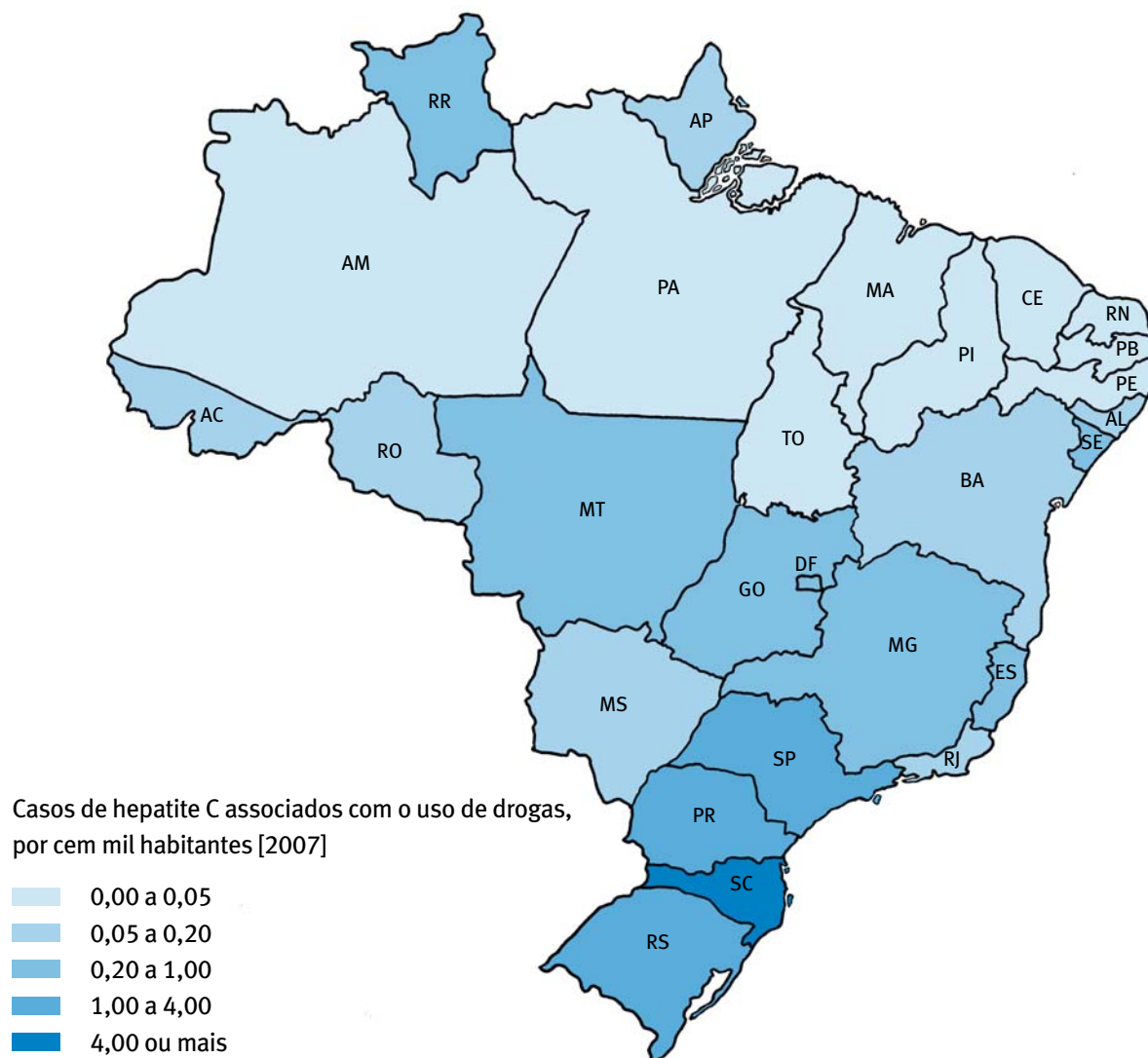
Fonte: MS/SVS/D-DST/AIDS.

1 Casos notificados até 30/06/2008; dados preliminares para os últimos 5 anos.

Conclusões

1. Destaca-se que, no período avaliado, houve redução gradual do número de casos no país, sendo: 3.100 casos em 2001, 2.891 em 2002, 2.697 em 2003, 2.183 em 2004, 1.753 em 2005, 1.510 em 2006 e 1.031 em 2007.
2. As Regiões Sudeste e Sul apresentaram, no período, a maior parte dos casos detectados pelo sistema de notificação. Todas as regiões mostram queda no número de casos ao longo do período considerado; entretanto, nas Regiões Sul, Norte e Nordeste, essa queda foi menos acentuada que a observada na Região Sudeste. Desta forma, ao longo do tempo houve aumento da participação dessas regiões no total de casos observados no país. A Região Centro-Oeste não apresentou variação importante na participação.
3. Os programas de Redução de Danos dirigidos aos usuários de drogas injetáveis foram criados em grande número no Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde, e integraram outras ações de atenção à epidemia de aids, ações que têm tido seu sucesso corroborado no Brasil e no exterior. As ações de Redução de Danos para a aids, iniciadas a partir de 1992, não foram seguidas pelo aumento do consumo de drogas injetáveis ou da contaminação com o HIV e outras doenças de contágio por via venosa como era a preocupação daqueles que, então, já se posicionavam contra a estratégia de Redução de Danos. Ao contrário, há evidências da diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio. Os dados discutidos no presente texto novamente corroboram a eficiência das estratégias de Redução de Danos.
4. A comparação de casos de diferentes categorias de exposição mostra que houve aumento da razão “outras categorias/UDI” no período analisado. Em 2001 para cada caso de aids notificado em UDI, eram notificados 6,7 casos em outras categorias de exposição. Em 2007, para cada caso de aids notificado em UDI, eram notificados 14,0 casos em outras categorias de exposição. Este fato demonstra a menor participação da categoria UDI entre todas as categorias de exposição.
5. No período analisado, aumentou o número de casos notificados em indivíduos com idades mais avançadas, sendo a maior concentração entre aqueles de 25 a 49 anos. Estes dados não significam necessariamente que a infecção esteja sendo adquirida por indivíduos nessa faixa etária. A notificação dos casos de aids costuma ocorrer quando os pacientes apresentam sintomas clínicos e procuram tratamento. Nesta situação, a aquisição da infecção pode ter ocorrido muito tempo antes, já que o período de latência da infecção pelo HIV costuma durar muitos anos. Assim sendo, casos notificados entre terceira e quinta décadas de vida podem ter sido adquiridos durante a adolescência e a juventude. Além disso, os dados mostram que, com o passar do tempo, diminui a participação dos casos de aids entre os mais jovens e aumenta entre os mais velhos. Tal mudança corrobora a hipótese de um contágio no passado, além de sugerir que os jovens podem estar se expondo menos ao contágio pelo uso de drogas injetáveis. A grande maioria dos casos de aids em usuários de drogas injetáveis (80%) ocorreu em indivíduos do sexo masculino.

Infecção por hepatites virais decorrentes do uso de drogas



Os dados considerados neste capítulo referem-se aos casos de hepatites B e C, notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) no período de 2001 a 2007, para os quais o uso de drogas foi indicado como provável fonte de infecção.

As Tabelas 6.1 e 6.2 apresentam, respectivamente, os totais de casos de hepatites B e C, cuja infecção provável ocorreu pelo uso de drogas. Pode-se observar na Tabela 6.1 que, entre os anos de 2001 e 2005 no Brasil, aparentemente, houve um aumento gradual do número de casos de hepatite do tipo B detectados (11 em 2001; 94 em 2002; 182 em 2003; 247 em 2004; 293 em 2005). Em 2006 nota-se uma pequena queda no número de casos confirmados (243 casos), com novo aumento em 2007 (254 casos).

O mesmo aumento anual foi observado até o ano de 2005 para os casos de infecção pelo vírus da hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção, porém com maior número de casos detectados: 149 casos em 2001; 637 em 2002; 1.386 em 2003; 2.284 em 2004; 2.666 em 2005; 2.587 em 2006 e 2.039 em 2007 (Tabela 6.2).

O número de casos detectados de hepatite C é bem maior do que o número de casos de hepatite B em todos os anos, chegando a ser maior do que 10 vezes nos anos de 2001 e 2006. Isso pode ser explicado porque a transmissão de hepatite C se dá de forma parenteral. Sendo assim, está mais associada à utilização partilhada de instrumentos como os usados no consumo de drogas como seringas, canudos e cachimbos, além de tornar-se crônica com maior frequência, enquanto que a hepatite B está mais associada à transmissão via sexual.

No período observado, nos estados do Piauí e da Paraíba, não foi detectado nenhum caso de hepatite B tendo como provável fonte de infecção o uso de drogas.

As Tabelas 6.3 e 6.4 mostram as porcentagens de casos associados ao uso de drogas sobre o total de casos de hepatite B e C, respectivamente. Considerando-se todos os casos confirmados de infecção pelo vírus da hepatite do tipo B, em 2001, as proporções de casos, cuja provável fonte de infecção foi o uso de drogas, eram baixas e parecidas em todas as regiões brasileiras, o que pode ser efeito de subnotificação e da característica da infecção pelo vírus B, que é transmitido sexualmente, constituindo a via sexual como a principal via de transmissão (Tabela 6.3). A partir de 2002, houve aumento dessas proporções, especialmente nas Regiões Sudeste e Sul. Além disso, Sudeste e Sul são, nessa ordem, as regiões com as maiores proporções de casos confirmados de infecção pelo vírus da hepatite B em decorrência do uso de drogas. Em termos gerais, o estado de São Paulo é o que apresenta as maiores proporções; cerca de 5% a partir de 2002. Chama a atenção o valor apresentado pelo Rio Grande do Norte em 2003 (14,3%). Essa proporção corresponde a 1 caso em 7, sendo que na verdade houve acentuada queda no número total de casos de hepatite B nesse estado.

Para a hepatite C, o estado de Santa Catarina é o que apresenta a maior porcentagem global (23,4%), chegando a ser mais de 30% no ano de 2007, seguido dos estados de São Paulo (20,4%), Espírito Santo (14,9%), Rio Grande do Sul (11,8%) e Minas Gerais (11,3%).

Tabela 6.1.

Casos de hepatite B com o uso de drogas como provável fonte de infecção. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	4	0,3
Acre	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	2	0,1
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Roraima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,1
Pará	0	0,0	0	0,0	1	0,6	2	0,8	1	0,3	0	0,0	0	0,0	4	0,3
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	2	0,8	4	0,3
Tocantins	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,8	1	0,4	4	0,3
Região Norte	1	9,1	0	0,0	3	1,7	2	0,8	5	1,7	3	1,2	6	2,4	20	1,5
Maranhão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,1
Piauí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ceará	0	0,0	0	0,0	2	1,1	1	0,4	4	1,4	1	0,4	4	1,5	12	0,9
Rio Grande do Norte	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	3	0,2
Paraíba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pernambuco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Alagoas	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,4	1	0,3	1	0,4	0	0,0	4	0,3
Sergipe	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	0	0,0	2	0,8	5	0,4
Bahia	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	0,8	2	0,7	4	1,7	3	1,2	12	0,9
Região Nordeste	0	0,0	2	2,1	4	2,2	4	1,6	13	4,5	6	2,5	10	3,9	39	2,9
Minas Gerais	0	0,0	5	5,3	0	0,0	7	2,8	10	3,4	13	5,3	7	2,7	42	3,2
Espírito Santo	0	0,0	1	1,1	1	0,5	5	2,0	6	2,1	8	3,3	20	7,9	41	3,1
Rio de Janeiro	1	9,1	3	3,2	9	5,0	10	4,1	13	4,4	6	2,5	6	2,4	48	3,6
São Paulo	6	54,5	54	57,4	102	56,0	132	53,5	163	55,6	145	59,7	144	56,7	746	56,3
Região Sudeste	7	63,6	63	67,0	112	61,5	154	62,4	192	65,5	172	70,8	177	69,7	877	66,2
Paraná	0	0,0	0	0,0	10	5,5	8	3,2	9	3,1	14	5,8	7	2,7	48	3,6
Santa Catarina	1	9,1	15	16,0	8	4,4	14	5,7	28	9,5	14	5,8	22	8,7	102	7,7
Rio Grande do Sul	2	18,2	11	11,7	32	17,6	58	23,5	41	14,0	28	11,5	27	10,6	199	15,1
Região Sul	3	27,3	26	27,7	50	27,5	80	32,4	78	26,6	56	23,1	56	22,0	349	26,4
Mato Grosso do Sul	0	0,0	0	0,0	2	1,1	2	0,8	1	0,4	2	0,8	2	0,8	9	0,7
Mato Grosso	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	2	0,7	2	0,8	1	0,4	7	0,5
Goiás	0	0,0	2	2,1	8	4,4	3	1,2	1	0,3	2	0,8	2	0,8	18	1,4
Distrito Federal	0	0,0	1	1,1	1	0,5	1	0,4	1	0,3	0	0,0	0	0,0	4	0,3
Região Centro-Oeste	0	0,0	3	3,2	13	7,1	6	2,4	5	1,7	6	2,4	5	2,0	38	2,9
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Brasil	11	100	94	100	182	100	247	100	293	100	243	100	254	100	1.324	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.2.

Casos de hepatite C com o uso de drogas como provável fonte de infecção. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1	5	0,2	6	0,2	1	0,0	14	0,1
Acre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,1	1	0,1	1	0,0	5	0,1
Amazonas	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Roraima	0	0,0	1	0,2	1	0,1	0	0,0	1	0,0	1	0,0	1	0,1	5	0,1
Pará	0	0,0	1	0,2	2	0,1	1	0,0	2	0,1	2	0,1	2	0,1	10	0,1
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0
Tocantins	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Região Norte	0	0,0	3	0,5	5	0,4	4	0,2	11	0,4	10	0,4	6	0,3	39	0,4
Maranhão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	4	0,2	0	0,0	7	0,1
Piauí	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Ceará	0	0,0	0	0,0	2	0,2	3	0,2	12	0,5	9	0,3	2	0,1	28	0,2
Rio Grande do Norte	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0	7	0,3	2	0,1	1	0,0	12	0,1
Paraíba	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,1	5	0,2	0	0,0	8	0,1
Pernambuco	0	0,0	1	0,1	4	0,3	3	0,1	1	0,0	1	0,0	1	0,1	11	0,1
Alagoas	0	0,0	1	0,1	2	0,1	3	0,1	2	0,1	1	0,0	4	0,2	13	0,1
Sergipe	0	0,0	1	0,2	2	0,1	7	0,3	3	0,1	4	0,2	6	0,3	23	0,2
Bahia	0	0,0	1	0,2	3	0,2	14	0,6	29	1,1	23	0,9	17	0,8	87	0,7
Região Nordeste	0	0,0	4	0,6	16	1,2	33	1,4	58	2,2	49	1,9	31	1,5	191	1,6
Minas Gerais	3	2,0	16	2,5	31	2,2	75	3,3	99	3,7	89	3,4	72	3,5	385	3,3
Espírito Santo	1	0,7	12	1,9	23	1,7	46	2,0	47	1,8	41	1,6	29	1,4	199	1,7
Rio de Janeiro	0	0,0	5	0,8	42	3,0	53	2,3	39	1,4	43	1,7	23	1,1	205	1,7
São Paulo	82	55,0	360	56,5	780	56,3	1.356	59,4	1.604	60,2	1.545	59,7	1.241	60,9	6.968	59,3
Região Sudeste	86	57,7	393	61,7	876	63,2	1.530	67,0	1.789	67,1	1.718	66,4	1.365	66,9	7.757	66,0
Paraná	3	2,0	1	0,1	50	3,6	83	3,6	92	3,4	101	3,9	103	5,1	433	3,7
Santa Catarina	13	8,7	80	12,6	117	8,4	218	9,6	285	10,7	272	10,5	240	11,8	1.225	10,4
Rio Grande do Sul	46	30,9	91	14,3	248	17,9	366	16,0	364	13,7	385	14,9	264	12,9	1.764	15,0
Região Sul	62	41,6	172	27,0	415	29,9	667	29,2	741	27,8	758	29,3	607	29,8	3.422	29,1
Mato Grosso do Sul	1	0,7	1	0,2	14	1,0	11	0,5	26	1,0	10	0,4	4	0,2	67	0,6
Mato Grosso	0	0,0	0	0,0	5	0,4	1	0,1	2	0,1	2	0,1	6	0,3	16	0,1
Goiás	0	0,0	44	6,9	39	2,8	23	1,0	28	1,0	23	0,9	13	0,6	170	1,4
Distrito Federal	0	0,0	20	3,1	14	1,0	14	0,6	10	0,4	17	0,6	6	0,3	81	0,7
Região Centro-Oeste	1	0,7	65	10,2	72	5,2	49	2,2	66	2,5	52	2,0	29	1,4	334	2,8
Ignorado	0	0,0	0	0,0	2	0,1	1	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,1	5	0,1
Brasil	149	100	637	100	1.386	100	2.284	100	2.666	100	2.587	100	2.039	100	11.748	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.3.

Porcentagem de casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção em relação ao número total de casos de hepatite B. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2
Acre	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1
Roraima	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,3
Pará	0,0	0,0	0,7	1,3	0,5	0,0	0,0	0,4
Amapá	-	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	5,9	1,3
Tocantins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,1	0,9	0,4
Região Norte	0,1	0,0	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2
Maranhão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,1
Piauí	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ceará	0,0	0,0	1,6	0,7	1,1	0,4	3,4	1,0
Rio Grande do Norte	0,0	0,0	14,3	0,0	4,4	0,0	0,0	1,5
Paraíba	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pernambuco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,1
Alagoas	0,0	0,0	0,8	0,4	0,5	0,7	0,0	0,4
Sergipe	0,0	4,4	0,0	0,0	1,9	0,0	1,2	1,0
Bahia	0,0	0,3	0,0	0,5	0,4	1,0	1,2	0,5
Região Nordeste	0,0	0,2	0,3	0,2	0,6	0,4	0,9	0,4
Minas Gerais	0,0	1,6	0,0	1,1	1,0	1,0	1,4	0,9
Espírito Santo	0,0	0,4	0,2	0,8	0,8	1,3	3,7	1,2
Rio de Janeiro	0,1	0,3	0,4	0,5	0,9	0,4	1,1	0,5
São Paulo	1,3	5,5	5,6	4,6	5,0	4,4	5,1	4,8
Região Sudeste	0,3	2,5	2,3	2,4	3,0	2,6	4,0	2,6
Paraná	0,0	0,0	0,7	0,6	0,6	0,9	0,5	0,5
Santa Catarina	0,1	1,5	0,7	1,2	2,0	1,0	1,9	1,2
Rio Grande do Sul	0,2	1,4	2,9	4,7	2,7	2,1	2,5	2,5
Região Sul	0,1	1,0	1,4	2,1	1,7	1,3	1,6	1,4
Mato Grosso do Sul	0,0	0,0	0,8	0,7	0,3	0,6	0,8	0,5
Mato Grosso	0,0	0,0	1,0	0,0	0,5	0,4	0,3	0,3
Goiás	0,0	0,5	1,7	0,6	0,1	0,3	0,5	0,5
Distrito Federal	0,0	1,4	0,6	0,7	0,5	0,0	0,0	0,4
Região Centro-Oeste	0,0	0,3	1,2	0,5	0,3	0,4	0,5	0,5
Brasil	0,1	1,1	1,5	1,7	1,8	1,5	2,2	1,5

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.4.

Porcentagem de casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção em relação ao número total de casos de hepatite C. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	0,0	0,0	1,8	1,0	5,4	5,2	1,2	2,5
Acre	0,0	0,0	0,0	1,1	1,4	0,8	1,5	0,6
Amazonas	0,0	0,7	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,4
Roraima	0,0	2,2	12,5	0,0	3,7	3,6	12,5	3,7
Pará	0,0	4,4	3,0	1,4	2,1	1,6	2,5	2,1
Amapá	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,9	0,7
Tocantins	0,0	0,0	3,2	0,0	2,1	0,0	0,0	0,8
Região Norte	0,0	0,8	1,2	0,9	2,4	2,1	1,8	1,4
Maranhão	0,0	0,0	0,0	3,6	0,7	2,5	0,0	1,3
Piauí	0,0	0,0	7,1	0,0	8,3	0,0	0,0	2,8
Ceará	0,0	0,0	5,9	5,0	6,7	4,3	4,8	4,2
Rio Grande do Norte	0,0	0,0	12,5	5,0	11,3	3,2	1,6	5,3
Paraíba	0,0	0,0	4,2	0,0	4,0	8,3	0,0	3,3
Pernambuco	0,0	1,1	2,5	1,1	0,3	0,4	0,7	0,8
Alagoas	0,0	2,6	3,8	2,7	2,1	1,7	12,5	3,1
Sergipe	0,0	9,1	3,7	14,3	5,9	5,5	12,0	7,9
Bahia	0,0	1,0	1,4	6,0	8,9	6,9	8,0	5,8
Região Nordeste	0,0	0,9	2,5	3,8	4,5	4,1	5,0	3,6
Minas Gerais	3,1	8,7	10,1	13,0	10,9	10,5	15,2	11,3
Espírito Santo	2,0	19,1	10,9	12,5	18,3	15,7	22,7	14,9
Rio de Janeiro	0,0	0,6	3,6	3,9	3,3	3,2	4,6	2,7
São Paulo	13,4	20,6	22,7	19,9	20,7	19,7	20,9	20,4
Região Sudeste	4,4	13,6	17,1	16,8	17,7	16,6	19,4	16,6
Paraná	1,3	0,5	8,3	9,3	10,9	10,7	15,2	9,8
Santa Catarina	4,1	20,8	24,1	22,6	23,8	24,8	30,7	23,4
Rio Grande do Sul	2,8	5,3	13,0	14,3	13,4	13,6	16,2	11,8
Região Sul	2,8	7,5	13,9	15,1	15,5	15,6	19,7	13,9
Mato Grosso do Sul	0,9	0,6	7,4	4,6	7,3	3,7	2,1	4,4
Mato Grosso	0,0	0,0	8,8	1,5	2,1	2,3	7,1	3,6
Goiás	0,0	14,3	14,0	8,6	11,1	10,4	6,8	9,8
Distrito Federal	0,0	19,6	14,9	13,5	3,3	10,0	4,6	8,0
Região Centro-Oeste	0,2	10,8	11,6	7,2	6,5	6,9	4,9	7,1
Brasil	2,9	9,6	14,2	14,7	15,1	14,7	17,4	14,0

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Realizou-se, ainda, a avaliação de tendência no tempo dos casos de infecção pelos vírus das hepatites B e C entre usuários de drogas no período de 2001 a 2007, levando-se em consideração as projeções feitas pelo IBGE do tamanho populacional (Tabelas 6.5 e 6.6 e Gráficos 6.1 a 6.12). Essas tabelas e gráficos mostram o número de casos detectados por 100.000 habitantes. Observou-se que a taxa de detecção da hepatite B é baixa em todo o período avaliado, em todos os estados (Gráficos 6.1 a 6.6). Para a hepatite C, houve aumento das taxas nas Regiões Sudeste e Sul, onde se concentram as maiores taxas (Tabela 6.6). Na primeira, o estado de São Paulo é o que apresenta as maiores taxas. Na Região Sul, por sua vez, as maiores taxas são apresentadas pelo estado de Santa Catarina, seguido por Rio Grande do Sul e Paraná. Já na Região Centro-Oeste, as taxas mostram-se estáveis a partir de 2002, após aumento do ano de 2001 para 2002, apresentando queda no final do período. Nas Regiões Norte e Nordeste, as taxas de infecção pelo vírus da hepatite C associada ao uso de drogas são as mais baixas do país. Essas informações podem ser visualizadas também no mapa da página inicial deste capítulo, que mostra informações similares correspondentes ao ano de 2007, que é o registro mais recente, considerado neste relatório. Nesse ano, sobressaem-se com maiores taxas, os estados de Roraima na Região Norte, Sergipe na Região Nordeste, São Paulo e Espírito Santo na Região Sudeste, bem como todos os estados da Região Sul. Na Região Centro-Oeste somente o estado do Mato Grosso apresenta taxa menor do que 0,2. Os estados que apresentam taxa de 1 ou mais são, em ordem crescente: Paraná, Rio Grande do Sul, São Paulo e Santa Catarina.

Na avaliação de tendência no tempo, o Brasil como um todo ($p=0,014$) e os estados de Tocantins ($p=0,032$), Bahia ($p=0,033$), Espírito Santo ($p=0,010$) e São Paulo ($p=0,008$) apresentam tendência de crescimento de casos de hepatite B cuja provável fonte de infecção seja o uso de drogas, enquanto que não apresentam tendência os estados de Rondônia ($p=0,490$), Acre ($p=0,900$), Amazonas ($p=0,661$), Roraima ($p=0,363$), Pará ($p=0,892$), Amapá ($p=0,127$), Maranhão ($p=0,144$), Ceará ($p=0,101$), Rio Grande do Norte ($p=0,807$), Pernambuco ($p=0,661$), Alagoas ($p=0,530$), Sergipe ($p=0,268$), Minas Gerais ($p=0,051$), Rio de Janeiro ($p=0,311$), Paraná ($p=0,070$), Santa Catarina ($p=0,088$), Rio Grande do Sul ($p=0,255$), Mato Grosso do Sul ($p=0,070$), Mato Grosso ($p=0,228$), Goiás ($p=0,919$) e Distrito Federal ($p=0,445$).

Para a hepatite C cuja provável fonte de infecção seja o uso de drogas, o Brasil ($p=0,017$) também apresenta tendência de crescimento, bem como os estados da Bahia ($p=0,028$), Minas Gerais ($p=0,014$), São Paulo ($p=0,013$), Paraná ($p=0,002$), Santa Catarina ($p=0,006$) e Rio Grande do Sul ($p=0,044$). Não apresentam tendência os estado de Rondônia ($p=0,151$), Acre ($p=0,074$), Amazonas ($p=0,490$), Roraima ($p=0,395$), Pará ($p=0,081$), Amapá ($p=0,144$), Tocantins ($p>0,999$), Maranhão ($p=0,287$), Piauí ($p>0,999$), Ceará ($p=0,216$), Rio Grande do Norte ($p=0,357$), Paraíba ($p=0,304$), Pernambuco ($p=0,930$), Alagoas ($p=0,099$), Sergipe ($p=0,055$), Espírito Santo ($p=0,067$), Rio de Janeiro ($p=0,224$), Mato Grosso do Sul ($p=0,472$), Mato Grosso ($p=0,164$), Goiás ($p=0,808$) e Distrito Federal ($p=0,971$).

Tabela 6.5.

Casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,14	0,04
Acre	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,05
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00
Roraima	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,04
Pará	0,00	0,00	0,02	0,03	0,01	0,00	0,00	0,01
Amapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,34	0,00	0,34	0,10
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,15	0,08	0,04
Região Norte	0,01	0,00	0,02	0,01	0,03	0,02	0,04	0,02
Maranhão	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00
Piauí	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ceará	0,00	0,00	0,03	0,01	0,05	0,01	0,05	0,02
Rio Grande do Norte	0,00	0,00	0,03	0,00	0,07	0,00	0,00	0,01
Paraíba	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pernambuco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Alagoas	0,00	0,00	0,03	0,03	0,03	0,03	0,00	0,02
Sergipe	0,00	0,05	0,00	0,00	0,10	0,00	0,10	0,04
Bahia	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,03	0,02	0,01
Região Nordeste	0,00	0,00	0,01	0,01	0,03	0,01	0,02	0,01
Minas Gerais	0,00	0,03	0,00	0,04	0,05	0,07	0,04	0,03
Espírito Santo	0,00	0,03	0,03	0,15	0,18	0,23	0,60	0,17
Rio de Janeiro	0,01	0,02	0,06	0,07	0,08	0,04	0,04	0,03
São Paulo	0,02	0,14	0,26	0,33	0,40	0,35	0,36	0,27
Região Sudeste	0,01	0,08	0,15	0,20	0,24	0,22	0,23	0,16
Paraná	0,00	0,00	0,10	0,08	0,09	0,13	0,07	0,07
Santa Catarina	0,02	0,27	0,14	0,24	0,48	0,23	0,38	0,25
Rio Grande do Sul	0,02	0,11	0,30	0,54	0,38	0,26	0,26	0,27
Região Sul	0,01	0,10	0,19	0,30	0,29	0,21	0,21	0,19
Mato Grosso do Sul	0,00	0,00	0,09	0,09	0,04	0,09	0,09	0,06
Mato Grosso	0,00	0,00	0,08	0,00	0,07	0,07	0,04	0,04
Goiás	0,00	0,04	0,15	0,05	0,02	0,03	0,04	0,05
Distrito Federal	0,00	0,05	0,05	0,04	0,04	0,00	0,00	0,03
Região Centro-Oeste	0,00	0,02	0,11	0,05	0,04	0,05	0,04	0,04
Brasil	0,01	0,05	0,10	0,14	0,16	0,13	0,14	0,10

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Gráfico 6.1.
Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.

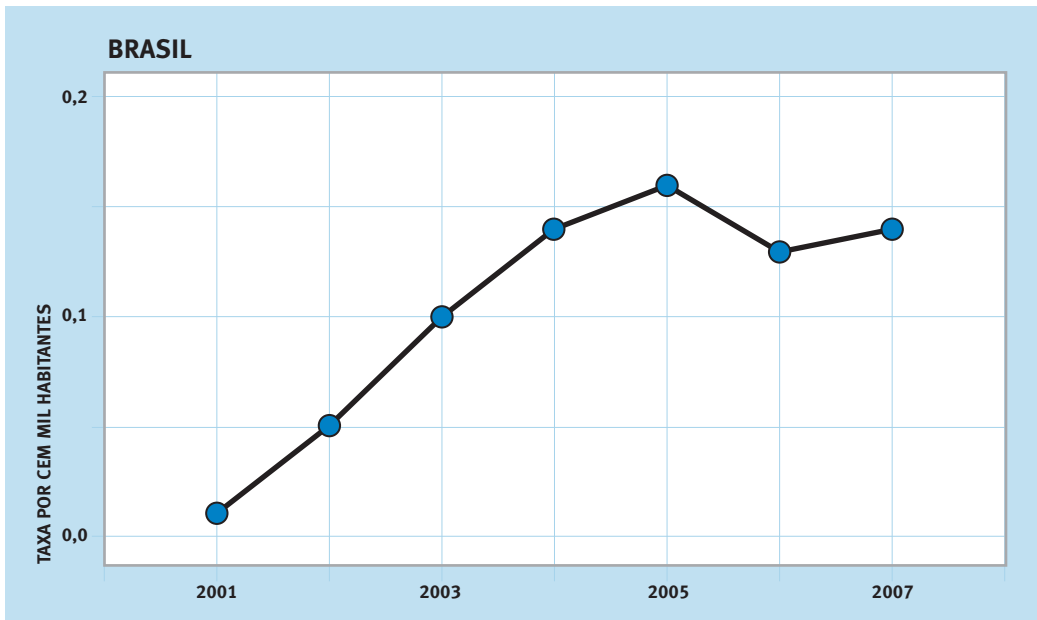


Gráfico 6.2.
Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

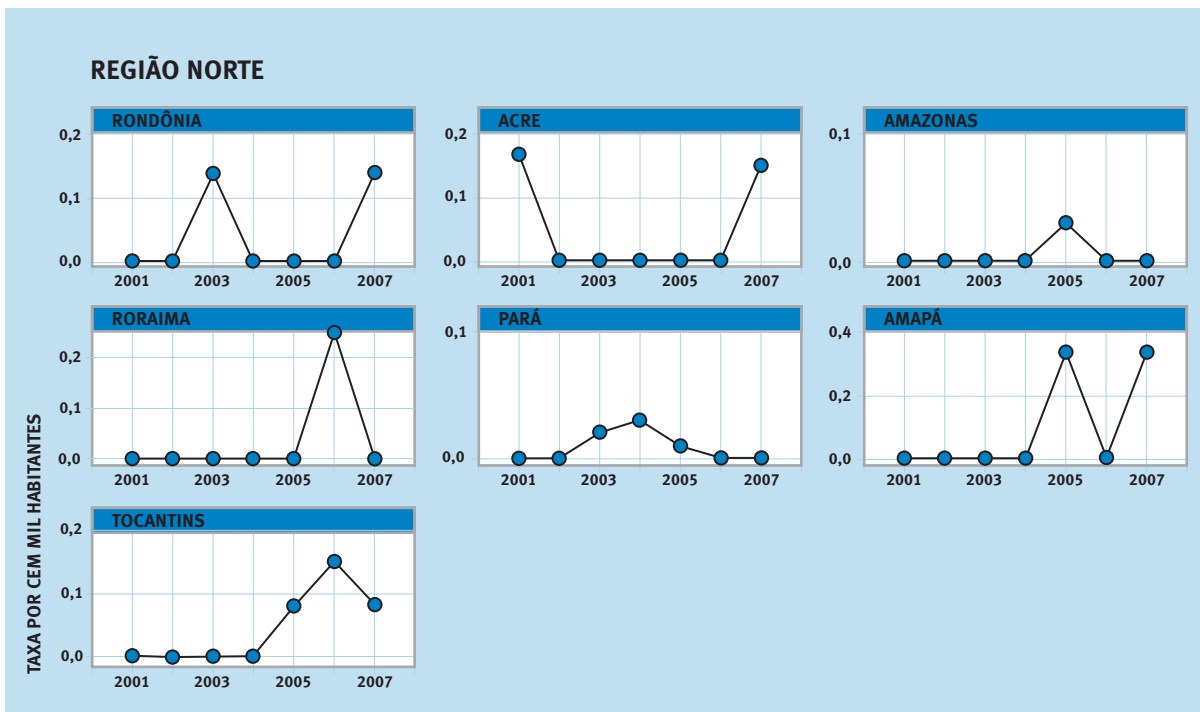


Gráfico 6.3.

Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

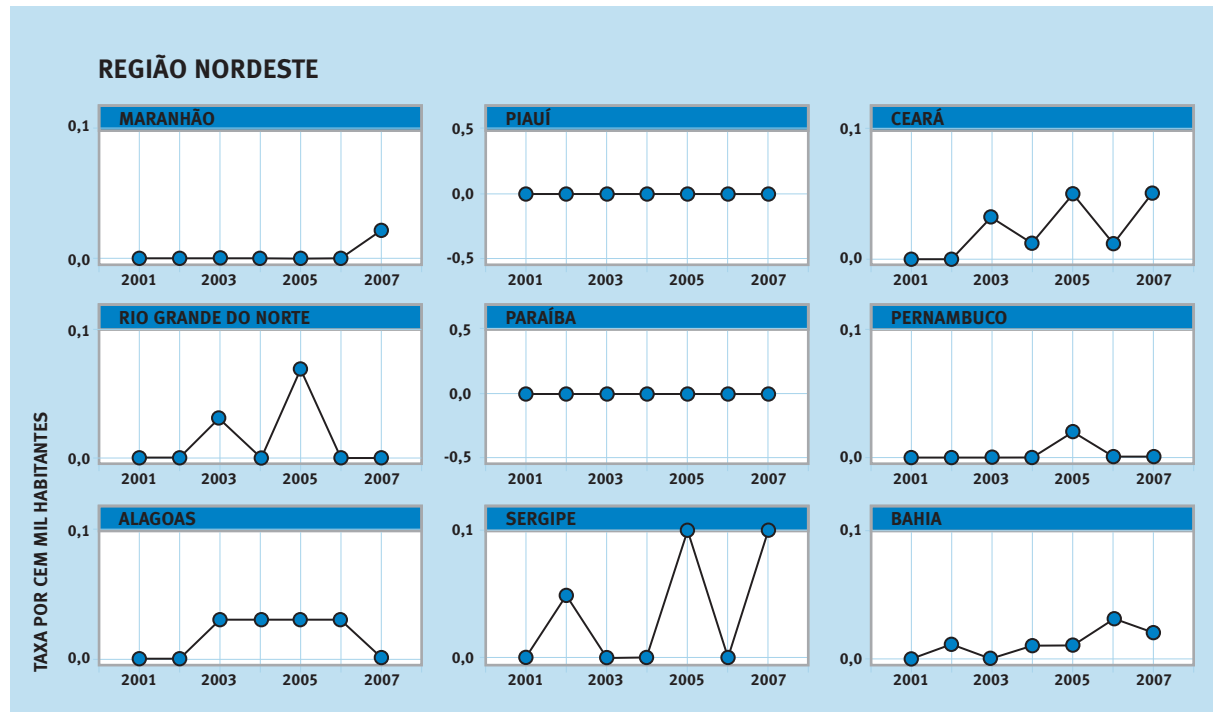


Gráfico 6.4.

Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

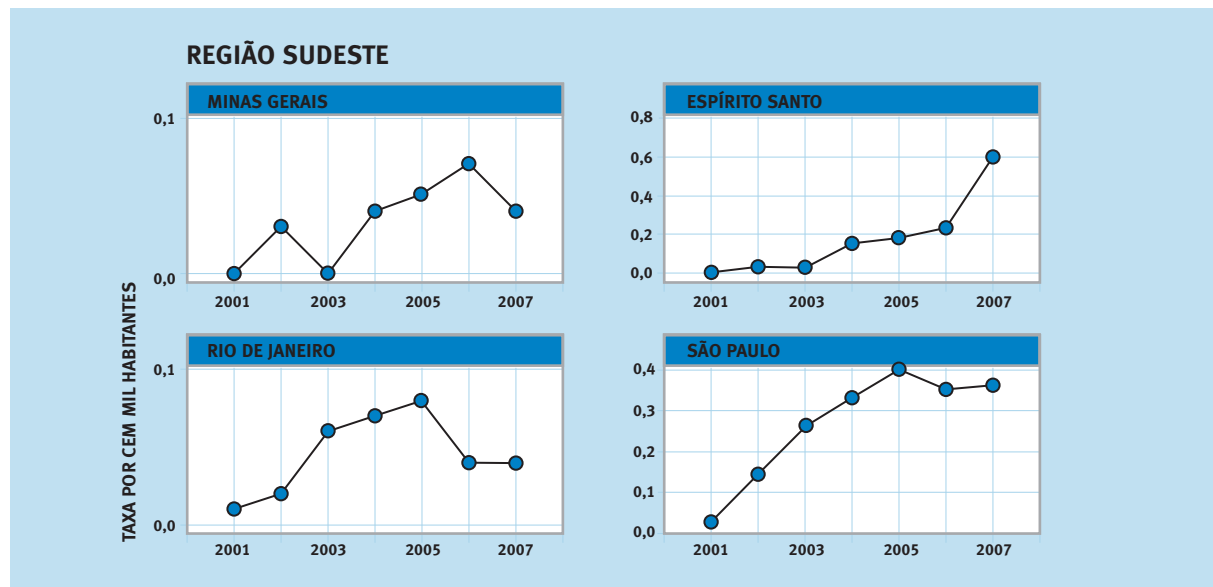


Gráfico 6.5.
Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

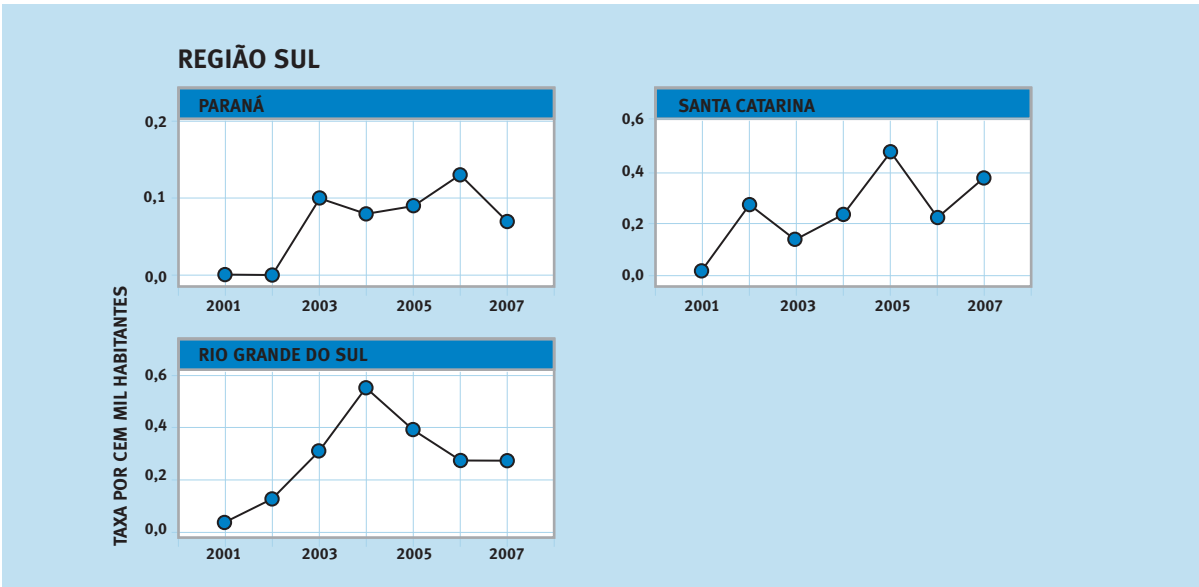


Gráfico 6.6.
Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.

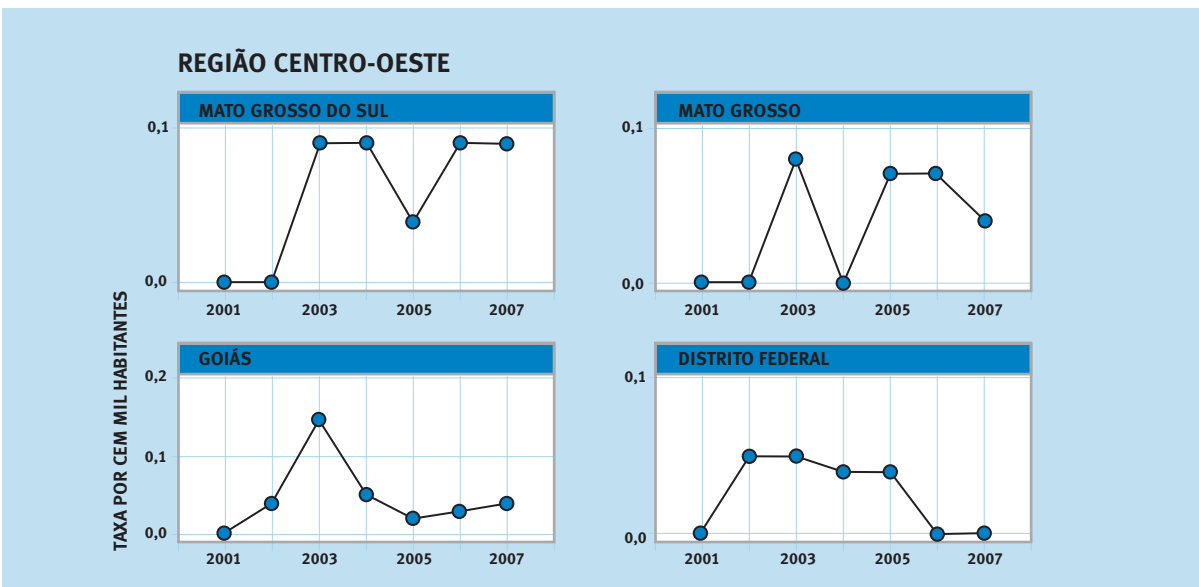


Tabela 6.6.
Casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	0,00	0,00	0,07	0,06	0,33	0,38	0,07	0,13
Acre	0,00	0,00	0,00	0,16	0,30	0,15	0,15	0,11
Amazonas	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,01
Roraima	0,00	0,29	0,28	0,00	0,26	0,25	0,25	0,19
Pará	0,00	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03	0,03	0,02
Amapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,02
Tocantins	0,00	0,00	0,08	0,00	0,08	0,00	0,00	0,02
Região Norte	0,00	0,02	0,04	0,03	0,07	0,07	0,04	0,04
Maranhão	0,00	0,00	0,00	0,03	0,02	0,06	0,00	0,02
Piauí	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,01
Ceará	0,00	0,00	0,03	0,04	0,15	0,11	0,02	0,05
Rio Grande do Norte	0,00	0,00	0,03	0,03	0,23	0,07	0,03	0,06
Paraíba	0,00	0,00	0,03	0,00	0,06	0,14	0,00	0,03
Pernambuco	0,00	0,01	0,05	0,04	0,01	0,01	0,01	0,02
Alagoas	0,00	0,03	0,07	0,10	0,07	0,03	0,13	0,06
Sergipe	0,00	0,05	0,11	0,36	0,15	0,20	0,31	0,17
Bahia	0,00	0,01	0,02	0,10	0,21	0,16	0,12	0,09
Região Nordeste	0,00	0,01	0,03	0,07	0,11	0,09	0,06	0,05
Minas Gerais	0,02	0,09	0,17	0,39	0,51	0,46	0,37	0,29
Espírito Santo	0,03	0,37	0,71	1,37	1,38	1,18	0,87	0,84
Rio de Janeiro	0,00	0,03	0,28	0,35	0,25	0,28	0,15	0,19
São Paulo	0,22	0,94	2,02	3,40	3,97	3,76	3,12	2,49
Região Sudeste	0,12	0,53	1,16	1,98	2,28	2,16	1,75	1,43
Paraná	0,03	0,01	0,50	0,82	0,90	0,97	1,00	0,60
Santa Catarina	0,24	1,45	2,09	3,78	4,86	4,57	4,09	3,01
Rio Grande do Sul	0,45	0,87	2,36	3,41	3,36	3,51	2,49	2,35
Região Sul	0,24	0,67	1,59	2,50	2,75	2,78	2,27	1,83
Mato Grosso do Sul	0,05	0,05	0,65	0,49	1,15	0,44	0,18	0,43
Mato Grosso	0,00	0,00	0,19	0,04	0,07	0,07	0,21	0,08
Goiás	0,00	0,84	0,73	0,42	0,50	0,40	0,23	0,45
Distrito Federal	0,00	0,93	0,64	0,61	0,43	0,71	0,24	0,51
Região Centro-Oeste	0,01	0,54	0,58	0,38	0,51	0,39	0,22	0,38
Brasil	0,09	0,36	0,78	1,26	1,45	1,39	1,11	0,92

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Gráfico 6.7.
Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.

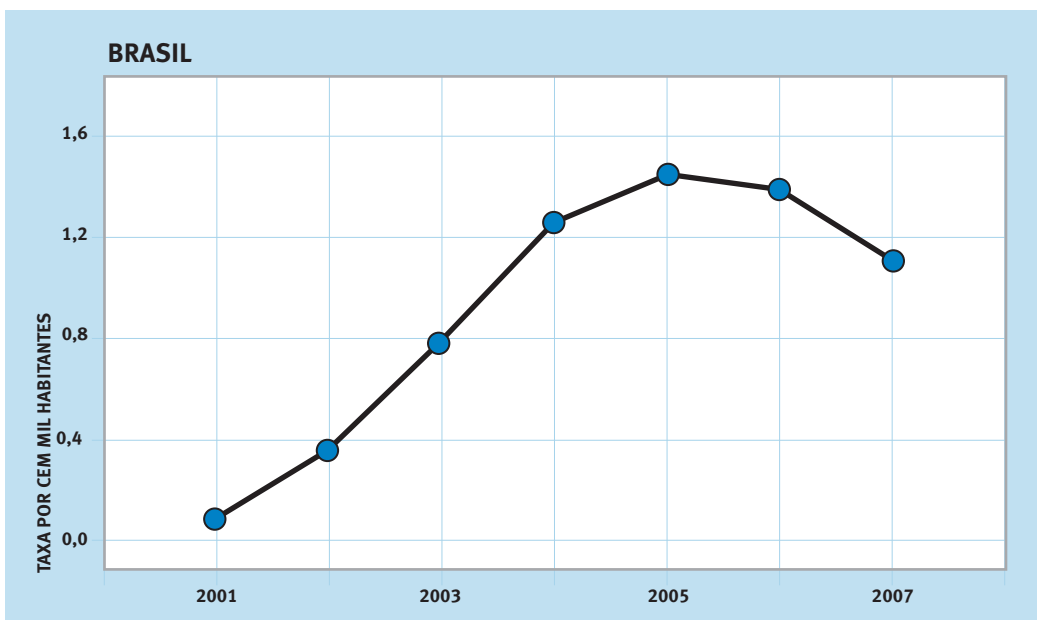


Gráfico 6.8.
Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

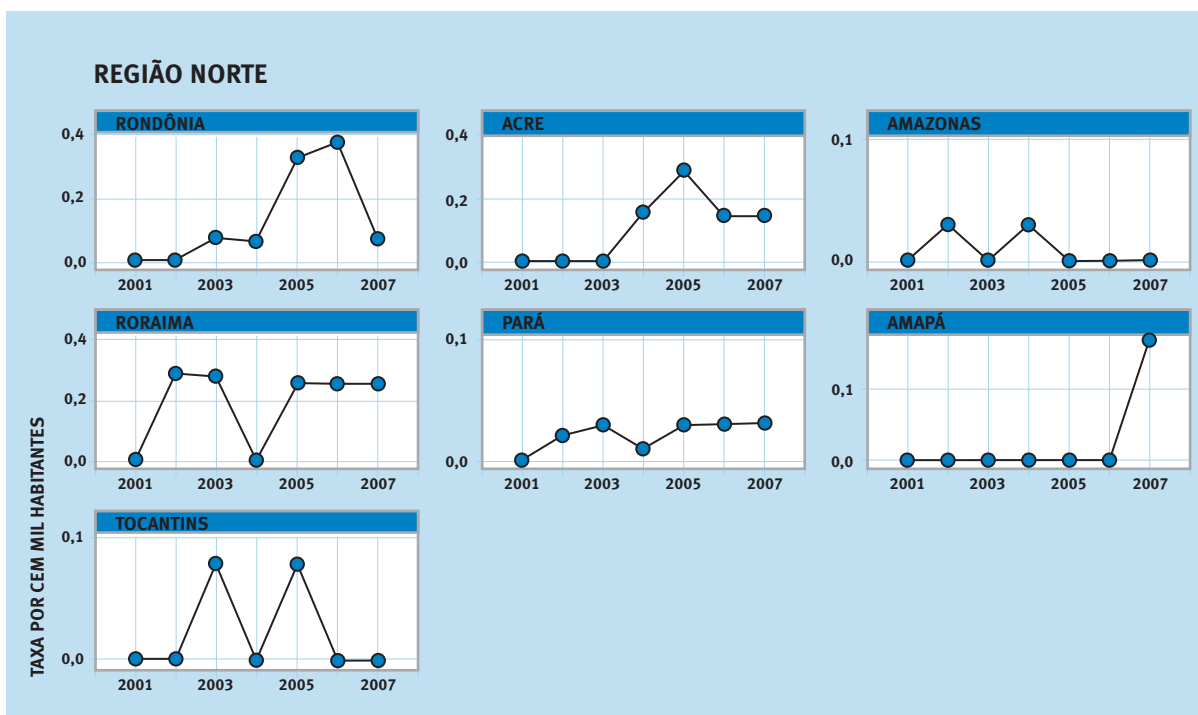


Gráfico 6.9.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

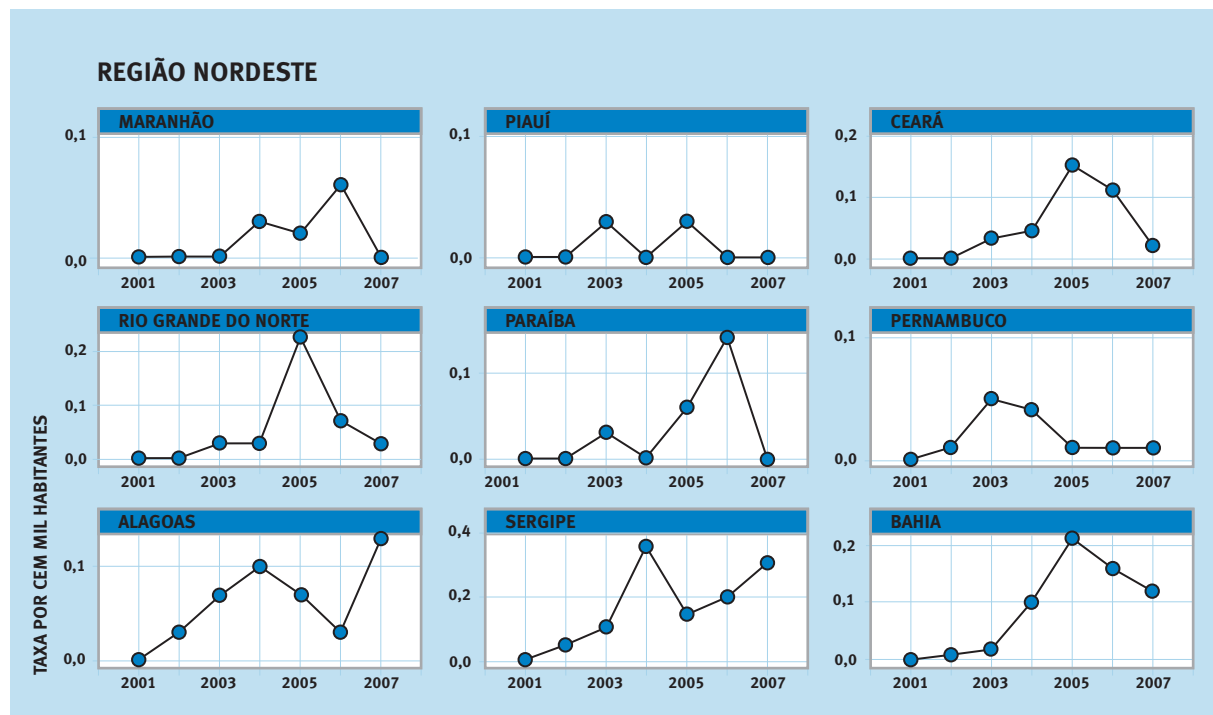


Gráfico 6.10.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

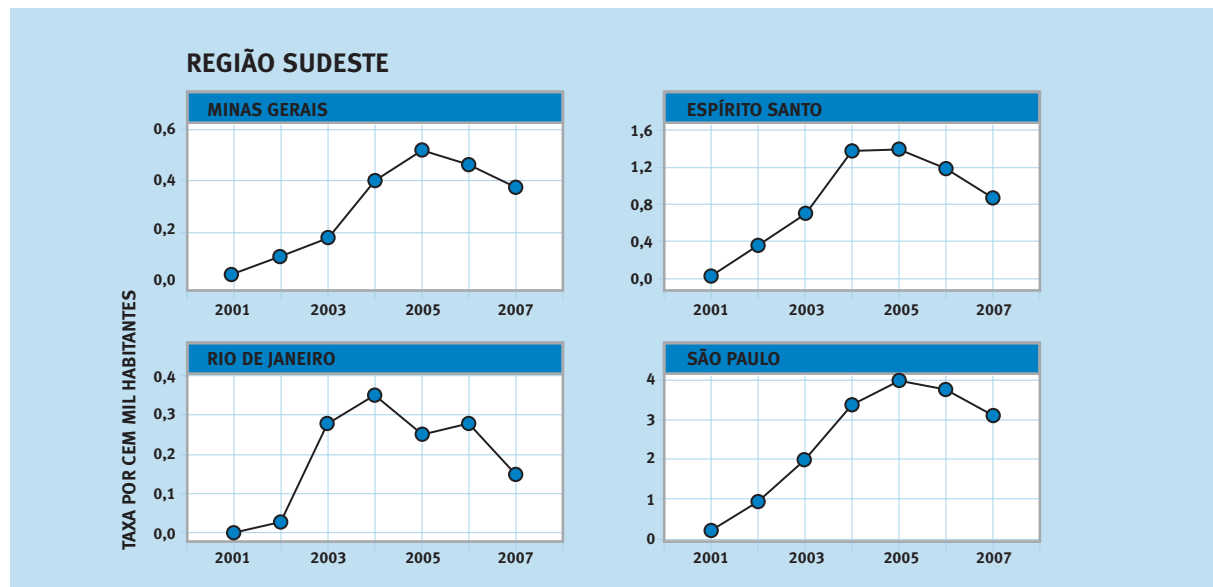


Gráfico 6.11.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

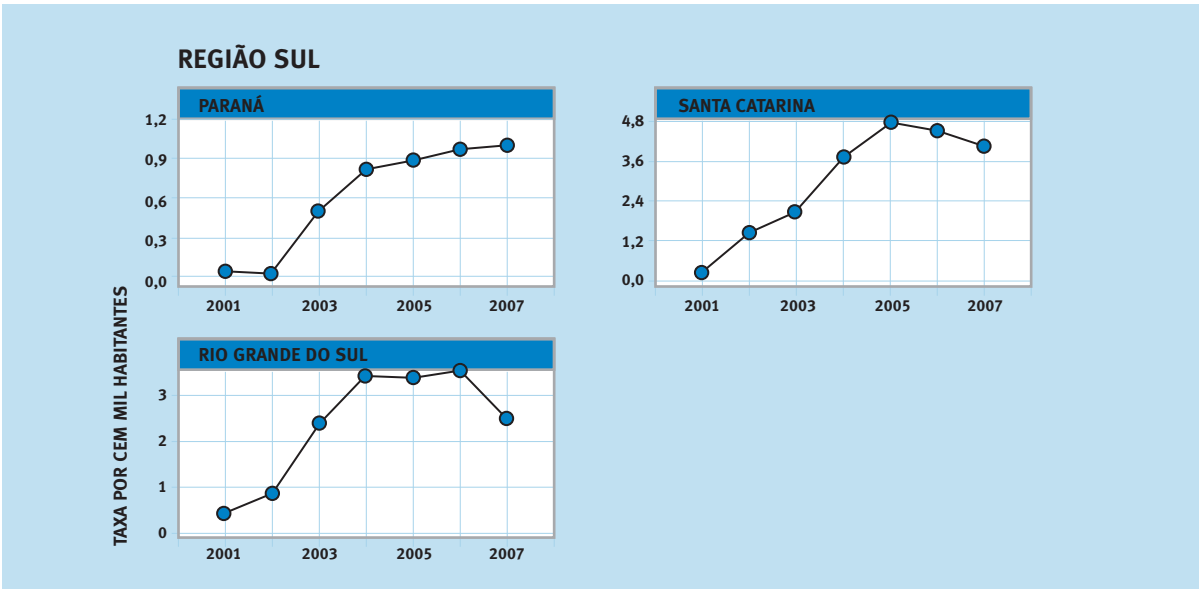
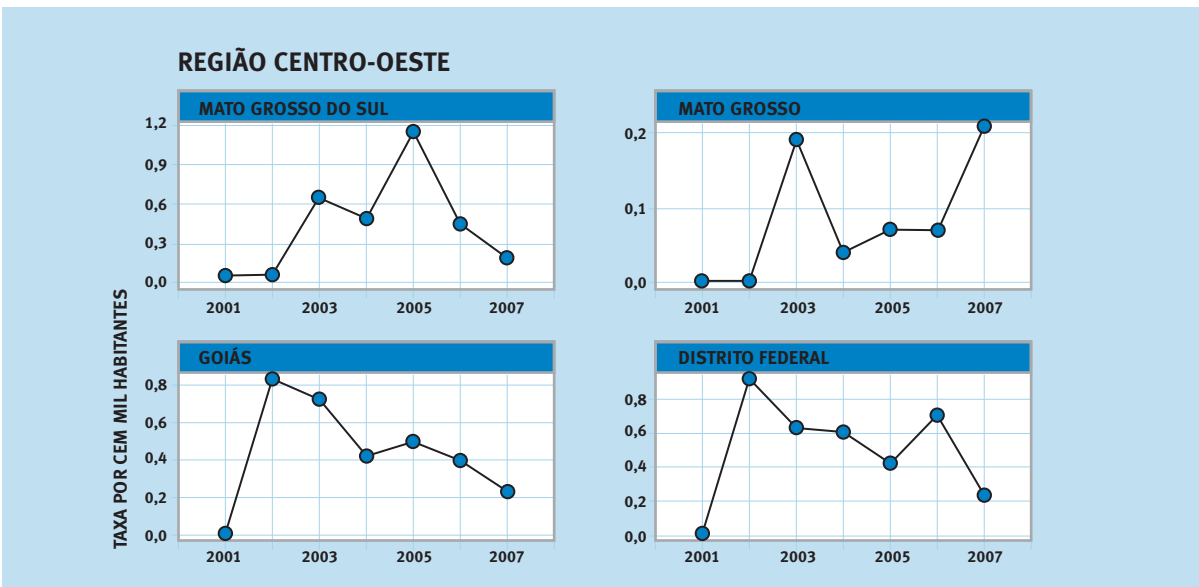


Gráfico 6.12.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



A mesma análise feita por unidades da federação também foi considerada para as capitais de residência. As Tabelas 6.7 e 6.8 mostram o número de casos e a respectiva distribuição; as Tabelas 6.9 e 6.10, a porcentagem de casos associados ao uso de drogas sobre o número total de casos de hepatites; e as Tabelas 6.11 e 6.12 a taxa por 100.000 habitantes, de hepatite B e C, respectivamente. A evolução das taxas por 100.000 habitantes no tempo pode ser vista nos Gráficos 6.13 a 6.22.

Na avaliação de tendência no tempo, dos casos de infecção pelo vírus da hepatite B entre usuários de drogas nas capitais, levando-se em consideração as projeções feitas pelo IBGE do tamanho populacional, observou-se que as cidades com as maiores taxas foram Porto Alegre, Goiânia e São Paulo, respectivamente, no início do período avaliado, tendo sido ultrapassadas por Vitória e Florianópolis no período mais recente. Porto Alegre apresentou aumento progressivo entre os anos de 2001 e 2004, com diminuição gradual nos anos subsequentes. São Paulo, por sua vez, apresentou aumento gradual entre 2001 e 2007 (Tabela 6.11). A análise do período como um todo aponta tendência de crescimento da taxa de hepatite B provavelmente associada ao uso de drogas nas cidades de Fortaleza ($p=0,033$), Salvador ($p=0,033$), Vitória ($p=0,004$), São Paulo ($p<0,001$), Curitiba ($p=0,033$) e Florianópolis ($p=0,022$). As cidades de Belém ($p>0,999$), Macapá ($p=0,255$), Palmas ($p=0,363$), Natal ($p=0,834$), Recife ($p=0,661$), Maceió ($p=0,769$), Aracaju ($p=0,800$), Belo Horizonte ($p>0,999$), Rio de Janeiro ($p=0,723$), Porto Alegre ($p=0,607$), Campo Grande ($p=0,070$), Goiânia ($p=0,384$) e Brasília ($p=0,445$) não apresentam tendência. Nas cidades de Porto Velho, Rio Branco, Manaus, Boa Vista, São Luís, Teresina, João Pessoa e Cuiabá, não foram detectados casos de hepatite B tendo o uso de drogas como provável fonte de infecção.

Ao se analisar o total de casos confirmados de hepatite C, para os quais o uso de drogas foi indicado como provável fonte de infecção, na sua relação com 100.000 habitantes, observou-se que houve um aumento considerável nas taxas de casos na soma das capitais da Região Sudeste, até 2007; e na Região Sul, até 2006. As capitais que apresentam o maior número de notificações de casos de hepatite C são: Porto Alegre, Florianópolis, Vitória e São Paulo (Tabela 6.12). Ainda com relação a essas taxas, tomando como referência o ano de 2007, as capitais da Região Sul e as cidades de São Paulo e Vitória são as que apresentam maiores taxas e estas, especialmente na Região Sul, são bem maiores do que as encontradas no restante dos respectivos estados. Isso também acontece nos estados do Pará, Ceará, Rio Grande do Norte, Espírito Santo e Mato Grosso, em que a taxa na capital é mais do que o dobro da taxa no correspondente estado (Tabelas 6.6 e 6.12).

A análise aponta tendência de crescimento das taxas de hepatite C provavelmente associada ao uso de drogas nas cidades de Salvador ($p=0,007$), São Paulo ($p<0,001$), Curitiba ($p=0,009$) e Florianópolis ($p=0,005$) e ausência de tendência em Porto Velho ($p=0,283$), Rio Branco ($p=0,392$), Manaus ($p=0,457$), Boa Vista ($p=0,406$), Belém ($p=0,291$), Macapá ($p=0,144$), Palmas ($p=0,661$), São Luís ($p=0,280$), Teresina ($p=0,661$), Fortaleza ($p=0,083$), Natal ($p=0,262$), João Pessoa ($p=0,308$), Recife ($p=0,890$), Maceió ($p=0,217$), Aracaju ($p=0,216$), Belo Horizonte ($p=0,680$), Vitória ($p=0,055$), Rio de Janeiro ($p=0,699$), Porto Alegre ($p=0,160$), Campo Grande ($p=0,632$), Cuiabá ($p=0,074$), Goiânia ($p=0,465$) e Brasília ($p=0,971$).

Tabela 6.7.

Casos de hepatite B com o uso de drogas como provável fonte de infecção. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rio Branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Manaus	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Boa Vista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Belém	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5
Macapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,8	0	0,0	1	1,1	3	0,8
Palmas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,7	0	0,0	2	0,5
Capitais do Norte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,6	2	2,8	2	2,7	1	1,1	7	1,8
São Luís	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Teresina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fortaleza	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,4	1	1,3	3	3,4	6	1,5
Natal	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	2	2,7	0	0,0	0	0,0	3	0,8
João Pessoa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Recife	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Maceió	0	0,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	0	0,0	1	1,4	0	0,0	2	0,5
Aracaju	0	0,0	1	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	2	0,5
Salvador	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,4	2	2,2	3	0,8
Capitais do Nordeste	0	0,0	1	5,9	3	5,1	0	0,0	4	5,5	3	4,1	6	6,7	17	4,3
Belo Horizonte	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	0	0,0	3	0,8
Vitória	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	2	2,8	3	4,1	6	6,7	13	3,3
Rio de Janeiro	0	0,0	2	11,8	8	13,5	5	6,4	2	2,8	3	4,1	3	3,3	23	5,9
São Paulo	1	33,3	7	41,2	25	42,4	23	29,5	32	44,4	39	52,7	55	61,1	182	46,3
Capitais do Sudeste	1	33,3	10	58,9	33	55,9	31	39,7	36	50,0	46	62,2	64	71,1	221	56,3
Curitiba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,5	3	4,2	7	9,4	3	3,3	15	3,8
Florianópolis	0	0,0	1	5,9	0	0,0	1	1,3	6	8,3	4	5,4	5	5,6	17	4,3
Porto Alegre	2	66,7	2	11,7	19	32,2	40	51,3	19	26,4	11	14,9	10	11,1	103	26,2
Capitais do Sul	2	66,7	3	17,6	19	32,2	43	55,1	28	38,9	22	29,7	18	20,0	135	34,3
Campo Grande	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0	1	1,3	1	1,1	3	0,8
Cuiabá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Goiânia	0	0,0	2	11,7	3	5,1	0	0,0	1	1,4	0	0,0	0	0,0	6	1,5
Brasília	0	0,0	1	5,9	1	1,7	1	1,3	1	1,4	0	0,0	0	0,0	4	1,0
Capitais do Centro-Oeste	0	0,0	3	17,6	4	6,8	2	2,6	2	2,8	1	1,3	1	1,1	13	3,3
Brasil (Capitais)	3	100	17	100	59	100	78	100	72	100	74	100	90	100	393	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.8.

Casos de hepatite C com o uso de drogas como provável fonte de infecção. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4	3	0,4	0	0,0	6	0,2
Rio Branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	2	0,3	1	0,1	0	0,0	4	0,1
Manaus	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1
Boa Vista	0	0,0	1	0,6	1	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,2	5	0,1
Belém	0	0,0	1	0,6	2	0,4	1	0,2	0	0,0	2	0,3	2	0,3	8	0,2
Macapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0
Palmas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Capitais do Norte	0	0,0	3	1,9	3	0,6	3	0,5	7	0,9	7	0,9	4	0,6	27	0,7
São Luís	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	3	0,4	0	0,0	4	0,1
Teresina	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Fortaleza	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,1	5	0,6	6	0,7	2	0,3	15	0,4
Natal	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	5	0,7	2	0,3	1	0,1	10	0,3
João Pessoa	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,3	5	0,6	0	0,0	8	0,2
Recife	0	0,0	0	0,0	3	0,6	2	0,3	0	0,0	1	0,1	0	0,0	6	0,2
Maceió	0	0,0	1	0,7	2	0,4	2	0,3	2	0,3	1	0,1	2	0,3	10	0,3
Aracaju	0	0,0	1	0,6	1	0,2	7	1,1	3	0,4	4	0,5	3	0,4	19	0,5
Salvador	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	4	0,5	5	0,7	11	0,3
Capitais do Nordeste	0	0,0	2	1,3	10	2,0	13	2,0	20	2,7	26	3,2	13	1,8	84	2,3
Belo Horizonte	3	5,9	2	1,3	6	1,2	21	3,3	11	1,5	12	1,5	1	0,1	56	1,6
Vitória	0	0,0	1	0,6	7	1,4	16	2,5	10	1,4	15	1,8	10	1,4	59	1,6
Rio de Janeiro	0	0,0	4	2,6	30	5,8	29	4,5	15	2,0	19	2,3	5	0,7	102	2,8
São Paulo	3	5,9	31	19,9	206	40,2	194	30,2	289	39,0	338	41,4	422	59,7	1.483	40,9
Capitais do Sudeste	6	11,8	38	24,4	249	48,6	260	40,5	325	43,9	384	47,0	438	61,9	1.700	46,9
Curitiba	0	0,0	0	0,0	11	2,1	30	4,7	49	6,6	52	6,4	37	5,2	179	4,9
Florianópolis	0	0,0	4	2,6	8	1,6	54	8,4	72	9,7	77	9,4	66	9,4	281	7,8
Porto Alegre	44	86,3	64	41,0	193	37,7	253	39,4	232	31,3	239	29,2	138	19,5	1.163	32,1
Capitais do Sul	44	86,3	68	43,6	212	41,4	337	52,5	353	47,6	368	45,0	241	34,1	1.623	44,8
Campo Grande	1	1,9	0	0,0	2	0,4	6	0,9	17	2,3	3	0,4	0	0,0	29	0,8
Cuiabá	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	2	0,3	1	0,1	4	0,6	9	0,3
Goiânia	0	0,0	25	16,0	20	3,9	9	1,4	7	0,9	11	1,3	1	0,1	73	2,0
Brasília	0	0,0	20	12,8	14	2,7	14	2,2	10	1,4	17	2,1	6	0,9	81	2,2
Capitais do Centro-Oeste	1	1,9	45	28,8	38	7,4	29	4,5	36	4,9	32	3,9	11	1,6	192	5,3
Brasil (Capitais)	51	100	156	100	512	100	642	100	741	100	817	100	707	100	3.626	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.9.

Porcentagem de casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção em relação ao número total de casos de hepatite B. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rio Branco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Manaus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Boa Vista	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Belém	-	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	1,4
Macapá	-	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	3,4	1,2
Palmas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,4	0,0	0,5
Capitais do Norte	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2
São Luís	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Teresina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fortaleza	0,0	0,0	1,8	0,0	0,5	0,8	5,7	1,0
Natal	0,0	0,0	25,0	0,0	13,3	0,0	0,0	4,1
João Pessoa	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Recife	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,2
Maceió	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,4	0,0	0,4
Aracaju	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,0
Salvador	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	6,3	1,6
Capitais do Nordeste	0,0	0,3	1,3	0,0	0,6	0,7	1,8	0,7
Belo Horizonte	0,0	2,9	0,0	0,9	0,0	0,6	0,0	0,5
Vitória	0,0	0,0	0,0	3,6	4,5	5,8	12,5	5,5
Rio de Janeiro	0,0	0,4	0,6	0,4	0,4	1,0	1,5	0,5
São Paulo	25,0	9,1	6,7	4,1	4,4	4,0	5,0	4,7
Capitais do Sudeste	0,2	1,5	1,9	1,7	2,5	3,1	4,4	2,4
Curitiba	0,0	0,0	0,0	1,2	1,5	3,5	2,1	1,6
Florianópolis	0,0	3,0	0,0	1,9	7,9	4,8	6,5	4,3
Porto Alegre	1,0	1,6	12,2	15,5	10,2	8,8	6,6	8,5
Capitais do Sul	0,7	1,5	6,0	9,1	6,0	5,4	4,8	5,3
Campo Grande	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,9	1,0	0,6
Cuiabá	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Goiânia	0,0	1,9	2,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,7
Brasília	0,0	1,4	0,6	0,7	0,5	0,0	0,0	0,4
Capitais do Centro-Oeste	0,0	1,2	1,1	0,5	0,4	0,2	0,3	0,5
Brasil (Capitais)	0,2	0,8	1,8	2,1	2,1	2,3	3,1	1,9

Fonte: MS/SVS/SINAN.

(1) Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.10.

Porcentagem de casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção em relação ao número total de casos de hepatite C. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,0	0,0	0,0	0,0	7,3	5,6	0,0	2,4
Rio Branco	0,0	0,0	0,0	1,4	1,8	1,0	0,0	0,6
Manaus	0,0	0,7	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,5
Boa Vista	-	2,8	20,0	0,0	7,1	4,5	12,5	5,0
Belém	-	9,1	6,1	3,2	0,0	10,5	11,1	5,3
Macapá	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	0,8
Palmas	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	1,3
Capitais do Norte	0,0	0,9	1,0	1,1	2,7	2,9	2,3	1,5
São Luís	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	3,0	0,0	1,4
Teresina	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,9
Fortaleza	0,0	0,0	5,9	2,6	5,1	4,2	8,7	3,5
Natal	-	0,0	50,0	10,0	20,0	18,2	3,4	12,5
João Pessoa	-	-	100,0	0,0	8,3	15,6	0,0	8,8
Recife	0,0	0,0	5,0	1,6	0,0	1,1	0,0	1,0
Maceió	0,0	3,0	5,9	2,6	3,2	2,3	9,1	3,4
Aracaju	0,0	12,5	2,3	16,3	8,8	8,3	12,5	9,4
Salvador	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	4,0	10,9	3,7
Capitais do Nordeste	0,0	0,9	4,8	3,7	3,5	4,6	5,7	3,7
Belo Horizonte	20,0	6,1	8,5	15,6	7,8	8,9	1,1	9,1
Vitória	0,0	14,3	15,6	20,0	18,5	33,3	38,5	22,6
Rio de Janeiro	0,0	0,6	4,7	4,2	2,5	3,6	3,1	2,4
São Paulo	60,0	21,5	24,9	14,5	17,7	16,5	20,9	18,5
Capitais do Sudeste	0,6	4,5	15,7	11,5	13,4	13,9	19,1	13,0
Curitiba	0,0	0,0	7,1	11,2	14,2	13,2	16,5	12,8
Florianópolis	0,0	12,1	13,1	26,2	31,6	33,0	40,0	29,0
Porto Alegre	3,8	5,8	18,6	19,2	19,1	18,8	24,7	15,2
Capitais do Sul	3,6	6,0	16,9	18,8	19,7	19,4	25,4	16,2
Campo Grande	1,5	0,0	2,4	5,6	9,4	2,0	0,0	3,6
Cuiabá	-	0,0	25,0	0,0	10,0	5,0	11,1	10,3
Goiânia	0,0	15,0	15,5	9,2	8,3	14,7	8,3	10,7
Brasília	0,0	19,6	14,9	13,5	3,3	10,0	4,6	8,0
Capitais do Centro-Oeste	0,4	12,5	12,1	9,3	6,1	7,7	3,8	7,5
Brasil (Capitais)	1,8	5,4	14,0	12,9	13,2	13,9	18,0	12,2

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.11.

Casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rio Branco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Manaus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Boa Vista	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Belém	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,02
Macapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00	0,29	0,12
Palmas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,91	0,00	0,13
Capitais do Norte	0,00	0,00	0,00	0,05	0,04	0,04	0,02	0,02
São Luís	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Teresina	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fortaleza	0,00	0,00	0,04	0,00	0,04	0,04	0,12	0,03
Natal	0,00	0,00	0,13	0,00	0,26	0,00	0,00	0,06
João Pessoa	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recife	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,01
Maceió	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	0,11	0,00	0,03
Aracaju	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,06
Salvador	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,07	0,02
Capitais do Nordeste	0,00	0,01	0,03	0,00	0,04	0,03	0,05	0,02
Belo Horizonte	0,00	0,04	0,00	0,04	0,00	0,04	0,00	0,02
Vitória	0,00	0,00	0,00	0,65	0,64	0,95	1,91	0,59
Rio de Janeiro	0,00	0,03	0,13	0,08	0,03	0,05	0,05	0,05
São Paulo	0,01	0,07	0,23	0,21	0,29	0,35	0,51	0,24
Capitais do Sudeste	0,01	0,05	0,17	0,16	0,18	0,23	0,32	0,16
Curitiba	0,00	0,00	0,00	0,12	0,17	0,39	0,17	0,12
Florianópolis	0,00	0,28	0,00	0,26	1,51	0,98	1,26	0,61
Porto Alegre	0,15	0,14	1,36	2,82	1,33	0,76	0,70	1,04
Capitais do Sul	0,06	0,09	0,55	1,22	0,78	0,61	0,50	0,54
Campo Grande	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,13	0,14	0,06
Cuiabá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Goiânia	0,00	0,18	0,26	0,00	0,08	0,00	0,00	0,07
Brasília	0,00	0,05	0,05	0,04	0,04	0,00	0,00	0,03
Capitais do Centro-Oeste	0,00	0,07	0,09	0,04	0,04	0,02	0,02	0,04
Brasil (Capitais)	0,01	0,04	0,14	0,18	0,16	0,17	0,20	0,13

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Gráfico 6.13.

Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

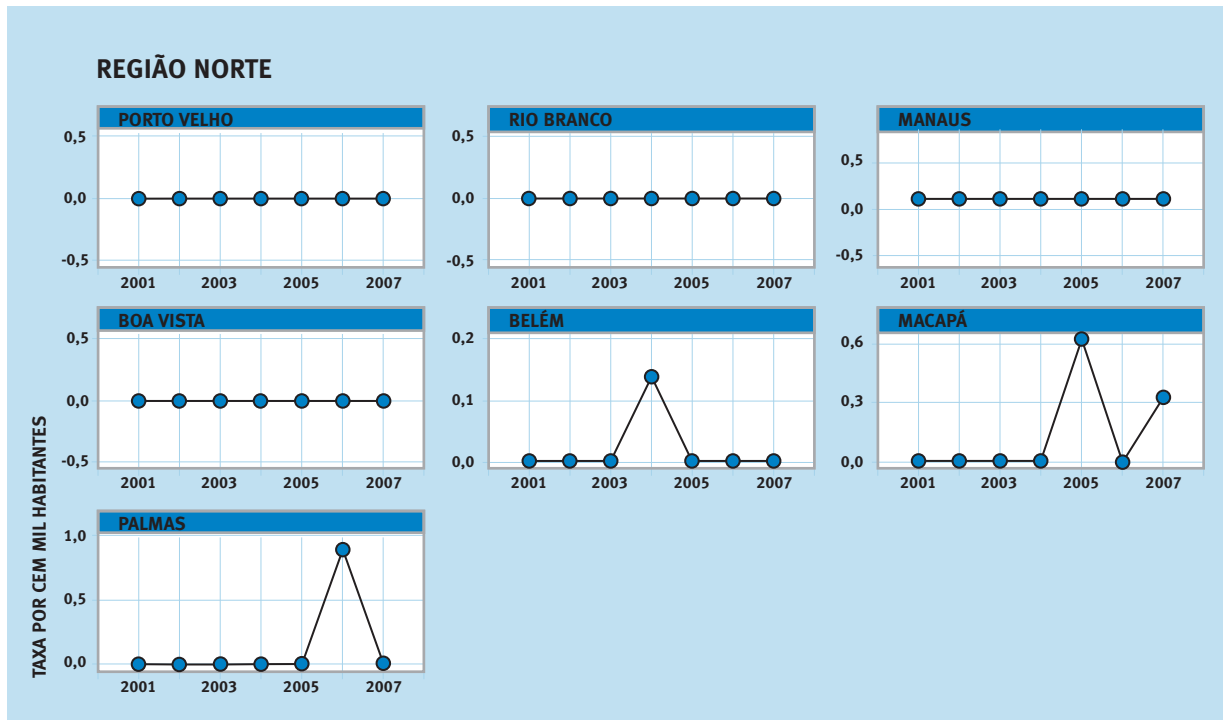


Gráfico 6.14.

Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.

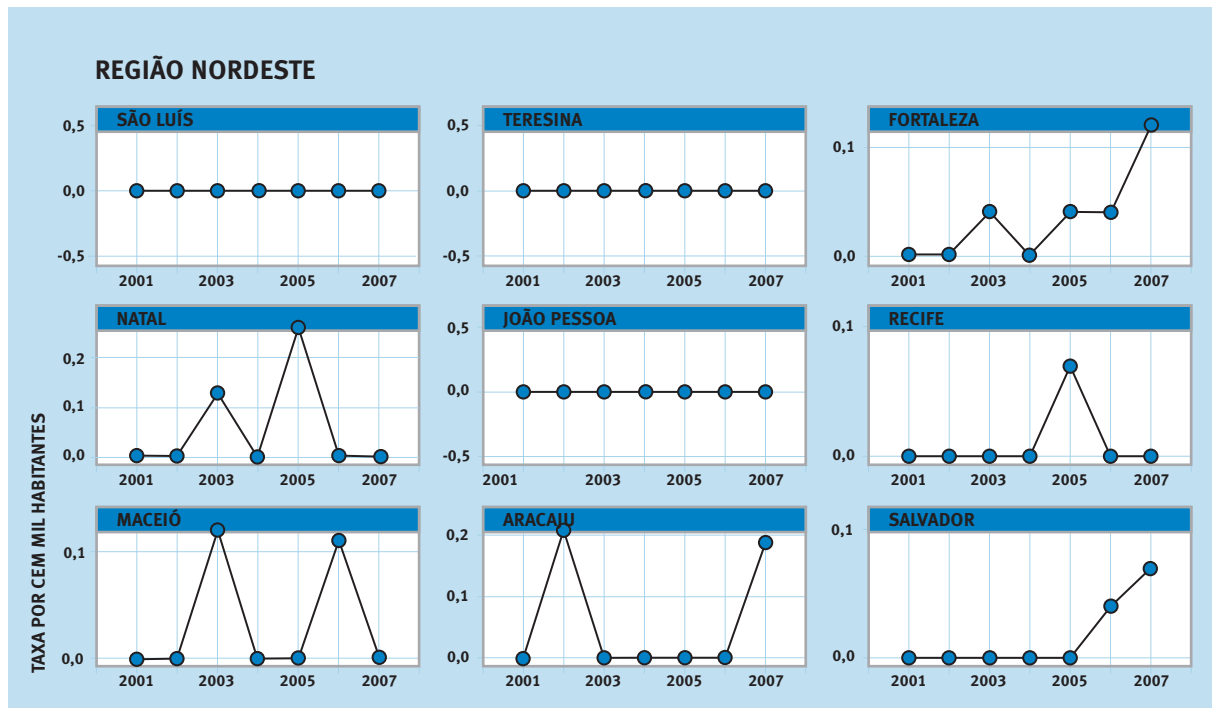


Gráfico 6.15.
Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas
como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Sudeste, 2001 a 2007.

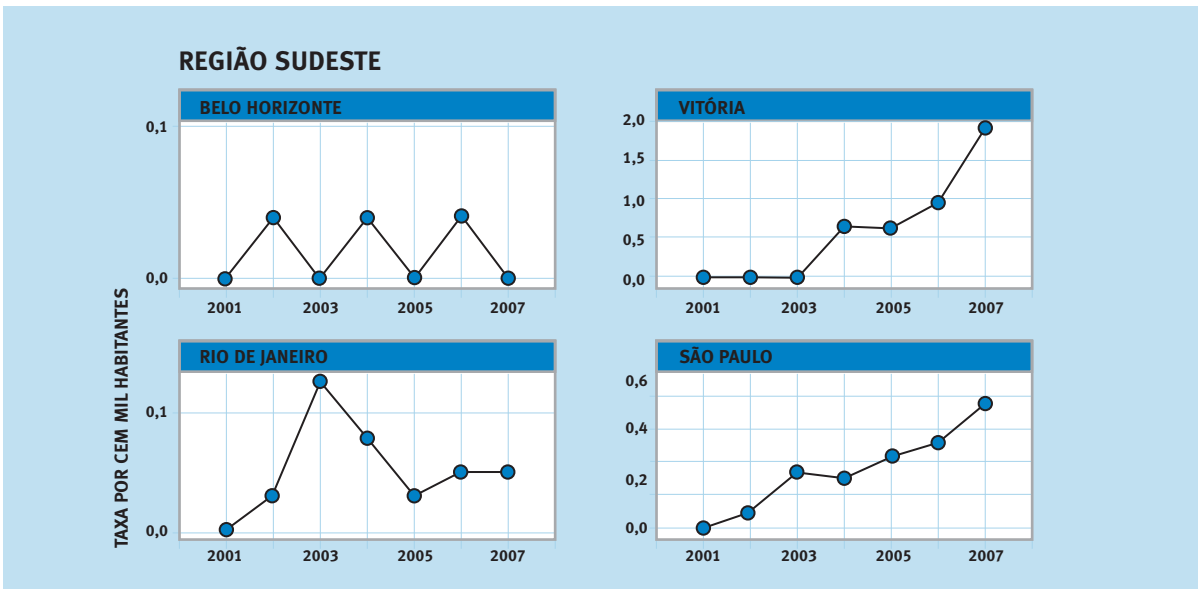


Gráfico 6.16.
Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas
como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

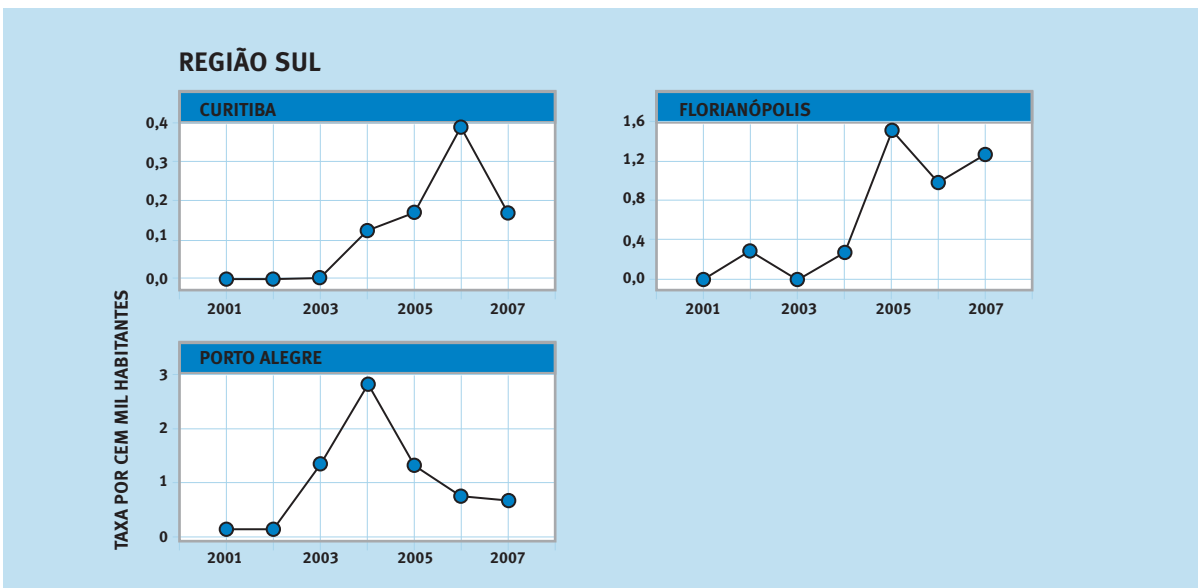


Gráfico 6.17.

Evolução dos casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes.

Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.

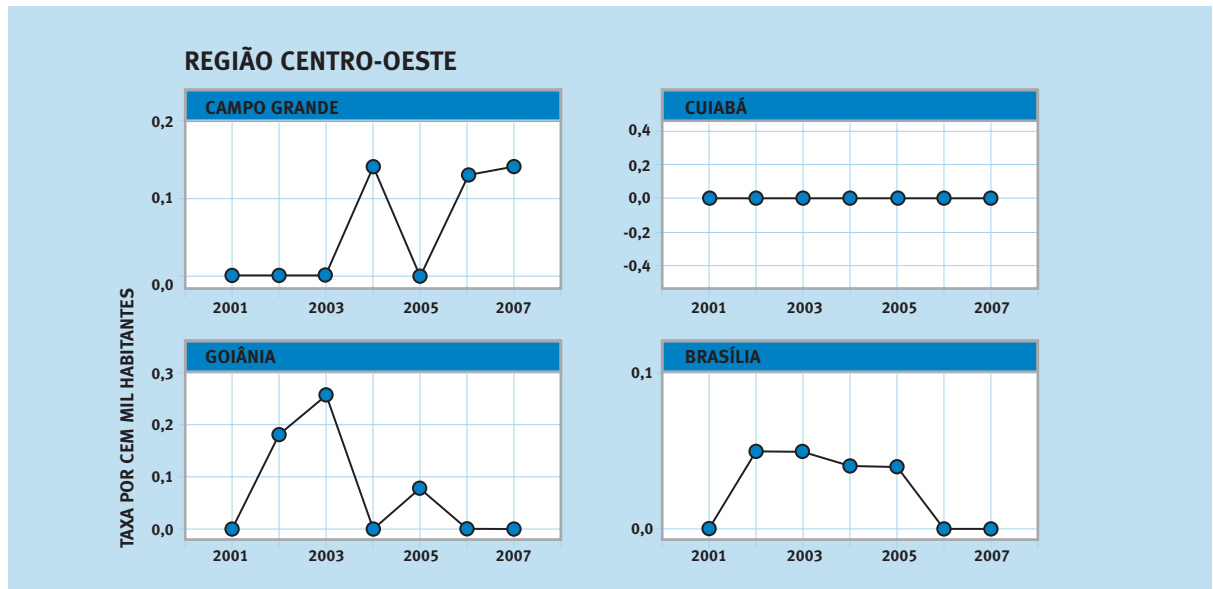


Tabela 6.12.

Casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	0,00	0,00	0,00	0,00	0,80	0,79	0,00	0,23
Rio Branco	0,00	0,00	0,00	0,35	0,65	0,32	0,00	0,19
Manaus	0,00	0,07	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,02
Boa Vista	0,00	0,47	0,45	0,00	0,41	0,40	0,40	0,30
Belém	0,00	0,08	0,15	0,07	0,00	0,14	0,14	0,08
Macapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,04
Palmas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48	0,00	0,00	0,07
Capitais do Norte	0,00	0,07	0,07	0,07	0,15	0,15	0,09	0,09
São Luís	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,30	0,00	0,06
Teresina	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Fortaleza	0,00	0,00	0,04	0,04	0,21	0,25	0,08	0,09
Natal	0,00	0,00	0,13	0,13	0,64	0,25	0,13	0,18
João Pessoa	0,00	0,00	0,16	0,00	0,30	0,74	0,00	0,17
Recife	0,00	0,00	0,21	0,13	0,00	0,07	0,00	0,06
Maceió	0,00	0,12	0,24	0,23	0,22	0,11	0,22	0,16
Aracaju	0,00	0,21	0,21	1,42	0,60	0,79	0,58	0,54
Salvador	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,15	0,17	0,06
Capitais do Nordeste	0,00	0,02	0,09	0,12	0,18	0,23	0,11	0,11
Belo Horizonte	0,13	0,09	0,26	0,89	0,46	0,50	0,04	0,34
Vitória	0,00	0,33	2,31	5,17	3,19	4,73	3,18	2,70
Rio de Janeiro	0,00	0,07	0,50	0,48	0,25	0,31	0,08	0,24
São Paulo	0,03	0,29	1,93	1,79	2,64	3,07	3,88	1,95
Capitais do Sudeste	0,03	0,20	1,29	1,33	1,65	1,93	2,22	1,24
Curitiba	0,00	0,00	0,66	1,74	2,79	2,91	2,06	1,45
Florianópolis	0,00	1,11	2,17	13,96	18,15	18,94	16,64	10,14
Porto Alegre	3,20	4,63	13,84	17,86	16,24	16,59	9,71	11,72
Capitais do Sul	1,32	2,01	6,17	9,55	9,85	10,12	6,67	6,53
Campo Grande	0,15	0,00	0,28	0,82	2,27	0,39	0,00	0,56
Cuiabá	0,00	0,00	0,39	0,00	0,37	0,18	0,76	0,24
Goiânia	0,00	2,21	1,75	0,76	0,58	0,90	0,08	0,90
Brasília	0,00	0,93	0,64	0,61	0,43	0,71	0,24	0,51
Capitais do Centro-Oeste	0,02	1,01	0,84	0,61	0,75	0,65	0,22	0,59
Brasil (Capitais)	0,12	0,38	1,22	1,49	1,69	1,84	1,60	1,19

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Gráfico 6.18.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

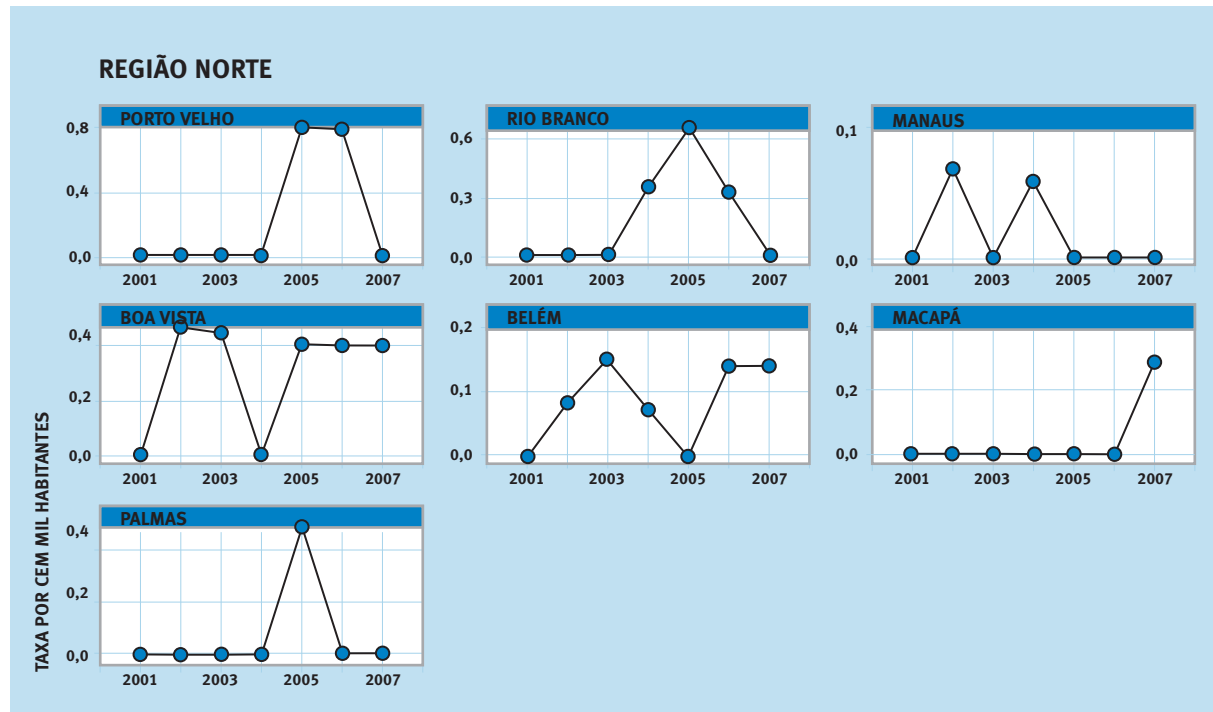


Gráfico 6.19.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.

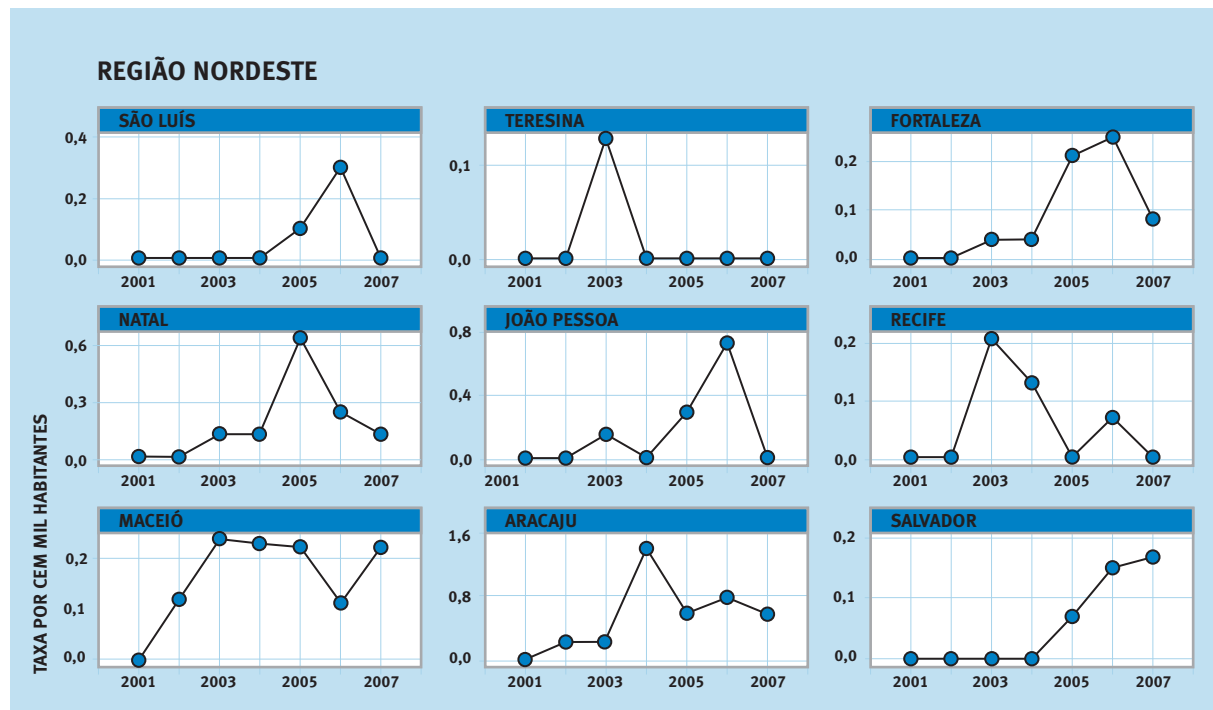


Gráfico 6.20.
Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sudeste, 2001 a 2007.

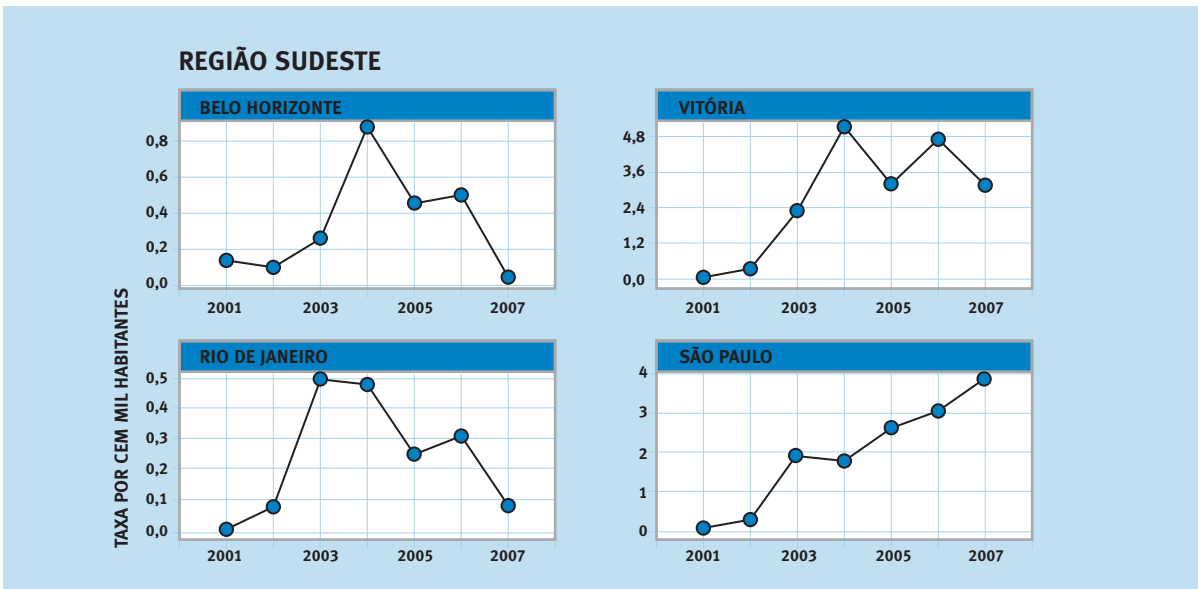


Gráfico 6.21.
Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

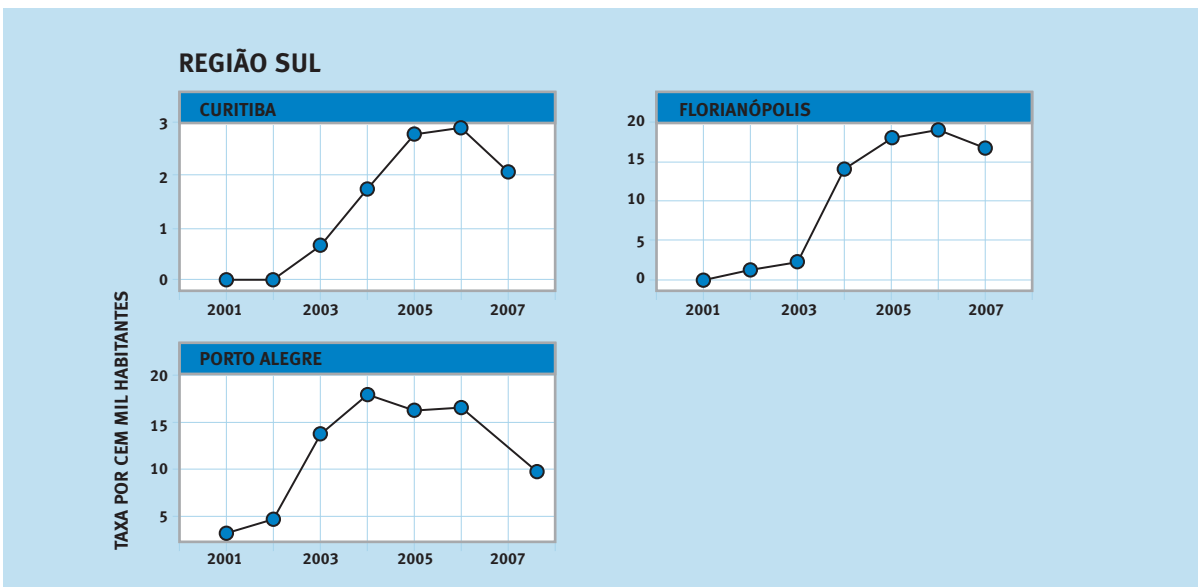
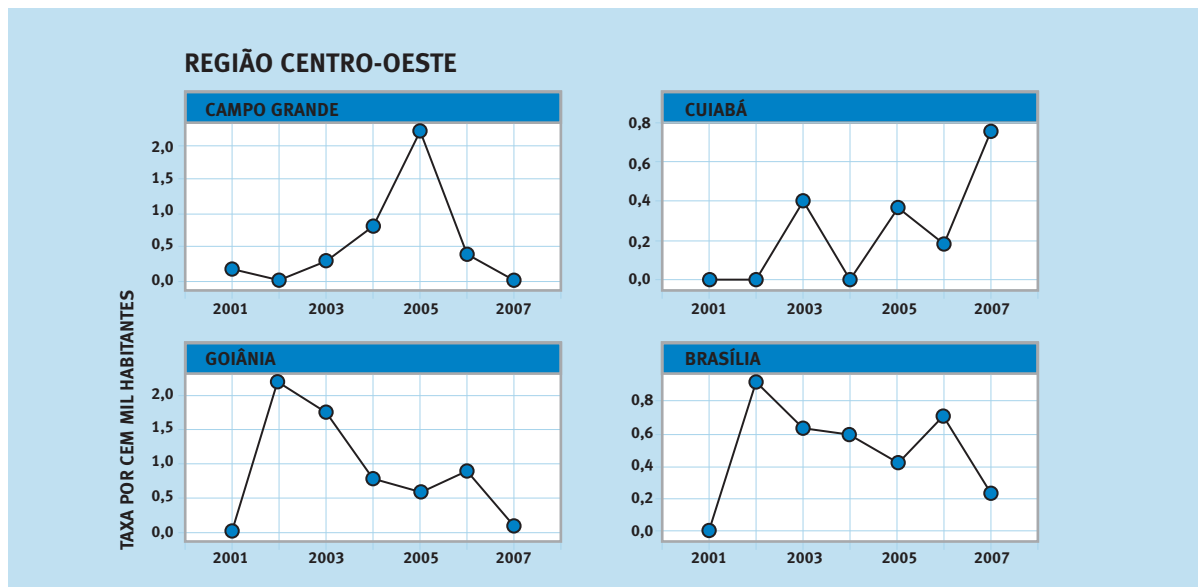


Gráfico 6.22.

Evolução dos casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por 100.000 habitantes. Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



As distribuições de casos de hepatites B e C provavelmente associados ao uso de drogas, por faixa etária e por gênero, são apresentadas nas Tabelas 6.13 a 6.16.

158

Analisando-se os casos confirmados de hepatite tipo B provavelmente associados ao uso de drogas segundo a idade, encontrou-se uma maior porcentagem entre 20 e 49 anos de idade, aparentemente com tendência de aumento no número de casos detectados até 2005. Isso também é observado na faixa etária entre 50 e 59 anos, embora com um menor número de casos confirmados e com crescimento até 2007 (Tabela 6.13). No período como um todo, há tendência de aumento nas faixas etárias de 40 a 49 anos ($p=0,006$) e de 50 a 59 anos ($p=0,029$) e nenhuma tendência nas demais faixas etárias, ou seja de 5 a 9 anos ($p=0,144$), de 10 a 14 anos ($p=0,834$), de 15 a 19 anos ($p=0,648$), de 20 a 29 anos ($p=0,505$), de 30 a 39 anos ($p=0,265$), de 60 a 69 anos ($p=0,065$), de 70 a 79 anos ($p=0,089$) e de 80 anos ou mais ($p=0,206$).

Quanto aos casos confirmados de hepatite tipo C, em que a provável fonte de infecção se deu pelo uso de drogas, segundo a idade, encontrou-se uma maior porcentagem entre 20 e 49 anos de idade, aparentemente com tendência de aumento no número de casos detectados até 2005. Isso também é observado na faixa etária de 15 a 19 anos, 50 a 59 anos, com aumento até 2006, e de 60 a 69 anos, com aumento até 2007, embora com um menor número de casos confirmados (Tabela 6.14). No período como um todo, há tendência de aumento nas faixas etárias de 10 a 14 anos ($p=0,042$), de 40 a 49 anos ($p=0,002$), de 50 a 59 anos ($p<0,001$) e de 60 a 69 anos ($p<0,001$) e nenhuma tendência nas demais faixas etárias, ou seja de 5 a 9 anos ($p=0,196$), de 15 a 19 anos ($p=0,312$), de 20 a 29 anos ($p=0,153$), de 30 a 39 anos ($p=0,078$), de 70 a 79 anos ($p=0,098$) e de 80 anos ou mais ($p=0,834$).

Analisando-se a distribuição de casos de hepatites do tipo B e C segundo o gênero, observa-se que ambos ocorrem com frequência substancialmente maior entre indivíduos do sexo masculino, que respondem por cerca de 85% dos casos (Tabelas 6.15 e 6.16).

Tabela 6.13

Casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por faixa etária. Brasil, 2001 a 2007¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5 a 9 anos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,1
10 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	2	1,1	0	0,0	4	1,4	0	0,0	0	0,0	6	0,5
15 a 19 anos	1	9,1	0	0,0	3	1,7	6	2,4	10	3,4	3	1,2	0	0,0	23	1,7
20 a 29 anos	3	27,3	19	20,2	40	22,0	38	15,4	49	16,7	46	18,9	7	2,7	202	15,3
30 a 39 anos	2	18,2	45	47,9	84	46,2	120	48,6	122	41,6	95	39,1	49	19,3	517	39,0
40 a 49 anos	5	45,4	24	25,5	41	22,5	63	25,5	87	29,7	67	27,6	76	29,9	363	27,4
50 a 59 anos	0	0,0	4	4,2	8	4,4	15	6,1	19	6,5	21	8,6	83	32,7	150	11,3
60 a 69 anos	0	0,0	1	1,1	2	1,1	2	0,8	2	0,7	6	2,5	29	11,4	42	3,2
70 a 79 anos	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,4	4	1,6	6	0,5
80 anos ou mais	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,2	4	0,3
Ignorado	0	0,0	1	1,1	0	0,0	3	1,2	0	0,0	4	1,7	2	0,8	10	0,7
Total	11	100	94	100	182	100	247	100	293	100	243	100	254	100	1.324	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.14.

Casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por faixa etária. Brasil, 2001 a 2007¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5 a 9 anos	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,1	2	0,1	1	0,1	2	0,1	9	0,1
10 a 14 anos	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	2	0,1	1	0,1	2	0,1	6	0,1
15 a 19 anos	3	2,0	5	0,8	13	0,9	18	0,8	21	0,8	11	0,4	9	0,4	80	0,7
20 a 29 anos	29	19,5	100	15,7	205	14,8	269	11,8	293	11,0	275	10,6	144	7,1	1.315	11,2
30 a 39 anos	69	46,3	306	48,0	609	43,9	1.025	44,9	1.124	42,1	957	37,0	648	31,8	4.738	40,3
40 a 49 anos	39	26,2	184	28,9	449	32,4	738	32,3	941	35,3	960	37,1	876	43,0	4.187	35,6
50 a 59 anos	9	6,0	30	4,7	90	6,5	199	8,7	243	9,1	327	12,6	298	14,6	1.196	10,2
60 a 69 anos	0	0,0	7	1,1	8	0,6	20	0,9	32	1,2	37	1,4	43	2,1	147	1,2
70 a 79 anos	0	0,0	0	0,0	4	0,3	2	0,1	1	0,0	8	0,3	4	0,2	19	0,2
80 anos ou mais	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	4	0,0
Ignorado	0	0,0	4	0,6	6	0,4	9	0,4	5	0,2	10	0,4	13	0,6	47	0,4
Total	149	100	637	100	1.386	100	2.284	100	2.666	100	2.587	100	2.039	100	11.748	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.15.

Casos de hepatite B com uso de drogas como provável fonte de infecção por gênero. Brasil, 2001 a 2007¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	10	90,9	82	87,2	147	80,8	217	87,9	242	82,6	214	88,1	205	80,7	1.117	84,4
Feminino	1	9,1	12	12,8	35	19,2	30	12,1	51	17,4	29	11,9	49	19,3	207	15,6
Total	11	100	94	100	182	100	247	100	293	100	243	100	254	100	1.324	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

Tabela 6.16.

Casos de hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção por gênero. Brasil, 2001 a 2007¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	136	91,3	563	88,4	1.196	86,3	1.968	86,2	2.302	86,3	2.229	86,2	1.737	85,2	10.131	86,2
Feminino	13	8,7	74	11,6	190	13,7	316	13,8	364	13,7	358	13,8	302	14,8	1.617	13,8
Total	149	100	637	100	1.386	100	2.284	100	2.666	100	2.587	100	2.039	100	11.748	100

Fonte: MS/SVS/SINAN.

¹ Dados atualizados até 10/03/2009.

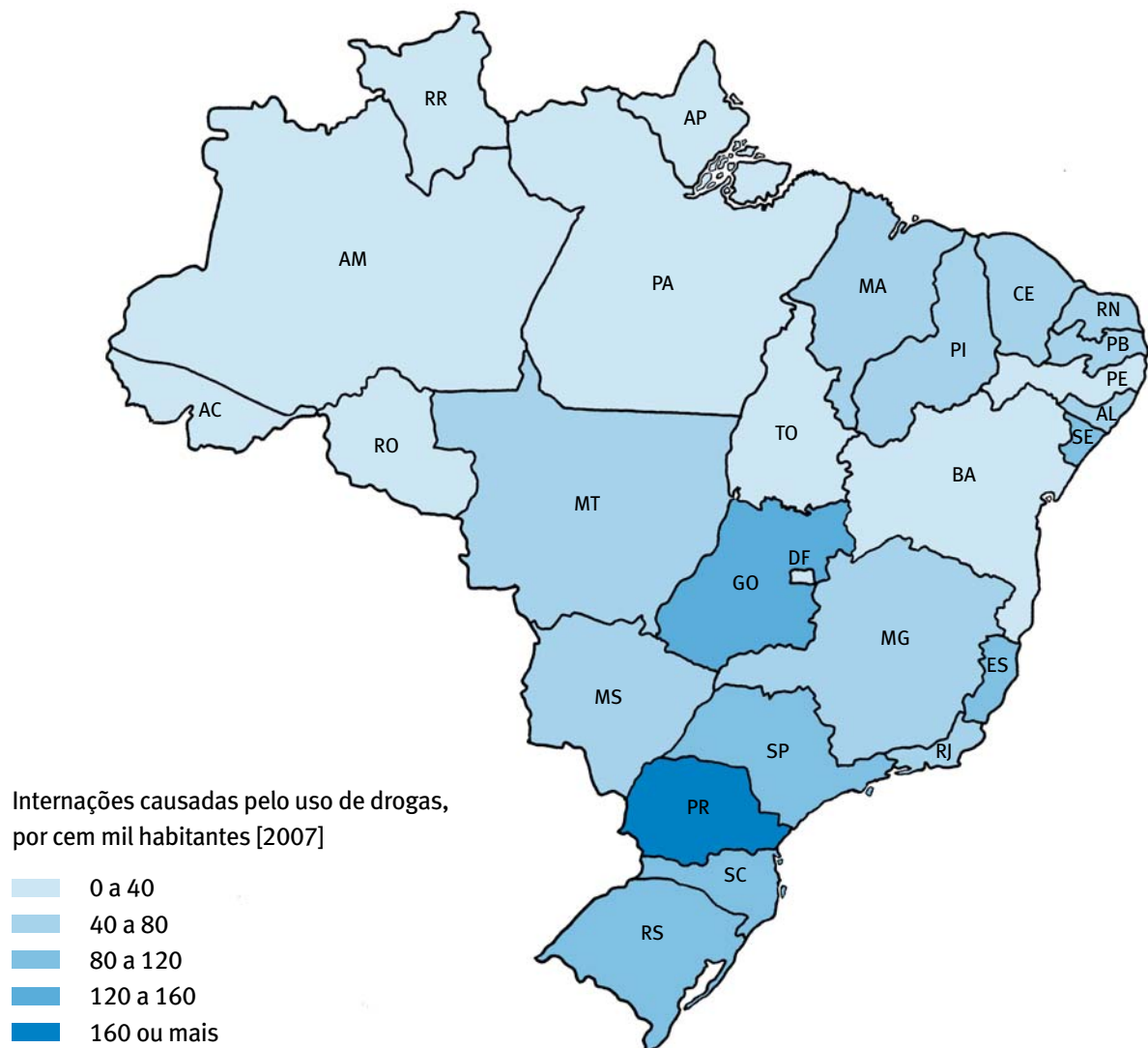
Conclusões

1. Entre os anos de 2001 e 2005 no Brasil, aparentemente, houve um aumento gradual do número de casos de hepatite do tipo B detectados (11 em 2001; 94 em 2002; 182 em 2003; 247 em 2004; 293 em 2005). Em 2006 nota-se uma pequena queda no número de casos confirmados (243 casos), com novo aumento em 2007 (254 casos).
2. O mesmo aumento anual foi observado até o ano de 2005 para os casos de infecção pelo vírus da hepatite C com uso de drogas como provável fonte de infecção, porém com maior número de casos detectados: 149 casos em 2001; 637 em 2002; 1.386 em 2003; 2.284 em 2004; 2.666 em 2005; 2.587 em 2006 e 2.039 em 2007.
3. Para a hepatite C, houve aumento das taxas por 100.000 habitantes, nas Regiões Sudeste e Sul, onde já se concentram as maiores taxas entre as regiões. Na primeira, o estado de São Paulo é o que apresenta as maiores taxas. Na Região Sul, por sua vez, as maiores taxas são apresentadas pelo estado de Santa Catarina, seguido por Rio Grande do Sul e Paraná.
4. Na avaliação de tendência no tempo, o Brasil como um todo e os estados de Tocantins, Bahia, Espírito Santo e São Paulo apresentam tendência de crescimento da taxa por 100.000 habitantes de hepatite B cuja provável fonte de infecção seja o uso de drogas.
5. Para a hepatite C, cuja provável fonte de infecção seja o uso de drogas, o Brasil também apresenta tendência de crescimento, bem como os estados da Bahia, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.
6. Na avaliação de tendência no tempo, dos casos de infecção pelo vírus da hepatite B entre usuários de drogas nas capitais, observou-se que as cidades com as maiores taxas por 100.000 habitantes foram Porto Alegre, Goiânia e São Paulo, respectivamente, no início do período avaliado, tendo sido ultrapassadas por Vitória e Florianópolis no período mais recente.
7. A análise do período como um todo aponta tendência de crescimento da taxa por 100.000 habitantes de hepatite B provavelmente associada ao uso de drogas nas cidades de Fortaleza, Salvador, Vitória, São Paulo, Curitiba e Florianópolis.
8. Ao se analisar o total de casos confirmados de hepatite C, para os quais o uso de drogas foi indicado como provável fonte de infecção, na sua relação com 100.000 habitantes, observou-se que houve um aumento considerável nas taxas de casos na soma das capitais da Região Sudeste, até 2007; e na Região Sul, até 2006.
9. As capitais que apresentam o maior número de notificações de casos por 100.000 habitantes de hepatite C são: Porto Alegre, Florianópolis, Vitória e São Paulo. Ainda com relação a essas taxas, tomando como referência o ano de 2007, as capitais da Região Sul e as cidades de São

Paulo e Vitória são as que apresentam maiores taxas e estas, especialmente na Região Sul, são bem maiores do que as encontradas no restante dos respectivos estados.

10. A análise aponta tendência de crescimento das taxas de hepatite C com infecção provavelmente associada ao uso de drogas nas cidades de Salvador, São Paulo, Curitiba e Florianópolis.
11. Analisando-se os casos confirmados de hepatite tipo B segundo a idade, encontrou-se uma maior porcentagem entre 20 e 49 anos de idade, aparentemente com tendência de aumento no número de casos detectados até 2005. Isso também é observado na faixa etária entre 50 e 59 anos, embora com um menor número de casos confirmados e com crescimento até 2007. No período como um todo, há tendência de aumento nas faixas etárias de 40 a 49 anos e de 50 a 59 anos.
12. Quanto aos casos confirmados de hepatite tipo C, em que a provável fonte de infecção se deu pelo uso de drogas, segundo a idade, encontrou-se uma maior porcentagem entre 20 e 49 anos de idade, aparentemente com tendência de aumento no número de casos detectados até 2005. Isso também é observado na faixa etária de 15 a 19 anos, 50 a 59 anos, com aumento até 2006, e de 60 a 69 anos, com aumento até 2007, embora com um menor número de casos confirmados. No período como um todo, há tendência de aumento nas faixas etárias de 10 a 14 anos, de 40 a 49 anos, de 50 a 59 anos e de 60 a 69 anos.
13. Analisando-se a distribuição de casos de hepatites do tipo B e C segundo o gênero, observa-se que ambos ocorrem com frequência substancialmente maior entre indivíduos do sexo masculino, que respondem por cerca de 85% dos casos.

Internações decorrentes do uso de drogas no Sistema Único de Saúde



Os dados considerados neste capítulo referem-se aos casos de internação, decorrentes do uso de drogas e notificados no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, no período de 2001 a 2007.

As internações foram analisadas conforme o tipo de droga consumida e o diagnóstico, utilizando-se para isso a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10).

A Tabela 7.1 exibe o número de internações cujo diagnóstico principal foi algum transtorno mental e comportamental pelo uso de drogas (CID-10: F10 a F19) no ano de 2007. Nota-se que os transtornos devidos ao uso de álcool são causadores do maior número de internações, correspondendo a aproximadamente 69% dos casos. Em seguida vêm as internações decorrentes do uso de múltiplas drogas, com cerca de 23% das internações, e de cocaína, que totaliza 5%.

Tabela 7.1.
Número de internações associadas a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas. Brasil, 2007.

Droga	Número de internações	Porcentagem
F10 Álcool	95.196	68,7
F11 Opiáceos	2.232	1,6
F12 Canabinoides	1.138	0,8
F13 Sedativos e hipnóticos	737	0,5
F14 Cocaína	6.912	5,0
F15 Outros estimulantes	270	0,2
F16 Alucinógenos	224	0,2
F17 Tabaco	50	0,0
F18 Solventes voláteis	244	0,2
F19 Múltiplas drogas	31.582	22,8
Total	138.585	100

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Por uma questão de uniformização dos dados de 2001 a 2007, as demais tabelas apresentadas neste capítulo (7.2 a 7.9) totalizam as internações devidas a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de álcool (F10), pelo uso de múltiplas drogas (F19) e envenenamentos por álcool e outras drogas.

A Tabela 7.2 apresenta a distribuição do número de internações, de 2001 a 2007, para as unidades federativas e regiões do Brasil. Durante esse período foram observadas 965.318 internações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, com um aumento gradual até 2003 (passando de 143.199 internações em 2001 para 145.070 em 2003), em contraste com os anos seguintes, que apresentaram uma tendência de diminuição do número de internações associadas ao uso de drogas (134.573 internações em 2004 e 129.619, em 2006). No ano de 2007, por sua vez, observou-se novo aumento no índice (134.674 internações).

Tabela 7.2.

Número de internações decorrentes do uso de drogas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	106	0,1	83	0,1	48	0,0	74	0,1	54	0,0	60	0,0	65	0,0	490	0,0
Acre	371	0,3	398	0,3	403	0,3	348	0,3	76	0,1	114	0,1	100	0,1	1.811	0,2
Amazonas	53	0,0	36	0,0	43	0,0	60	0,0	100	0,1	117	0,1	103	0,1	512	0,1
Roraima	13	0,0	7	0,0	8	0,0	3	0,0	19	0,0	15	0,0	33	0,0	98	0,0
Pará	156	0,1	111	0,1	98	0,1	129	0,1	148	0,1	200	0,2	256	0,2	1.099	0,1
Amapá	31	0,0	6	0,0	1	0,0	13	0,0	13	0,0	12	0,0	10	0,0	86	0,0
Tocantins	158	0,1	211	0,1	198	0,1	212	0,1	287	0,2	251	0,2	238	0,2	1.556	0,2
Região Norte	888	0,6	852	0,6	799	0,5	839	0,6	697	0,5	769	0,6	805	0,6	5.649	0,6
Maranhão	1.560	1,1	1.778	1,2	2.188	1,5	2.080	1,6	2.074	1,6	2.493	1,9	2.550	1,9	14.732	1,5
Piauí	1.490	1,0	1.534	1,1	1.666	1,1	1.538	1,1	1.310	1,0	1.233	1,0	1.395	1,0	10.172	1,1
Ceará	1.601	1,1	2.168	1,5	3.238	2,2	3.372	2,5	4.286	3,2	3.928	3,0	4.843	3,6	23.450	2,4
Rio Grande do Norte	2.416	1,7	2.598	1,8	2.495	1,7	2.660	2,0	2.598	1,9	2.165	1,7	2.085	1,6	17.028	1,8
Paraíba	1.894	1,3	2.011	1,4	1.838	1,3	2.366	1,8	2.670	2,0	2.841	2,2	2.912	2,2	16.542	1,7
Pernambuco	2.165	1,5	1.627	1,1	1.413	1,0	1.436	1,1	2.003	1,5	1.964	1,5	2.015	1,5	12.631	1,3
Alagoas	2.076	1,5	2.205	1,5	2.154	1,5	1.798	1,3	2.003	1,5	2.296	1,8	1.939	1,4	14.480	1,5
Sergipe	1.511	1,1	1.811	1,3	1.878	1,3	1.928	1,4	2.510	1,9	2.261	1,7	2.140	1,6	14.048	1,5
Bahia	4.594	3,2	4.968	3,4	3.303	2,3	2.986	2,2	1.535	1,1	1.753	1,4	2.441	1,8	21.594	2,2
Região Nordeste	19.307	13,5	20.700	14,3	20.173	13,9	20.164	15,0	20.989	15,7	20.934	16,2	22.320	16,6	144.587	15,0
Minas Gerais	11.096	7,8	10.169	7,0	9.199	6,3	8.292	6,1	8.054	6,1	7.785	6,0	8.961	6,6	63.595	6,6
Espírito Santo	2.478	1,7	2.798	1,9	2.971	2,1	2.659	2,0	2.905	2,2	2.553	2,0	3.048	2,3	19.424	2,0
Rio de Janeiro	17.667	12,3	18.177	12,6	15.831	10,9	15.066	11,2	14.400	10,8	11.454	8,8	9.755	7,2	102.417	10,6
São Paulo	39.180	27,4	38.901	26,9	42.598	29,4	42.797	31,8	41.705	31,2	40.806	31,5	41.581	30,9	287.746	29,8
Região Sudeste	70.421	49,2	70.045	48,4	70.599	48,7	68.814	51,1	67.064	50,3	62.598	48,3	63.345	47,0	472.886	49,0
Paraná	26.957	18,8	26.375	18,2	26.395	18,2	18.881	14,0	19.504	14,6	19.212	14,8	20.709	15,4	158.132	16,4
Santa Catarina	5.947	4,2	6.799	4,7	7.161	5,0	6.840	5,1	6.592	4,9	6.668	5,1	6.731	5,0	46.767	4,8
Rio Grande do Sul	8.695	6,0	9.262	6,4	9.174	6,3	9.605	7,2	8.231	6,2	8.270	6,4	8.514	6,3	61.789	6,4
Região Sul	41.599	29,0	42.436	29,3	42.730	29,5	35.326	26,3	34.327	25,7	34.150	26,3	35.954	26,7	266.522	27,6
Mato Grosso do Sul	1.413	1,0	1.186	0,8	1.241	0,9	1.287	1,0	1.599	1,2	1.513	1,2	1.699	1,3	9.944	1,0
Mato Grosso	715	0,5	1.060	0,7	1.052	0,7	401	0,3	551	0,4	982	0,7	1.320	1,0	6.084	0,6
Goiás	8.040	5,6	7.724	5,4	7.744	5,3	7.009	5,2	7.574	5,7	7.896	6,1	8.491	6,3	54.511	5,7
Distrito Federal	816	0,6	670	0,5	732	0,5	733	0,5	709	0,5	777	0,6	740	0,5	5.180	0,5
Região Centro-Oeste	10.984	7,7	10.640	7,4	10.769	7,4	9.430	7,0	10.433	7,8	11.168	8,6	12.250	9,1	75.674	7,8
Brasil	143.199	100	144.673	100	145.070	100	134.573	100	133.510	100	129.619	100	134.674	100	965.318	100

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

A Tabela 7.3 apresenta a participação do número de internações pelo uso de drogas sobre o total de internações. No Brasil, como um todo e em todo o período observado, 1,2% das internações são devidas ao uso de drogas. O Paraná, que totaliza 3,0% das internações, é o estado em que essa proporção é maior. As regiões com maior representatividade são a Sul e a Sudeste. Destacam-se ainda os estados: Goiás, com porcentagem de cerca de 2,0%; e Sergipe, cuja porcentagem é crescente no tempo, chegando a atingir 2,2% em 2005.

Tabela 7.3.

Porcentagem de internações decorrentes do uso de drogas em relação ao número total de internações. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Acre	0,8	0,9	0,9	0,8	0,2	0,2	0,2	0,6
Amazonas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Roraima	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
Pará	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Amapá	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tocantins	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2
Região Norte	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Maranhão	0,4	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6
Piauí	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6
Ceará	0,3	0,4	0,6	0,6	0,8	0,8	0,9	0,6
Rio Grande do Norte	1,3	1,4	1,4	1,6	1,5	1,3	1,3	1,4
Paraíba	0,7	0,8	0,7	1,0	1,1	1,2	1,3	1,0
Pernambuco	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Alagoas	1,0	1,1	1,0	0,9	1,0	1,2	1,0	1,0
Sergipe	1,1	1,3	1,4	1,6	2,2	2,1	2,0	1,6
Bahia	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3
Região Nordeste	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6
Minas Gerais	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
Espírito Santo	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4	1,5	1,4
Rio de Janeiro	2,2	2,3	2,0	2,0	2,0	1,6	1,4	1,9
São Paulo	1,8	1,8	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8
Região Sudeste	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,5	1,5
Paraná	3,4	3,5	3,5	2,6	2,7	2,6	2,8	3,0
Santa Catarina	1,5	1,7	1,9	1,8	1,7	1,8	1,8	1,8
Rio Grande do Sul	1,1	1,2	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2	1,2
Região Sul	2,1	2,2	2,3	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0
Mato Grosso do Sul	0,8	0,6	0,7	0,7	0,9	0,9	1,0	0,8
Mato Grosso	0,4	0,5	0,5	0,2	0,3	0,5	0,7	0,5
Goiás	2,1	1,9	2,0	1,8	2,0	2,0	2,3	2,0
Distrito Federal	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Região Centro-Oeste	1,2	1,1	1,1	1,0	1,1	1,2	1,4	1,2
Brasil	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Levando-se em consideração as projeções feitas pelo IBGE do tamanho populacional entre os anos de 2001 e 2007, foram calculadas as taxas de internações por 100.000 habitantes (Tabela 7.4).

A Região Sul é a que apresenta as mais altas taxas de internações, seguida pelas Regiões Sudeste e Centro-Oeste. As menores taxas estão no Norte.

Tomando como base o ano de 2007, cujas taxas estão representadas no mapa da página inicial deste capítulo, destacam-se com altas taxas o estado de Sergipe no Nordeste, São Paulo e Espírito Santo no Sudeste, Paraná e Santa Catarina no Sul, e Goiás no Centro-Oeste. O estado do Paraná é o que tem as maiores taxas, chegando a ultrapassar 200 internações por 100.000 habitantes.

Tabela 7.4.
Número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	7,53	5,80	3,30	4,74	3,52	3,84	4,47	4,74
Acre	64,59	67,81	67,10	55,21	11,35	16,60	15,26	42,56
Amazonas	1,83	1,22	1,42	1,91	3,09	3,53	3,20	2,31
Roraima	3,85	2,02	2,24	0,79	4,86	3,72	8,34	3,69
Pará	2,46	1,72	1,49	1,88	2,12	2,81	3,62	2,30
Amapá	6,22	1,16	0,19	2,37	2,19	1,95	1,70	2,25
Tocantins	13,33	17,48	16,10	16,79	21,98	18,84	19,14	17,67
Região Norte	6,70	6,31	5,80	5,84	4,74	5,12	5,50	5,72
Maranhão	27,22	30,64	37,25	34,54	33,98	40,31	41,67	35,09
Piauí	51,86	52,93	56,98	51,66	43,57	40,61	46,00	49,09
Ceará	21,21	28,32	41,74	42,27	52,93	47,80	59,17	41,92
Rio Grande do Norte	85,82	91,07	86,39	89,80	86,51	71,13	69,18	82,84
Paraíba	54,60	57,54	52,24	66,31	74,25	78,41	79,97	66,19
Pernambuco	27,03	20,12	17,31	17,25	23,81	23,10	23,74	21,77
Alagoas	72,67	76,36	73,83	60,32	66,41	75,26	63,84	69,81
Sergipe	83,15	98,10	100,18	99,66	127,55	113,01	110,34	104,57
Bahia	34,77	37,29	24,58	21,82	11,11	12,57	17,34	22,78
Região Nordeste	39,95	42,38	40,88	39,99	41,14	40,56	43,31	41,17
Minas Gerais	61,21	55,44	49,58	43,66	41,87	39,97	46,49	48,32
Espírito Santo	78,54	87,39	91,41	79,33	85,23	73,69	90,94	83,79
Rio de Janeiro	121,35	123,45	106,40	99,09	93,61	73,60	63,26	97,25
São Paulo	104,12	101,89	110,05	107,46	103,12	99,39	104,40	104,35
Região Sudeste	95,85	94,09	93,64	88,94	85,46	78,68	81,34	88,29
Paraná	278,06	269,19	266,43	186,29	190,06	184,96	201,36	225,19
Santa Catarina	109,14	123,00	127,71	118,46	112,37	111,91	114,74	116,76
Rio Grande do Sul	84,34	88,98	87,28	89,55	75,90	75,43	80,45	83,13
Região Sul	163,43	164,90	164,19	132,63	127,26	125,05	134,49	144,56
Mato Grosso do Sul	66,93	55,40	57,20	57,69	70,61	65,84	74,98	64,09
Mato Grosso	27,92	40,70	39,68	14,59	19,66	34,37	46,24	31,88
Goiás	157,14	148,24	145,94	127,25	134,77	137,78	150,36	143,07
Distrito Federal	38,90	31,22	33,43	32,12	30,39	32,60	30,13	32,68
Região Centro-Oeste	92,41	87,92	87,43	73,84	80,13	84,16	92,64	85,50
Brasil	83,07	82,84	82,02	74,11	72,49	69,40	73,20	76,73

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Conforme Gráficos 7.1 a 7.6, observou-se tendência de queda das taxas de internações por 100.000 habitantes, no Brasil como um todo ($p=0,007$) e nos estados do Acre ($p=0,008$), Rio Grande do Norte ($p=0,040$), Bahia ($p=0,011$), Minas Gerais ($p=0,021$), Rio de Janeiro ($p<0,001$) e Paraná ($p=0,018$). Os estados que apresentaram crescimento foram: Amazonas ($p=0,014$), Maranhão ($p=0,007$), Ceará ($p=0,001$), Paraíba ($p=0,002$) e Sergipe ($p=0,045$). A maioria, porém, não apresentou tendência, a saber: Rondônia ($p=0,102$), Roraima ($p=0,145$), Pará ($p=0,106$), Amapá ($p=0,366$), Tocantins ($p=0,057$), Piauí ($p=0,059$), Pernambuco ($p=0,908$), Alagoas ($p=0,316$), Espírito Santo ($p=0,930$), São Paulo ($p=0,600$), Santa Catarina ($p=0,605$), Rio Grande do Sul ($p=0,114$), Mato Grosso do Sul ($p=0,152$), Mato Grosso ($p=0,752$), Goiás ($p=0,382$) e Distrito Federal ($p=0,088$).

Gráfico 7.1.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.

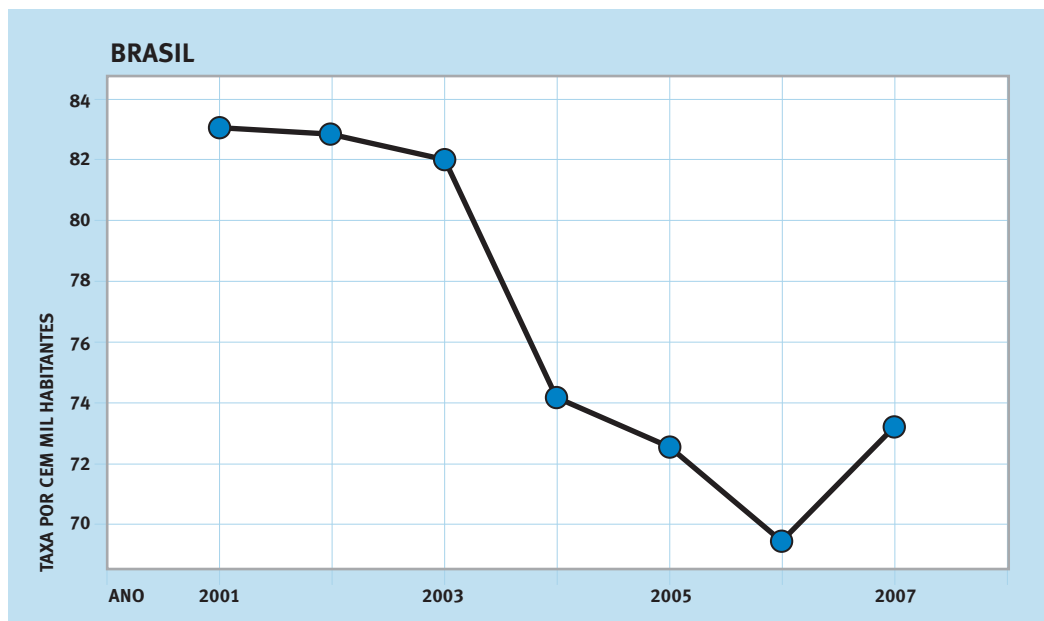


Gráfico 7.2.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

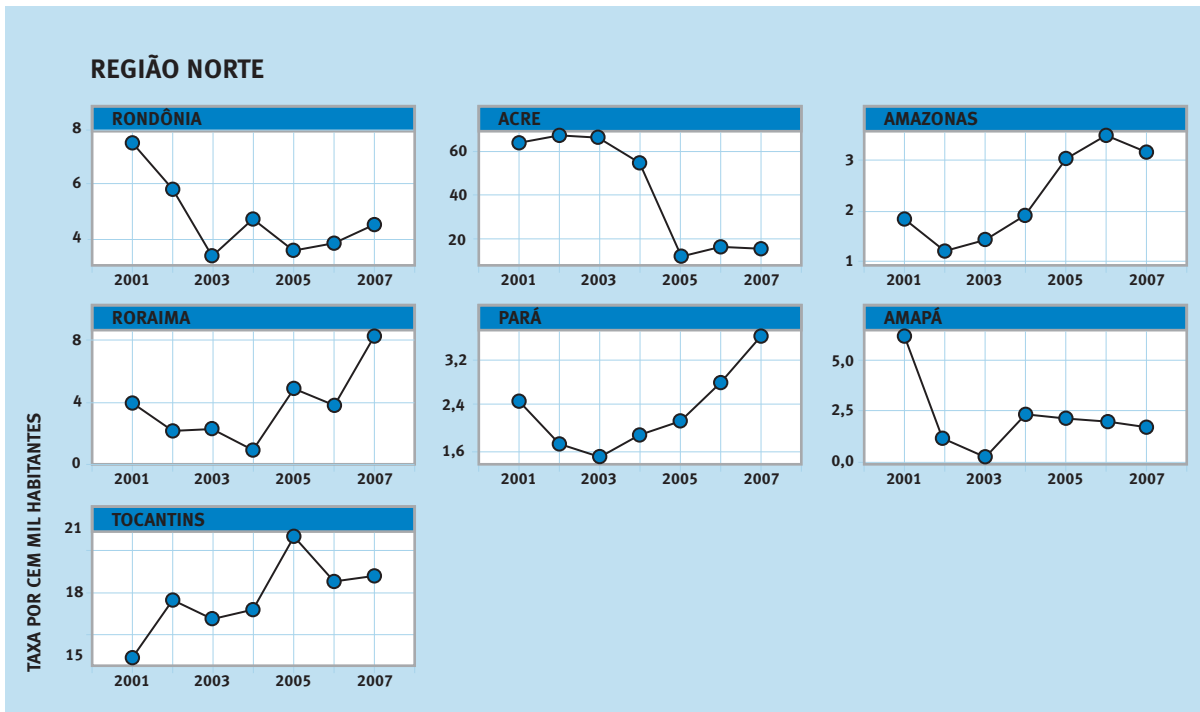


Gráfico 7.3.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

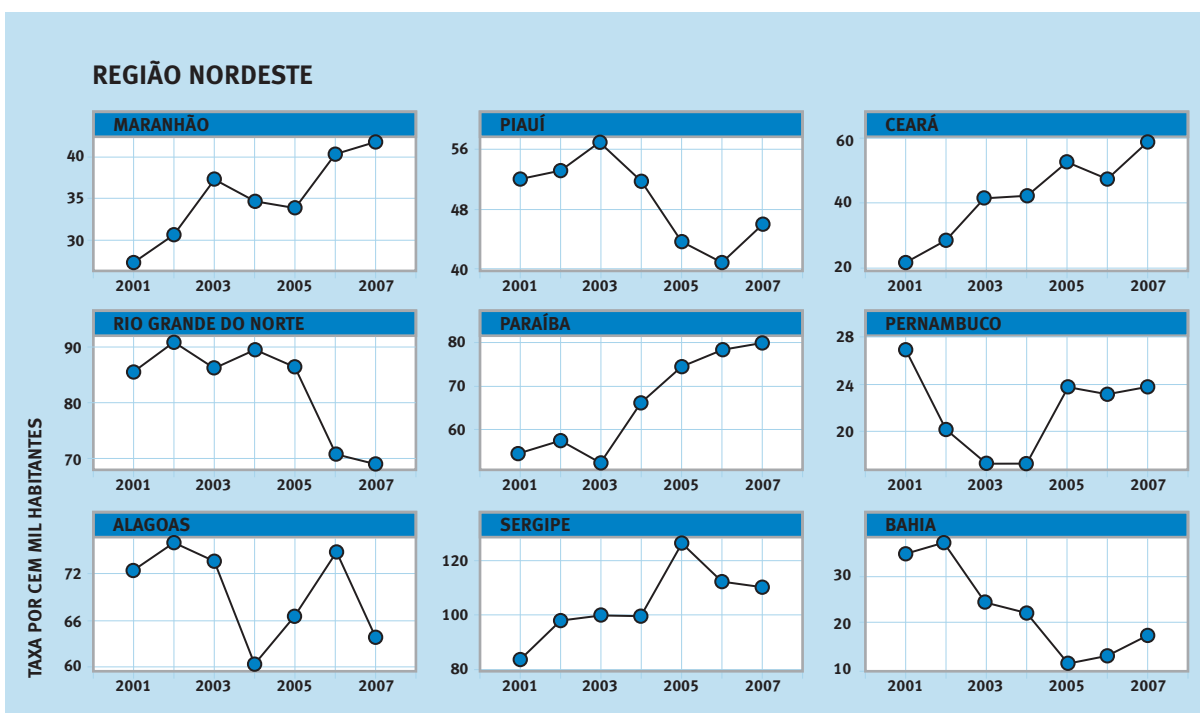


Gráfico 7.4.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

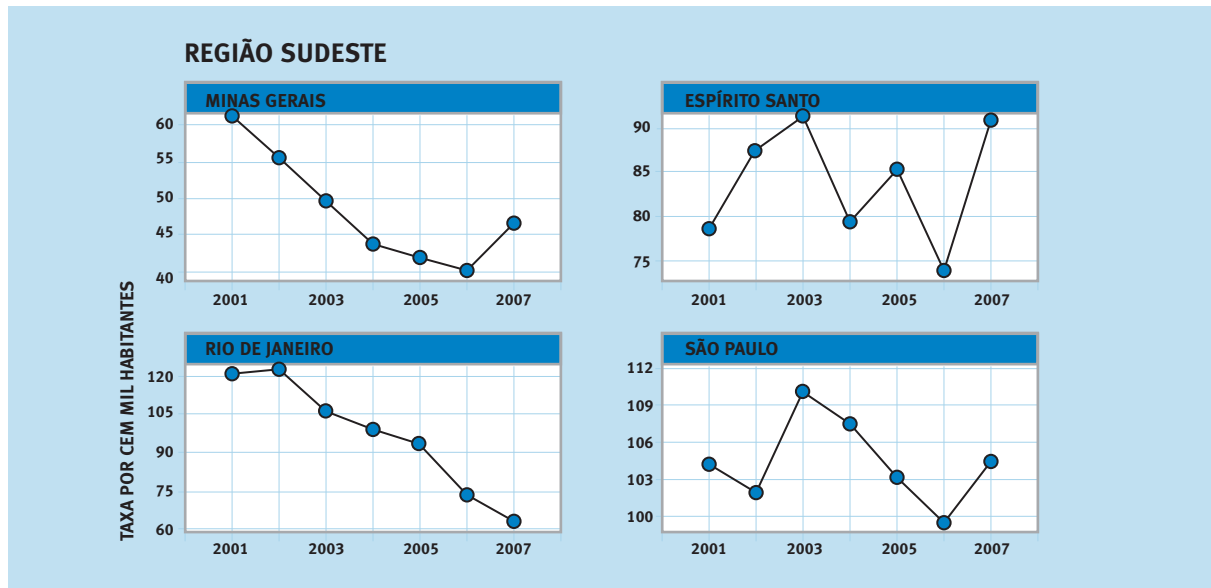


Gráfico 7.5.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

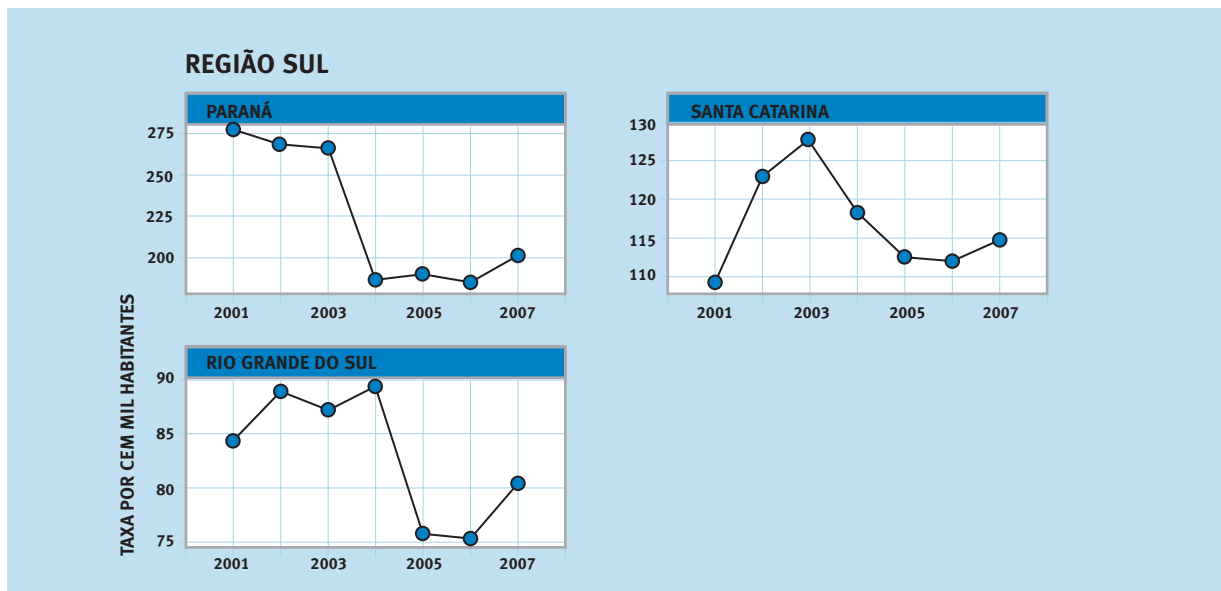
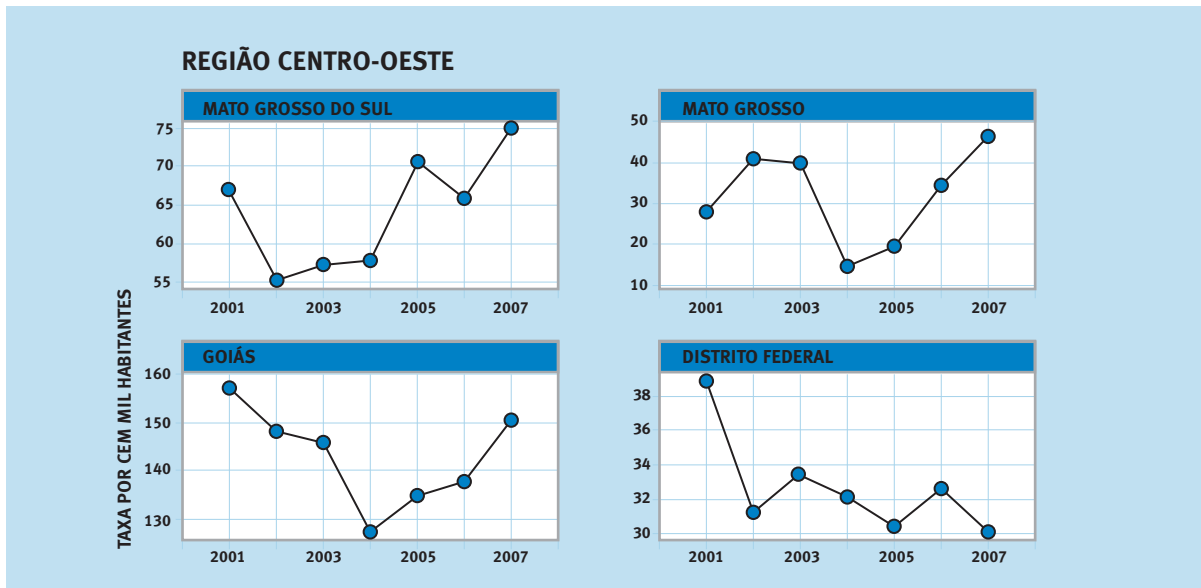


Gráfico 7.6.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



A mesma análise feita por unidades da federação também foi considerada para as capitais brasileiras. As Tabelas 7.5, 7.6 e 7.7 mostram: o número de internações associadas ao uso de drogas e a correspondente porcentagem em relação ao total observado; a porcentagem das internações associadas ao uso de drogas em relação ao total de internações por todas as causas; e a taxa de internações por 100.000 habitantes, respectivamente. A evolução dessa taxa é mostrada nos Gráficos 7.7 a 7.11.

A análise da Tabela 7.5 mostra que, assim como observado para os estados, de um modo geral há queda no número de internações devido ao uso de drogas de 2001 a 2006, com aumento em 2007. As capitais com maior número absoluto de internações são: São Paulo, Curitiba, Rio de Janeiro e Goiânia.

Com relação às taxas por 100.000 habitantes, tomando como referência o ano de 2007, as capitais da Região Sul são as que apresentam maiores taxas, seguidas pelas Regiões Nordeste e Centro-Oeste. Na Região Sul, Curitiba apresenta a maior taxa de internações, que é cerca de 10 vezes a taxa observada para Florianópolis. Na Região Nordeste, Aracaju e João Pessoa têm as taxas mais elevadas e Salvador apresenta a menor taxa. Na Região Centro-Oeste, Goiânia tem taxa de aproximadamente 338 internações por 100.000 habitantes, em contraste com Brasília, que apresenta menos de 7 internações por 100.000 habitantes; sendo que Campo Grande e Cuiabá situam-se em um padrão intermediário. A Região Sudeste, com cerca de 61 internações por 100.000 habitantes, tem Vitória com a maior taxa (157,62 por 100.000 habitantes), seguida por Belo Horizonte (78,99 internações por 100.000 habitantes); Rio de Janeiro e São Paulo apresentam taxas similares (53,71 e 58,25 internações por 100.000 habitantes, respectivamente). As menores taxas foram observadas para as capitais da Região Norte e variaram de 2,62 internações por 100.000 habitantes (Macapá) a 20,64 internações por 100.000 habitantes (Rio Branco).

Juntas, as capitais do Norte apresentaram taxa de aproximadamente 7 interações por 100.000 habitantes.

Em 2007, com exceção de Salvador, em todas as capitais da Região Nordeste, as taxas por 100.000 habitantes são mais do que o dobro das taxas nos respectivos estados. Isso também acontece nos estados do Pará, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás. Em Santa Catarina e Distrito Federal ocorre o contrário, se comparados com Florianópolis e Brasília.

As tendências das taxas por 100.000 habitantes para as capitais podem ser avaliadas nos Gráficos 7.7 a 7.11. As capitais Rio Branco ($p=0,006$), Teresina ($p=0,038$), Salvador ($p=0,002$), Rio de Janeiro ($p=0,028$), Curitiba ($p=0,006$), Goiânia ($p=0,035$) e Brasília ($p=0,014$) apresentaram tendência de queda, enquanto Manaus ($p=0,031$), Boa Vista ($p=0,034$), Fortaleza ($p=0,006$), João Pessoa ($p<0,001$) e São Paulo ($p=0,007$) apresentaram tendência de crescimento. As capitais Porto Velho ($p=0,668$), Belém ($p=0,072$), Macapá ($p=0,347$), Palmas ($p=0,201$), São Luís ($p=0,417$), Natal ($p=0,142$), Recife ($p=0,972$), Maceió ($p=0,582$), Aracaju ($p=0,078$), Belo Horizonte ($p=0,223$), Vitória ($p=0,342$), Florianópolis ($p=0,074$), Porto Alegre ($p=0,373$), Campo Grande ($p=0,122$) e Cuiabá ($p=0,618$) não apresentaram tendência.

Tabela 7.5.

Número de internações decorrentes do uso de drogas.

Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	22	0,1	18	0,0	15	0,0	28	0,1	22	0,1	23	0,1	16	0,0	144	0,1
Rio Branco	358	0,8	395	0,9	395	0,9	322	0,8	55	0,1	93	0,2	60	0,2	1.678	0,6
Manaus	45	0,1	29	0,1	30	0,1	39	0,1	81	0,2	94	0,2	85	0,2	403	0,1
Boa Vista	6	0,0	1	0,0	4	0,0	3	0,0	13	0,0	12	0,0	25	0,1	64	0,0
Belém	59	0,1	43	0,1	38	0,1	51	0,1	65	0,2	72	0,2	99	0,2	427	0,2
Macapá	30	0,1	6	0,0	1	0,0	12	0,0	12	0,0	12	0,0	9	0,0	82	0,0
Palmas	8	0,0	9	0,0	8	0,0	25	0,1	11	0,0	14	0,1	26	0,1	101	0,0
Capitais do Norte	528	1,2	501	1,1	491	1,1	480	1,2	259	0,6	320	0,8	320	0,8	2.899	1,0
São Luís	1.290	3,1	1.416	3,2	1.627	3,7	1.460	3,5	1.346	3,1	1.578	3,9	1.744	4,2	10.461	3,5
Teresina	1.274	3,0	1.299	3,0	1.370	3,2	1.322	3,1	1.091	2,5	1.039	2,5	1.174	2,9	8.569	2,9
Fortaleza	1.170	2,8	1.663	3,8	2.729	6,3	2.836	6,7	3.730	8,6	3.159	7,7	3.766	9,2	19.053	6,4
Natal	1.574	3,7	1.810	4,1	1.749	4,0	1.897	4,5	1.789	4,1	1.567	3,8	1.506	3,7	11.892	4,0
João Pessoa	1.016	2,4	1.258	2,9	1.304	3,0	1.782	4,2	2.128	4,9	2.322	5,7	2.329	5,7	12.139	4,1
Recife	1.659	4,0	1.151	2,6	979	2,3	1.020	2,4	1.577	3,6	1.532	3,7	1.374	3,3	9.292	3,1
Maceió	1.744	4,1	1.902	4,4	1.790	4,1	1.604	3,8	1.788	4,1	2.070	5,1	1.816	4,4	12.714	4,3
Aracaju	1.482	3,5	1.782	4,1	1.832	4,2	1.890	4,5	2.484	5,7	2.254	5,5	2.112	5,1	13.836	4,7
Salvador	3.178	7,5	3.595	8,2	2.203	5,1	1.795	4,3	319	0,8	209	0,5	350	0,9	11.649	3,9
Capitais do Nordeste	14.387	34,1	15.876	36,3	15.583	35,9	15.606	37,0	16.252	37,4	15.730	38,4	16.171	39,4	109.605	36,9
Belo Horizonte	2.389	5,6	2.208	5,0	1.324	3,0	1.395	3,3	1.525	3,5	1.654	4,0	1.906	4,6	12.401	4,2
Vitória	294	0,7	458	1,1	505	1,2	398	1,0	483	1,1	429	1,1	495	1,2	3.062	1,0
Rio de Janeiro	4.843	11,5	5.704	13,0	5.178	11,9	5.312	12,6	4.972	11,5	3.776	9,2	3.273	8,0	33.058	11,1
São Paulo	5.108	12,1	4.872	11,1	5.816	13,4	5.857	13,9	6.412	14,8	6.568	16,0	6.341	15,5	40.974	13,8
Capitais do Sudeste	12.634	29,9	13.242	30,2	12.823	29,5	12.962	30,8	13.392	30,9	12.427	30,3	12.015	29,3	89.495	30,1
Curitiba	5.415	12,8	5.082	11,6	5.237	12,1	5.483	13,0	5.116	11,8	4.165	10,2	4.041	9,8	34.539	11,6
Florianópolis	26	0,1	35	0,1	34	0,1	41	0,1	33	0,1	45	0,1	91	0,2	305	0,1
Porto Alegre	1.908	4,5	2.083	4,8	2.446	5,6	2.236	5,3	2.105	4,8	2.027	4,9	1.830	4,5	14.635	5,0
Capitais do Sul	7.349	17,4	7.200	16,5	7.717	17,8	7.760	18,4	7.254	16,7	6.237	15,2	5.962	14,5	49.479	16,7
Campo Grande	930	2,2	660	1,5	687	1,6	703	1,7	1.061	2,5	1.071	2,6	1.332	3,2	6.444	2,2
Cuiabá	642	1,5	979	2,2	930	2,1	276	0,6	476	1,1	620	1,5	864	2,1	4.787	1,6
Goiânia	4.980	11,8	4.719	10,8	4.496	10,3	3.608	8,6	4.011	9,2	4.259	10,4	4.210	10,3	30.283	10,2
Brasília	787	1,9	622	1,4	721	1,7	733	1,7	709	1,6	298	0,8	161	0,4	4.031	1,3
Capitais do Centro-Oeste	7.339	17,4	6.980	15,9	6.834	15,7	5.320	12,6	6.257	14,4	6.248	15,3	6.567	16,0	45.545	15,3
Brasil (Capitais)	42.237	100	43.799	100	43.448	100	42.128	100	43.414	100	40.962	100	41.035	100	297.023	100

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Tabela 7.6.

Porcentagem de internações decorrentes do uso de drogas em relação ao número total de internações. Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Rio Branco	1,2	1,3	1,4	1,2	0,2	0,3	0,2	0,8
Manaus	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Boa Vista	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Belém	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Macapá	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Palmas	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Capitais do Norte	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
São Luís	1,4	1,6	1,8	1,6	1,5	1,8	2,1	1,7
Teresina	1,3	1,4	1,5	1,5	1,3	1,2	1,4	1,4
Fortaleza	0,6	0,8	1,3	1,4	1,7	1,5	1,8	1,3
Natal	2,4	2,8	2,7	2,7	2,7	2,5	2,4	2,6
João Pessoa	1,7	1,9	1,9	2,6	3,0	3,1	3,1	2,5
Recife	0,8	0,6	0,5	0,5	0,8	0,8	0,7	0,7
Maceió	1,9	2,0	1,9	1,6	1,9	2,4	2,1	2,0
Aracaju	2,0	2,5	2,8	3,0	3,7	3,5	3,4	3,0
Salvador	1,9	2,2	1,3	1,1	0,2	0,1	0,2	1,0
Capitais do Nordeste	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Belo Horizonte	1,0	1,0	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	0,8
Vitória	0,6	0,8	0,9	0,7	0,9	0,8	0,9	0,8
Rio de Janeiro	1,7	2,2	2,0	2,0	2,0	1,6	1,3	1,8
São Paulo	1,1	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0	1,0
Capitais do Sudeste	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2
Curitiba	3,3	3,2	3,4	3,5	3,5	2,8	2,7	3,2
Florianópolis	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Porto Alegre	1,0	1,1	1,3	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
Capitais do Sul	1,9	1,9	2,1	2,1	2,0	1,7	1,6	1,9
Campo Grande	1,7	1,1	1,2	1,3	2,0	1,9	2,4	1,6
Cuiabá	1,7	2,3	2,1	0,6	1,0	1,3	1,9	1,5
Goiânia	3,5	3,1	2,9	2,3	2,6	2,9	3,3	2,9
Brasília	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,2	0,1	0,3
Capitais do Centro-Oeste	1,8	1,7	1,6	1,2	1,4	1,4	1,6	1,5
Brasil (Capitais)	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Tabela 7.7.

Número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	6,43	5,17	4,24	7,35	5,88	6,04	4,33	5,63
Rio Branco	136,94	147,53	143,87	112,56	17,99	29,61	20,64	87,02
Manaus	3,10	1,95	1,96	2,45	4,92	5,57	5,16	3,59
Boa Vista	2,88	0,47	1,81	1,27	5,37	4,81	10,01	3,80
Belém	4,52	3,25	2,83	3,68	4,62	5,04	7,03	4,42
Macapá	10,14	1,96	0,31	3,68	3,38	3,26	2,62	3,62
Palmas	5,30	5,59	4,65	13,32	5,28	6,34	14,58	7,87
Capitais do Norte	13,15	12,19	11,66	10,92	5,71	6,88	7,13	9,66
São Luís	145,09	156,19	176,17	152,22	137,51	158,06	182,14	158,20
Teresina	174,79	175,54	182,31	170,48	138,32	129,56	150,52	160,22
Fortaleza	53,58	74,92	120,95	121,58	157,06	130,70	154,89	116,24
Natal	217,96	246,42	234,83	247,62	229,94	198,38	194,52	224,24
João Pessoa	167,26	203,21	207,37	274,40	322,03	345,49	345,16	266,42
Recife	115,43	79,43	66,99	68,60	105,06	101,12	89,59	89,46
Maceió	213,35	228,26	210,65	181,38	197,91	224,40	202,46	208,34
Aracaju	316,47	375,96	381,85	384,23	498,18	446,08	405,92	401,24
Salvador	127,85	142,63	86,17	68,20	11,93	7,70	12,10	65,23
Capitais do Nordeste	139,14	151,25	146,29	142,16	145,65	138,76	141,09	143,48
Belo Horizonte	105,76	96,65	57,42	59,35	64,20	68,92	78,99	75,90
Vitória	99,32	152,99	166,87	128,59	154,16	135,29	157,62	142,12
Rio de Janeiro	82,12	96,07	86,67	87,78	81,59	61,53	53,71	78,50
São Paulo	48,65	45,96	54,47	54,04	58,68	59,62	58,25	54,24
Capitais do Sudeste	66,66	69,25	66,58	66,30	67,94	62,54	60,97	65,75
Curitiba	334,21	309,01	313,37	317,49	291,03	232,87	224,82	288,97
Florianópolis	7,38	9,71	9,21	10,60	8,32	11,07	22,94	11,32
Porto Alegre	138,93	150,57	175,46	157,87	147,34	140,67	128,81	148,52
Capitais do Sul	219,64	212,47	224,70	219,81	202,43	171,53	164,93	202,22
Campo Grande	136,91	95,30	97,31	95,76	141,51	139,95	183,84	127,23
Cuiabá	130,25	195,69	183,01	52,60	89,17	114,21	164,00	132,70
Goiânia	447,99	417,88	392,28	305,39	333,97	348,98	338,25	369,25
Brasília	37,52	28,99	32,93	32,12	30,39	12,50	6,56	25,86
Capitais do Centro-Oeste	167,51	156,22	150,20	112,66	129,88	127,19	132,62	139,47
Brasil (Capitais)	102,93	105,33	103,19	97,57	99,11	92,24	92,79	99,02

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Gráfico 7.7.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

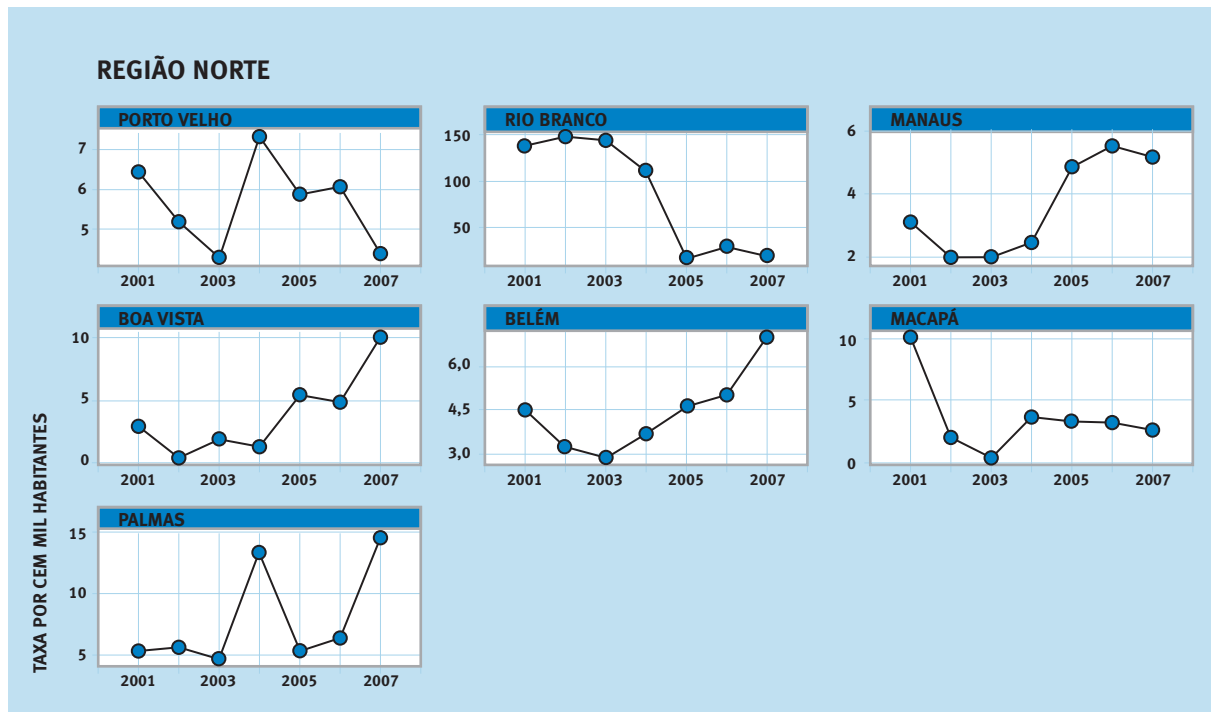


Gráfico 7.8.

Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.

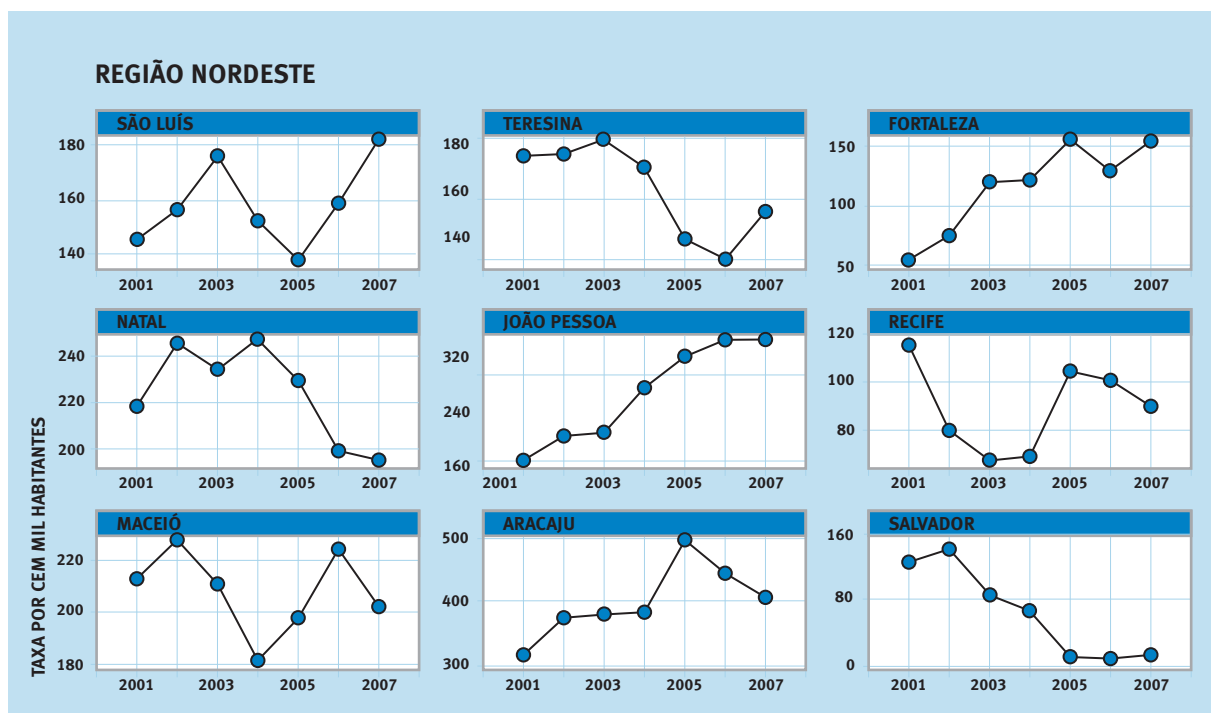


Gráfico 7.9.
Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sudeste, 2001 a 2007.

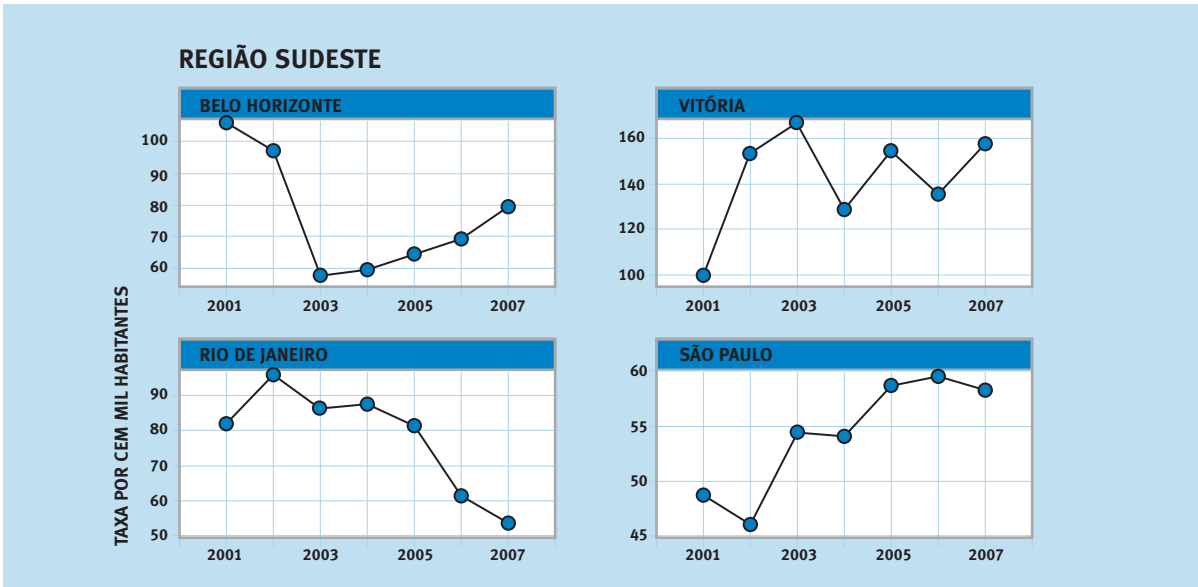


Gráfico 7.10.
Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

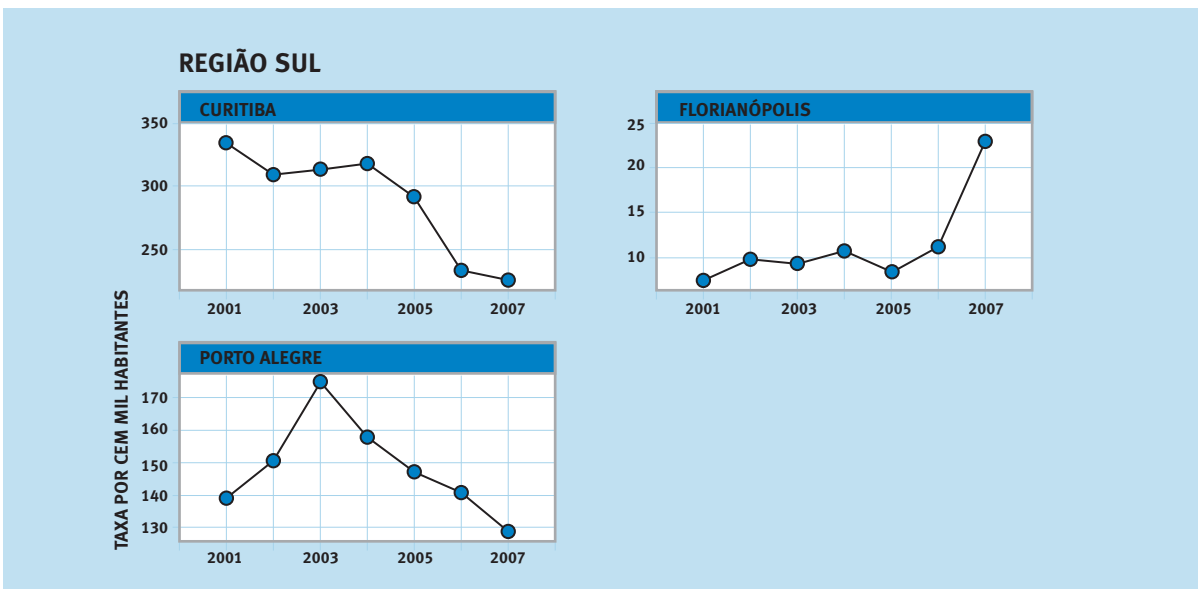
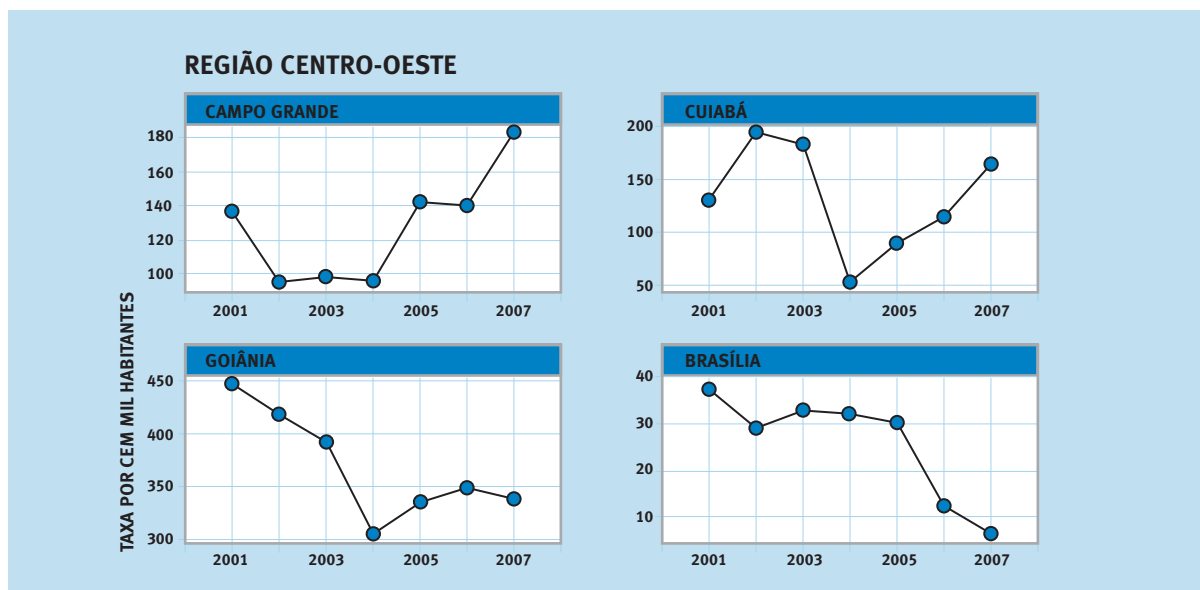


Gráfico 7.11.
Evolução do número de internações decorrentes do uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



Segundo a faixa etária (Tabela 7.8), as internações decorrentes do uso de drogas ocorreram, na sua maioria, entre 20 e 59 anos de idade, que correspondem a cerca de 89% das internações observadas para todas as idades. Foram observadas 127.522 internações em 2001, 128.409 em 2002, 129.421 em 2003; 120.214 em 2004, 119.526 em 2005, 115.714 em 2006 e 120.391 em 2007 nessas faixas etárias. Em crianças com idade de 5 a 9 anos, as internações anuais observadas variaram de 407 a 284.

A análise de tendência mostra queda nas faixas etárias de 5 a 9 anos ($p=0,001$), de 30 a 39 anos ($p=0,001$), de 40 a 49 anos ($p=0,002$), de 60 a 69 anos ($p=0,001$) e de 70 a 79 anos ($p=0,039$) e ausência de tendência para as faixas etárias de 10 a 14 anos ($p=0,065$), de 15 a 19 anos ($p=0,576$), de 20 a 29 anos ($p=0,053$), de 50 a 59 anos ($p=0,385$) e de 80 anos ou mais ($p=0,117$).

Quanto ao gênero (Tabela 7.9), 88% das internações ocorreram em indivíduos do sexo masculino. Aparentemente não houve mudanças importantes na distribuição das internações por uso de drogas, segundo o gênero, ao longo dos anos.

Tabela 7.8.

Número de internações decorrentes do uso de drogas por faixa etária. Brasil, 2001 a 2007.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5 a 9 anos	407	0,3	385	0,3	330	0,2	344	0,3	324	0,2	315	0,3	284	0,2	2.389	0,3
10 a 14 anos	937	0,7	972	0,7	1.032	0,7	808	0,6	811	0,6	814	0,6	824	0,6	6.198	0,6
15 a 19 anos	4.477	3,1	5.277	3,6	5.224	3,6	4.741	3,5	4.674	3,5	4.962	3,8	5.223	3,9	34.578	3,6
20 a 29 anos	21.531	15,0	23.284	16,1	23.732	16,4	22.735	16,9	22.804	17,1	23.701	18,3	26.192	19,4	163.979	17,0
30 a 39 anos	43.038	30,0	42.149	29,1	41.725	28,8	37.731	28,0	36.781	27,5	35.045	27,1	35.736	26,5	272.205	28,2
40 a 49 anos	43.205	30,2	42.908	29,7	43.301	29,9	40.466	30,1	40.064	30,0	38.262	29,5	38.586	28,7	286.792	29,7
50 a 59 anos	19.748	13,8	20.068	13,9	20.663	14,2	19.282	14,3	19.877	14,9	18.706	14,4	19.877	14,8	138.221	14,3
60 a 69 anos	6.826	4,8	6.849	4,7	6.518	4,5	6.045	4,5	5.849	4,4	5.523	4,3	5.725	4,3	43.335	4,5
70 a 79 anos	1.351	0,9	1.400	1,0	1.354	0,9	1.280	1,0	1.292	1,0	1.328	1,0	1.228	0,9	9.233	1,0
80 anos ou mais	430	0,3	331	0,2	290	0,2	324	0,2	266	0,2	292	0,2	316	0,2	2.249	0,2
Ignorado	1.249	0,9	1.050	0,7	901	0,6	817	0,6	768	0,6	671	0,5	683	0,5	6.139	0,6
Total	143.199	100	144.673	100	145.070	100	134.573	100	133.510	100	129.619	100	134.674	100	965.318	100

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Tabela 7.9.

Número de internações decorrentes do uso de drogas por gênero. Brasil, 2001 a 2007.

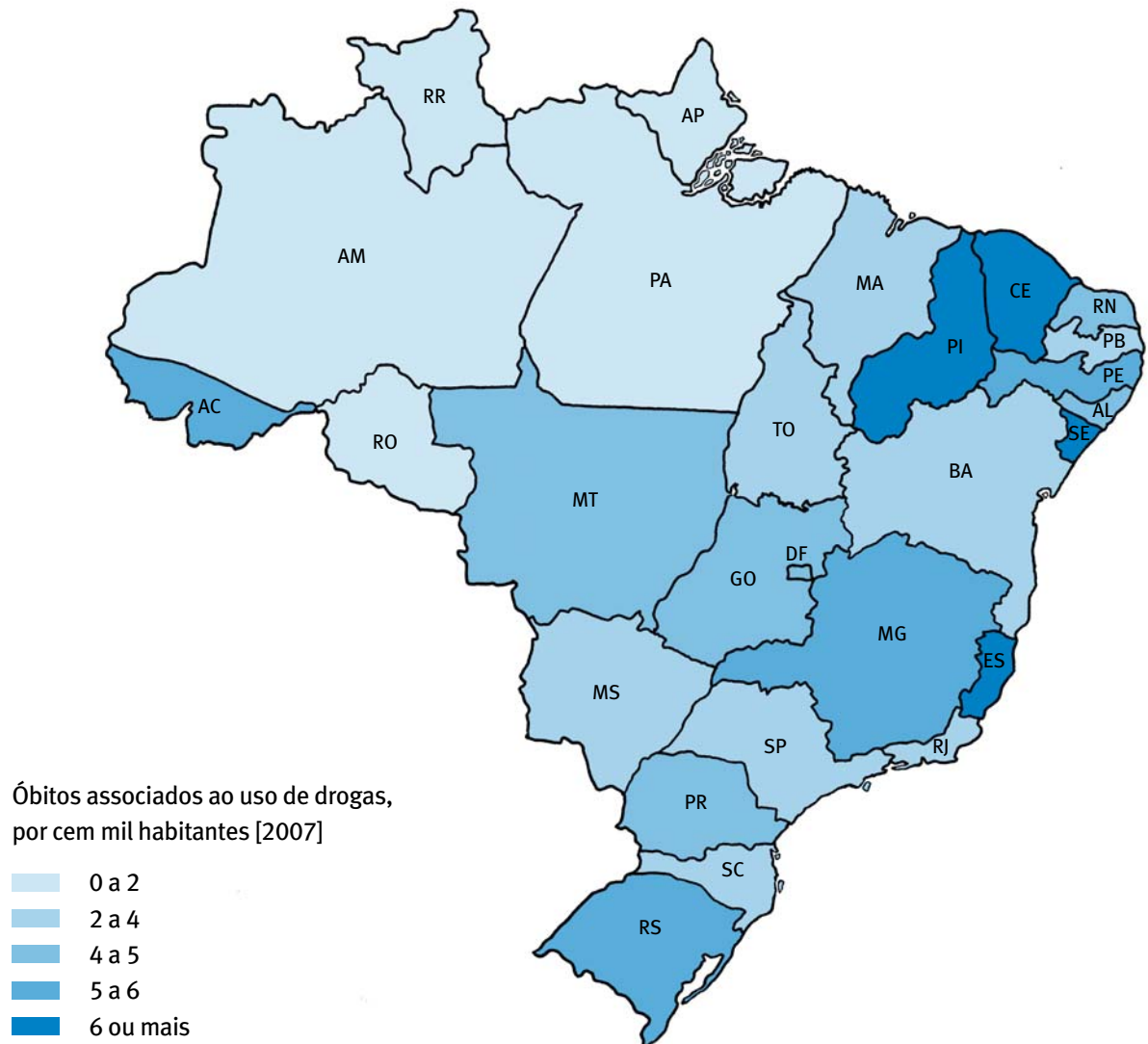
Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	126.478	88,3	127.157	87,9	127.508	87,9	118.301	87,9	117.101	87,7	113.321	87,4	117.055	86,9	846.921	87,7
Feminino	16.721	11,7	17.516	12,1	17.562	12,1	16.272	12,1	16.409	12,3	16.298	12,6	17.619	13,1	118.397	12,3
Total	143.199	100	144.673	100	145.070	100	134.573	100	133.510	100	129.619	100	134.674	100	965.318	100

Fonte: SIHSUS/DATASUS/SE/MS.

Conclusões

1. A maioria das internações ocorridas em 2007 deveu-se a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso do álcool (CID-10: F10), correspondendo a aproximadamente 69% dos casos. Em seguida vêm as internações decorrentes do uso de múltiplas drogas com cerca de 23% das internações, e de cocaína, que totalizam 5%.
2. Entre 2001 a 2007, para as unidades federativas e regiões do Brasil, foram observadas 965.318 internações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, com um aumento gradual até 2003 (passando de 143.199 internações em 2001 para 145.070 em 2003), em contraste com os anos seguintes, que apresentaram uma tendência de diminuição do número de internações associadas ao uso de drogas (134.573 internações em 2004 e 129.619, em 2006). No ano de 2007, por sua vez, observou-se novo aumento no índice (134.674 internações).
3. As menores taxas de internações estão no Norte. Tomando como base o ano de 2007, destacam-se com altas taxas o estado de Sergipe no Nordeste, São Paulo e Espírito Santo no Sudeste, Paraná e Santa Catarina no Sul, e Goiás no Centro-Oeste. O estado do Paraná é o que tem as maiores taxas, chegando a ultrapassar 200 internações por 100.000 habitantes.
4. Observou-se tendência de queda das taxas de internações por 100.000 habitantes, no Brasil como um todo e nos estados do Acre, Rio Grande do Norte, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná. Os estados que apresentaram crescimento foram: Amazonas, Maranhão, Ceará, Paraíba e Sergipe.
5. As capitais Rio Branco, Teresina, Salvador, Rio de Janeiro, Curitiba, Goiânia e Brasília apresentaram tendência de queda na taxa de internações por 100.000 habitantes, enquanto Manaus, Boa Vista, Fortaleza, João Pessoa e São Paulo apresentaram tendência de crescimento.
6. As internações decorrentes do uso de drogas ocorreram, na sua maioria, entre 20 e 59 anos de idade, faixa que corresponde a cerca de 89% das internações observadas para todas as idades.
7. Quanto ao gênero, 88% das internações ocorreram em indivíduos do sexo masculino. Aparentemente não houve mudanças importantes na distribuição das internações por uso de drogas, segundo o gênero, ao longo dos anos.

Mortalidade diretamente associada ao uso de drogas



Os dados considerados neste capítulo referem-se aos óbitos cuja causa básica foi envenenamento (intoxicação) ou transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas, notificados no sistema SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), no período de 2001 a 2007.

O Sistema de Informações de Mortalidade – SIM está vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e coleta aproximadamente 40 variáveis das declarações de óbito, de modo a captar informações sobre o número de óbitos ocorridos no Brasil, contados segundo o ano e local de residência do falecido ou de ocorrência do óbito.

O documento básico para esse tipo de registro no Brasil é a Declaração de Óbito (DO), padronizada nacionalmente e distribuída pelo Ministério da Saúde, em três vias. Esse documento é indispensável para o fornecimento da certidão de óbito em cartório de registro civil e para o sepultamento.

As Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Óbitos dos Institutos de Medicina Legal (IML), Serviços de Verificação de Óbitos (SVO), estabelecimentos de saúde e cartórios e incluem, no SIM, as informações nelas contidas.

Uma das informações primordiais é a causa básica de óbito, que é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde.

Neste relatório foram considerados apenas os dados referentes ao que se convencionou chamar de “mortalidade diretamente associada ao uso de drogas”. Este indicador é composto pelos casos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas e de envenenamento intencional ou acidental, de acordo com a CID -10 e indicados como causa básica da morte na Declaração de Óbito.

No caso específico dos códigos CID considerados neste relatório, alguns fatores têm dificultado a notificação mais rigorosa dos óbitos. Estes fatores variam de região para região, podendo ser de ordem cultural, implicando no não registro da causa básica como sendo algum transtorno associado ao uso de drogas, ou estrutural, associada à carência de recursos para apuração da verdadeira causa básica. Neste sentido, os dados relatados representam apenas parte dos óbitos associados ao uso de drogas. Além disso, os dados referentes ao ano de 2007 são preliminares, uma vez que o sistema ainda está consolidando as informações referentes a esse período, o que pode ser fonte de algumas discrepâncias entre os dados ora analisados e os que serão futuramente apresentados de forma oficial quando o SIM finalizar esse processo.

Por questão de padronização para comparação das unidades federativas e de uniformidade dos capítulos deste relatório, os dados foram analisados considerando sua distribuição na população total brasileira, dos estados e das capitais, apesar dos óbitos, nas categorias consideradas, concentrarem-se na faixa etária dos 30 aos 59 anos, na população masculina e serem predominantemente associados ao uso de bebidas alcoólicas.

Portanto, os resultados apresentados neste relatório devem ser avaliados com cautela, pois estudos baseados em causa básica como este, não utilizam todas as informações disponíveis na Declaração de Óbitos, além do que muitos diagnósticos não são reportados como causa associada. Mortes por causas externas, como homicídios, suicídios e acidentes não foram contabilizadas.

A Tabela 8.1 apresenta o número de óbitos cuja causa básica foi o envenenamento ou algum transtorno mental e comportamental pelo uso de substâncias psicoativas, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-10, discriminados por droga utilizada.

Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool são os responsáveis pelo maior número de mortes associadas ao uso de drogas, correspondendo aproximadamente a 90% dos casos, seguidos pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco, com cerca de 6%, de múltiplas drogas, com 0,7% e de cocaína, com 0,4%. Essas porcentagens são aproximadamente constantes no período de tempo observado.

Tabela 8.1.

Número de óbitos associados a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas. Brasil, 2001 a 2007¹.

Droga	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F10 Álcool	5.044	88,7	5.096	88,8	5.213	87,9	5.762	88,1	6.351	87,6	6.627	84,0	6.525	83,1	40.618	86,6
F11 Opiáceos	0	0,0	2	0,1	2	0,0	2	0,0	4	0,1	7	0,1	7	0,1	24	0,1
F12 Canabinoídes	1	0,0	2	0,1	7	0,1	13	0,2	10	0,1	10	0,1	9	0,1	52	0,1
F13 Sedativos e hipnóticos	4	0,1	1	0,0	6	0,1	5	0,1	6	0,1	6	0,1	5	0,1	33	0,1
F14 Cocaína	22	0,4	30	0,5	21	0,4	24	0,4	25	0,4	48	0,6	37	0,5	207	0,4
F15 Outros estimulantes	0	0,0	1	0,0	3	0,1	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0	10	0,0
F16 Alucinógenos	6	0,1	2	0,1	1	0,0	3	0,0	3	0,0	4	0,1	11	0,1	30	0,1
F17 Tabaco	257	4,5	258	4,4	287	4,8	359	5,5	416	5,7	683	8,6	717	9,1	2.977	6,3
F18 Solventes voláteis	7	0,1	1	0,0	3	0,1	5	0,1	6	0,1	7	0,1	8	0,1	37	0,1
F19 Múltiplas drogas	27	0,5	24	0,4	36	0,6	37	0,6	68	0,9	68	0,9	78	1,0	338	0,7
Total códigos F	5.368	94,4	5.417	94,4	5.579	94,1	6.213	95,0	6.889	95,0	7.460	94,6	7.400	94,2	44.326	94,5
Envenenamento por álcool	24	0,4	26	0,5	31	0,5	26	0,4	27	0,4	32	0,4	32	0,4	198	0,4
Outros envenenamentos	297	5,2	295	5,1	322	5,4	302	4,6	331	4,6	393	5,0	424	5,4	2.364	5,1
Total	5.389	100	5.738	100	5.932	100	6.541	100	7.247	100	7.885	100	7.856	100	46.888	100

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Tabela 8.2.

Número de óbitos associados ao uso de drogas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	30	0,5	22	0,4	26	0,5	26	0,4	16	0,2	22	0,2	22	0,3	164	0,3
Acre	15	0,3	19	0,3	14	0,2	17	0,3	29	0,4	32	0,4	33	0,4	159	0,3
Amazonas	28	0,5	46	0,8	49	0,8	46	0,7	47	0,7	48	0,6	53	0,7	317	0,7
Roraima	4	0,1	5	0,1	4	0,1	8	0,1	3	0,0	4	0,1	5	0,0	33	0,1
Pará	52	0,9	52	0,9	59	1,0	69	1,1	58	0,8	86	1,1	68	0,9	444	0,9
Amapá	9	0,1	6	0,1	5	0,1	4	0,1	4	0,1	4	0,1	4	0,0	36	0,1
Tocantins	22	0,4	37	0,7	37	0,6	36	0,5	39	0,5	54	0,7	38	0,5	263	0,6
Região Norte	160	2,8	187	3,3	194	3,3	206	3,2	196	2,7	250	3,2	223	2,8	1.416	3,0
Maranhão	70	1,2	68	1,2	73	1,2	69	1,0	210	2,9	192	2,4	199	2,5	881	1,9
Piauí	49	0,9	89	1,6	81	1,4	83	1,3	103	1,4	174	2,2	210	2,7	789	1,7
Ceará	397	7,0	370	6,4	378	6,4	398	6,1	484	6,7	622	7,9	610	7,8	3.259	7,0
Rio Grande do Norte	64	1,1	71	1,2	70	1,2	80	1,2	126	1,7	153	1,9	134	1,7	698	1,5
Paraíba	52	0,9	45	0,8	76	1,3	94	1,4	145	2,0	156	2,0	138	1,8	706	1,5
Pernambuco	307	5,4	291	5,1	302	5,1	318	4,9	432	6,0	484	6,1	483	6,1	2.617	5,6
Alagoas	67	1,2	62	1,1	55	0,9	57	0,9	96	1,3	149	1,9	144	1,8	630	1,3
Sergipe	61	1,1	89	1,5	75	1,2	143	2,2	143	2,0	140	1,8	161	2,1	812	1,7
Bahia	304	5,3	333	5,8	319	5,4	316	4,8	331	4,6	512	6,5	512	6,5	2.627	5,6
Região Nordeste	1.371	24,1	1.418	24,7	1.429	24,1	1.558	23,8	2.070	28,6	2.582	32,7	2.591	33,0	13.019	27,8
Minas Gerais	886	15,6	912	15,9	1.012	17,0	1.112	17,0	1.179	16,2	1.172	14,9	1.142	14,5	7.415	15,8
Espírito Santo	113	2,0	147	2,6	161	2,7	184	2,8	179	2,5	250	3,2	291	3,7	1.325	2,8
Rio de Janeiro	490	8,6	396	6,9	407	6,9	513	7,9	557	7,7	542	6,9	548	7,0	3.453	7,4
São Paulo	1.270	22,3	1.139	19,8	1.113	18,8	1.232	18,8	1.289	17,8	1.337	16,9	1.205	15,3	8.585	18,3
Região Sudeste	2.759	48,5	2.594	45,2	2.693	45,4	3.041	46,5	3.204	44,2	3.301	41,9	3.186	40,5	20.778	44,3
Paraná	440	7,7	402	7,0	434	7,3	499	7,6	464	6,4	497	6,3	498	6,4	3.234	6,9
Santa Catarina	179	3,2	173	3,0	174	2,9	211	3,2	192	2,6	179	2,3	221	2,8	1.329	2,8
Rio Grande do Sul	340	6,0	405	7,1	422	7,1	470	7,2	461	6,4	439	5,5	567	7,2	3.104	6,6
Região Sul	959	16,9	980	17,1	1.030	17,3	1.180	18,0	1.117	15,4	1.115	14,1	1.286	16,4	7.667	16,3
Mato Grosso do Sul	72	1,3	101	1,8	106	1,8	82	1,3	117	1,6	81	1,0	90	1,2	649	1,4
Mato Grosso	81	1,4	118	2,0	130	2,2	93	1,4	124	1,7	154	2,0	123	1,6	823	1,8
Goiás	197	3,4	248	4,3	246	4,1	250	3,8	260	3,6	277	3,5	246	3,1	1.724	3,7
Distrito Federal	90	1,6	92	1,6	104	1,8	131	2,0	159	2,2	125	1,6	111	1,4	812	1,7
Região Centro-Oeste	440	7,7	559	9,7	586	9,9	556	8,5	660	9,1	637	8,1	570	7,3	4.008	8,6
Brasil	5.689	100	5.738	100	5.932	100	6.541	100	7.247	100	7.885	100	7.856	100	46.888	100

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Os números de óbitos por unidades federativas e regiões geográficas, bem como as correspondentes participações no todo, são exibidos na Tabela 8.2. O número absoluto de óbitos cresceu no Brasil como um todo, no período de tempo observado e o estado de São Paulo é o que apresentou mais casos (cerca de 18% deles), o que já era esperado, pois São Paulo é o estado mais populoso. No total, foram notificados 5.689 óbitos em 2001, 5.738 em 2002, 5.932 em 2003, 6.541 em 2004, 7.247 em 2005, 7.885 em 2006 e 7.856 em 2007.

Observou-se que, entre 2001 e 2007, as regiões que apresentaram o maior número de óbitos associados ao uso de drogas foram, respectivamente, Sudeste, Nordeste e Sul. A Região Norte foi a que apresentou o menor número de óbitos.

A Tabela 8.3 mostra a porcentagem de óbitos associados ao uso de drogas sobre o total de óbitos do respectivo estado, região ou Brasil, para os anos de 2001 a 2007. No Brasil como um todo e em todo o período, essa porcentagem representa 0,7% dos casos. Os estados Acre, Piauí, Sergipe e Espírito Santo apresentaram certo crescimento nessa porcentagem, chegando a ultrapassar o valor de um ponto percentual no ano de 2007. Os estados Ceará, Minas Gerais e Distrito Federal também ultrapassam 1% em 2007, mas têm essa porcentagem mais ou menos constante ao longo do tempo.

Tabela 8.3.

Porcentagem de óbitos associados ao uso de drogas em relação ao número total de óbitos. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4
Acre	0,6	0,8	0,6	0,6	1,0	1,2	1,2	0,9
Amazonas	0,3	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
Roraima	0,3	0,4	0,3	0,6	0,2	0,3	0,3	0,3
Pará	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
Amapá	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Tocantins	0,5	0,8	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	0,7
Região Norte	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Maranhão	0,4	0,3	0,3	0,3	0,9	0,8	0,9	0,6
Piauí	0,4	0,7	0,6	0,6	0,7	1,2	1,4	0,8
Ceará	1,1	0,9	0,9	1,0	1,2	1,5	1,5	1,2
Rio Grande do Norte	0,5	0,5	0,5	0,5	0,9	1,1	0,9	0,7
Paraíba	0,3	0,2	0,4	0,5	0,7	0,8	0,7	0,5
Pernambuco	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,9	0,9	0,7
Alagoas	0,4	0,4	0,4	0,4	0,6	1,0	0,9	0,6
Sergipe	0,6	0,9	0,8	1,5	1,5	1,5	1,7	1,2
Bahia	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,8	0,8	0,6
Região Nordeste	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	1,0	1,0	0,7
Minas Gerais	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1	1,0
Espírito Santo	0,6	0,8	0,9	1,0	1,0	1,3	1,5	1,0
Rio de Janeiro	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4
São Paulo	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Região Sudeste	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6
Paraná	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Santa Catarina	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6
Rio Grande do Sul	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,8	0,6
Região Sul	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7
Mato Grosso do Sul	0,6	0,9	0,9	0,7	0,9	0,6	0,7	0,8
Mato Grosso	0,7	1,0	1,1	0,7	1,0	1,2	1,0	0,9
Goias	0,8	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	0,9	0,9
Distrito Federal	1,0	1,0	1,1	1,4	1,7	1,3	1,1	1,2
Região Centro-Oeste	0,8	1,0	1,0	0,9	1,1	1,0	0,9	0,9
Brasil	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,7

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Considerando os dados oficiais do IBGE sobre as estimativas da população, com relação às taxas de óbitos por 100.000 habitantes, observa-se na Tabela 8.4 e no mapa da página inicial deste capítulo, que as taxas de óbitos associados ao uso de drogas em geral são menores na Região Norte. A Região Nordeste chega a atingir 5 mortes por 100.000 habitantes nos anos de 2006 e 2007. Esse aumento, entretanto, pode expressar melhora na qualidade da informação. O mesmo ocorre com a Região Centro-Oeste no ano de 2005. Em 2007, o ano mais recente na série observada, os estados com maiores taxas são Espírito Santo (8,68), Sergipe (8,30), Ceará (7,45) e Piauí (6,93).

Fazendo a comparação dos estados dentro de cada região, no ano de 2007, destacam-se com maior número de casos o Acre, na Região Norte; Piauí, Ceará e Sergipe, na Região Nordeste; Espírito Santo, na Região Sudeste; e Rio Grande do Sul e Paraná, na Região Sul. Na Região Centro-Oeste, todos os estados apresentam taxas próximas, sendo a do estado do Mato Grosso de 4,0 e as dos demais estados pouco superiores a esse valor.

Na avaliação da tendência no tempo, conforme os Gráficos 8.1 a 8.6, observou-se que no Brasil como um todo houve tendência de crescimento ($p=0,001$), e que o mesmo ocorreu nos estados do Acre ($p=0,015$), Maranhão ($p=0,017$), Piauí ($p=0,006$), Ceará ($p=0,016$), Rio Grande do Norte ($p=0,006$), Paraíba ($p=0,003$), Pernambuco ($p=0,007$), Alagoas ($p=0,022$), Sergipe ($p=0,006$), Bahia ($p=0,036$), Minas Gerais ($p=0,006$), Espírito Santo ($p=0,002$) e Rio Grande do Sul ($p=0,025$). Os estados que não apresentaram tendência foram Rondônia ($p=0,108$), Amazonas ($p=0,191$), Roraima ($p=0,682$), Pará ($p=0,138$), Tocantins ($p=0,099$), Rio de Janeiro ($p=0,151$), São Paulo ($p=0,885$), Paraná ($p=0,120$), Santa Catarina ($p=0,427$), Mato Grosso do Sul ($p=0,920$), Mato Grosso ($p=0,303$), Goiás ($p=0,390$) e Distrito Federal ($p=0,389$). O único estado a apresentar tendência de queda foi o Amapá ($p=0,015$).

Tabela 8.4.

Número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes.
Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007¹.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	2,13	1,54	1,79	1,66	1,04	1,41	1,51	1,58
Acre	2,61	3,24	2,33	2,70	4,33	4,66	5,04	3,56
Amazonas	0,97	1,55	1,62	1,47	1,45	1,45	1,64	1,45
Roraima	1,19	1,44	1,12	2,09	0,77	0,99	1,26	1,27
Pará	0,82	0,81	0,90	1,01	0,83	1,21	0,96	0,93
Amapá	1,80	1,16	0,93	0,73	0,67	0,65	0,68	0,95
Tocantins	1,86	3,07	3,01	2,85	2,99	4,05	3,06	2,98
Região Norte	1,21	1,38	1,41	1,43	1,33	1,66	1,52	1,42
Maranhão	1,22	1,17	1,24	1,15	3,44	3,10	3,25	2,08
Piauí	1,71	3,07	2,77	2,79	3,43	5,73	6,93	3,78
Ceará	5,26	4,83	4,87	4,99	5,98	7,57	7,45	5,85
Rio Grande do Norte	2,27	2,49	2,42	2,70	4,20	5,03	4,45	3,37
Paraíba	1,50	1,29	2,16	2,63	4,03	4,31	3,79	2,82
Pernambuco	3,83	3,60	3,70	3,82	5,13	5,69	5,69	4,49
Alagoas	2,35	2,15	1,89	1,91	3,18	4,88	4,74	3,01
Sergipe	3,36	4,82	4,00	7,39	7,27	7,00	8,30	6,02
Bahia	2,30	2,50	2,37	2,31	2,40	3,67	3,64	2,74
Região Nordeste	2,84	2,90	2,90	3,09	4,06	5,00	5,03	3,69
Minas Gerais	4,89	4,97	5,45	5,85	6,13	6,02	5,93	5,61
Espírito Santo	3,58	4,59	4,95	5,49	5,25	7,22	8,68	5,68
Rio de Janeiro	3,37	2,69	2,74	3,37	3,62	3,48	3,55	3,26
São Paulo	3,37	2,98	2,88	3,09	3,19	3,26	3,03	3,11
Região Sudeste	3,76	3,48	3,57	3,93	4,08	4,15	4,09	3,87
Paraná	4,54	4,10	4,38	4,92	4,52	4,78	4,84	4,58
Santa Catarina	3,29	3,13	3,10	3,65	3,27	3,00	3,77	3,32
Rio Grande do Sul	3,30	3,89	4,01	4,38	4,25	4,00	5,36	4,17
Região Sul	3,77	3,81	3,96	4,43	4,14	4,08	4,81	4,14
Mato Grosso do Sul	3,41	4,72	4,89	3,68	5,17	3,52	3,97	4,19
Mato Grosso	3,16	4,53	4,90	3,38	4,42	5,39	4,31	4,30
Goiás	3,85	4,76	4,64	4,54	4,63	4,83	4,36	4,52
Distrito Federal	4,29	4,29	4,75	5,74	6,81	5,24	4,52	5,09
Região Centro-Oeste	3,70	4,62	4,76	4,35	5,07	4,80	4,31	4,52
Brasil	3,30	3,29	3,35	3,60	3,93	4,22	4,27	3,71

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Gráfico 8.1.
Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.

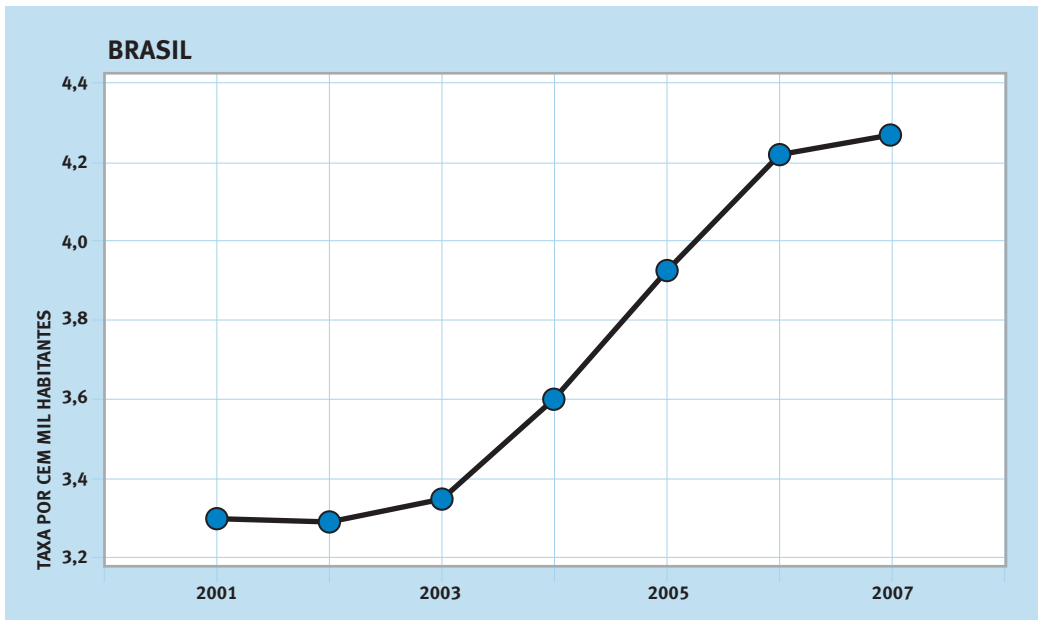


Gráfico 8.2.
Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

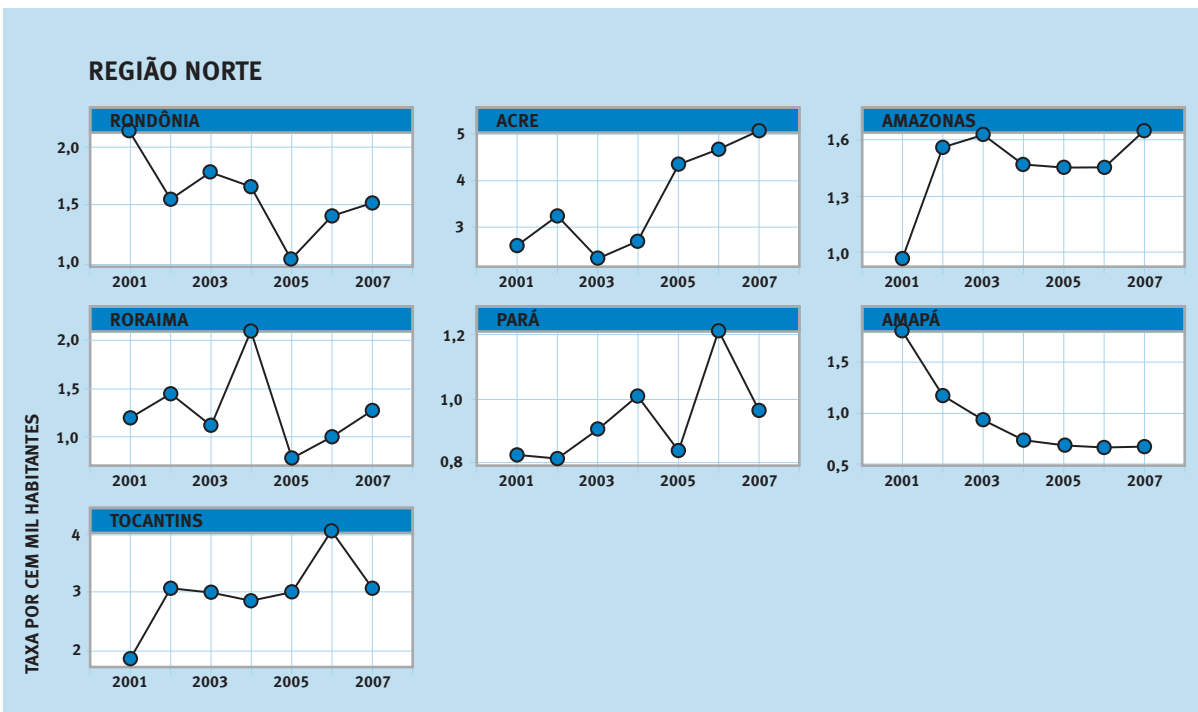


Gráfico 8.3.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

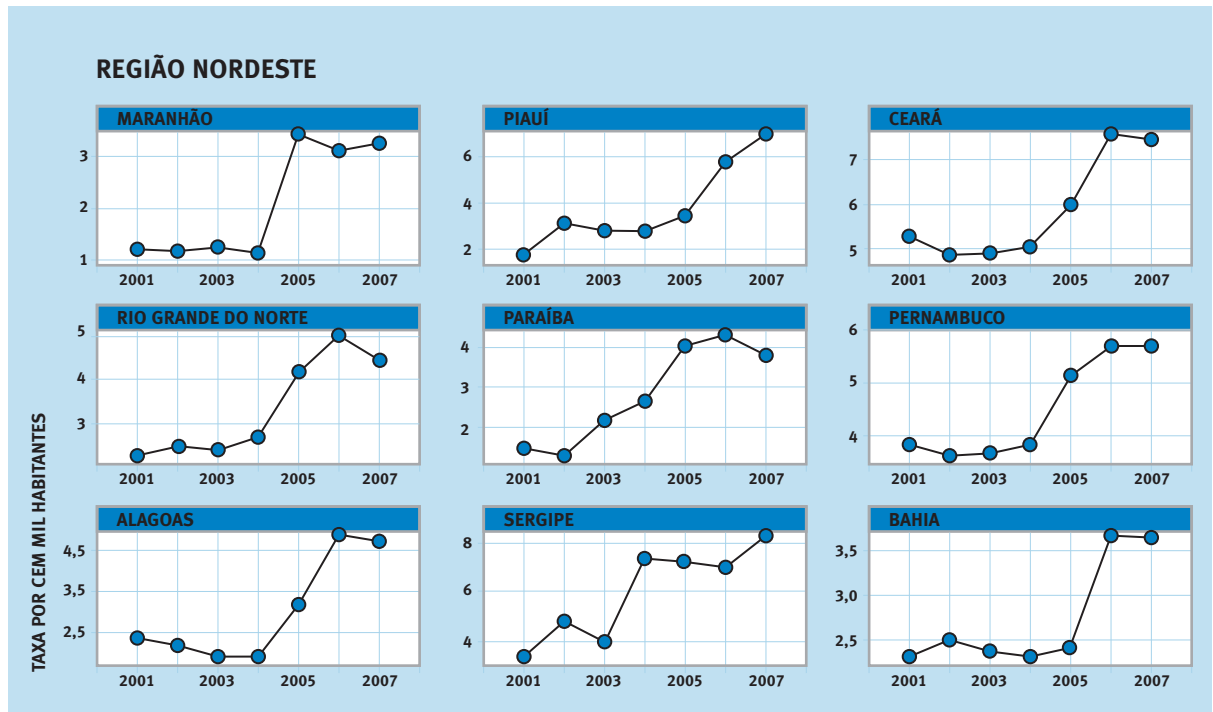


Gráfico 8.4.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

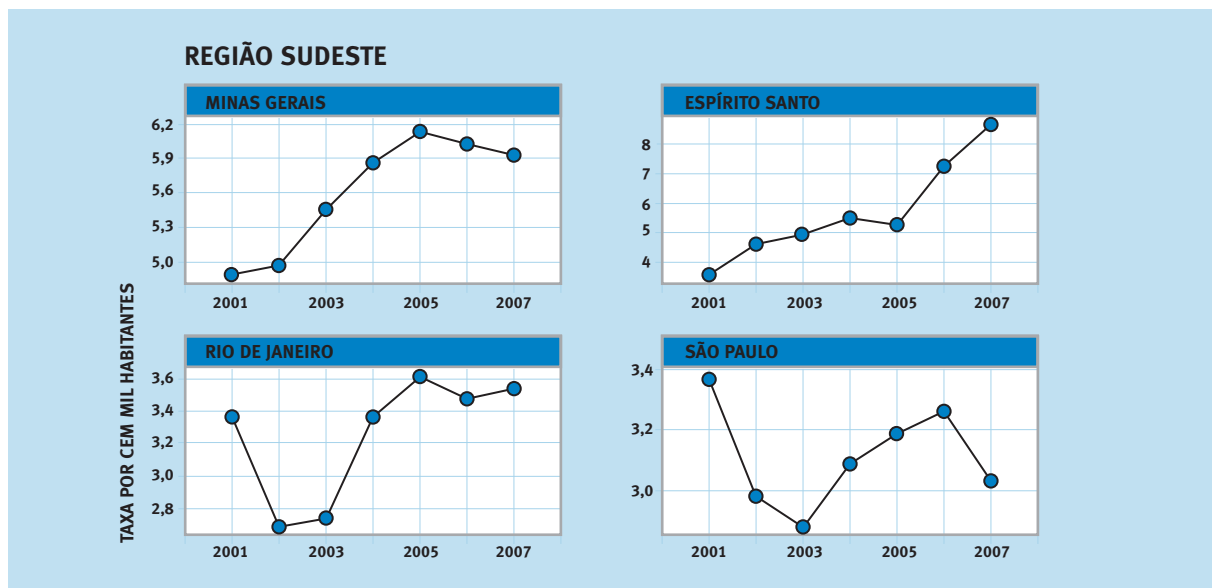


Gráfico 8.5.
Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

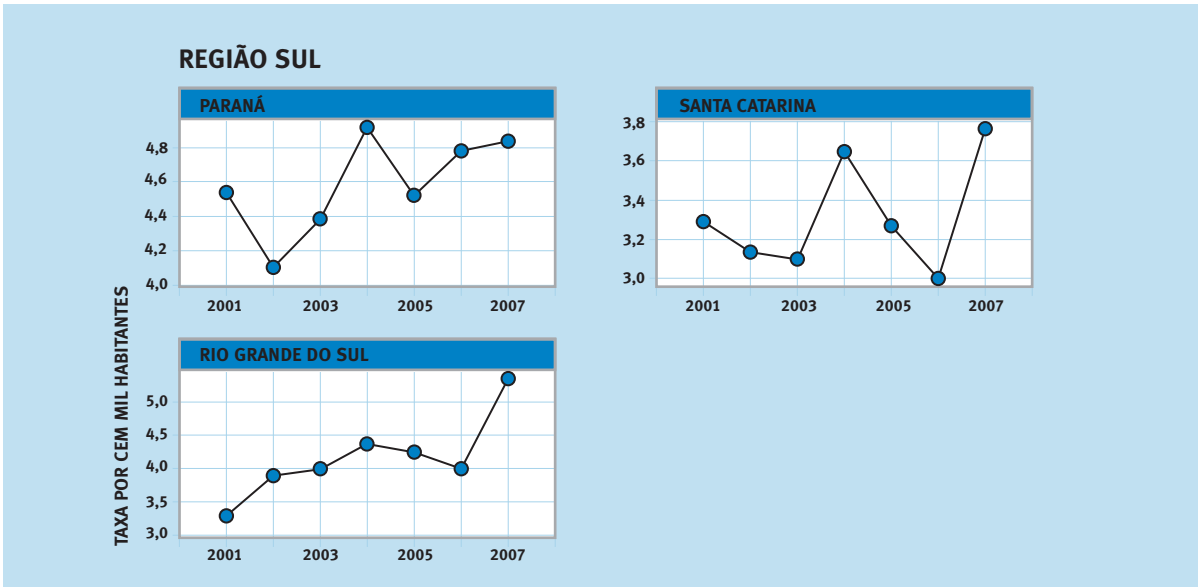
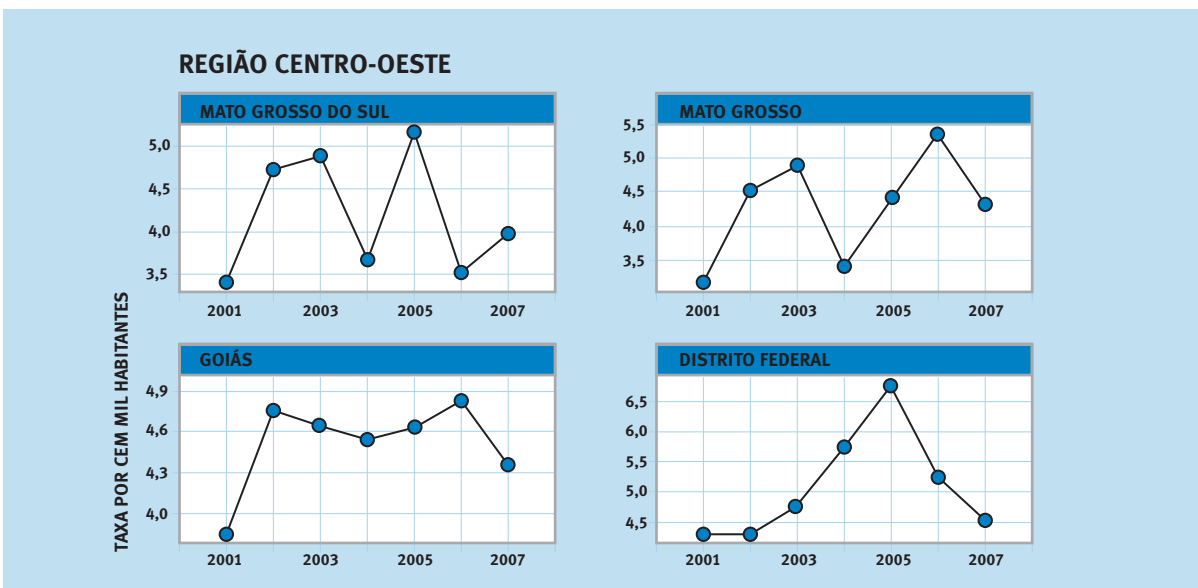


Gráfico 8.6.
Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



A análise apresentada acima foi repetida para as capitais de residência. As Tabelas 8.5, 8.6 e 8.7 mostram o número de óbitos associados ao uso de drogas e respectiva distribuição, a porcentagem desses casos no número total de óbitos e a taxa por 100.000 habitantes para cada capital, respectivamente. A evolução dessa taxa é mostrada nos Gráficos 8.7 a 8.11. A análise dessas tabelas e gráficos mostra que as participações do número de óbitos associados ao uso de drogas sobre o número total de óbitos nas capitais são parecidas com as participações nos respectivos estados, com os mesmos destaques, ou seja, as cidades de Rio Branco, Teresina, Aracaju e Vitória. As tabelas mostram ainda que o Acre é o único estado em que o número de óbitos associados a drogas tem maior representatividade no número total de óbitos na capital do que na respectiva unidade federativa (1,7% *versus* 1,2%, em 2007). As capitais com maior número absoluto de óbitos são São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, sendo os resultados das duas primeiras já esperados pois são as maiores cidades do Brasil. Nas regiões, as capitais que mais contribuem para o total de óbitos são Manaus na Região Norte, Fortaleza no Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro no Sudeste, Porto Alegre no Sul e Brasília na Região Centro-Oeste.

Tabela 8.5.

Número de óbitos associados ao uso de drogas.

Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	7	0,5	8	0,7	10	0,8	7	0,5	3	0,2	3	0,2	2	0,1	40	0,4
Rio Branco	9	0,7	12	1,0	7	0,6	10	0,8	25	1,9	22	1,6	25	1,8	110	1,2
Manaus	20	1,6	25	2,0	32	2,7	31	2,3	29	2,1	31	2,2	29	2,1	197	2,1
Boa Vista	1	0,1	4	0,3	2	0,2	3	0,2	1	0,1	0	0,0	3	0,2	14	0,2
Belém	12	0,9	15	1,2	14	1,2	14	1,1	13	1,0	15	1,1	15	1,1	98	1,1
Macapá	7	0,5	4	0,3	3	0,3	4	0,3	2	0,1	4	0,3	3	0,2	27	0,3
Palmas	1	0,1	1	0,1	2	0,2	1	0,1	2	0,1	3	0,2	1	0,1	11	0,1
Capitais do Norte	57	4,4	69	5,6	70	6,0	70	5,3	75	5,5	78	5,6	78	5,6	497	5,4
São Luís	22	1,7	24	2,0	28	2,4	27	2,0	44	3,3	46	3,3	40	2,9	231	2,5
Teresina	23	1,8	28	2,3	30	2,6	30	2,3	33	2,4	37	2,6	50	3,6	231	2,5
Fortaleza	26	2,0	68	5,6	83	7,1	68	5,1	86	6,4	107	7,6	131	9,4	569	6,2
Natal	7	0,5	20	1,6	20	1,7	23	1,7	20	1,5	27	1,9	16	1,1	133	1,5
João Pessoa	14	1,1	10	0,8	17	1,4	19	1,4	22	1,6	15	1,1	17	1,2	114	1,2
Recife	62	4,8	55	4,5	40	3,4	42	3,2	57	4,2	61	4,4	49	3,5	366	4,0
Maceió	25	2,0	13	1,1	19	1,6	10	0,8	19	1,4	30	2,2	29	2,1	145	1,6
Aracaju	17	1,3	32	2,6	31	2,6	41	3,1	34	2,5	38	2,7	38	2,7	231	2,5
Salvador	56	4,3	49	4,0	50	4,2	51	3,9	56	4,1	44	3,1	50	3,6	356	3,9
Capitais do Nordeste	252	19,5	299	24,5	318	27,0	311	23,5	371	27,4	405	28,9	420	30,1	2.376	25,9
Belo Horizonte	91	7,0	87	7,1	77	6,5	114	8,6	90	6,7	92	6,5	101	7,2	652	7,1
Vitória	29	2,3	16	1,3	12	1,0	20	1,5	18	1,3	31	2,2	23	1,7	149	1,6
Rio de Janeiro	189	14,6	122	10,0	115	9,8	134	10,1	149	11,0	159	11,4	182	13,1	1.050	11,5
São Paulo	438	33,9	360	29,4	292	24,8	341	25,8	328	24,2	328	23,4	287	20,6	2.374	25,9
Capitais do Sudeste	747	57,8	585	47,8	496	42,1	609	46,0	585	43,2	610	43,5	593	42,6	4.225	46,1
Curitiba	34	2,6	40	3,3	51	4,4	49	3,7	47	3,5	54	3,9	65	4,7	340	3,7
Florianópolis	3	0,3	2	0,1	6	0,5	6	0,5	1	0,1	2	0,1	3	0,2	23	0,3
Porto Alegre	48	3,7	78	6,4	58	4,9	89	6,7	56	4,1	56	4,0	67	4,8	452	4,9
Capitais do Sul	85	6,6	120	9,8	115	9,8	144	10,9	104	7,7	112	8,0	135	9,7	815	8,9
Campo Grande	23	1,8	12	1,0	16	1,4	21	1,6	21	1,5	11	0,8	22	1,6	126	1,4
Cuiabá	9	0,7	18	1,5	33	2,8	18	1,4	23	1,7	18	1,3	11	0,8	130	1,4
Goiânia	30	2,3	29	2,3	25	2,1	19	1,4	17	1,3	42	3,0	23	1,6	185	2,0
Brasília	90	6,9	92	7,5	104	8,8	131	9,9	159	11,7	125	8,9	111	8,0	812	8,9
Capitais do Centro-Oeste	152	11,7	151	12,3	178	15,1	189	14,3	220	16,2	196	14,0	167	12,0	1.253	13,7
Brasil (Capitais)	1.293	100	1.224	100	1.177	100	1.323	100	1.355	100	1.401	100	1.393	100	9.166	100

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Tabela 8.6.

Porcentagem de óbitos associados ao uso de drogas em relação ao número total de óbitos. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,3	0,4	0,5	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3
Rio Branco	0,6	0,8	0,5	0,7	1,6	1,5	1,7	1,1
Manaus	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Boa Vista	0,1	0,5	0,2	0,3	0,1	0,0	0,3	0,2
Belém	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Macapá	0,5	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
Palmas	0,2	0,2	0,4	0,2	0,4	0,6	0,2	0,3
Capitais do Norte	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
São Luís	0,5	0,6	0,6	0,6	1,0	1,1	0,9	0,8
Teresina	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	1,3	0,9
Fortaleza	0,2	0,5	0,6	0,6	0,7	0,9	1,1	0,7
Natal	0,2	0,5	0,5	0,6	0,5	0,7	0,4	0,5
João Pessoa	0,4	0,3	0,5	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5
Recife	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5
Maceió	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,6	0,5	0,4
Aracaju	0,6	1,2	1,2	1,5	1,2	1,4	1,4	1,2
Salvador	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4
Capitais do Nordeste	0,4	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,6
Belo Horizonte	0,7	0,7	0,6	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7
Vitória	1,6	1,0	0,7	1,1	1,0	1,6	1,2	1,2
Rio de Janeiro	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3
São Paulo	0,7	0,5	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5
Capitais do Sudeste	0,6	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,4	0,5
Curitiba	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5
Florianópolis	0,2	0,1	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2
Porto Alegre	0,5	0,8	0,6	0,9	0,5	0,5	0,6	0,6
Capitais do Sul	0,4	0,6	0,5	0,7	0,5	0,5	0,6	0,5
Campo Grande	0,7	0,3	0,4	0,6	0,5	0,3	0,5	0,5
Cuiabá	0,3	0,7	1,3	0,6	0,8	0,7	0,4	0,7
Goiânia	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,6	0,3	0,4
Brasília	1,0	1,0	1,1	1,4	1,7	1,3	1,1	1,2
Capitais do Centro-Oeste	0,7	0,7	0,8	0,8	1,0	0,9	0,7	0,8
Brasil (Capitais)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Com relação às taxas por 100.000 habitantes nas capitais, em termos gerais, as regiões poderiam ser ordenadas, em ordem crescente, como Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Tomando como base o ano de 2007, as capitais com maiores taxas são Rio Branco (8,60), Vitória (7,32), Aracaju (7,30) e Teresina (6,41), sendo que a cidade de Rio Branco tem taxa maior do que a do estado do Acre, que é de 5,04.

Em termos gerais, em 2007, as capitais apresentam taxas menores do que as dos respectivos estados, sendo esta última maior do que o dobro das taxas nas capitais dos estados de Rondônia, Tocantins, Rio Grande do Norte, Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás. O estudo de tendência no tempo aponta tendência de queda nas cidades de Porto Velho ($p=0,019$), Salvador ($p=0,048$) e São Paulo ($p=0,041$) e de aumento nas cidades de Rio Branco ($p=0,026$), São Luís ($p=0,010$), Teresina ($p=0,012$), Fortaleza ($p=0,006$) e Curitiba ($p=0,016$). As capitais que não apresentaram tendência são Manaus ($p=0,397$), Boa Vista ($p=0,586$), Belém ($p=0,763$), Macapá ($p=0,073$), Palmas ($p=0,618$), Natal ($p=0,312$), João Pessoa ($p=0,436$), Recife ($p=0,622$), Maceió ($p=0,452$), Aracaju ($p=0,099$), Belo Horizonte ($p=0,731$), Vitória ($p=0,811$), Rio de Janeiro ($p=0,737$), Florianópolis ($p=0,577$), Porto Alegre ($p=0,990$), Campo Grande ($p=0,800$), Cuiabá ($p=0,835$), Goiânia ($p=0,713$) e Brasília ($p=0,389$).

Tabela 8.7.

Número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais de residência, 2001 a 2007¹.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	2,05	2,30	2,83	1,84	0,80	0,79	0,54	1,59
Rio Branco	3,44	4,48	2,55	3,50	8,18	7,00	8,60	5,39
Manaus	1,38	1,68	2,10	1,95	1,76	1,84	1,76	1,78
Boa Vista	0,48	1,86	0,90	1,27	0,41	0,00	1,20	0,87
Belém	0,92	1,13	1,04	1,01	0,92	1,05	1,06	1,02
Macapá	2,37	1,30	0,94	1,23	0,56	1,09	0,87	1,19
Palmas	0,66	0,62	1,16	0,53	0,96	1,36	0,56	0,84
Capitais do Norte	1,42	1,68	1,66	1,59	1,65	1,68	1,74	1,63
São Luís	2,47	2,65	3,03	2,82	4,50	4,61	4,18	3,47
Teresina	3,16	3,78	3,99	3,87	4,18	4,61	6,41	4,29
Fortaleza	1,19	3,06	3,68	2,92	3,62	4,43	5,39	3,47
Natal	0,97	2,72	2,69	3,00	2,57	3,42	2,07	2,49
João Pessoa	2,30	1,62	2,70	2,93	3,33	2,23	2,52	2,52
Recife	4,31	3,80	2,74	2,82	3,80	4,03	3,20	3,53
Maceió	3,06	1,56	2,24	1,13	2,10	3,25	3,23	2,37
Aracaju	3,63	6,75	6,46	8,34	6,82	7,52	7,30	6,69
Salvador	2,25	1,94	1,96	1,94	2,09	1,62	1,73	1,93
Capitais do Nordeste	2,44	2,85	2,99	2,83	3,32	3,57	3,66	3,09
Belo Horizonte	4,03	3,81	3,34	4,85	3,79	3,83	4,19	3,98
Vitória	9,80	5,34	3,97	6,46	5,75	9,78	7,32	6,92
Rio de Janeiro	3,20	2,05	1,92	2,21	2,44	2,59	2,99	2,49
São Paulo	4,17	3,40	2,73	3,15	3,00	2,98	2,64	3,15
Capitais do Sudeste	3,94	3,06	2,58	3,12	2,97	3,07	3,01	3,11
Curitiba	2,10	2,43	3,05	2,84	2,67	3,02	3,62	2,82
Florianópolis	0,85	0,55	1,63	1,55	0,25	0,49	0,76	0,87
Porto Alegre	3,50	5,64	4,16	6,28	3,92	3,89	4,72	4,59
Capitais do Sul	2,54	3,54	3,35	4,08	2,90	3,08	3,73	3,32
Campo Grande	3,39	1,73	2,27	2,86	2,80	1,44	3,04	2,50
Cuiabá	1,83	3,60	6,49	3,43	4,31	3,32	2,09	3,58
Goiânia	2,70	2,57	2,18	1,61	1,42	3,44	1,85	2,25
Brasília	4,29	4,29	4,75	5,74	6,81	5,24	4,52	5,09
Capitais do Centro-Oeste	3,47	3,38	3,91	4,00	4,57	3,99	3,37	3,81
Brasil (Capitais)	3,15	2,94	2,80	3,06	3,09	3,16	3,15	3,05

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

¹ Dados de 2007 preliminares.

Gráfico 8.7.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

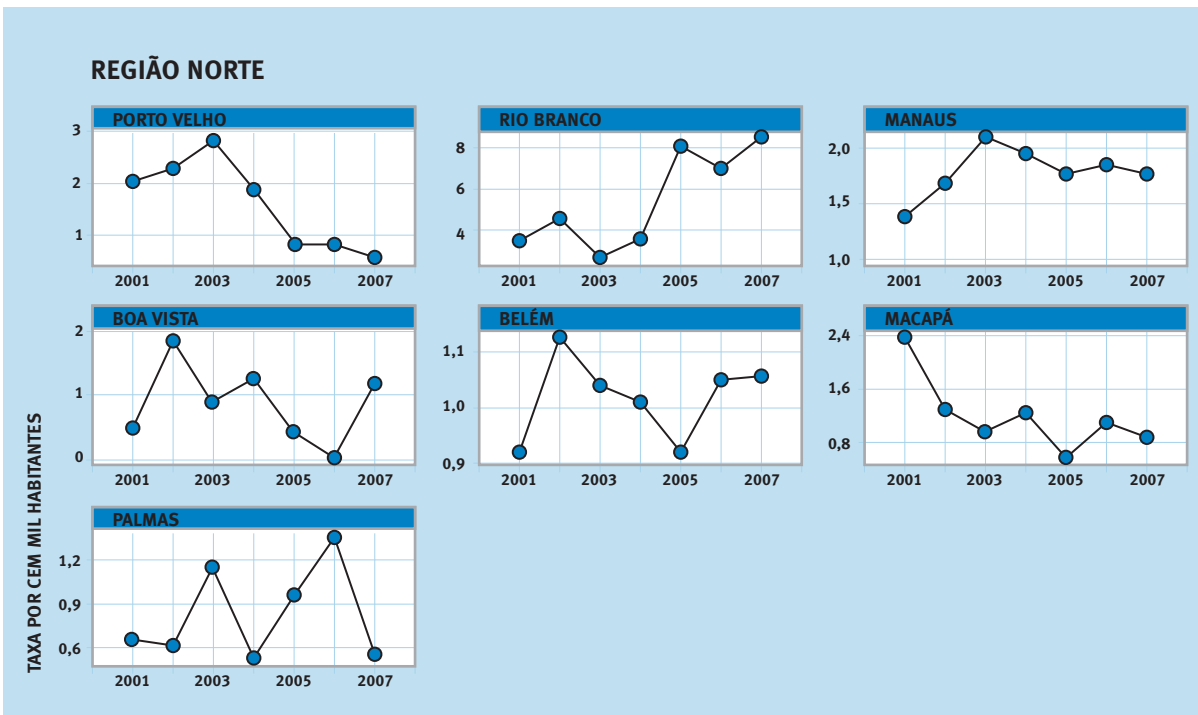


Gráfico 8.8.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.

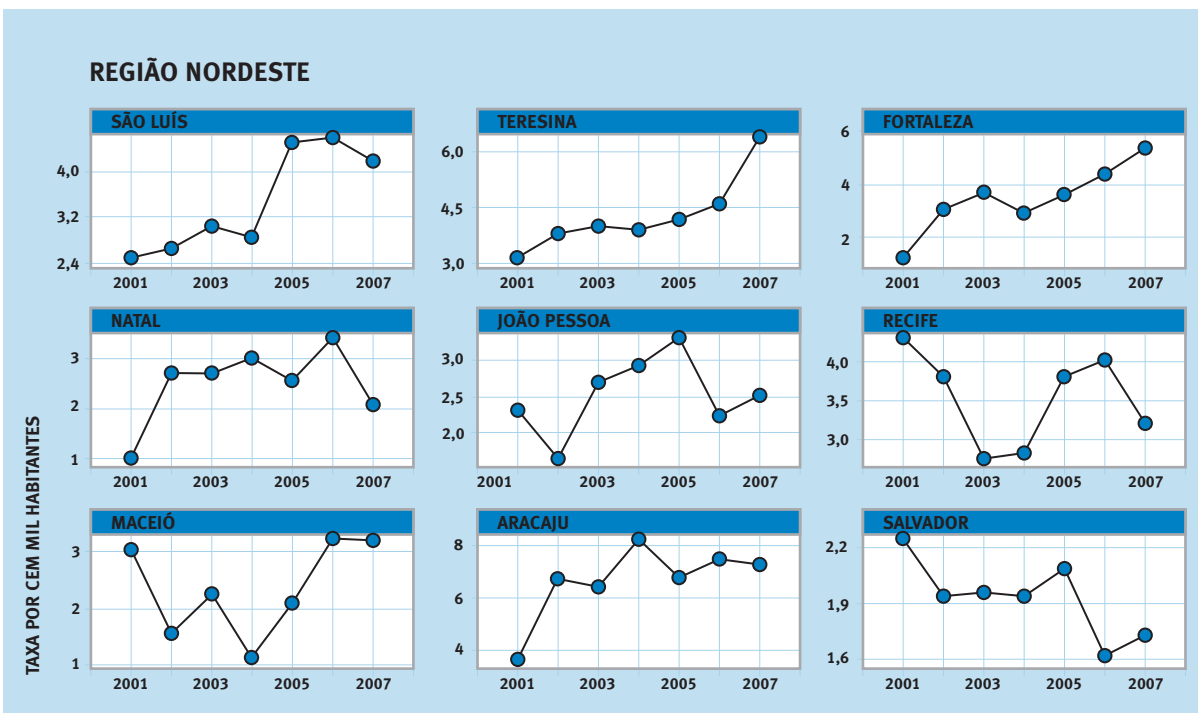


Gráfico 8.9.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sudeste, 2001 a 2007.

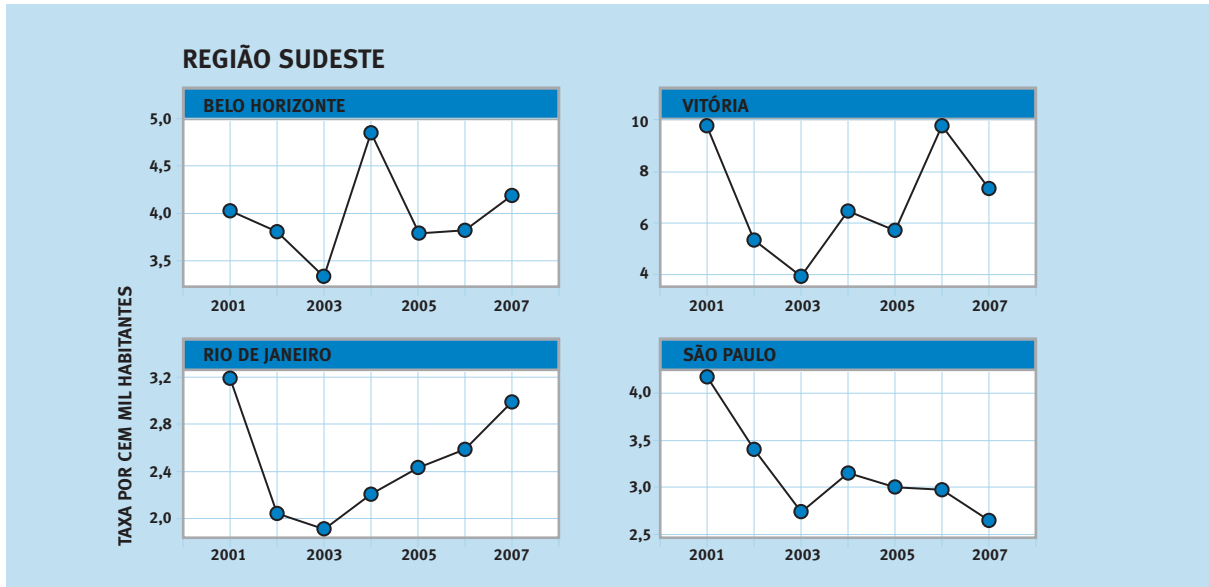


Gráfico 8.10.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

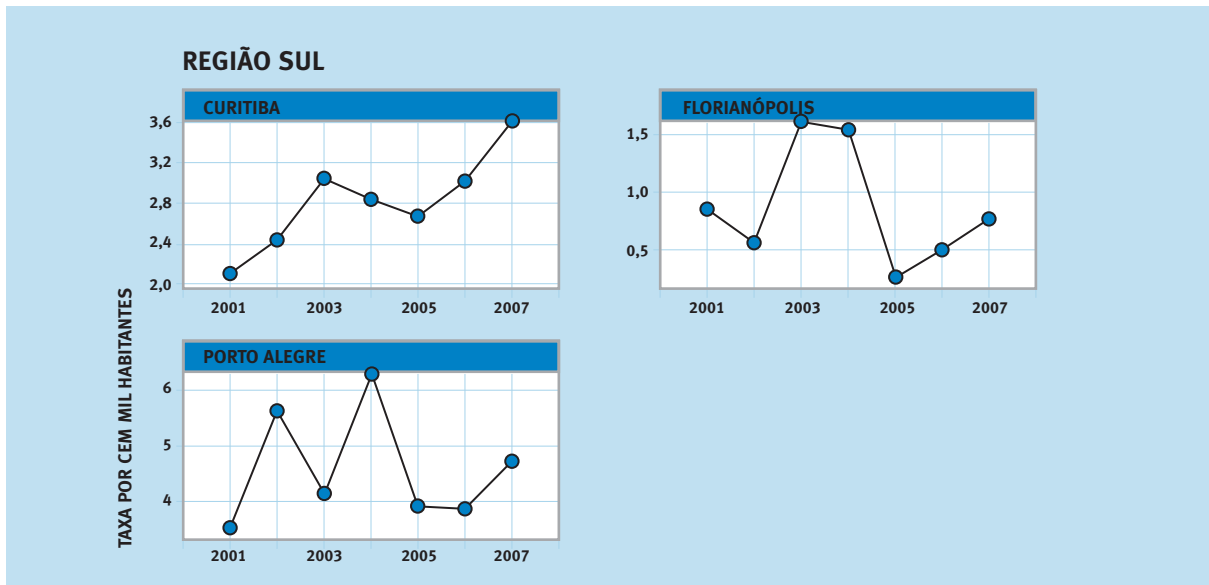
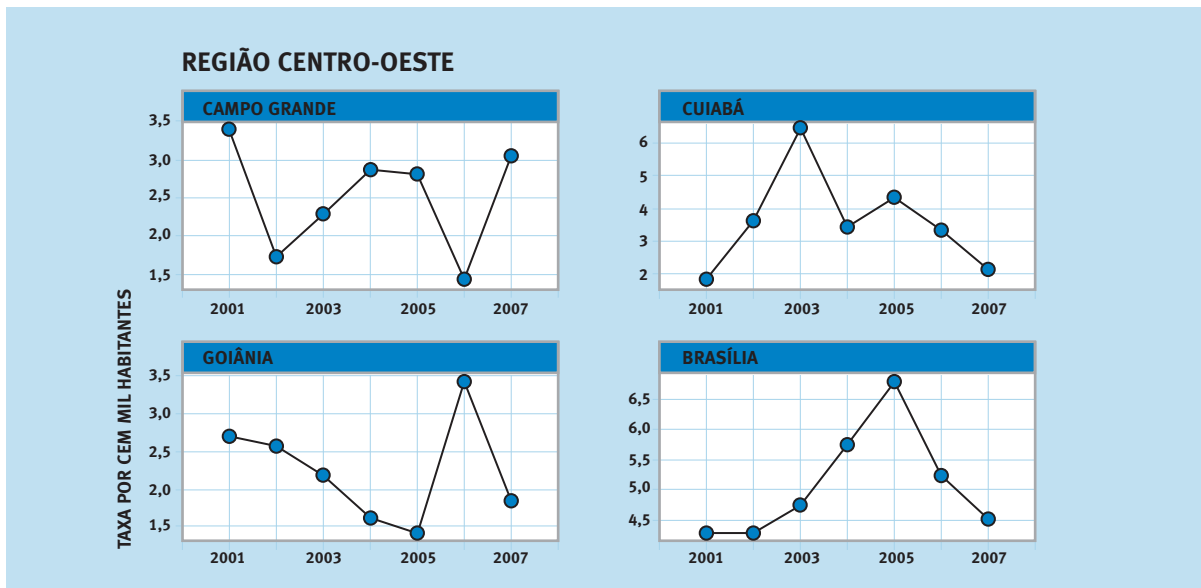


Gráfico 8.11.

Evolução do número de óbitos associados ao uso de drogas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



As distribuições do número de óbitos associados ao uso de drogas por faixa etária e gênero são apresentadas nas Tabelas 8.8 e 8.9.

Levando-se em conta a distribuição do número de óbitos segundo a faixa etária, observa-se que, em relação ao uso de drogas em geral, cerca de 30% dos óbitos ocorrem na faixa de 40 a 49 anos, seguida das faixas de 50 a 59 anos e de 30 a 39 anos, com cerca de 20% cada uma. A distribuição dos óbitos segundo faixa etária mostra-se aproximadamente constante no tempo e somando-se as porcentagens dessas três faixas etárias chega-se a mais de 70% dos óbitos.

A análise de tendência mostra crescimento nas faixas etárias de 20 a 29 anos ($p=0,025$), de 30 a 39 anos ($p=0,016$), de 40 a 49 anos ($p=0,001$), de 50 a 59 anos ($p<0,001$), de 60 a 69 anos ($p<0,001$), de 70 a 79 anos ($p=0,003$) e de 80 anos ou mais ($p=0,004$) e ausência de tendência para as faixas etárias de 5 a 9 anos ($p=0,698$), de 10 a 14 anos ($p=0,417$) e de 15 a 19 anos ($p=0,242$).

Com relação ao gênero, o número de mortes é bem maior para os homens do que para as mulheres, cerca de 87% das mortes associadas ao uso de drogas são de homens. Essa porcentagem é aproximadamente constante ao longo do tempo.

Tabela 8.8.

Número de óbitos associados ao uso de drogas, por faixa etária. Brasil, 2001 a 2007¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5 a 9 anos	3	0,1	6	0,1	4	0,1	2	0,0	3	0,0	6	0,1	2	0,0	26	0,1
10 a 14 anos	3	0,1	6	0,1	7	0,1	14	0,2	8	0,1	6	0,1	8	0,1	52	0,1
15 a 19 anos	50	0,9	41	0,7	34	0,6	42	0,6	46	0,6	71	0,9	52	0,7	336	0,7
20 a 29 anos	370	6,5	381	6,6	379	6,4	375	5,7	404	5,6	491	6,2	453	5,8	2.853	6,1
30 a 39 anos	1.281	22,5	1.285	22,4	1.255	21,2	1.321	20,2	1.402	19,3	1.445	18,3	1.391	17,7	9.380	20,0
40 a 49 anos	1.688	29,6	1.695	29,6	1.782	30,0	1.959	30,0	2.215	30,6	2.285	29,0	2.233	28,4	13.857	29,5
50 a 59 anos	1.143	20,1	1.205	21,0	1.205	20,3	1.458	22,3	1.592	22,0	1.696	21,5	1.762	22,4	10.061	21,5
60 a 69 anos	649	11,4	660	11,5	709	12,0	802	12,3	915	12,6	990	12,6	1.040	13,3	5.765	12,3
70 a 79 anos	322	5,6	287	5,0	353	5,9	356	5,4	389	5,4	507	6,4	518	6,6	2.732	5,8
80 anos ou mais	118	2,1	120	2,1	119	2,0	147	2,3	207	2,9	317	4,0	324	4,1	1.352	2,9
Ignorado	62	1,1	52	0,9	85	1,4	65	1,0	66	0,9	71	0,9	73	0,9	474	1,0
Total	5.689	100	5.738	100	5.932	100	6.541	100	7.247	100	7.885	100	7.856	100	46.888	100

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

1 Dados de 2007 preliminares.

Tabela 8.9.

Número de óbitos associados ao uso de drogas, por gênero. Brasil, 2001 a 2007¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	4.986	87,6	5.015	87,4	5.188	87,5	5.721	87,5	6.350	87,6	6.793	86,2	6.736	85,7	40.789	87,0
Feminino	703	12,4	722	12,6	742	12,5	817	12,5	892	12,3	1.089	13,8	1.115	14,2	6.080	13,0
Ignorado	0	0,0	1	0,0	2	0,0	3	0,0	5	0,1	3	0,0	5	0,1	19	0,0
Total	5.689	100	5.738	100	5.932	100	6.541	100	7.247	100	7.885	100	7.856	100	46.888	100

Fonte: SVS/DASIS/CGIAE/MS.

1 Dados de 2007 preliminares.

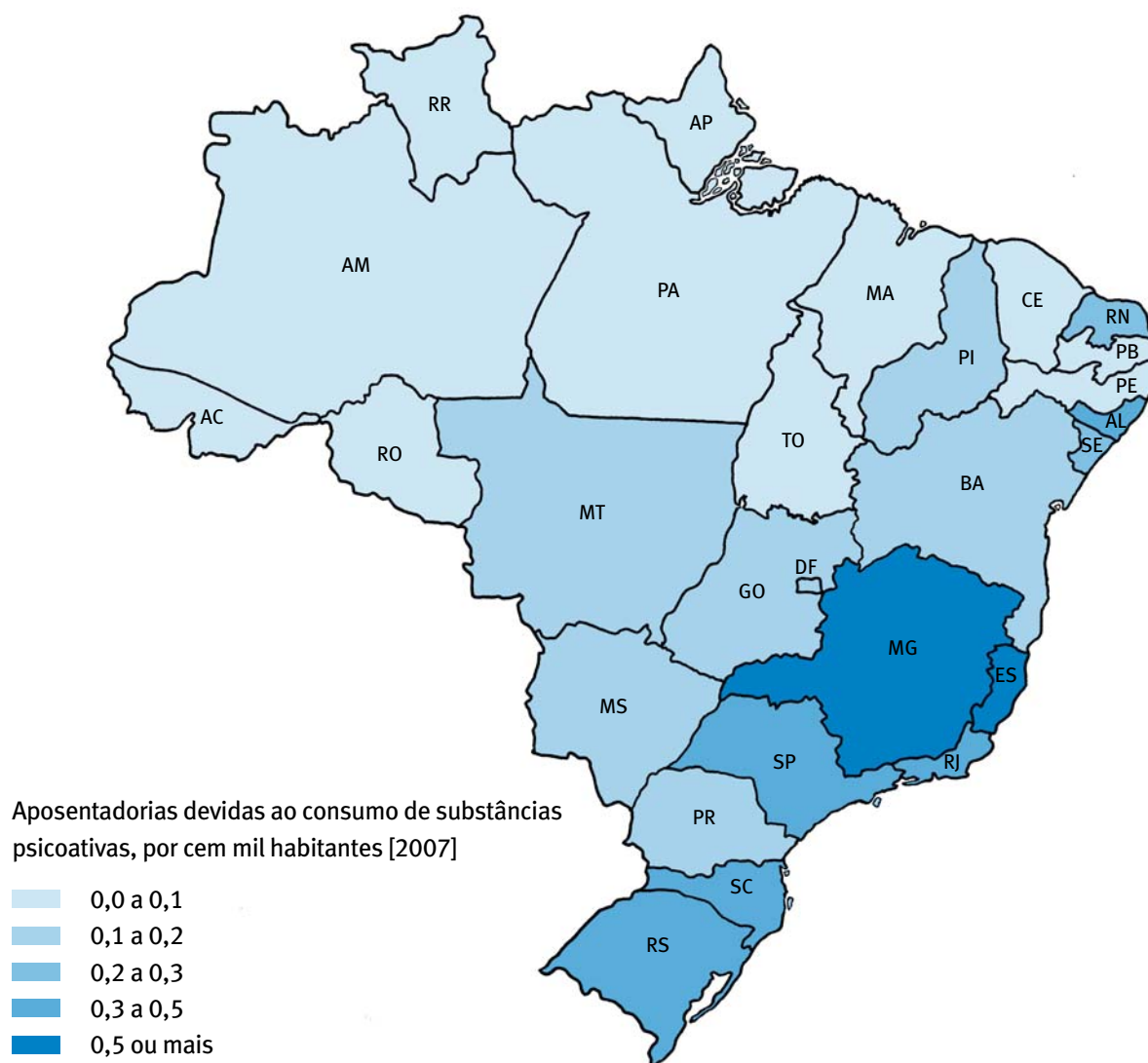
Conclusões

1. Os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool são os responsáveis pelo maior número de mortes associadas ao uso de drogas, correspondendo aproximadamente a 90% dos casos, seguidos pelos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de tabaco, com cerca de 6%, de múltiplas drogas, com 0,7% e de cocaína, com 0,4%. Essas porcentagens são aproximadamente constantes no período de tempo observado.
2. O número absoluto de óbitos cresceu no Brasil como um todo, no período de tempo observado e o estado de São Paulo é o que apresentou mais casos (cerca de 18% deles), o que já era esperado, pois São Paulo é o estado mais populoso. No total, no Brasil, foram notificados 5.689 óbitos em 2001, 5.738 em 2002, 5.932 em 2003, 6.541 em 2004, 7.247 em 2005, 7.885 em 2006 e 7.856 em 2007.
3. As taxas de óbitos associados ao uso de drogas em geral são menores na Região Norte. A Região Nordeste chega a atingir 5 mortes por 100.000 habitantes nos anos de 2006 e 2007. Esse aumento, entretanto, pode expressar melhora na qualidade da informação. O mesmo ocorre com a Região Centro-Oeste no ano de 2005. Em 2007, o ano mais recente na série observada, os estados com maiores taxas são Espírito Santo (8,68), Sergipe (8,30), Ceará (7,45) e Piauí (6,93).
4. Fazendo a comparação dos estados dentro de cada região, no ano de 2007, destacam-se com maior número de casos o Acre, na Região Norte; Piauí, Ceará e Sergipe, na Região Nordeste; Espírito Santo, na Região Sudeste; e Rio Grande do Sul e Paraná, na Região Sul. Na Região Centro-Oeste, todos os estados apresentam taxas próximas, sendo a do estado do Mato Grosso de 4,0 e as dos demais estados pouco superiores a esse valor.
5. Na avaliação da tendência no tempo, observou-se que no Brasil como um todo houve tendência de crescimento, e que o mesmo ocorreu nos estados do Acre, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio Grande do Sul.
6. As capitais com maior número absoluto de óbitos são São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, sendo os resultados das duas primeiras já esperados pois são as maiores cidades do Brasil. Nas regiões, as capitais que mais contribuem para o total de óbitos são Manaus na Região Norte, Fortaleza no Nordeste, São Paulo e Rio de Janeiro no Sudeste, Porto Alegre no Sul e Brasília na Região Centro-Oeste.
7. Com relação às taxas por 100.000 habitantes nas capitais, em termos gerais, as regiões poderiam ser ordenadas, em ordem crescente, como Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Tomando como base o ano de 2007, as capitais com maiores taxas são Rio Branco

(8,60), Vitória (7,32), Aracaju (7,30) e Teresina (6,41), sendo que a cidade de Rio Branco tem taxa maior do que a do estado do Acre, que é de 5,04.

8. Levando-se em conta a distribuição do número de óbitos segundo a faixa etária, observa-se que, em relação ao uso de drogas em geral, cerca de 30% dos óbitos ocorrem na faixa de 40 a 49 anos, seguida das faixas de 50 a 59 anos e de 30 a 39 anos, com cerca de 20% cada uma. A distribuição dos óbitos segundo faixa etária mostra-se aproximadamente constante no tempo e somando-se as porcentagens dessas três faixas etárias chega-se a mais de 70% dos óbitos.
9. Com relação ao gênero, o número de mortes é bem maior para os homens do que para as mulheres, cerca de 87% das mortes associadas ao uso de drogas são de homens. Essa porcentagem é aproximadamente constante ao longo do tempo.

Afastamentos e aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas



Os dados considerados neste capítulo referem-se ao número de indivíduos afastados do trabalho ou aposentados devido a acidentes e problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, reportados ao INSS – Instituto Nacional do Seguro Social do Ministério da Previdência Social, no período de 2001 a 2007.

Neste capítulo há variações acentuadas de um ano para outro, que devem ser analisadas com cautela. Essas variações podem ser devidas à sistemática de coleta e registro dos dados pelo INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) e a mudanças organizacionais ocorridas nesse instituto no período de 2001 a 2007, relacionadas à concessão de benefícios por incapacidade, entre as quais está o fim da utilização de médicos contratados em 2005. Considerando a natureza sensível do registro de um afastamento por motivo de uso de drogas, é possível que esse registro esteja sujeito a critérios pessoais do médico perito, relacionados aos seus valores, motivação e sensibilidade.

Afastamentos do trabalho devidos a acidentes e problemas relacionados a drogas

A Tabela 9.1 apresenta o número de afastamentos associados à categoria F da Classificação Internacional de Doenças CID-10, mais envenenamentos, discriminados por droga utilizada, no período de 2001 a 2006.

Observou-se que, dentre os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas, a substância psicoativa que mais esteve associada a afastamentos foi o álcool, seguido da cocaína. O número observado de afastamentos devidos ao álcool, em 2001, é maior do que nos demais anos. Com relação à cocaína, a maior porcentagem de afastamentos ocorreu em 2004.

Tabela 9.1.

Número e porcentagem de afastamentos por droga, 2001 a 2006¹.

Droga	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F10-Álcool	7.649	62,5	3.512	55,1	3.170	50,2	2.756	47,3	3.440	57,0	4.019	61,7	24.546	56,7
F11-Opiáceos	557	4,5	235	3,7	216	3,4	193	3,3	190	3,2	142	2,2	1.533	3,5
F12-Canabinoides	381	3,1	205	3,2	224	3,5	236	4,0	156	2,6	147	2,3	1.349	3,1
F13-Sedativos	148	1,2	48	0,7	54	0,9	57	1,0	68	1,1	95	1,5	470	1,1
F14-Cocaína	1.724	14,1	1.150	18,0	1.383	21,9	1.550	26,6	1.380	22,9	1.504	23,1	8.691	20,1
F15-Outros	133	1,1	50	0,8	58	0,9	52	0,9	42	0,7	85	1,3	420	1,0
F16-Alucinógenos	201	1,6	87	1,4	99	1,6	119	2,0	110	1,8	97	1,5	713	1,6
F17-Tabaco	44	0,4	14	0,2	9	0,1	22	0,4	12	0,2	14	0,2	115	0,3
F18-Solventes	59	0,5	40	0,6	31	0,5	26	0,4	18	0,3	15	0,2	189	0,4
F19-Múltiplas	914	7,5	840	13,2	909	14,4	706	12,1	506	8,4	289	4,4	4.164	9,6
Envenenamento	431	3,5	195	3,1	163	2,6	117	2,0	107	1,8	105	1,6	1.118	2,6
Total	12.241	100	6.376	100	6.316	100	5.834	100	6.029	100	6.512	100	43.308	100

Fonte: DATAPREV.

¹ dados de 2007 não disponíveis.

Na Tabela 9.2 são apresentados os números de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, por região e unidade federativa no período de 2001 a 2007, e correspondentes

porcentagens relativas ao número total de afastamentos por essa causa, no Brasil. Observa-se que as maiores porcentagens de afastamentos ocorrem na Região Sudeste, seguida da Sul. Nota-se que nos anos de 2001 e 2007 o número de afastamentos é bastante superior ao dos demais anos.

Tabela 9.2.

Número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	42	0,4	9	0,1	11	0,2	14	0,2	15	0,2	12	0,2	23	0,2	126	0,2
Acre	15	0,1	1	0,0	2	0,0	1	0,0	2	0,0	3	0,1	1	0,0	25	0,1
Amazonas	27	0,2	7	0,1	5	0,1	10	0,2	10	0,2	13	0,2	7	0,1	79	0,1
Roraima	4	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	10	0,0
Pará	61	0,5	27	0,4	20	0,3	24	0,4	23	0,4	18	0,3	26	0,2	199	0,4
Amapá	6	0,1	3	0,1	1	0,0	3	0,1	1	0,0	1	0,0	1	0,0	16	0,0
Tocantins	12	0,1	3	0,1	1	0,0	5	0,1	4	0,1	8	0,1	16	0,1	49	0,1
Região Norte	167	1,4	51	0,8	40	0,6	58	1,0	55	0,9	56	0,9	77	0,6	504	0,9
Maranhão	103	0,8	25	0,4	15	0,2	18	0,3	10	0,2	12	0,2	22	0,2	205	0,4
Piauí	88	0,7	18	0,3	14	0,2	13	0,3	10	0,2	8	0,1	39	0,3	190	0,3
Ceará	155	1,3	30	0,5	26	0,4	29	0,5	33	0,5	38	0,6	105	0,8	416	0,8
Rio Grande do Norte	265	2,2	49	0,8	51	0,8	46	0,8	50	0,8	49	0,7	112	0,9	622	1,1
Paraíba	119	1,0	19	0,3	21	0,3	24	0,4	9	0,2	11	0,2	40	0,3	243	0,4
Pernambuco	160	1,3	32	0,5	49	0,8	36	0,6	27	0,4	26	0,4	81	0,6	411	0,7
Alagoas	83	0,7	17	0,3	29	0,5	24	0,4	20	0,3	25	0,4	57	0,4	255	0,5
Sergipe	52	0,4	14	0,2	10	0,2	7	0,1	16	0,3	12	0,2	67	0,5	178	0,3
Bahia	240	1,9	73	1,1	56	0,9	46	0,8	48	0,8	68	1,0	164	1,2	695	1,2
Região Nordeste	1.265	10,3	277	4,4	271	4,3	243	4,2	223	3,7	249	3,8	687	5,2	3.215	5,7
Minas Gerais	2.046	16,7	745	11,7	745	11,8	686	11,7	681	11,3	610	9,3	1.725	13,0	7.238	12,8
Espírito Santo	163	1,3	75	1,2	62	1,0	56	1,0	71	1,2	50	0,8	171	1,3	648	1,1
Rio de Janeiro	955	7,8	417	6,5	376	5,9	339	5,8	381	6,3	415	6,4	765	5,8	3.648	6,4
São Paulo	3.280	26,8	2.354	36,9	2.293	36,3	2.017	34,6	2.162	35,9	2.705	41,5	4.802	36,2	19.613	34,7
Região Sudeste	6.444	52,6	3.591	56,3	3.476	55,0	3.098	53,1	3.295	54,7	3.780	58,0	7.463	56,3	31.147	55,0
Paraná	1.115	9,1	722	11,3	803	12,7	732	12,5	841	14,0	845	13,0	1.525	11,5	6.583	11,7
Santa Catarina	1.178	9,6	685	10,7	765	12,1	747	12,8	666	11,0	645	9,9	1.371	10,3	6.057	10,7
Rio Grande do Sul	1.668	13,7	846	13,3	774	12,3	820	14,1	766	12,7	754	11,6	1.690	12,8	7.318	12,9
Região Sul	3.961	32,4	2.253	35,3	2.342	37,1	2.299	39,4	2.273	37,7	2.244	34,5	4.586	34,6	19.958	35,3
Mato Grosso do Sul	67	0,5	23	0,4	25	0,4	20	0,3	29	0,5	30	0,5	75	0,6	269	0,5
Mato Grosso	60	0,5	28	0,4	37	0,6	18	0,3	20	0,3	27	0,4	44	0,3	234	0,4
Goiás	206	1,7	95	1,5	85	1,4	61	1,1	72	1,2	64	1,0	190	1,4	773	1,4
Distrito Federal	71	0,6	58	0,9	40	0,6	37	0,6	62	1,0	62	0,9	131	1,0	461	0,8
Região Centro-Oeste	404	3,3	204	3,2	187	3,0	136	2,3	183	3,0	183	2,8	440	3,3	1.737	3,1
Brasil	12.241	100	6.376	100	6.316	100	5.834	100	6.029	100	6.512	100	13.253	100	56.561	100

Fonte: DATAPREV.

Considerando o número total de afastamentos concedidos no Brasil, foram calculadas as porcentagens apresentadas na Tabela 9.3. Observa-se que as maiores porcentagens ocorreram na Região Sul. No Brasil como um todo, a maior porcentagem foi observada no ano de 2001.

Tabela 9.3.
Porcentagem de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas em relação ao número total de afastamentos. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	1,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Acre	1,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Amazonas	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Roraima	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Pará	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Amapá	0,9	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Tocantins	0,6	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Região Norte	0,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Maranhão	0,8	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1
Piauí	1,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Ceará	0,8	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Rio Grande do Norte	2,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,4	0,4
Paraíba	0,9	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2
Pernambuco	0,8	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Alagoas	1,5	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Sergipe	1,4	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,6	0,3
Bahia	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
Região Nordeste	1,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Minas Gerais	1,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,7	0,5
Espírito Santo	0,8	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3
Rio de Janeiro	1,2	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4
São Paulo	1,2	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,8	0,5
Região Sudeste	1,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,7	0,5
Paraná	1,9	0,9	0,9	0,6	0,6	0,6	1,1	0,9
Santa Catarina	1,8	0,7	0,7	0,5	0,4	0,4	0,9	0,7
Rio Grande do Sul	1,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,9	0,6
Região Sul	1,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,9	0,7
Mato Grosso do Sul	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2
Mato Grosso	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Goiás	1,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,1	0,4	0,3
Distrito Federal	0,7	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5	0,3
Região Centro-Oeste	0,8	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2
Brasil	1,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5

Fonte: DATAPREV.

Considerando dados sobre o número de habitantes, fornecidos pelo IBGE, foram calculadas as taxas de afastamentos por 100.000 habitantes apresentadas na Tabela 9.4. Essas taxas foram representadas nos Gráficos 9.1 a 9.6. Observa-se que as maiores taxas foram obtidas no ano de 2001, em todas as unidades federativas, exceto Tocantins, Sergipe, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, onde a maior taxa foi obtida em 2007.

Tabela 9.4.
Número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	2,98	0,63	0,76	0,90	0,98	0,77	1,58	1,23
Acre	2,61	0,17	0,33	0,16	0,30	0,44	0,15	0,59
Amazonas	0,93	0,24	0,16	0,32	0,31	0,39	0,22	0,37
Roraima	1,19	0,29	0,00	0,26	0,00	0,25	0,76	0,39
Pará	0,96	0,42	0,30	0,35	0,33	0,25	0,37	0,43
Amapá	1,20	0,58	0,19	0,55	0,17	0,16	0,17	0,43
Tocantins	1,01	0,25	0,08	0,40	0,31	0,60	1,29	0,56
Região Norte	1,26	0,38	0,29	0,40	0,37	0,37	0,53	0,51
Maranhão	1,80	0,43	0,26	0,30	0,16	0,19	0,36	0,50
Piauí	3,06	0,62	0,48	0,44	0,33	0,26	1,29	0,93
Ceará	2,05	0,39	0,34	0,36	0,41	0,46	1,28	0,76
Rio Grande do Norte	9,41	1,72	1,77	1,55	1,66	1,61	3,72	3,06
Paraíba	3,43	0,54	0,60	0,67	0,25	0,30	1,10	0,98
Pernambuco	2,00	0,40	0,60	0,43	0,32	0,31	0,95	0,72
Alagoas	2,91	0,59	0,99	0,81	0,66	0,82	1,88	1,24
Sergipe	2,86	0,76	0,53	0,36	0,81	0,60	3,45	1,34
Bahia	1,82	0,55	0,42	0,34	0,35	0,49	1,16	0,73
Região Nordeste	2,62	0,57	0,55	0,48	0,44	0,48	1,33	0,92
Minas Gerais	11,29	4,06	4,02	3,61	3,54	3,13	8,95	5,51
Espírito Santo	5,17	2,34	1,91	1,67	2,08	1,44	5,10	2,82
Rio de Janeiro	6,56	2,83	2,53	2,23	2,48	2,67	4,96	3,47
São Paulo	8,72	6,17	5,92	5,06	5,35	6,59	12,06	7,12
Região Sudeste	8,77	4,82	4,61	4,00	4,20	4,75	9,58	5,82
Paraná	11,50	7,37	8,11	7,22	8,20	8,13	14,83	9,34
Santa Catarina	21,62	12,39	13,64	12,94	11,35	10,83	23,37	15,16
Rio Grande do Sul	16,18	8,13	7,36	7,64	7,06	6,88	15,97	9,89
Região Sul	15,56	8,75	9,00	8,63	8,43	8,22	17,15	10,82
Mato Grosso do Sul	3,17	1,07	1,15	0,90	1,28	1,31	3,31	1,74
Mato Grosso	2,34	1,07	1,40	0,65	0,71	0,95	1,54	1,24
Goiás	4,03	1,82	1,60	1,11	1,28	1,12	3,36	2,05
Distrito Federal	3,39	2,70	1,83	1,62	2,66	2,60	5,33	2,88
Região Centro-Oeste	3,40	1,69	1,52	1,06	1,41	1,38	3,33	1,97
Brasil	7,10	3,65	3,57	3,21	3,27	3,49	7,20	4,50

Fonte: DATAPREV.

Na avaliação de tendência no tempo, obteve-se que há tendência de queda da taxa no Amapá ($p=0,036$). Nas demais unidades federativas e no Brasil como um todo, não há tendência: Rondônia ($p=0,452$), Acre ($p=0,161$), Amazonas ($p=0,253$), Roraima ($p=0,599$), Pará ($p=0,102$), Tocantins ($p=0,501$), Maranhão ($p=0,114$), Piauí ($p=0,279$), Ceará ($p=0,597$), Rio Grande do Norte ($p=0,296$), Paraíba ($p=0,209$), Pernambuco ($p=0,305$), Alagoas ($p=0,562$), Sergipe ($p=0,820$), Bahia ($p=0,517$), Minas Gerais ($p=0,631$), Espírito Santo ($p=0,853$), Rio de Janeiro ($p=0,600$), São Paulo ($p=0,484$), Paraná ($p=0,487$), Santa Catarina ($p=0,996$), Rio Grande do Sul ($p=0,894$), Mato Grosso do Sul ($p=0,874$), Mato Grosso ($p=0,323$), Goiás ($p=0,597$), Distrito Federal ($p=0,363$) e Brasil ($p=0,977$).

Gráfico 9.1.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.

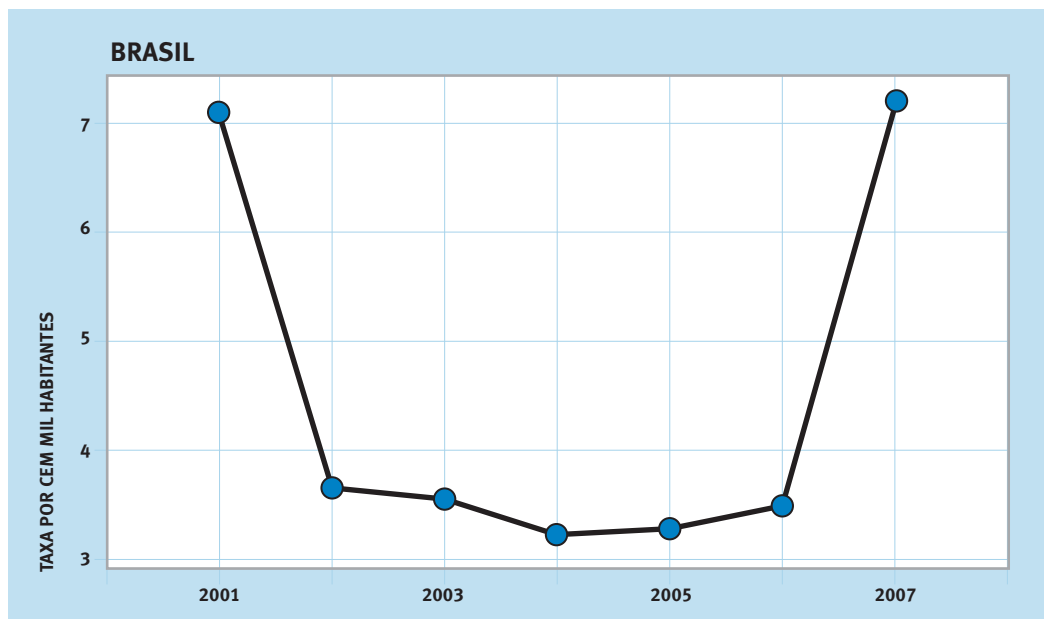


Gráfico 9.2.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

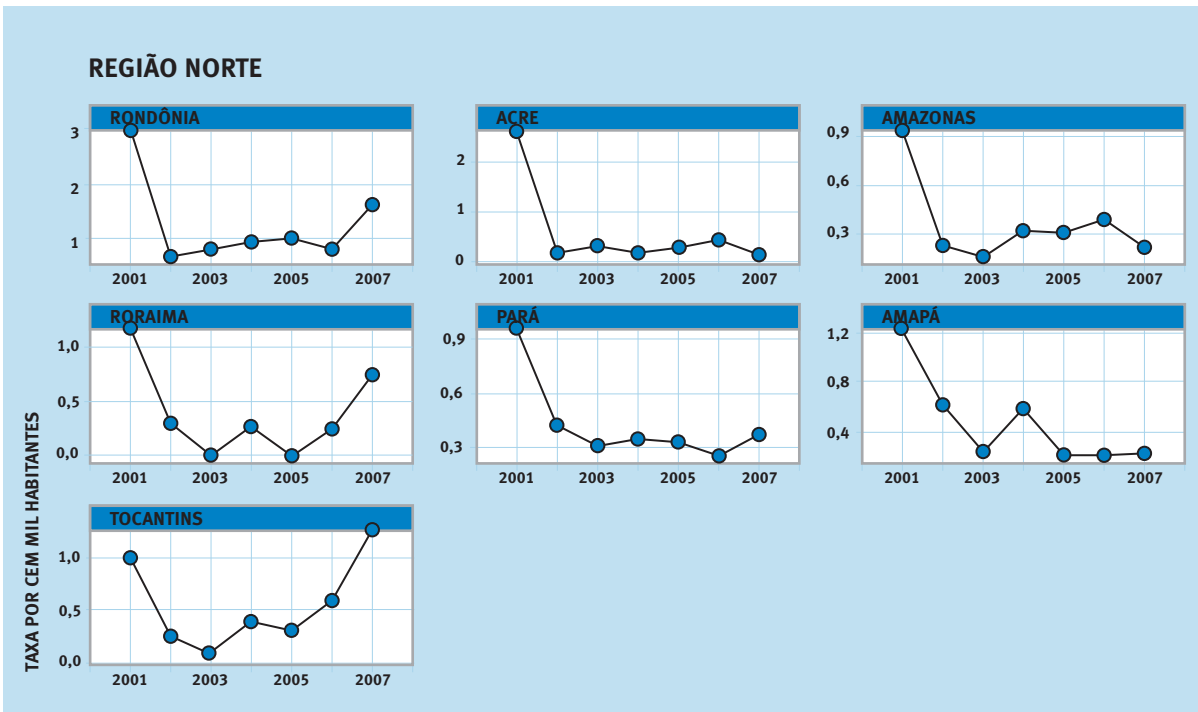


Gráfico 9.3.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

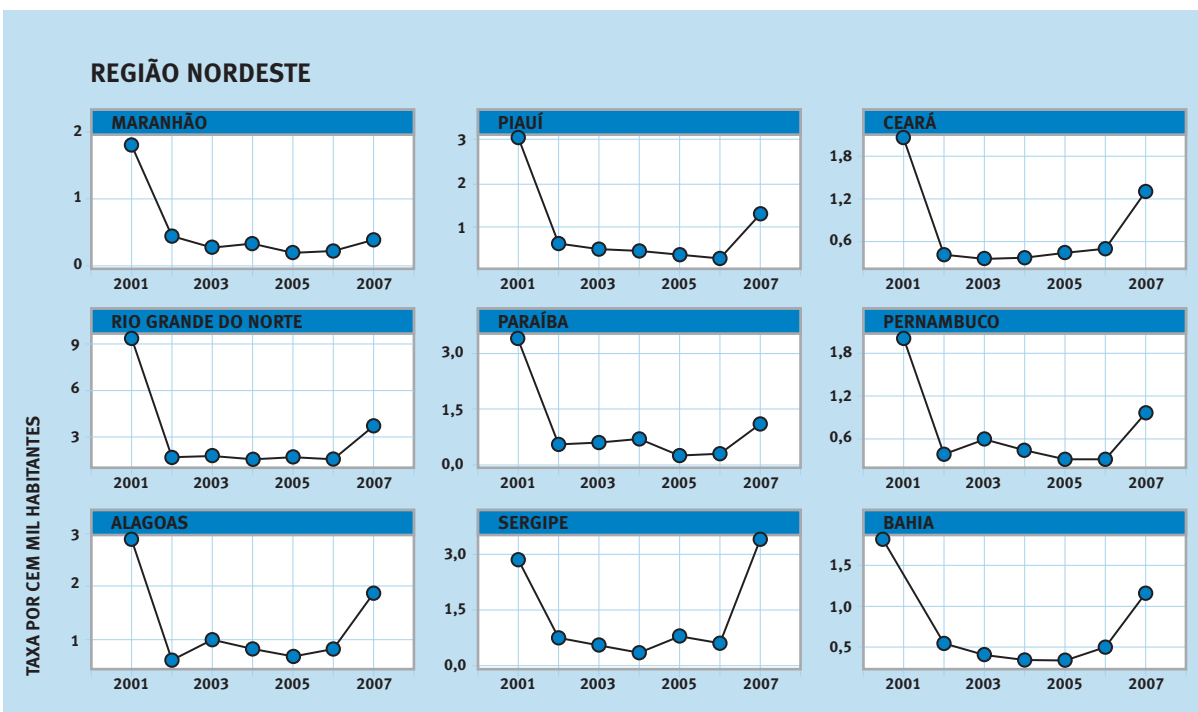


Gráfico 9.4.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados de Região Sudeste, 2001 a 2007.

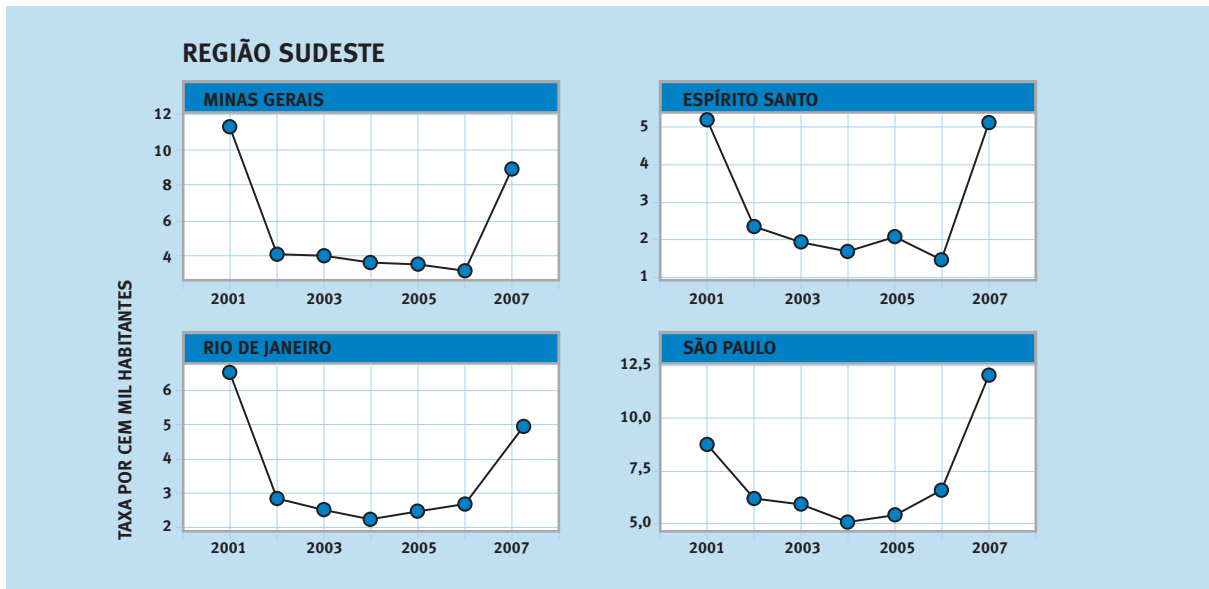


Gráfico 9.5.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

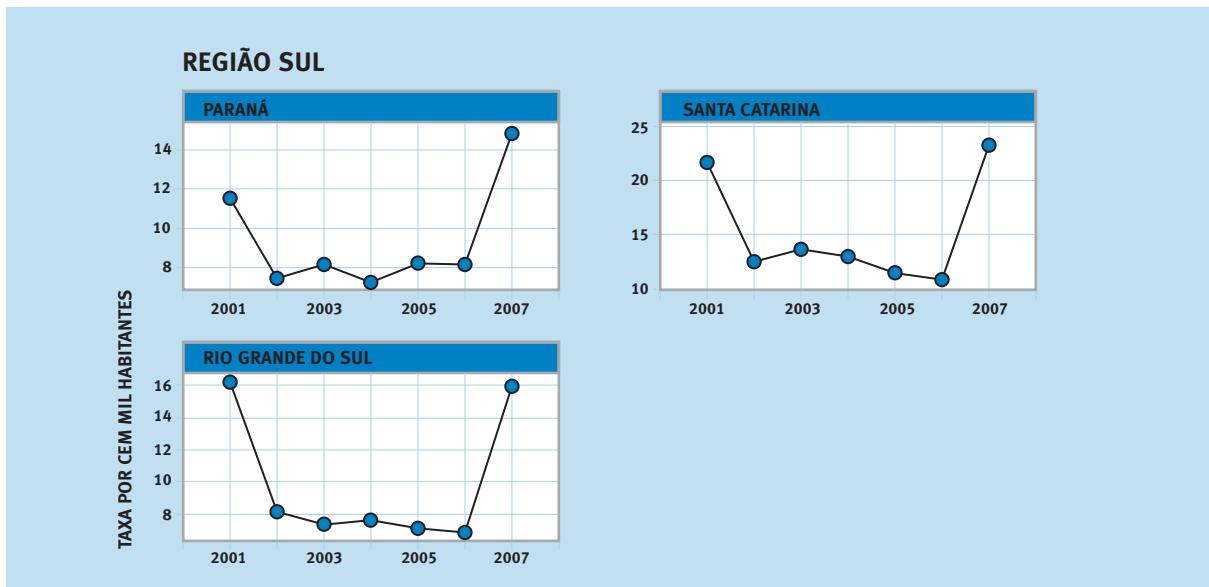
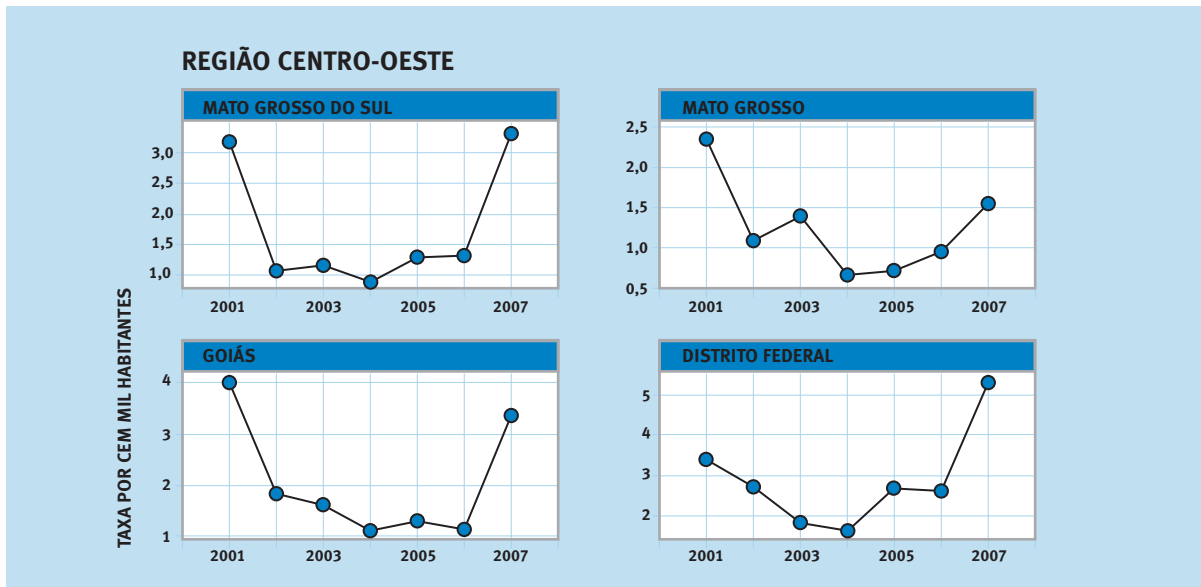


Gráfico 9.6.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



A mesma análise foi feita para as capitais.

Na Tabela 9.5 são apresentados os números de afastamentos nas capitais, bem como as porcentagens calculadas em relação ao total de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicotrópicas nas capitais brasileiras. Observa-se que as maiores porcentagens foram obtidas na Região Sudeste, seguida da Sul.

Considerando o total de afastamentos concedidos por diversas causas, foram calculadas as porcentagens apresentadas na Tabela 9.6. Observa-se que as maiores porcentagens foram obtidas na Região Sul.

As taxas de afastamento por 100.000 habitantes nas capitais brasileiras são apresentadas na Tabela 9.7. As maiores taxas foram obtidas na Região Sul. Alternam a segunda colocação as regiões Centro-Oeste e Sudeste.

As taxas em cada capital foram representadas nos Gráficos 9.7 a 9.11. No estudo de tendência no tempo, obteve-se que as taxas tendem a diminuir em Belém ($p=0,017$), São Luís ($p=0,001$), Salvador ($p=0,050$), Vitória ($p=0,018$) e Goiânia ($p=0,002$). Nas demais capitais não há tendência: Porto Velho ($p=0,137$), Rio Branco ($p=0,184$), Manaus ($p=0,152$), Boa Vista ($p=0,602$), Macapá ($p=0,077$), Palmas ($p=0,138$), Teresina ($p=0,246$), Fortaleza ($p=0,062$), Natal ($p=0,426$), João Pessoa ($p=0,449$), Recife ($p=0,165$), Maceió ($p=0,054$), Aracaju ($p=0,732$), Belo Horizonte ($p=0,955$), Rio de Janeiro ($p=0,729$), São Paulo ($p=0,270$), Curitiba ($p=0,381$), Florianópolis ($p=0,672$), Porto Alegre ($p=0,309$), Campo Grande ($p=0,372$), Cuiabá ($p=0,951$) e Brasília ($p=0,385$).

Tabela 9.5.

Número de afastamentos em decorrência do consumo

de substâncias psicoativas. Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	5	0,2	4	0,3	2	0,1	5	0,4	0	0,0	0	0,0	3	0,1	19	0,1
Rio Branco	11	0,5	0	0,0	2	0,1	1	0,1	2	0,1	3	0,2	0	0,0	19	0,2
Manaus	22	1,0	7	0,4	5	0,4	9	0,7	10	0,7	13	0,8	0	0,0	66	0,5
Boa Vista	2	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,0	3	0,1	7	0,1
Belém	33	1,4	23	1,5	15	1,0	19	1,5	18	1,2	10	0,6	14	0,6	132	1,1
Macapá	3	0,1	2	0,1	1	0,1	3	0,2	1	0,1	1	0,0	1	0,0	12	0,1
Palmas	2	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	3	0,2	8	0,3	16	0,1
Capitais do Norte	78	3,4	36	2,3	26	1,8	39	3,1	32	2,2	31	1,8	29	1,1	271	2,2
São Luís	22	1,0	22	1,4	12	0,8	16	1,2	6	0,4	7	0,4	0	0,0	85	0,7
Teresina	48	2,1	13	0,8	9	0,6	13	1,0	9	0,6	7	0,4	22	0,9	121	1,0
Fortaleza	48	2,1	25	1,6	18	1,2	23	1,8	28	1,9	28	1,7	0	0,0	170	1,4
Natal	67	2,9	26	1,6	24	1,7	18	1,4	26	1,8	19	1,1	47	1,8	227	1,8
João Pessoa	24	1,1	12	0,8	8	0,6	10	0,8	5	0,3	5	0,3	21	0,8	85	0,7
Recife	46	2,0	17	1,1	26	1,8	19	1,5	16	1,1	14	0,8	25	1,0	163	1,3
Maceió	61	2,7	15	0,9	24	1,6	18	1,4	13	0,9	22	1,3	0	0,0	153	1,2
Aracaju	38	1,7	12	0,8	7	0,5	6	0,4	14	1,0	8	0,5	57	2,2	142	1,2
Salvador	53	2,3	34	2,2	15	1,0	18	1,4	17	1,2	32	1,9	0	0,0	169	1,4
Capitais do Nordeste	407	17,9	176	11,2	143	9,8	141	10,9	134	9,2	142	8,4	172	6,7	1.315	10,7
Belo Horizonte	177	7,8	84	5,4	86	5,9	74	5,7	79	5,4	89	5,3	186	7,2	775	6,3
Vitória	24	1,1	17	1,1	14	1,0	17	1,3	14	1,0	15	0,9	0	0,0	101	0,8
Rio de Janeiro	253	11,1	181	11,5	177	12,1	148	11,5	166	11,4	169	10,0	248	9,6	1.342	10,9
São Paulo	476	20,9	368	23,4	338	23,1	301	23,3	325	22,3	453	26,9	855	33,1	3.116	25,3
Capitais do Sudeste	930	40,9	650	41,4	615	42,1	540	41,8	584	40,1	726	43,1	1.289	49,9	5.334	43,3
Curitiba	414	18,2	399	25,4	407	27,8	310	24,0	409	28,1	431	25,6	616	23,9	2.986	24,3
Florianópolis	66	2,9	56	3,6	35	2,4	46	3,6	44	3,0	51	3,0	98	3,8	396	3,2
Porto Alegre	189	8,3	129	8,2	127	8,7	140	10,8	148	10,2	190	11,3	226	8,7	1.149	9,3
Capitais do Sul	669	29,4	584	37,2	569	38,9	496	38,4	601	41,3	672	39,9	940	36,4	4.531	36,8
Campo Grande	19	0,8	7	0,4	12	0,8	7	0,5	20	1,4	16	0,9	0	0,0	81	0,6
Cuiabá	19	0,8	10	0,6	16	1,1	9	0,7	4	0,3	13	0,8	24	1,0	95	0,8
Goiânia	83	3,7	50	3,2	40	2,8	22	1,7	19	1,3	23	1,4	0	0,0	237	1,9
Brasília	71	3,1	58	3,7	40	2,7	37	2,9	62	4,2	62	3,7	127	4,9	457	3,7
Capitais do Centro-Oeste	192	8,4	125	7,9	108	7,4	75	5,8	105	7,2	114	6,8	151	5,9	870	7,0
Brasil (Capitais)	2.276	100	1.571	100	1.461	100	1.291	100	1.456	100	1.685	100	2.581	100	12.321	100

Fonte: DATAPREV.

Tabela 9.6.

Porcentagem de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas em relação ao número total de afastamentos. Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,8	0,4	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,2
Rio Branco	1,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2
Manaus	0,6	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Boa Vista	0,4	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Belém	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Macapá	0,7	0,3	0,2	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2
Palmas	0,5	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,6	0,2
Capitais do Norte	0,7	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
São Luís	0,9	0,7	0,4	0,4	0,1	0,1	0,0	0,3
Teresina	2,0	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,5	0,5
Fortaleza	0,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2
Natal	1,4	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	0,5	0,5
João Pessoa	0,7	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3
Recife	0,7	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Maceió	2,5	0,4	0,7	0,4	0,3	0,3	0,0	0,5
Aracaju	1,6	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	1,1	0,5
Salvador	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Capitais do Nordeste	1,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Belo Horizonte	1,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4
Vitória	1,3	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,0	0,4
Rio de Janeiro	0,9	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
São Paulo	0,9	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5
Capitais do Sudeste	0,9	0,4	0,5	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4
Curitiba	3,4	2,4	2,6	1,6	1,8	1,6	2,4	2,2
Florianópolis	1,9	1,0	0,6	0,6	0,5	0,6	1,1	0,8
Porto Alegre	1,5	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	1,1	0,8
Capitais do Sul	2,4	1,4	1,4	1,0	1,1	1,1	1,7	1,4
Campo Grande	0,5	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2
Cuiabá	0,9	0,3	0,4	0,2	0,1	0,2	0,4	0,3
Goiânia	1,2	0,5	0,4	0,2	0,2	0,2	0,0	0,3
Brasília	0,7	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,5	0,3
Capitais Centro-Oeste	0,8	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Brasil (Capitais)	1,1	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,6	0,5

Fonte: DATAPREV.

Tabela 9.7.

Número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	1,46	1,15	0,57	1,31	0,00	0,00	0,81	0,76
Rio Branco	4,21	0,00	0,73	0,35	0,65	0,96	0,00	0,99
Manaus	1,52	0,47	0,33	0,57	0,61	0,77	0,00	0,61
Boa Vista	0,96	0,00	0,00	0,42	0,00	0,40	1,20	0,43
Belém	2,53	1,74	1,12	1,37	1,28	0,70	0,99	1,39
Macapá	1,01	0,65	0,31	0,92	0,28	0,27	0,29	0,53
Palmas	1,33	0,00	0,58	0,53	0,48	1,36	4,48	1,25
Capitais do Norte	0,59	0,27	0,19	0,27	0,22	0,21	0,20	0,28
São Luís	2,47	2,43	1,30	1,67	0,61	0,70	0,00	1,31
Teresina	6,59	1,76	1,20	1,68	1,14	0,87	2,82	2,29
Fortaleza	2,20	1,13	0,80	0,99	1,18	1,16	0,00	1,07
Natal	9,28	3,54	3,22	2,35	3,34	2,41	6,07	4,32
João Pessoa	3,95	1,94	1,27	1,54	0,76	0,74	3,11	1,90
Recife	3,20	1,17	1,78	1,28	1,07	0,92	1,63	1,58
Maceió	7,46	1,80	2,82	2,04	1,44	2,38	0,00	2,56
Aracaju	8,11	2,53	1,46	1,22	2,81	1,58	10,96	4,10
Salvador	2,13	1,35	0,59	0,68	0,64	1,18	0,00	0,94
Capitais do Nordeste	0,84	0,36	0,29	0,28	0,26	0,28	0,33	0,38
Belo Horizonte	7,84	3,68	3,73	3,15	3,33	3,71	7,71	4,74
Vitória	8,11	5,68	4,63	5,49	4,47	4,73	0,00	4,73
Rio de Janeiro	4,29	3,05	2,96	2,45	2,72	2,75	4,07	3,18
São Paulo	4,53	3,47	3,17	2,78	2,97	4,11	7,85	4,13
Capitais do Sudeste	1,27	0,87	0,82	0,70	0,74	0,91	1,66	1,00
Curitiba	25,55	24,26	24,35	17,95	23,27	24,10	34,27	24,82
Florianópolis	18,73	15,53	9,48	11,89	11,09	12,54	24,70	14,85
Porto Alegre	13,76	9,32	9,11	9,88	10,36	13,19	15,91	11,65
Capitais do Sul	2,63	2,27	2,19	1,86	2,23	2,46	3,52	2,45
Campo Grande	2,80	1,01	1,70	0,95	2,67	2,09	0,00	1,60
Cuiabá	3,85	2,00	3,15	1,72	0,75	2,39	4,56	2,63
Goiânia	7,47	4,43	3,49	1,86	1,58	1,88	0,00	2,96
Brasília	3,39	2,70	1,83	1,62	2,66	2,60	5,17	2,85
Capitais do Centro-Oeste	1,62	1,03	0,88	0,59	0,81	0,86	1,14	0,99
Brasil (Capitais)	1,32	0,90	0,83	0,71	0,79	0,90	1,40	0,98

Fonte: DATAPREV.

Gráfico 9.7.
Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

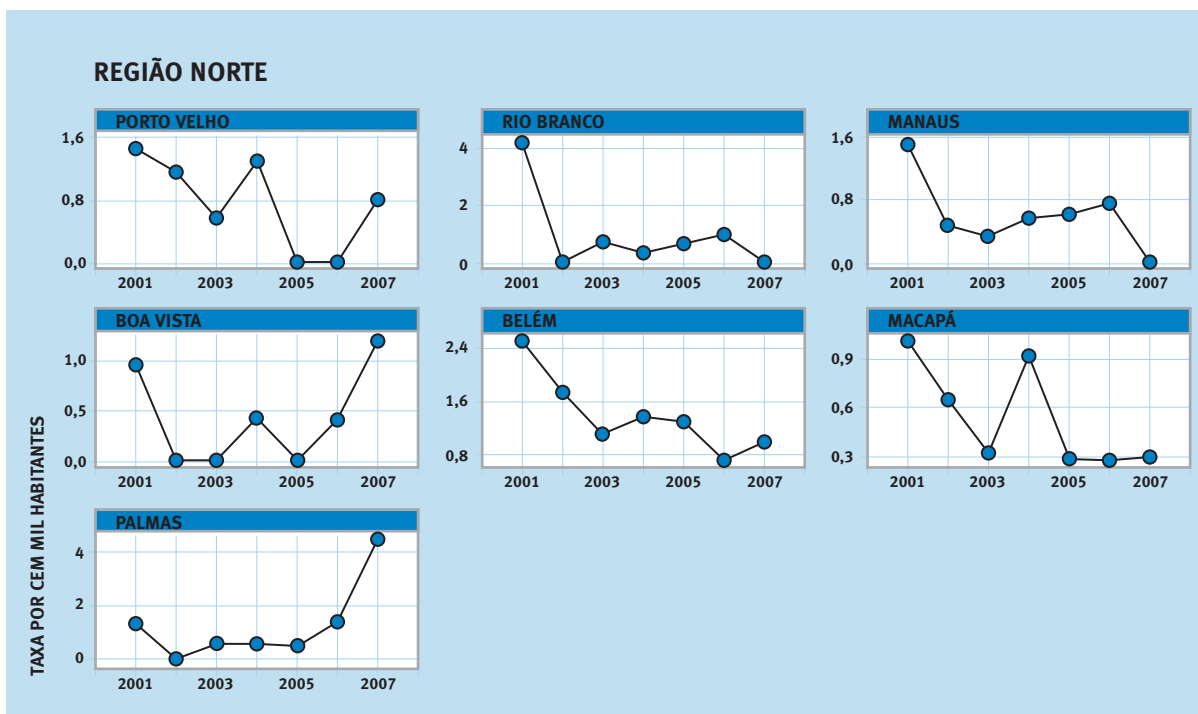


Gráfico 9.8.
Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.

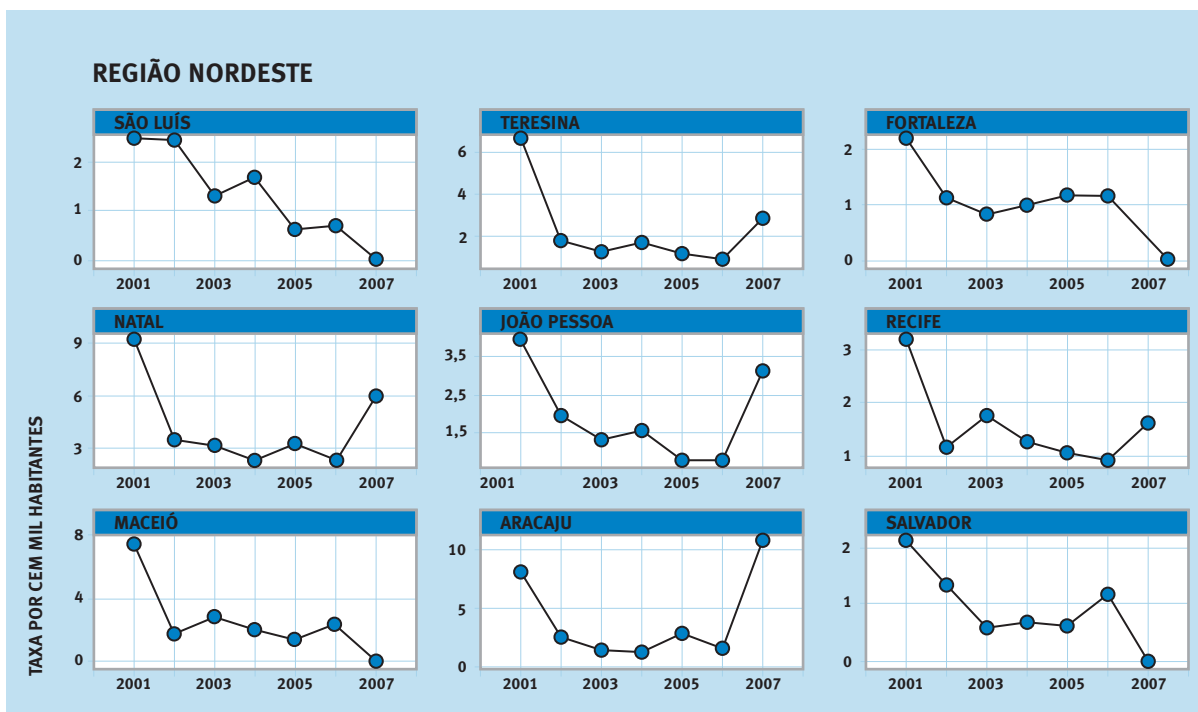


Gráfico 9.9.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais de Região Sudeste, 2001 a 2007.

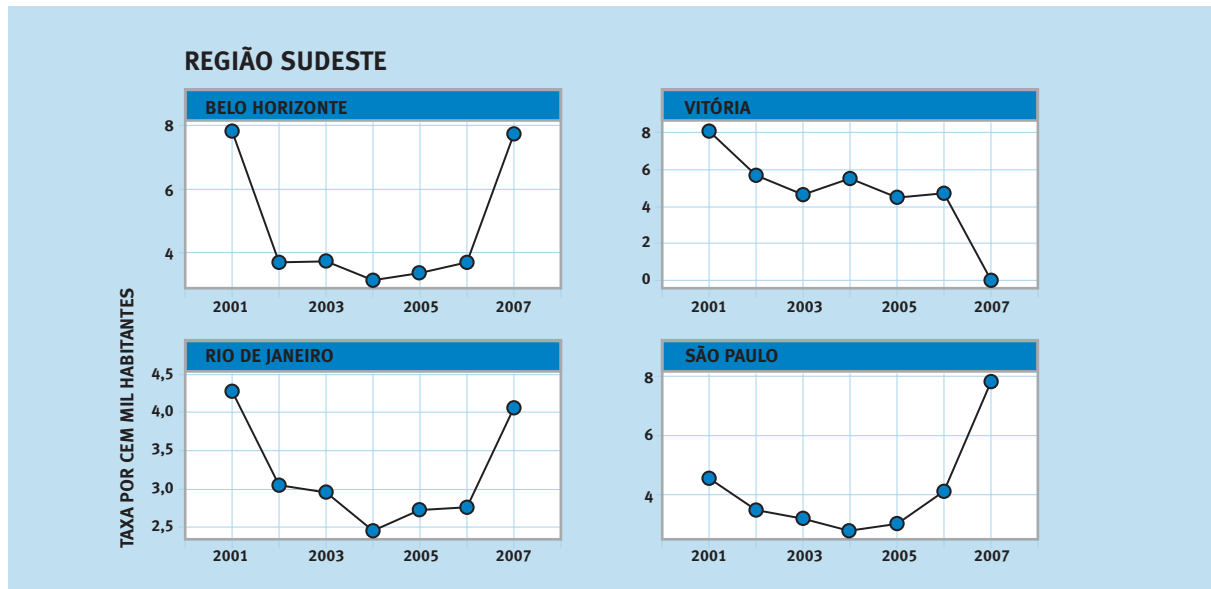


Gráfico 9.10.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

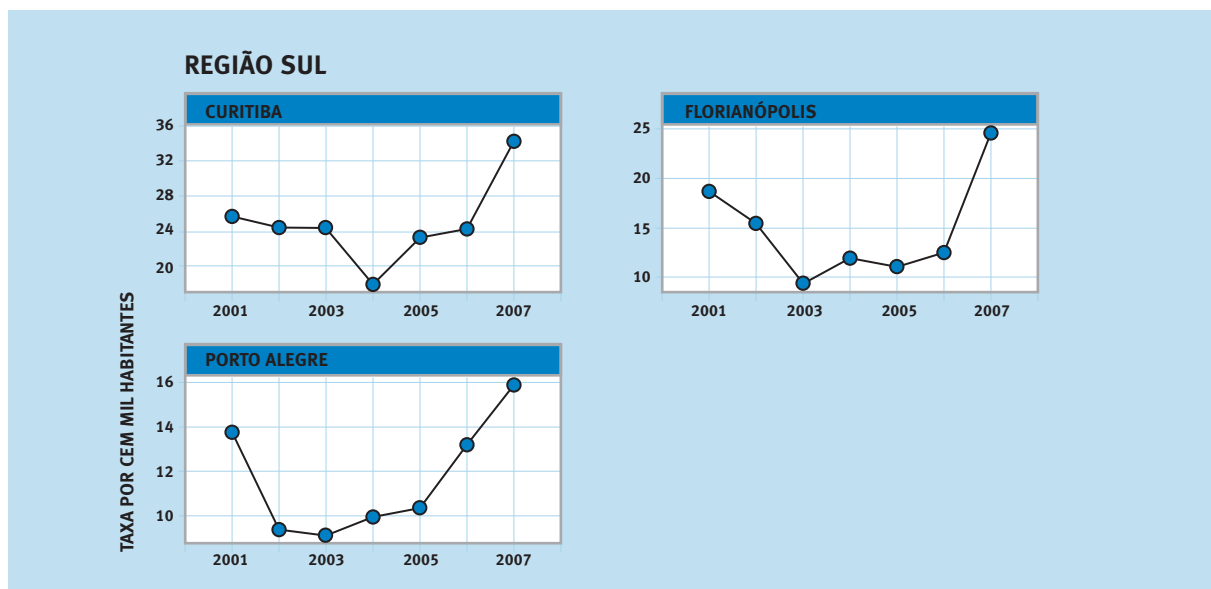
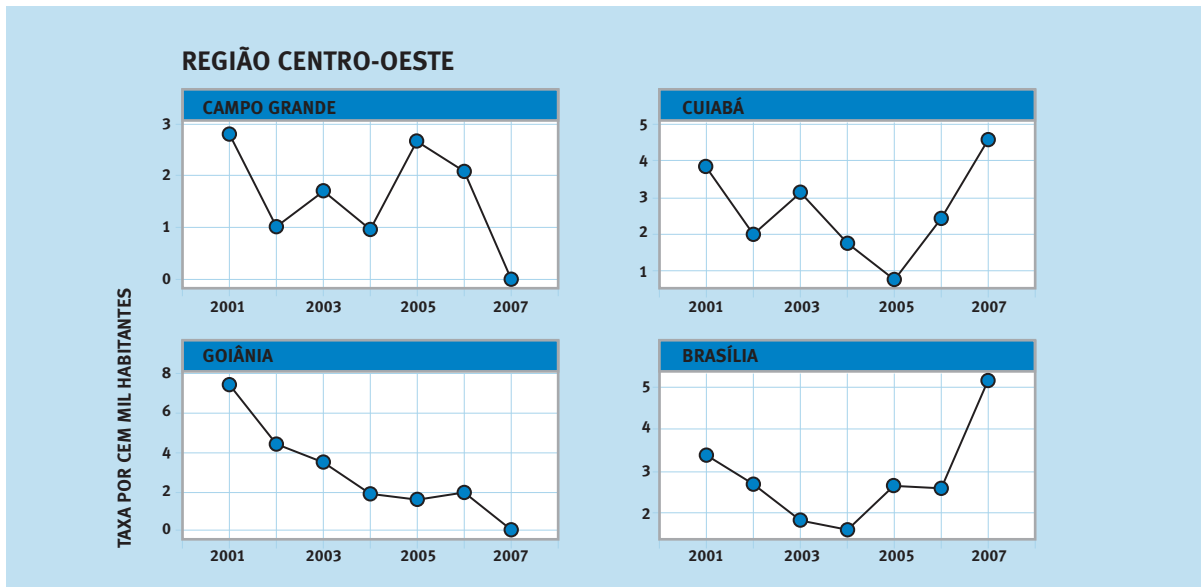


Gráfico 9.11.

Evolução do número de afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



Foram também calculados os números e as porcentagens de afastamentos por faixa etária (Tabela 9.8) e por gênero (Tabela 9.9). Ao se analisar a prevalência de afastamento do trabalho devido a consumo de drogas, observa-se que a maior porcentagem de afastamentos ocorre na faixa de 25 a 49 anos. Em todos os anos, a porcentagem de afastados do sexo masculino é superior a 90%.

A análise de tendência do número de afastamentos no tempo, em cada faixa etária, apontou tendência de queda nas duas primeiras faixas: até 19 anos ($p=0,024$) e 20 a 24 anos ($p=0,001$). Nas demais faixas não há tendência: 25 a 29 anos ($p=0,074$), 30 a 34 anos ($p=0,626$), 35 a 39 anos ($p=0,639$), 40 a 44 anos ($p=0,574$), 45 a 49 anos ($p=0,500$), 50 a 54 anos ($p=0,568$), 55 a 59 anos ($p=0,801$), 60 a 64 anos ($p=0,981$), 65 a 69 anos ($p=0,442$) e 70 anos ou mais ($p=0,113$).

Tabela 9.8.
Número de afastamentos em decorrência
do consumo de substâncias psicoativas por
faixa etária. Brasil, 2001 a 2007.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 19 anos	184	1,5	79	1,2	38	0,6	46	0,8	33	0,6	16	0,3	19	0,1	415	0,7
20 a 24 anos	1.291	10,5	856	13,4	870	13,8	822	14,1	564	9,4	389	6,0	324	2,5	5.116	9,0
25 a 29 anos	1.437	11,7	965	15,1	1.143	18,1	1.095	18,8	947	15,7	937	14,4	969	7,3	7.493	13,3
30 a 34 anos	1.280	10,5	939	14,7	957	15,1	911	15,6	955	15,8	967	14,9	1.476	11,1	7.485	13,2
35 a 39 anos	1.573	12,9	968	15,2	908	14,4	778	13,4	875	14,5	986	15,1	1.998	15,1	8.086	14,3
40 a 44 anos	1.903	15,5	970	15,2	912	14,4	789	13,5	901	14,9	1.050	16,1	2.629	19,8	9.154	16,2
45 a 49 anos	1.822	14,9	834	13,1	705	11,2	636	10,9	856	14,2	1.050	16,1	2.602	19,6	8.505	15,0
50 a 54 anos	1.419	11,6	440	6,9	455	7,2	451	7,7	566	9,34	678	10,4	1.876	14,2	5.885	10,4
55 a 59 anos	866	7,1	213	3,4	197	3,1	217	3,7	226	3,8	309	4,8	964	7,3	2.992	5,3
60 a 64 anos	371	3,0	97	1,5	108	1,7	83	1,4	93	1,5	119	1,8	355	2,7	1.226	2,2
65 a 69 anos	69	0,6	11	0,2	22	0,4	4	0,1	11	0,2	9	0,1	39	0,3	165	0,3
70 anos ou mais	26	0,2	4	0,1	1	0,0	2	0,0	2	0,0	1	0,0	2	0,0	38	0,1
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	12.241	100	6.376	100	6.316	100	5.834	100	6.029	100	6.512	100	13.253	100	56.561	100

Fonte: DATAPREV.

Tabela 9.9.
Número de afastamentos em
decorrência do consumo de subs-
tâncias psicoativas por gênero.
Brasil, 2001 a 2007.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	11.061	90,4	6.046	94,8	5.978	94,6	5.542	95,0	5.731	95,1	6.212	95,4	12.638	95,4	53.208	94,1
Feminino	1.180	9,6	330	5,2	338	5,4	292	5,0	298	4,9	300	4,6	615	4,6	3.353	5,9
Total	12.241	100	6.376	100	6.316	100	5.834	100	6.029	100	6.512	100	13.253	100	56.561	100

Fonte: DATAPREV.

O álcool é a substância psicoativa mais frequentemente associada a afastamentos do trabalho. Observa-se na Tabela 9.10 que, em todos os anos, a maior porcentagem de afastamentos é observada na faixa de 40 a 49 anos. Nessa faixa etária, a porcentagem de afastamentos é aproximadamente a mesma em todos os anos, cerca de 40%. Outras faixas etárias com prevalência considerável de afastamentos por uso de álcool são as de 30 a 39 anos e de 50 a 59 anos. Em todos os anos, a maior porcentagem dos afastados por intoxicação por álcool é do sexo masculino, com taxa maior que 90% (Tabela 9.11).

Tabela 9.10.
Número de afastamentos por intoxicação por álcool,
por faixa etária, 2001 a 2006¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
até 19 anos	11	0,1	3	0,1	2	0,1	2	0,1	1	0,0	0	0,0	19	0,1
20 a 29 anos	580	7,6	323	9,2	314	9,9	237	8,6	249	7,2	228	5,7	1.931	7,9
30 a 39 anos	1.811	23,7	1.067	30,4	939	29,6	742	26,9	910	26,4	986	24,5	6.455	26,3
40 a 49 anos	3.080	40,2	1.479	42,1	1.280	40,4	1.132	41,1	1.469	42,7	1.783	44,4	10.223	41,6
50 a 59 anos	1.840	24,1	551	15,7	547	17,2	565	20,5	714	20,8	902	22,5	5.119	20,8
60 a 69 anos	313	4,1	87	2,5	88	2,8	77	2,8	95	2,8	118	2,9	778	3,2
70 a 79 anos	8	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,1	2	0,0	14	0,1
80 anos ou mais	6	0,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,0
Total	7.649	100	3.512	100	3.170	100	2.756	100	3.440	100	4.019	100	24.546	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

Tabela 9.11.
Número de afastamentos por intoxicação por álcool,
por gênero, 2001 a 2006¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	7.156	93,6	3.385	96,4	3.058	96,5	2.643	95,9	3.323	96,6	3.873	96,4	23.438	95,5
Feminino	493	6,4	127	3,6	112	3,5	113	4,1	117	3,4	146	3,6	1.108	4,5
Total	7.649	100	3.512	100	3.170	100	2.756	100	3.440	100	4.019	100	24.546	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

A intoxicação por cocaína é a segunda maior causa de afastamento do trabalho. Na Tabela 9.12 observa-se que mais de 50% dos afastamentos anuais por intoxicação por cocaína ocorrem na faixa etária de 20 a 29 anos. Chama a atenção o fato de esta droga estar associada a faixas etárias mais jovens que as observadas para o consumo de álcool, o que pode ser parcialmente

explicado pelo fato de que a intoxicação por álcool no ambiente de trabalho ocorre mais frequentemente entre indivíduos que já apresentam padrão de abuso/dependência, o que acontece em faixas etárias mais avançadas. Observa-se ainda um aumento gradual ao longo dos anos da prevalência na faixa etária de 30 a 39 anos. Mais de 90% dos afastados por intoxicação por cocaína são do sexo masculino (Tabela 9.13).

Tabela 9.12.
Número de afastamentos por intoxicação por cocaína, por faixa etária, 2001 a 2006¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
até 19 anos	71	4,1	33	2,9	15	1,1	17	1,1	17	1,2	8	0,5	161	1,8
20 a 29 anos	971	56,3	674	58,6	790	57,1	896	57,8	712	51,6	701	46,6	4.744	54,6
30 a 39 anos	439	25,5	354	30,8	438	31,6	498	32,1	508	36,8	612	40,7	2.849	32,8
40 a 49 anos	173	10,0	74	6,4	116	8,4	119	7,7	128	9,3	161	10,7	771	8,9
50 a 59 anos	49	2,9	14	1,2	19	1,4	19	1,2	14	1,0	21	1,4	136	1,6
60 a 69 anos	17	1,0	1	0,1	5	0,4	1	0,1	1	0,1	1	0,1	26	0,3
80 anos ou mais	4	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,0
Total	1.724	100	1.150	100	1.383	100	1.550	100	1.380	100	1.504	100	8.691	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

Tabela 9.13.
Número de afastamentos por intoxicação por cocaína, por gênero, 2001 a 2006¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	1.592	92,3	1.105	96,1	1.315	95,1	1.497	96,6	1.319	95,6	1.451	96,5	8.279	95,3
Feminino	132	7,7	45	3,9	68	4,9	53	3,4	61	4,4	53	3,5	412	4,7
Total	1.724	100	1.150	100	1.383	100	1.550	100	1.380	100	1.504	100	8.691	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

Aposentadorias devidas a acidentes e problemas relacionados a drogas

A análise das aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas foi realizada por meio dos mesmos procedimentos utilizados na análise dos afastamentos.

A Tabela 9.14 apresenta o número de aposentadorias associadas à categoria F da Classificação Internacional de Doenças CID-10, mais envenenamentos, discriminadas por droga utilizada, no período de 2001 a 2006.

Tabela 9.14.
Número e porcentagem de aposentadorias, por droga, 2001 a 2006¹.

Droga	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
F10-Álcool	845	76,7	820	74,3	785	74,5	489	74,0	140	78,2	270	77,1	3.349	75,3
F11-Opiáceos	103	9,4	119	10,8	113	10,7	76	11,5	19	10,6	42	12,0	472	10,6
F12-Canabinoides	10	0,9	14	1,3	9	0,8	5	0,7	2	1,1	3	0,8	43	1,0
F13-Sedativos	16	1,5	19	1,7	21	2,0	11	1,7	2	1,1	6	1,7	75	1,7
F14-Cocaína	43	3,9	41	3,7	37	3,5	22	3,3	5	2,8	9	2,6	157	3,5
F15-Outros	15	1,4	17	1,5	11	1,0	12	1,8	2	1,1	7	2,0	64	1,4
F16-Alucinógenos	6	0,5	5	0,5	3	0,3	4	0,6	0	0,0	0	0,0	18	0,4
F17-Tabaco	3	0,3	5	0,5	5	0,5	3	0,5	1	0,6	1	0,3	18	0,4
F18-Solventes	7	0,6	6	0,5	6	0,6	3	0,5	1	0,6	0	0,0	23	0,5
F19-Múltiplas	42	3,8	46	4,1	55	5,2	24	3,6	3	1,7	9	2,6	179	4,0
Envenenamento	11	1,0	12	1,1	9	0,9	12	1,8	4	2,2	3	0,9	51	1,2
Total	1.101	100	1.104	100	1.054	100	661	100	179	100	350	100	4.449	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

Em todos os anos, a maior porcentagem de aposentadorias ocorreu por uso de álcool, seguido do uso de opiáceos. Destacam-se também as porcentagens de aposentadorias por uso de cocaína e múltiplas drogas.

Nos anos de 2001 a 2003 ocorreu maior número de aposentadorias do que no período de 2004 a 2006. Nos anos de 2005 e 2006 observa-se uma redução acentuada do número de aposentadorias em todas as drogas.

Na Tabela 9.15 são apresentados os números de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas, por região e unidade federativa no período de 2001 a 2007, bem como as correspondentes porcentagens relativas ao número total de aposentadorias por essa causa no Brasil. Observa-se que as porcentagens de aposentadorias na Região Sudeste são bastante superiores às das demais regiões. Nota-se, de uma forma geral, que o número de aposentadorias tende a diminuir a partir de 2004.

Tabela 9.15.

Número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	5	0,5	6	0,5	4	0,4	4	0,6	1	0,6	3	0,8	0	0,0	23	0,5
Acre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Amazonas	5	0,5	2	0,2	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,3	0	0,0	10	0,2
Roraima	2	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,2	1	0,6	0	0,0	0	0,0	6	0,1
Pará	10	0,9	6	0,5	8	0,8	8	1,2	3	1,6	3	0,9	6	1,0	44	0,9
Amapá	1	0,1	1	0,1	1	0,1	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Tocantins	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Região Norte	23	2,1	16	1,4	15	1,5	16	2,4	5	2,8	7	2,0	6	1,0	88	1,8
Maranhão	6	0,6	8	0,7	5	0,5	6	0,9	1	0,6	1	0,3	3	0,5	30	0,6
Piauí	8	0,7	9	0,8	9	0,9	7	1,0	1	0,6	4	1,1	3	0,5	41	0,8
Ceará	13	1,2	13	1,2	13	1,2	13	2,0	1	0,6	6	1,7	5	0,9	64	1,3
Rio Grande do Norte	42	3,8	42	3,8	53	5,0	32	4,8	7	3,9	15	4,3	7	1,2	198	4,0
Paraíba	24	2,2	26	2,4	26	2,4	19	2,9	7	3,9	12	3,4	3	0,5	117	2,3
Pernambuco	18	1,6	17	1,6	17	1,6	15	2,3	3	1,6	9	2,6	8	1,4	87	1,7
Alagoas	8	0,7	10	0,9	9	0,9	6	0,9	1	0,6	6	1,7	10	1,8	50	1,0
Sergipe	8	0,7	10	0,9	7	0,7	6	0,9	6	3,3	2	0,6	4	0,7	43	0,9
Bahia	39	3,6	29	2,6	33	3,1	25	3,8	6	3,3	13	3,7	22	3,8	167	3,3
Região Nordeste	166	15,1	164	14,9	172	16,3	129	19,5	33	18,4	68	19,4	65	11,3	797	15,9
Minas Gerais	232	21,1	215	19,5	215	20,4	152	23,0	38	21,2	62	17,7	106	18,4	1.020	20,3
Espírito Santo	22	2,0	22	2,0	16	1,5	11	1,7	3	1,7	8	2,3	19	3,3	101	2,0
Rio de Janeiro	185	16,8	170	15,4	146	13,9	103	15,6	30	16,7	64	18,3	75	13,1	773	15,4
São Paulo	263	23,9	259	23,5	269	25,5	127	19,2	37	20,7	76	21,7	196	34,1	1.227	24,4
Região Sudeste	702	63,8	666	60,4	646	61,3	393	59,5	108	60,3	210	60,0	396	68,9	3.121	62,1
Paraná	31	2,8	41	3,7	29	2,7	16	2,4	10	5,6	11	3,1	17	3,0	155	3,1
Santa Catarina	31	2,8	30	2,7	28	2,7	17	2,6	2	1,1	10	2,9	26	4,5	144	2,8
Rio Grande do Sul	106	9,6	148	13,4	134	12,7	73	11,0	13	7,3	36	10,3	46	8,0	556	11,1
Região Sul	168	15,2	219	19,8	191	18,1	106	16,0	25	14,0	57	16,3	89	15,5	855	17,0
Mato Grosso do Sul	7	0,6	5	0,4	8	0,8	3	0,5	2	1,1	3	0,9	4	0,7	32	0,6
Mato Grosso	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,5	4	0,1
Goiás	24	2,2	28	2,5	13	1,2	12	1,8	3	1,7	4	1,1	9	1,6	93	1,8
Distrito Federal	11	1,0	5	0,5	9	0,8	2	0,3	3	1,7	1	0,3	3	0,5	34	0,7
Região Centro-Oeste	42	3,8	39	3,5	30	2,8	17	2,6	8	4,5	8	2,3	19	3,3	163	3,2
Brasil	1.101	100	1.104	100	1.054	100	661	100	179	100	350	100	575	100	5.024	100

Fonte: DATAPREV.

Considerando os números totais de aposentadorias concedidas nas unidades federativas, foram calculadas as porcentagens apresentadas na Tabela 9.16. Observa-se que as maiores porcentagens no período estão ou na Região Sudeste ou na Região Nordeste. No Brasil como um todo, a maior porcentagem foi observada no ano de 2001.

Tabela 9.16.
Porcentagem de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas em relação ao número total de aposentadorias. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	1,0	0,4	0,3	0,3	0,1	0,3	0,0	0,3
Acre	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
Amazonas	0,9	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2
Roraima	1,9	0,6	0,4	0,2	0,2	0,0	0,0	0,3
Pará	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,3	0,2
Amapá	2,0	1,3	0,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Tocantins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Região Norte	0,6	0,3	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2
Maranhão	0,4	0,5	0,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2
Piauí	0,7	0,8	0,6	0,4	0,1	0,3	0,3	0,4
Ceará	0,7	0,4	0,4	0,4	0,0	0,3	0,2	0,3
Rio Grande do Norte	3,2	2,2	2,2	1,0	0,2	0,7	0,4	1,2
Paraíba	1,1	0,8	0,8	0,7	0,2	0,7	0,1	0,6
Pernambuco	0,5	0,4	0,5	0,4	0,1	0,3	0,3	0,3
Alagoas	0,8	0,6	0,6	0,3	0,0	0,3	0,4	0,4
Sergipe	1,7	1,2	0,9	0,7	0,6	0,2	0,5	0,7
Bahia	1,0	0,4	0,5	0,3	0,1	0,1	0,3	0,3
Região Nordeste	1,0	0,7	0,7	0,4	0,1	0,3	0,3	0,4
Minas Gerais	1,0	0,7	0,7	0,4	0,1	0,2	0,5	0,5
Espírito Santo	0,8	0,6	0,4	0,2	0,1	0,2	0,5	0,4
Rio de Janeiro	1,2	0,8	1,0	0,4	0,1	0,5	0,7	0,6
São Paulo	0,6	0,5	0,5	0,2	0,1	0,1	0,5	0,3
Região Sudeste	0,9	0,6	0,6	0,3	0,1	0,2	0,5	0,4
Paraná	0,4	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Santa Catarina	0,7	0,5	0,4	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2
Rio Grande do Sul	1,2	0,8	0,8	0,4	0,1	0,3	0,4	0,5
Região Sul	0,8	0,6	0,5	0,3	0,1	0,2	0,3	0,4
Mato Grosso do Sul	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Mato Grosso	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
Goiás	0,9	0,7	0,3	0,2	0,0	0,1	0,3	0,3
Distrito Federal	0,6	0,2	0,4	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2
Região Centro-Oeste	0,6	0,4	0,3	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2
Brasil	0,8	0,6	0,6	0,3	0,1	0,2	0,4	0,4

Fonte: DATAPREV.

As taxas por 100.000 habitantes são apresentadas na Tabela 9.17. Nota-se que as maiores taxas ocorrem na região Sudeste, seguida da Sul, em todo o período. As taxas no Brasil como um todo, e as correspondentes a cada unidade federativa estão representadas nos Gráficos 9.12 a 9.17.

Tabela 9.17.

Número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	0,36	0,42	0,27	0,26	0,07	0,19	0,00	0,22
Acre	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,02
Amazonas	0,17	0,07	0,03	0,03	0,00	0,03	0,00	0,05
Roraima	0,59	0,29	0,28	0,26	0,26	0,00	0,00	0,24
Pará	0,16	0,09	0,12	0,12	0,04	0,04	0,08	0,09
Amapá	0,20	0,19	0,19	0,18	0,00	0,00	0,00	0,11
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Região Norte	0,17	0,12	0,11	0,11	0,03	0,05	0,04	0,09
Maranhão	0,10	0,14	0,09	0,10	0,02	0,02	0,05	0,07
Piauí	0,28	0,31	0,31	0,24	0,03	0,13	0,10	0,20
Ceará	0,17	0,17	0,17	0,16	0,01	0,07	0,06	0,12
Rio Grande do Norte	1,49	1,47	1,84	1,08	0,23	0,49	0,23	0,98
Paraíba	0,69	0,74	0,74	0,53	0,19	0,33	0,08	0,47
Pernambuco	0,22	0,21	0,21	0,18	0,04	0,11	0,09	0,15
Alagoas	0,28	0,35	0,31	0,20	0,03	0,20	0,33	0,24
Sergipe	0,44	0,54	0,37	0,31	0,30	0,10	0,21	0,32
Bahia	0,30	0,22	0,25	0,18	0,04	0,09	0,16	0,18
Região Nordeste	0,34	0,34	0,35	0,26	0,06	0,13	0,13	0,23
Minas Gerais	1,28	1,17	1,16	0,80	0,20	0,32	0,55	0,78
Espírito Santo	0,70	0,69	0,49	0,33	0,09	0,23	0,57	0,44
Rio de Janeiro	1,27	1,15	0,98	0,68	0,20	0,41	0,49	0,74
São Paulo	0,70	0,68	0,69	0,32	0,09	0,19	0,49	0,45
Região Sudeste	0,96	0,89	0,86	0,51	0,14	0,26	0,51	0,59
Paraná	0,32	0,42	0,29	0,16	0,10	0,11	0,17	0,22
Santa Catarina	0,57	0,54	0,50	0,29	0,03	0,17	0,44	0,36
Rio Grande do Sul	1,03	1,42	1,27	0,68	0,12	0,33	0,43	0,75
Região Sul	0,66	0,85	0,73	0,40	0,09	0,21	0,33	0,47
Mato Grosso do Sul	0,33	0,23	0,37	0,13	0,09	0,13	0,18	0,21
Mato Grosso	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,02
Goiás	0,47	0,54	0,24	0,22	0,05	0,07	0,16	0,25
Distrito Federal	0,52	0,23	0,41	0,09	0,13	0,04	0,12	0,22
Região Centro-Oeste	0,35	0,32	0,24	0,13	0,06	0,06	0,14	0,19
Brasil	0,64	0,63	0,60	0,36	0,10	0,19	0,31	0,40

Fonte: DATAPREV.

O estudo de tendência apontou queda nas taxas do Brasil como um todo ($p=0,023$). Em várias unidades federativas também houve tendência de queda no período: Rondônia ($p=0,008$), Amazonas ($p=0,027$), Roraima ($p=0,004$), Amapá ($p=0,008$), Maranhão ($p=0,034$), Piauí ($p=0,026$), Ceará ($p=0,034$), Rio Grande do Norte ($p=0,013$), Paraíba ($p=0,005$), Pernambuco ($p=0,024$), Sergipe ($p=0,010$), Bahia ($p=0,044$), Minas Gerais ($p=0,014$), Rio de Janeiro ($p=0,009$), Paraná ($p=0,027$), Rio Grande do Sul ($p=0,033$), Goiás ($p=0,016$) e Distrito Federal ($p=0,032$). Nas demais unidades não há tendência: Acre ($p>0,999$), Pará ($p=0,064$), Alagoas ($p=0,511$), Espírito Santo ($p=0,186$), São Paulo ($p=0,100$), Santa Catarina ($p=0,154$), Mato Grosso do Sul ($p=0,088$) e Mato Grosso ($p=0,298$).

Gráfico 9.12.
Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Brasil, 2001 a 2007.

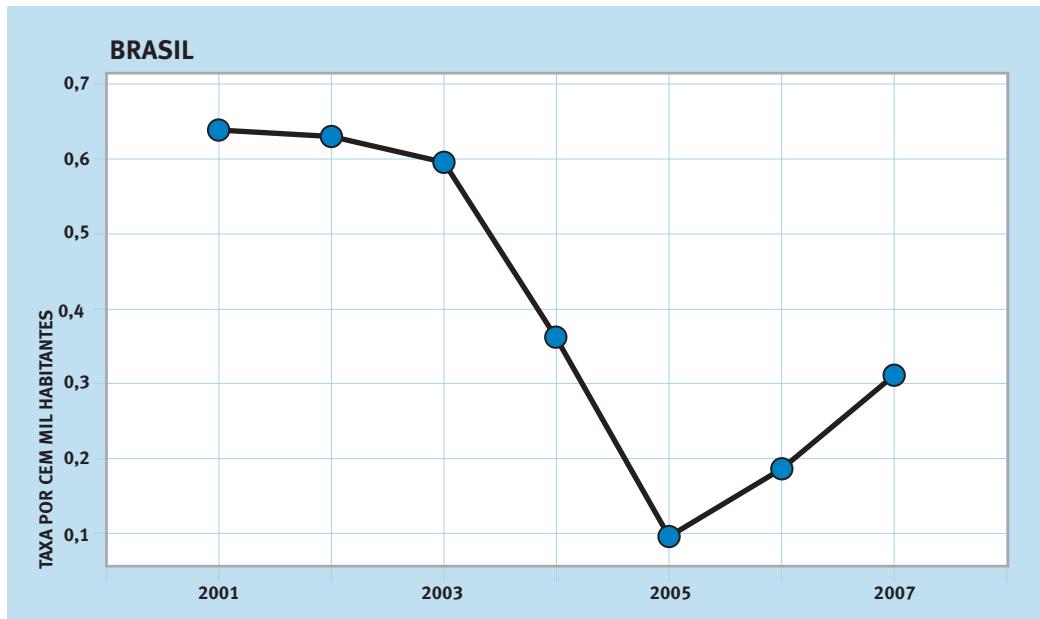


Gráfico 9.13.

Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

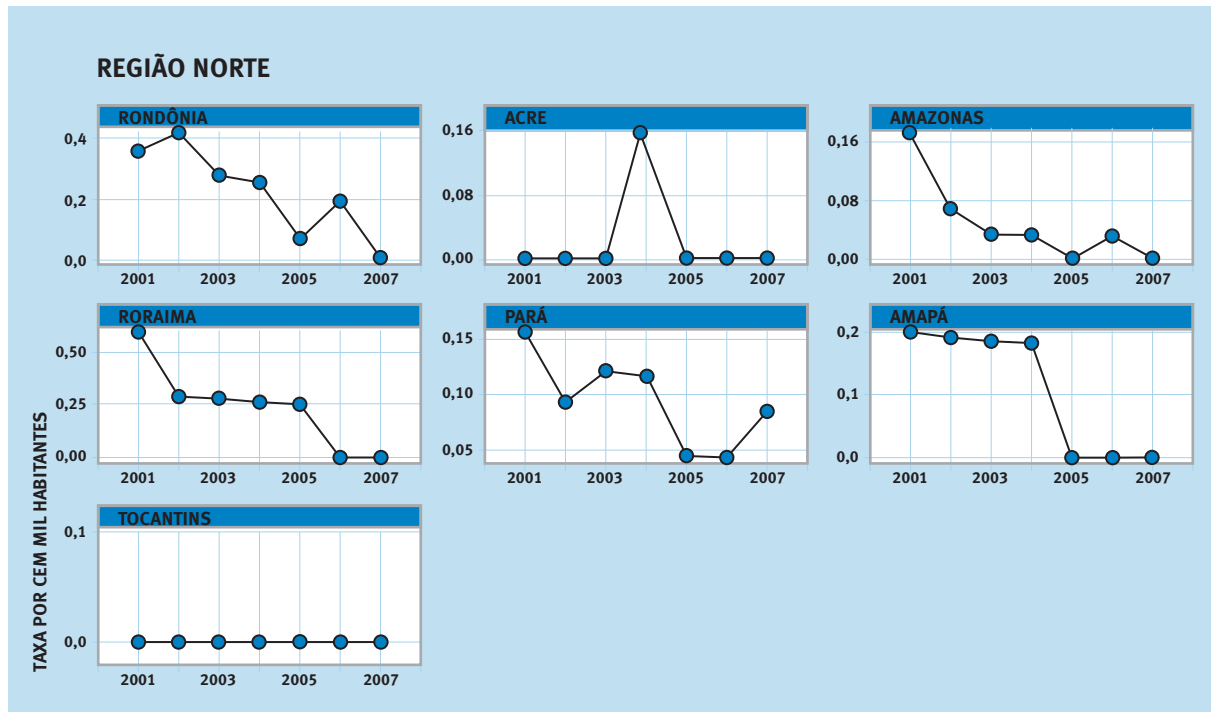


Gráfico 9.14.

Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

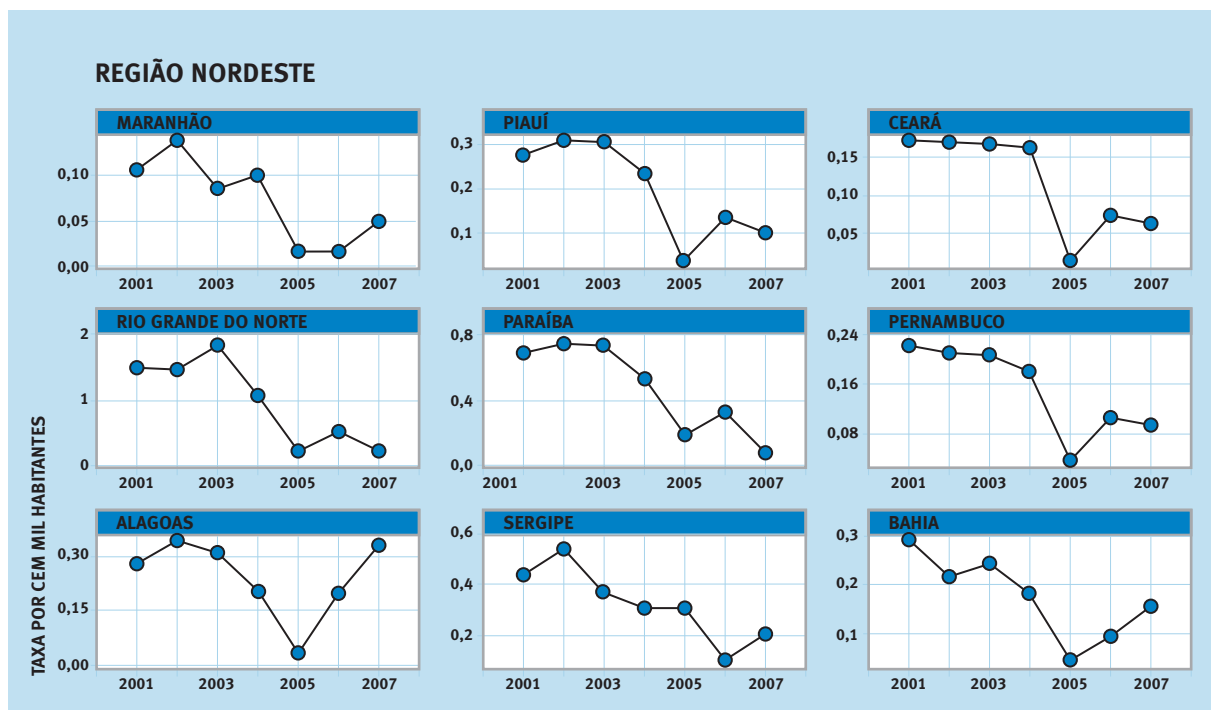


Gráfico 9.15.
Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados de Região Sudeste, 2001 a 2007.

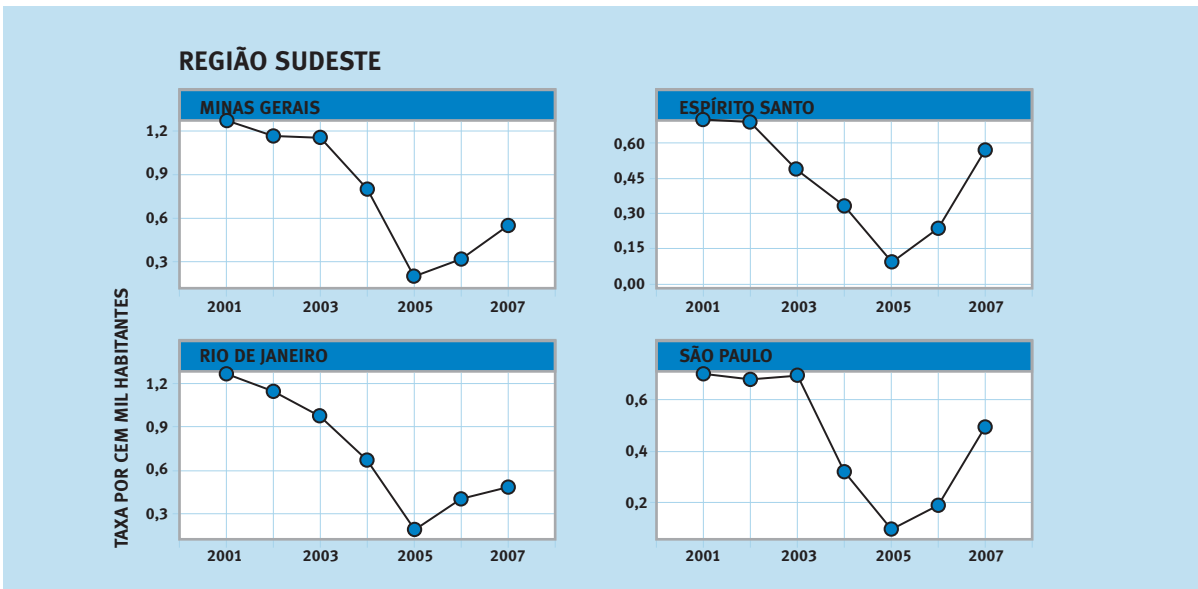


Gráfico 9.16.
Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

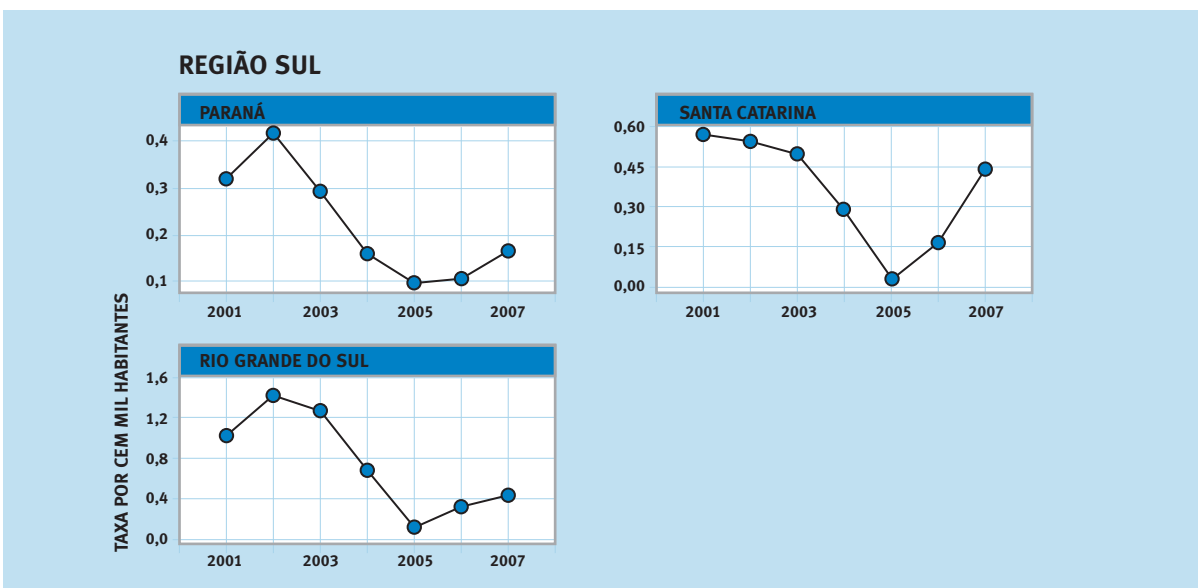
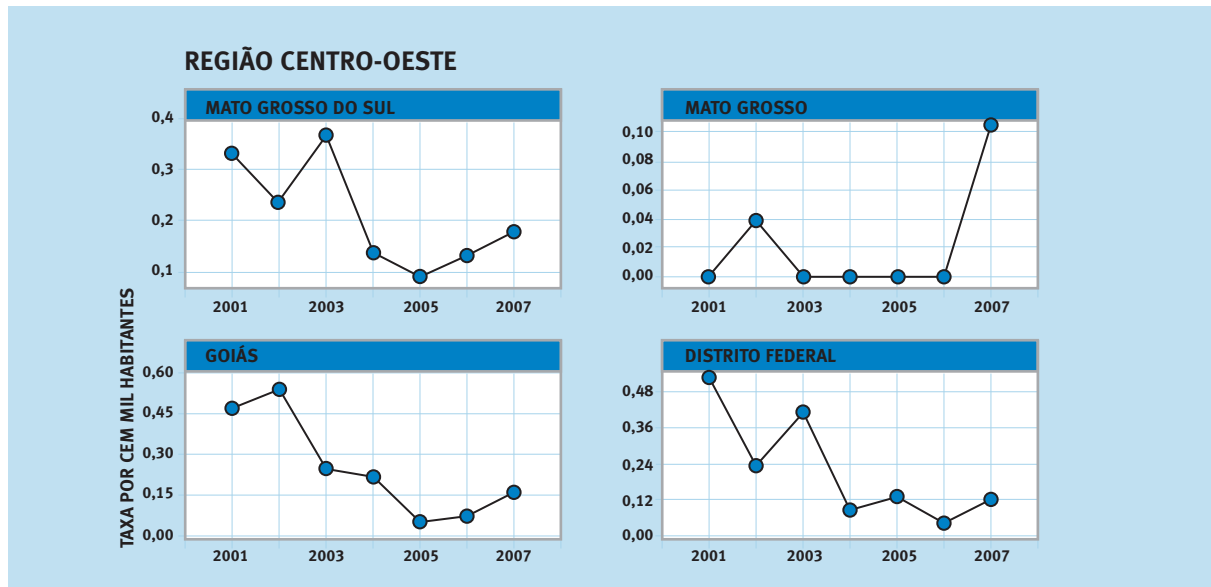


Gráfico 9.17.

Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



Considerando os dados por capital, foi construída a Tabela 9.18, na qual são apresentados os números de aposentadorias nas capitais, bem como as porcentagens calculadas em relação ao total de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas nas capitais brasileiras. Observa-se que as maiores porcentagens foram obtidas na Região Sudeste, seguida, na maior parte do período, da Região Nordeste.

Considerando o total de aposentadorias concedidas por diversas causas, foram calculadas as porcentagens apresentadas na Tabela 9.19. Não há uma região que se destaque, por apresentar as maiores taxas durante todo o período.

As taxas de aposentadoria por 100.000 habitantes nas capitais brasileiras são apresentadas na Tabela 9.20. Aqui também se observa que não há uma região que se destaque das demais durante todo o período.

As taxas em cada capital foram representadas nos Gráficos 9.18 a 9.22. No estudo de tendência no tempo, obteve-se que as taxas tendem a diminuir em Manaus ($p=0,027$), Boa Vista ($p=0,016$), Teresina ($p=0,022$), Fortaleza ($p=0,043$), Natal ($p=0,002$), Maceió ($p=0,019$), Salvador ($p=0,039$), Vitória ($p=0,012$), Campo Grande ($p=0,002$), Goiânia ($p=0,002$) e Brasília ($p=0,032$). Nas demais capitais não há tendência da taxa no decorrer do tempo: Porto Velho ($p=0,363$), Rio Branco ($p>0,999$), Belém ($p=0,211$), São Luís ($p=0,211$), João Pessoa ($p=0,247$), Recife ($p=0,053$), Aracaju ($p=0,112$), Belo Horizonte ($p=0,054$), Rio de Janeiro ($p=0,055$), São Paulo ($p=0,085$), Curitiba ($p=0,127$), Florianópolis ($p=0,612$), Porto Alegre ($p=0,124$) e Cuiabá ($p=0,144$).

Tabela 9.18.

Número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas. Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porto Velho	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Rio Branco	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Manaus	5	1,9	2	0,8	1	0,4	1	0,8	0	0,0	1	1,2	0	0,0	10	0,9
Boa Vista	1	0,4	1	0,4	1	0,4	1	0,8	1	2,5	0	0,0	0	0,0	5	0,4
Belém	8	3,1	4	1,7	6	2,6	6	4,6	3	7,7	2	2,4	6	4,9	35	3,2
Macapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Palmas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Capitais do Norte	14	5,4	8	3,3	8	3,4	9	7,0	4	10,2	3	3,6	6	4,9	52	4,7
São Luís	1	0,4	2	0,8	0	0,0	1	0,8	0	0,0	1	1,2	0	0,0	5	0,5
Teresina	6	2,3	7	2,9	6	2,6	5	3,9	1	2,6	2	2,4	3	2,4	30	2,7
Fortaleza	3	1,2	2	0,8	3	1,3	2	1,6	0	0,0	2	2,4	0	0,0	12	1,1
Natal	21	8,0	20	8,2	19	8,2	13	10,1	3	7,7	8	9,5	3	2,4	87	7,8
João Pessoa	5	1,9	4	1,7	10	4,3	3	2,3	0	0,0	4	4,8	2	1,6	28	2,5
Recife	10	3,8	11	4,5	7	3,1	7	5,4	1	2,6	6	7,1	5	4,1	47	4,2
Maceió	7	2,7	8	3,3	8	3,5	6	4,6	1	2,6	5	5,9	0	0,0	35	3,2
Aracaju	5	1,9	6	2,5	3	1,3	4	3,1	4	10,2	1	1,2	4	3,3	27	2,4
Salvador	12	4,6	3	1,2	3	1,3	1	0,8	2	5,1	1	1,2	0	0,0	22	2,0
Capitais do Nordeste	70	26,8	63	25,9	59	25,6	42	32,6	12	30,8	30	35,7	17	13,8	293	26,4
Belo Horizonte	25	9,5	15	6,2	16	6,9	17	13,2	2	5,1	6	7,1	12	9,7	93	8,4
Vitória	6	2,3	3	1,2	3	1,3	2	1,5	0	0,0	2	2,4	0	0,0	16	1,4
Rio de Janeiro	54	20,7	44	18,1	35	15,2	21	16,3	9	23,1	20	23,8	30	24,4	213	19,2
São Paulo	37	14,2	31	12,8	41	17,7	13	10,1	3	7,7	11	13,1	21	17,1	157	14,1
Capitais do Sudeste	122	46,7	93	38,3	95	41,1	53	41,1	14	35,9	39	46,4	63	51,2	479	43,1
Curitiba	9	3,4	10	4,1	8	3,5	2	1,5	2	5,1	3	3,6	7	5,7	41	3,7
Florianópolis	3	1,2	5	2,1	2	0,9	2	1,5	0	0,0	0	0,0	12	9,7	24	2,2
Porto Alegre	19	7,3	45	18,5	41	17,7	14	10,9	3	7,7	5	5,9	13	10,6	140	12,6
Capitais do Sul	31	11,9	60	24,7	51	22,1	18	13,9	5	12,8	8	9,5	32	26,0	205	18,5
Campo Grande	2	0,8	2	0,8	2	0,9	1	0,8	1	2,6	1	1,2	0	0,0	9	0,8
Cuiabá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,6	2	0,2
Goiânia	11	4,2	12	4,9	7	3,0	4	3,1	0	0,0	2	2,4	0	0,0	36	3,2
Brasília	11	4,2	5	2,1	9	3,9	2	1,5	3	7,7	1	1,2	3	2,5	34	3,1
Capitais do Centro-Oeste	24	9,2	19	7,8	18	7,8	7	5,4	4	10,3	4	4,8	5	4,1	81	7,3
Brasil (Capitais)	261	100	243	100	231	100	129	100	39	100	84	100	123	100	1.110	100

Fonte: DATAPREV.

Tabela 9.19.

Porcentagem de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas em relação ao número total de aposentadorias.

Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Rio Branco	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1
Manaus	1,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3
Boa Vista	1,2	0,7	0,5	0,3	0,3	0,0	0,0	0,3
Belém	0,9	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,7	0,4
Macapá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Palmas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Capitais do Norte	0,8	0,3	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3
São Luís	0,3	0,7	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2
Teresina	1,7	1,6	1,1	0,6	0,1	0,5	0,8	0,8
Fortaleza	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2
Natal	3,4	2,4	3,0	1,5	0,4	1,0	0,5	1,7
João Pessoa	0,7	0,4	0,8	0,3	0,0	1,0	0,3	0,5
Recife	0,8	0,7	0,6	0,5	0,1	0,5	0,5	0,5
Maceió	1,1	0,9	0,9	0,6	0,1	0,5	0,0	0,5
Aracaju	1,8	1,3	0,7	1,0	0,7	0,2	0,9	0,9
Salvador	1,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
Capitais do Nordeste	1,1	0,7	0,8	0,5	0,1	0,3	0,2	0,5
Belo Horizonte	0,8	0,5	0,5	0,4	0,0	0,1	0,6	0,4
Vitória	2,0	0,5	0,5	0,4	0,0	0,5	0,0	0,5
Rio de Janeiro	1,0	0,6	0,8	0,3	0,1	0,3	0,8	0,5
São Paulo	0,4	0,4	0,5	0,1	0,0	0,1	0,4	0,2
Capitais do Sudeste	0,7	0,5	0,6	0,2	0,1	0,2	0,6	0,3
Curitiba	0,5	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,4	0,2
Florianópolis	0,9	0,8	0,2	0,1	0,0	0,0	1,7	0,5
Porto Alegre	1,0	1,2	1,1	0,5	0,1	0,3	0,8	0,8
Capitais do Sul	0,8	0,8	0,7	0,2	0,1	0,2	0,8	0,5
Campo Grande	0,4	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	0,2
Cuiabá	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1
Goiânia	1,5	0,9	0,5	0,3	0,0	0,2	0,0	0,4
Brasília	0,6	0,2	0,4	0,1	0,1	0,0	0,3	0,2
Capitais do Centro-Oeste	0,7	0,4	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
Brasil (Capitais)	0,8	0,6	0,6	0,3	0,1	0,2	0,4	0,4

Fonte: DATAPREV.

Tabela 9.20.

Número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes.

Capitais de residência, 2001 a 2007.

Capital de residência	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
Rio Branco	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,05
Manaus	0,34	0,13	0,07	0,06	0,00	0,06	0,00	0,09
Boa Vista	0,48	0,47	0,45	0,42	0,41	0,00	0,00	0,32
Belém	0,61	0,30	0,45	0,43	0,21	0,14	0,43	0,37
Macapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Palmas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Capitais do Norte	0,11	0,06	0,06	0,06	0,03	0,02	0,04	0,05
São Luís	0,11	0,22	0,00	0,10	0,00	0,10	0,00	0,08
Teresina	0,82	0,95	0,80	0,64	0,13	0,25	0,38	0,57
Fortaleza	0,14	0,09	0,13	0,09	0,00	0,08	0,00	0,08
Natal	2,91	2,72	2,55	1,70	0,39	1,01	0,39	1,67
João Pessoa	0,82	0,65	1,59	0,46	0,00	0,60	0,30	0,63
Recife	0,70	0,76	0,48	0,47	0,07	0,40	0,33	0,46
Maceió	0,86	0,96	0,94	0,68	0,11	0,54	0,00	0,58
Aracaju	1,07	1,27	0,63	0,81	0,80	0,20	0,77	0,79
Salvador	0,48	0,12	0,12	0,04	0,07	0,04	0,00	0,12
Capitais do Nordeste	0,14	0,13	0,12	0,08	0,02	0,06	0,03	0,08
Belo Horizonte	1,11	0,66	0,69	0,72	0,08	0,25	0,50	0,57
Vitória	2,03	1,00	0,99	0,65	0,00	0,63	0,00	0,76
Rio de Janeiro	0,92	0,74	0,59	0,35	0,15	0,33	0,49	0,51
São Paulo	0,35	0,29	0,38	0,12	0,03	0,10	0,19	0,21
Capitais do Sudeste	0,17	0,12	0,13	0,07	0,02	0,05	0,08	0,09
Curitiba	0,56	0,61	0,48	0,12	0,11	0,17	0,39	0,35
Florianópolis	0,85	1,39	0,54	0,52	0,00	0,00	3,02	0,90
Porto Alegre	1,38	3,25	2,94	0,99	0,21	0,35	0,92	1,43
Capitais do Sul	0,12	0,23	0,20	0,07	0,02	0,03	0,12	0,11
Campo Grande	0,29	0,29	0,28	0,14	0,13	0,13	0,00	0,18
Cuiabá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,05
Goiânia	0,99	1,06	0,61	0,34	0,00	0,16	0,00	0,45
Brasília	0,52	0,23	0,41	0,09	0,13	0,04	0,12	0,22
Capitais do Centro-Oeste	0,20	0,16	0,15	0,05	0,03	0,03	0,04	0,09
Brasil (Capitais)	0,15	0,14	0,13	0,07	0,02	0,04	0,07	0,09

Fonte: DATAPREV.

Gráfico 9.18.

Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2001 a 2007.

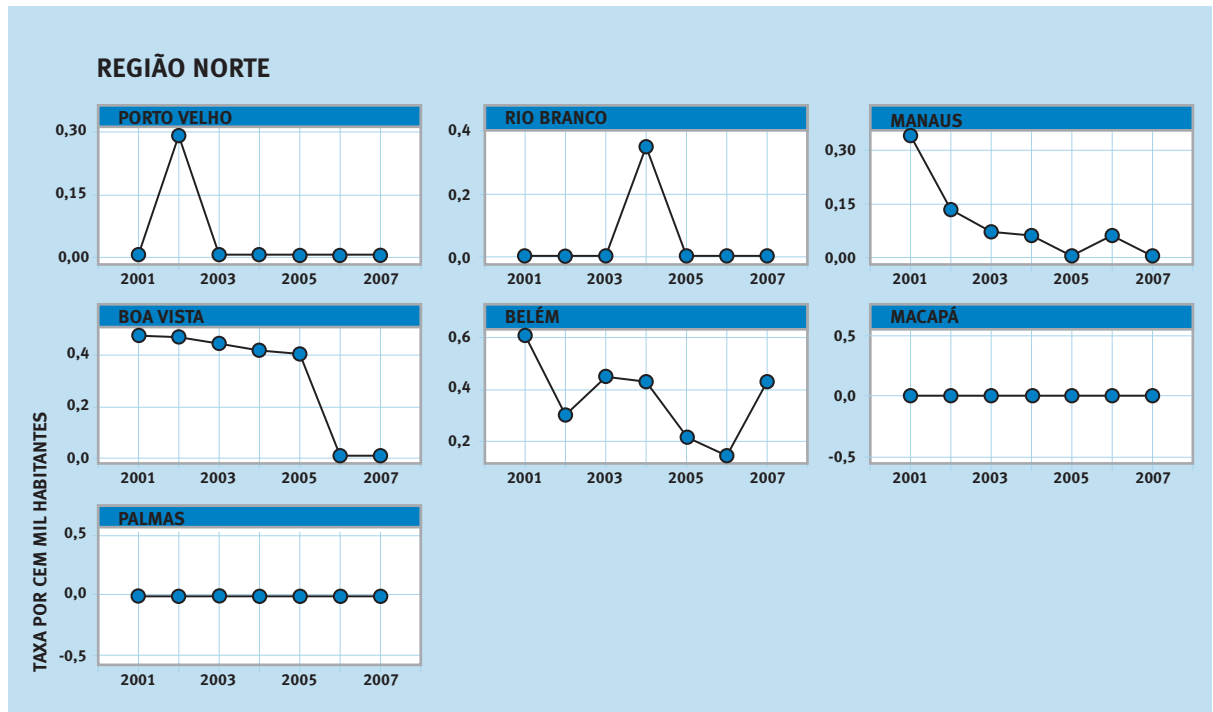


Gráfico 9.19.

Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2001 a 2007.

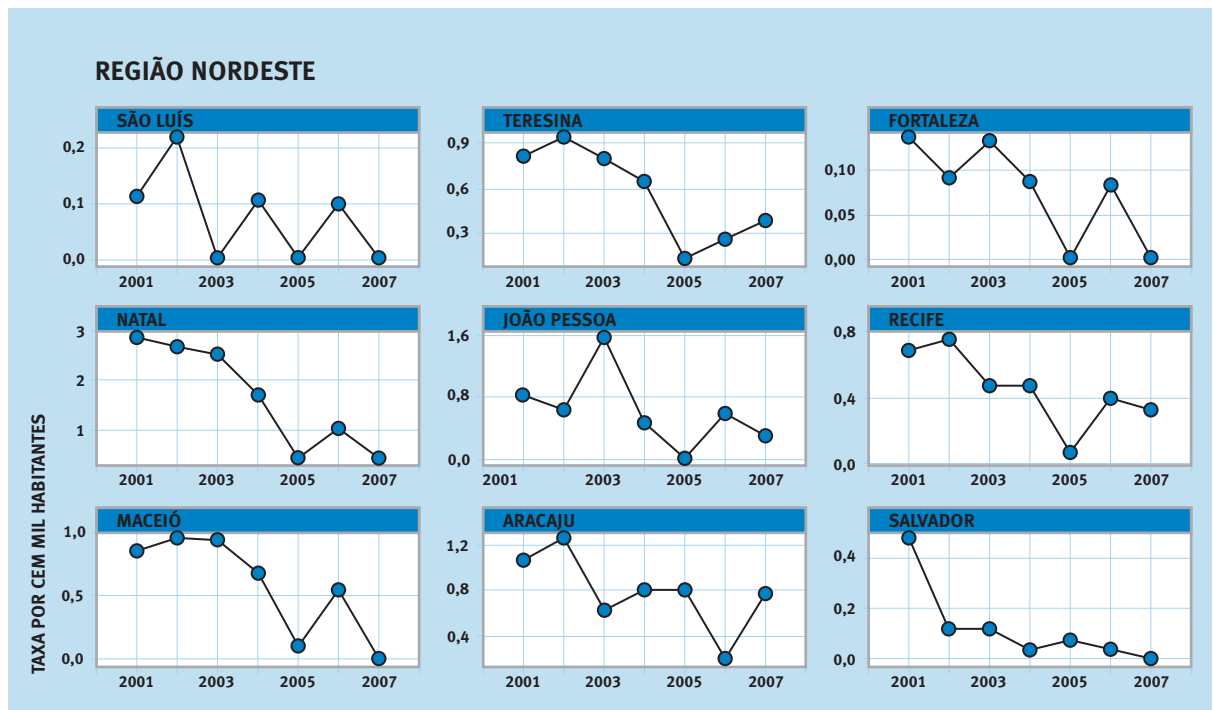


Gráfico 9.20.
Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais de Região Sudeste, 2001 a 2007.

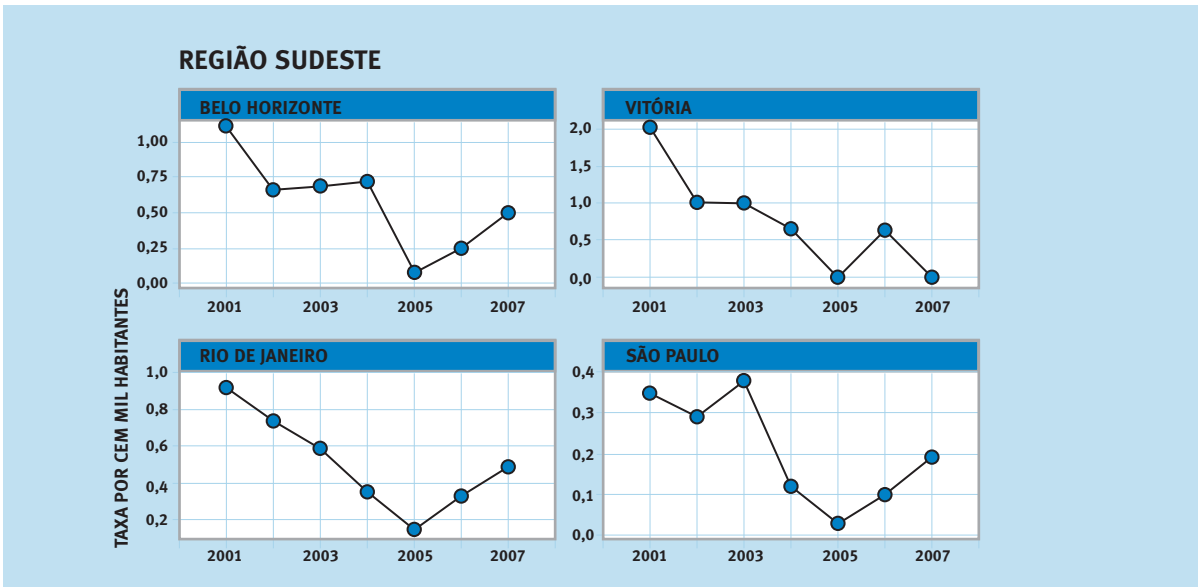


Gráfico 9.21.
Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sul, 2001 a 2007.

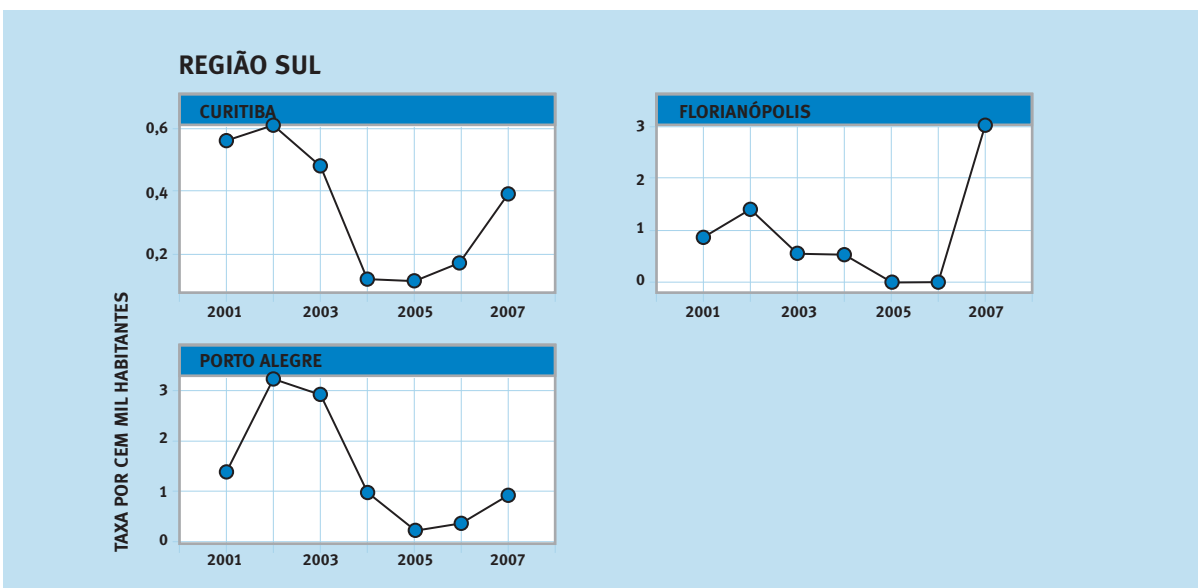
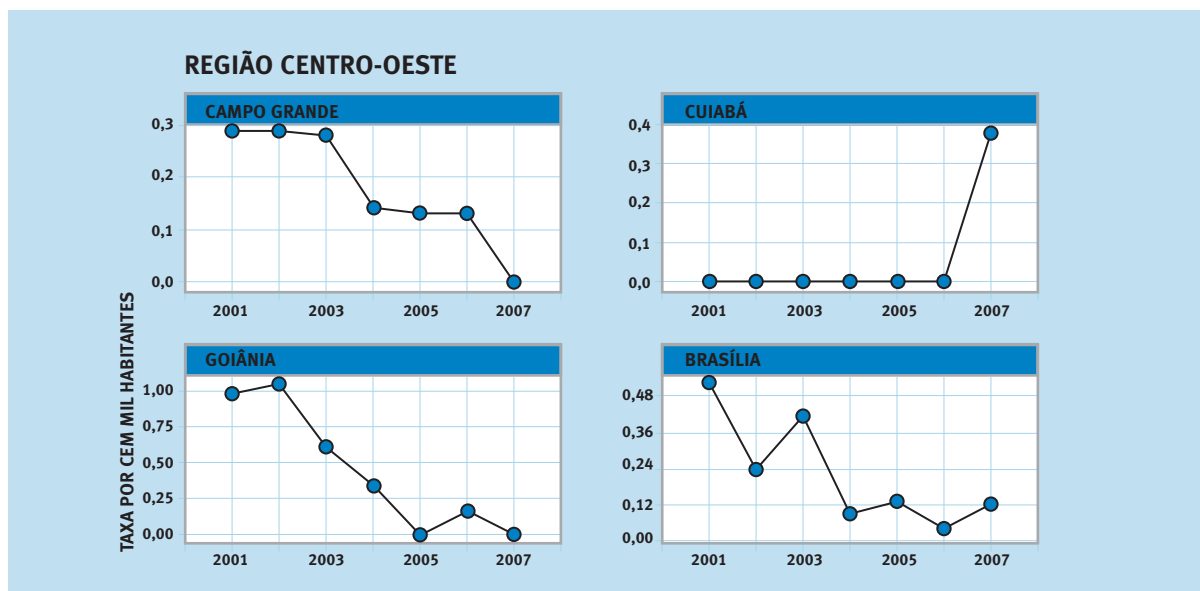


Gráfico 9.22.

Evolução do número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por 100.000 habitantes.

Capitais da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



Na Tabela 9.21 encontram-se os números e as porcentagens de aposentadorias por faixa etária. Observa-se que, em todos os anos, a maior porcentagem de aposentados tem idade entre 40 e 59 anos.

Em todos os anos (Tabela 9.22), a porcentagem de aposentados do sexo masculino é superior a 80%.

A análise de tendência do número de aposentadorias no tempo em cada faixa etária apontou tendência de queda na maioria das faixas etárias: até 19 anos ($p=0,012$), 20 a 24 anos ($p=0,006$), 25 a 29 anos ($p=0,027$), 30 a 34 anos ($p=0,005$), 35 a 39 anos ($p=0,003$), 40 a 44 anos ($p=0,022$), 45 a 49 anos ($p=0,026$), 60 a 64 anos ($p=0,040$) e 65 a 69 anos ($p=0,002$). Nas demais faixas não há tendência: 50 a 54 anos ($p=0,148$), 55 a 59 anos ($p=0,189$) e 70 anos ou mais ($p=0,052$).

Tabela 9.21.

Número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por faixa etária. Brasil, 2001 a 2007.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 19 anos	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
20 a 24 anos	3	0,3	4	0,4	3	0,3	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	0,2
25 a 29 anos	9	0,8	17	1,5	13	1,2	6	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,2	46	0,9
30 a 34 anos	43	3,9	50	4,5	24	2,3	20	3,0	1	0,5	1	0,3	5	0,9	144	2,9
35 a 39 anos	109	9,9	97	8,8	90	8,5	36	5,5	5	2,8	11	3,1	15	2,6	363	7,2
40 a 44 anos	186	16,9	215	19,5	196	18,6	131	19,8	10	5,6	29	8,3	74	12,9	841	16,7
45 a 49 anos	224	20,3	221	20,0	216	20,5	139	21,0	34	19,0	87	24,9	109	18,9	1.030	20,5
50 a 54 anos	209	19,0	170	15,4	198	18,8	108	16,3	30	16,8	57	16,3	158	27,5	930	18,5
55 a 59 anos	168	15,3	164	14,9	167	15,9	112	16,9	27	15,1	111	31,7	128	22,2	877	17,5
60 a 64 anos	92	8,4	106	9,6	92	8,7	75	11,4	47	26,2	40	11,4	69	12,0	521	10,4
65 a 69 anos	52	4,7	48	4,3	51	4,8	27	4,1	25	14,0	14	4,0	16	2,8	233	4,6
70 anos ou mais	5	0,4	11	1,0	3	0,3	6	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	0,5
Total	1.101	100	1.104	100	1.054	100	661	100	179	100	350	100	575	100	5.024	100

Fonte: DATAPREV.

Tabela 9.22.

Número de aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas por gênero. Brasil, 2001 a 2007.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	958	87,0	938	85,0	898	85,2	546	82,6	147	82,1	286	81,7	551	95,8	4.324	86,1
Feminino	142	12,9	165	14,9	155	14,7	115	17,4	32	17,9	64	18,3	24	4,2	697	13,8
Ignorado	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Total	1.101	100	1.104	100	1.054	100	661	100	179	100	350	100	575	100	5.024	100

Fonte: DATAPREV.

Analisando-se as taxas de aposentadoria associadas à intoxicação por álcool (Tabela 9.23), observa-se que as maiores porcentagens ocorrem, de uma forma geral, nas faixas etárias de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. No ano de 2005 foi observada porcentagem de aposentados na faixa de 60 a 69 anos maior que nos demais anos. Entre 2001 e 2006, mais de 90% dos aposentados por intoxicação por álcool foi do sexo masculino (Tabela 9.24).

Tabela 9.23.
Número de aposentadorias por intoxicação por álcool, por faixa etária, 2001 a 2006¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
até 19 anos	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
20 a 29 anos	3	0,4	5	0,6	3	0,4	1	0,2	0	0,0	0	0,0	12	0,4
30 a 39 anos	99	11,7	101	12,3	70	8,9	37	7,6	3	2,2	12	4,5	322	9,6
40 a 49 anos	348	41,2	359	43,8	339	43,2	224	45,8	37	26,4	100	37,0	1.407	42,0
50 a 59 anos	296	35,0	250	30,5	286	36,4	160	32,7	49	35,0	121	44,8	1.162	34,7
60 a 69 anos	96	11,4	102	12,4	87	11,1	66	13,5	51	36,4	37	13,7	439	13,1
70 a 79 anos	2	0,2	3	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	6	0,2
Total	845	100	820	100	785	100	489	100	140	100	270	100	3.349	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

Tabela 9.24.
Número de aposentadorias por intoxicação por álcool, por gênero, 2001 a 2006¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	789	93,4	764	93,2	733	93,4	451	92,2	130	92,9	252	93,3	3.119	93,1
Feminino	55	6,5	55	6,7	51	6,5	38	7,8	10	7,1	18	6,7	227	6,8
Ignorado	1	0,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Total	845	100	820	100	785	100	489	100	140	100	270	100	3.349	100

Fonte: DATAPREV.
1 dados de 2007 não disponíveis.

De acordo com a Tabela 9.25, até 2003, a maioria dos aposentados por intoxicação por cocaína tem idade na faixa de 30 a 49 anos. Em 2004, a maior porcentagem de aposentadorias foi observada na faixa etária de 40 a 49 anos, seguida das faixas de 60 a 69 anos e de 30 a 39 anos. Destacam-se as altas porcentagens de aposentados na faixa etária de 60 a 69 anos em 2005 e 2006, e na faixa etária de 50 a 59 anos em 2006.

Tabela 9.25.

Número de aposentadorias por intoxicação por cocaína, por faixa etária, 2001 a 2006¹.

Faixa etária	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
20 a 29 anos	3	7,0	1	2,4	4	10,8	1	4,5	0	0,0	0	0,0	9	5,8
30 a 39 anos	13	30,2	9	22,0	12	32,5	4	18,2	0	0,0	0	0,0	38	24,2
40 a 49 anos	12	27,9	15	36,6	13	35,1	9	40,9	1	20,0	2	22,2	52	33,1
50 a 59 anos	9	21,0	9	22,0	4	10,8	2	9,1	0	0,0	4	44,5	28	17,8
60 a 69 anos	5	11,6	7	17,0	4	10,8	6	27,3	4	80,0	3	33,3	29	18,5
70 a 79 anos	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Total	43	100	41	100	37	100	22	100	5	100	9	100	157	100

Fonte: DATAPREV.

1 dados de 2007 não disponíveis.

Na Tabela 9.26 observa-se que, até 2004, a maioria dos aposentados por intoxicação por cocaína é do sexo masculino. Em 2005 e 2006 ocorre o oposto e a maior porcentagem de aposentados é do sexo feminino.

Tabela 9.26.

Número de aposentadorias por intoxicação por cocaína, por gênero, 2001 a 2006¹.

Gênero	2001		2002		2003		2004		2005		2006		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	34	79,1	25	61,0	28	75,7	12	54,5	1	20,0	3	33,3	103	65,6
Feminino	9	20,9	16	39,0	9	24,3	10	45,5	4	80,0	6	66,7	54	34,4
Total	43	100	41	100	37	100	22	100	5	100	9	100	157	100

Fonte: DATAPREV.

1 dados de 2007 não disponíveis.

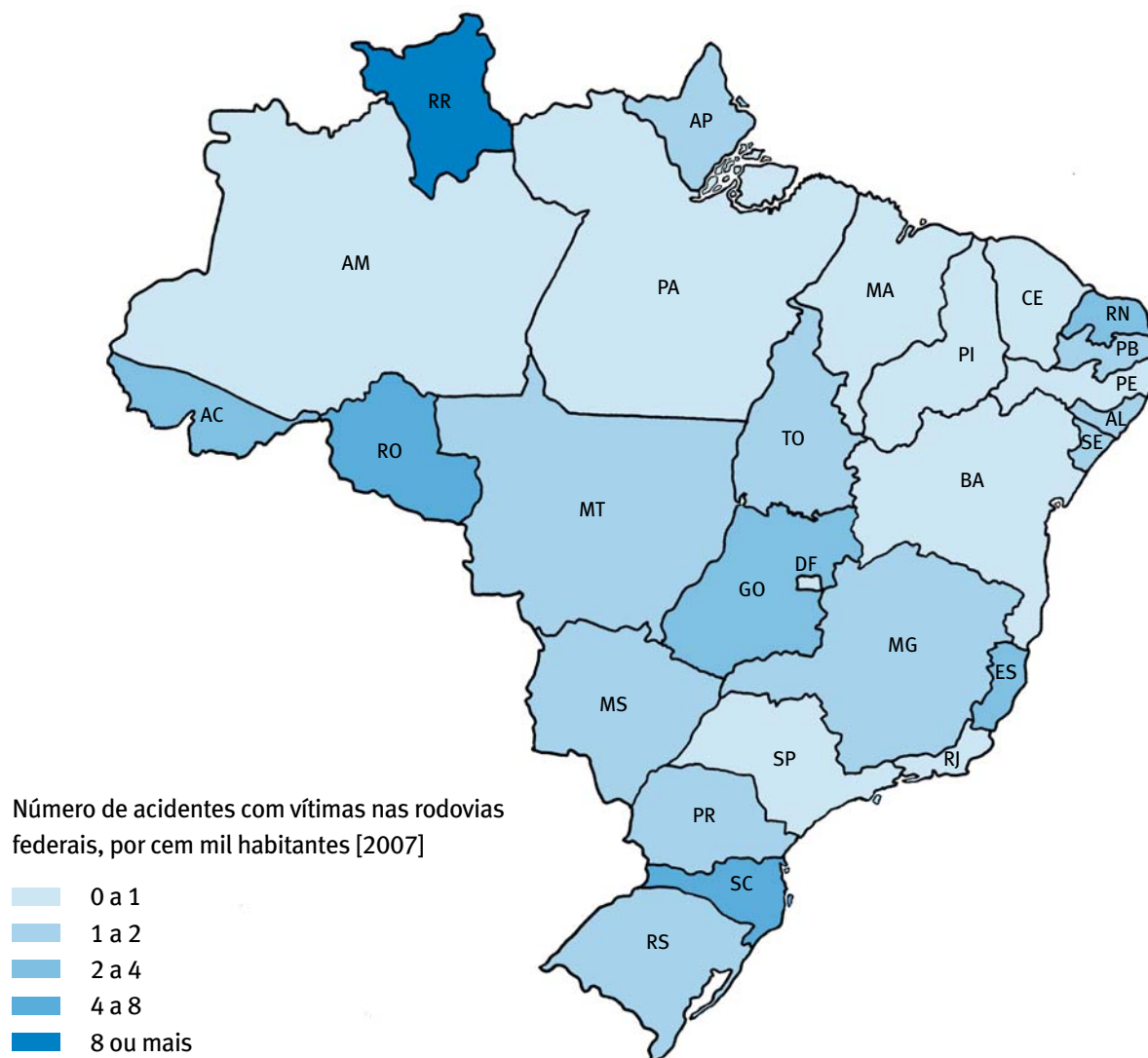
Conclusões

1. Observa-se que ocorreram 56.561 afastamentos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, no período de 2001 a 2007. As maiores porcentagens de afastamentos ocorrem na Região Sudeste, seguida da Sul. Nota-se que nos anos de 2001 e 2007 o número de afastamentos é bastante superior ao dos demais anos.
2. Dentre os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de drogas, a substância psicoativa que mais esteve associada a afastamentos foi o álcool, seguido da

cocaína. O número observado de afastamentos devidos ao álcool, em 2001, é maior do que nos demais anos. Com relação à cocaína, a maior porcentagem de afastamentos ocorreu em 2004.

3. Ao se analisar a prevalência de afastamento do trabalho devido a consumo de drogas, observa-se que a maior porcentagem de afastamentos ocorre na faixa de 25 a 49 anos. Em todos os anos, a porcentagem de afastados do sexo masculino é superior a 90%.
4. No período de 2001 a 2007 foram concedidas 5.024 aposentadorias em decorrência do consumo de substâncias psicoativas. Observa-se que as porcentagens de aposentadorias na Região Sudeste são bastante superiores às das demais regiões. Nota-se, de uma forma geral, que o número de aposentadorias tende a diminuir a partir de 2004.
5. Em todos os anos, a maior porcentagem de aposentadorias ocorreu por uso de álcool, seguido do uso de opiáceos. Destacam-se também as porcentagens de aposentadorias por uso de cocaína e múltiplas drogas.
6. Nota-se que as maiores taxas de aposentadoria ocorrem na região Sudeste, seguida da Sul. Em todo o período o estudo de tendência apontou queda nas taxas do Brasil como um todo e em várias unidades federativas.
7. Observa-se que, em todos os anos, a maior porcentagem de aposentados tem idade entre 40 e 59 anos.
8. Em todos os anos, a porcentagem de aposentados do sexo masculino é superior a 80%.

Acidentes em rodovias federais associados ao uso de álcool



Os dados considerados neste capítulo referem-se aos acidentes de trânsito com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos em rodovias federais, registrados pelo Núcleo de Estatística – NUEST da Divisão de Planejamento Operacional – DPO da Coordenação Geral de Operações – CGO do Departamento de Polícia Rodoviária Federal – DPRF, no período de 2004 a 2007.

A Tabela 10.1 apresenta o número de acidentes com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais no período de 2004 a 2007, bem como as respectivas participações no todo, por unidades federativas e regiões geográficas. O número absoluto de acidentes cresceu no Brasil como um todo e em todas as regiões geográficas, no período de tempo observado, totalizando 498 em 2004, 653 em 2005, 1.032 em 2006 e 1.909 em 2007. O estado onde ocorreu o maior número de acidentes foi Santa Catarina, com 834 acidentes. Esse número corresponde a 20,4% dos acidentes. Em seguida, vem o estado de Minas Gerais, que representando 11,5% do total, contribuiu com 469 acidentes.

Tabela 10.1.

Número de acidentes de trânsito com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2004 a 2007.

Região e UF	2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	17	3,4	20	3,0	40	3,9	71	3,7	148	3,6
Acre	0	0,0	2	0,3	5	0,5	15	0,8	22	0,6
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,1
Roraima	13	2,6	1	0,2	14	1,3	34	1,8	62	1,5
Pará	36	7,3	41	6,3	34	3,3	53	2,8	164	4,0
Amapá	1	0,2	4	0,6	6	0,6	7	0,4	18	0,4
Tocantins	5	1,0	7	1,1	5	0,5	21	1,1	38	0,9
Região Norte	72	14,5	75	11,5	104	10,1	204	10,7	455	11,1
Maranhão	2	0,4	2	0,3	8	0,8	41	2,1	53	1,3
Piauí	3	0,6	2	0,3	3	0,3	29	1,5	37	0,9
Ceará	1	0,2	10	1,5	17	1,7	35	1,8	63	1,5
Rio Grande do Norte	19	3,8	16	2,5	29	2,8	67	3,5	131	3,2
Paraíba	1	0,2	1	0,2	13	1,3	62	3,2	77	1,9
Pernambuco	5	1,0	16	2,5	50	4,8	61	3,2	132	3,2
Alagoas	41	8,3	52	8,0	52	5,0	34	1,8	179	4,4
Sergipe	10	2,0	14	2,1	19	1,8	30	1,6	73	1,8
Bahia	9	1,8	6	0,9	35	3,4	104	5,5	154	3,8
Região Nordeste	91	18,3	119	18,3	226	21,9	463	24,2	899	22,0
Minas Gerais	35	7,0	52	8,0	165	16,0	217	11,3	469	11,5
Espírito Santo	8	1,6	5	0,8	24	2,3	70	3,7	107	2,6
Rio de Janeiro	1	0,2	18	2,7	27	2,6	70	3,7	116	2,8
São Paulo	1	0,2	10	1,5	30	2,9	80	4,2	121	3,0
Região Sudeste	45	9,0	85	13,0	246	23,8	437	22,9	813	19,9
Paraná	14	2,8	72	11,0	84	8,1	124	6,5	294	7,2
Santa Catarina	121	24,3	182	27,9	216	20,9	315	16,5	834	20,4
Rio Grande do Sul	69	13,9	40	6,1	48	4,7	139	7,3	296	7,2
Região Sul	204	41,0	294	45,0	348	33,7	578	30,3	1.424	34,8
Mato Grosso do Sul	5	1,0	10	1,5	13	1,3	35	1,8	63	1,5
Mato Grosso	2	0,2	4	0,6	15	1,4	32	1,7	53	1,3
Goiás	62	12,5	49	7,5	70	6,8	137	7,2	318	7,8
Distrito Federal	17	3,5	17	2,6	10	1,0	23	1,2	67	1,6
Região Centro-Oeste	86	17,2	80	12,2	108	10,5	227	11,9	501	12,2
Brasil	498	100	653	100	1.032	100	1.909	100	4.092	100

Fonte: NUEST/DPO/CGO/DPRF.

Observou-se que, entre 2004 e 2007, as regiões que apresentaram o maior número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool foram, em ordem decrescente, Sul, Nordeste e Sudeste. A Região Norte foi a que apresentou o menor número de acidentes.

Considerando os dados oficiais do IBGE sobre as estimativas da população, com relação às taxas de acidentes por 100.000 habitantes, observa-se na Tabela 10.2 e no mapa da página inicial deste capítulo, que as taxas de acidentes associados ao consumo de álcool, em geral, são menores na Região Sudeste. Chamam a atenção as altas taxas de acidentes por 100.000 habitantes encontradas em Rondônia, Santa Catarina e Roraima, estado que atingiu 8,59 acidentes com vítimas por 100.000 habitantes no ano de 2007. O estado do Amazonas é o que apresenta as menores taxas, sem qualquer registro desse tipo de acidente nos anos de 2004, 2005 e 2006.

Fazendo a comparação dos estados dentro de cada região, no ano de 2007, destacam-se com maior número de casos os estados de Roraima e Rondônia, na Região Norte; Rio Grande do Norte, na Região Nordeste; Espírito Santo, na Região Sudeste; Santa Catarina, na Região Sul; e Goiás, na Região Centro-Oeste.

Tabela 10.2.

Número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2004 a 2007.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	1,09	1,30	2,56	4,88	2,46
Acre	0,00	0,30	0,73	2,29	0,83
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,09	0,02
Roraima	3,40	0,26	3,47	8,59	3,93
Pará	0,53	0,59	0,48	0,75	0,59
Amapá	0,18	0,67	0,97	1,19	0,76
Tocantins	0,40	0,54	0,38	1,69	0,75
Região Norte	0,50	0,51	0,69	1,40	0,77
Maranhão	0,03	0,03	0,13	0,67	0,22
Piauí	0,10	0,07	0,10	0,96	0,31
Ceará	0,01	0,12	0,21	0,43	0,19
Rio Grande do Norte	0,64	0,53	0,95	2,22	1,09
Paraíba	0,03	0,03	0,36	1,70	0,53
Pernambuco	0,06	0,19	0,59	0,72	0,39
Alagoas	1,38	1,72	1,70	1,12	1,48
Sergipe	0,52	0,71	0,95	1,55	0,93
Bahia	0,07	0,04	0,25	0,74	0,27
Região Nordeste	0,18	0,23	0,44	0,90	0,44
Minas Gerais	0,18	0,27	0,85	1,13	0,61
Espírito Santo	0,24	0,15	0,69	2,09	0,79
Rio de Janeiro	0,01	0,12	0,17	0,45	0,19
São Paulo	0,00	0,02	0,07	0,20	0,08
Região Sudeste	0,06	0,11	0,31	0,56	0,26
Paraná	0,14	0,70	0,81	1,21	0,71
Santa Catarina	2,10	3,10	3,63	5,37	3,55
Rio Grande do Sul	0,64	0,37	0,44	1,31	0,69
Região Sul	0,77	1,09	1,27	2,16	1,32
Mato Grosso do Sul	0,22	0,44	0,57	1,54	0,69
Mato Grosso	0,07	0,14	0,53	1,12	0,47
Goiás	1,13	0,87	1,22	2,43	1,41
Distrito Federal	0,74	0,73	0,42	0,94	0,71
Região Centro-Oeste	0,67	0,61	0,81	1,72	0,95
Brasil	0,27	0,35	0,55	1,04	0,55

Fonte: NUEST/DPO/CGO/DPRF.

Os Gráficos 10.1 a 10.6 mostram a evolução das taxas por 100.000 habitantes ao longo do tempo.

Embora conte somente com quatro pontos, a análise de tendência no tempo dá indicação de crescimento para o Brasil ($p=0,041$), Amapá ($p=0,020$), Ceará ($p=0,017$), Pernambuco ($p=0,035$), Sergipe ($p=0,044$), Minas Gerais ($p=0,026$), Rio de Janeiro ($p=0,044$), Paraná ($p=0,034$) e Santa Catarina ($p=0,029$).

Gráfico 10.1.
Evolução do número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Brasil, 2004 a 2007.

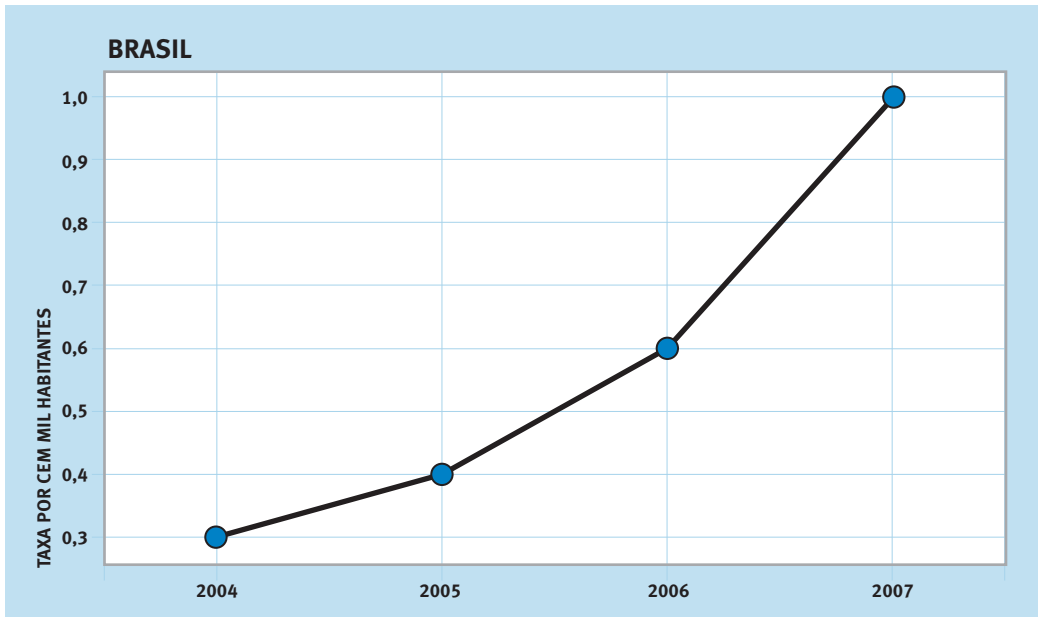


Gráfico 10.2.
Evolução do número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2004 a 2007.

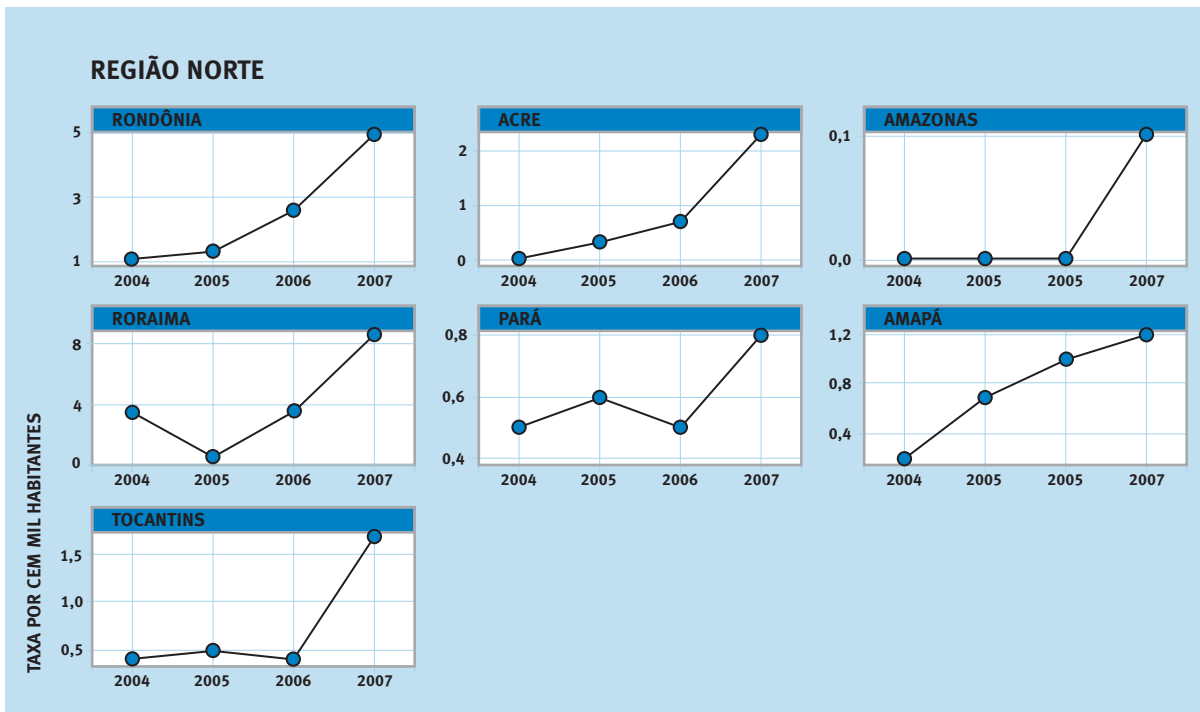


Gráfico 10.3.

Evolução do número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2004 a 2007.

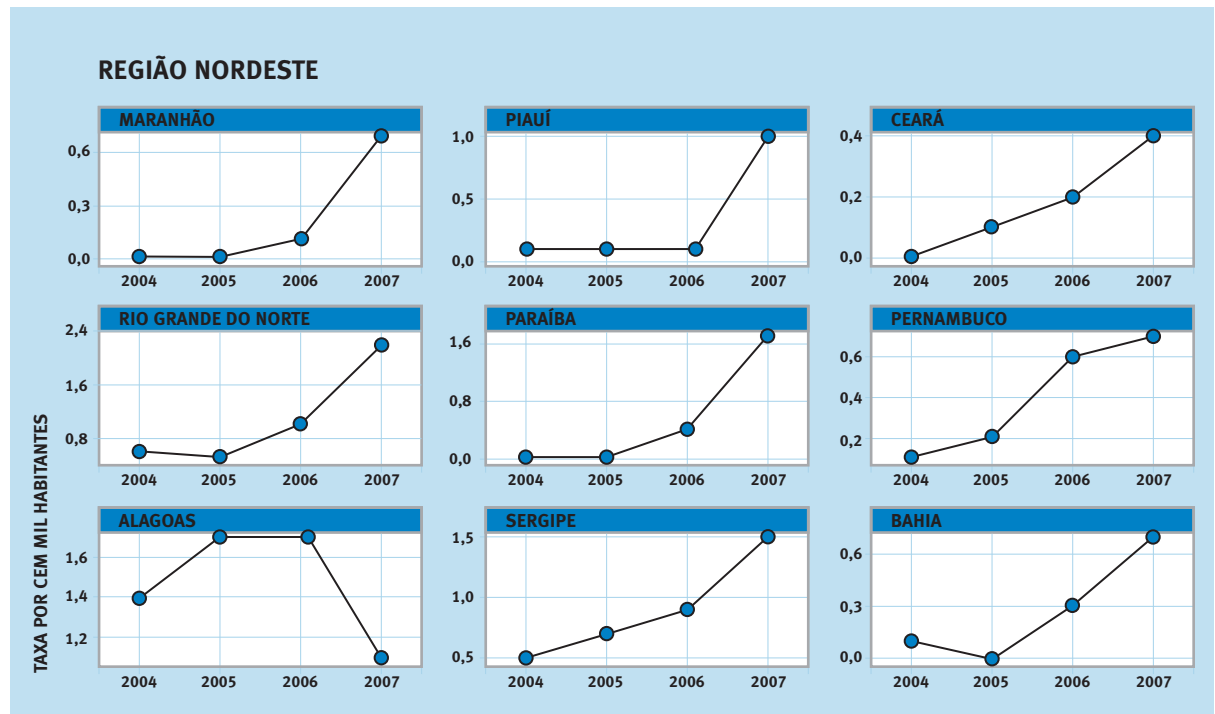


Gráfico 10.4.

Evolução do número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Estados da Região Sudeste, 2004 a 2007.

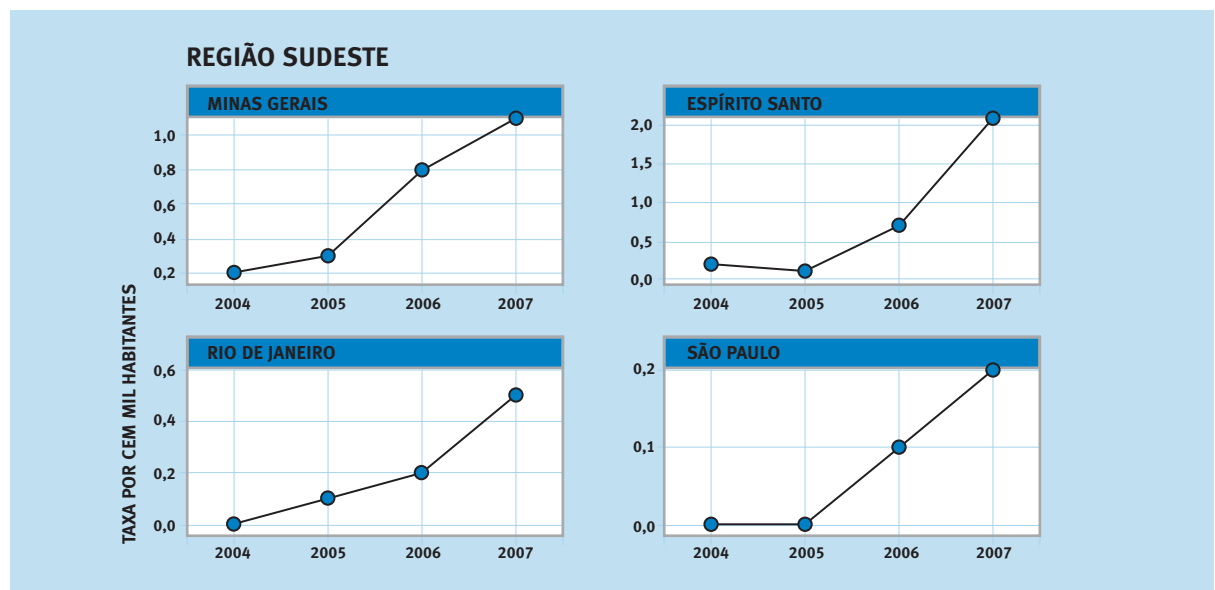


Gráfico 10.5.

Evolução do número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2004 a 2007.

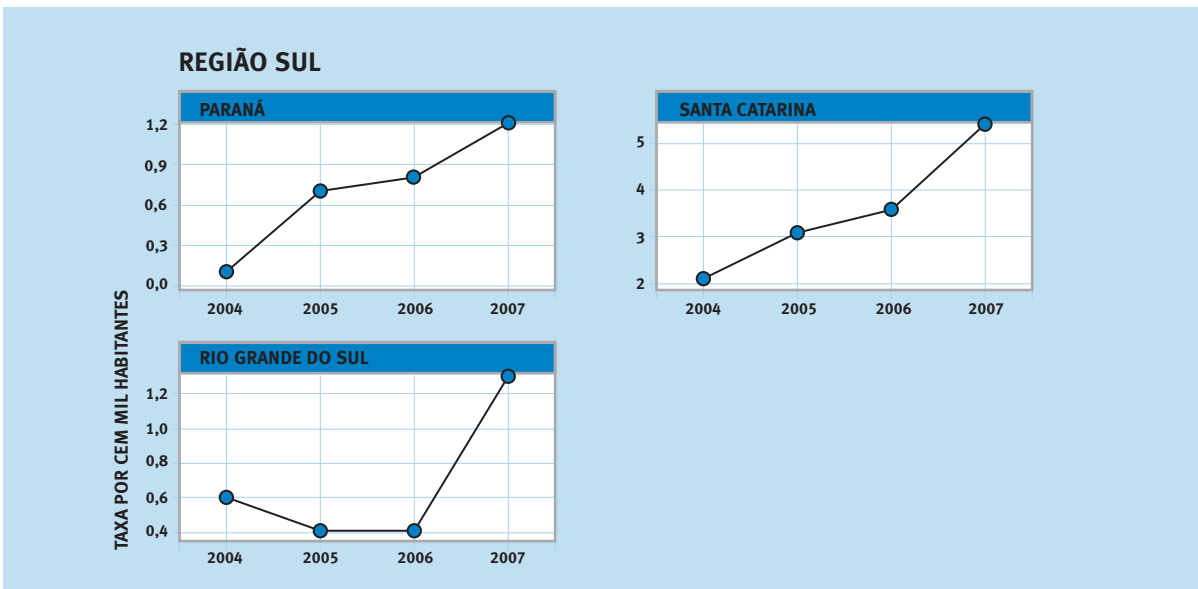
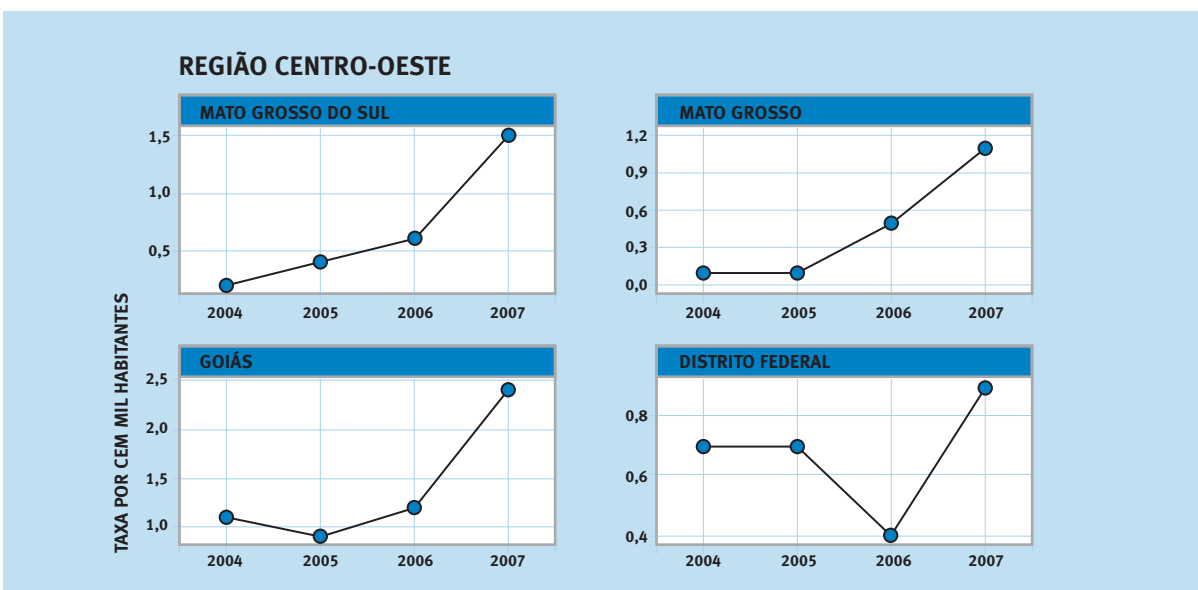


Gráfico 10.6.

Evolução do número de acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2004 a 2007.



A Tabela 10.3 mostra o número de mortos nos acidentes analisados, por unidades federativas. Os estados em cujas rodovias federais mais pessoas morreram em acidentes em que um condutor havia bebido são: Santa Catarina, com 58 mortos; e Minas Gerais, com 45 mortos. Essas mortes contribuem com 14,8% e 11,5% do total de mortos no período, respectivamente. As Regiões Nordeste e Sul, juntas, respondem por mais de metade dos mortos.

Tabela 10.3.

Número de mortos em acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2004 a 2007.

Região e UF	2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	1	1,9	0	0,0	2	2,3	3	1,6	6	1,5
Acre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1	2	0,5
Roraima	3	5,7	0	0,0	2	2,3	12	6,4	17	4,3
Pará	6	11,3	2	3,2	5	5,6	12	6,4	25	6,4
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,3
Tocantins	1	1,9	2	3,2	0	0,0	4	2,2	7	1,8
Região Norte	11	20,8	4	6,4	9	10,2	35	18,7	59	15,1
Maranhão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	6,4	12	3,1
Piauí	1	1,9	1	1,6	1	1,1	0	0,0	3	0,8
Ceará	0	0,0	1	1,6	3	3,4	5	2,7	9	2,3
Rio Grande do Norte	2	3,8	2	3,2	0	0,0	8	4,3	12	3,1
Paraíba	0	0,0	0	0,0	1	1,1	10	5,3	11	2,8
Pernambuco	0	0,0	1	1,6	4	4,5	7	3,7	12	3,1
Alagoas	5	9,4	4	6,3	4	4,5	6	3,2	19	4,8
Sergipe	3	5,7	1	1,6	5	5,6	1	0,5	10	2,5
Bahia	0	0,0	0	0,0	6	6,7	16	8,6	22	5,6
Região Nordeste	11	20,8	10	15,9	24	26,9	65	34,7	110	28,1
Minas Gerais	5	9,4	7	11,1	22	24,7	11	5,9	45	11,5
Espírito Santo	1	1,9	0	0,0	2	2,3	2	1,1	5	1,3
Rio de Janeiro	0	0,0	3	4,7	1	1,1	9	4,8	13	3,3
São Paulo	0	0,0	0	0,0	2	2,3	10	5,3	12	3,0
Região Sudeste	6	11,3	10	15,8	27	30,4	32	17,1	75	19,1
Paraná	1	1,9	7	11,1	6	6,7	15	8,0	29	7,4
Santa Catarina	8	15,1	19	30,2	15	16,8	16	8,6	58	14,8
Rio Grande do Sul	4	7,5	4	6,3	3	3,4	8	4,3	19	4,8
Região Sul	13	24,5	30	47,6	24	26,9	39	20,9	106	27,0
Mato Grosso do Sul	0	0,0	0	0,0	2	2,2	1	0,5	3	0,8
Mato Grosso	0	0,0	1	1,6	0	0,0	2	1,1	3	0,8
Goiás	11	20,7	8	12,7	3	3,4	8	4,3	30	7,6
Distrito Federal	1	1,9	0	0,0	0	0,0	5	2,7	6	1,5
Região Centro-Oeste	12	22,6	9	14,3	5	5,6	16	8,6	42	10,7
Brasil	53	100	63	100	89	100	187	100	392	100

Fonte: NUEST/DPO/CGO/DPRF.

O número de feridos por unidades da federação, bem como a distribuição correspondente, são exibidos na Tabela 10.4. Os comentários relativos aos estados são similares aos comentários sobre a Tabela 10.3.

Tabela 10.4.

Número de feridos em acidentes com vítimas associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2004 a 2007.

Região e UF	2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	26	3,2	14	5,9	57	3,8	106	3,6	203	3,7
Acre	0	0,0	0	0,0	10	0,7	36	1,2	46	0,8
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,1	4	0,1
Roraima	18	2,3	0	0,0	14	0,9	45	1,5	77	1,4
Pará	47	5,9	7	3,0	52	3,5	96	3,3	202	3,7
Amapá	4	0,5	7	3,0	17	1,1	9	0,3	37	0,7
Tocantins	5	0,6	12	5,0	8	0,5	33	1,1	58	1,0
Região Norte	100	12,5	40	16,9	158	10,5	329	11,1	627	11,4
Maranhão	2	0,3	0	0,0	6	0,4	45	1,5	53	1,0
Piauí	8	1,0	0	0,0	4	0,3	39	1,3	51	0,9
Ceará	1	0,1	16	6,7	17	1,1	49	1,7	83	1,5
Rio Grande do Norte	28	3,5	4	1,7	39	2,6	100	3,4	171	3,1
Paraíba	1	0,1	1	0,4	14	0,9	111	3,8	127	2,3
Pernambuco	6	0,8	18	7,6	75	5,0	91	3,1	190	3,5
Alagoas	60	7,5	0	0,0	53	3,5	47	1,6	160	2,9
Sergipe	16	2,0	17	7,2	25	1,7	51	1,7	109	2,0
Bahia	17	2,1	0	0,0	58	3,9	156	5,3	231	4,2
Região Nordeste	139	17,4	56	23,6	291	19,4	689	23,4	1.175	21,4
Minas Gerais	50	6,3	79	33,4	257	17,2	352	11,9	738	13,5
Espírito Santo	9	1,1	0	0,0	42	2,8	115	3,9	166	3,0
Rio de Janeiro	1	0,1	0	0,0	40	2,7	106	3,6	147	2,7
São Paulo	1	0,1	10	4,2	50	3,3	126	4,3	187	3,4
Região Sudeste	61	7,6	89	37,6	389	26,0	699	23,7	1.238	22,6
Paraná	25	3,1	0	0,0	109	7,3	181	6,1	315	5,7
Santa Catarina	193	24,2	0	0,0	336	22,4	489	16,6	1.018	18,6
Rio Grande do Sul	112	14,0	0	0,0	48	3,2	206	7,0	366	6,7
Região Sul	330	41,3	0	0,0	493	32,9	876	29,7	1.699	31,0
Mato Grosso do Sul	7	0,9	1	0,4	16	1,1	52	1,8	76	1,4
Mato Grosso	3	0,4	6	2,5	20	1,3	45	1,5	74	1,3
Goiás	129	16,1	41	17,3	115	7,7	219	7,4	504	9,2
Distrito Federal	30	3,8	4	1,7	16	1,1	42	1,4	92	1,7
Região Centro-Oeste	169	21,2	52	21,9	167	11,2	358	12,1	746	13,6
Brasil	799	100	237	100	1.498	100	2.951	100	5.485	100

Fonte: NUEST/DPO/CGO/DPRF.

As distribuições do número de condutores e do número de mortos em acidentes com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais por gênero são apresentadas nas Tabelas 10.5 e 10.6.

Pode-se notar que as porcentagens de condutores do gênero masculino e feminino envolvidos nos acidentes são aproximadamente constantes ao longo do tempo, cerca de 90% de homens e 4% de mulheres. Com relação ao número de mortos, há um aumento de mulheres de 2004 para 2005, o que ocasionou um aumento da participação das mulheres nesse último ano. Após esse ano, a participação das mulheres foi diminuindo. O número de homens envolvidos nos acidentes é, portanto, bem maior do que o número de mulheres. Chama a atenção a alta porcentagem de mortos de gênero ignorado no ano de 2007.

Tabela 10.5.

Número de condutores envolvidos em acidentes com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por gênero. Brasil, 2004 a 2007.

Gênero	2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	753	92,7	984	92,7	1.453	90,7	2.719	89,7	5.909	90,8
Feminino	29	3,6	42	3,9	63	3,9	121	4,0	255	3,9
Ignorado	30	3,7	36	3,4	87	5,4	190	6,3	343	5,3
Total	812	100	1.062	100	1.603	100	3.030	100	6.507	100

Fonte: NUEST/DPO/CGO/DPRF.

Tabela 10.6.

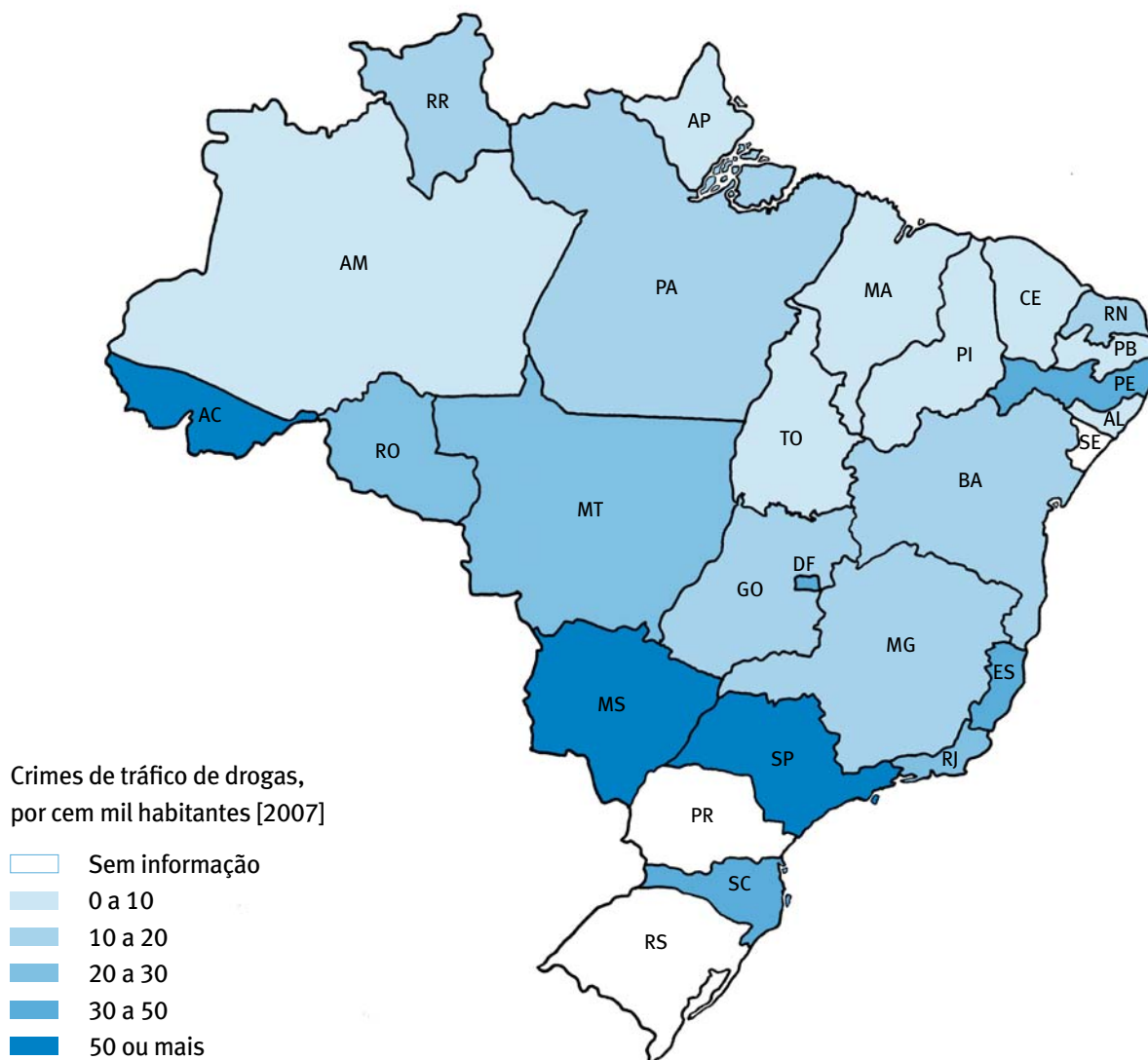
Número de mortos em acidentes com vítimas, associados ao consumo de álcool, ocorridos nas rodovias federais, por gênero. Brasil, 2004 a 2007.

Gênero	2004		2005		2006		2007		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	45	84,9	45	71,4	67	75,3	134	71,6	291	74,2
Feminino	8	15,1	18	28,6	20	22,5	31	16,6	77	19,7
Ignorado	0	0,0	0	0,0	2	2,2	22	11,8	24	6,1
Total	53	100	63	100	89	100	187	100	392	100

Fonte: NUEST/DPO/CGO/DPRF.

Conclusões

1. O número absoluto de acidentes cresceu no Brasil como um todo e em todas as regiões geográficas, no período de tempo observado, totalizando 498 em 2004, 653 em 2005, 1.032 em 2006 e 1.909 em 2007. O estado onde ocorreu o maior número de acidentes foi Santa Catarina, com 834 acidentes. Esse número corresponde a 20,4% dos acidentes. Em seguida, vem o estado de Minas Gerais, que representando 11,5% do total, contribuiu com 469 acidentes.
2. Chamam a atenção as altas taxas de acidentes por 100.000 habitantes encontradas em Rondônia, Santa Catarina e Roraima, estado que atingiu 8,59 acidentes com vítimas por 100.000 habitantes no ano de 2007. As taxas de acidentes associados ao consumo de álcool, em geral, são menores na Região Sudeste. O estado do Amazonas é o que apresenta as menores taxas, sem qualquer registro desse tipo de acidente nos anos de 2004, 2005 e 2006.
3. Fazendo a comparação dos estados dentro de cada região, no ano de 2007, destacam-se com maior número de casos os estados de Roraima e Rondônia, na Região Norte; Rio Grande do Norte, na Região Nordeste; Espírito Santo, na Região Sudeste; Santa Catarina, na Região Sul; e Goiás, na Região Centro-Oeste.
4. Embora conte somente com quatro pontos, a análise de tendência no tempo dá indicação de crescimento para o Brasil, Amapá, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina.
5. Os estados em cujas rodovias federais mais pessoas morreram em acidentes em que um condutor havia bebido são: Santa Catarina, com 58 mortos; e Minas Gerais, com 45 mortos. Essas mortes contribuem com 14,8% e 11,5% do total de mortos no período, respectivamente. As Regiões Nordeste e Sul, juntas, respondem por mais de metade dos mortos.
6. Pode-se notar que as porcentagens de condutores do gênero masculino e feminino envolvidos nos acidentes são aproximadamente constantes ao longo do tempo, cerca de 90% de homens e 4% de mulheres.



Os dados considerados neste capítulo referem-se às ocorrências policiais devidas a crimes de posse e tráfico de drogas, registradas pelas Polícias Cíveis do Brasil e reportadas à Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP, do Ministério da Justiça, no período de 2004 a 2007, e aos registros de indiciamentos feitos pelo Departamento de Polícia Federal, no período de 2001 a 2007.

O registro de ocorrências na situação da posse e tráfico de drogas depende de uma pró-atividade da polícia na realização de batidas e investigações. Como não existem vítimas que procuram a polícia, um aumento de ocorrências registradas indica principalmente uma ação efetiva da polícia.

As Tabelas 11.1 e 11.2 apresentam os números de ocorrências policiais por posse para uso, bem como por tráfico de drogas registradas pela SENASP – Secretaria Nacional de Segurança Pública, respectivamente. As distribuições percentuais por estados não foram calculadas por causa da não disponibilidade de alguns dados, como por exemplo, os do estado de Sergipe. Os totais por região geográfica e para o Brasil referem-se aos dados disponíveis e nem sempre representam os totais reais.

Se forem considerados os dados disponíveis, tem-se que o número de ocorrências por posse para uso de drogas ilegais (Tabela 11.1), foi de 53.168 em 2004, 46.940 em 2005, 56.108 em 2006 e 51.608 em 2007. Embora os anos de 2005 e 2007 apresentem um número menor de ocorrências do que os respectivos anos precedentes, não é possível concluir que houve queda no número de crimes desse tipo, pois essa contagem não inclui os crimes do Rio Grande do Sul em 2005 e do Paraná e Rio Grande do Sul em 2007, dados esses computados em 2004 e 2006.

Tabela 11.1.
Ocorrências policiais de crimes de posse para uso de drogas ilegais.
Unidades Federativas, 2004 a 2007¹.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	418	555	625	713	2.311
Acre	89	92	91	64	336
Amazonas	818	829	674	418	2.739
Roraima	65	41	23	65	194
Pará	670	828	870	771	3.139
Amapá	8	8	17	51	84
Tocantins	216	222	197	191	826
Região Norte	2.284	2.575	2.497	2.273	9.629
Maranhão	267	260	225	362	1.114
Piauí	30	64	194	194	482
Ceará	465	546	488	31	1.530
Rio Grande do Norte	311	324	280	316	1.231
Paraíba	279	376	417	216	1.288
Pernambuco	301	405	461	2.605	3.772
Alagoas	76	213	135	81	505
Sergipe	-	-	-	-	-
Bahia	2.001	2.214	2.347	2.270	8.832
Região Nordeste	3.730	4.402	4.547	6.075	18.754
Minas Gerais	6.782	6.430	8.528	7.355	29.095
Espírito Santo	438	452	514	528	1.932
Rio de Janeiro	4.900	4.817	4.748	3.959	18.424
São Paulo	20.441	20.059	21.492	23.776	85.768
Região Sudeste	32.561	31.758	35.282	35.618	135.219
Paraná	1.260	1.849	795	-	3.904
Santa Catarina	2.377	1.675	2.127	1.928	8.107
Rio Grande do Sul	6.509	-	5.486	-	11.995
Região Sul	10.146	3.524	8.408	1.928	24.006
Mato Grosso do Sul	777	815	890	657	3.139
Mato Grosso	297	367	571	718	1.953
Goiás	1.700	1.711	1.738	1.581	6.730
Distrito Federal	1.673	1.788	2.175	2.758	8.394
Região Centro-Oeste	4.447	4.681	5.374	5.714	20.216
Brasil	53.168	46.940	56.108	51.608	207.824

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Com relação ao crime de tráfico de drogas, como se pode ver na Tabela 11.2, os totais de ocorrências são 31.368 em 2004, 35.110 em 2005, 40.941 em 2006 e 47.747 em 2007. Mesmo que os dados de alguns estados também não estejam disponíveis, ainda assim os totais de 2005 e 2007 foram maiores do que os totais de 2004 e 2006, respectivamente, o que mostra que houve aumento no número de ocorrências de crimes de tráfico de drogas no período avaliado.

Tabela 11.2.
Ocorrências policiais de crimes de tráfico de drogas.
Unidades Federativas, 2004 a 2007¹.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	345	453	394	414	1.606
Acre	181	337	302	369	1.189
Amazonas	178	267	246	263	954
Roraima	19	34	20	61	134
Pará	493	515	745	975	2.728
Amapá	8	8	1	14	31
Tocantins	96	97	106	89	388
Região Norte	1.320	1.711	1.814	2.185	7.030
Maranhão	318	275	225	284	1.102
Piauí	93	93	94	168	448
Ceará	413	549	459	24	1.445
Rio Grande do Norte	372	383	288	453	1.496
Paraíba	135	273	296	157	861
Pernambuco	311	355	698	4.144	5.508
Alagoas	46	98	187	167	498
Sergipe	-	-	-	-	-
Bahia	1.185	1.488	1.851	2.168	6.692
Região Nordeste	2.873	3.514	4.098	7.565	18.050
Minas Gerais	2.416	3.299	3.381	3.559	12.655
Espírito Santo	459	683	886	1.194	3.222
Rio de Janeiro	3.528	4.629	4.178	3.124	15.459
São Paulo	14.261	16.166	18.217	23.127	71.771
Região Sudeste	20.664	24.777	26.662	31.004	103.107
Paraná	749	575	209	-	1.533
Santa Catarina	1.372	1.286	1.947	2.881	7.486
Rio Grande do Sul	1.942	-	2.597	-	4.539
Região Sul	4.063	1.861	4.753	2.881	13.558
Mato Grosso do Sul	778	1.280	1.204	1.208	4.470
Mato Grosso	241	442	598	807	2.088
Goiás	744	823	995	1.095	3.657
Distrito Federal	685	702	817	1.002	3.206
Região Centro-Oeste	2.448	3.247	3.614	4.112	13.421
Brasil	31.368	35.110	40.941	47.747	155.166

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

As Tabelas 11.3 e 11.4 mostram as porcentagens de crimes de posse para uso e de tráfico de drogas sobre o total de crimes, respectivamente. Os estados cujas proporções, no período de 2004 a 2007, correspondem a 1% ou mais são, no caso de posse para uso: Minas Gerais (1,5%), São Paulo (1,5%), Distrito Federal (1,3%), Mato Grosso do Sul (1,1%), Rio de Janeiro (1,0%),

Rio Grande do Sul (1,0%) e Goiás (1,0%); e para tráfico: Mato Grosso do Sul (1,5%), São Paulo (1,3%), Espírito Santo (1,2%) e Acre (1,0%).

Tabela 11.3.
Porcentagem de crimes de posse para uso de drogas ilegais em relação ao número total de crimes. Unidades Federativas, 2004 a 2007¹.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	0,7	0,8	1,0	1,1	0,9
Acre	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3
Amazonas	1,3	0,9	0,7	0,5	0,8
Roraima	0,5	0,2	0,1	0,3	0,3
Pará	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5
Amapá	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
Tocantins	0,8	0,8	0,6	0,6	0,7
Região Norte	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Maranhão	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Piauí	0,1	0,2	0,5	0,5	0,3
Ceará	0,3	0,3	0,2	0,0	0,2
Rio Grande do Norte	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Paraíba	0,7	1,0	1,0	0,9	0,9
Pernambuco	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Alagoas	0,3	0,7	0,3	0,3	0,4
Sergipe	-	-	-	-	-
Bahia	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7
Região Nordeste	0,4	0,5	0,5	0,4	0,5
Minas Gerais	1,3	1,2	1,7	1,8	1,5
Espírito Santo	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7
Rio de Janeiro	1,1	1,1	1,0	0,8	1,0
São Paulo	1,5	1,4	1,6	1,8	1,5
Região Sudeste	1,3	1,3	1,5	1,5	1,4
Paraná	0,6	0,7	0,7	-	0,6
Santa Catarina	1,0	0,8	0,9	0,7	0,8
Rio Grande do Sul	1,1	-	1,0	-	1,0
Região Sul	0,9	0,7	0,9	0,7	0,9
Mato Grosso do Sul	1,1	1,1	1,2	0,9	1,1
Mato Grosso	0,5	0,4	0,6	0,8	0,6
Goiás	1,1	1,0	1,0	1,0	1,0
Distrito Federal	1,1	1,2	1,4	1,8	1,3
Região Centro-Oeste	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1
Brasil	1,0	1,0	1,1	1,1	1,0

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Tabela 11.4.

Porcentagem de crimes de tráfico de drogas em relação ao número total de crimes. Unidades Federativas, 2004 a 2007¹.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6
Acre	0,7	1,1	0,9	1,3	1,0
Amazonas	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Roraima	0,1	0,2	0,1	0,3	0,2
Pará	0,3	0,3	0,5	0,6	0,4
Amapá	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Tocantins	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
Região Norte	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
Maranhão	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3
Piauí	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3
Ceará	0,3	0,3	0,2	0,0	0,2
Rio Grande do Norte	0,6	0,5	0,4	0,6	0,5
Paraíba	0,4	0,7	0,7	0,7	0,6
Pernambuco	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6
Alagoas	0,2	0,3	0,5	0,6	0,4
Sergipe	-	-	-	-	-
Bahia	0,4	0,4	0,5	0,6	0,5
Região Nordeste	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4
Minas Gerais	0,4	0,6	0,7	0,9	0,6
Espírito Santo	0,9	1,1	1,1	1,6	1,2
Rio de Janeiro	0,8	1,0	0,9	0,6	0,8
São Paulo	1,0	1,1	1,3	1,7	1,3
Região Sudeste	0,9	1,0	1,1	1,3	1,1
Paraná	0,3	0,2	0,2	-	0,3
Santa Catarina	0,6	0,6	0,8	1,1	0,8
Rio Grande do Sul	0,3	-	0,5	-	0,4
Região Sul	0,4	0,4	0,5	1,1	0,5
Mato Grosso do Sul	1,1	1,7	1,6	1,6	1,5
Mato Grosso	0,4	0,5	0,7	0,8	0,6
Goiás	0,5	0,5	0,6	0,7	0,6
Distrito Federal	0,4	0,5	0,5	0,6	0,5
Região Centro-Oeste	0,6	0,7	0,7	0,9	0,7
Brasil	0,6	0,7	0,8	1,0	0,8

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

As Tabelas 11.5 e 11.6 mostram o número de crimes de posse para uso, bem como o número de crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes, respectivamente.

Com relação à posse para uso de drogas ilegais, como se pode observar na Tabela 11.5, o estado de Rondônia é o que apresenta as maiores taxas na Região Norte, seguido do estado do Amazonas. Na Região Nordeste, embora seja a Bahia o estado que apresenta a maior taxa média

no período analisado, de 15,90 crimes por 100.000 habitantes, o estado de Pernambuco é o que detém a maior taxa no ano mais recente, de 30,70 em 2007, notando-se também significativo aumento nesse ano. Na Região Sudeste, o estado com maiores taxas é São Paulo; na Região Sul, o Rio Grande do Sul; e na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal, que apresenta a maior taxa de todas, chegando a 112,30 crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes.

Com relação ao crime de tráfico de drogas, São Paulo continua sendo o estado da Região Sudeste com maiores taxas. Nas outras regiões, entretanto, o panorama se modifica; na Região Norte, as maiores taxas estão no estado do Acre; na Região Nordeste, no Rio Grande do Norte; na Região Sul, em Santa Catarina; e na Região Centro-Oeste, no Mato Grosso do Sul. Pernambuco, por sua vez, continua se destacando por alta taxa em 2007, ano cujas taxas estão representadas no mapa da página inicial deste capítulo.

Os Gráficos 11.1 a 11.6 e 11.7 a 11.12 mostram a evolução das taxas de crimes por 100.000 habitantes, para os crimes de posse para uso e tráfico de drogas.

Para a informação relativa a posse para uso, a análise da evolução no tempo não detecta qualquer tendência para o Brasil como um todo ($p=0,312$), mas indica tendência de crescimento nos estados de Rondônia ($p=0,011$), Espírito Santo ($p=0,035$), Mato Grosso ($p=0,016$) e Distrito Federal ($p=0,043$). Para o tráfico de drogas, há indicação de tendência de crescimento para o Brasil ($p=0,048$), assim como para os estados de Pará ($p=0,050$), Bahia ($p=0,001$), Espírito Santo ($p=0,009$), São Paulo ($p=0,049$), Mato Grosso ($p=0,002$) e Goiás ($p=0,011$).

Tabela 11.5.

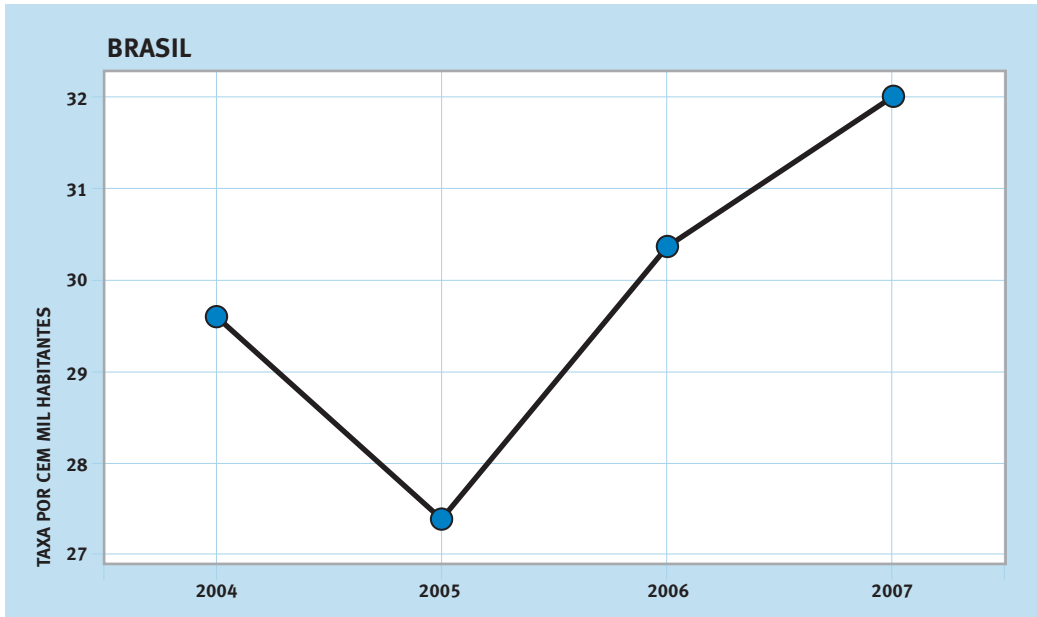
Ocorrências policiais de crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes. Unidades Federativas, 2004 a 2007¹.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	26,76	36,17	40,00	49,05	37,99
Acre	14,12	13,74	13,25	9,77	12,72
Amazonas	26,06	25,65	20,36	12,97	21,26
Roraima	17,02	10,48	5,70	16,43	12,41
Pará	9,78	11,88	12,24	10,91	11,20
Amapá	1,46	1,35	2,76	8,68	3,56
Tocantins	17,11	17,00	14,78	15,36	16,06
Região Norte	15,89	17,52	16,62	15,54	16,39
Maranhão	4,43	4,26	3,64	5,92	4,56
Piauí	1,01	2,13	6,39	6,40	3,98
Ceará	5,83	6,74	5,94	0,38	4,72
Rio Grande do Norte	10,50	10,79	9,20	10,49	10,24
Paraíba	7,82	10,46	11,51	5,93	8,93
Pernambuco	3,62	4,81	5,42	30,70	11,14
Alagoas	2,55	7,06	4,43	2,67	4,18
Sergipe	-	-	-	-	-
Bahia	14,62	16,03	16,82	16,12	15,90
Região Nordeste	7,69	8,97	9,17	12,25	9,52
Minas Gerais	35,71	33,42	43,78	38,16	37,77
Espírito Santo	13,07	13,26	14,84	15,75	14,23
Rio de Janeiro	32,23	31,31	30,51	25,67	29,93
São Paulo	51,33	49,60	52,35	59,70	53,24
Região Sudeste	42,08	40,47	44,35	45,74	43,16
Paraná	12,43	18,02	7,65	-	12,70
Santa Catarina	41,17	28,55	35,70	32,86	34,57
Rio Grande do Sul	60,68	-	50,04	-	55,36
Região Sul	38,09	21,85	30,79	32,86	30,90
Mato Grosso do Sul	34,83	35,99	38,73	29,00	34,64
Mato Grosso	10,80	13,09	19,99	25,15	17,26
Goiás	30,86	30,45	30,33	28,00	29,91
Distrito Federal	73,31	76,64	91,24	112,30	88,37
Região Centro-Oeste	34,82	35,95	40,50	43,21	38,62
Brasil	29,60	27,39	30,37	32,02	29,84

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Gráfico 11.1.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes. Brasil¹, 2004 a 2007.



1 Não inclui Sergipe em todos os anos, Rio Grande do Sul em 2005 e 2007 e Paraná em 2007.

Gráfico 11.2.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes. Estados da Região Norte, 2004 a 2007.

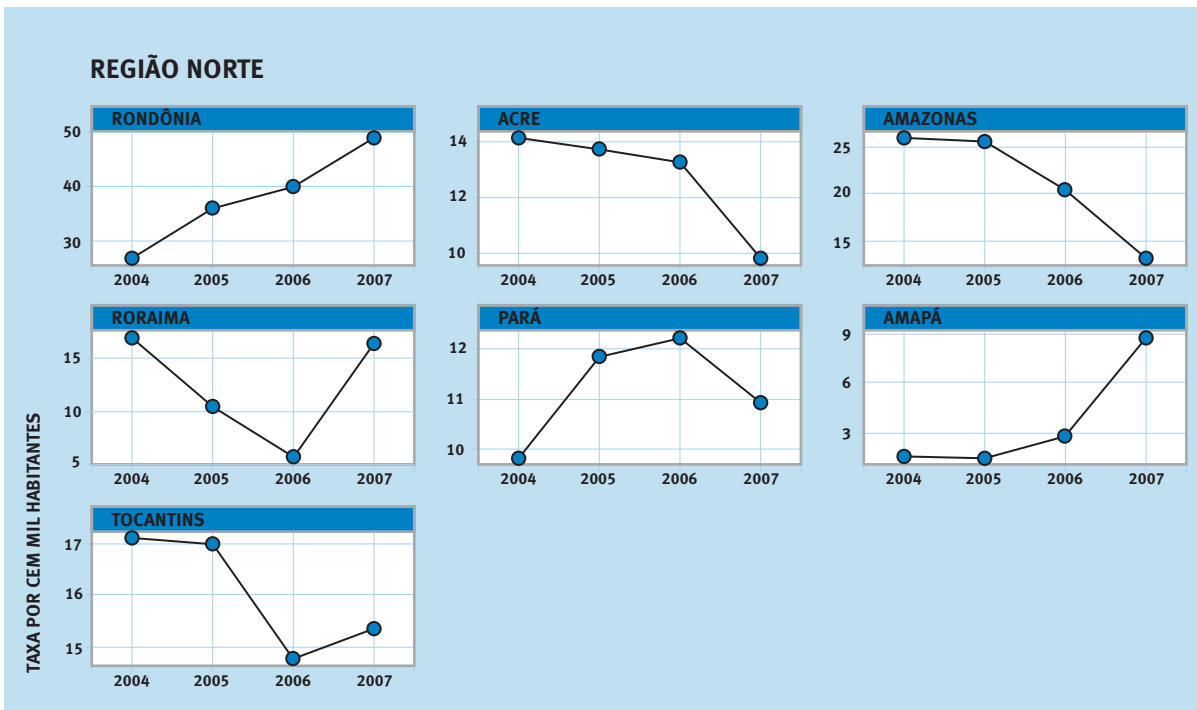


Gráfico 11.3.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais
por 100.000 habitantes. Estados da Região Nordeste, 2004 a 2007.

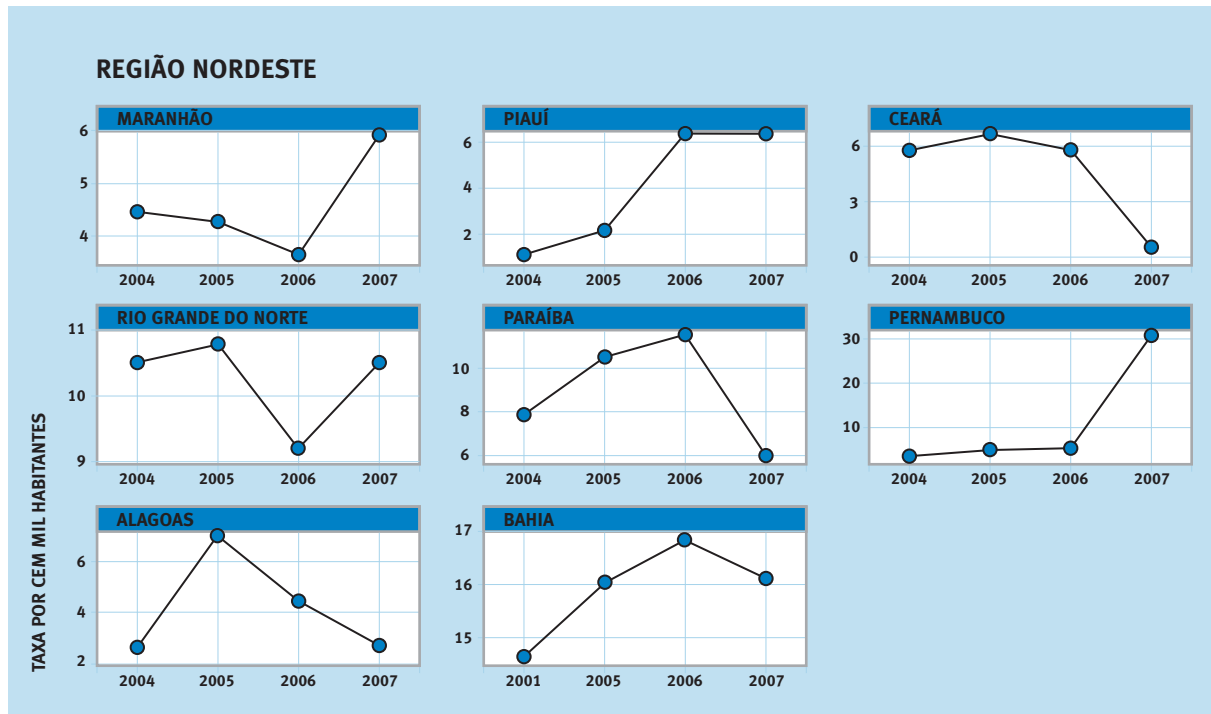


Gráfico 11.4.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais
por 100.000 habitantes. Estados da Região Sudeste, 2004 a 2007.

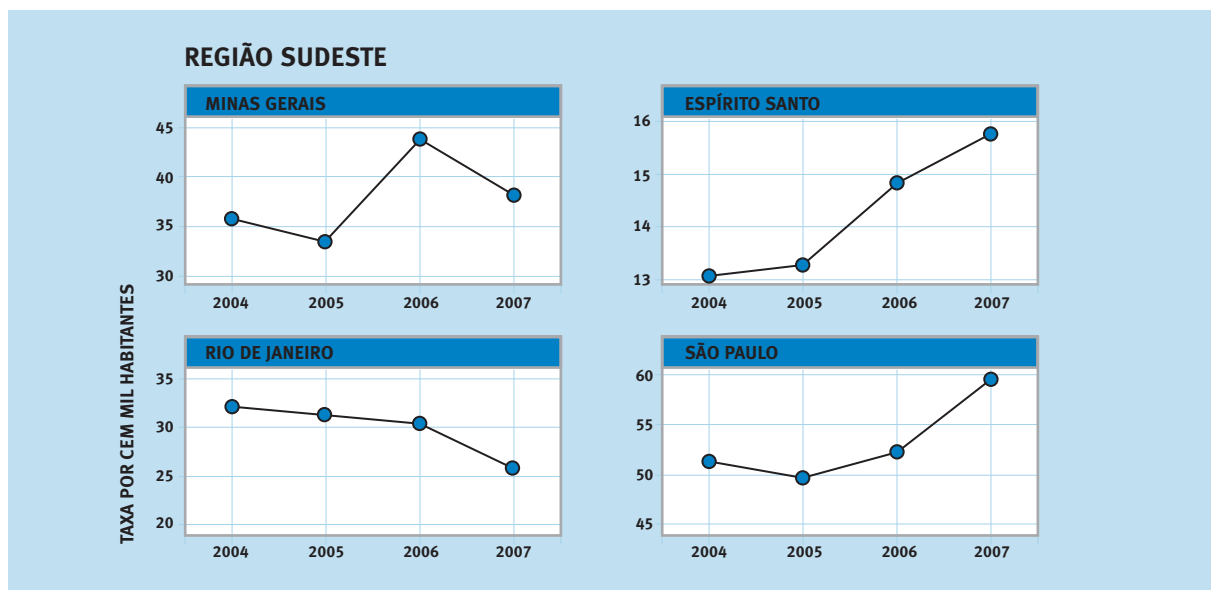


Gráfico 11.5.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes. Estados da Região Sul, 2004 a 2007.

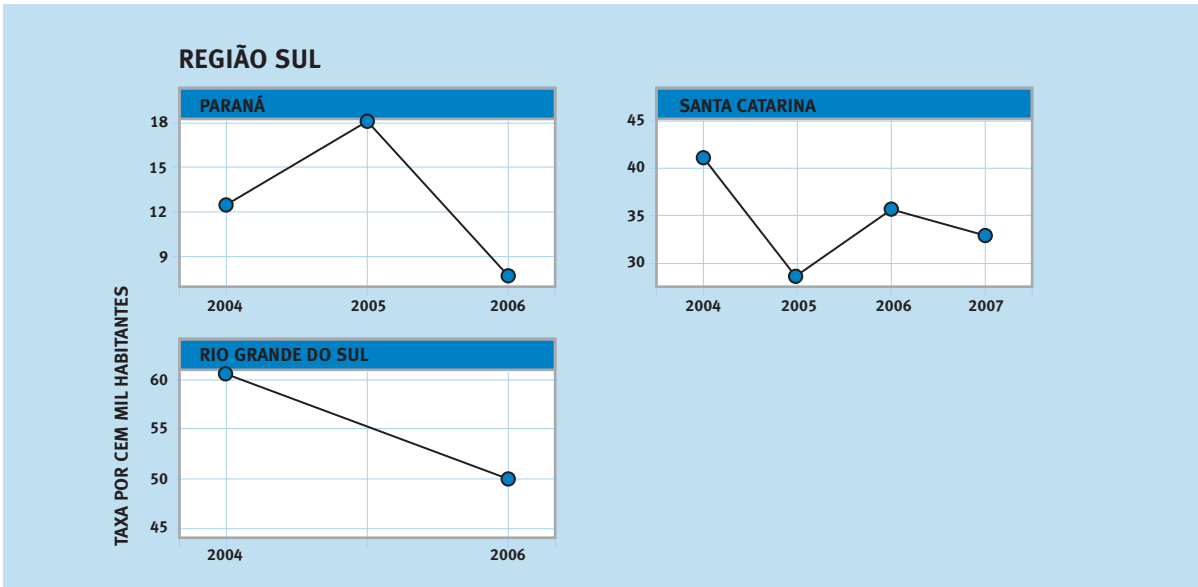


Gráfico 11.6.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes. Estados da Região Centro-Oeste, 2004 a 2007.

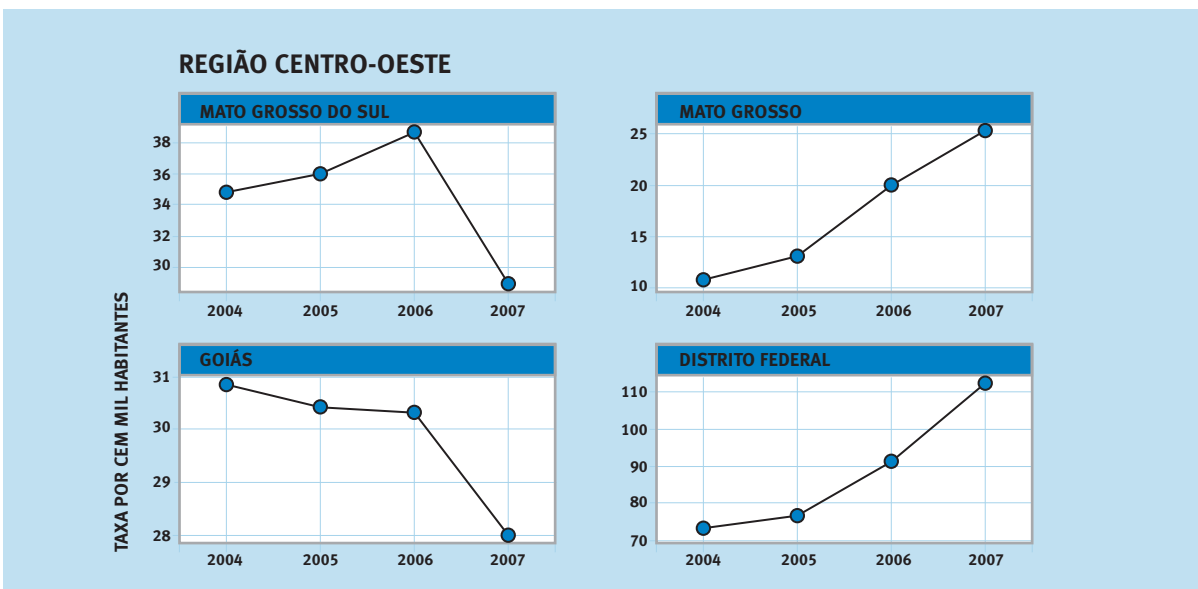


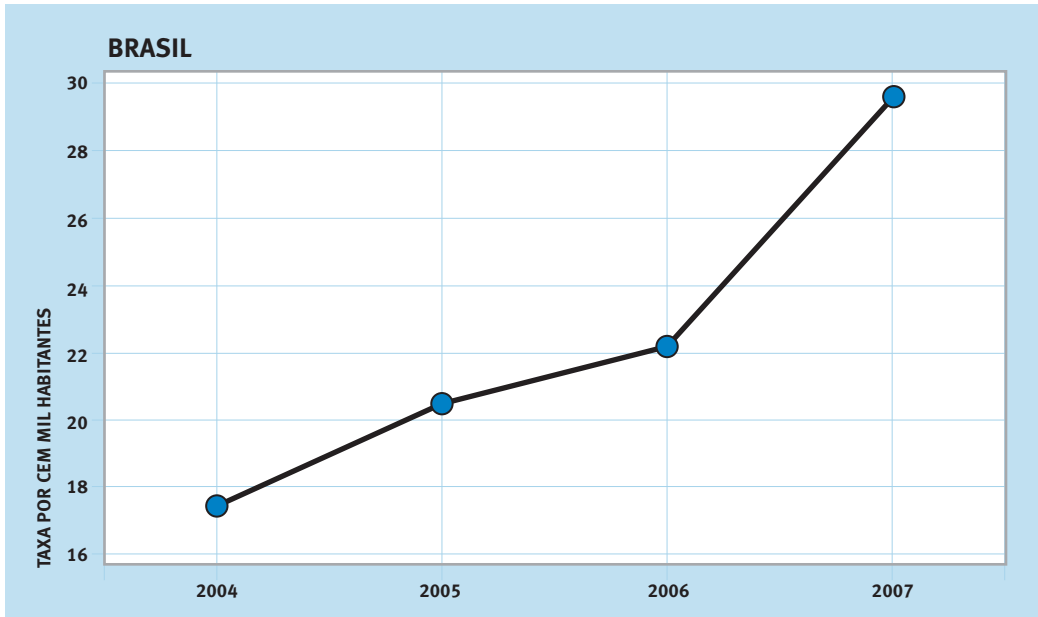
Tabela 11.6.
Ocorrências policiais de crimes de tráfico de drogas
por 100.000 habitantes. Unidades Federativas, 2004 a 2007¹.

Região e UF	2004	2005	2006	2007	Média
Rondônia	22,09	29,52	25,22	28,48	26,33
Acre	28,72	50,32	43,98	56,30	44,83
Amazonas	5,67	8,26	7,43	8,16	7,38
Roraima	4,98	8,69	4,96	15,41	8,51
Pará	7,20	7,39	10,48	13,80	9,72
Amapá	1,46	1,35	0,16	2,38	1,34
Tocantins	7,60	7,43	7,96	7,16	7,54
Região Norte	9,18	11,64	12,08	14,94	11,96
Maranhão	5,28	4,51	3,64	4,64	4,52
Piauí	3,12	3,09	3,10	5,54	3,71
Ceará	5,18	6,78	5,59	0,29	4,46
Rio Grande do Norte	12,56	12,75	9,46	15,03	12,45
Paraíba	3,78	7,59	8,17	4,31	5,96
Pernambuco	3,74	4,22	8,21	48,83	16,25
Alagoas	1,54	3,25	6,13	5,50	4,11
Sergipe	-	-	-	-	-
Bahia	8,66	10,77	13,27	15,40	12,02
Região Nordeste	5,92	7,16	8,26	15,25	9,15
Minas Gerais	12,72	17,15	17,36	18,47	16,42
Espírito Santo	13,69	20,04	25,58	35,62	23,73
Rio de Janeiro	23,20	30,09	26,85	20,26	25,10
São Paulo	35,81	39,97	44,37	58,07	44,56
Região Sudeste	26,71	31,57	33,51	39,81	32,90
Paraná	7,39	5,60	2,01	-	5,00
Santa Catarina	23,76	21,92	32,68	49,11	31,87
Rio Grande do Sul	18,11	-	23,69	-	20,90
Região Sul	15,25	11,54	17,40	49,11	23,33
Mato Grosso do Sul	34,88	56,53	52,39	53,31	49,28
Mato Grosso	8,77	15,77	20,93	28,27	18,43
Goiás	13,51	14,64	17,36	19,39	16,23
Distrito Federal	30,02	30,09	34,27	40,80	33,79
Região Centro-Oeste	19,17	24,94	27,24	31,10	25,61
Brasil	17,46	20,49	22,16	29,62	22,43

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Gráfico 11.7.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Brasil¹, 2004 a 2007.



1 Não inclui Sergipe em todos os anos, Rio Grande do Sul em 2005 e 2007 e Paraná em 2007.

Gráfico 11.8.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Estados da Região Norte, 2004 a 2007.

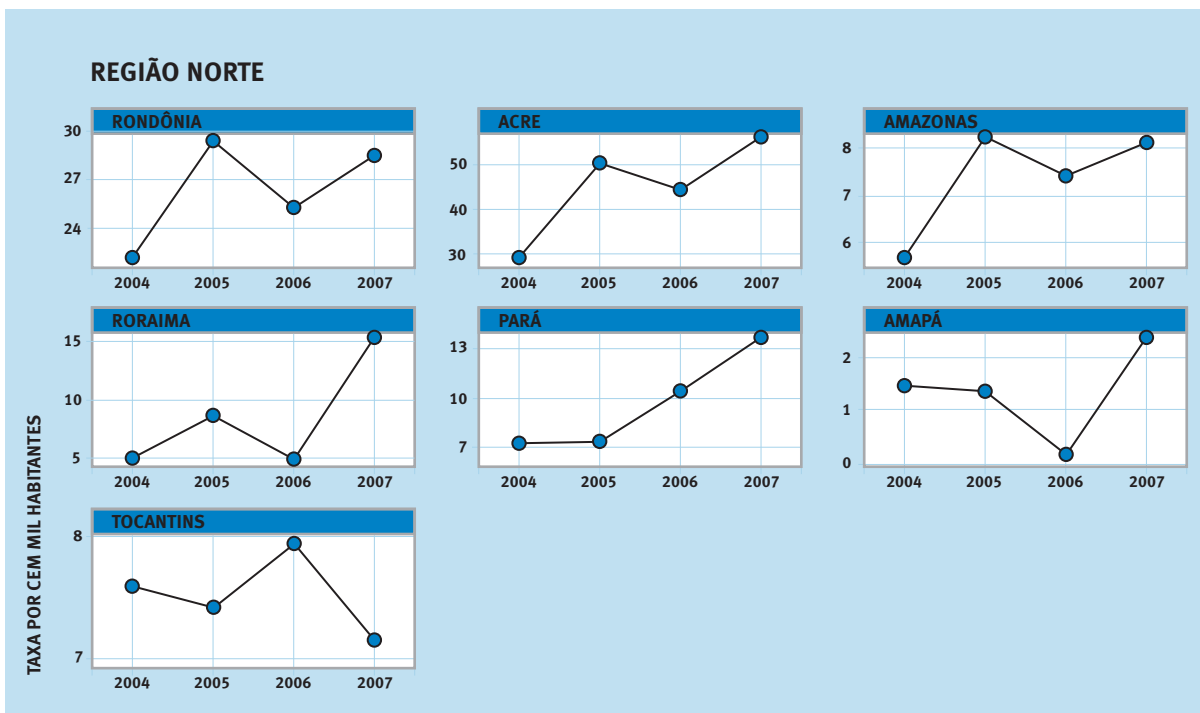


Gráfico 11.9.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Estados da Região Nordeste, 2004 a 2007.

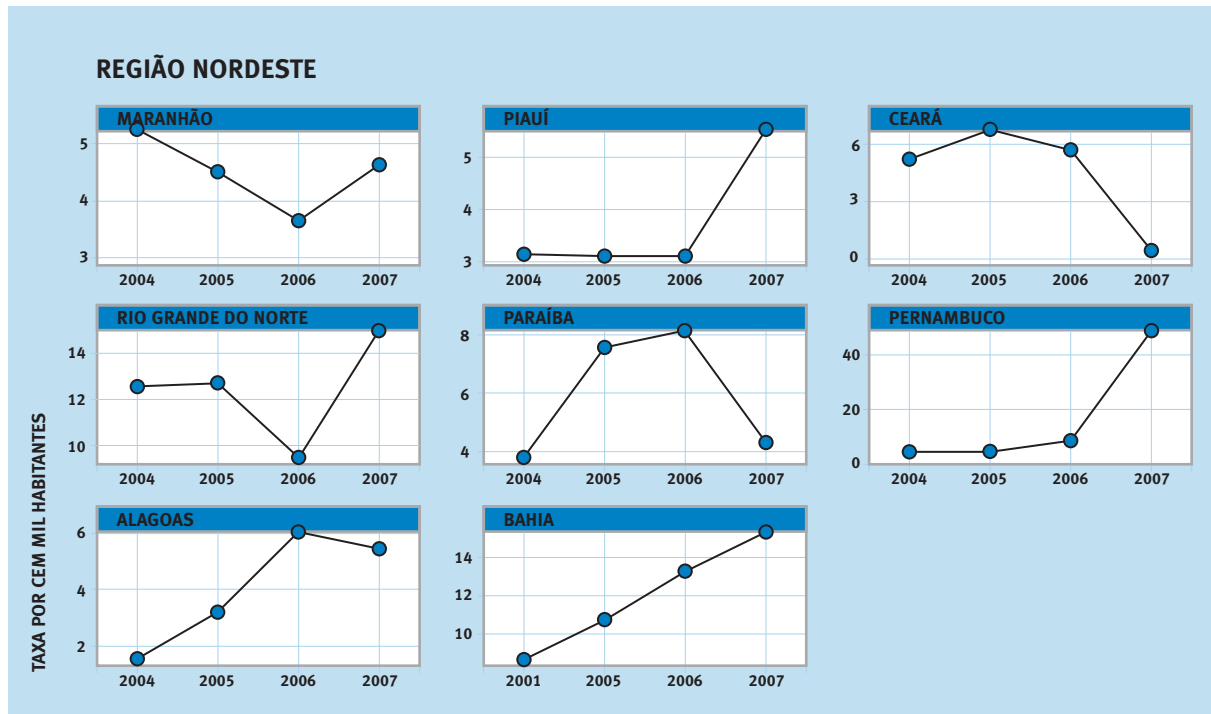


Gráfico 11.10.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Estados da Região Sudeste, 2004 a 2007.

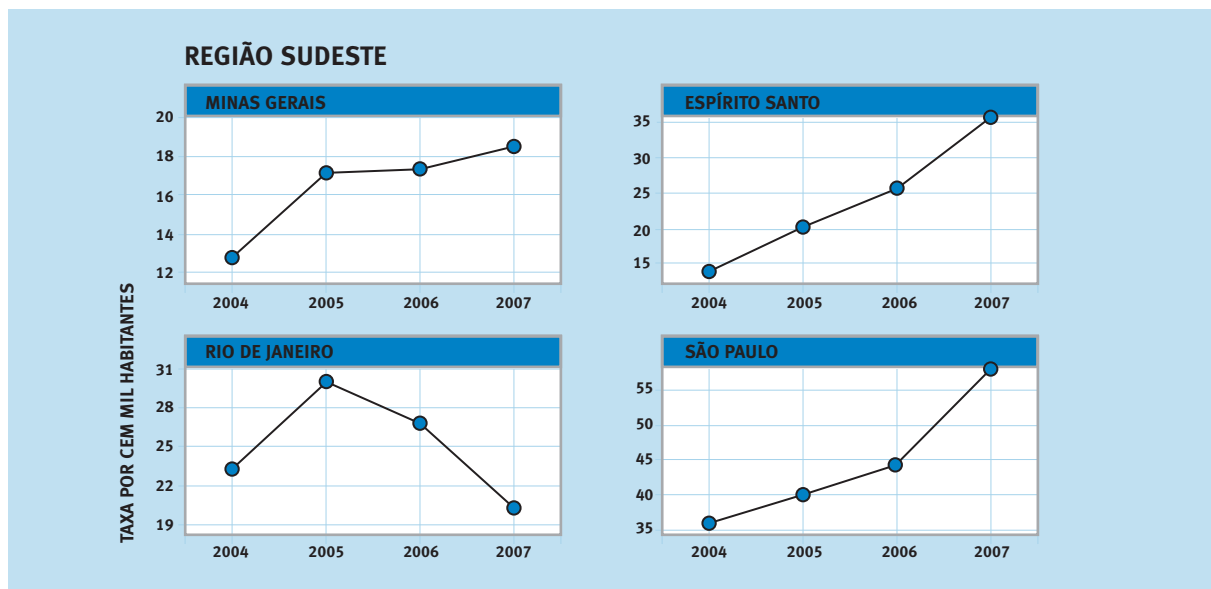


Gráfico 11.11.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Estados da Região Sul, 2004 a 2007.

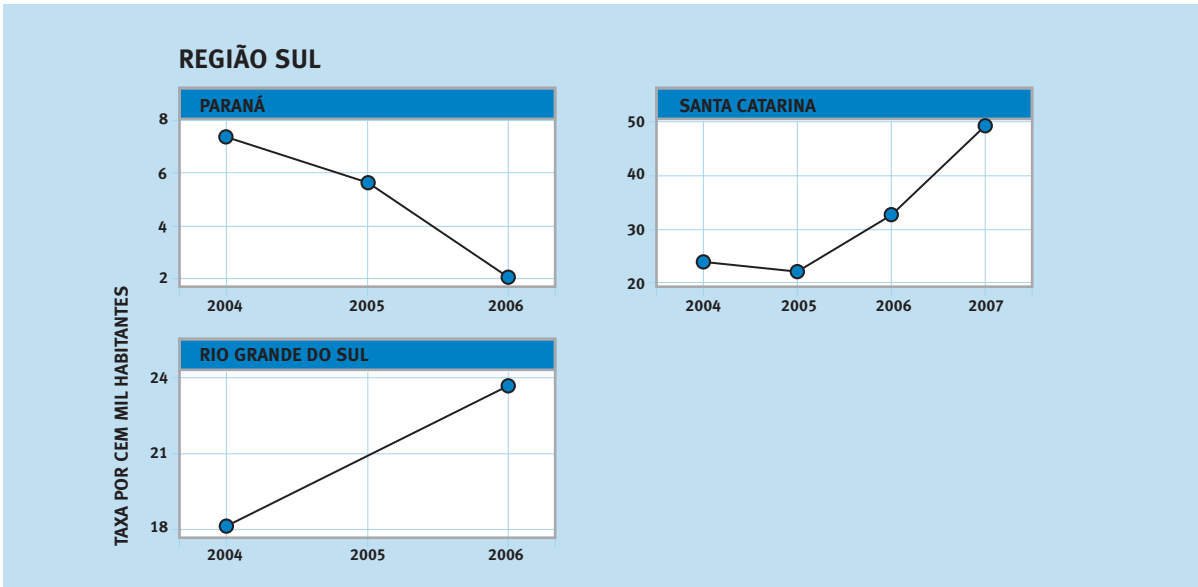
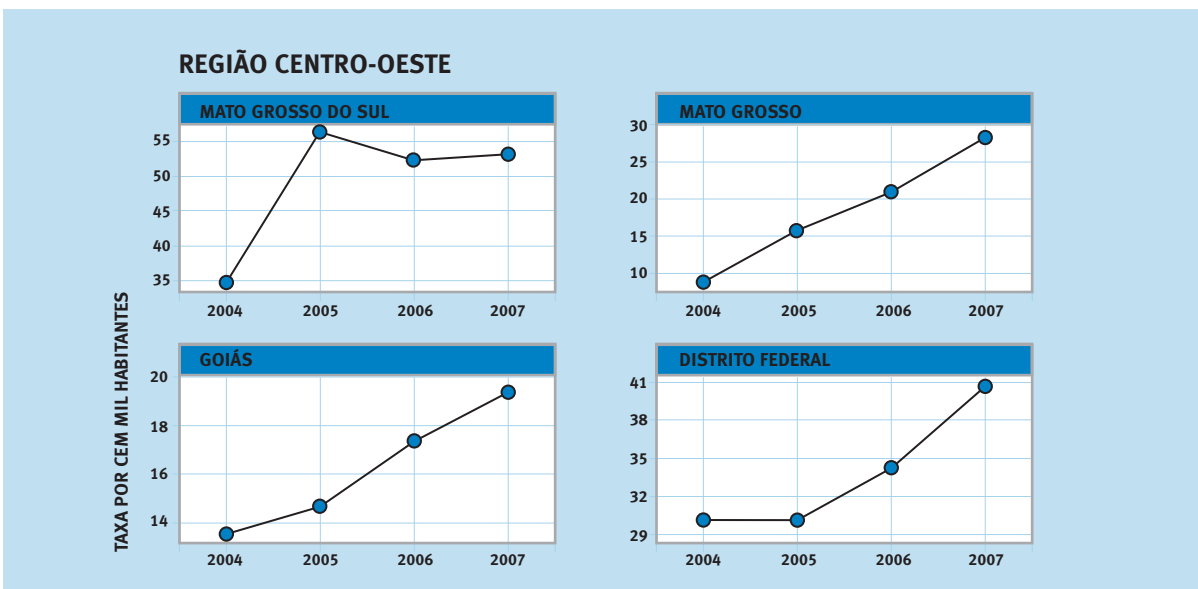


Gráfico 11.12.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Estados da Região Centro-Oeste, 2004 a 2007.



A mesma análise feita por unidades da federação também foi considerada para as capitais das unidades federativas. As Tabelas 11.7 e 11.8 mostram o número de crimes registrados nas capitais; as Tabelas 11.9 e 11.10, a porcentagem de crimes associados a drogas no número total de crimes; e as Tabelas 11.11 e 11.12 a taxa por 100.000 habitantes, de crimes de posse para uso de drogas ilegais e de crimes de tráfico de drogas, respectivamente. A evolução das taxas por 100.000 habitantes no tempo pode ser vista nos Gráficos 11.13 a 11.22.

Na avaliação de tendência no tempo dos crimes de posse para uso de drogas ilegais, levando-se em consideração as projeções feitas pelo IBGE do tamanho populacional, observa-se que as cidades com as maiores taxas foram Porto Alegre, com média de 135,79 crimes por 100.000 habitantes; Florianópolis, com média de 116,66; e Porto Velho, com média de 94,06. As menores médias foram encontradas em Macapá, com média de 3,65, e Recife, com média de 5,34. Quanto ao crime de tráfico de drogas, as maiores taxas médias estão em Vitória (181,18) e Rio Branco (88,57), enquanto as menores ficam em Macapá (1,67) e Brasília (4,90). É interessante destacar que, tal como também ocorreu com o estado de Pernambuco, Recife apresentou aumento considerável na taxa por 100.000 habitantes dos dois tipos de crime, no ano de 2007.

Tabela 11.7.
Ocorrências policiais de crimes de posse para uso de drogas ilegais.
Capitais, 2004 a 2007¹.

Capital	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	280	396	428	312	1.416
Rio Branco	89	92	90	62	333
Manaus	817	793	644	384	2.638
Boa Vista	62	41	20	61	184
Belém	147	160	138	164	609
Macapá	1	5	10	35	51
Palmas	67	62	39	31	199
Capitais do Norte	1.463	1.549	1.369	1.049	5.430
São Luís	99	102	77	142	420
Teresina	3	-	50	115	168
Fortaleza	324	369	318	25	1.036
Natal	206	184	175	113	678
João Pessoa	88	68	97	31	284
Recife	19	23	54	230	326
Maceió	45	152	62	27	286
Aracaju	-	-	-	-	-
Salvador	878	923	909	668	3.378
Capitais do Nordeste	1.662	1.821	1.742	1.351	6.576
Belo Horizonte	1.006	780	2.281	1.554	5.621
Vitória	150	71	108	110	439
Rio de Janeiro	2.326	2.670	2.467	1.680	9.143
São Paulo	3.127	2.528	2.498	2.869	11.022
Capitais do Sudeste	6.609	6.049	7.354	6.213	26.225
Curitiba	831	1.448	618	-	2.897
Florianópolis	770	323	461	289	1.843
Porto Alegre	2.150	-	1.726	-	3.876
Capitais do Sul	3.751	1.771	2.805	289	8.616
Campo Grande	279	196	231	139	845
Cuiabá	64	45	95	124	328
Goiânia	795	715	584	592	2.686
Brasília	341	333	448	446	1.568
Capitais do Centro-Oeste	1.479	1.289	1.358	1.301	5.427
Brasil (Capitais)	14.964	12.479	14.628	10.203	52.274

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Na maioria dos estados, a taxa de crimes por 100.000 habitantes é maior na capital do que no restante do respectivo estado, com destaque para a enorme diferença entre as taxas de crimes por tráfico de drogas por 100.000 habitantes de Vitória e Espírito Santo. As exceções são os estados de Pernambuco e Mato Grosso para o crime de posse para uso de drogas ilegais; Amapá e

Rio de Janeiro para tráfico de drogas; e Paraíba, Mato Grosso do Sul, São Paulo e Distrito Federal para ambos os crimes, com as maiores diferenças nesses dois últimos estados.

A análise aponta tendência de queda das taxas de crime de posse para uso de drogas ilegais em Manaus ($p=0,037$), Palmas ($p=0,050$), Natal ($p=0,049$) e Goiânia ($p=0,048$); e tendência de crescimento das taxas de crime por tráfico de drogas em Palmas ($p=0,005$), Vitória ($p=0,014$) e Cuiabá ($p=0,025$).

Tabela 11.8.
Ocorrências policiais de crimes de tráfico de drogas.
Capitais, 2004 a 2007¹.

Capital	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	179	257	235	265	936
Rio Branco	148	280	279	355	1.062
Manaus	177	249	215	203	844
Boa Vista	19	34	20	58	131
Belém	75	75	111	224	485
Macapá	6	4	-	7	17
Palmas	19	23	28	25	95
Capitais do Norte	623	922	888	1.137	3.570
São Luís	149	106	63	147	465
Teresina	63	63	39	88	253
Fortaleza	233	318	272	21	844
Natal	241	218	166	234	859
João Pessoa	44	85	99	18	246
Recife	54	38	240	1.026	1.358
Maceió	33	66	110	83	292
Aracaju	-	-	-	-	-
Salvador	340	458	708	685	2.191
Capitais do Nordeste	1.157	1.352	1.697	2.302	6.508
Belo Horizonte	617	709	563	589	2.478
Vitória	380	498	602	795	2.275
Rio de Janeiro	1.480	2.019	1.596	919	6.014
São Paulo	3.389	3.340	3.604	4.755	15.088
Capitais do Sudeste	5.866	6.566	6.365	7.058	25.855
Curitiba	190	153	77	-	420
Florianópolis	217	128	361	356	1.062
Porto Alegre	584	-	933	-	1.517
Capitais do Sul	991	281	1.371	356	2.999
Campo Grande	276	383	323	332	1.314
Cuiabá	39	56	137	184	416
Goiânia	333	296	360	456	1.445
Brasília	123	89	107	145	464
Capitais do Centro-Oeste	771	824	927	1.117	3.639
Brasil (Capitais)	9.408	9.945	11.248	11.970	42.571

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Tabela 11.9.

Porcentagem de crimes de posse para uso de drogas ilegais em relação ao número total de crimes. Capitais, 2004 a 2007¹.

Capital	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	1,0	1,3	1,5	1,1	1,2
Rio Branco	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
Manaus	1,3	1,0	0,8	0,5	0,9
Boa Vista	0,5	0,3	0,1	0,3	0,3
Belém	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Macapá	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
Palmas	0,9	0,8	0,5	0,4	0,6
Capitais do Norte	0,6	0,6	0,6	0,4	0,6
São Luís	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Teresina	0,0	-	0,2	0,5	0,2
Fortaleza	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2
Natal	0,6	0,5	0,4	0,3	0,4
João Pessoa	0,5	0,5	0,7	0,5	0,5
Recife	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Maceió	0,2	0,6	0,2	0,2	0,3
Aracaju	-	-	-	-	-
Salvador	0,8	0,8	0,7	0,6	0,7
Capitais do Nordeste	0,4	0,4	0,4	0,2	0,3
Belo Horizonte	0,9	1,0	3,4	4,0	1,9
Vitória	0,9	0,4	0,6	0,8	0,7
Rio de Janeiro	1,1	1,2	1,0	0,7	1,0
São Paulo	0,7	0,5	0,6	0,7	0,6
Capitais do Sudeste	0,8	0,8	0,9	0,9	0,8
Curitiba	1,0	1,6	1,5	-	1,4
Florianópolis	2,6	1,4	1,6	1,1	1,7
Porto Alegre	1,6	-	1,4	-	1,5
Capitais do Sul	1,5	1,6	1,4	1,1	1,5
Campo Grande	1,1	0,7	0,9	0,5	0,8
Cuiabá	0,6	0,2	0,3	0,4	0,4
Goiânia	1,2	1,1	0,9	1,0	1,1
Brasília	1,1	1,0	1,3	1,4	1,2
Capitais do Centro-Oeste	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9
Brasil (Capitais)	0,8	0,7	0,8	0,6	0,7

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Tabela 11.10.

Porcentagem de crimes de tráfico de drogas em relação ao número total de crimes. Capitais, 2004 a 2007¹.

Capital	2004	2005	2006	2007	Total
Porto Velho	0,6	0,8	0,8	0,9	0,8
Rio Branco	0,7	1,1	1,0	1,5	1,1
Manaus	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Boa Vista	0,2	0,2	0,1	0,3	0,2
Belém	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2
Macapá	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Palmas	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Capitais do Norte	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4
São Luís	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2
Teresina	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2
Fortaleza	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1
Natal	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5
João Pessoa	0,2	0,6	0,7	0,3	0,5
Recife	0,1	0,1	0,6	0,5	0,4
Maceió	0,2	0,3	0,4	0,5	0,3
Aracaju	-	-	-	-	-
Salvador	0,3	0,4	0,6	0,6	0,5
Capitais do Nordeste	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3
Belo Horizonte	0,6	0,9	0,9	1,5	0,9
Vitória	2,3	2,9	3,3	5,6	3,4
Rio de Janeiro	0,7	0,9	0,7	0,4	0,6
São Paulo	0,7	0,7	0,8	1,1	0,8
Capitais do Sudeste	0,7	0,8	0,8	1,0	0,8
Curitiba	0,2	0,2	0,2	-	0,2
Florianópolis	0,7	0,6	1,2	1,3	1,0
Porto Alegre	0,4	-	0,7	-	0,6
Capitais do Sul	0,4	0,3	0,7	1,3	0,5
Campo Grande	1,1	1,4	1,2	1,3	1,3
Cuiabá	0,3	0,2	0,5	0,6	0,4
Goiânia	0,5	0,5	0,6	0,8	0,6
Brasília	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4
Capitais do Centro-Oeste	0,6	0,5	0,6	0,8	0,6
Brasil (Capitais)	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Tabela 11.11.

Ocorrências policiais de crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes. Capitais, 2004 a 2007¹.

Capital	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	73,51	105,91	112,34	84,47	94,06
Rio Branco	31,11	30,09	28,65	21,33	27,80
Manaus	51,30	48,22	38,14	23,32	40,24
Boa Vista	26,24	16,93	8,01	24,41	18,90
Belém	10,60	11,38	9,66	11,64	10,82
Macapá	0,31	1,41	2,71	10,17	3,65
Palmas	35,71	29,78	17,66	17,38	25,13
Capitais do Norte	33,28	34,15	29,44	23,37	30,06
São Luis	10,32	10,42	7,71	14,83	10,82
Teresina	0,39	-	6,23	14,74	7,12
Fortaleza	13,89	15,54	13,16	1,03	10,90
Natal	26,89	23,65	22,15	14,60	21,82
João Pessoa	13,55	10,29	14,43	4,59	10,72
Recife	1,28	1,53	3,56	15,00	5,34
Maceió	5,09	16,82	6,72	3,01	7,91
Aracaju	-	-	-	-	-
Salvador	33,36	34,52	33,49	23,09	31,12
Capitais do Nordeste	15,85	18,45	16,08	12,35	15,68
Belo Horizonte	42,80	32,84	95,04	64,40	58,77
Vitória	48,46	22,66	34,06	35,03	35,05
Rio de Janeiro	38,44	43,81	40,20	27,57	37,51
São Paulo	28,85	23,13	22,67	26,35	25,25
Capitais do Sudeste	33,81	30,69	37,01	31,53	33,26
Curitiba	48,12	82,37	34,55	-	55,01
Florianópolis	199,01	81,41	113,39	72,85	116,66
Porto Alegre	151,80	-	119,78	-	135,79
Capitais do Sul	106,25	82,19	77,14	72,85	84,61
Campo Grande	38,00	26,14	30,19	19,19	28,38
Cuiabá	12,20	8,43	17,50	23,54	15,42
Goiânia	67,29	59,53	47,85	47,56	55,56
Brasília	14,94	14,27	18,79	18,16	16,54
Capitais do Centro-Oeste	31,32	26,76	27,64	26,27	28,00
Brasil (Capitais)	35,06	30,37	33,32	25,20	30,99

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Gráfico 11.13.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais,
por 100.000 habitantes. Capitais da Região Norte, 2004 a 2007.

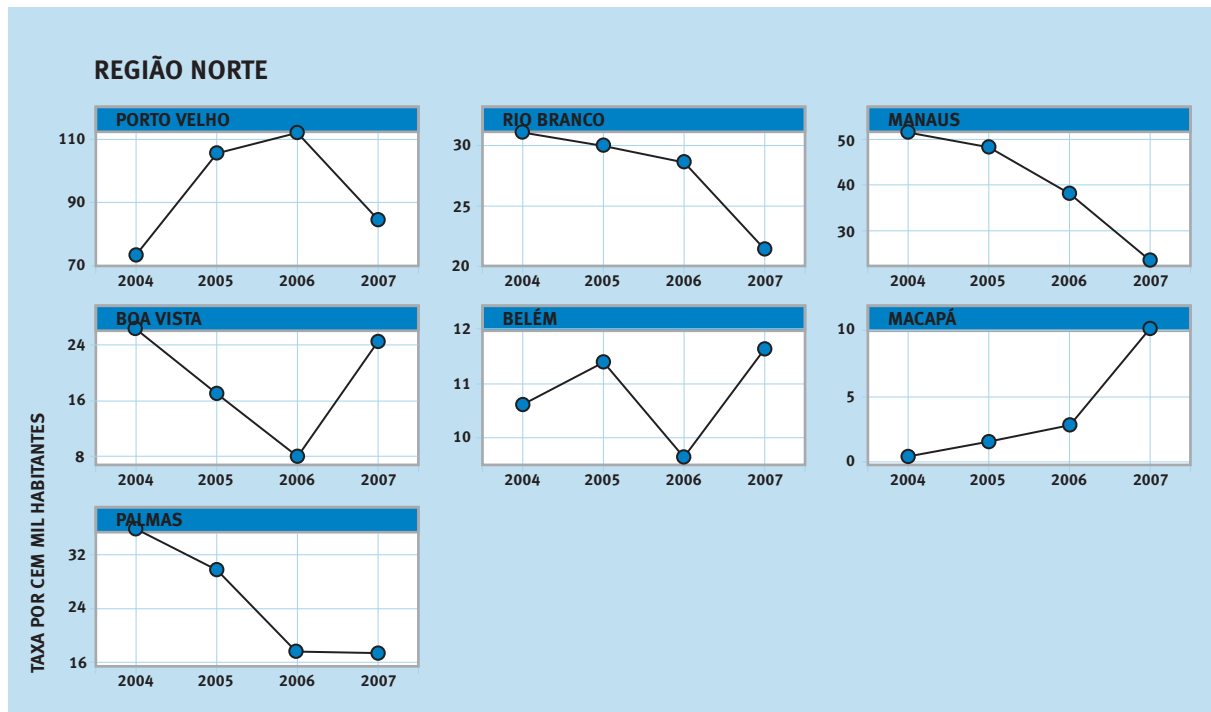


Gráfico 11.14.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais,
por 100.000 habitantes. Capitais da Região Nordeste, 2004 a 2007.

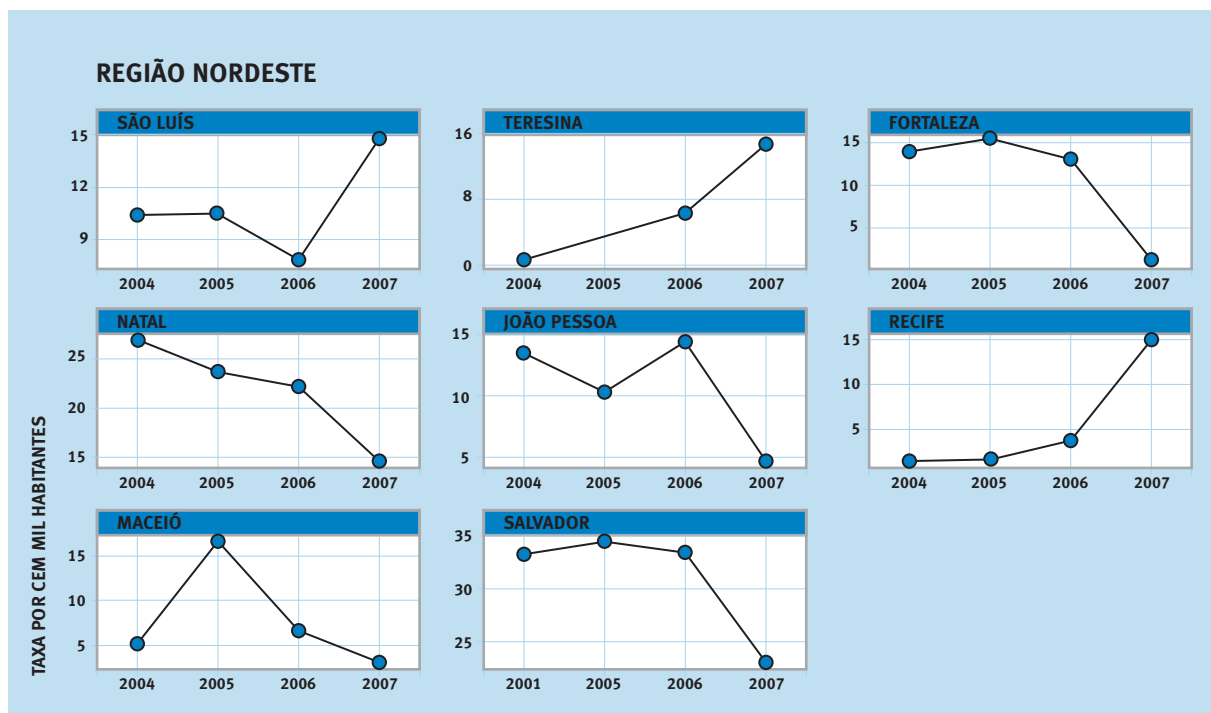


Gráfico 11.15.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais,
por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sudeste, 2004 a 2007.

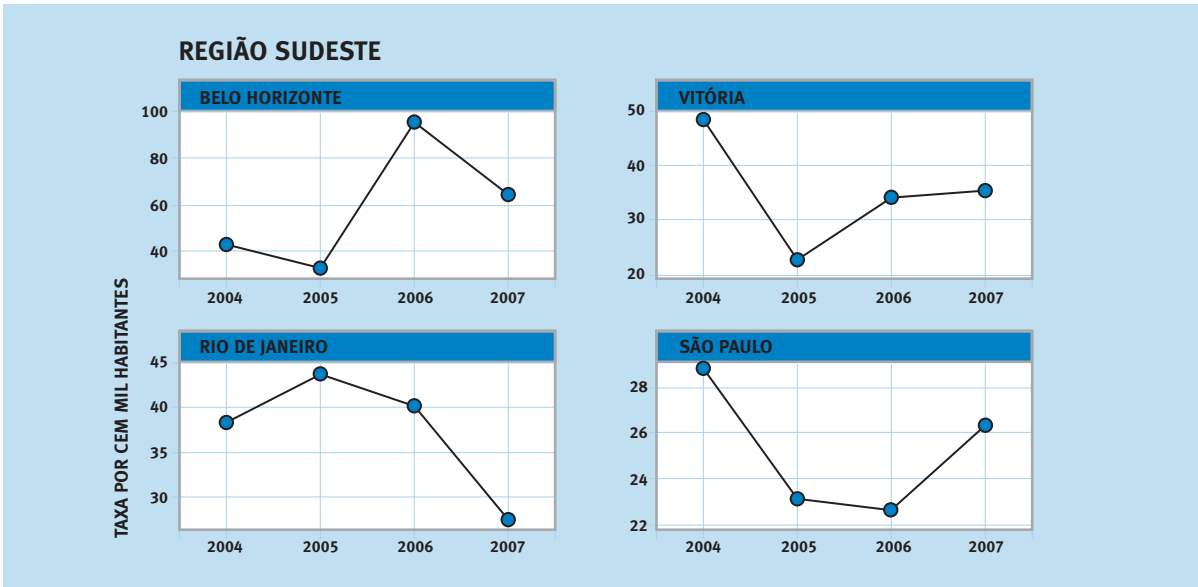


Gráfico 11.16.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais,
por 100.000 habitantes. Capitais da Região Sul, 2004 a 2007.

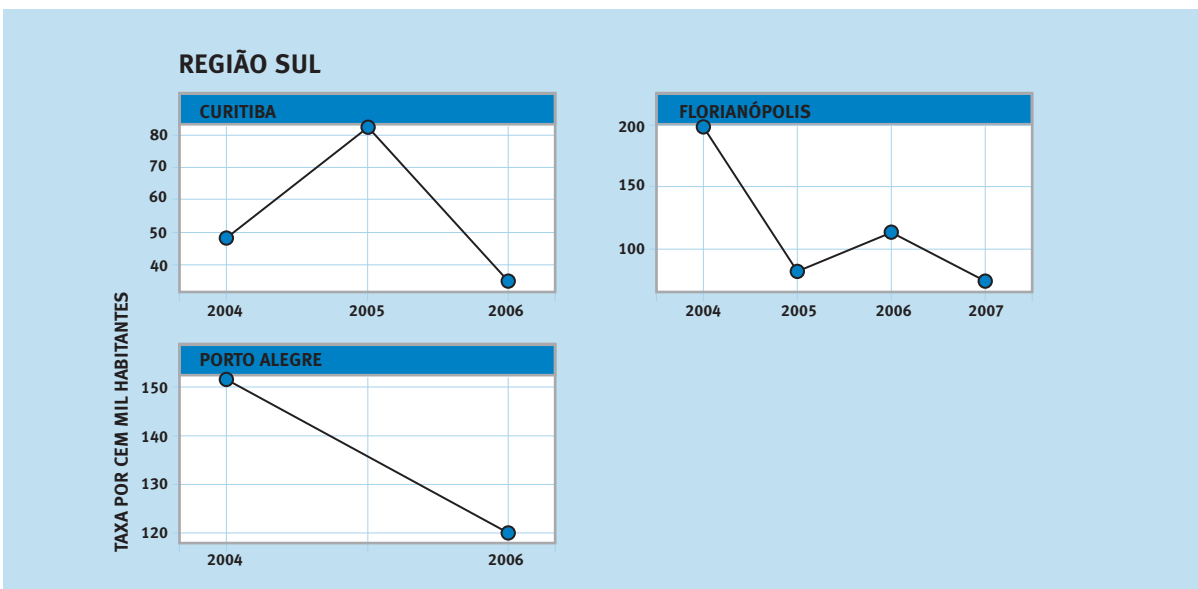


Gráfico 11.17.
Evolução dos crimes de posse para uso de drogas ilegais,
por 100.000 habitantes. Capitais da Região Centro-Oeste, 2004 a 2007.

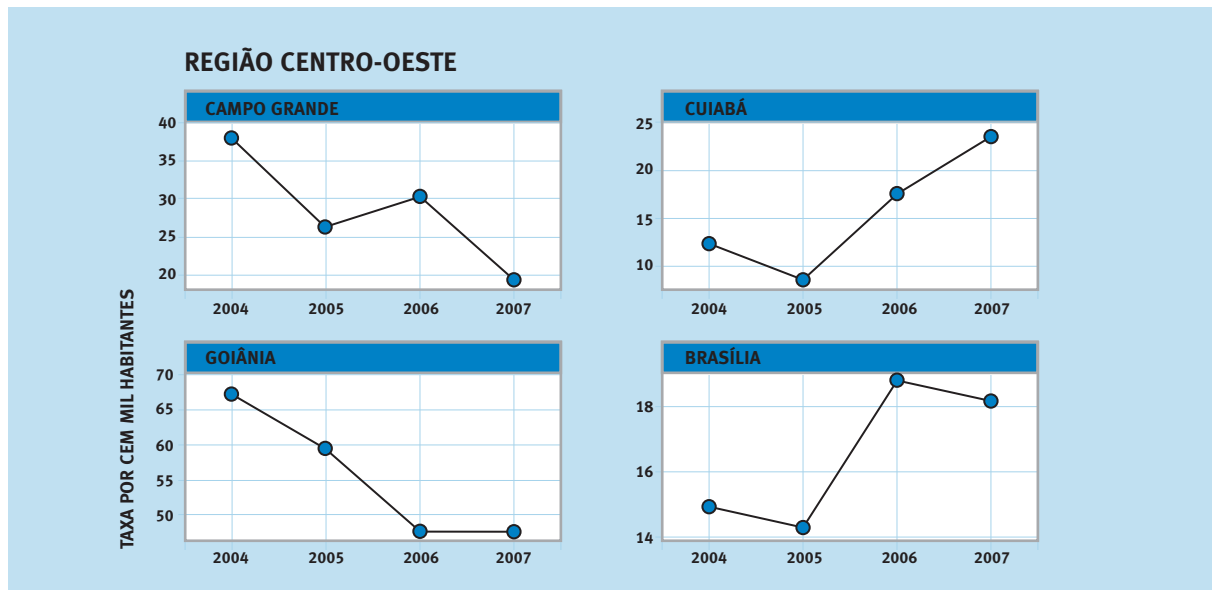


Tabela 11.12.
Ocorrências policiais de crimes de tráfico de drogas,
por 100.000 habitantes. Capitais, 2004 a 2007¹.

Capital	2004	2005	2006	2007	Média
Porto Velho	47,00	68,73	61,68	71,75	62,29
Rio Branco	51,73	91,58	88,82	122,14	88,57
Manaus	11,11	15,14	12,73	12,33	12,83
Boa Vista	8,04	14,04	8,01	23,21	13,33
Belém	5,41	5,33	7,77	15,90	8,60
Macapá	1,84	1,13	-	2,03	1,67
Palmas	10,13	11,05	12,68	14,01	11,97
Capitais do Norte	14,17	20,33	20,74	25,34	20,14
São Luis	15,54	10,83	6,31	15,35	12,01
Teresina	8,12	7,99	4,86	11,28	8,06
Fortaleza	9,99	13,39	11,25	0,86	8,87
Natal	31,46	28,02	21,02	30,22	27,68
João Pessoa	6,78	12,86	14,73	2,67	9,26
Recife	3,63	2,53	15,84	66,90	22,23
Maceió	3,73	7,31	11,92	9,25	8,05
Aracaju	-	-	-	-	-
Salvador	12,92	17,13	26,09	23,68	19,95
Capitais do Nordeste	11,03	12,68	15,67	21,04	15,11
Belo Horizonte	26,25	29,85	23,46	24,41	25,99
Vitória	122,78	158,95	189,85	253,15	181,18
Rio de Janeiro	24,46	33,13	26,01	15,08	24,67
São Paulo	31,27	30,56	32,71	43,68	34,56
Capitais do Sudeste	30,01	33,31	32,03	35,81	32,79
Curitiba	11,00	8,70	4,31	-	8,00
Florianópolis	56,08	32,26	88,79	89,74	66,72
Porto Alegre	41,23	-	64,75	-	52,99
Capitais do Sul	28,07	13,04	37,71	89,74	42,14
Campo Grande	37,59	51,08	42,21	45,82	44,18
Cuiabá	7,43	10,49	25,24	34,93	19,52
Goiânia	28,19	24,65	29,50	36,64	29,74
Brasília	5,39	3,81	4,49	5,90	4,90
Capitais do Centro-Oeste	16,33	17,10	18,87	22,56	18,71
Brasil (Capitais)	22,04	23,75	25,84	29,57	25,30

Fonte: Secretaria Nacional de Segurança Pública/ Polícias Cíveis do Brasil.

¹ Dados atualizados até 13.04.2009.

Gráfico 11.18.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Norte, 2004 a 2007.

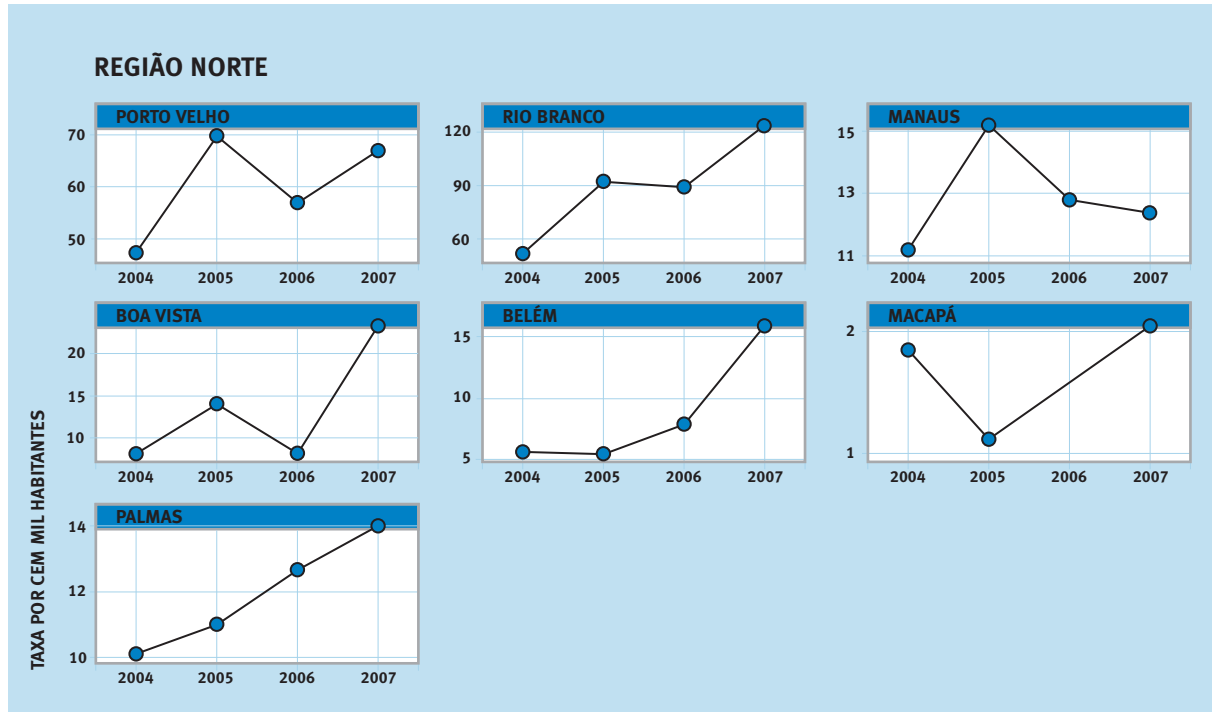


Gráfico 11.19.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Nordeste, 2004 a 2007.

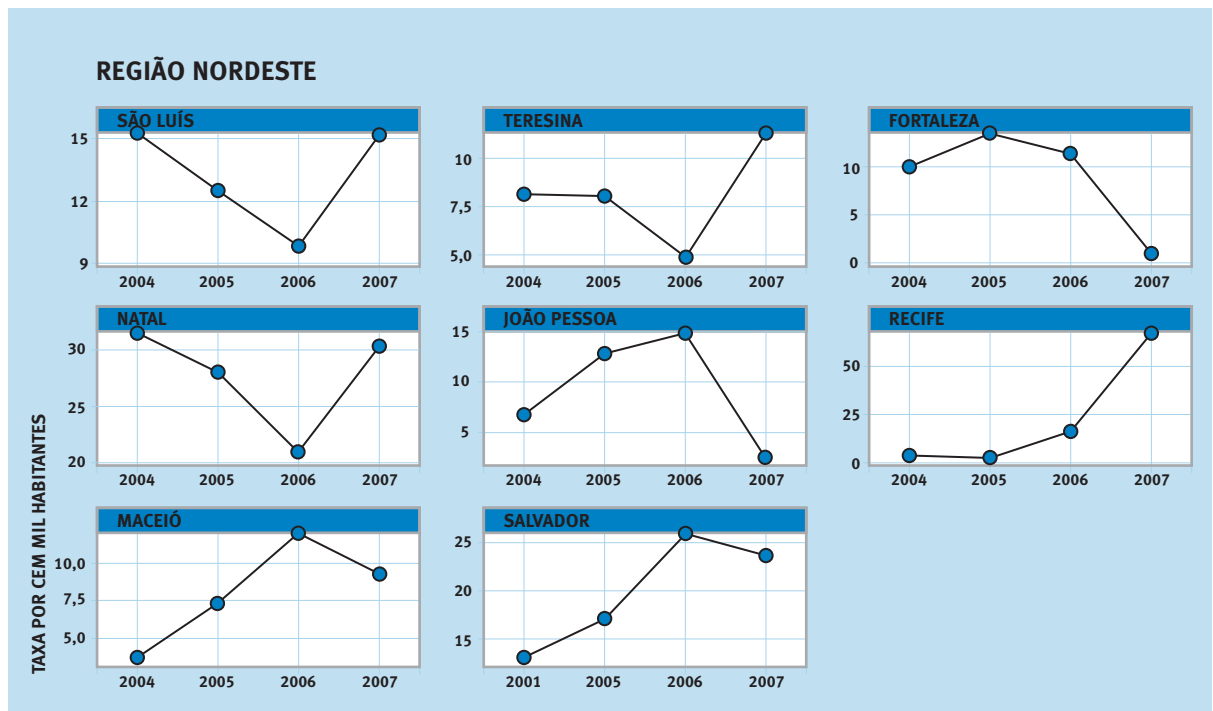


Gráfico 11.20.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Sudeste, 2004 a 2007.

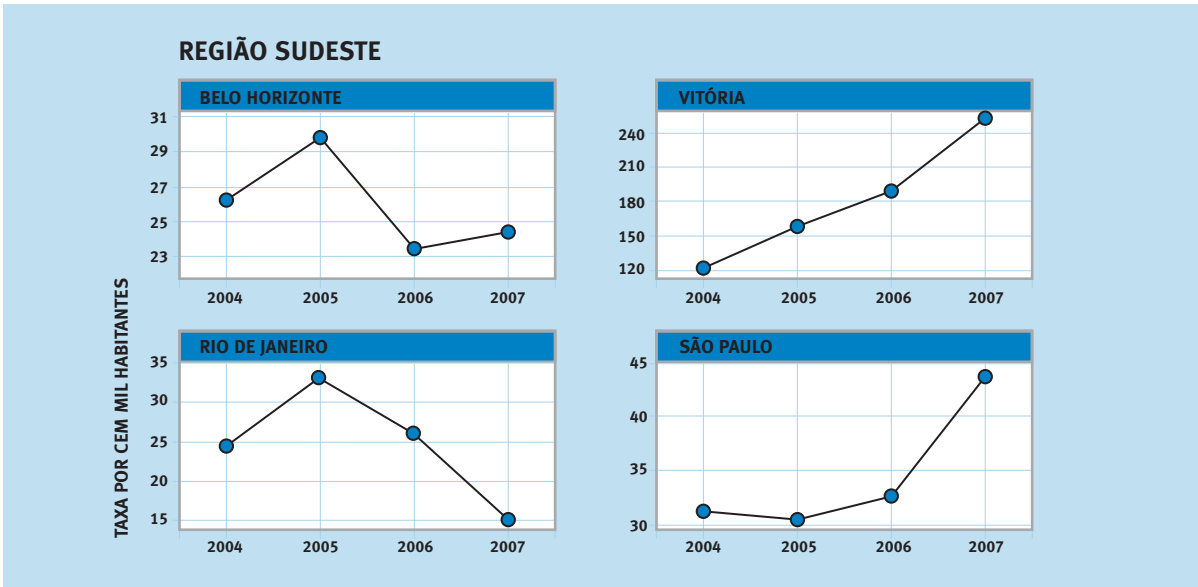


Gráfico 11.21.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Sul, 2004 a 2007.

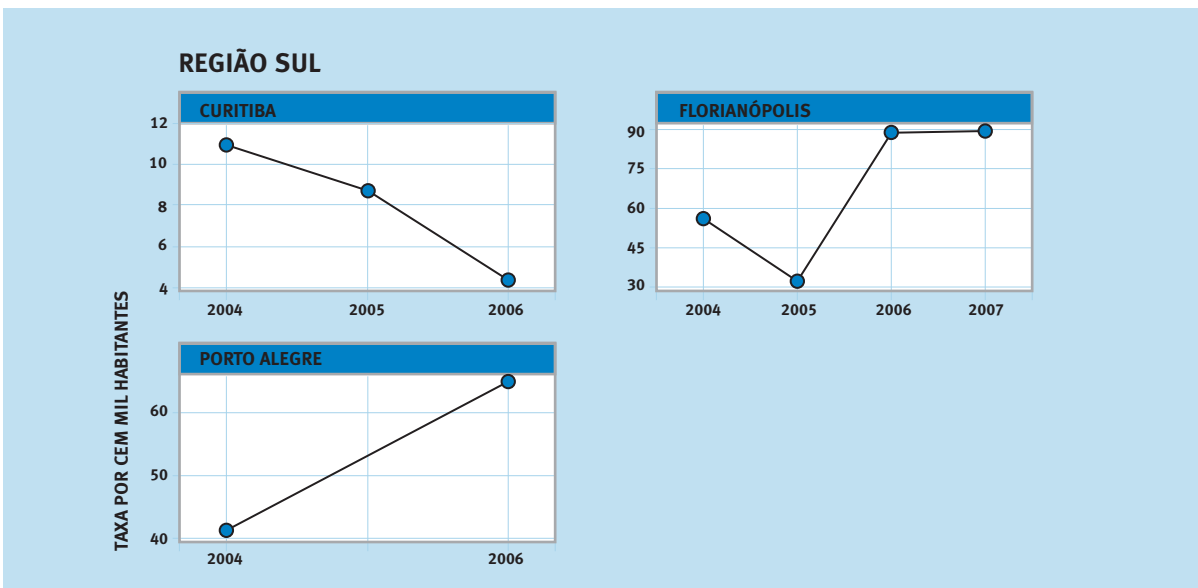
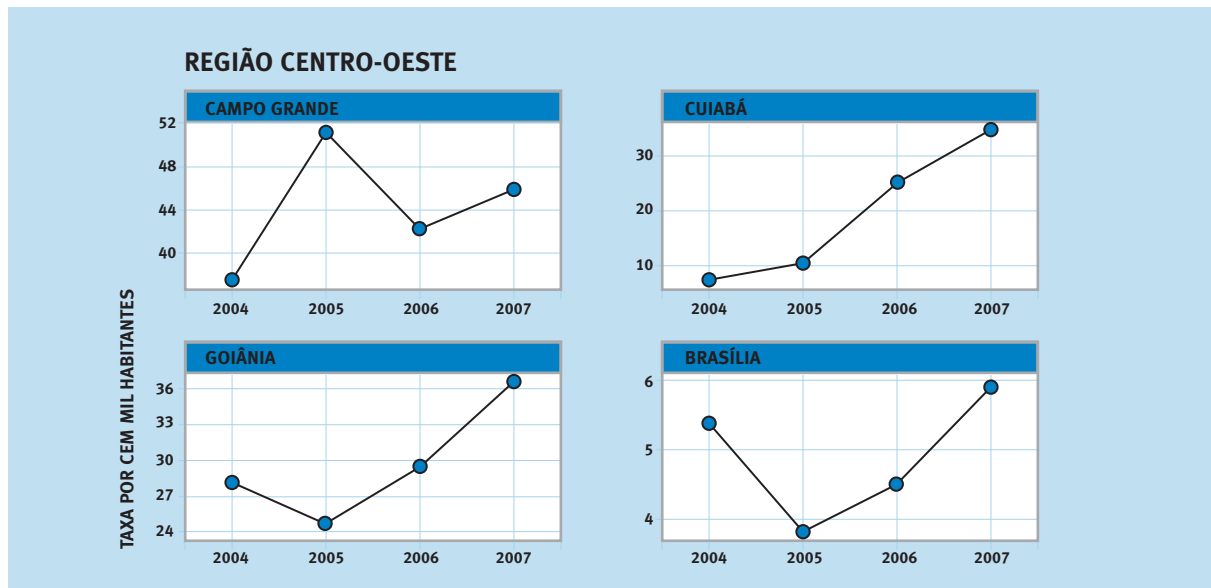


Gráfico 11.22.
Evolução dos crimes de tráfico de drogas por 100.000 habitantes.
Capitais da Região Centro-Oeste, 2004 a 2007.



Pessoas indiciadas por crimes associados a drogas

Na Tabela 11.13 são apresentados os números de inquéritos instaurados e de pessoas indiciadas pela Polícia Federal, nos anos de 2001 a 2007. No período, apresentou tendência crescente o número tanto de inquéritos instaurados ($p=0,002$), quanto o de pessoas indiciadas ($p=0,015$).

Tabela 11.13.
Número de inquéritos instaurados e de pessoas indiciadas pela Polícia Federal. Brasil, 2001 a 2007.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Inquéritos Instaurados	2.719	2.877	3.350	3.010	3.772	3.914	4.688	24.330
Indiciados	3.124	4.090	4.453	3.629	4.855	5.081	5.158	30.390

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Considerando-se a distribuição do número de indiciados pela Polícia Federal por gênero (Tabela 11.14), observa-se que a grande maioria deles é do sexo masculino. Nota-se também que, no período avaliado, houve queda da representação masculina no número de indiciamentos (83,2% em 2001 e 76,0% em 2007) e aumento da representação feminina (13,9% em 2001 e 19,5% em 2007).

Tabela 11.14.
Porcentagem de indiciados pela Polícia Federal por gênero. Brasil, 2001 a 2007.

Gênero	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Masculino	83,2	81,7	79,8	76,9	75,5	76,4	76,0
Feminino	13,9	16,8	17,0	19,6	21,4	20,0	19,5
Ignorado	2,9	1,5	3,2	3,5	3,1	3,6	4,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Com relação à distribuição de indiciamentos pela Polícia Federal, por faixa etária, na Tabela 11.15 observa-se que as faixas com as maiores porcentagens de indiciados são as de 30 a 34 anos e de 25 a 29 anos, sendo que a porcentagem correspondente à primeira se manteve constante no período de 2001 a 2007, cerca de 20%, e na segunda foi observada tendência de crescimento no período avaliado. Nota-se, ainda, crescimento acentuado nas porcentagens relativas à faixa etária de 18 a 24 anos durante o período, e decréscimo nas porcentagens nas faixas etárias que incluem indivíduos com idade maior ou igual a 35 anos.

Tabela 11.15.
Porcentagem de indiciados pela Polícia Federal por faixa etária. Brasil, 2001 a 2007.

Faixa etária	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
18 a 24 anos	0,1	1,0	3,3	6,5	10,0	13,2	16,6
25 a 29 anos	15,0	15,8	18,0	20,9	21,5	21,2	22,6
30 a 34 anos	20,6	20,9	20,7	20,9	20,0	20,7	19,4
35 a 39 anos	18,6	17,1	16,8	16,1	15,5	16,3	14,7
40 a 44 anos	16,7	15,2	14,6	13,0	12,2	10,5	9,8
45 a 49 anos	10,9	10,2	9,4	8,6	8,8	7,4	7,2
50 anos ou mais	15,0	15,1	13,7	11,0	9,3	8,3	7,8
Ignorado	3,1	4,7	3,5	3,0	2,7	2,4	1,9
Total	100	100	100	100	100	100	100

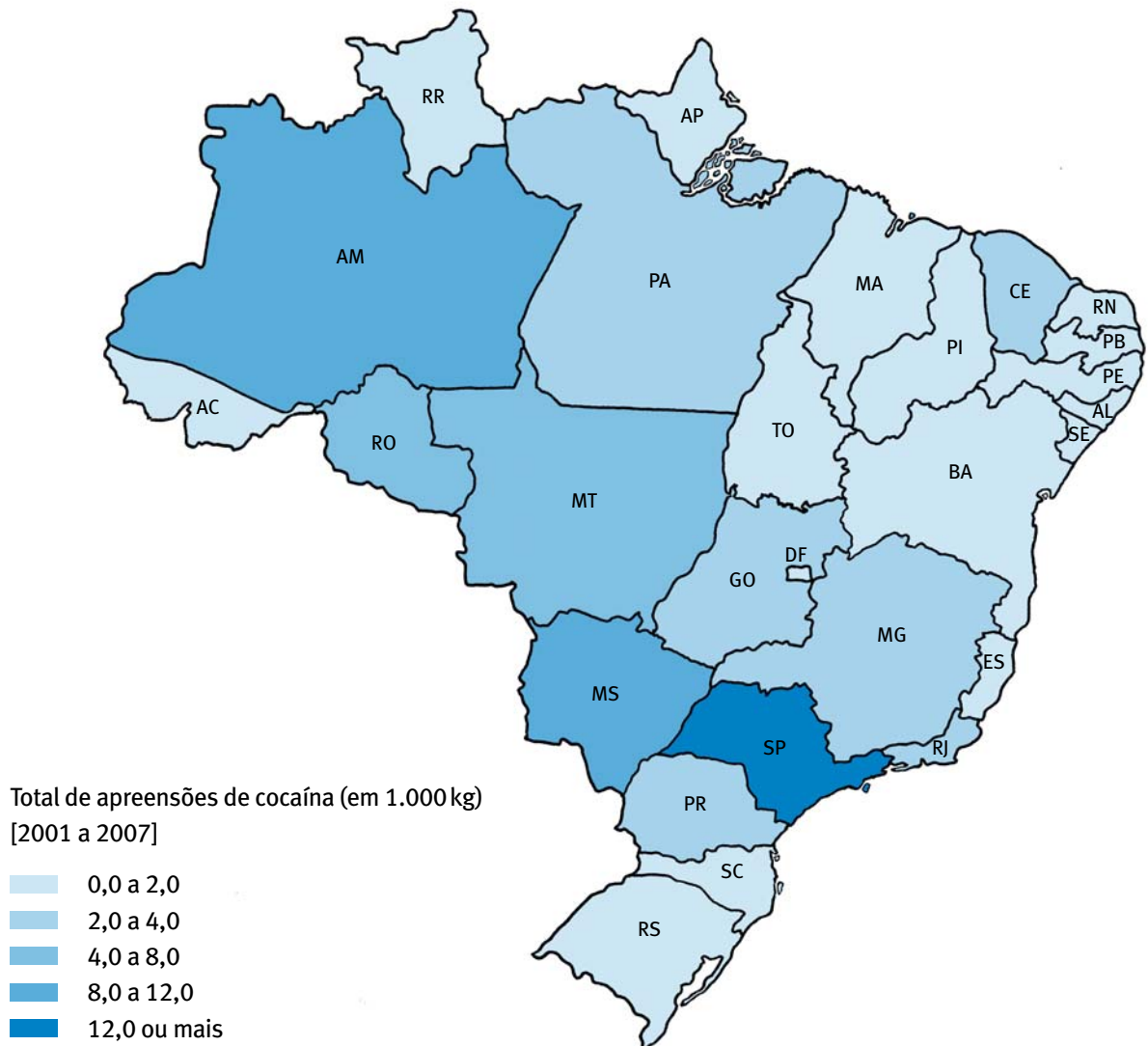
Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Conclusões

1. Segundo dados fornecidos pela Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP, o número de ocorrências por posse para uso de drogas ilegais, foi de 53.168 em 2004, 46.940 em 2005, 56.108 em 2006 e 51.608 em 2007. Embora os anos de 2005 e 2007 apresentem um número menor de ocorrências do que os respectivos anos precedentes, não é possível concluir que houve queda no número de crimes desse tipo, pois essa contagem não inclui os crimes do Rio Grande do Sul em 2005 e do Paraná e Rio Grande do Sul em 2007, dados esses computados em 2004 e 2006.
2. Com relação à posse para uso de drogas ilegais, o estado de Rondônia é o que apresenta as maiores taxas por 100.000 habitantes na Região Norte, seguido do estado do Amazonas. Na Região Nordeste, embora seja a Bahia o estado que apresenta a maior taxa média no período analisado, de 15,90 crimes por 100.000 habitantes, o estado de Pernambuco é o que detém a maior taxa no ano mais recente, de 30,70 em 2007, notando-se também significativo aumento nesse ano. Na Região Sudeste, o estado com maiores taxas é São Paulo; na Região Sul, o Rio Grande do Sul; e na Região Centro-Oeste, o Distrito Federal, que apresenta a maior taxa de todas, chegando a 112,30 crimes de posse para uso de drogas ilegais por 100.000 habitantes.
3. Com relação ao crime de tráfico de drogas, os totais de ocorrências são 31.368 em 2004, 35.110 em 2005, 40.941 em 2006 e 47.747 em 2007, o que mostra que houve aumento no número de ocorrências de crimes de tráfico de drogas no período avaliado.
4. Com relação ao crime de tráfico de drogas, São Paulo continua sendo o estado da Região Sudeste com maiores taxas. Nas outras regiões, entretanto, o panorama se modifica; na Região Norte, as maiores taxas estão no estado do Acre; na Região Nordeste, no Rio Grande do Norte; na Região Sul, em Santa Catarina; e na Região Centro-Oeste, no Mato Grosso do Sul. Pernambuco, por sua vez, continua se destacando por alta taxa em 2007.
5. Para a informação relativa a posse para uso, a análise da evolução no tempo não detecta qualquer tendência para o Brasil como um todo, mas indica tendência de crescimento nos estados de Rondônia, Espírito Santo, Mato Grosso e Distrito Federal. Para o tráfico de drogas, há indicação de tendência de crescimento para o Brasil, assim como para os estados de Pará, Bahia, Espírito Santo, São Paulo, Mato Grosso e Goiás.
6. Na avaliação de tendência no tempo dos crimes de posse para uso de drogas ilegais, observa-se que as cidades com as maiores taxas foram Porto Alegre, com média de 135,79 crimes por 100.000 habitantes; Florianópolis, com média de 116,66; e Porto Velho, com média de 94,06. As menores médias foram encontradas em Macapá, com média de 3,65, e Recife, com média de 5,34.

7. Quanto ao crime de tráfico de drogas, as maiores taxas médias estão em Vitória (181,18) e Rio Branco (88,57), enquanto as menores ficam em Macapá (1,67) e Brasília (4,90). É interessante destacar que, tal como também ocorreu com o estado de Pernambuco, Recife apresentou aumento considerável na taxa por 100.000 habitantes dos dois tipos de crime, no ano de 2007.
8. Na maioria dos estados, a taxa de crimes por 100.000 habitantes é maior na capital do que no restante do respectivo estado, com destaque para a enorme diferença entre as taxas de crimes por tráfico de drogas por 100.000 habitantes de Vitória e Espírito Santo.
9. A análise aponta tendência de queda das taxas de crime de posse para uso de drogas ilegais em Manaus, Palmas, Natal e Goiânia; e tendência de crescimento das taxas de crime por tráfico de drogas em Palmas, Vitória e Cuiabá.
10. Quanto ao número de inquéritos instaurados e de pessoas indiciadas pela Polícia Federal, ambos apresentam tendência crescente no período de 2001 a 2007.
11. Considerando-se a distribuição do número de indiciados pela Polícia Federal por gênero, observa-se que a grande maioria deles é do sexo masculino. Nota-se também que, no período avaliado, houve queda da representação masculina no número de indiciamentos (83,2% em 2001 e 76,0% em 2007) e aumento da representação feminina (13,9% em 2001 e 19,5% em 2007). Esta tendência também é observada entre os indiciamentos realizados pelas Polícias Civis dos estados e capitais brasileiras.
12. Com relação à distribuição de indiciamentos pela Polícia Federal, por faixa etária, observa-se que as faixas com as maiores porcentagens de indiciados são as de 30 a 34 anos e de 25 a 29 anos, sendo que a porcentagem correspondente à primeira se manteve constante no período de 2001 a 2007, cerca de 20%, e na segunda foi observada tendência de crescimento no período avaliado. Nota-se, ainda, crescimento acentuado nas porcentagens relativas à faixa etária de 18 a 24 anos durante o período, e decréscimo nas porcentagens nas faixas etárias que incluem indivíduos com idade maior ou igual a 35 anos.

Apreensões de drogas pelo Departamento de Polícia Federal



Os resultados apresentados neste capítulo são oriundos de informações fornecidas pelo Departamento de Polícia Federal e contêm tabelas com as apreensões anuais de diversos tipos de droga, no período de 2001 a 2007. Estão incluídas também as drogas apreendidas pelo Departamento de Polícia Rodoviária Federal (DPRF) e reportadas ao DPF.

Neste capítulo, foram consideradas as apreensões de cocaína, *crack*, merla, pasta base, maconha, haxixe, skank, LSD, ecstasy, GHB, morfina, heroína e lança-perfume.

Foram construídas tabelas com as apreensões anuais de cada uma das drogas por unidades federativas e regiões, exceto para merla, haxixe, skank, LSD, GHB, morfina e heroína. Para cocaína e maconha foram também construídos gráficos com as séries das apreensões de 2001 a 2007, por unidade federativa e Brasil porque essas drogas foram apreendidas durante todo o período, em todas as unidades federativas. Para o *crack*, foram construídos gráficos das apreensões anuais somente por região e Brasil, pois houve unidades federativas em que essa droga não foi apreendida em pelo menos um ano. Para as demais drogas, exceto haxixe, skank, GHB e morfina, foram construídos somente gráficos das apreensões no Brasil como um todo.

Cocaína

As apreensões de cocaína no período de 2001 a 2007, nas unidades federativas e regiões, são apresentadas na Tabela 12.1. Nota-se que São Paulo se destaca das demais unidades federativas, apresentando a maior quantidade apreendida no período. Também se destacam: Mato Grosso do Sul, Amazonas, Mato Grosso, Rondônia, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Goiás, Ceará e Minas Gerais, com total de apreensões superior a 2.000 kg no período.

Para visualizar a ocorrência de tendência das apreensões no Brasil, foi construído o diagrama de dispersão apresentado no Gráfico 12.1. Observa-se no Brasil uma tendência crescente na quantidade apreendida de cocaína no período analisado. Pela Tabela 12.1, nota-se que, com exceção da Região Sudeste, as apreensões apresentaram aumento no período, em particular nas Regiões Norte e Centro-Oeste.

A evolução das apreensões no tempo em cada unidade federativa é ilustrada nos Gráficos 12.2 a 12.6. Observa-se que, nos estados da Paraíba, Alagoas e Sergipe, as apreensões foram baixas de 2001 a 2006, ocorrendo um aumento brusco em 2007. Em alguns estados, as apreensões em um único ano se destacam das demais. Isto ocorreu no ano de 2004 no Amapá; em 2005 em Tocantins, Ceará e Goiás; e em 2006 em Roraima.

A análise da evolução das apreensões no tempo mostrou que, no Brasil como um todo, há tendência de aumento das apreensões de cocaína ($p=0,015$). Há aumento também nos estados de Rondônia ($p=0,043$), Acre ($p=0,006$), Amazonas ($p=0,003$), Pará ($p=0,009$), Piauí ($p=0,031$), Rio Grande do Norte ($p=0,018$), Bahia ($p=0,034$), Paraná ($p=0,024$) e Distrito Federal ($p=0,040$). As apreensões de cocaína não apresentaram tendência no tempo nos demais estados: Roraima ($p=0,202$), Amapá ($p=0,792$), Tocantins ($p=0,613$), Maranhão ($p=0,259$), Ceará ($p=0,286$), Paraíba ($p=0,136$), Pernambuco ($p=0,189$), Alagoas ($p=0,091$), Sergipe ($p=0,153$), Minas Gerais ($p=0,264$), Espírito Santo ($p=0,075$), Rio de Janeiro ($p=0,223$), São Paulo ($p>0,999$), Santa Catarina ($p=0,575$), Rio Grande do Sul ($p=0,159$), Mato Grosso do Sul ($p=0,105$), Mato Grosso ($p=0,143$) e Goiás ($p=0,557$).

Tabela 12.1.
Apreensões de cocaína (kg). Brasil, Regiões e Unidades Federativas,
2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	129,3	436,2	273,3	157,5	353,0	953,0	2.105,9	4.408,2
Acre	10,8	15,4	166,0	47,4	386,2	332,9	599,1	1.557,8
Amazonas	347,7	334,8	216,2	731,3	1.951,3	2.221,7	2.455,3	8.258,3
Roraima	7,0	24,3	50,2	47,6	66,8	321,8	58,1	575,8
Pará	106,0	161,7	107,7	446,9	1.098,4	801,0	984,5	3.706,2
Amapá	10,6	21,5	23,6	87,8	8,1	22,4	29,6	203,5
Tocantins	0,3	0,0	4,4	146,1	566,9	10,1	18,1	745,8
Região Norte	611,7	993,9	841,4	1.664,6	4.430,7	4.662,9	6.250,6	19.455,8
Maranhão	0,1	214,8	45,0	42,1	93,0	161,7	200,5	757,2
Piauí	2,4	0,6	4,2	4,1	27,5	18,7	76,2	133,7
Ceará	20,5	87,7	255,7	263,7	1.498,0	423,8	395,3	2.944,7
Rio Grande do Norte	1,9	63,5	33,7	48,6	41,1	116,2	138,9	443,9
Paraíba	0,5	1,3	1,4	0,2	0,2	15,9	805,8	825,3
Pernambuco	23,4	23,7	88,5	29,0	105,2	61,8	73,2	404,8
Alagoas	0,0	1,1	0,8	0,1	0,6	5,0	31,3	38,9
Sergipe	1,1	0,4	1,7	0,1	1,0	0,0	48,5	52,8
Bahia	36,0	151,0	120,8	123,7	144,0	177,7	174,9	928,1
Região Nordeste	85,9	544,1	551,8	511,6	1.910,6	980,8	1.944,6	6.529,4
Minas Gerais	392,9	986,6	214,6	353,7	75,9	197,0	340,1	2.560,8
Espírito Santo	30,9	43,4	56,4	87,3	136,7	114,2	73,8	542,7
Rio de Janeiro	556,1	690,0	376,3	445,4	671,0	278,7	370,8	3.388,3
São Paulo	1.152,4	2.965,4	4.821,4	2.127,3	4.005,9	2.203,0	1.932,1	19.207,5
Região Sudeste	2.132,3	4.685,4	5.468,7	3.013,7	4.889,5	2.792,9	2.716,8	25.699,3
Paraná	86,2	302,8	581,1	299,7	297,6	805,1	1.117,7	3.490,2
Santa Catarina	155,5	267,0	278,3	307,9	460,5	337,6	164,7	1.971,5
Rio Grande do Sul	30,6	312,2	238,9	55,1	307,0	217,3	454,2	1.615,3
Região Sul	272,3	882,0	1.098,3	662,7	1.065,1	1.360,0	1.736,6	7.077,0
Mato Grosso do Sul	1.181,9	1.341,6	1.000,4	753,3	1.403,5	1.806,0	1.952,5	9.439,2
Mato Grosso	1.046,6	659,8	270,9	424,3	909,4	1.686,0	1.598,1	6.595,1
Goiás	473,3	89,2	36,7	66,7	1.828,3	484,3	346,3	3.324,8
Distrito Federal	0,0	5,4	9,6	23,4	109,8	80,7	59,6	288,5
Região Centro-Oeste	2.701,8	2.096,0	1.317,6	1.267,7	4.251,0	4.057,0	3.956,5	19.647,6
Brasil	5.804,0	9.201,4	9.277,8	7.120,3	16.546,9	13.853,6	16.605,1	78.328,1

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Gráfico 12.1.
Evolução das apreensões de cocaína (kg).
Brasil, 2001 a 2007.

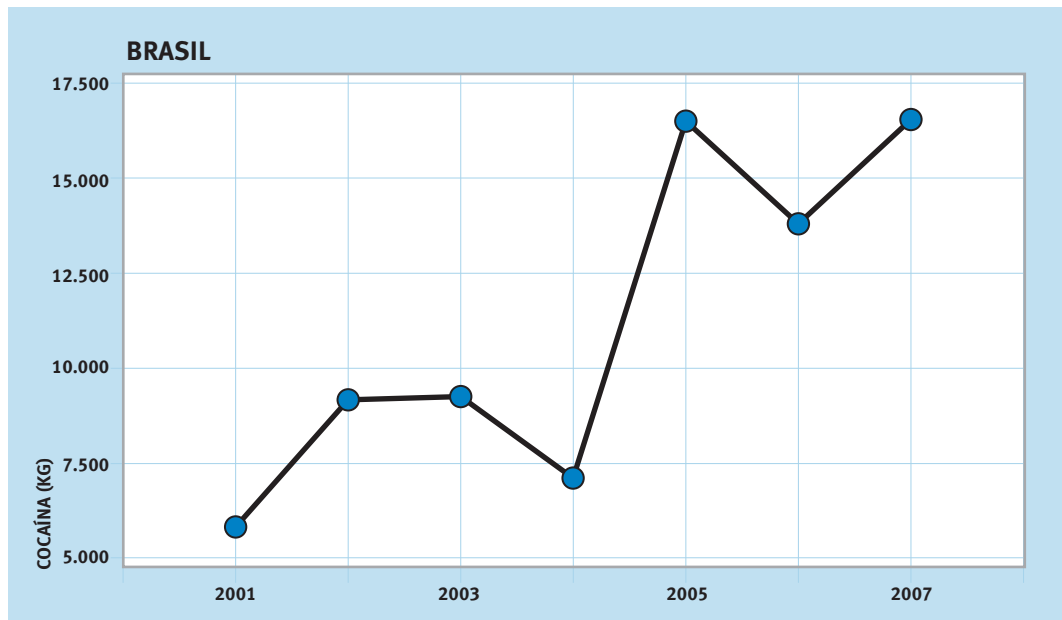


Gráfico 12.2.
Evolução das apreensões de cocaína (kg).
Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

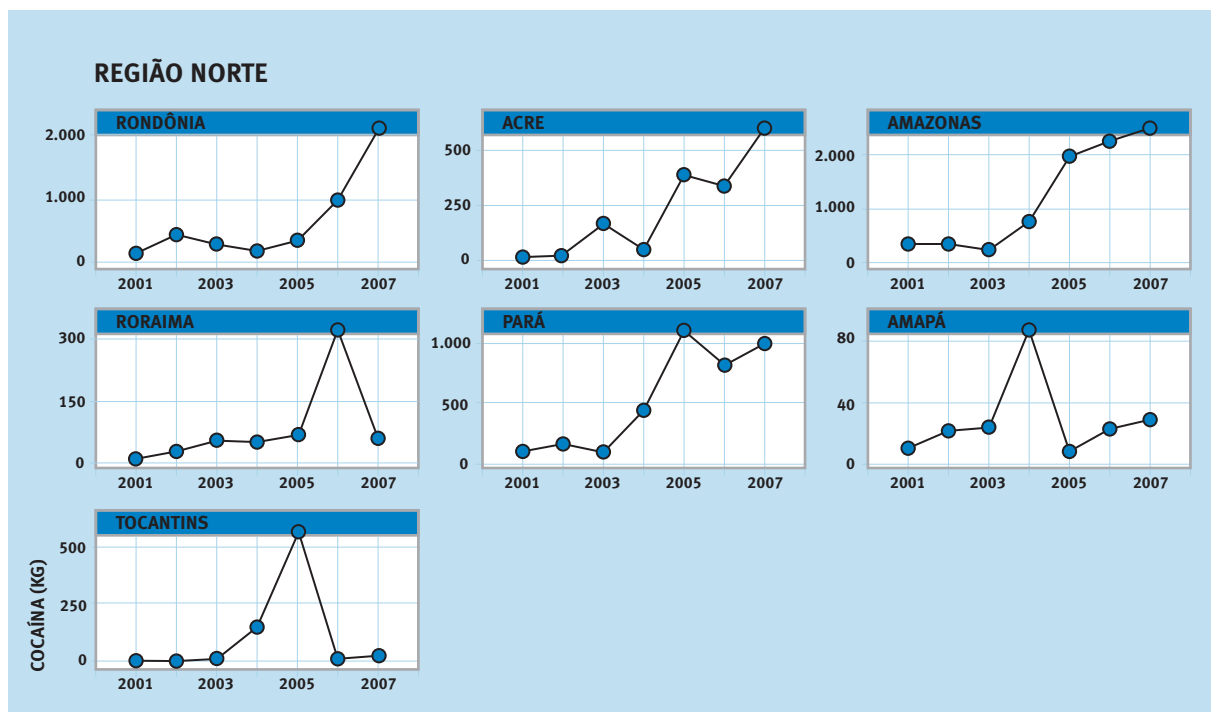


Gráfico 12.3.
Evolução das apreensões de cocaína (kg).
Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

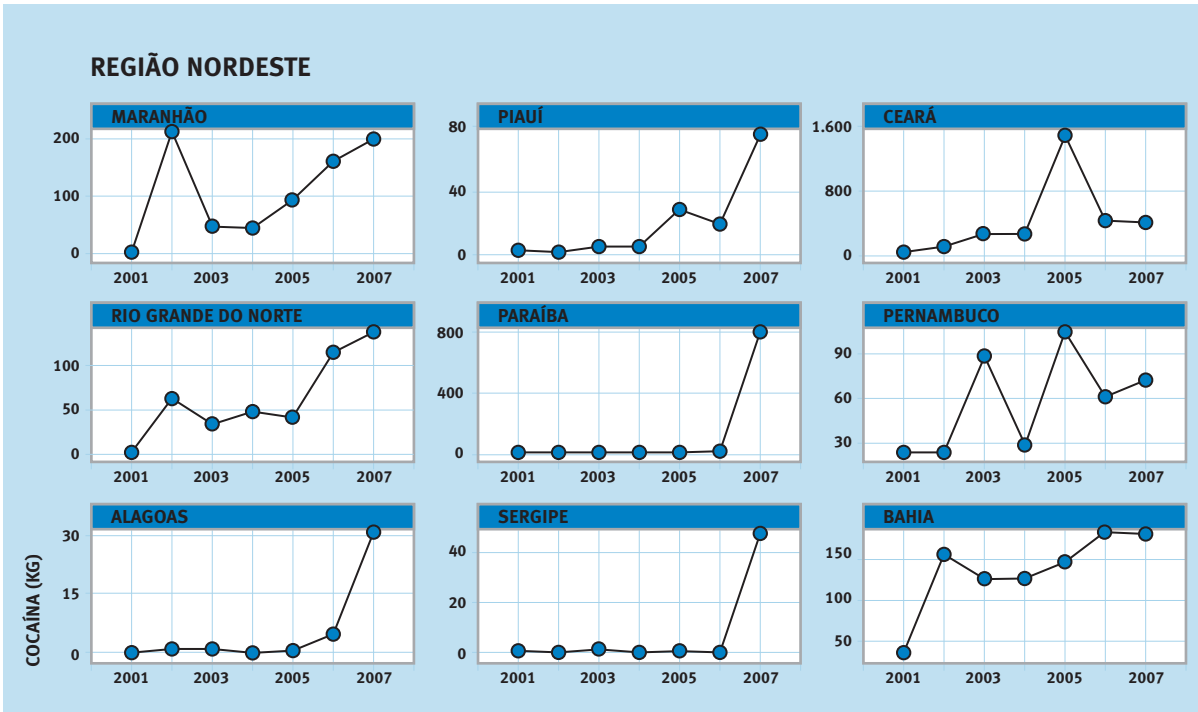


Gráfico 12.4.
Evolução das apreensões de cocaína (kg).
Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

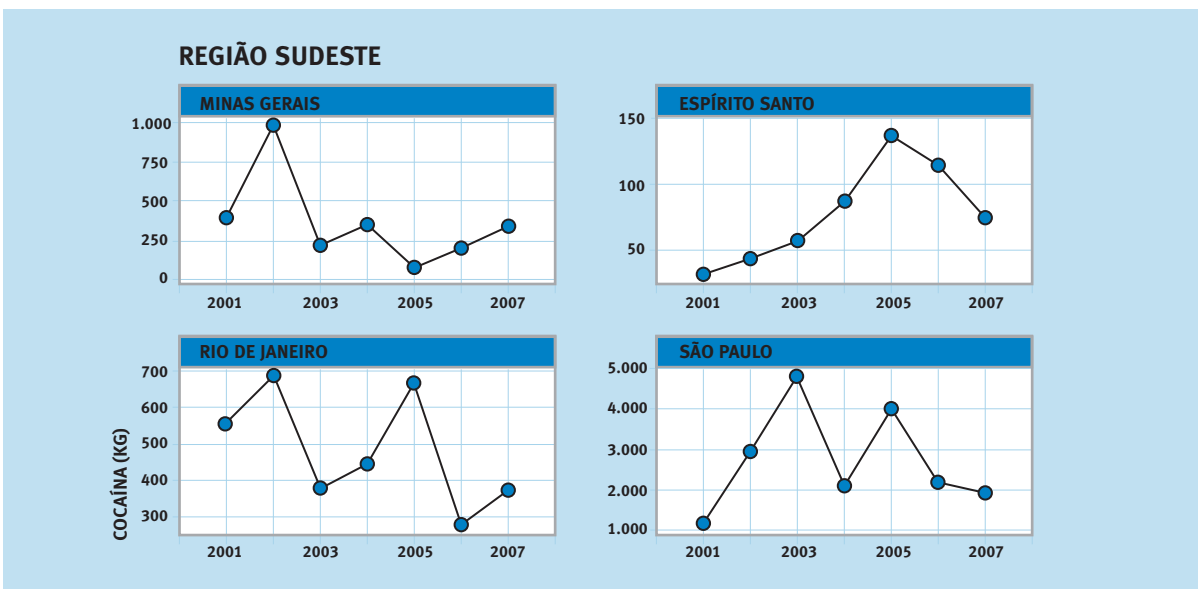


Gráfico 12.5.
Evolução das apreensões de cocaína (kg).
Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

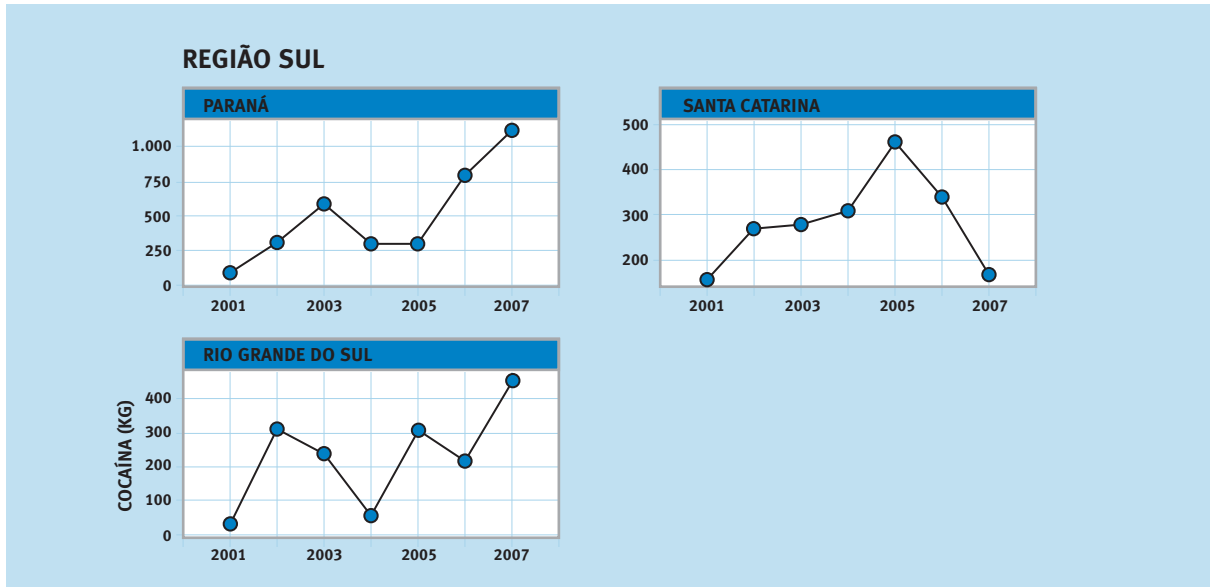
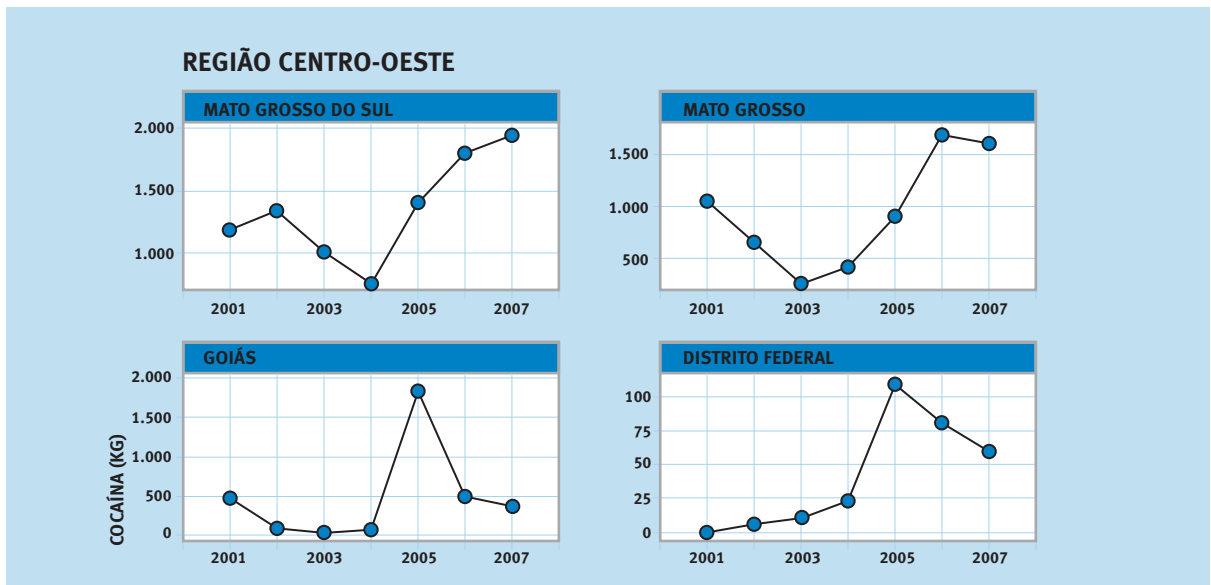


Gráfico 12.6.
Evolução das apreensões de cocaína (kg).
Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



Crack

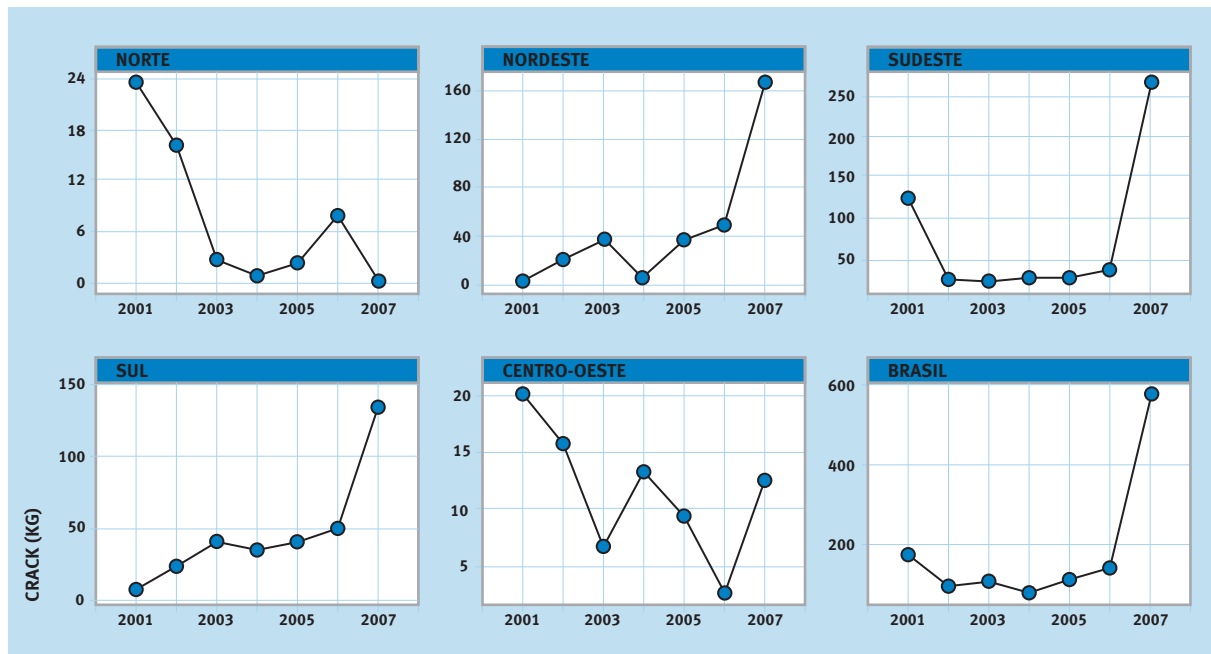
As apreensões de *crack* são apresentadas na Tabela 12.2. O Gráfico 12.7 auxilia a visualização das tendências das apreensões no período. No Brasil, observou-se um aumento acentuado na apreensão de *crack* no ano de 2007. Este aumento ocorreu em todas as regiões, exceto a Norte. Houve tendência de aumento nas Regiões Nordeste e Sul e de decréscimo nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Na Região Sudeste, a apreensão diminuiu em 2002, mantendo-se aproximadamente constante até 2006 e registrando um brusco aumento em 2007.

Tabela 12.2.
Apreensões de *crack* (kg). Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	2,9	16,0	-	-	2,1	-	-	21,0
Acre	20,8	-	-	-	-	-	-	20,8
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Roraima	-	-	-	-	-	4,1	-	4,1
Pará	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Amapá	-	-	1,0	-	-	-	0,1	1,0
Tocantins	-	0,1	1,7	0,9	0,2	3,9	0,0	6,7
Região Norte	23,7	16,1	2,7	0,9	2,3	8,0	0,1	53,6
Maranhão	0,2	0,0	20,9	-	-	5,9	-	27,0
Piauí	-	-	0,1	-	-	6,5	7,3	13,8
Ceará	-	-	-	-	3,1	8,3	77,7	89,0
Rio Grande do Norte	-	5,0	0,0	4,6	29,2	1,2	19,5	59,5
Paraíba	-	0,4	0,4	0,5	0,4	14,1	34,5	50,3
Pernambuco	0,1	1,4	12,5	0,0	1,4	5,9	25,2	46,6
Alagoas	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5
Sergipe	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0
Bahia	2,0	12,8	2,0	0,0	1,6	6,4	2,3	27,1
Região Nordeste	2,3	19,6	35,9	5,1	35,7	48,3	167,0	313,8
Minas Gerais	122,1	12,0	21,6	4,2	15,7	17,3	6,6	199,4
Espírito Santo	0,2	1,5	-	8,4	0,4	13,2	23,1	46,9
Rio de Janeiro	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0
São Paulo	1,0	9,8	1,0	14,2	9,5	5,8	237,2	278,5
Região Sudeste	123,3	23,3	22,6	26,8	25,6	36,3	266,9	524,8
Paraná	2,1	1,0	3,1	28,3	8,7	33,3	120,0	196,5
Santa Catarina	5,0	12,5	16,0	1,8	22,3	12,6	10,9	81,0
Rio Grande do Sul	0,6	10,0	21,9	5,9	9,8	4,4	3,4	55,9
Região Sul	7,7	23,5	41,0	36,0	40,8	50,3	134,3	333,4
Mato Grosso do Sul	4,0	1,0	6,7	7,6	8,8	2,7	12,5	43,3
Mato Grosso	16,3	14,8	-	0,4	-	-	-	31,5
Goiás	-	-	-	5,4	0,6	-	-	6,0
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Região Centro-Oeste	20,3	15,8	6,7	13,4	9,4	2,7	12,5	80,8
Brasil	177,3	98,3	108,9	82,2	113,8	145,6	580,8	1.306,4

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Gráfico 12.7.
Evolução das apreensões de *crack* (kg).
Brasil e Regiões, 2001 a 2007.



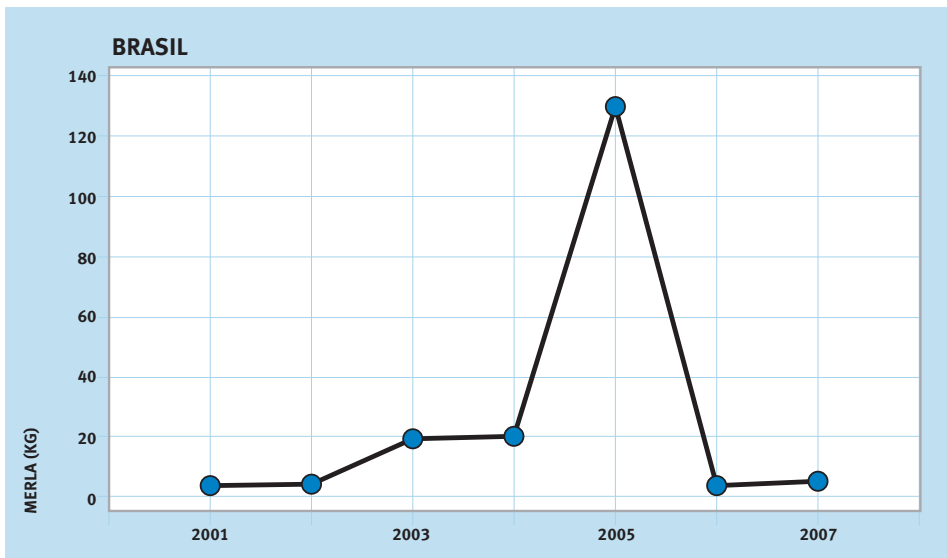
A avaliação da tendência no tempo mostrou haver tendência de aumento das apreensões de *crack* nas Regiões Nordeste ($p=0,050$) e Sul ($p=0,023$). Não há tendência nas apreensões no Brasil como um todo ($p=0,180$) e nas Regiões Norte ($p=0,052$), Sudeste ($p=0,393$) e Centro-Oeste ($p=0,139$).

Merla

Em todo o período de 2001 a 2007, a droga foi apreendida em Goiás, sendo apreendidas, em kg, as quantidades de 3,2 em 2001; 4,7 em 2002; 19,7 em 2003; 14,6 em 2004; 29,3 em 2005; 3,2 em 2006 e 1,3 em 2007. Em 2005 foram feitas as maiores apreensões, que ocorreram, além de Goiás, no estado do Maranhão (42,2 kg) e no Distrito Federal (58,1 kg).

As apreensões de merla (kg) no período de 2001 a 2007 estão representadas no Gráfico 12.8 e foram de 3,8 em 2001; 4,7 em 2002; 19,8 em 2003; 20,0 em 2004; 129,8 em 2005; 3,9 em 2006 e 5,7 em 2007, totalizando 187,7 kg no período. Não há tendência nas apreensões de merla no período de 2001 a 2007 ($p=0,681$).

Gráfico 12.8.
Evolução das apreensões de merla (kg).
Brasil, 2001 a 2007.



Pasta base

Observa-se, na Tabela 12.3, que as apreensões de pasta base ocorreram predominantemente na Região Norte, nos estados do Acre, Amazonas e Pará. Destaca-se também a apreensão feita em 2007 no Espírito Santo. Nota-se que as apreensões feitas em 2007 são superiores às dos outros anos em todas as regiões, exceto na Região Sul.

No Gráfico 12.9, são representadas as apreensões feitas no Brasil no período de 2001 a 2007. Não há tendência nas apreensões de pasta base no período de 2001 a 2007 ($p=0,077$).

Gráfico 12.9.
Evolução das apreensões de pasta base (kg).
Brasil, 2001 a 2007.

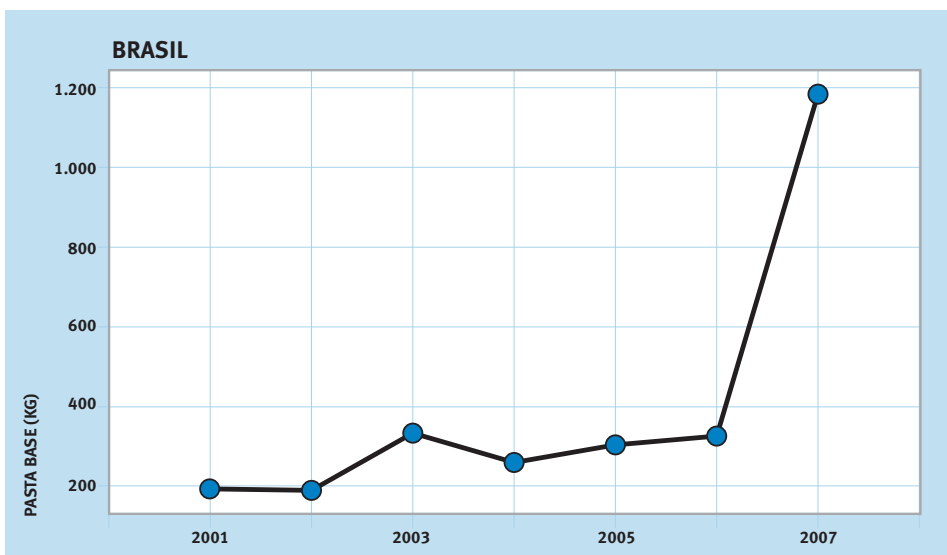


Tabela 12.3.

Apreensões de pasta base (kg). Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	-	-	-	-	1,0	-	27,0	28,0
Acre	145,2	72,4	93,1	97,6	81,3	28,2	127,9	645,7
Amazonas	16,2	68,4	185,9	62,5	53,8	23,6	240,5	650,9
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Pará	14,3	11,8	23,5	23,1	71,1	61,8	65,1	270,7
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Região Norte	175,7	152,6	302,5	183,2	207,2	113,6	460,5	1.595,3
Maranhão	0,0	7,7	-	-	-	-	18,0	25,7
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Ceará	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Rio Grande do Norte	-	6,2	-	9,9	-	8,1	10,6	34,7
Paraíba	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Pernambuco	-	-	-	1,1	-	12,9	4,7	18,6
Alagoas	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Bahia	-	-	14,0	-	-	1,5	184,0	199,6
Região Nordeste	0,0	13,9	14,0	11,0	0,0	22,5	217,3	278,6
Minas Gerais	-	-	1,4	-	0,7	0,0	69,8	71,9
Espírito Santo	-	-	-	2,2	-	42,4	290,7	335,3
Rio de Janeiro	-	-	-	-	0,5	-	16,0	16,5
São Paulo	7,9	-	-	14,2	-	6,7	-	28,8
Região Sudeste	7,9	0,0	1,4	16,4	1,2	49,1	376,5	452,5
Paraná	-	12,2	0,4	-	1,6	111,9	5,3	131,5
Santa Catarina	-	-	-	9,3	-	-	-	9,3
Rio Grande do Sul	-	-	3,0	-	-	0,5	-	3,5
Região Sul	0,0	12,2	3,4	9,3	1,6	112,4	5,3	144,3
Mato Grosso do Sul	-	0,1	0,2	11,1	5,8	4,3	66,8	88,3
Mato Grosso	7,9	9,8	9,3	25,6	66,0	19,0	52,9	190,3
Goiás	-	-	-	3,1	20,7	1,9	5,0	30,7
Distrito Federal	-	-	-	-	-	-	-	0,0
Região Centro-Oeste	7,9	9,9	9,5	39,8	92,5	25,2	124,7	309,3
Brasil	191,5	188,6	330,8	259,7	302,5	322,8	1.184,3	2.780,0

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Maconha

As apreensões de maconha são apresentadas na Tabela 12.4. e no Gráfico 12.10. Observa-se que, no Brasil, as apreensões de maconha em 2001 foram inferiores às dos outros anos. Em todos os anos, as maiores apreensões ocorreram na Região Centro-Oeste. A análise da tendência mostrou que, no Brasil como um todo, não ocorre tendência nas apreensões de maconha no período de 2001 a 2007 ($p=0,255$).

Tabela 12.4.
Apreensões de maconha (kg).
Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	8,9	58,3	15,4	2,1	58,3	69,5	141,5	354,0
Acre	0,0	54,5	20,3	6,1	0,2	0,1	59,6	140,8
Amazonas	2,1	4,9	10,4	0,3	51,5	2,0	10,8	82,0
Roraima	10,5	46,1	3,5	12,7	0,0	3,4	4,3	80,5
Pará	240,8	1,6	73,4	11,7	31,9	23,8	26,1	409,3
Amapá	7,1	18,8	0,7	13,4	0,9	-	0,5	41,4
Tocantins	0,1	320,2	19,0	6,9	71,4	39,2	14,2	471,0
Região Norte	269,5	504,4	142,7	53,2	214,2	138,0	257,0	1.579,0
Maranhão	93,4	464,0	902,9	339,3	642,2	255,2	548,4	3.245,5
Piauí	206,1	330,7	665,1	270,5	504,3	1.708,1	767,8	4.452,6
Ceará	95,1	1.523,4	474,7	481,9	976,7	536,3	600,1	4.688,2
Rio Grande do Norte	479,6	434,6	1.079,3	1.020,4	188,5	606,2	900,5	4.709,1
Paraíba	101,0	398,6	560,6	166,9	205,7	254,6	527,6	2.215,0
Pernambuco	537,9	3.029,7	2.422,3	1.952,5	2.436,5	3.493,8	3.262,5	17.135,2
Alagoas	302,4	442,8	527,9	223,7	5.003,7	30,1	141,7	6.672,3
Sergipe	14,8	234,0	389,0	351,1	212,3	211,2	238,1	1.650,7
Bahia	7.993,5	1.098,0	1.780,6	1.666,7	4.325,9	2.528,6	1.841,2	21.234,5
Região Nordeste	9.823,8	7.955,8	8.802,4	6.473,0	14.495,8	9.624,1	8.827,9	66.002,8
Minas Gerais	1.090,9	2.953,3	4.870,4	3.816,2	511,8	7.609,7	25.896,8	46.749,1
Espírito Santo	7,3	532,2	1.781,1	4.339,0	657,0	1.447,2	3.728,1	12.491,9
Rio de Janeiro	13.244,1	12.142,2	10.214,8	3.474,3	1.171,5	1.220,8	272,4	41.740,1
São Paulo	3.563,0	33.897,4	34.191,2	21.967,8	15.298,1	39.418,4	26.341,6	174.677,5
Região Sudeste	17.905,3	49.525,1	51.057,5	33.597,3	17.638,4	49.696,1	56.238,9	275.658,6
Paraná	6.966,9	27.817,1	33.576,2	46.411,7	45.425,5	50.402,8	58.203,2	268.803,4
Santa Catarina	991,1	1.778,1	3.533,4	832,0	2.610,9	1.221,6	1.551,5	12.518,6
Rio Grande do Sul	1.363,7	1.810,0	4.213,5	1.159,3	2.373,5	1.289,7	674,7	12.884,4
Região Sul	9.321,7	31.405,2	41.323,1	48.403,0	50.409,9	52.914,1	60.429,4	294.206,4
Mato Grosso do Sul	64.759,9	98.848,1	66.537,8	70.925,7	57.648,2	50.940,5	66.110,9	475.771,1
Mato Grosso	224,7	424,7	92,0	30,2	217,9	549,8	1.389,4	2.928,7
Goiás	1.951,5	2.287,8	1.222,0	537,4	1.446,2	2.505,5	2.261,0	12.211,4
Distrito Federal	494,9	416,6	167,2	172,8	348,3	391,1	-	1.990,9
Região Centro-Oeste	67.431,0	101.977,2	68.019,0	71.666,1	59.660,6	54.386,9	69.761,3	492.902,1
Brasil	104.751,3	191.367,7	169.344,7	160.192,6	142.418,9	166.759,2	195.514,5	1.130.348,9

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

A evolução das apreensões de maconha no tempo, em cada unidade federativa, é ilustrada nos Gráficos 12.11 a 12.15. A avaliação da tendência no tempo mostrou haver tendência de aumento das apreensões de maconha no Paraná ($p=0,001$); e de queda, no Rio de Janeiro ($p=0,001$). As apreensões de maconha não apresentaram tendência no tempo nos demais estados: Rondônia ($p=0,058$), Acre ($p=0,754$), Amazonas ($p=0,570$), Roraima ($p=0,229$), Pará ($p=0,161$), Amapá ($p=0,293$), Tocantins ($p=0,490$), Maranhão ($p=0,670$), Piauí ($p=0,122$), Ceará ($p=0,988$), Rio Grande do Norte ($p=0,724$), Paraíba ($p=0,555$), Pernambuco ($p=0,078$), Alagoas ($p=0,771$), Sergipe ($p=0,532$), Bahia ($p=0,353$), Minas Gerais ($p=0,083$), Espírito Santo ($p=0,197$), São Paulo ($p=0,409$), Santa Catarina ($p=0,952$), Rio Grande do Sul ($p=0,477$), Mato Grosso do Sul ($p=0,239$), Mato Grosso ($p=0,120$), Goiás ($p=0,710$) e Distrito Federal ($p=0,582$).

Gráfico 12.10.
Evolução das apreensões de maconha (kg). Brasil, 2001 a 2007.

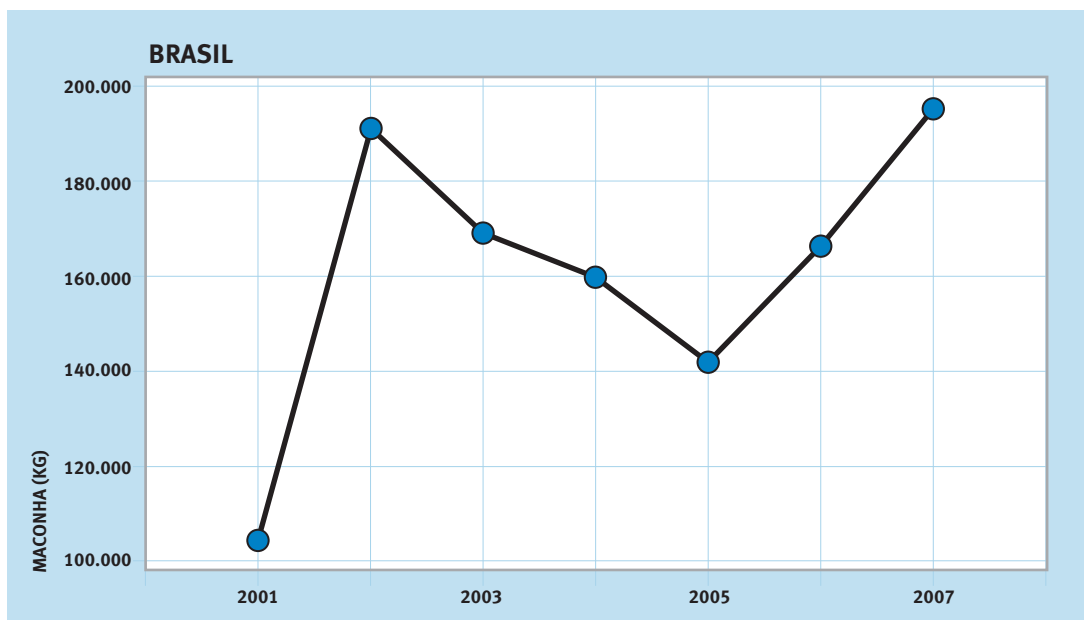


Gráfico 12.11.
Evolução das apreensões de maconha (kg). Estados da Região Norte, 2001 a 2007.

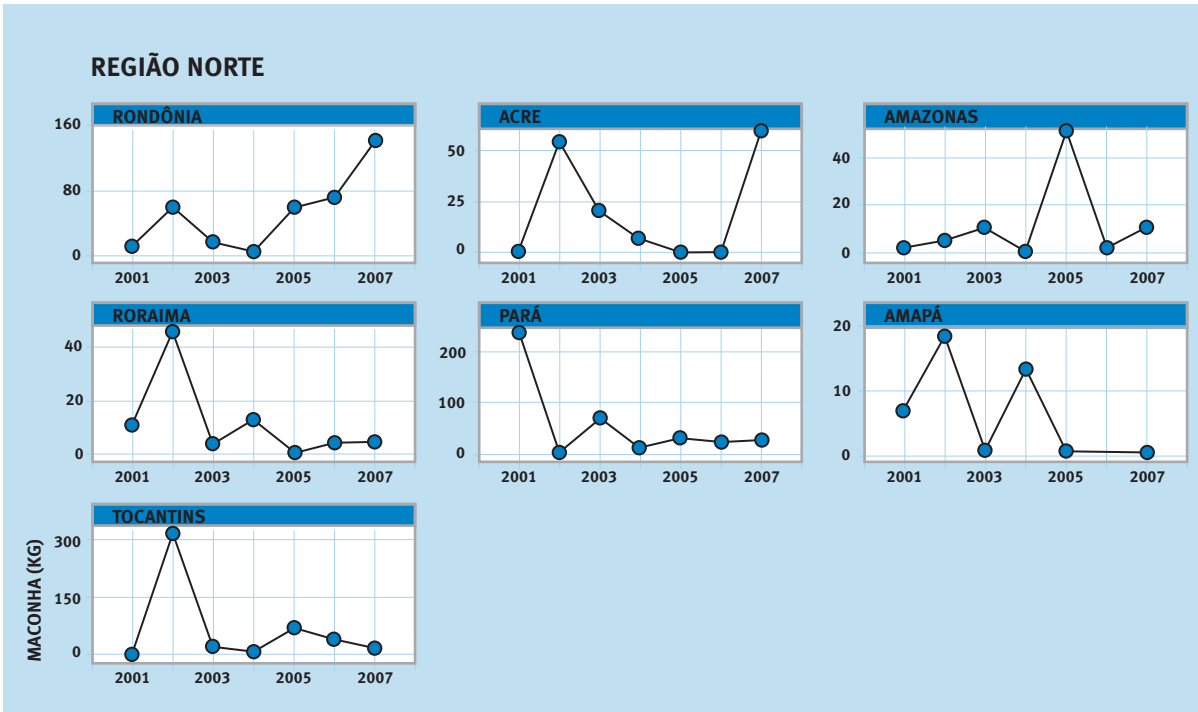


Gráfico 12.12.
Evolução das apreensões de maconha (kg). Estados da Região Nordeste, 2001 a 2007.

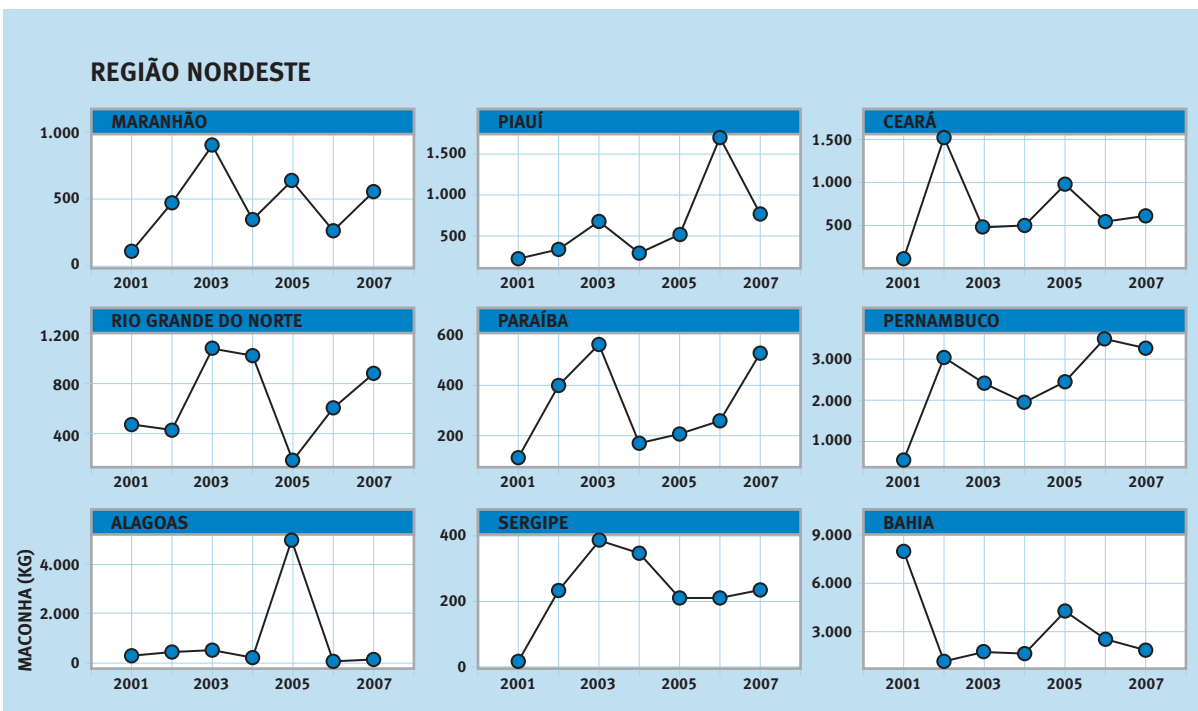


Gráfico 12.13.
Evolução das apreensões de maconha (kg). Estados da Região Sudeste, 2001 a 2007.

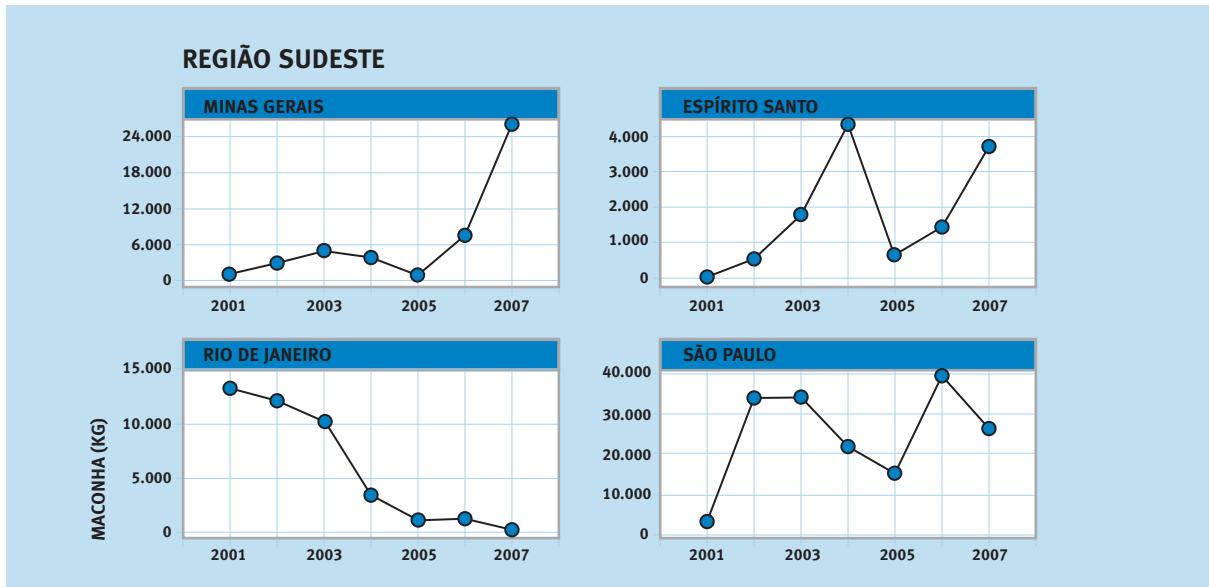


Gráfico 12.14.
Evolução das apreensões de maconha (kg). Estados da Região Sul, 2001 a 2007.

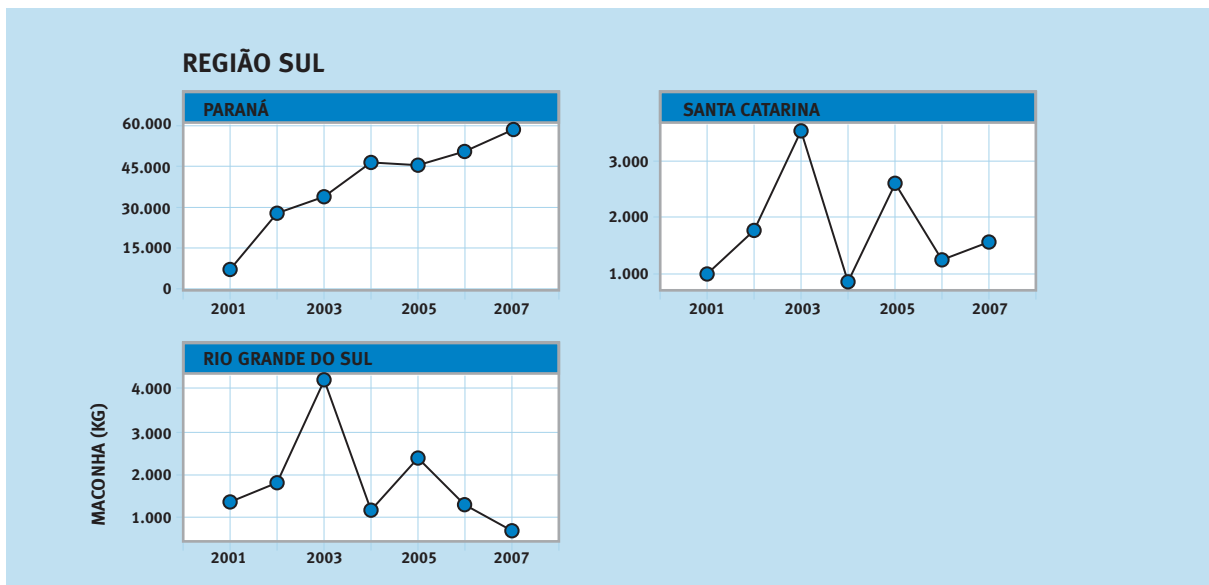
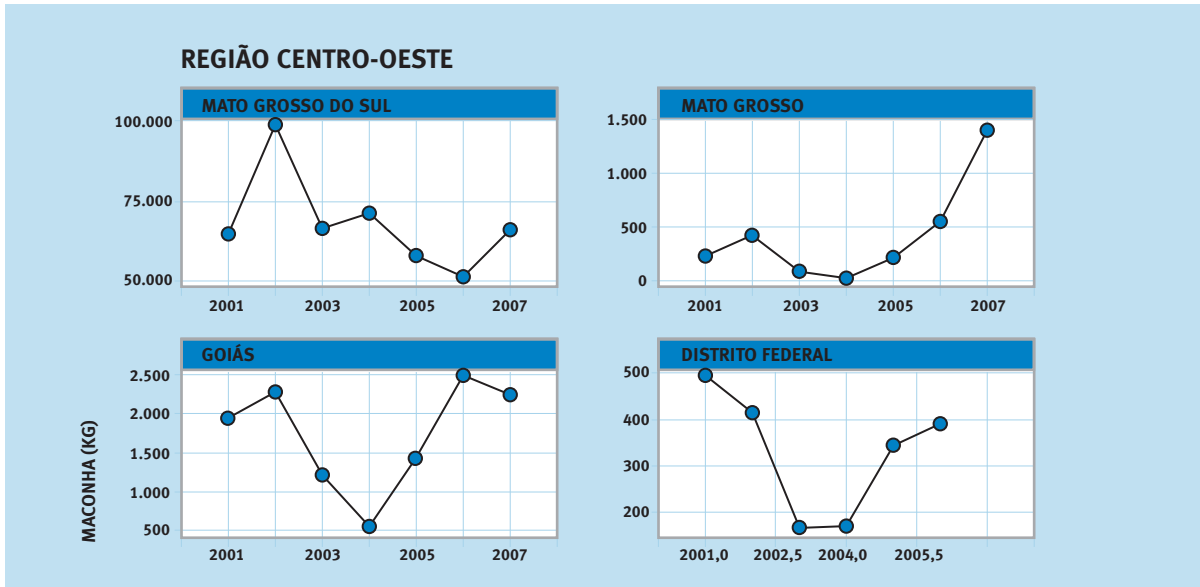


Gráfico 12.15.
Evolução das apreensões de maconha (kg). Estados da Região Centro-Oeste, 2001 a 2007.



Haxixe

As apreensões de haxixe (kg) foram de 33,5 em 2001; 33,5 em 2002; 58,8 em 2003; 90,3 em 2004; 94,0 em 2005; 95,7 em 2006 e 156,8 em 2007, totalizando 562,6 kg no período. Nota-se, portanto, tendência de aumento das apreensões de haxixe no Brasil ($p=0,001$).

Skank

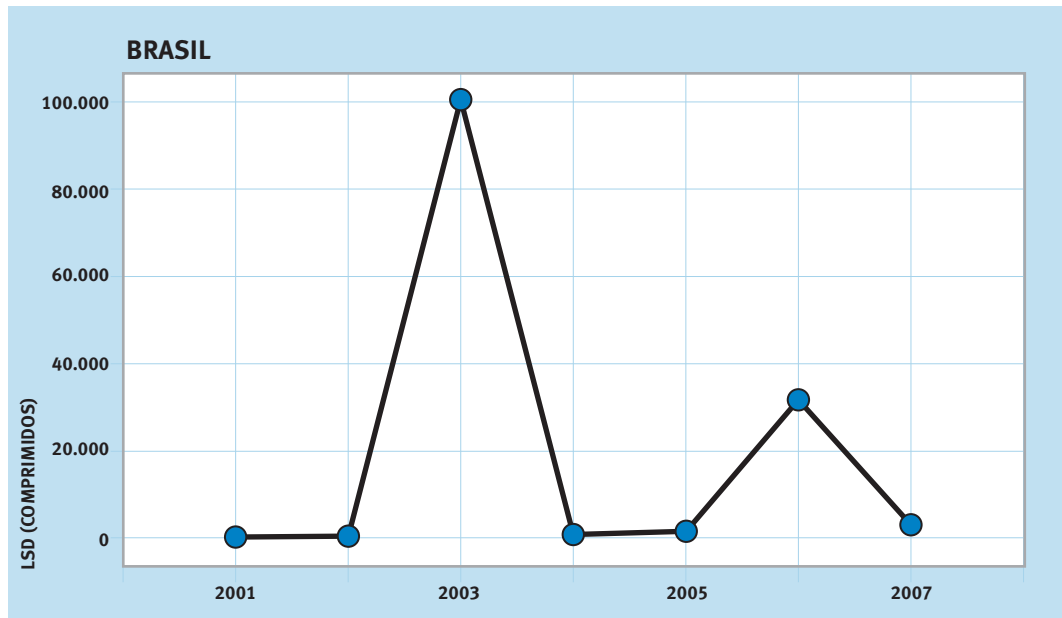
Houve apenas três apreensões de skank no período de 2001 a 2007. A primeira ocorreu em 2003 no Distrito Federal, quando foi apreendido 0,5 kg; a segunda, em 2004 no Rio de Janeiro, sendo apreendido 1 kg; e a terceira, em 2006 em Santa Catarina, quando foi apreendido 0,4 kg.

LSD

Na apreensão de comprimidos de LSD no Brasil, destaca-se o ano de 2003, com números bastante superiores à dos demais anos. As apreensões totalizaram, em comprimidos, 231 em 2002; 100.766 em 2003; 718 em 2004; 1.325 em 2005; 31.689 em 2006 e 3.076 em 2007. Esses números podem ser visualizados no Gráfico 12.16 e não mostram tendência no período analisado ($p=0,905$).

Gráfico 12.16.

Evolução das apreensões de LSD (comprimidos). Brasil, 2001 a 2007.



Ecstasy

Na Tabela 12.5 são encontradas as apreensões de ecstasy de 2001 a 2007. No Brasil foi observado um aumento acentuado na apreensão de comprimidos de ecstasy no ano de 2007. Analisando as regiões, tem-se que as apreensões de ecstasy ocorrem de forma bastante esparsa. Somente nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste ocorreram apreensões em todo o período de 2002 a 2007. Destacam-se as apreensões em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Santa Catarina.

No Gráfico 12.17 estão representadas as apreensões de ecstasy no Brasil de 2001 a 2007. Não há tendência nas apreensões de ecstasy no período de 2001 a 2007 ($p=0,115$).

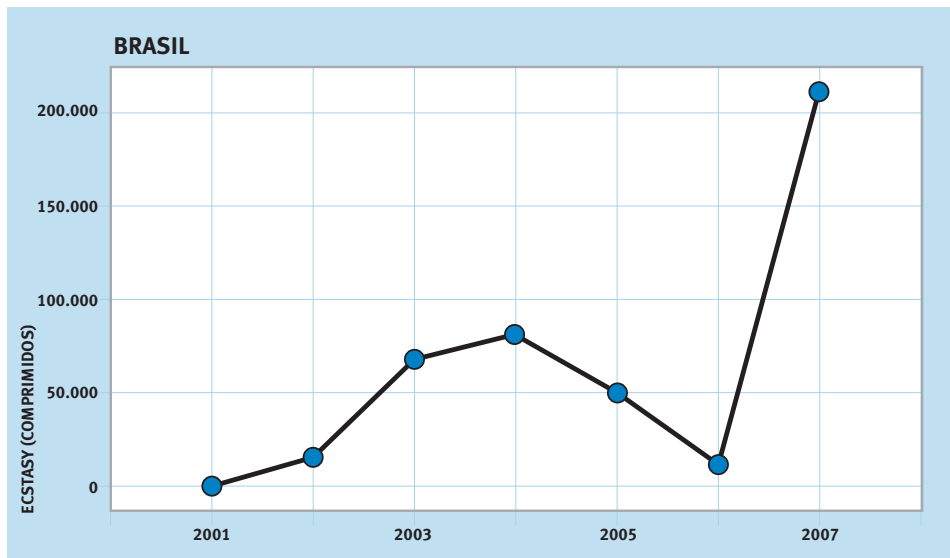
Tabela 12.5.
Apreensões de ecstasy (comprimidos). Brasil, Regiões
e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	-	-	-	-	-	-	-	-
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-
Roraima	-	-	-	-	-	-	-	-
Pará	-	-	10.879	-	-	2.421	11.300	24.600
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	-
Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	-
Região Norte	-	-	10.879	-	-	2.421	11.300	24.600
Maranhão	-	-	4.000	-	-	65	-	4.065
Piauí	-	-	-	-	-	-	-	-
Ceará	-	-	-	-	1	-	76	77
Rio Grande do Norte	-	-	-	57.000	1.947	-	20.601	79.548
Paraíba	-	-	-	-	428	-	-	428
Pernambuco	-	-	-	120	-	-	-	120
Alagoas	-	-	-	-	-	-	-	-
Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahia	-	-	-	-	-	-	-	-
Região Nordeste	-	-	4.000	57.120	2.376	65	20.677	84.238
Minas Gerais	-	14	-	6	1.000	-	5.055	6.075
Espírito Santo	-	-	-	-	2.545	188	1.854	4.587
Rio de Janeiro	-	1.192	50.575	15.189	31.019	481	-	98.456
São Paulo	-	10.001	105	120	1	6.540	128.722	145.489
Região Sudeste	-	11.207	50.680	15.315	34.565	7.209	135.631	254.607
Paraná	-	-	24	-	-	189	5.803	6.016
Santa Catarina	-	4.291	60	7.624	9.959	1.664	37.014	60.612
Rio Grande do Sul	-	-	-	-	-	-	74	74
Região Sul	-	4.291	84	7.624	9.959	1.853	42.891	66.702
Mato Grosso do Sul	-	-	47	-	702	-	-	749
Mato Grosso	-	306	124	-	-	100	449	979
Goíás	-	-	-	72	2.338	-	-	2.410
Distrito Federal	-	-	2.080	845	-	-	-	2.925
Região Centro-Oeste	-	306	2.251	917	3.040	100	449	7.063
Brasil	-	15.804	67.894	80.976	49.940	11.648	210.948	437.210

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Gráfico 12.17.

Evolução das apreensões de ecstasy (comprimidos).Brasil, 2001 a 2007.



GHB

Ocorreu apreensão de GHB somente no ano de 2005, no Espírito Santo. A apreensão foi de 0,2 l.

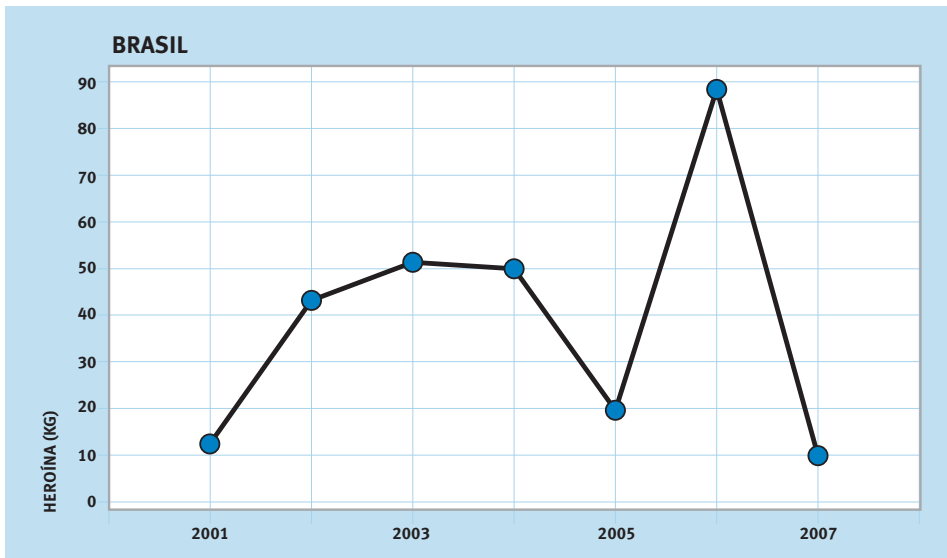
Morfina

Houve apenas três apreensões de morfina no período de 2001 a 2007. Ocorreram em 2001 e 2003 no estado do Rio de Janeiro, quando foram apreendidos, respectivamente, 1,9 kg e 1,4 kg da droga; e em 2007, no Paraná, sendo então apreendidos 72,4 kg.

Heroína

As apreensões anuais de heroína no Brasil, em kg, foram de 12,6 em 2001; 43,4 em 2002; 51,4 em 2003; 50,1 em 2004; 19,7 em 2005; 88,4 em 2006 e 10,1 em 2007, não caracterizando tendência no período ($p=0,763$). As apreensões ocorreram em apenas algumas unidades federativas, destacando-se Amazonas, Roraima, Rio de Janeiro e São Paulo. As apreensões anuais no Brasil estão representadas no Gráfico 12.18.

Gráfico 12.18.
Evolução das apreensões de heroína (kg). Brasil, 2001 a 2007.



Lança-perfume

Na Tabela 12.6, observa-se que, no Brasil, destacam-se as apreensões de lança-perfume nos anos de 2004 e 2005. Em 2007 foram apreendidas menos unidades que nos outros anos. As apreensões ocorreram predominantemente nas Regiões Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

As apreensões de lança-perfume no Brasil no período de 2001 a 2007 estão representadas no Gráfico 12.19, não mostrando tendência no período ($p=0,982$).

Gráfico 12.19.
Evolução das apreensões de lança-perfume (unidades). Brasil, 2001 a 2007.

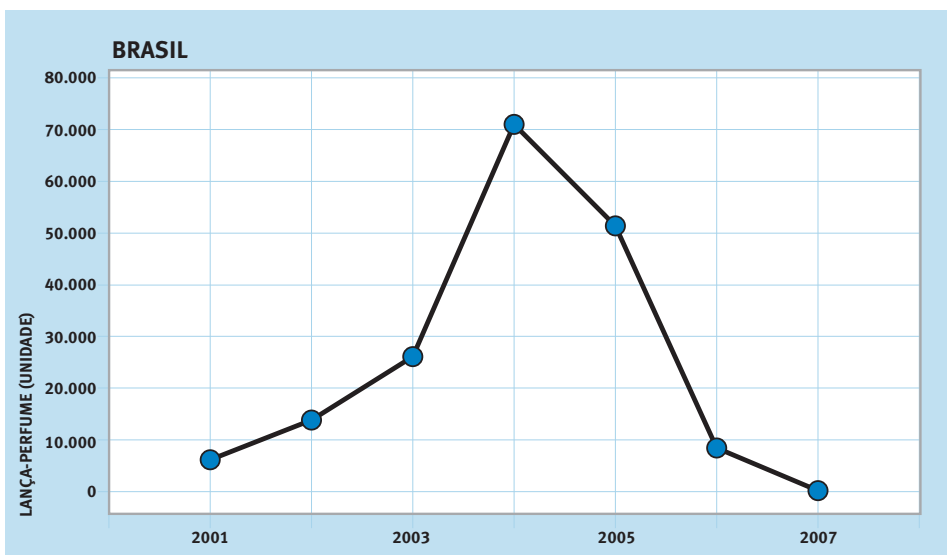


Tabela 12.6.
Apreensões de lança-perfume (unidades). Brasil, Regiões e Unidades Federativas, 2001 a 2007.

Região e UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	-	-	-	-	36	-	-	36
Acre	-	-	-	-	-	-	-	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	0
Roraima	-	-	5	95	-	-	-	100
Pará	-	-	-	12	-	-	-	12
Amapá	-	-	-	-	-	-	-	0
Tocantins	49	33	105	-	-	-	-	187
Região Norte	49	33	110	107	36	0	0	335
Maranhão	-	-	-	451	-	-	-	451
Piauí	-	1.702	-	-	-	-	-	1.702
Ceará	2	25	13	6	-	-	-	46
Rio Grande do Norte	-	-	418	-	132	-	37	587
Paraíba	-	-	-	6	-	-	-	6
Pernambuco	240	1.967	444	357	-	-	-	3.008
Alagoas	-	252	480	-	-	-	-	732
Sergipe	-	73	477	-	-	-	-	550
Bahia	1.260	120	10	-	7	-	-	1.397
Região Nordeste	1.502	4.139	1.842	820	139	0	37	8.479
Minas Gerais	-	1.396	-	-	819	-	12	2.227
Espírito Santo	12	-	-	636	-	3	-	651
Rio de Janeiro	-	-	714	764	816	-	-	2.294
São Paulo	34	129	2.594	9.992	1.186	1.260	-	15.195
Região Sudeste	46	1.525	3.308	11.392	2.821	1.263	12	20.367
Paraná	3.537	1.329	4.547	54.515	42.265	7.442	238	113.873
Santa Catarina	16	991	10.662	819	456	-	108	13.052
Rio Grande do Sul	573	771	4.256	607	4.388	-	-	10.595
Região Sul	4.126	3.091	19.465	55.941	47.109	7.442	346	137.520
Mato Grosso do Sul	-	57	-	96	204	62	-	419
Mato Grosso	732	26	-	-	-	1	-	759
Goiás	-	691	1.607	1.960	179	-	-	4.437
Distrito Federal	13	4.609	-	951	1.208	-	2	6.783
Região Centro-Oeste	745	5.383	1.607	3.007	1.591	63	2	12.398
Brasil	6.468	14.171	26.332	71.267	51.696	8.768	397	179.099

Fonte: Departamento de Polícia Federal.

Conclusões

1. A análise da evolução das apreensões no tempo mostrou que, no Brasil como um todo, há tendência de aumento das apreensões de cocaína. Nota-se que, com exceção da Região Sudeste, as apreensões apresentaram aumento no período, em particular nas Regiões Norte e Centro-Oeste.
2. São Paulo se destaca das demais unidades federativas, apresentando a maior quantidade apreendida de cocaína no período. Também se destacam: Mato Grosso do Sul, Amazonas, Mato Grosso, Rondônia, Pará, Paraná, Rio de Janeiro, Goiás, Ceará e Minas Gerais, com total de apreensões superior a 2.000 kg no período.
3. No Brasil, observou-se um aumento acentuado na apreensão de *crack* no ano de 2007. Este aumento ocorreu em todas as regiões, exceto a Norte. Houve tendência de aumento nas Regiões Nordeste e Sul e de decréscimo nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Na Região Sudeste, a apreensão diminuiu em 2002, mantendo-se aproximadamente constante até 2006 e registrando um brusco aumento em 2007.
4. A avaliação da tendência no tempo mostrou haver tendência de aumento das apreensões de *crack* nas Regiões Nordeste e Sul. Não há tendência nas apreensões no Brasil como um todo e nas Regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste.
5. As apreensões de merla (kg) no período de 2001 a 2007 ocorreram principalmente no estado de Goiás. No total, no Brasil, as apreensões foram de 3,8 em 2001; 4,7 em 2002; 19,8 em 2003; 20,0 em 2004; 129,8 em 2005; 3,9 em 2006 e 5,7 em 2007, totalizando 187,7 kg no período. Não há tendência nas apreensões de merla no período de 2001 a 2007.
6. As apreensões de pasta base ocorreram predominantemente na Região Norte, nos estados do Acre, Amazonas e Pará. Nota-se que as apreensões feitas em 2007 são superiores às dos outros anos em todas as regiões, exceto na Região Sul. Não há tendência nas apreensões de pasta base no período de 2001 a 2007.
7. Observa-se que, no Brasil, as apreensões de maconha, em todos os anos, ocorreram principalmente na Região Centro-Oeste. A análise da tendência mostrou que, no Brasil como um todo, não ocorre tendência nas apreensões de maconha no período de 2001 a 2007.
8. No Brasil foi observado um aumento acentuado na apreensão de comprimidos de ecstasy no ano de 2007. Analisando as regiões, tem-se que as apreensões de ecstasy ocorrem de forma bastante esparsa. Somente nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste ocorreram apreensões em todo o período de 2002 a 2007. Destacam-se as apreensões em São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Santa Catarina.

Valores arrecadados pelo Fundo Nacional Antidrogas por meio de bens apreendidos de traficantes

Breve Histórico

Fundo criado pela Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986, e regulamentado pelo Decreto nº 95.650, de 19 de janeiro de 1988, foi alterado pelas Leis nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993 e nº 9.804, de 30 de junho de 1999. Inicialmente, Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de Abuso – FUNCAB, passando à atual denominação por força da Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, que define a sua gestão à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Objetivo

O Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) foi estabelecido com o intuito de ser fonte complementar de recursos financeiros e materiais e um instrumento facilitador de que dispõe o Estado para apoiar a implementação, o desenvolvimento e a execução das ações, programas e atividades de repressão e de prevenção ao tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, de tratamento, de recuperação e reinserção social de dependentes químicos.

Generalidades

Conforme art. 2º da Lei nº 7.560/86, com as alterações já mencionadas, constituem-se recursos do FUNAD:

- I. dotações específicas estabelecidas no orçamento da União;
- II. doações de organismos ou entidades nacionais, internacionais ou estrangeiras, bem como de pessoas físicas ou jurídicas nacionais ou estrangeiras;
- III. recursos provenientes da alienação dos bens de que trata o art. 4º desta lei;
- IV. recursos provenientes de emolumentos e multas, arrecadados no controle e fiscalização de drogas e medicamentos controlados, bem como de produtos químicos utilizados no fabrico e transformação de drogas de abuso;

- V. recursos de outras origens, inclusive os provenientes de financiamentos externos e internos;
- VI. recursos oriundos do perdimento em favor da União dos bens, direitos e valores objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou drogas afins, previsto no inciso I do art. 1º da Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998.

Os recursos do FUNAD, de acordo com o disposto no art. 5º da Lei nº 7.560/86, com as alterações mencionadas, são destinados:

- I. aos programas de formação profissional sobre educação, prevenção, tratamento, recuperação, repressão, controle e fiscalização do uso e tráfico de drogas;
- II. aos programas de educação técnico-científica preventiva sobre o uso de drogas;
- III. aos programas de esclarecimento ao público, incluídas campanhas educativas e de ação comunitária;
- IV. às organizações que desenvolvem atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários;
- V. ao reaparelhamento e custeio das atividades de fiscalização, controle e repressão ao uso e tráfico ilícitos de drogas e produtos controlados;
- VI. ao pagamento das cotas de participação a que o Brasil esteja obrigado como membro de organismos internacionais ou regionais que se dediquem às questões de drogas;
- VII. aos custos de sua própria gestão e para o custeio de despesas decorrentes do cumprimento de atribuições da SENAD;
- VIII. ao pagamento do resgate dos certificados de emissão do Tesouro Nacional que caucionaram recursos transferidos para a conta do FUNAD;
- IX. ao custeio das despesas relativas ao cumprimento das atribuições e às ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras-COAF, no combate aos crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, previstos na Lei nº 9.613, de 1998, até o limite da disponibilidade da receita decorrente do inciso VI do art. 2º.

Parágrafo único. Observado o limite de quarenta por cento, e mediante convênios, serão destinados à Polícia Federal e às Polícias dos Estados e do Distrito Federal, responsáveis pela apreensão a que se refere o art. 4º, no mínimo vinte por cento dos recursos provenientes da alienação dos respectivos bens.

Captação e destinação de recursos

No exercício de sua competência, conforme enunciado pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e no cumprimento das atribuições institucionais que lhe são cometidas pelo Decreto nº 5.772, de 08 de maio de 2006, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas –SENAD (nova denominação dada pela Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008) mantém-se em permanente contato e realizando gestões junto aos órgãos do Poder Judiciário, do Minis-

tério Público a autoridades policiais, federais e estaduais, visando ao levantamento de informações e documentação sobre bens e valores apreendidos e relacionados a inquéritos e ações penais que versam sobre o crime de tráfico ilícito de drogas.

As informações recebidas dos órgãos acima citados são processadas e condensadas em arquivos físicos e em sistema de gestão e acompanhamento dos respectivos dados, decorrendo no planejamento, desenvolvimento e execução de ações de busca, levantamento e/ou emissão na posse de mencionados bens e valores, regularização dos ativos havidos e, ao final, a sua destinação in natura, para emprego direto nas ações e programas de redução da demanda e da oferta de drogas, ou a realização de venda, mediante leilões com depósito na conta do FUNAD do produto obtido.

A capitalização do FUNAD tem se mostrado quantitativamente crescente nos últimos exercícios fiscais, considerando-se a entrada de recursos originários da venda de bens, ou da apropriação de valores em espécie apreendidos e com definitivo perdimento declarado em favor da União.

Também, destacam-se os recursos provenientes das ações realizadas pela Polícia Federal na fiscalização e controle de empresas de fabricação, transporte e comercialização de medicamentos e produtos controlados, ou precursores da elaboração de drogas de abuso, cujos percentuais referentes a emolumentos e multas tiveram significativo acréscimo nominal ao final de 2001, com a Lei nº 10.357, de 27 de dezembro de 2001.

A alienação de bens, quando se tratar de venda, é realizada por procedimento administrativo licitatório (leilão), que engendra levantamento, desembaraço documental, avaliação, disponibilização do bem ao conhecimento do público interessado e demais formalidades impostas pela legislação em vigor. Esse procedimento é realizado diretamente pela SENAD, ou por órgãos aos quais seja delegada competência para tal mister, mediante convênios. O resultado financeiro obtido é depositado em favor do FUNAD.

Utilizando-se de Processos Administrativos de Gestão, a SENAD promove o apoio financeiro às atividades de redução da demanda e da oferta de drogas, ou articula, diretamente com órgãos e entidades as ações e apoio nesse sentido. Em todos os casos, seja utilizando recursos advindos de parcerias ou mediante emprego de recursos do FUNAD, são obedecidos os pressupostos da Política Nacional sobre Drogas nos eixos de atuação por ela definidos, quais sejam: o diagnóstico, a capacitação, a produção do conhecimento e o fortalecimento dos órgãos e entidades do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-SISNAD.

Parcerias com os Estados e/ou órgãos da Administração Estadual

Relativamente à venda de bens móveis com definitivo perdimento declarado em favor da União, ainda que as ações da SENAD tenham propiciado notável aumento de arrecadação de recursos ao FUNAD nos últimos exercícios, houve, como meta de objetivo estratégico definido, a proposição de sua descentralização mediante convênios, quando é delegada a competência aos estados para a realização de leilões, possibilitando o repasse de re-

cursos aos entes estaduais, para aplicação em projetos, programas e ações de interesse da PNAD (Política Nacional sobre Drogas).

Os principais objetivos desta proposta são:

- contribuição ao aumento da captação de recursos ao FUNAD;
- maior controle, convergência e transparência das informações sobre bens apreendidos em razão do crime de tráfico ilícito de drogas;
- maior celeridade à legitimação de recursos que foram obtidos ilicitamente, para emprego em favor da sociedade;
- resposta da Administração Pública à sociedade, mediante o exercício da sua competência, com ações proativas, complementares àquelas desenvolvidas pelos organismos policiares de repressão, do Ministério Público e do Poder Judiciário;
- implemento à capacidade de coordenação dos processos e gestão dos recursos pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em face de sua reduzida estrutura de recursos humanos e meios e, em contrapartida, a redução de custos operacionais, a agilização dos procedimentos administrativos e o fomento das atividades desenvolvidas pelos entes federados nas áreas de redução da demanda e da oferta de drogas.

Arrecadações do FUNAD

A Tabela 13.1 apresenta os totais de valores arrecadados pelo FUNAD entre os anos de 2003 e 2007 e suas fontes.

Tabela 13.1.
 Arrecadações do FUNAD.

Ano	Numerário	Tutela cautelar	Leilões	Medida Socio-educativa	Insumos químicos	Total
2003	867.478,10	98.006,13	883.387,73	0,00	19.547.994,35	21.396.866,31
2004	674.669,19	1.140.976,79	1.625.887,69	0,00	17.431.158,86	20.872.692,53
2005	2.537.974,42	22.065,97	1.214.717,83	0,00	17.654.680,28	21.429.438,50
2006	3.351.677,40	1.058.719,24	3.298.995,34	0,00	17.310.550,08	25.019.942,06
2007	3.226.396,10	2.002.199,87	2.843.924,24	10.212,64	15.238.729,93	23.321.462,78
Total	10.658.195,21	4.321.968,00	9.866.912,83	10.212,64	87.183.113,50	112.040.402,18

Fonte: FUNAD.

Observa-se que a principal fonte de recursos do FUNAD é a taxa de controle de insumos químicos precursores de substâncias psicoativas, seguida pelos numerários apreendidos pelas polícias estaduais e a Polícia Federal e, depois, pelos valores arrecadados em leilões.

Na Tabela 13.2 é apresentada a quantidade de leilões realizados entre os anos de 2003 e 2007, bem como os tipos de bens leiloados. Observa-se que os veículos são os bens que mais foram leiloados no período apresentado.

Tabela 13.2.
Leilão de bens do FUNAD.

Ano	Nº de Leilões	Bens Leiloados			
		Veículos	Aeronaves	Implementos Agrícolas	Eletroeletrônicos e outros bens
2003	4	87	12	0	14
2004	6	249	10	0	0
2005	7	371	5	0	0
2006	11	736	13	17	31
2007	10	580	4	0	13
Total	38	2.023	44	17	58

Fonte: FUNAD.

A Tabela 13.3 apresenta a quantidade e os tipos de bens que foram doados/cedidos ou indicados para custódia para instituições de Redução da Demanda, Oferta e dos Danos associados ao uso de drogas no Brasil.

Tabela 13.3.
Bens disponibilizados.

Doações / Cessões				Indicações para custódia			
Ano	Veículos	Aeronaves	Eletroeletrônico/ Diversos	Ano	Veículos	Aeronaves	Eletroeletrônico/ Diversos
2003	28	2	9	2003	0	0	0
2004	9	1	1	2004	101	1	38
2005	50	3	4	2005	129	2	102
2006	55	4	1	2006	228	2	31
2007	94	3	36	2007	126	1	67
Total	236	13	51	Total	584	6	238

Fonte: FUNAD.

A Tabela 13.4 apresenta as unidades da federação que formalizaram convênios com a SENAD e realizaram leilões dos bens apreendidos.

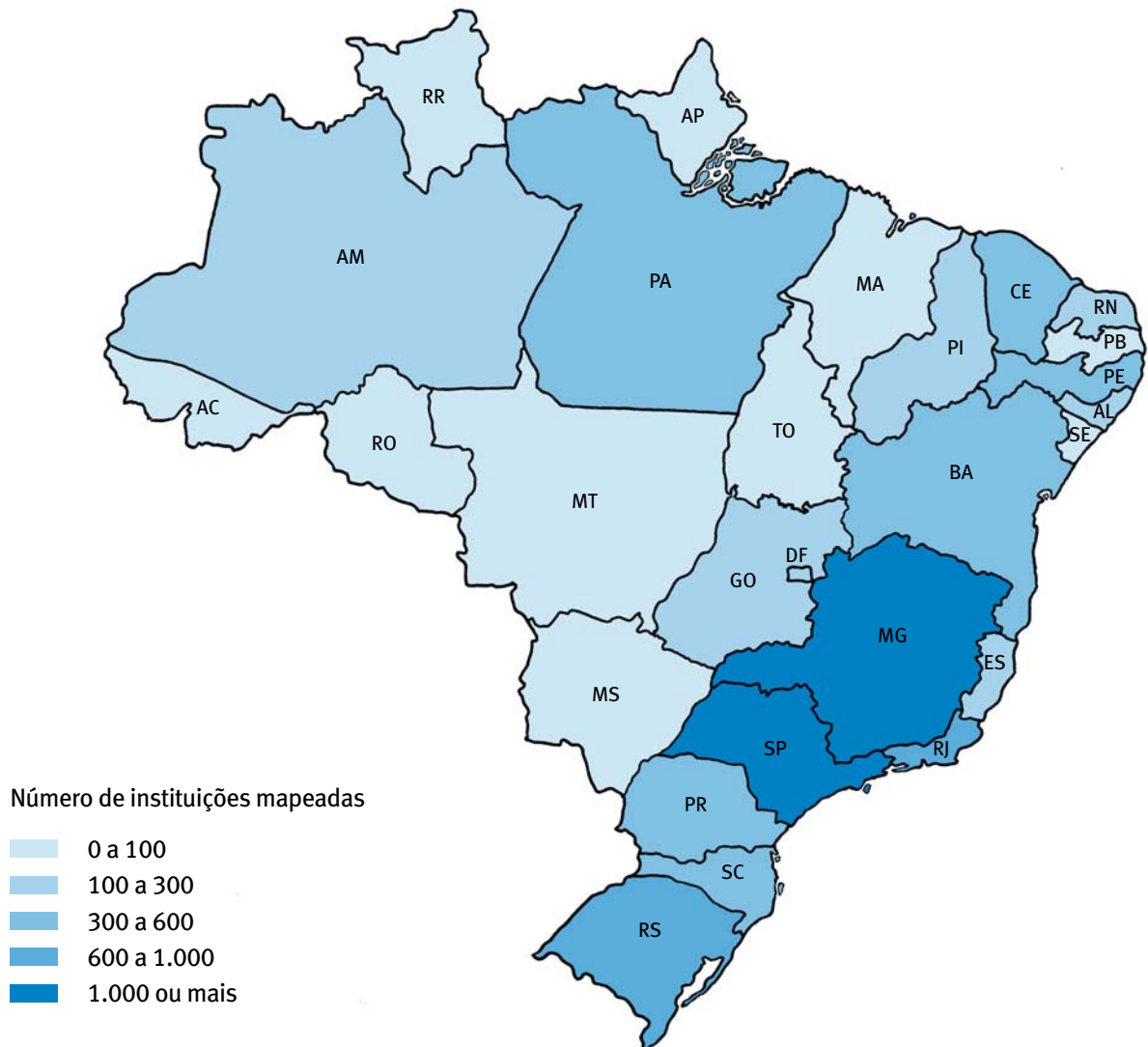
Tabela 13.4.
Unidades da federação convenientes
que realizaram leilões entre 2003 e 2007.

UF	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Rondônia	-	-	-	-	01	01
Minas Gerais	-	-	01	01	-	02
São Paulo	-	-	-	-	01	01
Mato Grosso do Sul	01	02	01	02	02	08
Mato Grosso	-	-	01	01	01	03
Distrito Federal	-	01	01	01	01	04
Total	01	03	04	05	06	19

Fonte: FUNAD.

**Estrutura de Atenção
aos Problemas Associados ao
Uso de Álcool e outras Drogas
no Brasil**

Mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas



Os dados considerados neste capítulo são resultantes de levantamentos de dados de instituições mapeadas em 2006/2007, realizados pela Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas em parceria com a Universidade de Brasília e disponibilizados pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

Este capítulo tem como finalidade descrever as instituições de Atenção às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no Brasil. Os dados são resultantes do projeto Mapeamento das Instituições Governamentais e não-Governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil – 2006/2007 (BRASIL, 2007), publicada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, em convênio com a Universidade de Brasília (UnB) – Departamento de Serviço Social (SER) e Fundação Universitária de Brasília (FUBRA) e disponibilizadas pelo Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). O projeto consistiu no mapeamento de instituições que realizam atividades de *prevenção, tratamento, redução de danos e ensino e/ou pesquisa*, tendo dado origem a um banco de dados com 9.038 instituições, que é a principal fonte de informação deste capítulo.

O levantamento utilizou como fontes: instituições já cadastradas nos estados e municípios em Prefeituras, Secretarias de Estado da Saúde, da Assistência Social, Conselhos Estaduais e Municipais de Políticas sobre Drogas, Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Assistência Social. Foram também enviadas comunicações aos prefeitos municipais, em todo o território nacional, aos secretários estaduais das áreas de Educação, Saúde, Segurança Pública, Justiça e Cidadania, além dos de Assistência Social.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário resumido, que continha informações administrativas e de contato da instituição (tradicional e eletrônico), bem como de sua natureza e das atividades desenvolvidas pelas instituições. A interpretação dos resultados apresentados neste capítulo deve ser feita com cautela, uma vez que eles não são, necessariamente, resultantes de uma pesquisa que considera todo o país de forma homogênea.

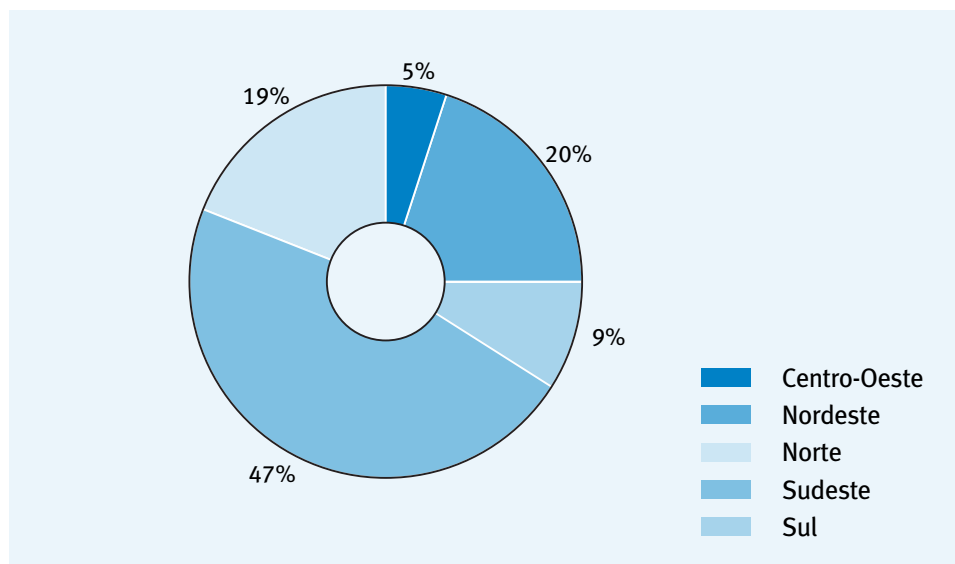
O levantamento contém 9.038 instituições, cuja distribuição pelas unidades federativas é detalhada na Tabela 14.1. A distribuição por regiões do Brasil, pode ser visualizada no Gráfico 14.1. Pela tabela, percebe-se que aproximadamente 47% das instituições contatadas estão na Região Sudeste, notadamente em São Paulo (18%) e Minas Gerais (15%). Apenas 9% das instituições situam-se na Região Norte. Os estados com menor número de instituições mapeadas foram Roraima e Paraíba (menos que 1%). O gráfico mostra que a maior parte das instituições mapeadas situa-se na Região Sudeste, seguida pela Região Sul, que tem quase o mesmo número de instituições que a Região Nordeste.

Tabela 14.1.
Distribuição das instituições mapeadas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas.

Região e UF	N	%
Rondônia	49	0,5
Acre	32	0,3
Amazonas	241	2,7
Roraima	17	0,2
Pará	353	3,9
Amapá	47	0,5
Tocantins	42	0,5
Região Norte	781	8,6
Maranhão	94	1,0
Piauí	141	1,6
Ceará	413	4,6
Rio Grande do Norte	118	1,3
Paraíba	26	0,3
Pernambuco	550	6,1
Alagoas	121	1,3
Sergipe	59	0,6
Bahia	304	3,4
Região Nordeste	1.826	20,2
Minas Gerais	1.321	14,6
Espírito Santo	261	2,9
Rio de Janeiro	990	11,0
São Paulo	1.628	18,0
Região Sudeste	4.200	46,5
Paraná	523	5,8
Santa Catarina	487	5,4
Rio Grande do Sul	751	8,3
Região Sul	1.761	19,5
Mato Grosso do Sul	99	1,1
Mato Grosso	92	1,0
Goiás	147	1,6
Distrito Federal	132	1,5
Região Centro-Oeste	470	5,2
Brasil	9.038	100

Fonte: OBID.

Gráfico 14.1.
Distribuição das instituições mapeadas, por região.



Com relação ao tipo de atividades oferecidas, foram observadas instituições de auto-ajuda e instituições que desenvolvem outras atividades, dentre as de *prevenção* ao uso indevido de álcool e outras drogas; *tratamento*, recuperação e reinserção social; *redução de danos* sociais e à saúde; e que desenvolvem atividades de *ensino e/ou pesquisa*. Pelos dados obtidos, a maior parte das instituições é de autoajuda (6.367 instituições, correspondendo a 70% do total das instituições mapeadas); as instituições restantes totalizam 2.671, desenvolvendo pelo menos uma das atividades mencionadas anteriormente.

As instituições de auto-ajuda mapeadas podem atuar com os programas Alcoólicos Anônimos (AA), Amor Exigente (AE) ou Narcóticos Anônimos (NA). A distribuição dessas instituições, segundo esses programas e por unidades da federação, é apresentada na Tabela 14.2. Nota-se que os estados do Norte e Nordeste apresentam a maior concentração de instituições de auto-ajuda com programas AA, sendo que a Região Sudeste é a que tem o menor percentual de instituições com esse tipo de programa (74%). Os estados do Acre, Tocantins, Alagoas, Sergipe e Mato Grosso do Sul não tiveram nenhuma instituição de auto-ajuda mapeada, que oferecesse o programa NA. Os estados de Rondônia, Acre, Roraima, Pará e Ceará não tiveram nenhuma instituição de auto-ajuda mapeada, que oferecesse o programa AE. E somente o estado da Paraíba não teve, mapeadas, instituições de auto-ajuda com o programa AA.

Tabela 14.2.
 Distribuição das instituições de auto-ajuda mapeadas, segundo
 o programa desenvolvido. Brasil, Regiões e Unidades Federativas.

Região e UF	AA ¹		AE ¹		NA ¹		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	33	94,3	0	0,0	2	5,7	35	100,0
Acre	16	100,0	0	0,0	0	0,0	16	100,0
Amazonas	216	96,9	1	0,4	6	2,7	223	100,0
Roraima	39	95,1	0	0,0	2	4,9	41	100,0
Pará	12	92,3	0	0,0	1	7,7	13	100,0
Amapá	310	95,4	2	0,6	13	4,0	325	100,0
Tocantins	11	91,7	1	8,3	0	0,0	12	100,0
Região Norte	637	95,8	4	0,6	24	3,6	665	100,0
Maranhão	64	94,2	2	2,9	2	2,9	68	100,0
Piauí	115	95,1	5	4,1	1	0,8	121	100,0
Ceará	336	94,9	0	0,0	18	5,1	354	100,0
Rio Grande do Norte	74	94,8	2	2,6	2	2,6	78	100,0
Paraíba	0	0,0	5	83,3	1	16,7	6	100,0
Pernambuco	463	99,2	2	0,4	2	0,4	467	100,0
Alagoas	97	98,0	2	2,0	0	0,0	99	100,0
Sergipe	34	97,1	1	2,9	0	0,0	35	100,0
Bahia	230	93,9	2	0,8	13	5,3	245	100,0
Região Nordeste	1.413	96,0	21	1,4	39	2,6	1.473	100,0
Minas Gerais	852	86,7	66	6,7	65	6,6	983	100,0
Espírito Santo	118	81,9	9	6,3	17	11,8	144	100,0
Rio de Janeiro	626	79,4	11	1,4	151	19,2	788	100,0
São Paulo	529	55,6	182	19,2	240	25,2	951	100,0
Região Sudeste	2.125	74,1	268	9,4	473	16,5	2.866	100,0
Paraná	279	80,6	49	14,2	18	5,2	346	100,0
Santa Catarina	213	87,3	10	4,1	21	8,6	244	100,0
Rio Grande do Sul	373	72,7	99	19,3	41	8,0	513	100,0
Região Sul	865	78,4	158	14,3	80	7,3	1.103	100,0
Mato Grosso do Sul	22	68,7	10	31,3	0	0,0	32	100,0
Mato Grosso	46	80,7	5	8,8	6	10,5	57	100,0
Goiás	58	69,9	23	27,7	2	2,4	83	100,0
Distrito Federal	74	84,1	3	3,4	11	12,5	88	100,0
Região Centro-Oeste	200	76,9	41	15,8	19	7,3	260	100,0
Brasil	5.240	82,3	492	7,7	635	10,0	6.367	100

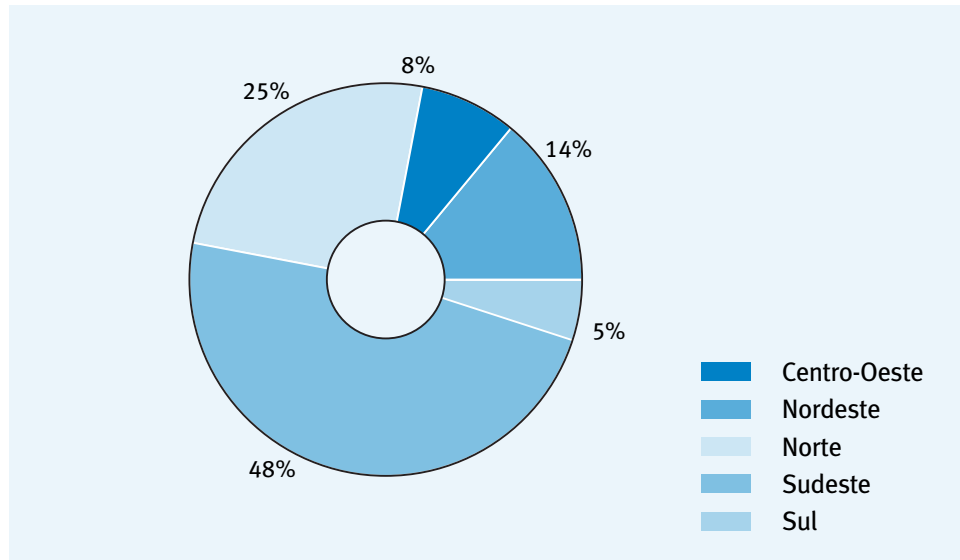
Fonte: OBID.

1 AA – Alcoólicos Anônimos, AE – Amor Exigente, NA – Narcóticos Anônimos.

Restringindo-se às instituições mapeadas que realizam atividades de *prevenção* ao uso de álcool e outras drogas, foi construído o Gráfico 14.2 e a Tabela 14.3. No gráfico, observa-se que a maior parte das instituições encontra-se na Região Sudeste, seguida pela Região Sul e pela Região Nordeste. A Região Norte tem a menor porcentagem de instituições com atividades de *prevenção* mapeadas.

Gráfico 14.2.

Distribuição das instituições mapeadas que desenvolvem atividades de *prevenção*, por região.



Total de Instituições: 1.948

A fim de avaliar a distribuição das instituições que executam atividades de *prevenção* em relação às outras atividades, é apresentada a Tabela 14.3, que considera também os estados e regiões onde as instituições mapeadas estão sediadas.

Em todas as regiões, observa-se que mais da metade das instituições com atividades de *prevenção* também têm programas de *tratamento*, com vistas à recuperação e reinserção social, sendo que o estado do Amapá é o que apresenta a menor porcentagem de instituições mapeadas com ambas as atividades (20%), que equivale a uma única instituição. Para as cinco regiões do Brasil, o percentual de instituições com atividades de *prevenção* que também desenvolvem programas de *redução de danos* situa-se entre 27% (Regiões Sudeste e Centro-Oeste) e 31% (Regiões Norte e Sul). Todos os estados têm instituições com ambos os serviços. Já para atividades de *ensino e/ou pesquisa*, nota-se que poucos estados apresentam instituições que desenvolvem essas atividades nas Regiões Norte e Nordeste. A maior concentração de instituições mapeadas com atividades de *prevenção* e *ensino e/ou pesquisa* encontra-se na Região Sudeste.

Tabela 14.3.

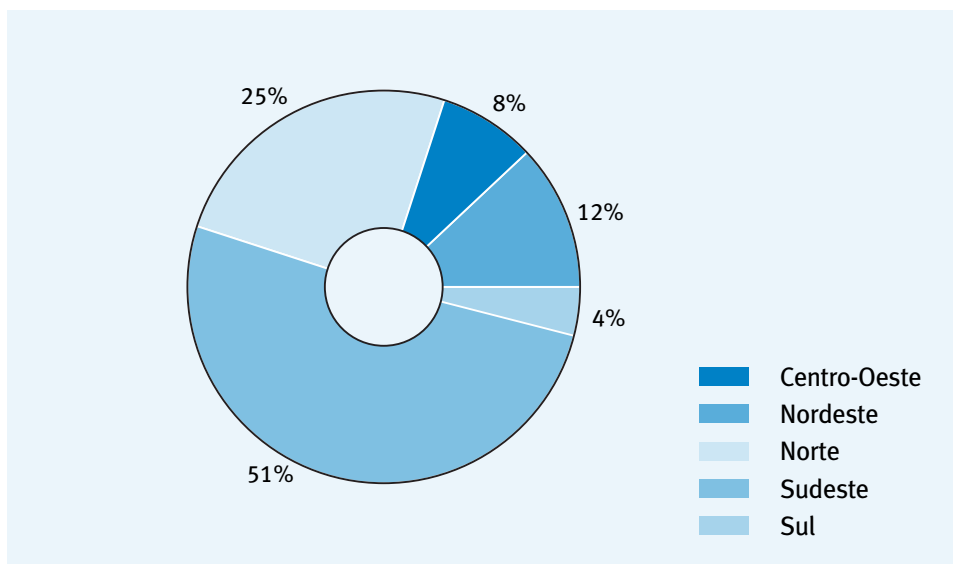
 Distribuição das instituições mapeadas com programas de *prevenção*, segundo todas as atividades desenvolvidas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas.

Região e UF	Prevenção		Tratamento		Redução de danos		Ensino/Pesquisa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	12	100,0	6	50,0	3	25,0	0	0,0
Acre	14	100,0	9	64,3	7	50,0	1	7,1
Amazonas	14	100,0	10	71,4	4	28,6	0	0,0
Amapá	5	100,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0
Roraima	4	100,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0
Pará	27	100,0	19	70,4	10	37,0	0	0,0
Tocantins	28	100,0	11	39,3	5	17,9	0	0,0
Região Norte	104	100,0	58	55,8	32	30,8	1	1,0
Maranhão	21	100,0	15	71,4	8	38,1	0	0,0
Piauí	16	100,0	8	50,0	2	12,5	0	0,0
Ceará	42	100,0	28	66,7	10	23,8	0	0,0
Rio Grande do Norte	30	100,0	13	43,3	5	16,7	1	3,3
Paraíba	15	100,0	7	46,7	6	40,0	2	13,3
Pernambuco	61	100,0	31	50,8	18	29,5	5	8,2
Alagoas	17	100,0	5	29,4	1	5,9	1	5,9
Sergipe	16	100,0	11	68,8	4	25,0	0	0,0
Bahia	43	100,0	30	69,8	18	41,9	3	7,0
Região Nordeste	261	100,0	148	56,7	72	27,6	12	4,6
Minas Gerais	230	100,0	153	66,5	50	21,7	9	3,9
Espírito Santo	88	100,0	52	59,1	19	21,6	2	2,3
Rio de Janeiro	138	100,0	95	68,8	47	34,1	8	5,8
São Paulo	481	100,0	320	66,5	136	28,3	15	3,1
Região Sudeste	937	100,0	620	66,2	252	26,9	34	3,6
Paraná	133	100,0	95	71,4	39	29,3	2	1,5
Santa Catarina	181	100,0	111	61,3	49	27,1	2	1,1
Rio Grande do Sul	174	100,0	120	69,0	63	36,2	9	5,2
Região Sul	488	100,0	326	66,8	151	30,9	13	2,7
Mato Grosso do Sul	49	100,0	29	59,2	10	20,4	1	2,0
Mato Grosso	26	100,0	14	53,8	7	26,9	0	0,0
Goias	48	100,0	31	64,6	14	29,2	1	2,1
Distrito Federal	35	100,0	25	71,4	12	34,3	1	2,9
Região Centro-Oeste	158	100,0	99	62,7	43	27,2	3	1,9
Brasil	1.948	100	1.251	64,2	550	28,2	63	3,2

Fonte: OBID.

A seguir, o mesmo tipo de análise, apresentada anteriormente, é feita para instituições que oferecem *tratamento*, recuperação e reinserção social. O Gráfico 14.3 mostra a distribuição dessas instituições pelas regiões do Brasil. Comparativamente ao caso anterior (Gráfico 14.2) nota-se um leve aumento na Região Sudeste e pequena diminuição na participação das Regiões Norte e Nordeste.

Gráfico 14.3.
Distribuição das instituições mapeadas que fornecem *tratamento*, por região.



Total de Instituições: 1.912

Com relação às instituições que desenvolvem alguma outra atividade dentre as 1.912 que realizam *tratamento*, observa-se, pela Tabela 14.4, uma alta porcentagem (65%) de instituições que também desenvolvem atividades de *prevenção*; a região com maior porcentagem de instituições mapeadas que desenvolvem atividades de *prevenção* e *tratamento* é a Norte, que é também caracterizada pela ausência de instituições com atividades de *ensino e/ou pesquisa*.

Tabela 14.4.

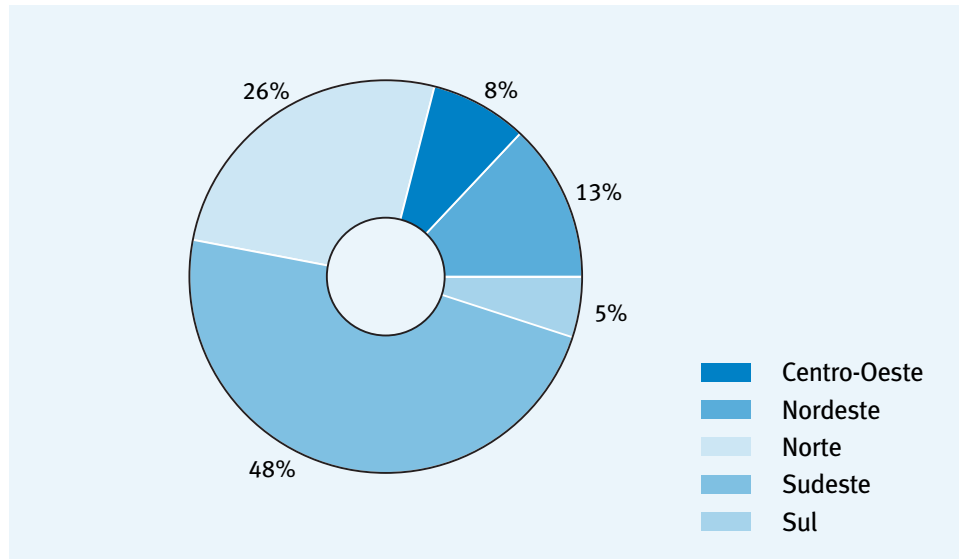
 Distribuição das instituições mapeadas que fornecem *tratamento*,
 segundo todas as atividades desenvolvidas. Brasil, Regiões e Unidades
 Federativas.

Região e UF	Prevenção		Tratamento		Redução de danos		Ensino/Pesquisa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	6	75,0	8	100,0	3	37,5	0	0,0
Acre	9	81,8	11	100,0	5	45,5	0	0,0
Amazonas	10	71,4	14	100,0	5	35,7	0	0,0
Amapá	1	50,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Roraima	2	100,0	2	100,0	1	50,0	0	0,0
Pará	19	95,0	20	100,0	8	40,0	0	0,0
Tocantins	11	84,6	13	100,0	4	30,8	0	0,0
Região Norte	58	82,9	70	100,0	26	37,1	0	0,0
Maranhão	15	75,0	20	100,0	7	35,0	0	0,0
Piauí	8	66,7	12	100,0	1	8,3	0	0,0
Ceará	28	63,6	44	100,0	9	20,5	0	0,0
Rio Grande do Norte	13	59,1	22	100,0	6	27,3	1	4,5
Paraíba	7	58,3	12	100,0	5	41,7	0	0,0
Pernambuco	31	66,0	47	100,0	15	31,9	5	10,6
Alagoas	5	50,0	10	100,0	1	10,0	0	0,0
Sergipe	11	57,9	19	100,0	4	21,1	0	0,0
Bahia	30	69,8	43	100,0	18	41,9	3	7,0
Região Nordeste	148	64,6	229	100,0	66	28,8	9	3,9
Minas Gerais	153	60,2	254	100,0	55	21,7	7	2,8
Espírito Santo	52	65,8	79	100,0	18	22,8	2	2,5
Rio de Janeiro	95	61,3	155	100,0	52	33,5	9	5,8
São Paulo	320	64,9	493	100,0	127	25,8	13	2,6
Região Sudeste	620	63,2	981	100,0	252	25,7	31	3,2
Paraná	95	69,3	137	100,0	35	25,5	2	1,5
Santa Catarina	111	66,5	167	100,0	47	28,1	1	0,6
Rio Grande do Sul	120	67,0	179	100,0	56	31,3	4	2,2
Região Sul	326	67,5	483	100,0	138	28,6	7	1,4
Mato Grosso do Sul	29	64,4	45	100,0	10	22,2	1	2,2
Mato Grosso	14	60,9	23	100,0	7	30,4	0	0,0
Goíás	31	66,0	47	100,0	13	27,7	1	2,1
Distrito Federal	25	73,5	34	100,0	11	32,4	1	2,9
Região Centro-Oeste	99	66,4	149	100,0	41	27,5	3	2,0
Brasil	1.251	65,4	1.912	100	523	27,4	50	2,6

Fonte: OBID.

Das instituições mapeadas, 646 desenvolvem programas de *redução de danos* sociais e à saúde. Considerando-se apenas essas instituições, foi construído o Gráfico 14.4 e a Tabela 14.5. O gráfico mostra que a Região Sudeste concentra quase metade das instituições, seguida pela Região Sul. As Regiões Centro-Oeste e Norte apresentam o menor número de instituições e a Região Nordeste contribui com 13%.

Gráfico 14.4.
Distribuição das instituições mapeadas com programa de *redução de danos*, por região.



Total de Instituições: 646

A Tabela 14.5, tomando-se como base apenas as instituições com atividades de *redução de danos*, mostra a distribuição delas com relação às outras atividades, segundo estados e regiões. Para o Brasil como um todo, observa-se que a maior parte dessas instituições também desenvolve programas de *prevenção* (85%) e oferecem *tratamento* (81%). Apenas 5% das 646 instituições mapeadas desenvolvem atividades de *ensino e/ou pesquisa*. A Região Norte tem o maior percentual de instituições mapeadas que também atuam na *prevenção* (97%), enquanto que na Região Sudeste ocorre o menor percentual. Deve-se, entretanto, levar em conta que é no Sudeste que ocorre o maior número de instituições com programas de *redução de danos* (310 das 646 instituições mapeadas). A Região Norte não teve nenhuma instituição mapeada com programa de *redução de danos*, que também tivesse atividades de *ensino e/ou pesquisa*. Na Região Sudeste, o número de instituições que têm atividades de *prevenção* e *tratamento* é o mesmo e corresponde a aproximadamente 81% das instituições com programa de *redução de danos*. Todas as instituições mapeadas nos estados de Rondônia e Alagoas desenvolvem atividades de *prevenção*, *tratamento* e *redução de danos*. Praticamente o mesmo é verificado para os estados do Acre, Amazonas, Pará, Tocantins, Maranhão, Ceará, Paraíba, Sergipe, Mato Grosso e Goiás.

Tabela 14.5.

Distribuição das instituições mapeadas com programas de *redução de danos*, segundo todas as atividades desenvolvidas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas.

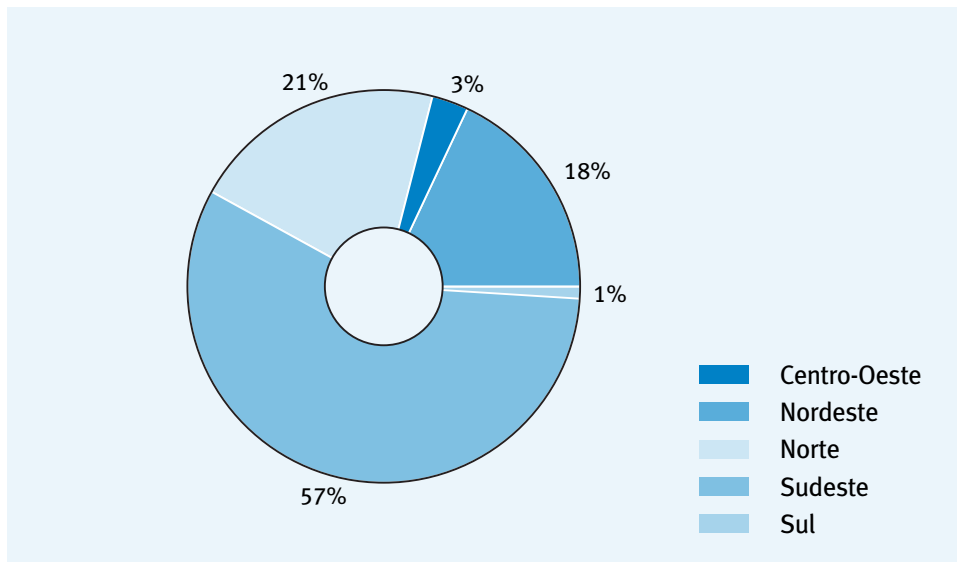
Região e UF	Prevenção		Tratamento		Redução de danos		Ensino/Pesquisa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	3	100,0	3	100,0	3	100,0	0	0,0
Acre	7	100,0	5	71,4	7	100,0	0	0,0
Amazonas	4	80,0	5	100,0	5	100,0	0	0,0
Amapá	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Roraima	2	100,0	1	50,0	2	100,0	0	0,0
Pará	10	100,0	8	80,0	10	100,0	0	0,0
Tocantins	5	100,0	4	80,0	5	100,0	0	0,0
Região Norte	32	97,0	26	78,8	33	100,0	0	0,0
Maranhão	8	100,0	7	87,5	8	100,0	0	0,0
Piauí	2	100,0	1	50,0	2	100,0	0	0,0
Ceará	10	90,9	9	81,8	11	100,0	0	0,0
Rio Grande do Norte	5	62,5	6	75,0	8	100,0	0	0,0
Paraíba	6	100,0	5	83,3	6	100,0	1	16,7
Pernambuco	18	85,7	15	71,4	21	100,0	2	9,5
Alagoas	1	100,0	1	100,0	1	100,0	0	0,0
Sergipe	4	80,0	4	80,0	5	100,0	0	0,0
Bahia	18	85,7	18	85,7	21	100,0	3	14,3
Região Nordeste	72	86,7	66	79,5	83	100,0	6	7,2
Minas Gerais	50	78,1	55	85,9	64	100,0	6	9,4
Espírito Santo	19	82,6	18	78,3	23	100,0	1	4,3
Rio de Janeiro	47	81,0	52	89,7	58	100,0	7	12,1
São Paulo	136	82,4	127	77,0	165	100,0	9	5,5
Região Sudeste	252	81,3	252	81,3	310	100,0	23	7,4
Paraná	39	92,9	35	83,3	42	100,0	1	2,4
Santa Catarina	49	87,5	47	83,9	56	100,0	1	1,8
Rio Grande do Sul	63	87,5	56	77,8	72	100,0	2	2,8
Região Sul	151	88,8	138	81,2	170	100,0	4	2,4
Mato Grosso do Sul	10	71,4	10	71,4	14	100,0	0	0,0
Mato Grosso	7	87,5	7	87,5	8	100,0	0	0,0
Goíás	14	100,0	13	92,9	14	100,0	0	0,0
Distrito Federal	12	85,7	11	78,6	14	100,0	1	7,1
Região Centro-Oeste	43	86,0	41	82,0	50	100,0	1	2,0
Brasil	550	85,1	523	81,0	646	100,0	34	5,3

Fonte: OBID.

De todas as instituições mapeadas, apenas 93 desenvolvem atividades de *ensino e/ou pesquisa*. O Gráfico 14.5 mostra que a maior parte dessas instituições está situada na Região Sudeste, que, junto com as Regiões Sul e Nordeste, encerram quase a totalidade das instituições, com cerca de 96% das instituições mapeadas.

Gráfico 14.5.

Distribuição das instituições mapeadas que desenvolvem atividades de *ensino e/ou pesquisa*, por região.



Total de Instituições: 93

Observando-se a distribuição de instituições com atividades de *ensino e/ou pesquisa*, segundo todas as atividades avaliadas (Tabela 14.6), nota-se que das 93 instituições, 68% também têm atividades de *prevenção*, 54% oferecem *tratamento* e 37% têm programas de *redução de danos*. O menor número de instituições mapeadas com atividades de *ensino e/ou pesquisa* ocorre na Região Norte (1 única instituição no estado do Acre), enquanto que o maior número está na Região Sudeste (com grande parte das instituições concentrada no estado de São Paulo). Com relação à Região Nordeste, não foram mapeadas instituições com atividades de *ensino e/ou pesquisa* nos estados de Maranhão, Piauí e Sergipe. Todos os estados da Região Sudeste tiveram instituições com atividades de *ensino e/ou pesquisa* mapeadas e, em alguns casos, um grande número delas também realizavam as outras três atividades. Na Região Sul, o destaque é para o Rio Grande do Sul, com mais da metade das instituições mapeadas; o Paraná aparece com apenas 2 instituições mapeadas para essa atividade, sendo que uma delas também desenvolve as outras três atividades. No Centro-Oeste, o Distrito Federal tem uma única instituição com atividades de *ensino e/ou pesquisa*, que também oferece as outras três atividades e o Mato Grosso não teve nenhuma instituição com atividades de *ensino e/ou pesquisa* mapeada.

Tabela 14.6.

 Distribuição das entidades mapeadas com atividades de *ensino e/ou pesquisa*, segundo todas atividades desenvolvidas. Brasil, Regiões e Unidades Federativas.

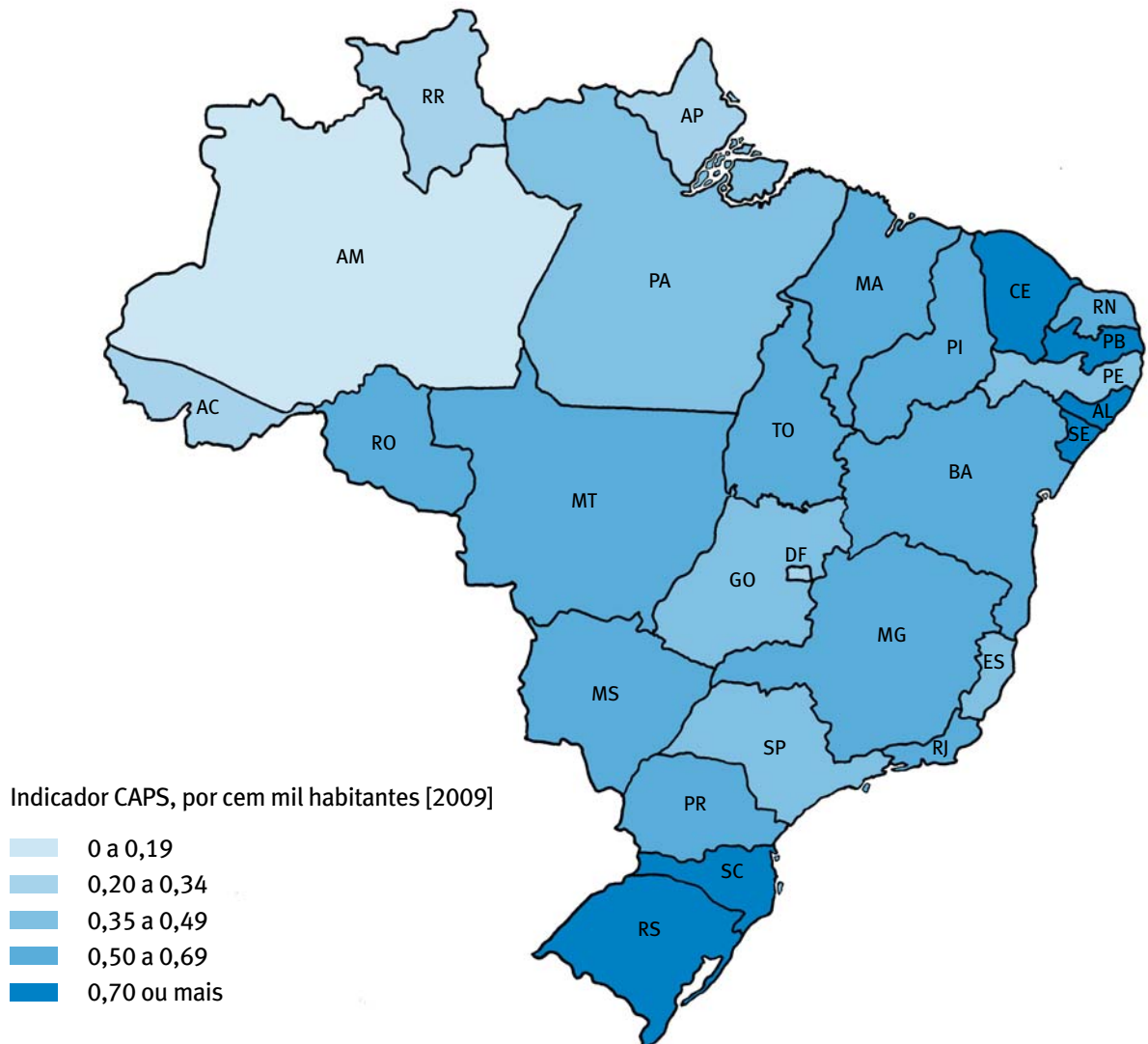
Região e UF	Prevenção		Tratamento		Redução de danos		Ensino/Pesquisa	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rondônia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Acre	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Amazonas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amapá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Roraima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pará	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tocantins	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Região Norte	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Maranhão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Piauí	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ceará	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Rio Grande do Norte	1	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Paraíba	2	100,0	0	0,0	1	50,0	2	100,0
Pernambuco	5	62,5	5	62,5	2	25,0	8	100,0
Alagoas	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Sergipe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bahia	3	75,0	3	75,0	3	75,0	4	100,0
Região Nordeste	12	70,6	9	52,9	6	35,3	17	100,0
Minas Gerais	9	64,3	7	50,0	6	42,9	14	100,0
Espírito Santo	2	66,7	2	66,7	1	33,3	3	100,0
Rio de Janeiro	8	80,0	9	90,0	7	70,0	10	100,0
São Paulo	15	57,7	13	50,0	9	34,6	26	100,0
Região Sudeste	34	64,2	31	58,5	23	43,4	53	100,0
Paraná	2	100,0	2	100,0	1	50,0	2	100,0
Santa Catarina	2	33,3	1	16,7	1	16,7	6	100,0
Rio Grande do Sul	9	81,8	4	36,4	2	18,2	11	100,0
Região Sul	13	68,4	7	36,8	4	21,1	19	100,0
Mato Grosso do Sul	1	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Mato Grosso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Goíás	1	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Distrito Federal	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0
Região Centro-Oeste	3	100,0	3	100,0	1	33,3	3	100,0
Brasil	63	67,7	50	53,8	34	36,6	93	100

Fonte: OBID.

Conclusões

1. Foram mapeadas pela pesquisa realizada em 2006/2007, 9.038 instituições no Brasil. Percebe-se que aproximadamente 47% das instituições contatadas estão na Região Sudeste, notadamente em São Paulo (18%) e Minas Gerais (15%). Apenas 9% das instituições situam-se na Região Norte. Os estados com menor número de instituições mapeadas foram Roraima e Paraíba (menos que 1%).
2. Com relação ao tipo de atividades oferecidas, foram observadas instituições de auto-ajuda e instituições que desenvolvem outras atividades, dentre as de *prevenção* ao uso indevido de álcool e outras drogas; *tratamento*, recuperação e reinserção social; *redução de danos* sociais e à saúde; e que desenvolvem atividades de *ensino e/ou pesquisa*. Pelos dados obtidos, a maior parte das instituições é de auto-ajuda (6.367 instituições, correspondendo a 70% do total das instituições mapeadas); as instituições restantes totalizam 2.671, desenvolvendo pelo menos uma das atividades mencionadas anteriormente.
3. Observa-se que a maior parte das instituições de *prevenção* mapeadas encontra-se na Região Sudeste, seguida pela Região Sul e pela Região Nordeste. A Região Norte tem a menor porcentagem desse tipo de instituições.
4. Quanto à distribuição de instituições que oferecem *tratamento*, recuperação e reinserção social, comparativamente ao caso anterior, nota-se um leve aumento na Região Sudeste e pequena diminuição na participação das Regiões Norte e Nordeste.
5. Das instituições mapeadas, 646 desenvolvem programas de *redução de danos* sociais e à saúde. A Região Sudeste concentra quase metade das instituições, seguida pela Região Sul. As Regiões Centro-Oeste e Norte apresentam o menor número de instituições e a Região Nordeste contribui com 13%.
6. De todas as instituições mapeadas, apenas 93 desenvolvem atividades de *ensino e/ou pesquisa*. A maior parte dessas instituições está situada na Região Sudeste, que, junto com as Regiões Sul e Nordeste, encerram quase a totalidade das instituições, com cerca de 96% das instituições mapeadas.

A rede de atenção ao uso de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde



Os dados considerados neste capítulo referem-se à rede SUS de atenção ao uso de álcool e outras drogas. O capítulo foi elaborado em conjunto com a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (MS).

A Política Nacional de Saúde Mental

A atenção à saúde mental no Brasil caracterizava-se, sobretudo antes dos anos 1990, por centrar a atenção às pessoas com transtornos mentais em serviços hospitalares especializados, os hospitais psiquiátricos. No ano de 2001, como um dos resultados das reivindicações de movimentos sociais desde a década de 70, que denunciavam a violência dos manicômios e a hegemonia de uma rede privada de assistência, foi sancionada a Lei Federal 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental no país, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços abertos, não hospitalares, e de base comunitária.

Este redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental no SUS tem como principal objetivo a ampliação e qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais nos serviços comunitários, com base no território. No novo modelo, a atenção hospitalar deixa de ser o centro, como era antes, tornando-se complementar. Trata-se de mudança fundamental na concepção e na forma de como deve se dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de saúde/doecimento. Aliado a isso, adota-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos. Os saberes e práticas não somente técnicos devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, em que os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores, com possibilidades de criação de vínculos.

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS, que tem na Lei 10.216/01 seu marco legal, apresenta como diretriz principal, a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo prioriza a implantação e implementação de uma rede comunitária de serviços de saúde mental eficaz, capaz de atender com resolubilidade aos pacientes que necessitem de cuidado. Além da criação de uma série de dispositivos assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização pressupõe também transformações culturais e subjetivas na sociedade. A expressão “reabilitação ou atenção psicossocial”, usada pela Política, indica que devem ser construídas, com as pessoas que sofrem transtornos mentais, oportunidades de exercerem sua cidadania e de atingirem seu potencial de autonomia no território em que vivem.

São diretrizes dessa Política:

- Reorientação do modelo de cuidado – do cuidado centrado no hospital, para o cuidado numa rede aberta e diversificada de serviços;
- Desinstitucionalização de pessoas longamente internadas;
- Implantação e consolidação de rede aberta de atenção psicossocial;
- Construção e inserção de uma política de drogas no campo da saúde pública;
- Inclusão social da pessoa com transtornos mentais;
- Formação permanente de recursos humanos;
- Construção de novos referenciais para a loucura e o cuidado;
- Integração com outras políticas públicas;
- Estímulo à pesquisa.

A atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde se dá através de diversos dispositivos, articulados em rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Ambulatórios, Centros de Convivência e Cultura, Leitos de Atenção Integral em Hospitais Gerais, Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (SHRad). Para além desses dispositivos, compõem a rede as ações de saúde mental na Atenção Básica, as ações de inclusão social pelo trabalho e o Programa de Volta para Casa.

É diretriz da política que internação de usuários de álcool e outras drogas seja de curta duração e deva ser priorizada em leitos de atenção integral em hospitais gerais, com acompanhamento na rede de serviços extra-hospitalares, sobretudo nos CAPS.

Os CAPS são considerados estratégicos para a mudança do modelo de atenção à saúde mental. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Existem CAPS para adultos com transtornos mentais severos e persistentes (CAPS I, CAPS II e CAPS III, este último, 24 horas), CAPS específicos para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi), e CAPS para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPSad).

Na atenção psicossocial são privilegiadas as formas de tratamento que visem à inclusão social, à cidadania e garantam o direito ao acesso à saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas, garantindo uma atenção integral, de base comunitária.

A rede de atenção para álcool e outras drogas

Diante da diversidade das características populacionais existentes no país e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso de álcool e outras drogas, a Política do Ministério da Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas estabelece e define, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), competências federais, estaduais e municipais para a construção de uma rede de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, com ações de promoção, prevenção, proteção à saúde dos usuários e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para essa clientela, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos.

Na clínica do uso de álcool e outras drogas, o desenvolvimento de ações de atenção integral deve ser planejado de forma a considerar toda a problemática envolvida no cenário do consumo de substâncias. Desta forma, os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas – CAPSad –, assim como os demais dispositivos da rede, devem fazer uso deliberado e eficaz dos

conceitos de território e rede, bem como da lógica da clínica ampliada, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos os serviços. Uma ação em rede eficaz pode reduzir consideravelmente o nível de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas que são vivenciados por uma sociedade.

Essa rede deve trabalhar dentro dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, contemplando as demandas de saúde e de saúde mental dos usuários de álcool e outras drogas. Deve também contemplar as diretrizes e princípios que preveem a intersetorialidade e da multidisciplinaridade, ao envolver campos distintos como Educação, Esportes, Cultura, entre outros.

A cobertura assistencial dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Tabela 15.1 mostra o número de Centros de Atenção Psicossocial de acordo com a classificação CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad e o Indicador CAPS/100.000 habitantes por unidade federativa. Esse indicador permite que, ao longo do tempo, seja possível monitorar as modificações da rede extra-hospitalar no Brasil, nos estados e nos municípios. Para o Ministério da Saúde, se o indicador for maior ou igual a 0,70 a cobertura é considerada muito boa; será considerada boa se estiver entre 0,50 e 0,69; regular/baixa se estiver entre 0,35 e 0,49; baixa se estiver entre 0,20 e 0,34 e insuficiente/crítica se for menor do que 0,20.

Pode-se ver, na tabela, que o Brasil como um todo apresenta 57% de cobertura CAPS. Em 17 estados brasileiros a cobertura CAPS é considerada boa ou muito boa, e apenas o estado do Amazonas, com suas características particulares, apresenta cobertura CAPS insuficiente ou crítica. Os indicadores CAPS/100.000 habitantes para as unidades federativas estão representados no mapa da página inicial deste capítulo. O indicador por região revela que a cobertura da Região Sul é muito boa (76%), da Região Nordeste é boa (68%), da Região Sudeste é boa (50%), da Região Centro-Oeste é regular/baixa (44%) e da Região Norte é baixa (35%).

Para que se possa avaliar o processo de expansão dos serviços, no entanto, são necessárias séries históricas dos dados. O Gráfico 15.1 mostra a série histórica da expansão dos CAPS no Brasil. Dados do Ministério da Saúde informam que a cobertura CAPS aumentou ano a ano no período, mesmo com o aumento concomitante da população. O número de CAPS era 148 em 1998, 179 em 1999, 208 em 2000, 295 em 2001, 424 em 2002, 500 em 2003, 605 em 2004, 738 em 2005, 1.011 em 2006, 1.153 em 2007, 1.326 em 2008 e 1.394 em junho de 2009. No ano de 2002 a cobertura CAPS era de 21% da população; em junho de 2009 esta cobertura chega a 57%.

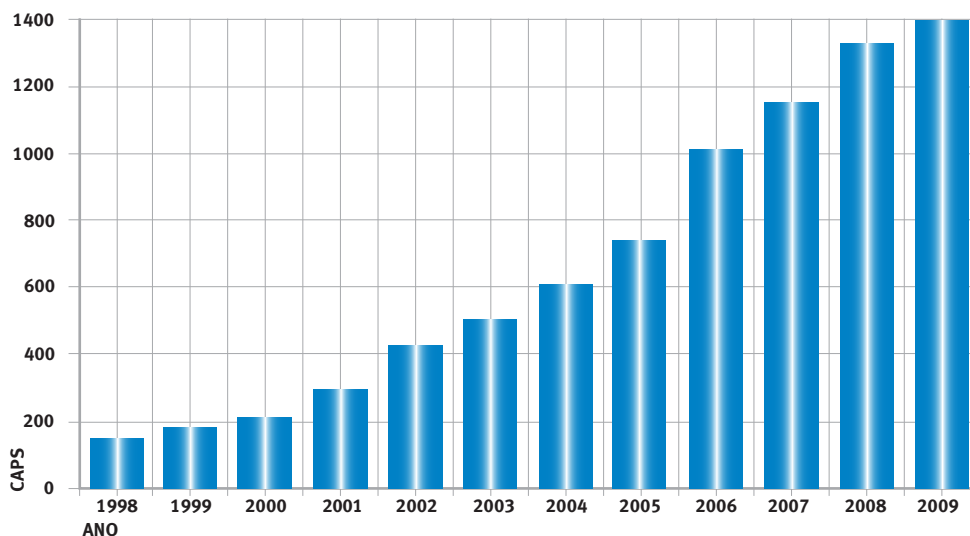
Tabela 15.1.
Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e indicador
CAPS/100.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas,
junho de 2009.

Região e UF	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS ¹
Rondônia	10	5	0	0	0	15	0,67
Acre	0	1	0	0	1	2	0,29
Amazonas	1	2	1	0	0	4	0,12
Roraima	0	0	0	0	1	1	0,24
Pará	15	11	1	2	5	34	0,37
Amapá	0	0	0	0	2	2	0,33
Tocantins	7	2	0	0	1	10	0,51
Região Norte	33	21	2	2	10	68	0,35
Maranhão	35	13	1	2	3	54	0,59
Piauí	18	5	0	1	3	27	0,58
Ceará	38	27	3	5	14	87	0,82
Rio Grande do Norte	9	10	0	2	5	26	0,69
Paraíba	31	9	2	7	5	54	1,06
Pernambuco	15	17	1	4	10	47	0,46
Alagoas	33	6	0	1	2	42	0,82
Sergipe	19	3	3	1	2	28	1,00
Bahia	99	25	2	4	11	141	0,64
Região Nordeste	297	115	12	27	55	506	0,68
Minas Gerais	68	42	8	9	12	139	0,55
Espírito Santo	7	7	0	1	3	18	0,42
Rio de Janeiro	31	37	0	12	15	95	0,50
São Paulo	53	72	17	24	49	215	0,48
Região Sudeste	159	158	25	46	79	467	0,50
Paraná	33	26	2	7	19	87	0,68
Santa Catarina	39	13	0	6	7	65	0,75
Rio Grande do Sul	59	33	0	12	17	121	0,84
Região Sul	131	72	2	25	43	273	0,76
Mato Grosso do Sul	6	6	0	1	3	16	0,56
Mato Grosso	25	1	0	1	5	32	0,66
Goiás	8	13	0	2	3	26	0,38
Distrito Federal	1	2	0	1	2	6	0,22
Região Centro-Oeste	40	22	0	5	13	80	0,44
Brasil	660	388	41	105	200	1.394	0,57

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS.

1 O cálculo do indicador CAPS/100.000 habitantes considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III a 150.000 habitantes e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes. A população considerada é a estimativa de 2008 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Gráfico 15.1.
Expansão anual da rede CAPS. Brasil, 1998 a 2009.



Evolução do número de leitos psiquiátricos

Ao mesmo tempo em que aumenta o número de CAPS, diminui o número de leitos em Hospitais Psiquiátricos. A Política de desinstitucionalização do Ministério da Saúde tem como um de seus principais componentes a indução da redução de leitos psiquiátricos no país, com a avaliação e a melhora da qualidade dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos. Este processo de indução vem permitindo a retirada do SUS de um grande número de leitos inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos, um diagnóstico da qualidade da assistência psiquiátrica hospitalar pública no país, além do desencadeamento da reorganização da atenção em saúde mental, com a consequente expansão da rede.

O número de leitos era de 51.393 em 2002, 48.303 em 2003, 45.814 em 2004, 42.076 em 2005, 39.567 em 2006, 37.988 em 2007 e 36.797 em outubro de 2008. Observa-se que, gradativamente, a redução de leitos tem sido acompanhada pela expansão da rede de serviços da saúde mental.

A estratégia do Ministério da Saúde de realizar uma redução planejada de leitos em Hospitais Psiquiátricos incide especialmente em hospitais de maior porte (com mais de 160 leitos), permitindo assim a reorganização do parque hospitalar em psiquiatria na direção dos pequenos hospitais. A Tabela 15.2 mostra o perfil dos hospitais psiquiátricos em 2002 e 2007. No período decorrido entre esses anos, a contribuição de leitos em hospitais de pequeno porte aumentou e ocorreu o oposto com os hospitais de grande porte. Em 2002, 24,1% dos leitos estavam em hospitais de pequeno porte (com até 160 leitos), porcentagem que passou a 44,0% em 2007. Essa porcentagem, em hospitais de grande porte (com mais de 400 leitos), passou de 29,4% para 14,5%.

Tabela 15.2.

Número de leitos psiquiátricos SUS de acordo com o perfil hospitalar. Brasil, 2002 e 2007.

Porte hospitalar	Leitos psiquiátricos SUS			
	2002		2007	
	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,1	16.709	44,0
De 161 a 240 leitos	11.314	22,0	7.299	19,2
De 241 a 400 leitos	12.564	24,5	8.474	22,3
Acima de 400 leitos	15.125	29,4	5.506	14,5
Total	51.393	100	37.988	100

Fontes: Em 2002, SIH/SUS, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenações Estaduais. Em 2007, PRH/CNES.

Considerados como leitos integrantes de uma rede de leitos de atenção integral à saúde mental, os leitos em Hospitais Gerais devem, segundo a Política Nacional de Saúde Mental, ser acolhedores e estar em articulação com outros equipamentos de referência dos pacientes. A rede de leitos em Hospitais Gerais conta hoje, no Brasil, com cerca de 2.500 leitos, devendo crescer nos próximos anos. Existem critérios específicos para a abertura de leitos para álcool e outras drogas nos Hospitais Gerais, em Serviços de Referência para Álcool e Outras Drogas.

A Tabela 15.3 mostra o número de hospitais psiquiátricos, o número e a porcentagem de leitos psiquiátricos SUS e o número de leitos por 1.000 habitantes, por unidade federativa. O total de hospitais psiquiátricos no Brasil é de 214, sendo 4 na Região Norte, 51 na Região Nordeste, 118 na Região Sudeste, 25 na Região Sul e 16 na Região Centro-Oeste. Na relação do número de leitos SUS por 1.000 habitantes, o Rio de Janeiro, com 0,42, é o estado com o maior índice. Em seguida vêm: Pernambuco com 0,31 e São Paulo com 0,30. Os estados de Rondônia, Roraima e Amapá não têm nenhum leito disponível. O número de leitos e hospitais psiquiátricos tende a cair ainda mais nos próximos anos, assim como devem aumentar o número de CAPS e outros dispositivos da rede de atenção psicossocial. Dados do Ministério da Saúde revelam que ainda existem no Brasil 11 Hospitais Psiquiátricos com mais de 400 leitos.

Tabela 15.3.

Número de hospitais e leitos psiquiátricos SUS e número de leitos por 1.000 habitantes. Brasil, Regiões e Unidades Federativas, outubro de 2008.

Região e UF	Hospitais	Leitos SUS	% Leitos SUS	Leitos SUS por 1.000 hab.
Rondônia	0	0	0,00	0,00
Acre	1	53	0,14	0,08
Amazonas	1	126	0,34	0,04
Roraima	0	0	0,00	0,00
Pará	1	56	0,15	0,01
Amapá	0	0	0,00	0,00
Tocantins	1	160	0,44	0,12
Região Norte	4	395	1,07	0,03
Maranhão	3	662	1,80	0,10
Piauí	2	360	0,98	0,12
Ceará	7	953	2,59	0,11
Rio Grande do Norte	5	747	2,03	0,24
Paraíba	5	699	1,90	0,19
Pernambuco	15	2.727	7,41	0,31
Alagoas	5	880	2,39	0,28
Sergipe	2	320	0,87	0,16
Bahia	7	1.051	2,86	0,07
Região Nordeste	51	8.399	22,83	0,16
Minas Gerais	21	2.889	7,85	0,15
Espírito Santo	3	565	1,53	0,16
Rio de Janeiro	38	6.711	18,24	0,42
São Paulo	56	12.147	33,01	0,30
Região Sudeste	118	22.312	60,63	0,28
Paraná	15	2.400	6,52	0,23
Santa Catarina	4	738	2,01	0,12
Rio Grande do Sul	6	890	2,42	0,08
Região Sul	25	4.028	10,95	0,15
Mato Grosso do Sul	2	200	0,54	0,09
Mato Grosso	2	172	0,47	0,06
Goiás	11	1.166	3,17	0,20
Distrito Federal	1	125	0,34	0,05
Região Centro-Oeste	16	1.663	4,52	0,12
Brasil	214	36.797	100	0,19

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS.

A Tabela 15.4 mostra o número de hospitais gerais com leitos psiquiátricos nas capitais dos estados da federação e o número total de leitos psiquiátricos SUS nesses hospitais. As capitais com mais leitos são: São Paulo, com 182 leitos, e Porto Alegre, com 114 leitos.

Tabela 15.4.
Número de leitos psiquiátricos SUS em hospitais gerais.
Capitais, julho de 2008.

Capital	Hospitais gerais com leitos psiquiátricos	Leitos SUS em hospitais gerais	% Leitos SUS
Porto Velho	1	35	4,6
Rio Branco	2	2	0,3
Manaus	0	0	0,0
Boa Vista	0	0	0,0
Belém	1	48	6,4
Macapá	1	16	2,1
Palmas	1	3	0,4
Capitais do Norte	6	104	13,8
São Luís	0	0	0,0
Teresina	0	0	0,0
Fortaleza	4	6	0,8
Natal	1	3	0,4
João Pessoa	0	0	0,0
Recife	2	51	6,7
Maceió	0	0	0,0
Aracaju	2	24	3,2
Salvador	2	45	6,0
Capitais do Nordeste	11	129	17,1
Belo Horizonte	4	6	0,8
Vitória	2	21	2,8
Rio de Janeiro	12	56	7,4
São Paulo	13	182	24,0
Capitais do Sudeste	31	265	35,0
Curitiba	1	1	0,1
Florianópolis	0	0	0,0
Porto Alegre	7	114	15,1
Capitais do Sul	8	115	15,2
Campo Grande	2	50	6,6
Cuiabá	0	0	0,0
Goiânia	3	59	7,8
Brasília	2	34	4,5
Capitais do Centro-Oeste	7	143	18,9
Brasil (Capitais)	63	756	100

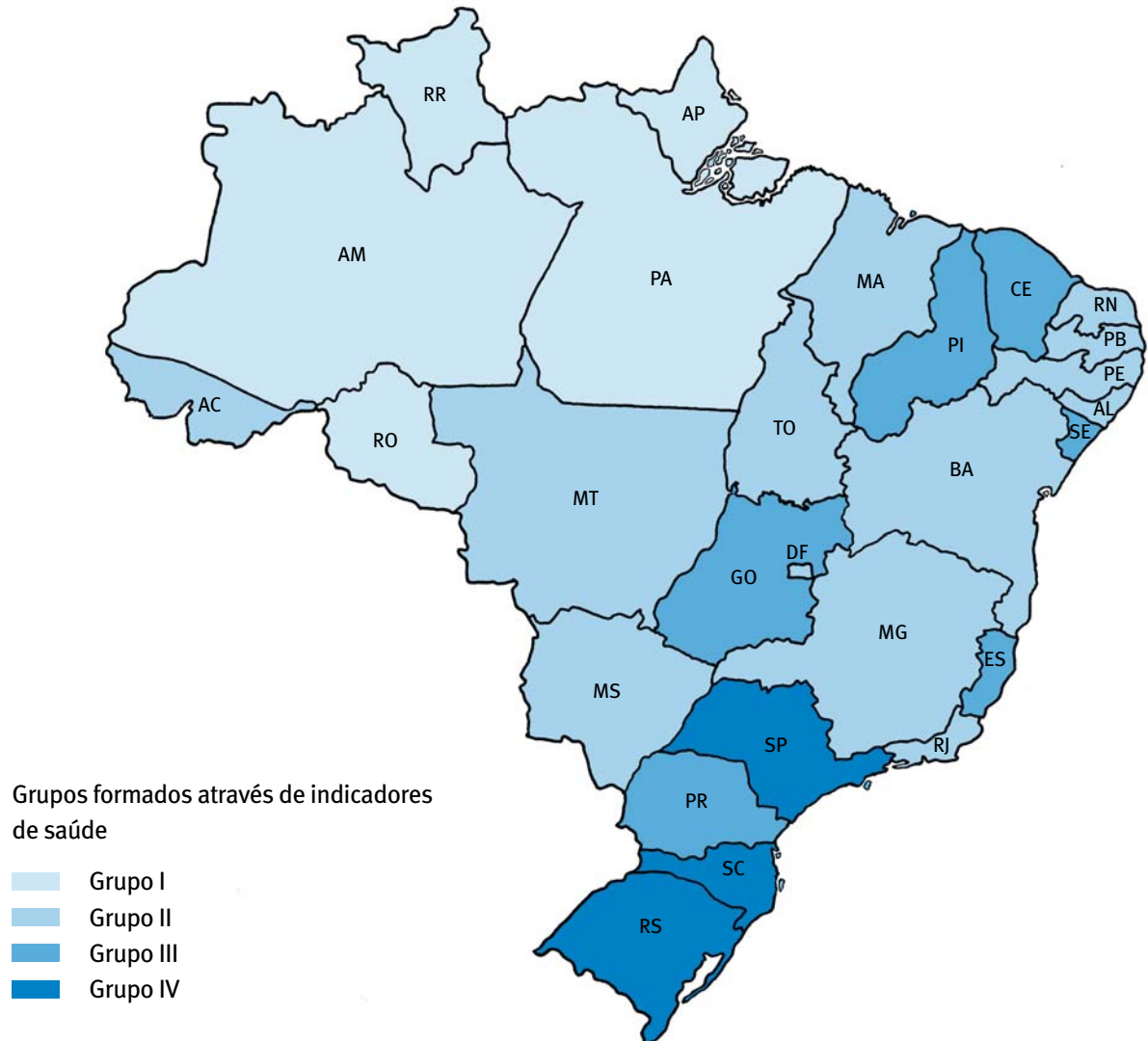
Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental/MS.

Conclusões

1. O Brasil como um todo apresenta 57% de cobertura por Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Em 17 estados brasileiros a cobertura CAPS é considerada boa ou muito boa, e apenas o estado do Amazonas, com suas características particulares, apresenta cobertura CAPS insuficiente ou crítica. O indicador por região revela que a cobertura da Região Sul é muito boa (76%), da Região Nordeste é boa (68%), da Região Sudeste é boa (50%), da Região Centro-Oeste é regular/baixa (44%) e da Região Norte é baixa (35%).
2. Dados do Ministério da Saúde informam que a cobertura CAPS aumentou ano a ano no período, mesmo com o aumento concomitante da população. O número de CAPS era 148 em 1998, passou a 179 em 1999, 208 em 2000, 295 em 2001, 424 em 2002, 500 em 2003, 605 em 2004, 738 em 2005, 1.011 em 2006, 1.153 em 2007, 1.326 em 2008 e 1.394 em junho de 2009. No ano de 2002 a cobertura CAPS era de 21% da população; em junho de 2009 essa cobertura chega a 57%.
3. Observa-se que, gradativamente, a expansão da rede de serviços da saúde mental tem sido acompanhada pela redução de leitos hospitalares. O número de leitos era de 51.393 em 2002, passou a 48.303 em 2003, 45.814 em 2004, 42.076 em 2005, 39.567 em 2006, 37.988 em 2007 e 36.797 em outubro de 2008.
4. A Política de desinstitucionalização do Ministério da Saúde tem como um de seus principais componentes a indução da redução de leitos psiquiátricos no país, com a avaliação e a melhoria da qualidade dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos. A rede de leitos em Hospitais Gerais conta hoje, no Brasil, com cerca de 2.500 leitos, devendo crescer nos próximos anos.
5. O total de hospitais psiquiátricos no Brasil é de 214, sendo 4 na Região Norte, 51 na Região Nordeste, 118 na Região Sudeste, 25 na Região Sul e 16 na Região Centro-Oeste.
6. Na relação do número de leitos SUS por 1.000 habitantes, o Rio de Janeiro, com 0,42, é o estado com o maior índice. Em seguida vêm: Pernambuco com 0,31 e São Paulo com 0,30. Os estados de Rondônia, Roraima e Amapá não têm nenhum leito disponível. O número de leitos e hospitais psiquiátricos tende a cair ainda mais nos próximos anos, assim como devem aumentar o número de CAPS e outros dispositivos da rede de atenção psicossocial. Dados do Ministério da Saúde revelam que ainda existem no Brasil 11 Hospitais Psiquiátricos com mais de 400 leitos.

Discussão e Considerações Finais

Análise global envolvendo indicadores de saúde



Neste capítulo, os indicadores de saúde foram analisados conjuntamente por meio de uma Análise de Componentes Principais e uma Análise de Agrupamentos. Os indicadores utilizados foram as taxas por 100.000 habitantes dos casos de aids, hepatite C, internações e mortalidade, padronizadas.

Análise de Componentes Principais

A técnica de Análise de Componentes Principais (JOHNSON & WICHERN, 2007) foi aplicada com o objetivo de construir um número reduzido de índices das taxas por 100.000 habitantes dos casos de aids, hepatite C, internações e mortalidade que forneçam um panorama desses indicadores de saúde no país, nos anos de 2001 a 2007. Cada índice é denominado componente principal (CP). Em geral, com um número de componentes principais menor do que o número de indicadores (variáveis) consegue-se explicar a variabilidade dos dados.

A Tabela 16.1 contém os coeficientes das taxas de internações, aids, hepatite C e mortalidade nas duas primeiras componentes principais. Por exemplo, no ano de 2001, a primeira CP seria:

$$CP1 = 0,43 \times (\text{taxa internações}^*) + 0,60 \times (\text{taxa aids}^*) + 0,56 \times (\text{taxa hepatite-C}^*) + 0,37 \times (\text{taxa mortalidade}^*).$$

Nas duas últimas colunas da Tabela 16.1 tem-se as porcentagens da variância total explicadas pelas duas componentes. Esses valores são úteis para avaliar se o número de componentes principais consideradas é eficiente para explicar as taxas dos quatro indicadores de saúde.

Tabela 16.1.

Coeficientes das componentes principais e respectivas porcentagens de explicação da variância, 2001 a 2007.

Ano	Internações		Aids		Hepatite C		Mortalidade		% Variância	
	CP1	CP2	CP1	CP2	CP1	CP2	CP1	CP2	CP1	CP2
2001	0,43	0,53	0,60	-0,34	0,56	-0,46	0,37	0,63	57,1	28,8
2002	0,44	0,49	0,59	-0,37	0,56	-0,45	0,39	0,65	56,3	24,8
2003	0,44	0,45	0,58	-0,40	0,59	-0,36	0,35	0,71	60,1	24,6
2004	0,49	0,38	0,55	-0,43	0,58	-0,36	0,35	0,73	61,1	25,6
2005	0,48	0,44	0,59	-0,34	0,60	-0,31	0,23	0,77	55,5	30,9
2006	0,44	0,53	0,62	-0,25	0,65	-0,15	0,03	0,80	53,2	33,0
2007	0,50	0,42	0,58	-0,35	0,61	-0,28	0,21	0,80	53,2	30,5

A primeira componente, que explica cerca de 55% da variabilidade total dos dados, foi utilizada para a construção de uma ordenação dos estados. Essa ordenação é mostrada na Tabela 16.2, em que é possível ver a posição de cada estado ao longo do tempo. Pode-se notar leve melhora nos estados do Amapá e Acre e leve piora nos estados do Amazonas, Maranhão e Paraíba, mas em termos gerais não há grandes variações no posicionamento dos estados. Por isso, a média das posições nos sete anos foi considerada e a Tabela 16.2 traz os estados ordenados por essa média. Os estados do Sul junto com São Paulo aparecem com as taxas mais altas, sendo a ordem Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Paraná.

* Taxa padronizada estatisticamente, ou seja, é o valor da taxa menos sua média, dividido pelo seu desvio padrão.

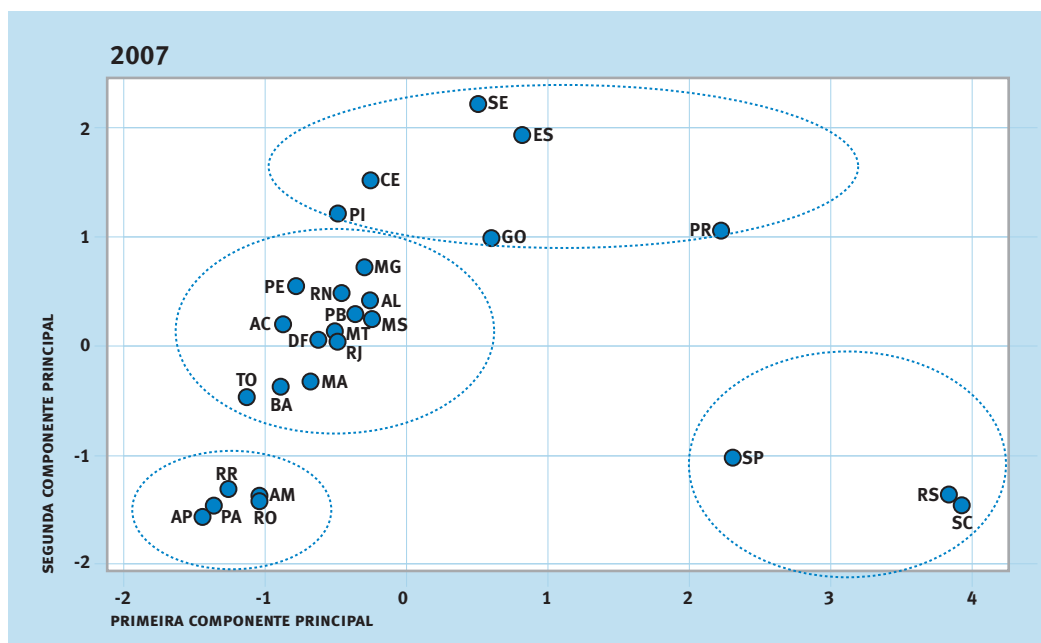
Como a taxa de mortalidade perdeu peso nos últimos anos, a segunda componente principal também foi considerada. O Gráfico 16.1 mostra os estados posicionados de acordo com os valores das duas componentes no ano de 2007. A segunda componente mede um contraste entre as taxas de internações e mortalidade *versus* aids e hepatite C. Um valor próximo de zero nessa componente significa que as taxas médias das duas primeiras são próximas das taxas médias das duas últimas; valores grandes positivos, maiores taxas médias de internação e mortalidade; e valores grandes negativos, maiores taxas médias de aids e hepatite C. Pode-se observar também, no gráfico, que os estados do Sul e São Paulo aparecem com destaque.

Tabela 16.2.
Ordenação das unidades federativas de acordo com a primeira componente principal, 2001 a 2007¹.

UF	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Média
Amapá	4	2	3	1	1	1	1	2
Pará	2	1	1	3	2	3	2	2
Amazonas	1	3	2	2	3	5	6	3
Tocantins	5	7	7	7	7	2	4	6
Maranhão	3	4	4	4	8	9	10	6
Roraima	7	8	6	6	4	11	3	6
Rondônia	8	5	5	5	6	12	5	7
Bahia	10	9	9	8	5	7	7	8
Pernambuco	14	11	13	9	11	4	9	10
Acre	12	13	12	14	9	6	8	11
Piauí	9	12	11	11	10	8	14	11
Paraíba	6	6	8	13	15	15	16	11
Alagoas	11	10	10	12	12	16	18	13
Mato Grosso	13	16	17	10	13	10	12	13
Rio Grande do Norte	15	14	14	16	16	14	15	15
Ceará	17	15	15	15	14	13	20	16
Rio de Janeiro	18	17	16	18	19	18	13	17
Minas Gerais	21	18	19	17	17	17	17	18
Distrito Federal	19	22	21	20	18	20	11	19
Sergipe	16	20	18	21	21	19	21	19
Mato Grosso do Sul	20	19	20	19	20	21	19	20
Espírito Santo	22	21	22	23	22	22	23	22
Goiás	23	24	23	22	23	23	22	23
Paraná	25	23	24	24	24	24	24	24
São Paulo	24	25	25	25	25	25	25	25
Santa Catarina	26	27	26	26	27	26	27	26
Rio Grande do Sul	27	26	27	27	26	27	26	27

1 Maiores valores na ordenação indicam maiores taxas.

Gráfico 16.1.
Diagrama de dispersão das duas primeiras componentes principais, 2007.



Análise de Agrupamentos

Considerando as taxas por 100.000 habitantes de internações, aids, hepatite C e mortalidade no ano de 2007, foi feita uma Análise de Agrupamentos (JOHNSON & WICHERN, 2007) com o objetivo de identificar os estados mais parecidos. Como na Análise de Componentes Principais, as taxas foram padronizadas.

Foram formados quatro grupos, cujas taxas e respectivas médias são exibidas na Tabela 16.3. Os grupos, representados no Gráfico 16.1, são também apresentados no mapa da página inicial deste capítulo e têm as seguintes características:

GRUPO I: formado pelos estados de Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá. É o grupo com as menores taxas nas quatro variáveis consideradas.

GRUPO II: formado pelos estados do Acre, Tocantins, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal. É o grupo que apresenta a menor taxa de aids, baixa taxa de hepatite C e taxas de internações e mortalidade próximas das taxas médias gerais.

GRUPO III: formado pelos estados do Piauí, Ceará, Sergipe, Espírito Santo, Paraná e Goiás. É o grupo que apresenta as mais altas taxas de internações e mortalidade.

GRUPO IV: formado pelos estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. É o grupo que apresenta altas taxas de internações e as mais altas taxas de aids e hepatite C.

Tabela 16.3.
Taxas por 100.000 habitantes para os grupos formados pela
Análise de Agrupamentos, 2007.

UF	Internações	Aids	Hepatite C	Mortalidade
Rondônia	4,47	0,14	0,07	1,51
Amazonas	3,20	0,16	0,00	1,64
Roraima	8,34	0,00	0,25	1,26
Pará	3,62	0,04	0,03	0,96
Amapá	1,70	0,00	0,17	0,68
Média do Grupo I	4,27	0,07	0,10	1,21
Acre	15,26	0,00	0,15	5,04
Tocantins	19,14	0,00	0,00	3,06
Maranhão	41,67	0,08	0,00	3,25
Rio Grande do Norte	69,18	0,00	0,03	4,45
Paraíba	79,97	0,03	0,00	3,79
Pernambuco	23,74	0,01	0,01	5,69
Alagoas	63,84	0,07	0,13	4,74
Bahia	17,34	0,05	0,12	3,64
Minas Gerais	46,49	0,02	0,37	5,93
Rio de Janeiro	63,26	0,02	0,15	3,55
Mato Grosso do Sul	74,98	0,04	0,18	3,97
Mato Grosso	46,24	0,04	0,21	4,31
Distrito Federal	30,13	0,04	0,24	4,52
Média do Grupo II	45,48	0,03	0,12	4,30
Piauí	46,00	0,00	0,00	6,93
Ceará	59,17	0,01	0,02	7,45
Sergipe	110,34	0,00	0,31	8,30
Espírito Santo	90,94	0,06	0,87	8,68
Paraná	201,36	0,29	1,00	4,84
Goiás	150,36	0,05	0,23	4,36
Média do Grupo III	109,70	0,07	0,41	6,76
São Paulo	104,40	0,29	3,12	3,03
Santa Catarina	114,74	0,63	4,09	3,77
Rio Grande do Sul	80,45	1,05	2,49	5,36
Média do Grupo IV	99,86	0,66	3,23	4,05
Média Geral	58,16	0,12	0,53	4,25

Impacto do uso de drogas na população brasileira –

análise de dados epidemiológicos de indicadores – 2001 a 2007

MARCELO SANTOS CRUZ*

Apresentamos, a seguir, a análise sobre dados que refletem o impacto do consumo de drogas sobre a saúde e o trabalho no Brasil. Os dados constituem indicadores que descrevem a sobrecarga do consumo de substâncias psicoativas, podendo ser analisados de forma global, portanto, informando sobre o panorama no Brasil como um todo, ou categorizados por regiões ou cidades. Os dados levantados incluem indicadores de saúde, como as taxas de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, hepatites com provável infecção pelo uso de drogas, mortalidade, internações, afastamentos do trabalho e aposentadoria associados ao uso de drogas, além de uma análise global envolvendo o agrupamento de alguns destes indicadores.

O consumo de substâncias psicoativas afeta de maneira profunda amplos aspectos da vida das pessoas que as utilizam e dos grupos nos quais elas estão inseridas. Além do uso recreativo ou ritual, inserido na cultura e na economia dos países, em muitos casos o consumo de drogas se associa a problemas graves como a ocorrência de acidentes, violência, produção ou agravamento de doenças variadas, queda no desempenho escolar ou no trabalho, transtornos mentais e conflitos familiares, entre outros. A análise aqui apresentada refere-se a dados que identificam apenas uma fração dos problemas associados ao uso de drogas. No entanto, os dados analisados oferecem informações importantes sobre aspectos relevantes e refletem de modo inequívoco a gravidade, amplitude e magnitude desses problemas em nosso país. Os indicadores analisados também demonstram que cada um dos problemas levantados revela prejuízos que se estendem em múltiplas dimensões sociais e individuais. Por exemplo, cada internação por problema relacionado ao consumo de drogas implica em um custo econômico para o sistema de saúde, mas também significa alto grau de sofrimento individual e para a família daquele que é internado. O crescimento ou a diminuição de cada taxa analisada pode resultar em modificações nas políticas de assistência e prevenção, desencadeando uma série de ações e investimentos com reflexos em campos diversos como a economia, a educação, a legislação, além, evidentemente, da saúde. Portanto, as informações devem ser lidas não como números frios, mas como uma janela para uma realidade complexa de impactos sociais e sobre a vida de pessoas e seus familiares e que, portanto, exigem ações consistentes.

Ao discutir os efeitos adversos do consumo de substâncias psicoativas, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004) descreve como esses efeitos podem ser divididos em agudos ou crônicos e resultarem de interações de múltiplos fatores como a vulnerabilidade ou resiliência individuais, a existência ou não de suporte familiar e social, o tipo e padrão do uso de substâncias.

* Médico, Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas do Instituto de Psiquiatria PROJAD/IPUB/UFRJ.

Tanto os efeitos agudos como os crônicos podem incluir danos individuais ou sociais e prejuízos à saúde ou outras áreas como o trabalho e a educação. A OMS tem desenvolvido indicadores e estudos para avaliar a sobrecarga do consumo de substâncias nos diversos países e regiões. Entre esses indicadores está o DALYs, que faz uma estimativa da carga imposta à sociedade por mortes prematuras e anos vividos com perda, por incapacidade (OMS, 2004). Este indicador soma-se, por exemplo, à taxa de mortalidade, para demonstrar que há graves repercussões pelo uso de drogas que podem ser medidas não apenas pelo número de anos diminuídos à expectativa de vida devido ao uso de uma substância, mas também pelo número estimado de anos vividos com incapacidades relacionadas ao consumo da mesma substância. Desta forma, segundo a OMS, a taxa de mortalidade informa que o uso do tabaco diminui em 7 anos a expectativa de vida entre homens nos países desenvolvidos, enquanto a taxa DALYs mostra que, para esse mesmo grupo cerca de 3,4 anos são vividos com incapacitações relacionadas ao uso de tabaco (OMS, 2004). No Brasil, o levantamento de dados epidemiológicos pode propiciar uma visão mais precisa sobre o impacto do uso de substâncias psicoativas, além de permitir posteriormente, comparar esse impacto com o produzido por outras formas de adoecer; e, também, analisar os dados nacionais em contraste com os de outros países.

Mortalidade

No levantamento de dados, no ano de 2007, 4,3 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil são relacionados ao uso de drogas. As taxas de mortalidade associada ao uso de drogas mostram que o álcool é associado a cerca de 90% das mortes. Assim, o álcool seria responsável pela morte de 3,9 pessoas em cada 100.000 habitantes no Brasil. Segundo dados epidemiológicos de 2002, disponibilizados pela OMS (2009a), a taxa encontrada no Brasil é superior à de alguns países (Argentina 1,9; Chile 2,3; Itália, 0,4; Japão 0,4; Portugal 0,7; Grã-Bretanha 1,7; Austrália 1,4; Estados Unidos 2,4) semelhante à de outros (México 3,9), mas, também, inferior à de outros (França 5,6; Alemanha, 6,2; Rússia 5,8).

No Brasil a mortalidade por drogas aumentou no período de 2001 a 2007. Entre os diagnósticos associados à mortalidade pelo uso do álcool, a dependência do álcool é a causa mais frequente, seguida de intoxicação, abstinência ou abstinência com delirium. Esta distribuição sugere que a maior parte dos casos de morte relacionados ao uso do álcool se refere às situações em que as doenças decorrentes do uso crônico e descontrolado da substância devem ter contribuído decisivamente para o óbito, sendo os quadros agudos, como as intoxicações e as abstinências, causas menos frequentes.

O uso crônico do álcool está associado a múltiplas doenças potencialmente letais (BRASIL, 2004b). O etanol é tóxico para todos os sistemas orgânicos e doenças do aparelho digestivo, do sistema cardiovascular, cânceres de vários órgãos, desnutrição e deficiências vitamínicas são causas frequentes de morte. Entre as doenças do aparelho digestivo, a cirrose hepática, com ou sem sangramento de varizes esofagianas, seguida de insuficiência hepática, o câncer hepático, as pancreatites agudas ou crônicas e as síndromes disabsortivas intestinais são as mais graves e fatais. O sistema cardiovascular é gravemente atingido pelo uso abusivo do álcool, que pode

provocar hipertensão arterial, arritmias cardíacas, miocardiopatia alcoólica e acidentes vasculares cerebrais. Além do câncer hepático, o álcool aumenta a incidência do câncer de mama e de estômago. O uso crônico do álcool leva à desnutrição pela substituição da ingesta de alimentos nutritivos pelas calorias do álcool, além de prejudicar a absorção dos nutrientes, como as vitaminas e proteínas (CRUZ e FELICÍSSIMO, 2006).

Quadros agudos, como a intoxicação ou a abstinência do álcool, também podem levar à morte, por meio de graves desequilíbrios do controle dos líquidos e sais corporais, arritmias cardíacas, alterações da pressão arterial e da glicemia, além de crises convulsivas. Provavelmente, os acidentes e a violência relacionados à intoxicação pelo álcool não são incluídos nos dados analisados como causa de morte. Estas graves consequências do uso abusivo do álcool concorrem para grande aumento da mortalidade em nosso país e a sua dimensão tem sido documentada em registros dos sistemas de controle de transportes, registros policiais e de serviços de emergências.

Entre os dados estudados, o fato de ser o tabaco relacionado a apenas 6,3% das mortes também sugere um viés do registro. No Brasil, o álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas, sendo a dependência do álcool encontrada em mais de 12% da população com mais de 12 anos de idade, vindo o tabaco logo em seguida, com prevalência de dependência de mais de 10% (CARLINI et al., 2007). Uma vez que o uso do tabaco se associa a inúmeras doenças fatais, não seria esperado que o álcool fosse associado a mais de 90% e o tabaco a apenas 6,3% das mortes ligadas ao uso de drogas. Sabe-se que em todo o mundo o tabagismo encontra-se entre as maiores causas de mortalidade (OMS, 2009b). É possível que os dados reflitam uma forma de registro em que as doenças provocadas pelo tabaco (como por exemplo, o câncer de pulmão, o enfisema ou a bronquite pulmonares, o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e outros cânceres) sejam indicadas como a causa da morte sem que seja registrado o uso associado do tabaco.

Em pesquisa recente no Brasil, apenas 2,9% de pessoas entre 12 e 65 anos relataram já ter usado cocaína pelo menos uma vez na vida (CARLINI et al., 2007). Assim, não surpreende a baixa taxa de 0,4% de mortalidade relacionada ao uso desta droga. O uso de cocaína pode levar diretamente à morte por induzir arritmias cardíacas, infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e crises convulsivas. O uso por via injetável está associado à transmissão da aids, hepatites B e C e outras doenças potencialmente fatais, além de sujeitar o usuário ao risco de doenças como embolias e endocardite bacteriana. É possível que outras mortes ligadas à violência também se relacionem direta ou indiretamente ao uso da droga, ou mais provavelmente, às disputas por pontos de tráfico e à repressão policial. No registro de óbito nestes casos, não se assinala o uso da cocaína como causa associada.

As Regiões Sudeste, Nordeste e Sul são as com maiores percentagens de óbitos associados ao uso do álcool. O levantamento de 2005 mostra que as maiores percentagens de dependentes de álcool são encontrados no Nordeste (13,8%), e Sudeste (12,7%). O Sul, apesar de apresentar alta taxa de mortalidade relacionada ao uso do álcool, apresenta prevalência de dependência mais baixa (9%). Por outro lado, o Centro-Oeste, que tem uma prevalência de dependência tão alta quanto o Sudeste (12,7%), não aparece entre as regiões com maior taxa de mortalidade associada ao uso do álcool. Uma possível explicação para a aparente discrepância pode ser encontrada na informação da OMS de que, nos países desenvolvidos, o álcool (e o tabaco) tem

uma maior participação na mortalidade do que nos países subdesenvolvidos (OMS, 2004). Isto ocorre porque, nos países desenvolvidos, outras causas de doenças preveníveis e relacionadas à pobreza têm participação menor na mortalidade aumentando a participação relativa do álcool e do tabaco. Sendo o Sul uma região mais desenvolvida, de forma semelhante, o álcool pode ter tido sua participação relativa aumentada como causa de morte.

A maior parte (cerca de 30%) das mortes relacionadas ao uso de drogas ocorre na faixa etária de 40 a 49 anos, seguidas de 50 a 59 anos e de 30 a 39 anos. Novamente, a relevância do consumo do álcool é demonstrada, uma vez que esta substância cujo consumo se inicia na adolescência leva décadas para produzir seus efeitos mais danosos.

A mortalidade associada ao uso de drogas é muito mais frequente entre os homens (87%) no Brasil, refletindo a distribuição de consumo entre os gêneros. No levantamento de 2005, a proporção de homens dependentes do álcool era o triplo da de mulheres (CARLINI et al., 2007).

Para complementar a análise do impacto do uso de drogas sobre a mortalidade no Brasil, é importante situar as taxas encontradas entre aquelas relacionadas a outras causas de mortes no país.

Além disso, é essencial ter em mente que as taxas encontradas são muito provavelmente subnotificadas, uma vez que o uso de substâncias nem sempre é identificado como associado à morte. Isto ocorre porque esse uso pode provocar doenças que podem levar muitos anos para matar, sendo a associação não percebida ou não notificada. Além disso, o consumo de drogas se associa a muitas mortes por meio da violência e de acidentes e pode-se supor que a relação não seja notificada.

Internações

O uso abusivo de substâncias psicoativas pode provocar diversas formas de adoecer psíquico e existem diferentes formas de abordá-los. O crescimento dos problemas relacionados ao uso de drogas, observado nas últimas décadas no Brasil, provocou modificações das políticas públicas de assistência e prevenção. Entre essas modificações encontra-se a construção de uma rede nacional de assistência extra-hospitalar para pessoas com problemas com drogas. Esta rede inclui serviços como os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPS ad) e a articulação desses dispositivos com as demais unidades de saúde (CAPS gerais, CAPS para infância e adolescência, Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da Família, Postos de Saúde, Ambulatórios Psiquiátricos, Residências Terapêuticas, Hospitais Gerais e Hospitais Psiquiátricos). A construção dessa rede e a capacitação de seus profissionais para a atenção aos problemas com álcool e drogas têm, entre as suas diretrizes, a mudança do modelo de uma assistência centrada na internação psiquiátrica para uma atenção integral extra-hospitalar. Paralelamente, a política de saúde mental promoveu o progressivo fechamento de leitos psiquiátricos, diminuindo a disponibilidade para internação de pessoas com problemas com drogas. Assim, o que se estimula hoje em dia é que pessoas com problemas com drogas sejam atendidas nas variadas unidades da rede, de acordo com a gravidade de sua situação, ficando as internações indicadas apenas para os casos graves de intoxicações, abstinência ou dependência com risco de vida, em que o paciente não consegue resolução de sua situação no atendimento extra-hospitalar.

Os dados que analisamos sobre as internações decorrentes do uso de drogas refletem essa mudança da política para uma atenção extra-hospitalar. Assim, os números de internações por uso de droga mostram um aumento gradual até 2003 (de 143.199 internações em 2001 para 145.070 em 2003) com diminuição progressiva de 2004 (134.573) a 2006 (129.619) e com um posterior aumento em 2007 (134.674). A quantidade de internações em 2007 foi, ainda assim, bem menor que em 2001. É possível que o aumento em 2007 reflita não a reversão da tendência de queda, mas um ponto fora da curva descendente.

As internações ocorrem, em sua maioria, entre os 20 e os 59 anos de idade, sendo mais da metade do total (57,9%) entre 30 e 49 anos. Refletindo a predominância do consumo e a prevalência de dependência maior entre homens, 88% dos pacientes internados com problemas com drogas são do sexo masculino. Confirmando os achados de mortalidade e os dados de prevalência (CARLINI et al., 2007), o álcool é responsável pela maioria das internações. Embora a dependência do tabaco seja a segunda mais prevalente no Brasil, seu tratamento é feito fora do hospital, sendo natural que não seja encontrada como causa de internação. Depois do álcool, vêm as internações por múltiplas drogas. Observa-se uma tendência à diminuição da participação relativa das internações motivadas pelo uso do álcool e um crescimento daquelas relacionadas a múltiplas drogas.

No que se refere à identificação de internação por múltiplas drogas, pode-se pensar que o sistema de notificação não permite o detalhamento que reflita o panorama real das causas de internação. O que se observa nos serviços de assistência é que, de fato, a maior parte das pessoas em tratamento lá está devido aos problemas com o álcool. A seguir, aparece a cocaína e a maconha, mas, muitas vezes, este consumo vem associado a outras drogas, inclusive o álcool. Além disso, embora muitas pessoas usem mais de um tipo de droga, muitas vezes a gravidade do uso se restringe a uma ou duas delas, constituindo estas as indicações de internação, sendo o consumo das demais, fenômenos secundários ou menos relevantes. Desse modo, quando é notificada a internação por múltiplas drogas, perde-se a possibilidade de distinguir quais drogas efetivamente motivaram a internação. Mais precisão haveria se a notificação indicasse claramente que, por exemplo, o paciente A foi internado por uso de álcool, o paciente B por uso de cocaína e álcool e o paciente C por uso de maconha, cocaína e álcool, ficando a categoria “múltiplas drogas” reservada para os casos em que há o uso simultâneo de número maior de substâncias. Da forma como é feito o registro atualmente, o aumento progressivo das internações por múltiplas drogas analisado acima pode refletir simplesmente o aumento do consumo de outras drogas além do álcool, como descrito nos levantamentos epidemiológicos (CARLINI et al., 2007).

A grande variação do número de internações por 100.000 habitantes, observada quando as diversas capitais são comparadas, pode ser um reflexo da heterogeneidade da rede de assistência. Há cidades que contam com uma rede extra-hospitalar mais completa e atuante. Outras que, talvez, tenham maior disponibilidade de leitos psiquiátricos e, nas quais, parte relevante do tratamento ainda é feito em regime de internação. Em 2007, os números variavam de 2,6 internações por 100.000 habitantes em Macapá a 405,9 internações por 100.000 habitantes em Aracaju. Ao longo do tempo também se observam modificações importantes, como é a tendência de queda de internações em Rio Branco (de 136,9 por 100.000 habitantes em 2001 para 20,6 em 2007) ou no Rio de Janeiro (de 82,1 por 100.000 habitantes em 2001 para 53,7 em 2007). Essas diferenças entre

idades e as modificações no tempo devem ser um reflexo das políticas e da estrutura da rede de assistência e, não, do padrão ou gravidade do consumo de drogas e suas consequências.

Os dados analisados referem-se às internações por transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas e demonstram a grande sobrecarga sobre o sistema de saúde. Não são aqui analisadas as internações resultantes das intercorrências clínicas do uso de drogas que ocorrem em hospitais gerais. A magnitude da sobrecarga dessas intercorrências clínicas pode ser depreendida da análise dos dados de mortalidade. Para os pacientes, internações significam afastamento da família, convivência prolongada com estranhos (pacientes e equipe de saúde) em ambiente não familiar, necessidade de adaptação a regras e rotinas definidas por outros, interrupção do trabalho e, em muitos casos, queda dos rendimentos auferidos pelo trabalho formal ou informal. Além de todos esses prejuízos, a internação psiquiátrica muitas vezes implica em estigmatização. As dificuldades de re-inserção social são reflexos dessas consequências das internações, além daquelas advindas dos problemas com as drogas em si. Para o sistema de saúde, internações significam enorme custo financeiro, necessitando de manutenção de estrutura física e de pessoal capacitado.

Aids

A associação entre uso de drogas e a aquisição de algumas doenças infecciosas é multicausal. O indivíduo sob o efeito de substâncias psicoativas utilizadas de diferentes formas (oral, inalatória ou endovenosa) tem maior chance de se colocar em situação de risco para aquisição das doenças sexualmente transmitidas (DST) uma vez que o efeito da droga prejudica sua capacidade de julgamento, levando-o a negligenciar os cuidados, como a prática de sexo seguro. As doenças mais comumente adquiridas na população em geral e às quais os usuários de drogas estão particularmente vulneráveis são a sífilis, a gonorreia, a clamídia, a aids e as hepatites B e C. Sífilis (com exceção da forma congênita, transmitida da mãe contaminada para o feto), gonorreia e clamídia podem ser tratadas com bons resultados se diagnosticadas antes de desencadearem complicações, mas não são doenças de notificação compulsória e sua vigilância sistemática infelizmente ainda não faz parte da rotina em todos os serviços.

A outra forma de veiculação de agentes infecciosos entre os usuários de drogas é a via hematogênica, que ocorre quando o agente é inoculado pelo uso endovenoso de substâncias psicoativas. Os usuários de drogas endovenosas estão expostos a bactérias, vírus e parasitas, que são injetados diretamente no sistema venoso, sem que as barreiras naturais de proteção possam ser eficazes. Exemplos de doenças que podem ser transmitidas nesta situação são a malária, a doença de Chagas, as diferentes infecções bacterianas, a aids e as hepatites B e C.

Os usuários de drogas de forma geral demoram a buscar e a se inserir no sistema de saúde em que os testes diagnósticos para as doenças infecciosas estão disponíveis. Isto é particularmente relevante no caso da população masculina. As mulheres têm, nas gestações e partos, oportunidades para a realização de exames laboratoriais, notificação e encaminhamento para tratamento. Sendo o uso de drogas mais frequente entre os homens que, por sua vez, se mantêm mais afas-

tados do sistema de saúde, podemos supor que haja importante subnotificação da coexistência de uso de drogas e doenças infecciosas.

Desde 1992, são desenvolvidas no Brasil práticas de prevenção do contágio da aids, especificamente dirigidas para usuários de drogas injetáveis. Essas práticas se baseiam na estratégia de Redução de Danos. Redução de Danos é uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de drogas que não pressupõe a extinção do uso de drogas, seja no âmbito do coletivo, seja no de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuam os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais em que vivem (CRUZ, SÁAD e FERREIRA, 2003). Essas práticas são inseridas pelo Ministério da Saúde do Brasil entre suas premissas básicas para assistência e prevenção (BRASIL, 2004a) e referendadas na Política Nacional sobre Drogas no III Fórum Nacional sobre Drogas realizado, em 2005, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – (BRASIL, 2005).

No campo da prevenção, as estratégias de Redução de Danos significam a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo dessas substâncias. No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue deixar de usar uma droga, as ações são no sentido de que ele o faça de forma não injetável. Se ele ainda não consegue isto, que o faça sem compartilhar seringas. Se ele ainda não consegue, que ele e os parceiros usem métodos eficientes de esterilização do equipamento de injeção, e assim por diante. A troca de seringas é apenas uma das ações nessa direção. Junto a essa tarefa, obrigatoriamente, são realizadas outras ações, tais como oferecer tratamento para a dependência da substância, exames clínicos para doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, tratamento para doenças clínicas, educação com material educativo apropriado sobre a prevenção de doenças de contágio sexual e venoso (CRUZ, SÁAD e FERREIRA, 2003).

Os programas de Redução de Danos dirigidos aos usuários de drogas injetáveis foram criados em grande número pelo Brasil, com o apoio do Ministério da Saúde, e integraram outras ações de atenção à epidemia de aids, ações que têm tido seu sucesso corroborado no Brasil e no exterior. Em 2003, já havia cerca de 80 desses programas em funcionamento em nosso país (BASTOS, 2003). As ações de Redução de Danos para a aids, iniciadas a partir de 1992, não foram seguidas pelo aumento do consumo de drogas injetáveis ou da contaminação com o HIV e outras doenças de contágio por via venosa como era a preocupação daqueles que, então, já se posicionavam contra a estratégia de Redução de Danos. Ao contrário, há evidências da diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de aids entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 4.092 (29,5% do total) em 1993 para 1.506 (13% do total) em 2003 (BRASIL, 2004a). Os dados discutidos no presente texto novamente corroboram a eficiência das estratégias de Redução de Danos, como será descrito adiante.

Os dados analisados mostram que, ao longo dos anos 2001 a 2007, houve no Brasil queda no número de indivíduos com aids associada ao uso de drogas endovenosas. No período examinado, houve queda ano a ano, indo de 3.100 casos em 2001 para 1.031 casos em 2007. A queda ocorreu em todas as regiões. Como a queda nas Regiões Sul, Norte e Nordeste ocorreu de forma menos

acentuada, houve aumento da participação (percentual) destas regiões nos registros de casos de aids. O aumento relativo nestas regiões não deve ser confundido com um aumento em números absolutos, pois, como já dito, a diminuição de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis ocorreu em todas as regiões estudadas.

O estado do Rio Grande do Sul apresenta a maior percentagem (18%) de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis sobre o número total de casos de aids, seguido de Santa Catarina (14%), São Paulo (10%) e Paraná (9%). Essas tendências observadas entre usuários de drogas endovenosas estão de acordo com as tendências de incidência do número geral de casos notificados ao Programa Nacional DST/AIDS (BRASIL, 2008) e podem refletir variações da epidemia nas diferentes regiões ou aspectos relacionados aos sistemas de notificação nas diferentes áreas do Brasil. Há estudos que descrevem a associação desta distribuição geográfica àquela das rotas de tráfico da cocaína dos países exportadores, passando pelas cidades do sul do Brasil em direção às cidades portuárias de onde a droga é levada para a Europa e América do Norte (BARCELLOS e BASTOS, 1996).

Considerando a distribuição de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis por 100.000 habitantes, no ano de 2007, a tendência persiste com maior participação dos estados de Rio Grande do Sul (2,6), Santa Catarina (1,7), São Paulo (0,9) e Paraná (0,7), mas com o surpreendente aparecimento, entre estes, do estado de Roraima (0,8). Fatores locais a serem mais bem conhecidos podem explicar distribuições regionais, as quais podem ser relacionadas a culturas locais de padrões de uso de drogas. Dentro de cada estado, a distribuição também apresenta variações e diferentes participações relativas das capitais e das demais cidades do estado. De uma forma geral, as capitais têm uma participação maior do que o restante das cidades em cada estado, mas não em São Paulo, cuja capital corresponde a proporção relativamente menor que o estado de São Paulo como um todo. Pode-se supor que essa maior participação das cidades do interior de São Paulo reflita a disponibilidade de cocaína em cidades com uma classe média emergente, em prósperos centros urbanos que se situam nas rotas do tráfico da droga (BARCELLOS e BASTOS, 1996).

Ainda sobre os aspectos regionais, assinala-se que, mesmo sendo o Rio Grande do Sul e sua capital, Porto Alegre, áreas com grande participação no panorama geral dos casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, também lá se nota importante tendência à diminuição. Em Porto Alegre, por exemplo, o número de casos de aids nesta categoria de exposição diminuiu de 23,5 por 100.000 habitantes em 2001 para 9,0, em 2007.

No período analisado, aumentou o número de casos notificados em indivíduos com idades mais avançadas, sendo a maior concentração entre aqueles de 25 a 49 anos. Estes dados não significam necessariamente que a infecção esteja sendo adquirida por indivíduos nessa faixa etária. A notificação dos casos de aids costuma ocorrer quando os pacientes apresentam sintomas clínicos e procuram tratamento. Nesta situação, a aquisição da infecção pode ter ocorrido muito tempo antes, já que o período de latência da infecção pelo HIV costuma durar muitos anos. Assim sendo, casos notificados entre terceira e quinta décadas de vida podem ter sido adquiridos durante a adolescência e a juventude. Além disso, os dados mostram que, com o passar do tempo, diminui a participação dos casos de aids entre os mais jovens e aumenta entre os mais velhos. Assim, observa-se o decréscimo da participação das faixas etárias mais jovens (20 a 24

anos: 9,7% em 2001 e 5,1% em 2007 - 25 a 29 anos: 20,0% em 2001 e 14,5% em 2007 - e 30 a 34 anos: 28,0% em 2001 e 20,4% em 2007) e aumento nas mais velhas (35 a 39 anos: 21,8% em 2001 e 23,8% em 2007 - e 40 a 49 anos: 16,4% em 2001 e 28,4% em 2007). Tal mudança corrobora a hipótese de um contágio no passado, além de sugerir que os jovens podem estar se expondo menos ao contágio pelo uso de drogas injetáveis. A grande maioria dos casos de aids em usuários de drogas injetáveis (80%) ocorreu em indivíduos do sexo masculino.

Hepatites

Durante o período de 2001 a 2007, o número de casos de hepatites B e C em usuários de drogas se manteve crescente, com exceção do ano de 2006. A importância dessas duas infecções se deve à capacidade de cronificação das duas doenças e às graves complicações que podem decorrer da atividade persistente do vírus no fígado, principalmente a cirrose e o câncer hepático.

Os dados mostram que a ocorrência de hepatite C nesta população é significativamente maior que a de hepatite B. Isto ocorre provavelmente porque o vírus da hepatite C é mais facilmente transmitido por via injetável e se torna crônico com maior frequência.

A diminuição da contaminação pelos vírus das hepatites B e C também é um objetivo das práticas preventivas baseadas na estratégia de Redução de Danos. De modo semelhante ao que se observou no país ao analisar os resultados das estratégias de Redução de Danos sobre o contágio pela aids entre usuários de drogas injetáveis, estudos realizados em Santos (MESQUITA et al., 2001), Rio de Janeiro (BASTOS, TELLES e HACKER, 2001) e Salvador (ANDRADE et al., 2001) encontraram importante queda na prevalência de soropositividade para HIV, hepatites B e C quando comparados com estudos realizados nessas cidades antes da instituição de estratégias de Redução de Danos. Nos grupos atendidos pelas estratégias de Redução de Danos, essas pesquisas também encontraram diminuição da frequência do uso injetável e do compartilhamento de seringas (em Santos, Rio de Janeiro e Salvador) e aumento do uso de preservativos (Salvador). Os resultados dos estudos realizados no Brasil são consistentes com aqueles efetuados nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, Holanda e Austrália (Des JARLAIS et al., 1994; NADELMANN, MCNEELY & DRUCKER, 1997).

Assim, o crescimento do número de casos de hepatite B e hepatite C encontrado entre os dados aqui examinados faz contraste com o que se observa nos estudos citados acima e com o que se percebe nos dados descritos sobre a aids entre usuários de drogas injetáveis. Os dados disponíveis não permitem esclarecer as razões do crescimento observado de casos de hepatite. Uma hipótese provável é a de que esses dados reflitam a melhora na capacidade diagnóstica e, principalmente, o aperfeiçoamento dos processos de registro e notificação das hepatites no país.

Da mesma forma que as demais repercussões negativas do uso de drogas, os casos de hepatites B e C são mais frequentes entre indivíduos do sexo masculino. A maior frequência de casos nas Regiões Sul e Sudeste reflete o padrão do uso de cocaína injetável, mais frequente nessas regiões. Porto Alegre e São Paulo são as cidades com maiores taxas, mas houve crescimento recente do número de casos em Vitória.

De modo semelhante ao que se observa com os dados sobre aids, parece haver uma migração de casos de hepatites para faixas etárias mais velhas. Assim, a participação da faixa etária entre 20 e 39 anos de casos de hepatite B caiu de 45,5% em 2001 para 22,0% em 2007. A faixa etária de 40 a 49 anos também apresentou queda, contribuindo para 45,4% dos casos em 2001 e 29,9% em 2007, enquanto a faixa entre 50 e 59 anos, que tinha 0% em 2001 passou para 32,7% em 2007. No caso da hepatite C, o mesmo fenômeno se repete.

Afastamentos do trabalho e aposentadorias

O trabalho é outra dimensão da experiência humana em que o uso abusivo de drogas provoca grande impacto. As alterações das habilidades psíquicas provocadas por intoxicação, abstinência, quadros psicóticos ou outros transtornos mentais interferem, de modo marcante, na produção de trabalhadores de todas as áreas e envolvem igualmente pessoas com baixa ou alta posição nos escalões profissionais. O consumo descontrolado de substâncias psicoativas se reflete em faltas e atrasos no trabalho, diminuição da produtividade, aumento das dificuldades de relacionamento com colegas e chefias. Devido à grande quantidade de pessoas que fazem uso abusivo de drogas no Brasil, fato documentado nos estudos epidemiológicos, pode-se supor que as repercussões negativas descritas acima como decorrentes do uso indevido representam gigantesca perda de produtividade para as pessoas envolvidas, para as empresas e para o país. Portanto, o dimensionamento desses prejuízos é outra maneira de avaliar o impacto do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Entre as repercussões negativas para o trabalho encontram-se o afastamento temporário do emprego e as aposentadorias precoces. Estes são os dados que analisaremos a seguir, pois podem ser tomados como representativos dos prejuízos globais para as atividades laborativas.

Entre os dados examinados, o álcool (56,7%) seguido da cocaína (20,1%) são as drogas responsáveis pelo maior número de afastamentos do trabalho. A relevância do álcool é coerente com as taxas de prevalência já descritas e com as demais repercussões relacionadas ao uso dessa droga. No caso da cocaína, no entanto, chama a atenção que embora a prevalência do uso na vida desta substância não chegue a 3% da população entre 12 e 65 anos (CARLINI et al., 2007), a substância é responsável por mais de um quinto dos afastamentos do trabalho relativos ao uso de drogas. Pode-se interrogar se isto se dá pelo fato de que a droga provoca intensa desorganização na vida dos indivíduos. O agravamento de conflitos profissionais e familiares, o envolvimento com atividades ilícitas, a rapidez do desenvolvimento de uso compulsivo e a negligência com compromissos e obrigações são observados com frequência entre pessoas que fazem uso abusivo de cocaína. Os dados levantados indicam também que a participação da cocaína como causa do afastamento do trabalho cresceu continuamente passando de 14,1% dos casos em 2001 para 23,1% em 2007, refletindo o crescimento do consumo da droga documentado nos estudos epidemiológicos.

A maior parte dos afastamentos do trabalho se dá na faixa etária que vai dos 20 aos 49 anos, ou seja, justamente nos anos mais produtivos da vida do trabalhador. No caso dos afastamentos relacionados ao uso do álcool, a faixa etária mais atingida encontra-se entre 40 e 49 anos, enquanto 50% dos afastamentos relacionados à intoxicação pela cocaína ocorre entre os 20 e 29

anos. Estes dados refletem tanto diferenças culturais de consumo de drogas (pessoas mais jovens mais frequentemente usam cocaína do que pessoas mais velhas) quanto o tempo decorrido entre o início do uso da droga e o surgimento dos problemas relacionados a ela (alguns anos para a cocaína e em torno de duas décadas para o álcool). Apesar disso, os dados mostram aumento progressivo dos afastamentos por cocaína ao longo do período estudado na faixa etária que vai dos 30 aos 39 anos de idade. Assim, em 2001, esta faixa etária correspondia a 25,5% dos casos de afastamento por intoxicação por cocaína, passando a 40,7% dos afastamentos em 2006. Este dado pode refletir o envelhecimento da população de dependentes pesados de cocaína.

O afastamento do trabalho relacionado ao uso de substâncias psicoativas é marcadamente mais frequente entre homens do que entre mulheres. Observa-se essa tendência quando a causa descrita é a intoxicação pelo uso do álcool ou pela cocaína e, nas duas situações, os homens constituem mais de 90% dos afastados. As diferenças de gênero são coerentes com a maior participação dos homens no consumo e uso abusivo de substâncias psicoativas.

Quanto às aposentadorias, o álcool é responsável pela maior proporção, seguido pelos opióides, cocaína e múltiplas drogas. O álcool é responsável por 75,3% dos casos de aposentadoria e os opióides por 10,6%. Mais uma vez, destacam-se os problemas relacionados ao uso das bebidas alcoólicas no Brasil, ficando por ser explicada a alta taxa encontrada de aposentadorias relacionadas ao uso de opióides. Segundo o II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas (CARLINI et al., 2007), os opióides (incluindo a codeína, a heroína e outros analgésicos opióides) já foram usados pelo menos uma vez na vida por 3,3% da população entre 12 e 65 anos, mas apenas 0,9% relatou uso no último ano e 0,5% no último mês. Nesse levantamento, o número de casos de dependência de opióides não encontrou relevância estatisticamente significativa. Assim, a grande participação dos opióides como causa de aposentadoria resta por ser explicada. Uma hipótese a ser pesquisada é que essas substâncias, embora utilizadas abusivamente por proporção pequena de brasileiros, estão relacionadas a casos muito graves, com grande dificuldade de interrupção do uso e importante prejuízo para as práticas profissionais.

A faixa etária de maior proporção de aposentadorias vai dos 40 aos 59 anos, sendo do sexo masculino 86% dos aposentados por uso de drogas.

A mudança nas faixas etárias prejudicadas pelo uso de cocaína, observada ao longo dos anos sobre os afastamentos do trabalho, também se observa no caso das aposentadorias, pois até 2003 a maioria dos aposentados por cocaína se encontrava na faixa entre 30 e 49 anos, passando para a faixa de 40 a 49 anos depois de 2004.

Análise global envolvendo indicadores de saúde

Foram analisados os indicadores de saúde conjuntamente por meio de Análise de Componentes Principais e Análise de Agrupamentos. Foram utilizados como indicadores as taxas de internações, mortalidade, casos de aids e de hepatite C. Este estudo mostrou que há grupos de estados que se distinguem dos demais pelas baixas taxas em todos os indicadores estudados: Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Pará. Podemos levantar a hipótese

de que estes estados apresentam baixas taxas porque têm consumo menor de algumas substâncias como a cocaína (que pela possibilidade do uso injetável, é a droga mais associada à aids e a hepatites no Brasil), por terem menor disponibilidade de leitos para internação e, talvez também, por menor precisão nas notificações. Por outro lado, há estados que se situam no extremo oposto, por concentrarem altas taxas de internação e as mais altas taxas de aids e hepatite C. Estes são os estados de São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Estes estados aparecem em todas as análises com taxas de uso de cocaína injetável muito maiores do que as dos demais estados.

Considerações finais

Os dados analisados documentam, de forma indubitável, o grave impacto que o uso abusivo de substâncias psicoativas têm em áreas relevantes da realidade brasileira, como são a saúde e o trabalho, com graves repercussões para a sociedade como um todo. Até alguns anos atrás, a sociedade brasileira e mesmo as instituições que definiam as políticas de saúde negligenciavam a gravidade desses problemas. Quando os problemas com as drogas eram discutidos, o debate se restringia às drogas ilícitas. O informe presente demonstra, mais uma vez, a relevância dos problemas associados ao uso do álcool, responsável por 90% das mortes relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, mortalidade esta maior do que a de muitos países desenvolvidos ou situados em patamar de desenvolvimento semelhante ao nosso.

Alta mortalidade relacionada ao uso do álcool é observada nas Regiões Sudeste, Sul e Nordeste. Esta última já aparecia em outros estudos como a região que possui as maiores taxas de dependentes do álcool no país (CARLINI et al., 2007). A relevância do álcool também aparece na análise das causas de internação, pois é responsável por 83,6% delas. Os problemas com o álcool igualmente chamam a atenção quando são analisadas as causas de afastamentos de trabalho e aposentadorias.

No que se refere aos casos de aids, hepatites B e C, a maior distribuição dessas doenças pela Região Sul e no estado de São Paulo confirmam o padrão de maior consumo de cocaína nessas áreas, uma vez que o uso dessa droga com o compartilhamento de seringas é uma das formas mais importantes de contaminação. Os dados demonstram a importante queda do número de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, mas revelam o crescimento do número de casos de hepatites. As razões para esta discrepância restam por serem esclarecidas, sendo o aprimoramento das notificações uma explicação possível.

Características dos processos atuais de notificações de doenças também podem ser apontados como responsáveis por resultados implausíveis ou obscuros, encontrados nos dados levantados como as baixas taxas de mortalidade relacionada ao tabaco e o crescimento do número de internações por múltiplas drogas. Grande quantidade de dados sobre problemas com drogas não é elucidada pelos sistemas de registro que geram dados analisados no presente texto. Esta parte importante da sobrecarga provocada pelos problemas com as drogas só pode ser identificada de forma indireta, como é o caso da mortalidade por violência ligada ao uso, disputas do tráfico de drogas e sua repressão, além dos acidentes e das internações por doenças não psiquiátricas, causadas pelo uso abusivo de drogas.

Os dados analisados confirmam que os problemas relacionados ao uso da cocaína ganham relevo nos registros de casos de aids e hepatites e na participação grande e crescente dessa droga entre os casos de afastamento do trabalho.

Em todos os indicadores analisados encontra-se grande participação de indivíduos do sexo masculino e das faixas etárias mais produtivas dos trabalhadores.

Os dados apresentados reforçam a necessidade de iniciativas dirigidas para a uma política que contemple amplamente as questões relativas ao consumo de drogas, bem como a prevenção e o tratamento dos problemas relacionados ao uso abusivo. A enorme dimensão desses problemas que sobrecarregam toda a sociedade brasileira exige ações que aperfeiçoem sua abordagem considerando a complexidade da questão, a inserção cultural do uso de substâncias, as diferenças regionais de padrões de consumo e disponibilidade de recursos e a vulnerabilidade de parcelas da população.

Referências

- ANDRADE, T.M.; DOURADO, M.I.; FARIAS, A.H.; CASTRO, B.G. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 95–114, 2001.
- BARCELLOS C.E.; BASTOS F.I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 121: 11–24, 1996.
- BASTOS, F.I. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: *Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos*. Cristiane M. A. Sampaio e Marcelo A. Campos (org). Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos, 15–41, 2003.
- BASTOS F.I.; TELLES P.; HACKER M. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sobre controle?” In: *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 49–78, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. *Boletim Epidemiológico*, dezembro 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Último acesso em 17 de maio de 2009.
- BRASIL. SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas. Fórum Nacional sobre Drogas (mimeo), 2005.
- BRASIL. SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Mapeamento das Instituições Governamentais e Não-Governamentais de Atenção às Questões Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas no Brasil – 2006/2007*, Brasília: Universidade de Brasília (UnB), 300 p., 2007.
- BRASIL. SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Levantamento sobre Consumo de Álcool e outras Drogas por Povos Indígenas*. No prelo.
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. *I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 380 p., 2002.
- CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.; OLIVEIRA, L.G.; NAPPO S.A.; MOURA, Y.G.; SANCHEZ, Z.V.M. *II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 468 p., 2007.
- CARLINI-COTRIM, B.; BARBOSA, M.T.S. *Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 01–56, 1993.
- CRUZ M.S.; FELICÍSSIMO M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: *Supera – Sistema para detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 2 – Efeitos de substâncias psicoativas no organismo*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 63–78, 2006.
- CRUZ, M.S.; SÁAD, A.C.; FERREIRA, S.M.B. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5): 355–362, 2003.
- Des JARLAIS, D.C.; FIREDMAN, S.R.; SOTHERAN, J.L.; WENSTON, J.; MARMOR, M.; YANCOVITZ, S.R.; FRANK, B.; BEATRICE, S.; MILDVAN, D. Continuity and change within an HIV epidemic; injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *Journal of American Medical Association*, 271(2): 121-127, 1994.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 398 p., 2005.

- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, <http://www.ibge.gov.br>. Último acesso em 25 de maio de 2009.
- JOHNSON, A.J.; WICHERN, D.W. *Applied Multivariate Statistical Analysis*. 6th ed. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall, 773 p., 2007.
- LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R.; DUARTE, P.C.A.V. *I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Alcool na População Brasileira*. Brasília: SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 76 p., 2007.
- MESQUITA, F.; BUENO, R.; KRAL, A.; REINGOLD, A.; LOPES, G.; HADDAD, I.; PICONEZ, D.; SANCHES, M.; ARAUJO, P.J.; BUCHALLA, C.M. AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 11–48, 2001.
- NADELMANN, E.; MCNEELY, J.; DRUCKER E. International Perspectives. In: *Substance abuse. A comprehensive textbook*. Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, L.G. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 22–39, 1997.
- NETER, J.; KUTNER, M.H.; NASCHTSHEIM, C.J.; WASSERMAN, W. *Applied Linear Statistical Models*. 4th ed. Boston: McGraw Hill. 1408 p., 1996.
- OMS: World Health Organization. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. 2004.
- OMS: World Health Organization. Causes of death. Disponível em: <http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/bodgbdeathdalyestimates.xls>. Último acesso em 19 de maio de 2009a.
- OMS: World Health Organization. Ezzati M.; Rodegers A.; Lopez A.D. et al. Mortality and burden of disease attributable to individual risk factor. In: *Comparative quantification of health risks*. Disponível em <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/2141-2166.pdf>. Último acesso em 19 de maio de 2009b.
- SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. U.S. Department of Health and Human Services, <http://www.samhsa.gov>.



IME-USP



Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas

Gabinete de Segurança
Institucional

