

USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: PESQUISA DOMICILIAR ENVOLVENDO AS 107 MAIORES CIDADES DO PAÍS - 2001¹

José Carlos F. Galduróz²
Ana Regina Noto²
Solange A. Nappo²
E.A. Carlini³

Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):888-95.

O objetivo foi estimar a prevalência do uso de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos. Este estudo abrangeu as 107 maiores cidades do Brasil; amostra: idades entre 12 e 65 anos. Amostragem em três estágios; setores censitários; domicílios e o respondente. Entrevistadas 8.589 pessoas. O uso na vida de álcool com 68,7% foi próximo aos 70,8% do Chile. O uso na vida de tabaco foi de 41,1%, inferior aos EUA (70,5%). O uso na vida de maconha foi de 6,9% próximo ao da Colômbia (5,4%) e abaixo dos EUA (34,2%). O uso na vida de cocaína foi de 2,3%, inferior aos EUA (11,2%). O uso de solventes foi de 5,8%, bem menor que no Reino Unido (20,0%). Os estimulantes tiveram 1,5% de uso na vida e os benzodiazepínicos com 3,3%. Estes achados permitirão a implantação de políticas públicas adequadas à nossa realidade no campo das drogas psicotrópicas.

DESCRITORES: consulta a domicílio; psicotrópicos; prevalência; Brasil

USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN BRAZIL: HOUSEHOLD SURVEY IN THE 107 BIGGEST BRAZILIAN CITIES - 2001

The objective was to estimate the prevalence of the use of drugs, alcohol, tobacco and the use of non-medical psychotropics. This study enclosed the 107 biggest cities in Brazil; sample: ages between 12 and 65 years. Sampling in three periods: tax sectors; household and the respondent. Were interviewed 8,589 people. The lifetime use of the alcohol was 68.7%, closer to 70.8% in Chile. The lifetime use of the tobacco was of 41.1%, lower than U.S.A. (70.5%). The lifetime use of the marijuana was of 6.9% closer to Colombia (5.4%) and lower than U.S.A. (34.2%). The lifetime use of the cocaine was 2.3%, lower than U.S.A. (11.2%). The lifetime use of solvent was of 5.8%, much lower than the United Kingdom (20.0%). The stimulants have had 1.5% of lifetime use and the anxiolytics with 3.3%. These findings will allow the implantation of adjusted public politics to our reality in the field of the psychotropics drugs.

DESCRIPTORS: house calls; psychotropic drugs; prevalence; Brazil

USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS EN BRASIL: INVESTIGACIÓN DOMICILIARIA EN LAS 107 MAYORES CIUDADES DEL PAÍS - 2001

El objetivo deste estudio es hacer estimativa del predominio del uso de las drogas, alcohol, tabaco y del uso no medico de las medicaciones psicotropicas. En el estudio he incluyedo las 107 mayores ciudades del Brasil. Muestra: personas con edades comprendidas entre 12 y 65 años. La muestra es compuesta por tres periodos: sectores del impuesto, domicilios y el respondedor. Fueran entrevistadas 8.589 personas. El uso en la vida del alcohol - 68.7% contra cerca de 70,8% en Chile. El uso en la vida del tabaco fue 41.1%, inferior a los EE.UU. (70.5%). El uso en la vida de la marijuana fue 6.9%, cerca del uso en Colombia (5.4%) y abajo del uso en los EE.UU. (34.2%). El uso en la vida de la cocaína fue 2,3%, abajo de los EE.UU. (11.2%). El uso del solvente fue 5.8%, mucho menos que en el Reino Unido (20.0%). Los estimulantes habian tenido 1,5% del uso en la vida y los ansiolíticos con 3.3%. Estos resultados permitirán la implantación de una política pública ajustada a nuestra realidad en el campo de drogas psicotrópicas.

DESCRIPTORES: consulta médica a domicilio; psicotrópicos; prevalência; Brasil

¹ Financiamento: SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas; ² Pesquisador do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID - Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, e-mail: galduroz@psicobio.epm.br; ³ Diretor do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID - Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo

INTRODUÇÃO

Para se implantar programas de prevenção adequados sobre o uso de drogas psicotrópicas numa determinada população, é necessário, antes de tudo, conhecer-se a realidade desse consumo. Nenhum dado isolado é suficiente para se traçar um perfil da sociedade frente às drogas⁽¹⁾. Basicamente, três tipos de informações são necessários para se diagnosticar o uso de drogas psicotrópicas numa área geográfica pré-determinada: levantamentos populacionais gerais e específicos; Indicadores estatísticos e pesquisas etnográficas. Em relação aos primeiros, pode-se afirmar que os levantamentos na população geral são os mais ricos em informações sobre o consumo global de drogas. Naturalmente que esses levantamentos gerais deverão ser complementados por levantamentos mais segmentados como os realizados entre estudantes, meninos de rua, etc. Outras fontes de informações, sobre as drogas advêm dos indicadores estatísticos que fornecem dados diretos a respeito das conseqüências do uso das mesmas, podendo-se citar as internações hospitalares por dependência⁽²⁾, atendimentos ambulatoriais, atendimentos em salas de emergência, dados do Instituto Médico Legal (IML) nos quais podem ser analisados os laudos forenses positivos para as diversas drogas. Um outro indicador estatístico que merece destaque é o número de apreensões de drogas pelos órgãos repressivos (Polícia Federal, Civil e Militar)⁽³⁾. Finalmente, as pesquisas etnográficas fornecem dados qualitativos sobre o uso de uma determinada droga. Assim é possível traçar características específicas desses usuários⁽⁴⁾.

O Brasil é um país de dimensões continentais com uma área de 8.547.403,5 Km², o que o configura como o maior país do continente sul-americano. O último censo demográfico revelou uma população de 175.195.399 habitantes⁽⁵⁾. Por enquanto, a questão dos levantamentos sobre o uso de drogas em nosso país caminhou no sentido das pesquisas muito específicas como, por exemplo, entre estudantes^(3,6-8); e entre meninos de rua⁽⁹⁻¹⁰⁾. Recentemente o CEBRID realizou o I Levantamento Domiciliar no Estado de São Paulo, estudo que englobou as 24 maiores cidades do estado⁽⁸⁾.

O objetivo principal deste estudo sobre o consumo de drogas foi estimar, pela primeira vez no

país, a prevalência do uso ilícito de drogas, álcool, tabaco e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos, além de esteróides anabolizantes. Este estudo foi feito nas 107 cidades do Brasil, nas quais a população é superior aos 200.000 habitantes.

METODOLOGIA

A pesquisa de campo foi feita de setembro a dezembro de 2001. O universo estudado correspondeu à população brasileira residente nas cidades com mais de 200 mil habitantes, na faixa etária compreendida entre os 12 e 65 anos de idade. O desenho amostral adotado foi o de amostragem em três estágios; num primeiro estágio foram sorteados os setores censitários e nesses, os domicílios. Finalmente, em cada domicílio, foi sorteado um respondente. Em cada UF (Unidade da Federação) os municípios com mais de 200.000 habitantes foram incluídos com certeza na amostra, constituindo o que se chama **estrato certo**. Tais municípios representam 41,3% da população total do Brasil e são em número de 107.

Os setores censitários (geralmente formados por cerca de 200 a 300 domicílios) constituem a menor unidade para o qual o IBGE⁽¹¹⁾ fornece informações sócio-econômicas, tais como renda média dos chefes de família, porcentagem de chefes de família com nível superior, número de domicílios por tipo, etc. Essas informações foram usadas para definir, através de técnicas estatísticas multivariadas, grupos de setores homogêneos, chamados **estratos**, em cada município selecionado. A razão de se trabalhar com amostragem estratificada nesse tipo de pesquisa é a possibilidade de se aumentar a precisão das estimativas com uma redução do tamanho da amostra. Em tais grupos, setores foram sorteados com probabilidade proporcional ao número de domicílios, em número definido de modo a atingir o erro amostral desejado dentro das restrições orçamentárias da pesquisa. A seleção dos domicílios nos setores censitários selecionados foi feita, também, a partir de informações do IBGE⁽¹¹⁾. Foram adquiridos os mapas dos setores censitários e os domicílios sorteados segundo uma amostra sistemática. O número de domicílios pesquisados em cada setor foi fixado a priori em 24. A seleção dos domicílios foi

feita de forma sistemática, sendo o primeiro domicílio escolhido aleatoriamente, o que fez com que a amostra se aproximasse de uma amostra aleatória simples. O **intervalo de seleção** em cada setor foi igual ao número total de domicílios do setor dividido por 24 (número de domicílios por setor na amostra). Os aplicadores foram orientados a iniciar a contagem dos domicílios aleatoriamente em qualquer uma das ruas pertencentes ao Setor Censitário em questão, respeitando-se o intervalo de seleção previamente estabelecido. Todos os aplicadores foram orientados que na contagem não deveriam ser incluídas casas comerciais, hospitais, fábricas, pensões, hotéis, etc. Caso houvesse prédios de apartamentos, cada um dos apartamentos seria equivalente a um domicílio, portanto dentro de um mesmo prédio poder-se-ia obter mais de uma entrevista, dependendo do número de apartamentos existentes no referido prédio. A seleção do respondente em cada domicílio foi realizada aleatoriamente, num mecanismo independente do entrevistador com a utilização de uma técnica de sorteio no domicílio⁽¹²⁾.

Foram escolhidos 27 Coordenadores, um de cada Unidade da Federação que selecionaram os aplicadores. Toda a equipe recebeu treinamento para homogeneizar os procedimentos de abordagem das residências e dos entrevistados dentro dos Setores Censitários previamente sorteados. Os aplicadores foram orientados a entrevistar o sorteado em local o mais isolado possível garantindo-se assim a liberdade e a privacidade do entrevistado, buscando-se com isso aumentar a credibilidade das respostas. Houve 27 Coordenadores estaduais, 28 Supervisores e 183 aplicadores.

O questionário utilizado foi o do SAMHSA⁽¹³⁾ do U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service, que foi traduzido e adaptado para as condições brasileiras.

Adaptação do questionário

Cinquenta pessoas responderam ao questionário por duas vezes, com intervalo de 30 dias. A concordância entre o teste e reteste foi analisada pelo coeficiente Kappa, utilizado para variáveis nominais⁽¹⁴⁾. Obteve-se, no total, a média do valor de Kappa foi igual a 0,79, com extremos de 1,0 para o sexo e escolaridade a 0,50 para *uso na vida* de opiáceos⁽¹⁵⁾.

A crítica dos dados buscou as incoerências

tanto de preenchimento por parte do aplicador quanto das respostas fornecidas pelo entrevistado. O programa de computação elaborado para o Levantamento Domiciliar permitiu detectar essas incoerências, que foram examinadas, uma a uma, e tomada à decisão mais adequada para cada caso, podendo ser a anulação da questão ou mesmo do questionário. As variáveis estudadas quanto às prevalências do consumo de drogas psicotrópicas são consideradas proporções, sendo possível estimar-se através delas o uso de determinada droga em uma população. Portanto, essas estimativas foram calculadas estando sujeitas, entretanto, aos erros amostrais inerentes ao processo de coleta de informações de uma amostra probabilística. Através do Coeficiente de variação pode-se descrever o quanto à estimativa pode ser afetado pelos erros amostrais.

RESULTADOS

A amostragem deste estudo foi construída a partir das 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, o que abrange 41,3% da população total do Brasil, ou seja, o equivalente a 47.045.907 habitantes, segundo o mais recente Censo Demográfico⁽⁵⁾. Quanto à distribuição dos 8.589 entrevistados segundo o sexo e as faixas etárias, observa-se que a amostra está bem equilibrada quando se comparam os sexos dentro de uma mesma faixa etária, com discreto predomínio do sexo feminino nos entrevistados com idades de 35 ou mais anos. Na distribuição dos entrevistados segundo as classes sociais notou-se que nas classes sócio-econômicas **C** e **D** apareceram as maiores porcentagens de respondentes, segundo a classificação da ABIPEME⁽¹⁶⁾.

A Tabela 1 mostra o *uso na vida* de qualquer droga psicotrópica, exceto tabaco e álcool que serão mostrados separadamente por terem um outro perfil de uso, ou seja, são drogas legalizadas. A maconha foi a droga mais citada seguida pelos solventes e os orexígenos (medicamentos para estimular o apetite). Estes medicamentos não têm controle de receita para se adquiri-los. A estimativa do *uso na vida* de crack, merla, esteróides anabolizantes e heroína apresentaram baixos índices de precisão e, portanto, os dados devem ser interpretados com extrema cautela.

Tabela 1 - Prevalências de porcentagens e população estimada com *uso na vida* de diferentes drogas psicotrópicas* (exceto álcool e tabaco), nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes

Droga	%	Intervalo de confiança 95%
Qualquer droga	19,4	(16,6 - 22,1)
Maconha	6,9	(5,2 - 8,6)
Solventes	5,8	(4,2 - 7,3)
Orexígenos	4,3	(3,0 - 5,6)
Benzodiazepínicos	3,3	(2,2 - 4,3)
Cocaína	2,3	(1,3 - 3,3)
Xaropes (codeína)	2,0	(1,1 - 2,8)
Estimulantes	1,5	(0,8 - 2,2)
Opiáceos	1,4	(0,6 - 2,1)
Anticolinérgicos	1,1	(0,4 - 1,7)
Alucinógenos	0,6	(0,1 - 1,1)
Barbitúricoss	0,5	(0,1 - 0,9)
Crack	0,4	(**)
Esteróides*	0,3	(**)
Merla	0,2	(**)
Heroína	0,1	(**)

* Embora Esteróides Anabolizantes não sejam considerados drogas psicotrópicas, estão aqui enumeradas devido ao crescente número de relatos de abuso dessas substâncias

** Baixa precisão

Na Tabela 2 observa-se o *uso na vida* de bebidas alcoólicas entre as pessoas que residem nas cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes. Pode-se notar que o sexo masculino fez mais *uso na vida* de álcool que o feminino em todas as faixas etárias estudadas.

Tabela 2 - *Uso na vida* de álcool, distribuídos segundo o sexo e as faixas etárias dos 8.589 entrevistados, nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes

Faixa Etária (anos)/Sexo	Observado (%)	Intervalo de Confiança 95%
12 a 17	48,3	(43,0 - 53,7)
M	52,2	(47,9 - 56,5)
F	44,7	(40,2 - 49,1)
18 a 24	73,2	(68,4 - 78,1)
M	78,3	(75,2 - 81,4)
F	68,2	(65,1 - 71,3)
25 a 34	76,5	(72,0 - 81,0)
M	85,6	(83,1 - 88,0)
F	67,6	(64,7 - 70,5)
> 35	70,1	(67,2 - 73,1)
M	82,1	(80,3 - 83,9)
F	59,5	(57,6 - 61,4)
Total	68,7	(63,8 - 73,6)
M	77,3	(72,2 - 82,4)
F	60,6	(56,4 - 64,8)

A Tabela 3 mostra as porcentagens e a população estimada que fez *uso na vida* de tabaco. Nota-se que cerca de 50% das pessoas com mais de 35 anos de idade já fizeram uso na vida de tabaco,

mas no total da amostra menos da metade já experimentou cigarros.

Tabela 3 - *Uso na vida* de tabaco, distribuídos segundo o sexo e as faixas etárias, nas 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes

Faixa Etária (anos)/Sexo	Observado (%)	Intervalo de Confiança 95%
12 a 17	15,7	(12,4 - 19,0)
M	15,2	(12,1 - 18,3)
F	16,2	(12,9 - 19,4)
18 a 24	37,7	(33,8 - 41,6)
M	42,8	(39,1 - 46,5)
F	32,6	(29,5 - 35,7)
25 a 34	40,0	(36,3 - 43,7)
M	43,9	(40,5 - 47,3)
F	36,1	(33,2 - 39,1)
> 35	53,0	(50,2 - 55,7)
M	61,4	(59,1 - 63,7)
F	45,4	(43,5 - 47,4)
TOTAL	41,1	(37,5 - 44,7)
M	46,2	(42,3 - 50,0)
F	36,3	(33,2 - 39,4)

DISCUSSÃO

Houve um equilíbrio de pessoas entrevistadas quando se comparam os sexos, com discreto predomínio para o sexo feminino tanto na população segundo o IBGE⁽⁵⁾ (51% de mulheres e 49% de homens) quanto na amostra (57% de mulheres e 43% de homens). Essa distribuição reflete a técnica de amostragem, que enumerava inicialmente todos os moradores da residência sorteada, sendo em seguida sorteado um deles para responder o questionário, o que acontecia com frequência na segunda ou terceira visita.

Em relação aos dados sobre a prevalência do *uso na vida* de qualquer droga psicotrópica houve bastante variação tanto em relação ao sexo quanto à faixa etária estudada. Verificou-se que 19,4% dos entrevistados já usaram algum tipo de droga, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 9.109.000 pessoas, excluindo-se da análise o álcool e o tabaco. As porcentagens de *uso na vida* das drogas foram as seguintes: em primeiro lugar aparece a maconha (6,9%), seguida dos solventes com 5,8%. No outro extremo, observam-se os poucos relatos do uso de heroína que perdem a precisão dos resultados obtidos quando são expandidos. Comparando-se os dados deste estudo com os de outros países podem-se notar alguns fatos interessantes. Por exemplo, em estudo domiciliar realizado no Chile⁽¹⁷⁾, o *uso na vida* de qualquer droga

psicotrópica (exceto tabaco e álcool), foi semelhante ao constatado aqui (Chile -20,2%; Brasil - 19,4%). Por outro lado, o *uso na vida* de qualquer droga psicotrópica no Brasil foi quase o triplo, quando comparado à pesquisa semelhante realizada na Colômbia com 6,5% de usuários na vida⁽¹⁸⁾. Na comparação dos resultados com o dos EUA, o uso na vida de qualquer droga no Brasil (19,4%) corresponde à cerca de metade da americana (38,9%)⁽¹⁹⁾.

A seguir serão discutidos, separadamente, os resultados mais relevantes para cada uma das drogas pesquisadas neste levantamento domiciliar brasileiro.

O *uso na vida* de álcool nas 107 maiores cidades do país foi de 68,7% percentagem próxima aos 70,8% observados no Chile e aos 81,0% nos EUA, porém maior do que o constatado na Colômbia com 35,5%. Essas proporções de diferenças mantêm-se mais ou menos estáveis para as diferentes faixas etárias. No Brasil, como nos demais países com os quais os nossos dados estão sendo comparados, o uso de álcool foi maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino, com perfil de diferencial de cerca de 20 pontos, próximo ao observado na Colômbia (**Brasil:** masculino, 77,3% e feminino, 60,6%; **Colômbia:** masculino, 48,1% e feminino, 23,6%) e mais distantes do Chile e EUA onde as diferenças de uso entre os sexos são muito pequenas (**Chile:** masculino, 87,3% e feminino, 80,5%; **EUA:** masculino, 86,6% e feminino, 78,8%)⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

O *uso na vida* de tabaco, constatado neste levantamento domiciliar foi de 41,1% no total, sendo 46,2% para o *uso na vida* para o sexo masculino de 36,3% para o feminino. Essas porcentagens são inferiores às prevalências observadas no Chile (70,1%), nos EUA (70,5%), porém mais que o dobro do que foi visto na Colômbia (18,5%)⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Quanto à comparação do *uso na vida* de tabaco para os adolescentes (12 - 17 anos), foi observado que entre os estudantes de 1º e 2º grau da cidade de São Paulo (1997), a porcentagem de *uso na vida* foi de 30,7%⁽²¹⁾ e nesta domiciliar (2001) foi de 15,7%. Em levantamento recente realizado no México⁽²²⁾ constatou-se que 50,7% dos estudantes nesta mesma faixa etária já haviam feito *uso na vida* de tabaco. Provavelmente, a pesquisa domiciliar, por suas peculiaridades, tenha subestimado esses dados, uma vez que em quatro levantamentos sobre o uso de drogas entre estudantes, realizados pelo CEBRID (87,

89, 93 e 97), as porcentagens de *uso na vida* de tabaco estiveram em torno dos 30%^(6-7,21). Outros estudos brasileiros mostram essa mesma tendência de uso entre os estudantes. Ou o que talvez seja o mais provável, essas diferenças devem-se as campanhas anti-fumo observadas na mídia com grande intensidade, nos últimos dois anos.

Os dados do *uso na vida* de maconha, no Brasil (6,9%) foram próximos aos resultados da Colômbia (5,4%) e Alemanha (4,2%), porém muito abaixo do observado nos EUA (34,2%), Reino Unido (25,0%), Dinamarca (24,3%), Espanha (19,8%), Chile (19,7%), Holanda (19,1%), Grécia (13,1%) e Suécia com 13,0%^(17-19,23). A população estimada de uso na vida de maconha no Brasil foi de 3.249.000 pessoas.

A prevalência de *uso na vida* de cocaína nas 107 maiores cidades do Brasil foi 2,3%, o que equivale a 1.076.000 pessoas. Essa porcentagem é relativamente próxima às encontradas no Chile (4,5%), Espanha (3,2%), Reino Unido (3,0%), Holanda (2,6%); e superior à observada na Dinamarca (1,7%), Colômbia (1,6%), França (1,5%), Grécia (1,3%), Suécia (1,0%), Bélgica (0,5%) e Alemanha (0,2%) e bem inferior ao constatado nos EUA com 11,2% do total^(17-19,23). Em relação ao *uso na vida* de "crack", a porcentagem foi de 0,7% para o sexo masculino, dados de baixa precisão quando da expansão, o que corresponderia a aproximadamente 149.000 pessoas que já teriam tido contato com essa forma de cocaína. Esta porcentagem brasileira de 0,7% é bem inferior ao observado nos EUA com 2,4%⁽²¹⁾. O *uso na vida* de merla (uma forma de cocaína) apareceu apenas em duas faixas etárias e ainda assim com baixas porcentagens de 0,7% entre os 18-24 anos para o sexo masculino e 0,5% também entre os homens com idades entre 25-34 anos. Em que pese à baixa precisão dos dados quando é feita a expansão, essas porcentagens corresponderiam a 30.000 e 27.000 pessoas, respectivamente.

Ao contrário do que foi observado em outros estudos realizados pelo CEBRID, o *uso na vida* de solventes foi de apenas 5,8% do total. Por exemplo, entre os meninos em situação de rua foi de 59,6% na cidade de São Paulo população já reconhecidamente como grande consumidora de drogas, especialmente de solventes^(6,24). Pode ser que o fator primordial para essas diferenças de relatos seja devido ao fato dos meninos de rua não serem domiciliados. De qualquer forma, a prevalência do *uso na vida* de solventes (5,8%) foi superior ao verificado na Colômbia (1,4%),

na Bélgica (3,0%) e Espanha (4,0%); próximo ao que foi constatado nos EUA com 7,5% do total das respostas e cerca de quatro vezes menor do que foi observado no Reino Unido com 20,0% de usuários na vida de solventes^(17-19,23).

Entre os medicamentos usados com fins de abuso, os estimulantes (drogas tipo anfetamínicas utilizadas clinicamente como anorexígenos), tiveram 1,5% de prevalência de *uso na vida*, o que corresponde a uma população estimada de 704.000 pessoas, nas 107 cidades pesquisadas, bem inferiores ao observado no Reino Unido (9,0%), Chile (5,4%), EUA (6,6%), Dinamarca (4,0%) e Espanha (2,0%). Este dado brasileiro foi semelhante ao da Colômbia (1,2%) e quase o dobro do observado na França e Finlândia com 0,7%^(17-18,25-26). O *uso na vida* de benzodiazepínicos (os ansiolíticos), teve porcentagens semelhantes no Brasil (3,3%) e nos EUA (5,8%)⁽¹⁹⁾. Curiosamente a porcentagem de *uso na vida* de benzodiazepínicos no Chile foi de 30,5%⁽²⁰⁾, cerca de 10 vezes aos observados aqui 3,3%. O perigo de indução de dependência por estas substâncias tem sido freqüentemente alertado pela Organização Mundial de Saúde⁽²⁷⁾. É relevante notar que a porcentagem de mulheres que usam benzodiazepínicos e anfetamínicos é cerca de três vezes maior do que os homens. Estes dados estão de acordo com a literatura científica⁽²⁸⁾. Os orexígenos, medicamentos destinados a "abrir o apetite" aparecem com 4,3% do total, o que corresponde a uma população estimada de aproximadamente 2.015.000 pessoas. Vale lembrar que esses medicamentos não estão sujeitas ao controle de venda por não serem consideradas psicotrópicas. Entretanto os orexígenos citados pelos entrevistados contêm ciproheptadina (Periatin®, Periavita®, Apetivit® e Cobavital®). A ciproheptadina é um potente anti-histamínico e anti-serotónergico, possuindo ainda fraca ação anticolinérgica. Os efeitos colaterais principais dessas substâncias incluem sonolência, sedação, tontura, incoordenação motora e, com doses mais elevadas, excitação associada a distúrbios sensoriais⁽²⁹⁾. A literatura tem relatado a ocorrência de intoxicações agudas após a ingestão de doses muito elevadas de anti-histamínicos⁽³⁰⁾. Outra classe de orexígenos é a dos medicamentos que contêm uma substância anti-histamínica e anti-serotónergica, a buclizina. Nessa categoria aparecem a Buclina®, o Profol®, a Vibazina® e o Nutrimaiz®. O uso de orexígenos já foi constatado em vários estudos do CEBRID, sendo

que entre estudantes o possível abuso desses medicamentos foi relatado por Carlini-Cotrim et al.⁽⁶⁾. Os demais medicamentos psicotrópicos utilizados para fins de abuso como os anticolinérgicos (usados na Síndrome de Parkinson, como por exemplo, o Artane® e o Akineton®), os analgésicos opiáceos (Meperidina®, Dolantina®, Demerol®, Algafan® e morfina) e os sedativos (barbitúricos) não têm porcentagens de *uso na vida* expressivas, estando ao redor de 1%. O *uso na vida* de xaropes à base de codeína (Tylex®, Gotas Binelli®, Tussiflex®) apareceu com 2,0%, o que equivale a 931.000 pessoas.

O *uso na vida* de alucinógenos, em especial os chás de cogumelo e o LSD-25 foi de 0,6%, dado de baixa precisão quando, expandidos o que corresponderia a uma população estimada de 295.000 pessoas, porcentagem muito inferior ao detectado no estudo domiciliar americano onde se constatou 11,7% de usuários *na vida* dessas substâncias⁽¹⁹⁾. Por outro lado, no estudo dos EUA o uso de meta-anfetamina é importante atingindo os 4,0% e de PCP (fenciclidina – um alucinógeno com 2,6%), drogas que não apareceram no estudo brasileiro.

Nas 107 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil, foram constatados quatro pessoas com *uso na vida* de heroína, sendo três homens e uma mulher, o que equivale a cerca de 0,04%. Nos EUA o *uso na vida* de heroína⁽¹⁹⁾ foi de 1,2% e na Colômbia⁽¹⁸⁾ chegou a 1,5%. Estes achados merecem reflexões, pois o alarde da mídia quanto à presença da heroína em nosso país esta cada maior.

Embora esteróides anabolizantes não sejam drogas psicotrópicas, optou-se por pesquisá-los devido a crescentes relatos na literatura internacional de abuso dessas substâncias⁽³¹⁻³²⁾. Dados do Brasil mostram esse uso, principalmente entre os freqüentadores de academias⁽³³⁾. Neste levantamento o uso de esteróides anabolizantes apareceu com 0,6% no total, dados de baixa precisão quando foram expandidos, os que corresponderiam a uma população de 130.000 pessoas.

CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa mostraram que as drogas legais como o álcool e o tabaco são os problemas de saúde pública mais proeminente no Brasil, embora exista uma estereotipia mental da população que quando fala em drogas pensam apenas

na cocaína e na maconha. Os dados mostraram que a nossa realidade do consumo de drogas, embora semelhante à de outros países, tem particularidades

que precisam ser respeitadas na elaboração de programas de prevenção, para que sejam adequados à nossa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carlini-Cotrim B. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente à situação internacional. *Rev Assoc Bras Psiquiatr* 1991; 13(3):112-6.
2. Noto AR, Moura YG, Nappo SA, Galduróz JCF, Carlini EA. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. *J Bras Psiquiatr* 2002; 51(2):113-21.
3. Galduróz JCF, Figlie NB, Carlini EA. Repressão às drogas no Brasil: a ponta do "iceberg"? *J Bras Psiquiatr* 1994; 43(7):367-71.
4. Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. O uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente?. *Rev Assoc Bras Psiquiatr* 1994; 16(2):75-83.
5. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2005. [acessado em 5 agosto 2005]. Anuário estatístico do Brasil; [1 tela]. Disponível em: <http://www.ibge.org.br>
6. Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MT. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo grau da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: Ministério da Saúde (BR). Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989. p. 9-84. (Série C: Estudos e Projetos 5).
7. Carlini EA, Carlini-Cotrim B, Silva-Filho AR, Barbosa MTS. II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de primeiro e segundo graus. 1989. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 1990.
8. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo - 1999. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2002.
9. Carlini-Cotrim B, Carlini EA. The use of solvents and other drugs among homeless and destitute children living in the city streets of São Paulo, Brazil. *Soc Pharmacol* 1988; 2(1):51-62.
10. Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. III levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras - 1993. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 1994.
11. IBGE PNAD - Década de 70. Série Relatórios Metodológicos Rio de Janeiro, 1971. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Anuário Estatístico do Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1993.
12. Kish L. Survey Sampling. New York: Wiley; 1967.
13. SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Household Survey on Drug Abuse: Main Findings, 1994 - Part 1. New York: U.S. Department of Health and Human Services 1996.
14. Kramer MS, Feinstein AR. Clinical biostatistics LIV: the biostatistics of concordance. *Clin Pharmacol Therap* 1981; 29:111-23.
15. Landis RJ, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.
16. ABIPEME - Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado - Proposição para um novo critério de classificação sócio-econômica, 1978. São Paulo (SP): ABIPEME; 1978.
17. Ministerio del Interior (CH). CONACE - Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Cuarto estudio nacional de consumo droga en Chile 2000. Chile: Sistema Nacional de Información sobre Drogas; 2001.
18. Ospina ER. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia, 1996. Santa Fe de Bogotá: Fundacion Santa Fe de Bogotá; 1997.
19. SAMHSA. Substance Abuse and Mental Health Services Administration [homepage on the Internet]. USA: SAMHSA; c 2000-2005. [update 2005 Sept 9; cited 2005 August 5]. Office of Applied Studies 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. [about 1 screen]. Available from: <http://www.samhsa.gov>
20. Ministerio del Interior (CH). CONACE - Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Segundo Informe Anual sobre la Situación de Drogas en Chile. Chile: Sistema Nacional de Información sobre Drogas; 1997.
21. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Grau em 10 Capitais Brasileiras - 1997. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 1997.
22. Villaroto J, Medina-Mora ME, Rojano C, Fleis C, Bremúdez P, Juárez F. Há cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental* 2001; 25(3):2-12.
23. EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. [homepage on the Internet]. Belgium: EMCDDA; c1997-2005 [cited 2005 August 5]. Extended annual report on the state of drugs problems in the European Union. [about 1 screen]. Available from: <http://www.emcdda.gov>
24. Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de seis capitais brasileiras - 1997. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo 1998.

25. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [homepage on the Internet]. USA: SAMHSA; c2000-2005. [update 2005 Sept 9; cited 2005 August 5]. Office of Applied Studies: 1998 National Household Survey on Drug Abuse. [about 1 screen]. Available from: <http://www.samhsa.gov>
26. E.M.C.D.D.A. - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. – Extended annual report on the state of drugs problems in the European Union. Belgium: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 1999.
27. WHO - World Health Organization. Use and abuse of benzodiazepines. *Bull Wld Health Org* 1983; 61(4):551-62.
28. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):68-73.
29. Douglas WW. Histamine and 5-hydroxytryptamine (serotonin) and their antagonists. In: Gilman AG, Goodman LS, Rall TW, Murad F. *The pharmacological basis of therapeutics*. 7 ed. New York: Macmillan Publishing; 1985. p. 605-38.
30. Schvartsman S. Intoxicações medicamentosas em crianças. *Pediatr Prática* 1978; 44:126-32.
31. Nappo SA, Tabach R, Noto AR, Galduróz JCF, Carlini EA. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eating Behav* 2001; 2:1-13.
32. NIDA. National Institute on Drug Abuse [homepage on the Internet]. Bethesda: NIDA; c2005 [update 2005 July 27; cited 2005 August 5]. *Anabolic Steroids*, 2001; [about 1 screen]. Available from: <http://www.nida.nih.gov>
33. Lobo APT. O uso indevido de anabolizantes na cidade de São Paulo: um estudo qualitativo. [Tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2002.