



ARTIGO ORIGINAL

Espacialização da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais atribuível ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, de 2012 a 2016

Spatialization of mortality from mental and behavioral disorders attributable to the use of psychoactive substances in Brazil, from 2010 to 2016

Marilane Vilela Marques^{1,*}, Jadna Kelly da Silva² , Lillian Batista Palhano Galvão Moura³, Harinson Carpegeano Câmara de Almeida⁴, Alcebíades de Sousa Filho⁵, Ana Edimilda Amador⁵

¹Secretaria Municipal de Saúde do Município de Natal, Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

²Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cruz das Almas/ Recôncavo da Bahia, Bahia, Brasil.

³Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Lagoa Nova, Natal, RN, Brasil.

⁴Conselho Internacional de Álcool Drogas e Segurança no Trânsito.

⁵Programa de Pós-Graduação em Demografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Centro de Ciências Exatas e da Terra - UFRN, Natal, RN, Brasil

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: 30 de agosto de 2019
Aceito em: 26 de junho de 2020

Palavras-Chave

Análise espacial
Mortalidade
Transtornos mentais
Transtornos relacionados ao uso de substâncias

Keywords

Mental disorders
Mortality
Spatial analysis
Substance-related disorders

RESUMO

Introdução: Os transtornos mentais e de comportamento atribuíveis ao uso de substâncias psicoativas consistem em importante problema de saúde pública, dada a sua prevalência e o risco de promoverem incapacidade e morte. **Objetivo:** Analisar a distribuição espacial da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais atribuível ao uso de substâncias psicoativas no Brasil. **Métodos:** Estudo ecológico em municípios do Brasil, no período de 2012 a 2016. Analisou-se a distribuição espacial, a intensidade e a significância através do índice de Moran Global, *MoranMap* e *BoxMap*. **Resultados:** A maioria dos óbitos foi atribuível ao uso do álcool (n = 33.177; 77,36%), seguido do fumo (n = 7.262; 16%) e do uso de múltiplas drogas (n = 1.409; 3,29%), sendo que a maioria (n = 36.861; 85,97%) era do sexo masculino e 46,31% solteiros. Nas faixas de idade entre 40 a 59 anos houve 21.712 óbitos (50,63%), e entre 60 anos e mais, 13.445 óbitos (31,35%). Os municípios que apresentaram as maiores taxas médias de mortalidade padronizadas (óbitos/100 mil hab.) foram: Charrua-RS (43,60), Uru-SP (43,19), Riacho da Cruz-RN (42,21), Senhora do Porto-MG (42,19), Mata-RS (36,81), Pendências-RN (35,26) e Catuji-MG (35,19). O valor do Índice Global de Moran foi de 0,216 (p = 0,01). No *MoranMap* observou-se formação de *cluster* de alto/alto nas regiões Nordeste e Sudeste. **Conclusão:** Existe no Brasil um padrão de dependência espacial na distribuição das taxas de mortalidade atribuíveis ao uso de substâncias psicoativas.

ABSTRACT

Introduction: Mental and behavioral disorders attributable to the use of psychoactive substances constitute an important public health problem, due to their prevalence and the risk of promoting disability and death. **Objective:** To analyze the spatial distribution of mortality from mental and behavioral disorders attributable to the use of psychoactive substances in Brazil. **Methods:** Ecological study in municipalities in Brazil, from 2012 to 2016. Spatial distribution, intensity and significance were analyzed using the Moran Global, *MoranMap* and *BoxMap* index. **Results:** Most deaths were attributable to the use of alcohol (n = 33,177; 77.36%), followed by smoking (n = 7,262; 16%) and the use of multiple drugs (n = 1,409; 3.29%), with the majority (n = 36,861; 85.97%) being male and 46.31% single. In the age groups between 40 and 59 years, there were 21,712 deaths (50.63%), and between 60 and over, 13,445 deaths (31.35%). The municipalities with the highest standardized average mortality rates (deaths / 100 thousand inhabitant) were: Charrua - RS (43.60), Uru - SP (43.19), Riacho da Cruz - RN (42.21), Senhora do Porto - MG (42.19), Mata - RS (36.81), Pendências - RN (35.26) and Catuji - MG (35.19). The value of the Global Moran Index was 0.216 (p = 0.01). At *MoranMap*, a high/high cluster formation was observed in the Northeast and Southeast regions. **Conclusion:** In Brazil, there is a pattern of spatial dependence on the distribution of mortality attributable to the use of psychoactive substances.

*** Correspondência:**

Rua Pirá, 255, Redinha, Extremoz, RN - Brasil | CEP: 59.575-000.

Fone: (84) 9 8733-7566

E-mail: marilanevmarques@gmail.com | marilane-marques@hotmail.com

Introdução

Os Transtornos Mentais e do Comportamento (TMC), dada a sua prevalência e o risco de promoverem incapacidade, consistem em um importante problema de saúde pública¹. O TMC atribuível ao uso de substâncias psicoativas de modo abusivo é uma temática que precisa ser mais problematizada pela sua magnitude, como fenômeno de interesse público que afeta não apenas o usuário, mas também familiares, amigos e a sociedade como um todo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% da população urbana mundial usam substâncias psicoativas de forma abusiva, e isso ocorre independente de faixa etária, sexo, grau de escolaridade ou de poder aquisitivo².

O estudo Carga Global de Doença (GBD) em 2015 apontou que os Transtornos Mentais (TM) foram a principal causa de incapacidade no Brasil, sendo responsáveis por 24,9% do total de *Years Lived With Disability* (YLD) por todas as causas. Em 2015, a categoria passou a ser a terceira principal causa de *Disability-Adjusted Life Years* (DALY) no Brasil, subindo três posições em relação a 1990, em que o TM já era a causa mais incapacitante³.

O uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, como o uso indevido de álcool e tabaco, e considerando qualquer faixa etária, tem a maior prevalência global, com consequências mais graves para a saúde pública mundial⁴.

A Política do Ministério da Saúde (MS) para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, afirma que a prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas⁴.

Nesse sentido, foi publicada a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial, definindo os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, os quais são denominados de Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS ad), que oferecem atendimento especializado para usuários por equipe multiprofissional, baseado em aspectos preventivos, de promoção à saúde e tratamento individualizado⁵.

A dependência de drogas é uma problemática para o usuário e perpassa situações de saúde, sociais, psicológicas e familiares. No âmbito familiar há possíveis influências ao uso e abuso de substâncias psicoativas, como também situações de ausência de suporte parental, ou superproteção, presença de cultura do uso de drogas, conflitos e violências, desinformação e desconhecimento sobre a dependência química⁶.

A relação entre o uso do álcool, outras drogas e eventos acidentais ou situações de violência, evidencia o aumento na gravidade das lesões e diminuição dos anos potenciais de vida, expondo as pessoas a comportamentos de risco⁴.

A dependência química afeta o convívio familiar, gerando implicações psicossociais e uma sobrecarga financeira para manter o uso de drogas. Isso repercute no relacionamento e causa diferentes prejuízos para a família, que vão muito além de perdas financeiras⁶.

Cuidar dos usuários de substâncias psicoativas é considerar o modelo biopsicossocial de saúde, olhando o sujeito em sua totalidade e como um ser ativo no processo saúde/doença⁷.

Nesse sentido, é importante conhecer a mortalidade por uso de substâncias psicoativas nos diferentes municípios brasileiros e assim gerar informações para o planejamento de políticas públicas com ênfase nas ações preventivas, geograficamente determinadas, orientadas para a priorização de municípios, estados e regiões que apresentam altas taxas de mortalidades. Nisso, o objetivo desse estudo é analisar a distribuição espacial da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais atribuível ao uso de substâncias psicoativas no Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo ecológico, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do MS sobre os óbitos ocorridos no período de 2012 a 2016 em residentes, através da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), cuja causa básica esteve relacionada ao capítulo V, códigos F10 a F19 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas).

Foram calculadas as Taxas médias de Mortalidade Padronizada (TMP) para os municípios brasileiros para o período considerado no estudo. As taxas foram padronizadas pelo método direto, sendo a população padrão a população estimada para o Brasil do meio do período. Foi realizada a caracterização dos óbitos por sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, escolaridade e local de ocorrência.

Para análise da estatística espacial de Moran Global e Local, utilizou-se as Taxas médias de Mortalidade Padronizada (TMP) para o período de 2012 a 2016. A análise de dependência espacial foi executada utilizando-se o índice de Moran Global que estima a autocorrelação espacial, podendo variar entre -1 e +1, além de fornecer a significância estatística (valor de p). Foi construído o *MoranMap* relativos às taxas de mortalidade, apresentando apenas aqueles clusters com valor de $p < 0,05$. Para a validação do Índice Global de Moran, foi utilizado o teste de permutação aleatória, com 99 permutações⁸. Para a produção dos mapas temáticos e o cálculo dos Índices Global e Local de Moran foi utilizado o *software* Terraview 4.2.2 (INPE, 2011, Tecgraf PUC-Rio/FUNCAT, Brasil).

Essa pesquisa utilizou dados secundários disponíveis em sites oficiais do Ministério da Saúde do Brasil, sem identificação de sujeitos, sendo dispensada apreciação em comitê de ética em pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

De acordo com os dados do Sistema de Informações sobre mortalidade, no período de 2012 a 2016 foram registrados 42.886 óbitos por transtornos mentais e comportamentais atribuíveis ao uso de substâncias psicoativas no Brasil. Por categoria, 33.177 óbitos (77,36%) foram atribuíveis ao uso do álcool, seguido dos atribuíveis ao uso do fumo (7.262; 16%), ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas (1.409; 3,29%) e ao uso de cocaína (713; 1,66%) (Tabela 1).

Do total de óbitos, 36.861 (85,97%) eram do sexo masculino. Por faixa etária destacaram-se aquelas entre 40 a 59 anos com 21.712 óbitos (50,63%); de 60 anos e mais com 13.445 óbitos (31,35%) e de 20 a 39 anos com 7.349 (17,14%). Pela variável raça/cor, 58,61% eram pretos e pardos e 36,07%, brancos e amarelos. Por escolaridade, 27,11% estudaram de 1 a 3 anos, e 1,44% estudaram 12 anos ou mais. Eram solteiros 46,31%. O local de ocorrência do óbito foi o hospital em 43,73% dos casos, seguido do domicílio em 42,34% (Tabela 2).

Os municípios que apresentaram as maiores taxas médias de mortalidade padronizadas foram: Charrua – RS (43,60 óbitos/100 mil hab.), Uru – SP (43,19), Riacho da Cruz – RN (42,21), Senhora do Porto – MG (42,19), Mata – RS (36,81), Pendências – RN (35,26) e Catuji – MG (35,19) (Figura 1).

Na análise do *BoxMap*, observa-se a identificação/localização de áreas homogêneas

constituídas por municípios com associação espacial, e com formação de aglomerados no Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, aglutinando municípios cujos valores para a média das TMP são altas e cercadas daqueles que também apresentam valores altos. Na região nordeste, formaram *clusters* de elevadas taxas municípios do Rio Grande do Norte, Ceará, Sergipe e Bahia. Na região sudeste os estados de Minas Gerais e São Paulo. Na região Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul. Assim, o *BoxMap* destaca as áreas com prioridade para intervenção e/ou controle: as áreas de maior prioridade são os municípios agregados no quadrante Q1 (Alto/Alto); as áreas de menor prioridade são os municípios agregados no quadrante Q2 (Baixo/Baixo); e são áreas de prioridade intermediárias, os municípios agregados no quadrante Q3 (Alto/Baixo) e no quadrante Q4 (Baixo/Alto) (Figura 2).

O Índice Global de Moran obteve valor superior a zero e p-valor inferior a 0,05 para o período analisado, rejeitando a hipótese nula de aleatoriedade dos dados e concluindo que os municípios brasileiros seguem a tendência de agrupamentos, podendo-se assegurar que existe um padrão de dependência espacial na distribuição das taxas de mortalidade padronizadas. O *Moran Map* da TMP, mostra na cor mais escura as áreas consideradas significantes (> 95%). Evidenciou-se formação de cluster de alto/alto em municípios das regiões Nordeste e Sudeste, enquanto foi verificada a presença de cluster de baixo/baixo nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do país (Figura 3).

Tabela 1 – Número de óbitos por transtornos mentais e comportamentais (TMC) por categoria CID-10, no período de 2012 a 2016. Brasil, 2019.

| Categoria CID-10 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total | % |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------------|
| F10 - TMC devidos ao uso de álcool. | 6.944 | 7.025 | 6.500 | 6.421 | 6.287 | 33.177 | 77,36 |
| F11 - TMC devidos ao uso de opiáceos. | 7 | 10 | 6 | 15 | 14 | 52 | 0,12 |
| F12 - TMC devidos ao uso de canabinóides. | 29 | 18 | 22 | 18 | 22 | 109 | 0,25 |
| F13 - TMC devidos ao uso de sedativos e hipnóticos. | 9 | 7 | 7 | 3 | 5 | 31 | 0,07 |
| F14 - TMC devidos ao uso da cocaína. | 147 | 142 | 145 | 132 | 147 | 713 | 1,66 |
| F15 - TMC devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína. | 3 | 6 | 4 | 4 | 3 | 20 | 0,05 |
| F16 - TMC devidos ao uso de alucinógenos. | 11 | 17 | 11 | 15 | 12 | 66 | 0,15 |
| F17 - TMC devidos ao uso de fumo. | 1.336 | 1.340 | 1.446 | 1.547 | 1.593 | 7.262 | 16,3 |
| F18 - TMC devidos ao uso de solventes voláteis. | 7 | 4 | 12 | 12 | 12 | 47 | 0,11 |
| F19 - TMC devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas. | 236 | 282 | 280 | 300 | 311 | 1.409 | 3,29 |
| TOTAL | 8.729 | 8.851 | 8.433 | 8.467 | 8.406 | 42.886 | 100 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 2 – Caracterização dos óbitos por transtornos mentais e comportamentais atribuível ao uso de substâncias psicoativas no período de 2012 a 2016. Brasil, 2019.

| Variável | Categoria | n | % |
|---------------------|--------------------------------|--------|-------|
| Sexo | Masculino | 36,861 | 85,97 |
| | Feminino | 6,015 | 14,03 |
| Faixa Etária | < 1 a 9 anos | 5 | 0,01 |
| | 10 a 14 anos | 15 | 0,03 |
| | 15 a 19 anos | 253 | 0,59 |
| | 20 a 39 anos | 7,349 | 17,14 |
| | 40 a 59 anos | 21,712 | 50,63 |
| | 60 anos e mais | 13,445 | 31,35 |
| | Idade ignorada | 107 | 0,25 |
| Raça/ Cor | Branca + Amarela | 15,467 | 36,07 |
| | Preta + Parda | 19,989 | 58,61 |
| | Indígena | 138 | 0,32 |
| | Ignorado | 2,147 | 5,01 |
| Escolaridade | Nenhuma | 7,494 | 17,48 |
| | 1 a 3 anos | 11,623 | 27,11 |
| | 4 a 7 anos | 9,368 | 21,85 |
| | 8 a 11 anos | 4,081 | 9,52 |
| | 12 anos e mais | 618 | 1,44 |
| | Ignorado | 9,692 | 22,60 |
| Estado civil | Solteiro | 19.861 | 46.31 |
| | Casado | 10.006 | 23.33 |
| | Viúvo | 3.245 | 7.57 |
| | Separado judicialmente | 3.566 | 8.32 |
| | Outro | 1.632 | 3.81 |
| | Ignorado | 4.576 | 10.67 |
| Local de Ocorrência | Hospital | 18,751 | 43,73 |
| | Outro estabelecimento de saúde | 2,683 | 6,26 |
| | Domicílio | 18,152 | 42,34 |
| | Via pública | 1,521 | 3,55 |
| | Outros | 1,690 | 3,94 |
| | Ignorado | 79 | 0,18 |

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Discussão

No presente estudo, as mortes por uso de substâncias psicoativas têm maior frequência para o uso de álcool, do fumo, de múltiplas drogas e da cocaína. Nesse contexto, pesquisa com pessoas com transtornos

decorrentes do consumo de SPA aponta que 63,1% apresentavam o álcool como substância de preferência e 95,7%, utilizavam todos os dias⁹.

Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, merece atenção o crescimento da população que experimentou álcool de forma precoce. A pesquisa mostra que entre os brasileiros, em 2006, 13% havia experimentado bebidas alcoólicas com menos de 15 anos; já em 2012, essa parcela era de 22%. A constatação da maior precocidade no consumo entre os homens com menos de 15 anos foi de 16% em 2006 para 24% em 2012, e entre as mulheres passou de 8% em 2006 para 17% em 2012¹⁰.

Estudo sobre mortalidade por todas as causas em pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool mostrou que os riscos relativos foram marcadamente mais altos para aqueles com menos de 40 anos de idade (nove vezes nos homens, treze vezes nas mulheres). Entre todas as pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool, aquelas em faixas etárias mais jovens e em tratamento apresentaram risco de mortalidade substancialmente mais alto do que outras pessoas nesse grupo¹¹.

Sobre drogas ilícitas, uma pesquisa entre os usuários de SPA dos Centros de Atenção Psicossocial de Mato Grosso mostrou maior frequência de usuários que referiram a maconha como a SPA mais utilizada¹². Em Goiânia – GO, estudo apontou o *crack* e a maconha como prediletas e 100% dos entrevistados responderam que o *crack* era a SPA pela qual tinham problemas relacionados ao uso, como os transtornos psiquiátricos/biopsicossociais e as drásticas fraturas em suas redes de relacionamentos familiar e social¹³. Noutro estudo em São Paulo, as drogas ilícitas utilizadas foram: maconha, tranquilizantes, anfetaminas, *ecstasy*, inalantes, cocaína, alucinógenos e anabolizantes¹⁴.

Análises apontam que drogas como álcool e o fumo pode despertar o uso de outras substâncias consideradas ilícitas. Conforme achados em um estudo observacional no CAPS AD de Teresina - PI, os participantes iniciaram o uso de *crack* após uma sequência de outras substâncias como álcool e tabaco, caracterizando assim uma situação de poliuso de substâncias químicas¹⁵.

Em uma pesquisa com amostragem composta por 37,5% de pacientes internados pela primeira vez para tratamento de dependência química de *crack* e de 62,5% internados por duas ou mais vezes, quanto às causas que os motivaram a utilizar a referida droga, 22,72% afirmaram ter sido influenciados por amigos ou colegas, 11,36% por uma vida difícil, 20% por curiosidade, 5% por envolvimento com assassinato, 37,5% por frustrações, e 10% por substituição da merla pelo *crack*, por considerar este mais barato¹³.

Em uma observação sobre drogas psicoativas entre adolescentes do Rio Grande do Sul, estes relataram que o primeiro contato com as drogas aconteceu na casa de amigos/conhecidos e que, na maioria das vezes, as drogas foram oferecidas por desconhecidos. Ainda relataram alterações nos níveis de impulsividade e agressividade após a utilização do álcool e/ou outras drogas¹⁶. Em relação à forma de obtenção da primeira droga consumida na vida, a maioria dos pesquisados informou tê-la ganho, sendo a curiosidade o fator impulsionador para o uso, dentre os dependentes 15,8%

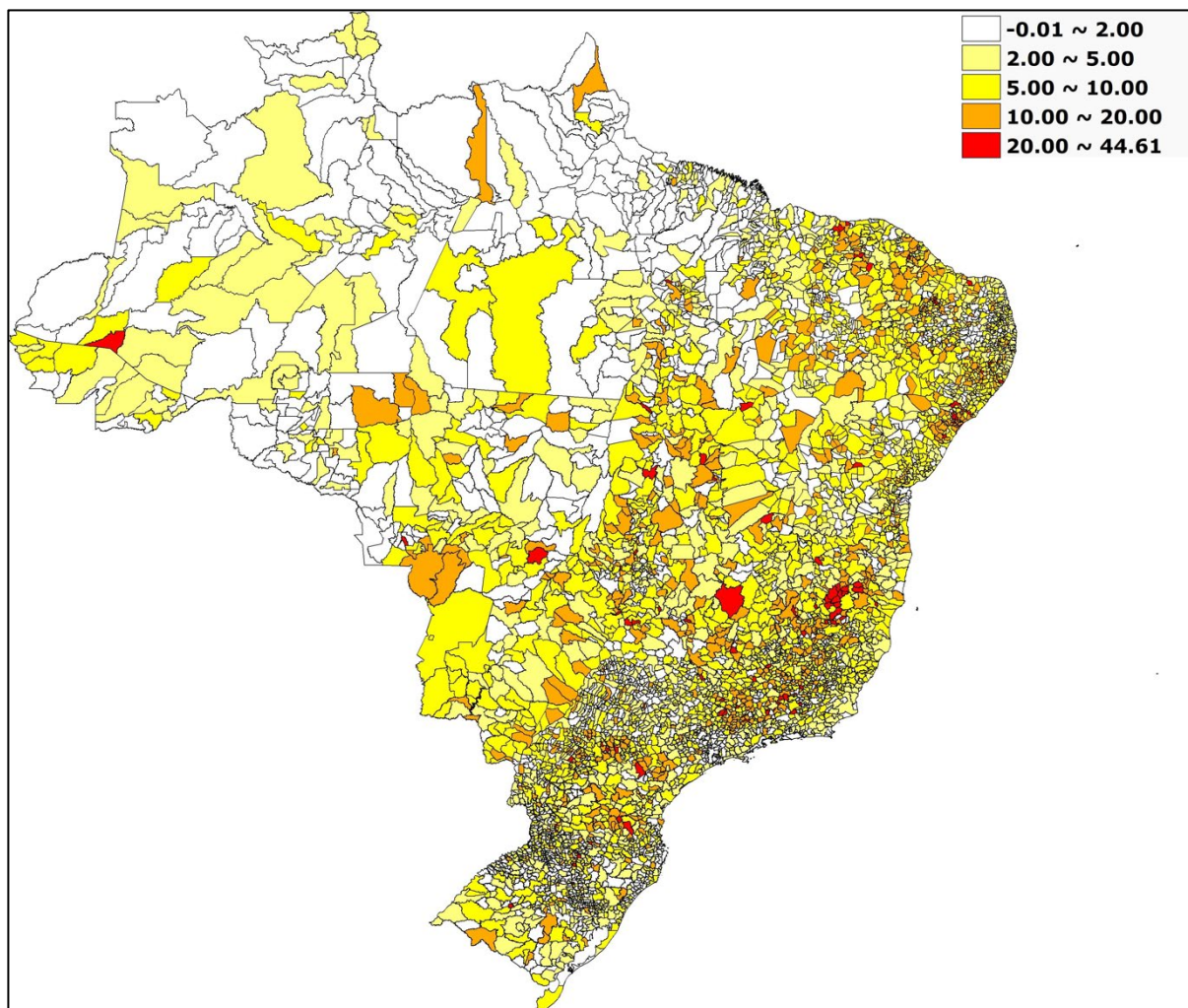


Figura 1 – Espacialização da taxa média de mortalidade padronizada, por transtornos mentais e comportamentais, atribuível ao uso de substâncias psicoativas para o período de 2012 a 2016. Brasil, 2019. Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

consumiam somente o crack, os demais consumiam o crack associado a outras drogas. A quantidade de pedras consumidas variou de 2 a 150 pedras/dia e o valor da pedra entre R\$ 5,00 e R\$ 10,00¹⁷.

Verificou-se, neste estudo, que 85,97% dos óbitos foram do sexo masculino, corroborando com estudo que aponta número elevado de óbitos para homens¹⁸. Outro trabalho que descreveu o perfil de usuários de crack no município de Santos – SP, também indicou maior prevalência de óbitos para este gênero¹⁷.

O abuso de crack é hoje um problema fortemente social e não significa minimizar ou secundarizar a importância das ações de saúde, até porque muitas ações de saúde pública têm forte cunho social, na medida em que podem contribuir para reduzir as desigualdades sociais e buscar oferecer ou resgatar a qualidade de vida das pessoas¹⁹.

Nesse estudo, 50,63% das mortes em decorrência do uso de substâncias psicoativas ocorreu na faixa etária entre 40 a 59 anos. No estudo da Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015, o pico da mortalidade por transtornos devidos ao uso de álcool ocorreu mais precocemente, na faixa dos 40 a 49 anos, em comparação com a cirrose (50 a 54 anos) e o câncer hepático (a partir

dos 65 anos)¹⁹.

Em relação à idade dos entrevistados, estudo em CAPS AD de Teresinha – PI observou que pessoas com transtornos consequentes do consumo de SPA em tratamento apresentaram média de 30,8 anos, variando de 22 a 40 anos de idade, sendo que a maioria (60%) estava entre 30 e 40 anos¹⁵, enquanto outra investigação encontrou média de idade de 35 anos¹⁷. Quanto à raça/cor, o estudo em tela constatou que 58,61% eram pretos e pardos, corroborando com estudos que apontam resultados semelhantes, com a maior frequência para esta raça/cor^{17,18}.

A baixa escolaridade identificada no presente estudo (27,11% dos indivíduos falecidos estudaram de 1 a 3 anos) é sustentada por pesquisas que evidenciaram que a baixa escolaridade entre pessoas usuárias de SPA é altamente prevalente. Um deles mostrou o ensino fundamental incompleto em 58,9% dos indivíduos e o analfabetismo em 6,1%⁹; outra publicação mostrou predominância de usuários que possuíam apenas o ensino fundamental completo¹²; e um último trabalho em que os usuários pesquisados variaram desde aqueles sem nenhuma escolaridade (analfabetos) até os que possuíam formação universitária¹⁷.

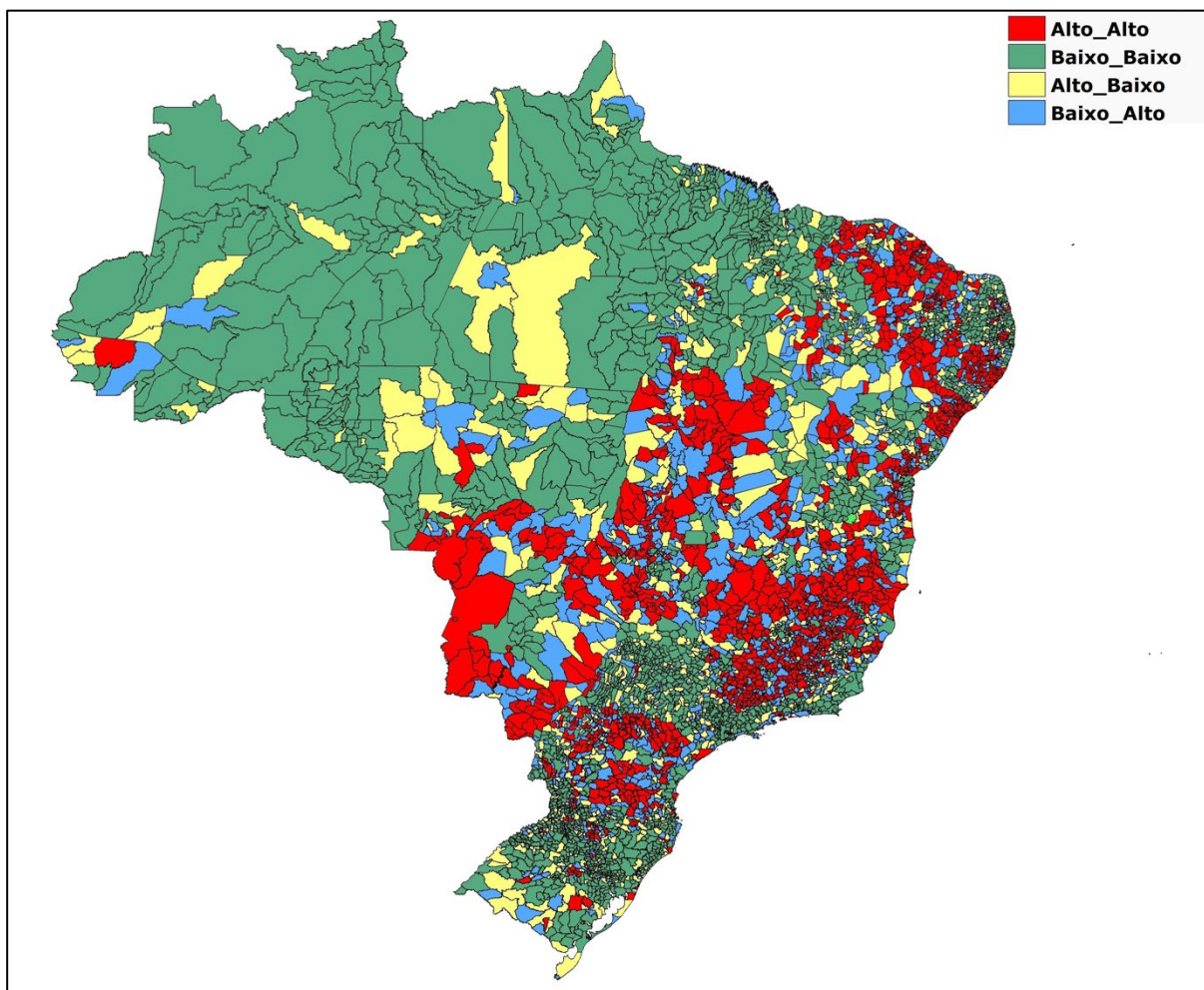


Figura 2 – Box Map da taxa de mortalidade padronizada por transtornos mentais e comportamentais atribuíveis ao uso de substâncias psicoativas para o período de 2012 a 2016, Brasil. Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

Quanto ao estado civil, este estudo revelou que houve o predomínio de solteiros. Este dado é semelhante ao encontrado em outros estudos envolvendo pessoas com transtornos decorrentes do consumo de SPA. Trabalho que avaliou a correlação entre a presença de sintomas depressivos e a qualidade de vida em usuários de SPA dos Centros de Atenção Psicossocial de Mato Grosso observou que 55,0 % eram solteiros e 10,1% separados, e justificam seus achados com a hipótese de que o usuário de SPA apresenta maior dificuldade em manter um relacionamento conjugal estável, em consequência do comportamento desencadeado pelo uso das drogas, o que desestabiliza suas relações afetivas¹². Outros estudos apresentaram igualmente maior frequência para os solteiros^{16,17}.

Na presente pesquisa, os municípios que corresponderam às maiores taxas médias de mortalidade foram do Nordeste e Sudeste do país. Nesse sentido, estudo da Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015, referente à mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool no *ranking* das Unidades Federativas (UFs) com maiores taxas, estados da Região Nordeste predominaram nas primeiras posições, em ambos os anos. Em 1990, as cinco UFs com maiores TMPI por transtornos, cirrose e câncer hepático devidos ao

uso de álcool, por 100 mil habitantes, foram: Pernambuco (23,9), Maranhão (21,5), Alagoas (21,1), Acre (20,9) e Sergipe (19,9). Em 2015 foram: Sergipe (25,0), Ceará (22,5), Pernambuco (21,7), Paraíba (20,7) e Alagoas (20,6). Observou-se um aumento expressivo das estimativas para as três condições de 1990 para 2015, principalmente nos estados: Ceará (64%; de 13,7 para 22,5/100 mil habitantes), Rio Grande do Norte (41%; de 12,3 para 17,3/100 mil habitantes) e Paraíba (37%; de 15,0 para 20,7/100 mil habitantes)¹⁹.

É importante destacar situações de vulnerabilidade social que também afetam a vida dos sujeitos. No Nordeste, estudo com usuários de crack em regime terapêutico em um serviço especializado na cidade de Teresina – Piauí revelou altas taxas de desemprego e baixa escolaridade¹⁴. Esses jovens com baixa escolaridade, muitos com precário suporte familiar, entram na vida adulta em franca desvantagem na disputa por trabalho, renda e um lugar social²⁰.

Noutro estudo em Santos – SP, a maior parte da fonte de renda dos usuários era proveniente de atividades informais e a média de tempo de vínculo formal de trabalho foi de quatro anos, sendo que nos últimos 30 dias, o número de dias trabalhados foi, em média, nove dias¹⁷. São situações de sobrecargas vivenciada por familiares de

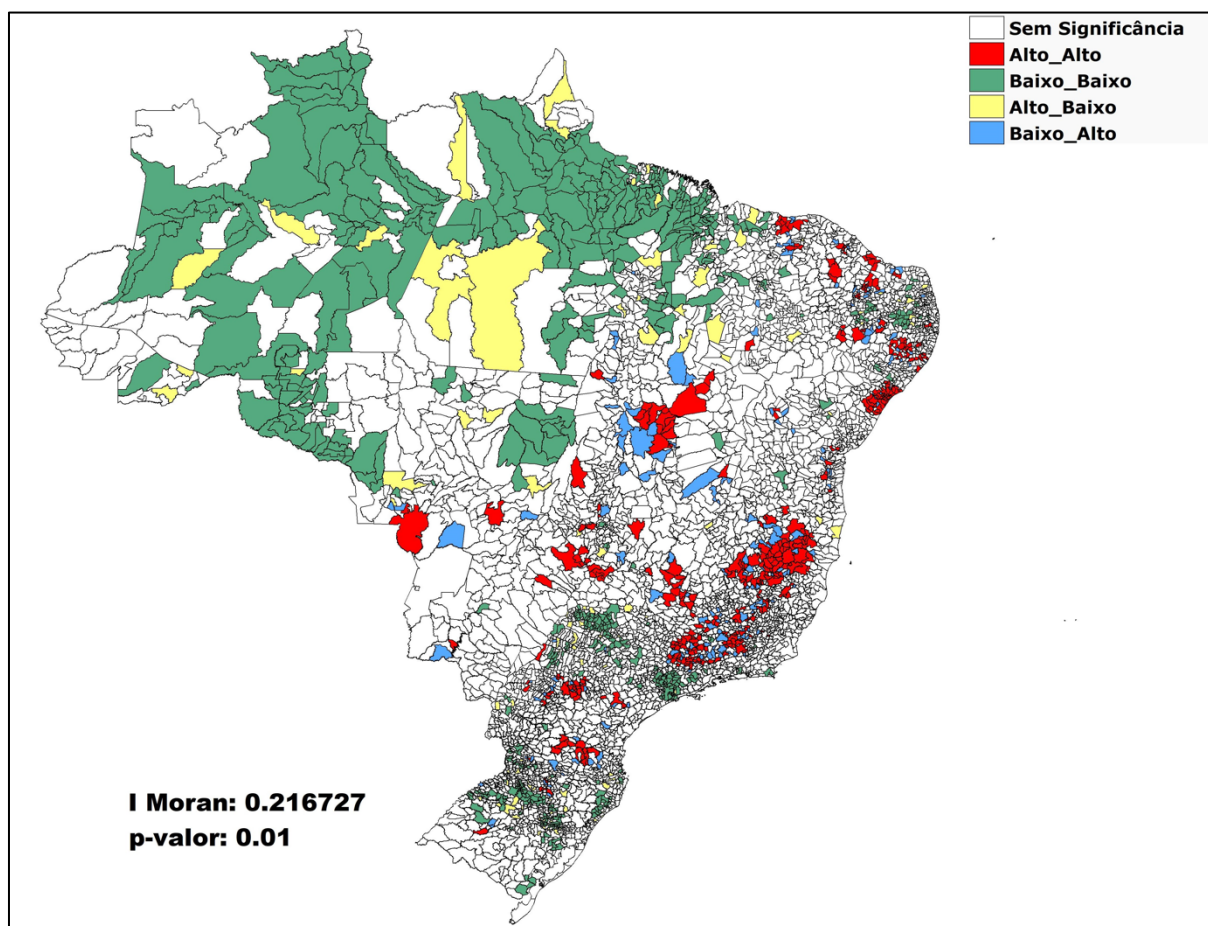


Figura 3 – Moran Map da taxa de mortalidade padronizada por transtornos mentais e comportamentais atribuível ao uso de substâncias psicoativas para o período de 2012 a 2016, Brasil. Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM.

indivíduos dependentes químicos, em que as famílias são afetadas pelas implicações psicossociais do usuário e pelos prejuízos financeiros para a manutenção do consumo de drogas⁶.

Na região Sul, pesquisa desenvolvida em Palmeira das Missões – RS mostrou que os dependentes químicos costumavam fazer combinação de uso de duas ou mais drogas ilícitas e consumiam também drogas lícitas, como álcool e tabaco. Dos pesquisados, 89,5 % necessitaram de internação para tratamento de desintoxicação e, posteriormente, 89,5% apresentaram lapsos/recaídas²¹.

No Sudeste, estudo em São Paulo, no período de 2009 a 2016, sobre o uso de drogas em caminhoneiros relacionou o risco de acidentes de trânsito em pessoas sob efeitos de substâncias psicoativas²².

As políticas públicas são dispositivos importantes para intervenções e cuidados com o usuário de substâncias psicoativas. Uma pesquisa realizada em 2013, em Minas Gerais, mostrou alta frequência de comportamento suicida²³. Outro estudo evidenciou que dentre os motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas, a ação suicida tem relação direta no contexto social dos sujeitos²⁴.

No contexto internacional, uma pesquisa analisou 688 indivíduos usuários de drogas injetáveis na Austrália e, dentre as características observadas, constatou-se uma

média de idade de 28,1 anos, que a maioria era do sexo masculino (62%), nunca se casou (42%) e viviam em residência própria com outras pessoas²⁵.

Nos Estados Unidos de 1979 a 2016, foi realizado um mapeamento por meio de *hotspot* geoespacial dos óbitos quanto à ocorrência de overdose epidêmica, e os autores concluíram que as principais substâncias utilizadas foram heroína, opióides sintéticos e cocaína, em indivíduos do sexo masculino, de cor branca e em zonas urbanas, onde se concentram mais as mortes por cocaína²⁶. O delineamento de padrões geográficos de mortes por envenenamento por drogas envolvendo heroína nos EUA de 2000 a 2014 foram examinados em relação às taxas de mortalidade e concentram-se em indivíduos de 25 a 34 anos, em geral homens brancos²⁷.

A limitação do presente estudo está relacionada à utilização de dados secundários sobre mortalidade, que estão sujeitos ao subregistro, apesar de nos últimos anos reconhecer-se que o SIM no Brasil obteve ganhos significativos quanto à qualidade do preenchimento da Declaração de Óbito. As contribuições, por sua vez, referem-se aos subsídios gerados para políticas públicas com ênfase nas ações preventivas, geograficamente determinadas, com políticas orientadas para a priorização de municípios, estados e regiões que apresentam altas taxas de mortalidades.

Conclusão

É possível perceber que a mortalidade atribuída ao uso de substâncias psicoativas está desigualmente distribuída no Brasil, e não necessariamente está relacionada às piores condições de vida, uma vez que foi possível observar a presença de *clusters* de altas taxas de mortalidade em regiões socioeconomicamente desenvolvidas, como o Sudeste do país.

Os achados fortalecem a necessidade de se buscarem explicações para as diferenças dos índices de óbitos por transtornos mentais e comportamentais

atribuídos ao uso de substâncias psicoativas em seu contexto local, reforçando a importância da organização da vigilância epidemiológica e a análise focada nos municípios de maior ocorrência, de forma a favorecer uma compreensão desse problema de saúde pública, e melhorar as possibilidades de prevenção.

A literatura recente vem afirmando o papel preponderante de algumas espécies de psicoativos isolados ou como mistura de substâncias, mais frequentemente constatados nos casos de intoxicação na maioria dos países, condicionadas pelo fácil acesso, baixos custos e incentivos à produção e consumo.

Referências

- Baasch D, Trevisan, RL, Cruz, RM. Perfil epidemiológico dos servidores públicos catarinenses afastados do trabalho por transtornos mentais de 2010 a 2013. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2017;22(5):1641-50. doi: [10.1590/1413-81232017225.10562015](https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.10562015)
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. Genebra: OMS; 2001 [cited 2020 Jun 25]. Available from: www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Bonadiman, CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017;20(Suppl 01):191-204. doi: [10.1590/1980-5497201700050016](https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. Portaria No. 457 de 16 de abril de 2003. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Available from: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0457_16_04_2003.html
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: MS; 2002. Available from: bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Socol KLS, Terra MG, Ribeiro DB, Mostardeiro SCTS, Teixeira JKS, Souto VTS, et al. Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduos dependentes químicos. *Rev Enferm UFSC* [Internet]. 2014;4(3):602-11. doi: [10.5902/2179769211264](https://doi.org/10.5902/2179769211264)
- Marinho LCP, Carmo DRP, Souto VT, Pelzer MT, Costa RF. O corpo, a droga e o movimento. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2016;20:e987. doi: [10.5935/1415-2762.20160057](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160057)
- Anselin L. Local indicators of spatial association. *Geogr Anal*. 1995;27(2):93-115. doi: [10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x](https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x)
- Oliveira VC, Capistrano FC, Ferreira ACZ, Kalinke LP, Felix JVC, Maftum MA. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do sul do Brasil. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(1):e16350. doi: [10.18471/rbe.v31i1.16350](https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16350)
- Laranjeira R, Madruga C, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro S. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2014 [cited 2020 Aug 25]. Available from: inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relatório.pdf
- Roercke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2013;108(9):1562-78. doi: [10.1111/add.12231](https://doi.org/10.1111/add.12231)
- Marcon SR, Xavier JS, Barcelon AA, Espinosa MM, Barbosa DA. Correlação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de usuários de substâncias psicoativas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(4):663-9. doi: [10.1590/S0080-62342014000400013](https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000400013)
- Santos LR, Silva AR, Barros JF, Magalhães GL, Costa RM, Cunha LC. Perfil de usuário de crack e avaliação de densidade geral de problemas associados ao uso de substâncias psicoativas. *Rev Enferm UFPE online* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 25];11(9):3471-81. Available from: pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32935
- Cardoso LRD, Malberger A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *Psicol Esc Educ*. 2014;18(1):27-34. doi: [10.1590/S1413-85572014000100003](https://doi.org/10.1590/S1413-85572014000100003)
- Carvalho NAR, Santos JDM, Silva Junior JFG, Monteiro CFS, Lima LAA. Perfil de usuários de crack. *Rev Enferm UFPE*. 2015;4(2):33-9. doi: [10.26694/reufpi.v4i2.3554](https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i2.3554)
- Almeida RMM, Trentini LB, Klein LA, Macuglia GR, Hammer C, Tesmmer M. Uso de álcool, drogas, níveis de impulsividade e agressividade em adolescentes do Rio Grande do Sul. *Psico* [Internet]. 2014 [cited 2020 Aug 25];45(1):65-72. Available from: pdfs.semanticscholar.org/4732/ec4a605c89af3089c6308d82c313ae843032.pdf
- Rodrigues LOV, Silva CRC, Oliveira NRC, Tucci AM. Perfil de usuários de crack no município de Santos. *Temas psicol*. 2017;25(2):675-89. doi: [10.9788/TP2017.2-14](https://doi.org/10.9788/TP2017.2-14)
- Lemos YV, Wainstein AJA, Savoi LM, And Drummond-Lage, A.P. Epidemiological and toxicological profile of homicide victims in a legal medicine unit in Brazil. *J Forensic Leg Med*. 2019;65:55-60. doi: [10.1016/j.jflm.2019.05.008](https://doi.org/10.1016/j.jflm.2019.05.008)
- Melo APS, França EB, Malta DC, Garcia LP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devidos ao uso de álcool: Carga Global de Doenças no Brasil, 1990 e 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(Suppl 1):61-74. doi: [10.1590/1980-5497201700050006](https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050006)
- Bastos FI, Bertoni N. (Org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Available from: www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019
- Cosentino SF, Vianna LAC, Souza MHN, Perdonssini LGB. Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 25];11(6):2400-7. Available from: periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23403/19066
- Leyton V, Bombana HS, Magalhães JG, Panizza HN, Sinagawa DM, Takitane J, Carvalho HB, Andreuccetti G, Yonamine M, Gierde H, Muñoz DR. Trends in the use of psychoactive substances by truck drivers in São Paulo State, Brazil: A time-series cross sectional roadside survey (2009–2016). *Traffic injury prevention*. 2019;20(2):122-7. doi: [10.1080/15389588.2018.1552786](https://doi.org/10.1080/15389588.2018.1552786)
- Cantão L, Botti NCL. Suicidal behavior among drug addicts. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2): 366-73. doi: [10.1590/0034-7167.2016690224i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i)
- Ribeiro DB, Terra MG, Socol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAZ. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1): e54896. doi: [10.1590/1983-1447.2016.01.54896](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.54896)
- Di Rico R, Nambiar D, Stoové M, Dietze P. Drug overdose in the ED: a record linkage study examining emergency department ICD-10 coding practices in a cohort of people who inject drugs. *BMC Health Services Research*. 2018 [citado 08 Agosto 2019]; 18:945. doi: [10.1186/s12913-018-3756-8](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3756-8)

26. Jalal H, Buchanich JM, Roberts MS, Balmert LC, Zhang K, Burke DS. Changing dynamics of the drug overdose epidemic in the United States from 1979 through 2016. *Science*. 2018;361(1218). doi: [10.1126/science.aau1184](https://doi.org/10.1126/science.aau1184)

27. Stewart K, CAO Y, Hsu MH, Artigiani E, Wish E. Geospatial analysis of drug poisoning deaths involving heroin in the USA, 2000-2014. *J. Urban Health*. 2017;94:572-86. doi: [10.1007/s11524-017-0177-7](https://doi.org/10.1007/s11524-017-0177-7)

Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Indicação sobre as contribuições de cada autor:

Concepção e desenho do estudo: MVM, AEA

Análise e interpretação dos dados: MVM, AEA, JKS

Coleta de dados: AEA, MVM, ASF

Redação do manuscrito: MVM, AEA, LBPG, HCCA

Revisão crítica do texto: MVM, AEA, JKS, LBPG

Aprovação final do manuscrito: MVM, JKS, LBPG, HCCA, ASF, AEA

Análise estatística: AEA

Responsabilidade geral pelo estudo: MVM, JKS, LBPG, HCCA, ASF, AEA

Informações sobre financiamento: Não se aplica