

Histórias apagadas: mortalidade prematura por uso de substâncias psicoativas no estado de São Paulo de 2014 a 2018

Erased stories: premature mortality from psychoactive substance use in the state of São Paulo from 2014 to 2018

Historias borradas: mortalidad prematura por consumo de sustancias psicoactivas en el estado de São Paulo de 2014 a 2018

Juliana Cristina Martins de Souza¹, João Vitor Andrade², José Gilberto Prates³

Como citar esse artigo. Souza JCM, Andrade JV, Prates JG. Histórias apagadas: mortalidade prematura por uso de substâncias psicoativas no estado de São Paulo de 2014 a 2018. Rev Pró-UniversUS. 2024; 15(1):01-07.

Resumo

Introdução: Os transtornos mentais associados ao consumo de substâncias representam um custo global de 35 bilhões de dólares. Esse é um sério desafio de saúde pública devido à sua conexão com a mortalidade prematura. **Objetivo:** Traçar o perfil sociodemográfico e analisar o impacto dos óbitos prematuros ocorridos no estado de São Paulo em decorrência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. **Método:** Estudo ecológico, considerando óbitos por uso de substâncias psicoativas entre indivíduos de 15 a 75 anos de idade (CID- F10 a F19) entre 2014 e 2018. Foram calculados valores brutos e taxas de óbitos/APVP por ano do óbito, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil e faixa etária. Realizou-se o teste Qui-Quadrado para estabelecer comparação. **Resultados e discussão:** Nas faixas etárias de 15 a 74 anos o número de mortes foi de 4.533 óbitos, contabilizando uma taxa de mortalidade de 10,29 por 100.000 habitantes. O perfil da mortalidade foi de maior taxa de APVP em brancos (58.494 APVP), do sexo masculino (91.624 APVP), solteiros (5.626 APVP), com escolaridade entre 4 e 7 anos (31.990 APVP) e com faixa etária de 40 a 49 anos com (33.420 APVP). **Considerações finais:** teve-se por uso de substâncias 103.064 APVP no estado de São Paulo. E o perfil sociodemográfico encontrado foi de maior APVP em pessoas do sexo masculino, brancos, com baixa escolaridade e não casados. Embora, no período analisado tenha havido um decréscimo da mortalidade prematura, esta mortalidade ainda possui grande impacto, representado pelo valor social que a perda de uma vida tem.

Palavras-chave: Abuso Oral de Substâncias; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Mortalidade Prematura; Determinantes Sociais da Saúde.

Abstract

Introduction: Mental disorders associated with substance use represent a global cost of 35 billion dollars. This is a serious public health challenge due to its connection to premature mortality. **Objective:** To trace the sociodemographic profile and to analyze the impact of premature deaths in the state of São Paulo due to substance use disorders. **Method:** Ecological study considering deaths due to psychoactive substance use among individuals aged 15 to 75 years (ICD- F10 to F19) between 2014 and 2018. Crude values and rates of deaths/APVP by year of death, sex, color/race, education, marital status and age group were calculated. Chi-square test was performed to establish comparison. **Results and discussion:** In the 15-74 age group, the number of deaths was 4,533, accounting for a mortality rate of 10.29 per 100,000 inhabitants. The mortality profile was of higher rate of PVA in Caucasians (58,494 PVA), males (91,624 PVA), singles (5,626 PVA), with schooling between 4 and 7 years (31,990 PVA), and with age group 40 to 49 years with (33,420 PVA). **Final considerations:** substance use was 103,064 APVP in the state of São Paulo. And the sociodemographic profile found was of higher APVP in males, whites, with low education and not married. Although in the analyzed period there was a decrease in premature mortality, this mortality still has a great impact, represented by the social value that the loss of a life has.

Key words: Substance Abuse, Oral; Substance-Related Disorders; Mortality, Premature; Social Determinants of Health.

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales asociados al consumo de sustancias representan un coste global de 35 mil millones de dólares. Este es un grave desafío de salud pública debido a su conexión con la mortalidad prematura. **Objetivo:** Trazar el perfil sociodemográfico y analizar el impacto de las muertes prematuras en el estado de São Paulo debido a trastornos por uso de sustancias. **Método:** Estudio ecológico considerando las muertes por consumo de sustancias psicoactivas en individuos de 15 a 75 años (CIE- F10 a F19) entre 2014 y 2018. Se calcularon valores crudos y tasas de muertes/APVP por año de muerte, sexo, color/raza, educación, estado civil y grupo de edad. Se realizó la prueba de Chi-cuadrado para establecer la comparación. **Resultados y discusión:** En el grupo de edad de 15 a 74 años, el número de defunciones fue de 4.533, lo que representa una tasa de mortalidad de 10,29 por 100.000 habitantes. El perfil de mortalidad fue de mayor tasa de PVA en caucásicos (58.494 PVA), hombres (91.624 PVA), solteros (5.626 PVA), con escolaridad entre 4 y 7 años (31.990 PVA), y con grupo de edad de 40 a 49 años con (33.420 PVA). **Consideraciones finales:** el consumo de sustancias fue de 103.064 PVA en el estado de São Paulo. Y el perfil sociodemográfico encontrado fue de mayor APVP en los hombres, blancos, con baja escolaridad y no casados. Aunque en el período analizado hubo una disminución de la mortalidad prematura, esta mortalidad aún tiene un gran impacto, representado por el valor social que tiene la pérdida de una vida.

Palabras clave: Sustancias de Abuso por Vía Oral; Trastornos Relacionados con Sustancias; Mortalidad Prematura; Determinantes Sociales de la Salud.

Afiliação dos autores:

¹Enfermeira. Mestranda em enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: enfajulianacmartins@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1941-2262>.

²Enfermeiro. Mestrando em enfermagem na Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: jvma100@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3729-501X>.

³Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Coordenador Técnico do Programa de Residência de Enfermagem do Departamento de Psiquiatria do HCFMUSP, e da Pós-graduação Multiprofissional em Saúde Mental e Psiquiatria. Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: j.prates@hc.fm.usp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1089-0628>.

* E-mail de correspondência: enfajulianacmartins@gmail.com

Recebido em: 06/07/23 Aceito em: 19/02/24.

Introdução

A saúde mental é definida como uma condição de equilíbrio entre as vivências externas e as necessidades individuais, estando estas estritamente ligadas à vida psíquica do sujeito¹. Logo, entende-se esta condição como a capacidade do sujeito de gerir a própria vida, tendo autonomia ante as suas emoções e as suas condições socioeconômicas. Destaca-se ainda que, a independência das próprias ações e a manutenção da noção de espaço-temporal, configuram-se como fatores essenciais para o alcance do bem-estar biopsicossocioespiritual².

Contudo, indicadores mundiais relativos à saúde mental demonstram que a falta de investimentos em políticas públicas tem corroborado para o adocimento maciço da população, agravamento dos casos e baixos índices de recuperação. Nesta perspectiva, os transtornos mentais situam-se como uma das principais causas de morbimortalidade no mundo³⁻⁴. No Brasil, os transtornos mentais ocupam a terceira posição entre as condições de saúde causadoras de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, atrás apenas das doenças cardiovasculares e das neoplasias⁴.

Dentre os transtornos mentais, aqueles relacionados ao uso de substâncias serão o foco do presente estudo. Estes causam problemas em diversos âmbitos da vida individual e coletiva dos indivíduos afetados. Para além das implicações individuais como a perda do autoconceito, o sentimento de peso social e familiar, há de se considerar os gastos públicos, principalmente relacionados às internações hospitalares⁵⁻⁶.

Estima-se que cerca de 16,6% das pessoas que fazem uso de substâncias recebam tratamento, somando um custo de 35 bilhões de dólares mundialmente, segundo o relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes⁷. Aponta-se ainda que 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos havia feito uso de drogas em 2016, representando um aumento de 30% em relação ao ano de 2009⁸.

No contexto das drogas injetáveis, aproximadamente 11 milhões de pessoas em todo o mundo fizeram uso dessas substâncias. Estima-se que, dentre esses usuários, 1,4 milhão esteja infectado pelo vírus HIV e 5,6 milhões pelo vírus da hepatite C. É importante ressaltar que o número de mortes atribuídas ao consumo dessas substâncias foi de cerca de 586.000, sendo dois terços delas relacionadas ao uso de opioides. Vale destacar que mais da metade dessas fatalidades resultou de complicações como Cirrose, Câncer e Hepatite C não tratada⁸.

Ademais, há uma importante relação entre uso de substâncias e o suicídio, visto que a cada 10 tentativas de suicídio, três ou mais têm associação com uso de álcool⁹. Ao analisar o comportamento suicida entre dependentes químicos, um estudo brasileiro encontrou uma taxa de

30,08% para ideação suicida e 32,52% para tentativa de suicídio¹⁰. A literatura também sinaliza que a presença de transtornos de humor aumentaria o risco de suicídio entre os usuários de substâncias⁹⁻¹⁰.

Além das dificuldades enfrentadas pelos usuários de substâncias com enfermidades crônicas, outro fator preocupante é a ocorrência de mortes prematuras. É crucial ressaltar que, ao considerarmos a mortalidade por causas específicas, os métodos convencionais de análise do impacto das mortes são limitados, pois não abrangem de maneira abrangente seu efeito nas regiões onde ocorrem. Nesse sentido, é fundamental empregar o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) para avaliar as mortes, uma vez que esse indicador considera a idade em que os óbitos ocorrem e seu impacto na sociedade¹¹.

No Brasil, há poucos estudos referentes à análise sociodemográfica e as taxas de mortalidade por transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias. Nesse sentido, é importante conhecer e mensurar o impacto da carga dos transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias em regiões específicas do país, tais como o estado de São Paulo, que possui uma população de aproximadamente 45 milhões de habitantes¹².

Assim, o presente estudo visa traçar o perfil sociodemográfico e analisar o impacto dos óbitos ocorridos no estado de São Paulo em decorrência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias nos últimos cinco anos, utilizando o indicador APVP.

Metodologia

Trata-se de um estudo de delineamento ecológico, retrospectivo, exploratório e com abordagem quantitativa.

O conjunto de variáveis foi construído a partir de dados secundários referentes às mortes por transtornos relacionados ao uso de substâncias no estado de São Paulo, no período de 2014 a 2018. Esses dados foram compilados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e estão disponíveis na Internet por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS¹³, com o objetivo de estabelecer uma comparação entre a taxa anual de óbitos e os APVP.

Para isso, foram coletadas as seguintes variáveis: ano do óbito, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, faixa etária, tendo como causa de óbito o uso de substâncias psicoativas. Esta última foi baseada nos códigos F10 a F19 do Capítulo V: “Transtornos mentais e comportamentais” da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª revisão¹⁴.

Como indicador, os APVP exprimem a implicação das mortes prematuras (ocorridas antes da duração

de vida esperada), permitindo comparar o efeito de cada causa de óbito em uma população determinada. Para além da magnitude, há também o critério da transcendência que considera o valor social atribuído às mortes prematuras.

Neste estudo, o cálculo dos APVP foi estabelecido como na Figura 1 na qual considerou-se o limite de 75 anos visto que esta é a expectativa de vida da população brasileira no período de anos supracitado¹⁵⁻¹⁶.

$$APVP = \sum_{x=0}^{L-x} dx(L-x)$$

Figura 1. Fórmula para o cálculo dos APVP¹⁴.

Observa-se que L é a idade limite (75 anos), x é a idade em que o óbito ocorreu e dx é o número de óbitos ocorridos com idade x. Tendo em vista que o DATASUS concede as informações por faixa etária, foi necessário simplificar as informações retiradas do sistema. Assim, utilizou-se o ponto médio de cada faixa etária por meio da expressão:

$$dx = 75 - (x + 0,5) = 75 - x - 0,5$$

Adicionando 0,5 a x (ou seja, x+0,5) é uma forma de calcular o ponto médio dessa faixa etária. Isso porque, ao adicionar 0,5 à idade inferior da faixa etária, está se aproximando ao valor médio dessa faixa. Então, subtraindo x+0,5 de 75, obtemos 75-(x+0,5), que é uma maneira de representar a idade média na qual os óbitos ocorreram para essa faixa específica. Desse modo, obtém-se o resultado ao somar o produto do número de óbitos em cada idade pelos anos de vida restante até a idade limite.

A quantidade de APVP, segundo cada faixa etária, para a idade limite de 75 anos foi descrita no Quadro 1. Excluiu-se os óbitos infantis (de 0 até 14 anos e 9 meses) pelo fato deles causarem um superdimensionamento do valor social quando comparado aos óbitos em idades mais avançadas¹¹.

Quadro 1. Anos perdidos de vida restante - APVP por faixa etária com expectativa de vida de 75 anos.

Faixa Etária	Ponto Médio	APVP ⁷⁵
15 a 19	17	58
20 a 29	24,5	50
30 a 39	34,5	40
40 a 49	44,5	30
50 a 59	54,5	20
60 a 69	64,5	10
70 a 74	72	3

Fonte. Dados do presente estudo.

Foi elaborada uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel 2016®, onde os dados sociodemográficos foram tabulados para serem apresentados na forma de quadros e tabelas e onde também pode-se calcular as estatísticas descritivas para utilização na descrição dos dados sociodemográficos. Após, as variáveis sexo, cor/raça, escolaridade e estado civil foram dicotomizadas, para realização do teste Qui-Quadrado a fim de se estabelecer a comparação entre grupos dos APVP. As análises estatísticas foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 23.0. Para todos os testes, o intervalo de confiança foi de 95%, com o nível de significância adotado de $p \leq 0,05$.

Também, foi calculada uma regressão linear para determinar a tendência dos APVP ao longo do período estudado. Para cada ano foi possível determinar os custos de mortalidade entendido como a produto dos APVP pelo salário médio da população estudada¹⁷.

Por se tratar da análise de dados secundários oficiais de natureza pública, o presente estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelecido na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 510, de 7 de abril de 2016, em seu inciso III do § único do Art. 1º.

Resultados e Discussão

Entre 2014 e 2018, no estado de São Paulo, ocorreram 5009 mortes devido ao uso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, resultando em uma taxa de mortalidade de 11,37 por 100.000 habitantes. Este estudo abrange as faixas etárias de 15 a 74 anos, identificando 4533 mortes nessa faixa etária, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 10,29 por 100.000 habitantes.

Conforme demonstrado na Tabela 1, a maioria dessas mortes ocorreu entre pessoas do sexo masculino (88,705%), de etnia branca (59,079%), com idades entre 50 e 59 anos (31,723%), estado civil solteiro (45,489%), e com 4 a 7 anos de escolaridade (29,362%).

Em relação à mortalidade prematura, o número de APVP foi maior em brancos com 58.494 anos, de sexo masculino com 91.624 anos, solteiros com 5626 anos, naqueles com escolaridade entre 4 e 7 anos com 31990 e com faixa etária de 40 a 49 anos com 33420 anos.

Na comparação entre grupos, conforme mostrado na Tabela 2, se somada todas as classificações de cor, excetuando os que tiveram a cor ignorada no registro de óbito, os APVP das pessoas brancas são maiores que daqueles não brancos com um total de 58494 anos, sendo uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Seguindo o mesmo padrão, ao analisar os APVP entre os grupos de casados e não casados (que incluem

Tabela 1. APVP por Características Sociodemográficas, 2020.

VARIÁVEIS	N	%	APVP ⁷⁵
Sexo			
Masculino	4021	88,7	91624
Feminino	512	11,29	11440
Cor/Raça			
Branca	2678	59,07	58494
Preta	446	9,83	10397
Amarela	17	0,37	242
Parda	1256	27,7	30919
Indígena	5	0,11	130
Ignorado	131	2,89	2882
Faixa Etária			
15 a 19 anos	33	0,72	1914
20 a 29 anos	148	3,26	7400
30 a 39 anos	520	11,47	20800
40 a 49 anos	1114	24,57	33420
50 a 59 anos	1438	31,72	28760
60 a 69 anos	990	21,84	9900
70 a 74 anos	290	6,39	870
Estado Civil			
Solteiro	2062	45,48	56626
Casado	1008	22,23	17678
Viúvo	213	4,69	2666
Separado judicialmente	712	15,7	13348
Outro	147	3,24	3589
Ignorado	391	8,62	9157
Escolaridade			
Nenhuma	263	5,8	4666
1 a 3 anos	1028	22,67	21450
4 a 7 anos	1331	29,36	31990
8 a 11 anos	752	16,58	19086
12 anos ou mais	112	2,47	1905
Ignorado	1047	23,09	23967
TOTAL	4533	100%	103064

Fonte. Dados do presente estudo, 2020.

solteiros, viúvos e separados judicialmente), observa-se que o número de APVP no grupo dos não casados é superior ao número de APVP no grupo dos casados, totalizando 72.640 anos ($p < 0,001$). No que diz respeito à variável sexo, o número de APVP entre pessoas do sexo masculino é consideravelmente maior do que entre pessoas do sexo feminino, com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) de 80.184 anos.

Outra diferença também foi evidenciada entre pessoas com até 8 anos de escolaridade e aquelas com mais de 8 anos de escolaridade, mostrando-se que os APVP em pessoas com menor escolaridade são maiores com um total de 58.106 anos.

Tabela 2. Comparação entre APVP entre variáveis sociodemográficas.

Variáveis	APVP ₇₅	Qui-quadrado (IC95%)
Cor/Raça		
Branco	58494	$p < 0,001$
Não Brancos	41688	
Estado Civil		
Casados	17678	$p < 0,001$
Não Casados	72640	
Sexo		
Masculino	91624	$p < 0,001$
Feminino	11440	
Escolaridade		
Até 8 anos	58106	$p < 0,001$
Maior que 8 anos	20991	

Fonte. Dados do presente estudo, 2020.

O presente trabalho identificou uma tendência decrescente da mortalidade prematura no período de 2014 a 2018 somando um total no período de 103.064 APVP.

Em relação às características sociodemográficas analisadas, gênero, escolaridade e estado civil estão em convergência ao que a literatura apresenta de modo que: pessoas solteiras, do sexo masculino, e com baixa escolaridade tem maiores taxas de APVP¹⁸⁻²³.

Em relação ao aspecto do sexo, em um estudo conduzido por Lindblad *et al.*¹⁸, foi identificada uma taxa de mortalidade de mulheres e homens em tratamento, respectivamente, cinco vezes e três vezes maior do que na população em geral. Contudo, esse resultado não alcançou significância estatística. Por outro lado, Rönkä *et al.*¹⁹ encontraram uma taxa de mortalidade três vezes maior para o sexo masculino em comparação ao sexo feminino, correspondendo a 75% das mortes analisadas no estudo.

As disparidades de gênero têm implicações significativas em várias questões de saúde, especialmente quando se trata de comportamentos de saúde que apresentam maior propensão a riscos. Embora haja diferenças do ponto de vista biológico entre os sexos, particularmente na metabolização de drogas

influenciada pelos hormônios, a construção social dos papéis de gênero masculino e feminino também molda os hábitos relacionados à saúde, incluindo o uso de álcool e outras drogas²⁰. Essa perspectiva converge com os resultados encontrados, uma vez que os APVP para o sexo masculino foram superiores aos APVP para o sexo feminino.

No tocante à escolaridade, a menor escolaridade é uma desvantagem social e está associada à maior mortalidade prematura^{19,21}. Isso se estabelece a partir de que a escolaridade fornece acesso a informações relacionadas aos riscos em saúde, do mesmo modo que, a baixa escolaridade pode se dar por um acesso precoce às drogas interferindo na formação destes indivíduos e interferindo, conseqüentemente, na estabilidade no mercado de trabalho^{19,21}.

O estado civil por sua vez, também é um forte indicador de maior mortalidade entre as pessoas com transtornos relacionados ao uso de substância²². Alguns estudos demonstram que o uso de substâncias psicoativas interfere diretamente na estabilidade das relações afetivas, ainda há indícios de que possuir uma família constitui-se como fator protetor para o uso de substâncias²²⁻²⁴.

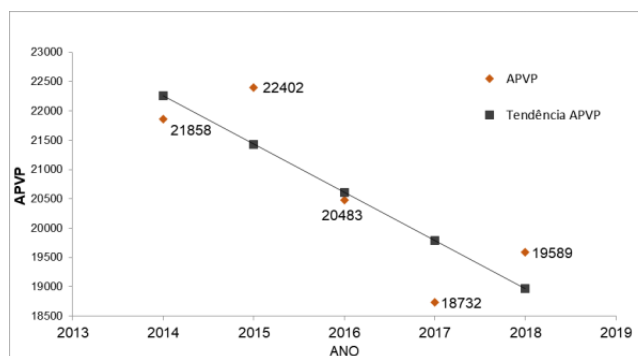
No presente estudo, a mortalidade prematura em brancos foi maior do que em pretos e pardos e, mesmo somando-se os APVP de pretos, pardos, amarelos e indígenas, a diferença permanece significativa. O achado é consoante ao censo demográfico do estado de São Paulo, no qual 63,9% dos paulistas se declararam brancos, 29,1% pardos, 5,5% pretos, 1,4% amarelos e 0,1% indígenas²⁵. Porém, isso difere do que a literatura demonstra sobre o quesito cor/raça/etnia nos estudos sobre mortalidade e sobre mortalidade em pessoas que são diagnosticadas com transtornos relacionados a uso de substâncias²⁶⁻²⁷.

Nos Estados Unidos, o aumento de mortalidade em pessoas brancas também foi verificado, sendo explicado pelo aumento do acesso aos opioides em consequência do que se chamou epidemia da dor, tendo um aumento significativo das taxas de abuso de álcool, overdose e suicídio como consequência à crise financeira que trouxe para os norte-americanos insegurança para o futuro²⁸⁻²⁹.

Contrariando os estudos mencionados e a análise atual, Marques *et al.*²² descobriram que a maioria das mortes decorrentes de transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas no Brasil foi composta por indivíduos pretos e pardos, totalizando 58,61% das mortes por essa causa específica no período de 2012 a 2016. Isso destaca a necessidade de mais pesquisas sobre esse tema, tanto com abordagens quantitativas quanto qualitativas, a fim de proporcionar uma compreensão mais aprofundada da questão e promover avanços nas investigações relacionadas ao uso de substâncias no Brasil.

Além da comparação entre grupos, na Figura 1, pode-se analisar a diferença APVP entre os anos do período estudado. No estado de São Paulo, de 2014 a 2017 há uma redução do número de APVP com um leve aumento de 2017 a 2018. Contudo a tendência geral mostrada no gráfico é de decréscimo (APVP = $-820.8 \times \text{Ano} + 1675345.6$).

Figura 1. Tendência de APVP por ano, entre os anos de 2014 a 2018 (IC 90% $p < 0,1$).



Fonte. Dados do presente estudo.

Os APVP foram multiplicados pelo salário médio a cada ano, corrigidos pela taxa de desemprego no mesmo período. O custo da mortalidade por uso substâncias no período analisado chegou a R\$ 233.027.704,00 reais, conforo durante o período devido à mortalidade foi de R\$ 233.027.704,00. Vale ressaltar que esses achados contrastam com os resultados do estudo sobre a Carga Global de Doenças, que indicou um aumento nos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) entre 2006 e 2016, registrando uma diferença de 2.328,1 anos³⁰. É importante notar que a mortalidade associada a transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas têm apresentado um aumento significativo, atingindo 0,73% de todos os APVP em 2019³¹. Nos últimos dez anos, houve uma variação de 0,15%, o que representa um aumento de 20,54% na mortalidade prematura decorrente de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas³¹.

Quadro 2. Custos da Mortalidade por Uso de Substâncias Psicoativas entre 2014-2018.

ANO	CUSTOS DA MORTALIDADE
2014	R\$ 49.420.938,00
2015	R\$ 50.650.922,00
2016	R\$ 46.312.063,00
2017	R\$ 42.353.052,00
2018	R\$ 44.290.729,00
Total	R\$ 233.027.704,00

Fonte. Dados do presente estudo, com base em cálculos¹⁷

Por fim, com relação as limitações do presente estudo, aponta-se que por se tratar de dados secundários, é possível a contenção de vieses nas informações, de modo que possa haver subnotificação, bem como possíveis erros de alimentação do banco de dados.

Conclusão

Durante o período de 2014 a 2018, o uso de substâncias resultou em 103.064 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) no estado de São Paulo. O perfil sociodemográfico identificado indicou uma maior ocorrência de APVP entre pessoas do sexo masculino, brancas, com baixa escolaridade e não casadas. Apesar de uma redução na mortalidade prematura durante o período analisado, essa mortalidade ainda possui um impacto significativo, representando um valor social inestimável associado à perda de uma vida.

É importante destacar as consequências das perdas decorrentes dessa mortalidade, as quais podem gerar vazios na sociedade, muitas vezes não percebidos, mas que, sem dúvida, têm um impacto social considerável, afetando diversas esferas, incluindo a economia.

É relevante ressaltar que, embora cada variável sociodemográfica isoladamente não seja capaz de determinar o aumento da mortalidade prematura, o conjunto dessas variáveis exerce uma influência significativa na probabilidade de mortalidade em indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias. Assim, a disparidade na mortalidade prematura entre os grupos persiste, evidenciando que muitos dos determinantes de saúde ainda refletem desigualdades sociais presentes no estado de São Paulo.

Como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, espera-se alcançar a prevenção do uso de álcool e outras substâncias psicoativas para assegurar o bem-estar e a qualidade de vida em todas as faixas etárias. Para isso, é necessário realizar mais estudos para esclarecer as disparidades nas taxas de mortalidade entre os grupos étnicos no estado de São Paulo, a fim de intervir preventivamente nos determinantes de saúde.

Referências

1. Paraná. Secretaria de Saúde do Estado. Definição de Saúde Mental [Internet]. 2018 [citado em 30 dez. 2023]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>.
2. Brasil. Lei n.10.216 de 06-04-2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 9, abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm
3. Organização Mundial da Saúde. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. 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.* 2017;20(1):191-204. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>

5. Inoue L, Bellini LC, Paiano M, Haddad MCL, Marcon SS. Life perceptions and future perspectives of drug users: understand to care. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2019;15(2):52-59. Available from: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.18066976.smad.2019.000417>

6. Zurita RCM, Melo EC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Mathias TAF. Evolução dos gastos hospitalares com internações psiquiátricas por drogas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 set;37(3):e53289. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.53289>

7. Organização das Nações Unidas. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes: Informe 2013. New York: ONU, 2014. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/lpobrazil/Topics_drugs/INCB/2014/AR_2013_S.pdf

8. World Health Organization. World Drug Report 2019. United Nations publication: New York, 2019.

9. Moreira R, Oliveira E, Lopes R, Lopes M, Félix T, Oliveira L. Mental disorder and suicide risk in psychoactive substance users: an integrative review. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog.* 2020;16(1):1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157317>

10. Cantão L, Botti NCL. Comportamento suicida entre dependentes químicos. *Rev. Bras. Enferm.* 2016;69(2):389-396. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690224i>

11. Banzatto S. Perfil de mortalidade no estado de São Paulo no período de 2003 a 2013: o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e causas básicas de óbito [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.17.2017.tde-06012017-162347>

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos>

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas. Sistema de Informações sobre Mortalidade, 2020. Disponível em: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

14. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

15. Romeder, J. M; McWhinnie, J. R. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *International journal of epidemiology*, Oxford academic, 1997;6(2):143-151. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/6.2.143>

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/18470-em-2016-expectativa-de-vida-era-de-75-8-anos>

17. Siqueira ASE, Siqueira-Filho AG, Land MGP. Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2017;109(1):39-46. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>

18. Lindblad R, Hu L, Oden N, Wakim P, Rosa C, VanVeldhuisen P. Mortality Rates Among Substance Use Disorder Participants in Clinical Trials: Pooled Analysis of Twenty-Two Clinical Trials Within the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *J Subst Abuse Treat.* 2016;70:73-80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.08.010>

19. Rönkä S, Karjalainen K, Martikainen P, Mäkelä P. Social determinants of drug-related mortality in a general population. *Drug Alcohol Depend.* 2017;181:37-43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.005>

20. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev.* 2018;66:12-23.

Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>

21. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(6): e00037517. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037517>.

22. Marques MV, Silva JK da, Galvão Moura LBP, Almeida HCC de, Filho A de S, Amador AE. Espacialização da mortalidade por transtornos mentais e comportamentais atribuível ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, de 2012 a 2016. *Rev Cienc Saude* [Internet]. 2020;10(3):30-8. Disponível em: http://186.225.220.186:7474/ojs/index.php/rcsfmit_zero/article/view/874

23. Abreu AMM, Parreira PMSD, Souza MHN, Barroso TMMA. Perfil Do Consumo De Substâncias Psicoativas E Sua Relação Com As Características Sociodemográficas: Uma Contribuição Para Intervenção Breve Na Atenção Primária À Saúde, Rio De Janeiro, Brasil. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2016;25(4): e1450015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001450015>

24. Godinet, MT, McGlenn L, Nelson D, Vakalahi HO. Factors Contributing to Substance Misuse Treatment Completion among Native Hawaiians, Other Pacific Islanders, and Asian Americans. *Substance Use & Misuse*, 2020;55(1):133-146. Available from: <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1657896>

25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Características Étnico-Raciais da População: Classificação e Identidades. IBGE: Rio de Janeiro, 2013.

26. Pinedo M. A current re-examination of racial/ethnic disparities in the use of substance abuse treatment: Do disparities persist? *Drug Alcohol Depend.* 2019;202:162-167. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.05.017>

27. Marques MV, Silva Junior DM, Santos EGO, Santos SSAN, Neves SMB, Amador AE. Distribuição espacial das mortes atribuíveis ao uso de álcool no Brasil. *J. Health Biol. Sci. (Online)*. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2934>

28. Ruhm CJ. Drug Mortality and Lost Life Years Among U.S. Midlife Adults, 1999-2015. *Am J Prev Med.* 2018;55(1):11-18. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.03.014>

29. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2015;112(49):15078-83. Available from: <https://doi.org/10.1073/pnas.1518393112>

30. Global Burden of Disease. Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2017;390(10100):1151-1210. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)

31. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD compare. IHME Website, 2020. Available from: <https://www.thelancet.com/lancet/visualisations/gbd-compare>