

III INQUÉRITO NACIONAL ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral

Portugal 2012

Casimiro Balsa
Clara Vital
Cláudia Urbano

CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da
Universidade Nova de Lisboa



III INQUÉRITO NACIONAL
ao Consumo de Substâncias
Psicoativas na População Geral

Portugal 2012

Casimiro Balsa
Clara Vital
Cláudia Urbano

CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

2014

Biblioteca Nacional de Portugal – Catalogação na Publicação

BALSA, Casimiro, 1946- , e outros

III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas
na população geral / Portugal 2012

Casimiro Manuel Marques Balsa, Clara

Sofia Vitória Vital, Cláudia Susana Valadas Urbano – (Estudos)

ISBN 978-972-9345-87-6

I - VITAL, Clara, 1978-

II- URBANO, Cláudia Valadas, 1973-

CDU 613

Ficha Técnica

Titulo - III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral,
Portugal 2012

Autores – Casimiro Balsa, Clara Vital, Cláudia Urbano

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

Direção do Projeto:

Casimiro Balsa

Investigadoras:

Clara Vital

Cláudia Urbano

Secretariado:

Paula Bouça

ISBN – 978-972-9345-87-6

Edição - Lisboa 2014

Editor - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Avenida da República n.º 61 - do 1º ao 3º e do 7º ao 9º

1050-189 Lisboa

Capa: Filipa Cunha

Coleção - Estudos

Depósito Legal: 379375/14

Tiragem – 500 exemplares

Execução Gráfica – LouresGráfica

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL	3
ÍNDICE DE TABELAS	10
RESUMOS EXECUTIVOS	31
Resumo.....	31
Abstract	36
Résumé	40
Resumen	45
INTRODUÇÃO	50
APRESENTAÇÃO, PRINCIPAIS OBJETIVOS E ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS E TÉCNICAS DO ESTUDO	52
Apresentação	52
Apresentação e principais objetivos do inquérito à população geral	53
Metodologia e orientações de conteúdo do inquérito	55
Orientação dos conteúdos do questionário	55
Temas tratados no questionário	56
Definição da amostra	58
Desenho amostral	58
Repartição regional da amostra e sobre-representação das regiões menos populosas	58
Distribuição proporcional das entrevistas por sub-região	59
Estratificação, segundo número de habitantes e seleção das unidades primárias – os concelhos ..	60
Seleção das unidades secundárias – as secções	64
Seleção dos indivíduos	64
Realização do trabalho de campo	66
Sucesso dos contactos e taxas de resposta ao questionário	67
Ponderação da amostra	69
Amostra	69
Margens de erro	71
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	72
Apresentação	72
O efeito de coorte	73
Metodologia e procedimentos de recolha de informação: fiabilidade	77
Metodologia e procedimentos de recolha de informação: validade	81
Universo observado	83

PREVALÊNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	88
Apresentação	88
Substâncias psicoativas lícitas	89
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas	89
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas por sexo	90
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas por grupos de idade	91
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas por região	96
Taxa de continuidade das principais substâncias psicoativas lícitas	98
Substâncias psicoativas ilícitas	100
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas	100
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas por sexo	101
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas por grupos de idade	103
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas por região	111
Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas: comparação internacional ..	115
Taxa de continuidade das principais substâncias psicoativas ilícitas	117
Novas substâncias psicoativas – legal highs	122
Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas	122
Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas por sexo	122
Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas por grupos de idade	122
Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas por região	123
Taxa de continuidade das novas substâncias psicoativas	124
CARREIRAS E TIPOLOGIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	125
Apresentação	125
Substâncias psicoativas lícitas	126
Tabaco	126
Idades de início, de fim e duração do consumo	126
Tipologias do consumo	127
Tipologia das experiências do consumo	128
Tipologia das sequências do consumo	129
Bebidas alcoólicas	130
Idades de início, de fim e duração do consumo	130
Tipologias do consumo	131
Tipologia das experiências do consumo	131
Tipologia das sequências do consumo	132

Medicamentos	133
Idades de início, de fim e duração do consumo	133
Tipologias do consumo	134
Tipologia das experiências do consumo	134
Tipologia das sequências do consumo	134
Substâncias psicoativas ilícitas	136
Canábis	136
Idades de início, de fim e duração do consumo	136
Tipologias do consumo.....	137
Tipologia das experiências do consumo	138
Tipologia das sequências do consumo	138
Cocaína	140
Idades de início, de fim e duração do consumo	140
Tipologias do consumo.....	141
Tipologia das experiências do consumo	141
Tipologia das sequências do consumo	141
Anfetaminas	143
Idades de início, de fim e duração do consumo	143
Tipologias do consumo.....	144
Tipologia das experiências do consumo	144
Tipologia das sequências do consumo	144
Ecstasy	146
Idades de início, de fim e duração do consumo	146
Tipologias do consumo.....	147
Tipologia das experiências do consumo	147
Tipologia das sequências do consumo	147
Heroína	149
Idades de início, de fim e duração do consumo	149
Tipologias do consumo.....	150
Tipologia das experiências do consumo	150
Tipologia das sequências do consumo	150
LSD	152
Idades de início, de fim e duração do consumo	152
Tipologias do consumo.....	153

Tipologia das experiências do consumo	153
Tipologia das sequências do consumo	153
Cogumelos alucinógenos	155
Idades de início, de fim e duração do consumo	155
Tipologias do consumo.....	156
Tipologia das experiências do consumo	156
Tipologia das sequências do consumo	156
MODOS E CIRCUNSTÂNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	158
Apresentação	158
Substâncias psicoativas lícitas	159
Tabaco	159
Caracterização geral do consumo	159
Circunstâncias e contextos do consumo.....	161
Motivações para o consumo.....	161
Motivos de não consumo	161
Bebidas alcoólicas	163
Caracterização geral do consumo	163
Circunstâncias e contextos do consumo.....	167
Motivações para o consumo.....	167
Contextos e lugares do consumo	168
Embriaguez.....	170
Binge drinking	176
Motivos de não consumo	178
Medicamentos	179
Caracterização geral do consumo	179
Circunstâncias e contextos do consumo.....	180
Motivações para o consumo.....	180
Motivos de não consumo	181
Substâncias psicoativas ilícitas	182
Canábis	182
Caracterização geral do consumo	182
Circunstâncias e contextos do consumo.....	183
Acesso à substância	183
Contextos e lugares do consumo	185

Motivações para o consumo.....	186
Motivos de não consumo	187
Cocaína	188
Caracterização geral do consumo	188
Circunstâncias e contextos do consumo.....	189
Acesso à substância	189
Contextos e lugares do consumo	191
Modo de ingestão.....	192
Motivações para o consumo.....	192
Motivos de não consumo	193
Anfetaminas	195
Caracterização geral do consumo	195
Circunstâncias e contextos do consumo.....	195
Acesso à substância	195
Contextos e lugares do consumo	197
Modo de ingestão.....	198
Motivações para o consumo.....	198
Motivos de não consumo	199
Ecstasy	201
Caracterização geral do consumo	201
Circunstâncias e contextos do consumo.....	202
Acesso à substância	202
Contextos e lugares do consumo	204
Motivações para o consumo.....	205
Motivos de não consumo	206
Heroína.....	207
Caracterização geral do consumo	207
Circunstâncias e contextos do consumo.....	207
Acesso à substância	207
Contextos e lugares do consumo	209
Modo de ingestão.....	210
Motivações para o consumo.....	210
Motivos de não consumo	211
LSD	213

Caracterização geral do consumo	213
Circunstâncias e contextos do consumo.....	214
Acesso à substância	214
Contextos e lugares do consumo	216
Motivações para o consumo.....	217
Motivos de não consumo	218
Cogumelos alucinógenos	219
Caracterização geral do consumo	219
Circunstâncias e contextos do consumo.....	220
Acesso à substância	220
Contextos e lugares do consumo	221
Motivações para o consumo.....	223
Motivos de não consumo	224
Novas substâncias psicoativas – legal highs	225
Caracterização geral do consumo	225
Circunstâncias e contextos do consumo.....	225
Acesso à substância	225
CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	227
Apresentação.....	227
Substâncias psicoativas lícitas	228
Tabaco	228
Avaliação da dependência através do teste de Fagerström	230
Bebidas alcoólicas	232
Avaliação de dependência e do consumo abusivo através do AUDIT C e AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	234
Avaliação de uso abusivo e dependência de álcool através do CAGE	237
Medicamentos	239
Consequências associadas ao consumo	239
Substâncias psicoativas ilícitas	240
Canábis	240
Avaliação da dependência através do CAST (Cannabis Abuse Screening Test)	242
Avaliação da dependência através do SDS (Severity of Dependence Scales).....	244
Cocaína	246
Anfetaminas	248

Ecstasy	249
Heroína	251
LSD	253
Cogumelos alucinógenos	254
ANÁLISE COMPARATIVA DOS INDICADORES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS	255
Apresentação	255
Caracterização geral do consumo	256
Circunstâncias e contextos do consumo	260
Consequências associadas ao consumo	267
Consumos múltiplos	270
VIVÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES DO RISCO	273
Apresentação	273
Perceção de riscos ligados à saúde	274
Perceção de riscos associados ao consumo	276
Aprovação face a comportamentos do consumo.....	277
Representação do consumidor de drogas e do estatuto legal do seu consumo	279
JOGOS DE FORTUNA OU AZAR	281
Apresentação	281
Prevalências de jogos de fortuna ou azar	282
Frequência de jogos de fortuna ou azar.....	285
Avaliação de jogo patológico através do teste SOGS (South Oaks Gambling Screen)	286
BIBLIOGRAFIA	288

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra por região	59
Tabela 2. Distribuição da amostra por sub-região	60
Tabela 3. Estratos para as regiões do Porto e de Lisboa	61
Tabela 4. Estratos para as restantes regiões portuguesas	61
Tabela 5. População total dos concelhos que pertencem a cada estrato (exemplo para a região Norte)	61
Tabela 6. Repartição total da amostra por sub-região e estrato (exemplo para a região Norte)	62
Tabela 7. Número final de entrevistas por sub-região e estrato (exemplo para a região Norte)	63
Tabela 8. Número final de entrevistas por concelho e estrato (exemplo para a região Norte - sub-região Douro)	63
Tabela 9. Contactos	68
Tabela 10. Características demográficas da amostra real e da amostra ponderada (n=5355), 15-64 anos, 2012	69
Tabela 11. Características demográficas da amostra real e da amostra ponderada (n=6817), 15-74 anos, 2012	70
Tabela 12. Distribuição da amostra por região, NUT II, 2012	70
Tabela 13. Evolução das coortes de idade, através de diferentes anos possíveis de inquirição	76
Tabela 14. Comparação da população real (dados INE) e populações dos diferentes segmentos / estatuto da recolha por grupos quinquenais de idade (dados não ponderados), 15-74 anos, 2012	82
Tabela 15. Evolução da população estrangeira residente em Portugal	84
Tabela 16. Prevalência do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita ao longo da vida, por nacionalidade, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	84
Tabela 17. Evolução do número de emigrantes entre 2008 e 2012	86
Tabela 18. Prevalência do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita ao longo da vida, por grupos quinquenais de idade, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	86
Tabela 19. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	89
Tabela 20. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	90
Tabela 21. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último	

ano e último mês, por sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	90
Tabela 22. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	91
Tabela 23. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	92
Tabela 24. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, 15-64 anos, 2001(n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	93
Tabela 25. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n= 5355) (%)	94
Tabela 26. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	95
Tabela 27. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	96
Tabela 28. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	97
Tabela 29. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas lícitas, por sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)	98
Tabela 30. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas lícitas, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)	99
Tabela 31. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	100
Tabela 32. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	101
Tabela 33. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	102

Tabela 34. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	103
Tabela 35. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	104
Tabela 36. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, 15-64 anos, 2001 (n=12186), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	105
Tabela 37. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	106
Tabela 38. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	109
Tabela 39. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	112
Tabela 40. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	114
Tabela 41. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, por país ..	116
Tabela 42. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas no último ano, por país	116
Tabela 43. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas no último mês, por país	116
Tabela 44. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, por sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)	118
Tabela 45. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)	119
Tabela 46. Prevalência do consumo de legal highs ao longo da vida, último ano e último mês, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	122
Tabela 47. Prevalência do consumo de legal highs ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	122
Tabela 48. Prevalência do consumo de legal highs ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	123

Tabela 49. Prevalência do consumo de legal highs ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	123
Tabela 50. Prevalência do consumo de legal highs ao longo da vida, último ano e último mês, por região, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	124
Tabela 51. Taxa de continuidade do consumo de legal highs, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2012 (%)	124
Tabela 52. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012	127
Tabela 53. Tipologia das experiências do consumo de tabaco, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	128
Tabela 54. Tipologia das sequências do consumo de tabaco, 15-64 anos, 2001 (n=5702), 2007 (5966) e 2012 (n=2473) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	129
Tabela 55. Idades da primeira vez, última vez e duração média do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012	130
Tabela 56. Tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	131
Tabela 57. Tipologia das sequências do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2001 (n=10724), 2007 (n=9650) e 2012 (n=3939) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	132
Tabela 58. Idades da primeira vez, última vez e duração média do consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012	133
Tabela 59. Tipologia das experiências do consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	134
Tabela 60. Tipologia das sequências do consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2001 (n=803), 2007 (n=2330) e 2012 (n=1093) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	135
Tabela 61. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de canábis, 15-64 anos, 2012	137
Tabela 62. Tipologia das experiências do consumo de canábis, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	138
Tabela 63. Tipologia das sequências do consumo de canábis, 15-64 anos, 2001 (n=1048), 2007 (n=1431) e 2012 (n=504) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	139
Tabela 64. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012	140

Tabela 65. Tipologia das experiências do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	141
Tabela 66. Tipologia das sequências do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2001 (n=121), 2007 (n=236) e 2012 (n=64) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	142
Tabela 67. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012	143
Tabela 68. Tipologia das experiências do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	144
Tabela 69. Tipologia das sequências do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2001 (n=68), 2007 (n=110) e 2012 (n=26) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	145
Tabela 70. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012	146
Tabela 71. Tipologia das experiências do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	147
Tabela 72. Tipologia das sequências do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2001 (n=96), 2007 (n=153) e 2012 (n=69) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	148
Tabela 73. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de heroína, 15-64 anos, 2012	149
Tabela 74. Tipologia das experiências do consumo de heroína, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	150
Tabela 75. Tipologia das sequências do consumo de heroína, 15-64 anos, 2001 (n=103), 2007 (n=129) e 2012 (n=32) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	151
Tabela 76. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de LSD, 15-64 anos, 2012	152
Tabela 77. Tipologia das experiências do consumo de LSD, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	153
Tabela 78. Tipologia das sequências do consumo de LSD, 15-64 anos, 2001 (n=52), 2007 (n=78) e 2012 (n=30) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	154
Tabela 79. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012	155
Tabela 80. Tipologia das experiências do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)	156
Tabela 81. Tipologia das sequências do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2001, 2007 (n=92) e 2012 (n=31) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	157

Tabela 82. Prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	159
Tabela 83. Frequência do consumo de tabaco no último ano, 15-64 anos, 2001 (n=4088), 2007 (n=3771) e 2012 (n=1508) (% sobre a população consumidora no último ano)	159
Tabela 84. Quantidade de cigarros por dia em que fumou no último ano, 15-64 anos, 2012	160
Tabela 85. Frequência do consumo de tabaco no último mês, 15-64 anos, 2001 (n=4061), 2007 (n=3567) e 2012 (n=1411) (% sobre a população consumidora no último mês)	160
Tabela 86. Quantidade de cigarros por dia em que fumou no último mês, 15-64 anos, 2012	161
Tabela 87. Circunstâncias de início do consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	161
Tabela 88. Motivos de não consumo de tabaco nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	162
Tabela 89. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	163
Tabela 90. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	164
Tabela 91. Distribuição dos consumidores, para cada tipo de bebida, por quantidades (em cl) estimadas do consumo diário, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	165
Tabela 92. Quantidade média (por dia em que bebeu no último ano) de unidades de bebidas alcoólicas, por tipo de bebida, 15-64 anos, 2012	165
Tabela 93. Distribuição dos consumidores, para cada tipo de bebida, por quantidades máximas (em cl) do consumo num só dia, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	166
Tabela 94. Quantidade máxima (num só dia em que bebeu no último ano) de unidades de bebidas alcoólicas, por tipo de bebida, 15-64 anos, 2012	166
Tabela 95. Quantidade de dias em que bebeu as seguintes bebidas alcoólicas no último mês, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)	167
Tabela 96. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	168
Tabela 97. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas às refeições, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	168

Tabela 98. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas fora das refeições, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	169
Tabela 99. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas por local, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	169
Tabela 100. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas por companhia, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	170
Tabela 101. Prevalência de embriaguez no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (%)	171
Tabela 102. Prevalência de embriaguez no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (%)	171
Tabela 103. Frequência com que conduziu (carro, moto, etc.) nas ocasiões em que se sentiu embriagado no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	172
Tabela 104. Quantidade de vezes que ficou embriagado/a no último mês, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que ficou embriagada no último mês)	173
Tabela 105. Quantidade de vezes que ficou embriagado/a no último mês, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que ficou embriagada no último mês)	173
Tabela 106. Quantidade de unidades de bebidas alcoólicas consideradas necessárias pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por sexo, 15-64 anos, 2012 (número médio de bebidas)	174
Tabela 107. Quantidade média de bebida considerada necessária pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por sexo, 15-64 anos, 2012 (em cl)	174
Tabela 108. Quantidade de unidades de bebidas alcoólicas consideradas necessárias pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (número médio de bebidas)	175
Tabela 109. Quantidade média de bebida considerada necessária pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (em cl)	175
Tabela 110. Prevalência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (%)	176
Tabela 111. Prevalência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (%)	176
Tabela 112. Frequência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	177

Tabela 113. Frequência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	177
Tabela 114. Quantidade média de bebidas alcoólicas ingeridas aquando do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por tipo de bebida, por sexo, 15-64 anos, 2012 (em cl)	177
Tabela 115. Quantidade média de bebidas alcoólicas ingeridas aquando do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por tipo de bebida, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (em cl)	177
Tabela 116. Tempo (horas) médio do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	178
Tabela 117. Tempo (horas) médio do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	178
Tabela 118. Motivos de não consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	178
Tabela 119. Prevalência do consumo de medicamentos ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	179
Tabela 120. Frequência do consumo de medicamentos no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	180
Tabela 121. Frequência do consumo de medicamentos no último mês, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)	180
Tabela 122. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	181
Tabela 123. Motivos de não consumo de medicamentos nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	181
Tabela 124. Prevalência do consumo de canábis ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	182
Tabela 125. Número de vezes do consumo de canábis ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	182
Tabela 126. Frequência do consumo de canábis no último ano, 15-64 anos, 2001,	

2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	183
Tabela 127. Frequência do consumo de canábis no último mês, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)	183
Tabela 128. Fonte habitual de obtenção de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	184
Tabela 129. Local habitual de obtenção de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	184
Tabela 130. Grau de dificuldade de acesso a canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	184
Tabela 131. Lugares utilizados no consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	185
Tabela 132. Situações no consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	185
Tabela 133. Ocasões do consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	186
Tabela 134. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	186
Tabela 135. Motivos de não consumo de canábis nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	187
Tabela 136. Prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	188
Tabela 137. Número de vezes do consumo de cocaína ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	188
Tabela 138. Frequência do consumo de cocaína no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	189
Tabela 139. Frequência do consumo de cocaína no último mês, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)	189
Tabela 140. Fonte habitual de obtenção de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	190
Tabela 141. Local habitual de obtenção de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	190
Tabela 142. Grau de dificuldade de acesso a cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	191

Tabela 143. Lugares utilizados no consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	191
Tabela 144. Situações no consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	191
Tabela 145. Ocasões do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	192
Tabela 146. Formas de ingestão de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	192
Tabela 147. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	193
Tabela 148. Motivos de não consumo de cocaína nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	194
Tabela 149. Prevalência do consumo de anfetaminas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	195
Tabela 150. Número de vezes do consumo de anfetaminas ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	195
Tabela 151. Fonte habitual de obtenção de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	196
Tabela 152. Local habitual de obtenção de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	196
Tabela 153. Grau de dificuldade de acesso a anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	196
Tabela 154. Lugares utilizados no consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	197
Tabela 155. Situações no consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	197
Tabela 156. Ocasões do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	198
Tabela 157. Formas de ingestão de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	198
Tabela 158. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	199
Tabela 159. Motivos de não consumo de anfetaminas nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012	

(resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	200
Tabela 160. Prevalência do consumo de ecstasy ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	201
Tabela 161. Número de vezes do consumo de ecstasy ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	201
Tabela 162. Frequência do consumo de ecstasy no último ano, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	202
Tabela 163. Frequência do consumo de ecstasy no último mês, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)	202
Tabela 164. Fonte habitual de obtenção de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	203
Tabela 165. Local habitual de obtenção de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	203
Tabela 166. Grau de dificuldade de acesso a ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	203
Tabela 167. Lugares utilizados no consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	204
Tabela 168. Situações no consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	204
Tabela 169. Ocasões do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	205
Tabela 170. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	205
Tabela 171. Motivos de não consumo de ecstasy nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	206
Tabela 172. Prevalência do consumo de heroína ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	207
Tabela 173. Número de vezes do consumo de heroína ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	207
Tabela 174. Fonte habitual de obtenção de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	208
Tabela 175. Local habitual de obtenção de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a	

população consumidora ao longo da vida)	208
Tabela 176. Grau de dificuldade de acesso a heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	208
Tabela 177. Lugares utilizados no consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	209
Tabela 178. Situações no consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	209
Tabela 179. Ocasões do consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	210
Tabela 180. Formas de ingestão de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	210
Tabela 181. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	211
Tabela 182. Motivos de não consumo de heroína nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	212
Tabela 183. Prevalência do consumo de LSD ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14186), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	213
Tabela 184. Número de vezes do consumo de LSD ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	213
Tabela 185. Frequência do consumo de LSD no último ano, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	214
Tabela 186. Frequência do consumo de LSD no último mês, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)	214
Tabela 187. Fonte habitual de obtenção de LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	215
Tabela 188. Local habitual de obtenção de LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	215
Tabela 189. Grau de dificuldade de acesso a LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	216
Tabela 190. Lugares utilizados no consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	216
Tabela 191. Situações no consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	216

Tabela 192. Ocasões do consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	217
Tabela 193. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	217
Tabela 194. Motivos de não consumo de LSD nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	218
Tabela 195. Prevalência do consumo de cogumelos alucinógenos ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	219
Tabela 196. Número de vezes do consumo de cogumelos alucinógenos ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	219
Tabela 197. Frequência do consumo de cogumelos alucinógenos no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	220
Tabela 198. Fonte habitual de obtenção de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	220
Tabela 199. Local habitual de obtenção de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	221
Tabela 200. Grau de dificuldade de acesso a cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	221
Tabela 201. Lugares utilizados no consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	222
Tabela 202. Situações no consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	222
Tabela 203. Ocasões do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	223
Tabela 204. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	223
Tabela 205. Motivos de não consumo de cogumelos alucinógenos nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	224
Tabela 206. Prevalência do consumo de legal highs ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	225
Tabela 207. Frequência do consumo de legal highs no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)	225

Tabela 208. Meio habitual de obtenção de legal highs, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	226
Tabela 209. Existência de smart shop perto do local de residência, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	226
Tabela 210. Motivação para cessação tabágica segundo teste de Richmond, 15-64 anos, 2012 (%)	228
Tabela 211. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	229
Tabela 212. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	229
Tabela 213. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	229
Tabela 214. Grau de dependência à nicotina segundo teste de Fagerström, 15-64 anos, 2012 (%)	231
Tabela 215. Grau de dependência à nicotina segundo teste de Fagerström, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	231
Tabela 216. Grau de dependência à nicotina segundo teste de Fagerström, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	231
Tabela 217. Consequências associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	232
Tabela 218. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	232
Tabela 219. Tipo de ajudas a que sentiu necessidade de recorrer devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	233
Tabela 220. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	233
Tabela 221. AUDIT C, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	235
Tabela 222. AUDIT C, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	235
Tabela 223. AUDIT, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	236

Tabela 224. AUDIT, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	236
Tabela 225. CAGE, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	238
Tabela 226. CAGE, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	238
Tabela 227. Consequências associadas ao consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	239
Tabela 228. Imaginar a vida sem o consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	239
Tabela 229. Consequências associadas ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	240
Tabela 230. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	240
Tabela 231. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	241
Tabela 232. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	241
Tabela 233. Imaginar a vida sem o consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	241
Tabela 234. CAST, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	243
Tabela 235. CAST, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	243
Tabela 236. SDS, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	245
Tabela 237. SDS, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	245
Tabela 238. Consequências associadas ao consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	246
Tabela 239. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	246
Tabela 240. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	246
Tabela 241. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	247
Tabela 242. Imaginar a vida sem o consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre	

a população consumidora ao longo da vida)	247
Tabela 243. Consequências associadas ao consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	248
Tabela 244. Imaginar a vida sem o consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	248
Tabela 245. Consequências associadas ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	249
Tabela 246. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	249
Tabela 247. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	250
Tabela 248. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	250
Tabela 249. Imaginar a vida sem o consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	250
Tabela 250. Consequências associadas ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	251
Tabela 251. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	251
Tabela 252. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	252
Tabela 253. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	252
Tabela 254. Imaginar a vida sem o consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	252
Tabela 255. Consequências associadas ao consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	253
Tabela 256. Imaginar a vida sem o consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	253
Tabela 257. Consequências associadas ao consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64	

anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	254
Tabela 258. Imaginar a vida sem o consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	254
Tabela 259. Prevalência do consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)	256
Tabela 260. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o sexo dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)	256
Tabela 261. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o grupo decenal de idades dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)	257
Tabela 262. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o estado civil dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)	258
Tabela 263. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o indicador socioprofissional de classe de origem dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)	259
Tabela 264. Número de vezes do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, 15-64 anos, 2012 (%)	259
Tabela 265. Tipologia das experiências do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)	260
Tabela 266. Tipologia das sequências do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	260
Tabela 267. Grupos de idade de início do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (%)	260
Tabela 268. Idades da primeira vez do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012	261
Tabela 269. Idades do consumo regular de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012	261
Tabela 270. Idades da última vez do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012	262
Tabela 271. Duração (em anos) do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012	262
Tabela 272. Fonte habitual de obtenção de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	263
Tabela 273. Local habitual de obtenção de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	263
Tabela 274. Lugares utilizados no consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	264

Tabela 275. Situações no consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	264
Tabela 276. Ocasões do consumo de substâncias ilícitas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	265
Tabela 277. Razões (categorias de resposta muito importante e importante) do consumo de substâncias ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	266
Tabela 278. Grau de dificuldade de acesso a substâncias ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	266
Tabela 279. Motivos de não consumo de substâncias psicoativas ilícitas nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	267
Tabela 280. Consequências associadas ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (respostas afirmativas - % sobre população consumidora ao longo da vida)	268
Tabela 281. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre população consumidora ao longo da vida)	268
Tabela 282. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	269
Tabela 283. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	269
Tabela 284. Imaginar a vida sem o consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	269
Tabela 285. Quantidade de substâncias psicoativas ilícitas experimentadas ao longo da vida, 15-64 anos, 2012 (%)	270
Tabela 286. Combinações de substâncias psicoativas ilícitas praticadas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	271
Tabela 287. Substância psicoativa ilícita de início do consumo múltiplo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	272
Tabela 288. Simultaneidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	272
Tabela 289. Grau de importância atribuído a diferentes riscos ligados à saúde, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	274
Tabela 290. Realização de testes de saúde ao longo da vida, 15-64 anos, 2001 (n=14184),	

2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	275
Tabela 291. Perceção do risco associado ao consumo de substâncias psicoativas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	276
Tabela 292. Aprovação face a comportamentos do consumo de substâncias psicoativas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	277
Tabela 293. Aprovação face a comportamentos do consumo de substâncias psicoativas (escala do questionário modelo europeu do OEDT), 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	278
Tabela 294. Representação do consumidor de drogas como doente versus delinquentes, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	279
Tabela 295. Grau de concordância com a permissão do consumo de haxixe, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	280
Tabela 296. Grau de concordância com a permissão do consumo de heroína, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)	280
Tabela 297. Prevalência de jogo* a dinheiro, por sexo, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	282
Tabela 298. Prevalência de jogo* a dinheiro, por grupos de idade, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	282
Tabela 299. Prevalência de jogo* a dinheiro, por grupos decenais de idade, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	282
Tabela 300. Prevalência de jogos a dinheiro, por sexo, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	283
Tabela 301. Prevalência de jogos a dinheiro, por grupos de idade, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	284
Tabela 302. Prevalência de jogos a dinheiro, por grupos decenais de idade, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	284
Tabela 303. Frequência de jogos a dinheiro, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)	285
Tabela 304. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS entre jogadores ao longo da vida, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)	286
Tabela 305. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS, por sexo, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)	287
Tabela 306. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS, por grupos de idade, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)	287
Tabela 307. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS, por grupos decenais de idade, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)	287

Convenções Utilizadas nas Tabelas

Base ponderada

Todos os valores, percentagens e taxas apresentados nas tabelas são calculados com base na amostra ponderada.

Percentagens

As percentagens em coluna e/ou em linha podem não totalizar 100% devido a arredondamentos.

Uma percentagem pode ser referida em texto para uma única categoria que apenas será identificável nas tabelas a partir da soma de duas ou mais percentagens de categorias que aí constem. A fim de evitar erros de arredondamento, a percentagem é recalculada para a categoria individual e, por conseguinte, pode variar em um ponto percentual a partir da soma das percentagens que mostram nas tabelas.

'Não sabe / Não responde' ("missing values")

Toda a análise exclui as modalidades "não sabe" e "não responde" (recusas) salvo indicação em contrário.

Abreviaturas usadas nas tabelas

'--' indica que não existem casos nessa categoria em particular

':' dado não disponível

'n.d.' não disponível (indica que a questão não foi aplicada nesse ano em particular)

Abreviaturas Utilizadas

AUDIT – alcohol use disorders identification test

CAST – cannabis abuse screening test

Cogumelos A. – cogumelos alucinógenos

IC – intervalo de confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística

LV – longo da vida

NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

QSI – qualquer substância ilícita

SDS – severity of dependence scales

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SOGS – South Oaks Gambling Screen

UA – último ano

UM – último mês

RESUMOS EXECUTIVOS

Resumo

Apresentação

Apresentamos neste documento os resultados do terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, realizado pelo CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa para o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Este estudo vem na sequência dos que foram realizados em 2001 e 2007, permitindo consolidar o conhecimento sobre a evolução das prevalências, modos, circunstâncias e consequências dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas¹. Embora a população de estudo tenha sido alargada em 2012 para incluir o grupo dos 65-74 anos, a comparação dos resultados é possível para a população dos 15-64 anos.

Orientações metodológicas e técnicas de estudo

O desenho amostral adotado caracteriza-se por prever um sistema de tiragem polietápico, estratificado por conglomerados, com seleção das unidades primárias (concelhos) e das unidades secundárias (secções estatísticas) de forma aleatória e proporcional. A seleção das unidades de observação finais realizou-se através de sorteio sistemático na eleição dos lares e com recurso a tabelas de números aleatórios para a escolha do indivíduo a entrevistar.

Trata-se de uma amostra da população residente no Continente e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade (em ambos os casos, inclusive). Uma vez que nos dois estudos anteriores a população de referência era os 15-64 anos, a apresentação detalhará os resultados sobre este último grupo para tornar possíveis as comparações.

Não sendo possível indexar a dimensão da amostra sobre os consumos mais minoritários (o que implicaria elevados custos financeiros), a amostra teórica foi definida de forma a garantir uma boa relação custo/benefícios, tendo em conta os objetivos visados e a obtenção de margens de erro dentro de limites aceitáveis. Em relação aos dois estudos anteriores, a população entrevistada foi reduzida, por razões orçamentais, dos aproximadamente 15 000 para os 6 817 indivíduos no intervalo dos 15-74 (5 355 indivíduos para os 15-64 anos), o que corresponde a uma taxa de sondagem de 1 para 1178 indivíduos (1 para 1303 indivíduos no intervalo 15-64 anos). Os cálculos das margens de erro foram feitos para um nível de confiança máximo de 95%.

¹ De acordo com o modelo do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Prevalências do consumo de substâncias psicoativas

Os diferentes indicadores de prevalências de consumos estimados para 2012 (consumos ao longo da vida, no último ano e no último mês) situam-se abaixo dos que observámos em 2007, estudo esse que tinha apresentado um aumento das prevalências do consumo face aos valores registados no primeiro estudo (2001)².

Assim, a tendência da evolução dos consumos no decorrer dos últimos dez anos é marcada, num primeiro momento, por um aumento de 7,8 para 12% (entre 2001 e 2007), enquanto, num segundo momento, baixam para 9,5% em 2012, não obstante poderem ser observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores ou de algumas populações específicas.

De entre as substâncias psicoativas estudadas a canábis é, de longe, a que concentra declarações de consumo mais frequentes.

Se as prevalências de consumo podem ser consideradas relativamente baixas no conjunto da população geral – considerando apenas os critérios de apreciação selecionados – elas podem ser consideradas elevadas em certos grupos da população. Os consumos são, assim, particularmente elevados entre a população jovem adulta; eles são, também, significativamente mais elevados nos homens do que nas mulheres, tendências que se mantêm em relação aos estudos anteriores. De assinalar, no entanto, em 2012, um aumento do consumo entre os inquiridos femininos e uma descida entre os inquiridos masculinos, o que faz com que as diferenças entre os dois grupos se atenuem.

As taxas de prevalência do consumo de substâncias lícitas – tabaco e bebidas alcoólicas – situam-se, compreensivelmente, em patamares mais elevados do que os das substâncias ilícitas, atingindo valores de cerca de 74% da população que alguma vez consumiu ao longo da vida no caso das bebidas alcoólicas e de cerca de 46% no caso do tabaco. No que concerne aos medicamentos a taxa de prevalência ao longo da vida é de 20,4%, sendo que na grande maioria dos casos – 19% – o consumo foi feito através de receita médica.

Verificamos em 2012 prevalências do consumo de medicamentos e de tabaco ao longo da vida que se situam entre os valores registados em 2001 e 2007. No caso dos consumos ao longo da vida e durante o último ano, de bebidas alcoólicas, há uma relativa estabilização em torno dos valores encontrados em 2001, o que significa uma descida em relação aos valores registados em 2007. Já quando consideramos os consumos realizados durante o último mês (consumos correntes), regista-se uma descida face aos dois anteriores estudos.

²Cf. discussão técnica dos resultados.

Carreiras e tipologias do consumo de substâncias psicoativas

Sistematizando a informação relativa às idades de início e fim do consumo, verificamos que a idade mais frequente (moda, média e mediana) para a primeira experiência do consumo de canábis é os 18 anos. Nas restantes substâncias, o valor da média de idades ao primeiro consumo é ligeiramente mais elevado: 19 anos para a heroína, 20 anos para as anfetaminas, 21 anos para a cocaína e o LSD e 22 anos para o ecstasy e os cogumelos alucinógenos.

Substâncias diferentes apresentam durações do consumo diferenciadas: os consumos de ecstasy e de cogumelos alucinógenos apresentam-se como os que tendem para durações mais curtas; canábis e LSD pautam-se maioritariamente por períodos de média duração; e cocaína, heroína e anfetaminas apresentam uma maior proporção de consumos mais duradouros.

Relativamente ao consumo de substâncias lícitas, particularmente no que diz respeito ao tabaco, a maioria da população inquirida começou a fumar regularmente aos 18 anos de idade, sendo a duração média do consumo de 12 anos.

À semelhança do tabaco, no que diz respeito ao álcool, a idade média de início do consumo é de 18 anos, sendo a duração média de 12 anos. Por fim, os medicamentos apresentam uma duração média do consumo de 5 anos e a idade média de início é de 35 anos, o que aponta para um perfil do consumo bastante distinto do das outras duas substâncias psicoativas lícitas.

Modos e circunstâncias do consumo de substâncias psicoativas

Considerando os consumos ao longo da vida, a canábis é a substância ilícita mais frequente tendo o seu consumo sido declarado por 9,4% da população entre os 15 e 64 anos. Estes valores são bem mais inferiores no caso das outras substâncias: 1,3% para o ecstasy, 1,2% para a cocaína, 0,6% para a heroína, LSD e cogumelos alucinógenos e 0,5% para as anfetaminas.

Tendo em conta os perfis sociodemográficos dos consumidores, constatamos que o consumo de qualquer substância ilícita é maioritariamente masculino. A distribuição dos consumidores por substância e por grupo etário difere bastante, diminuindo o seu peso à medida que se avança para os grupos etários mais velhos.

O consumo ao longo da vida de qualquer substância ilícita ocorre maioritariamente entre indivíduos solteiros. No entanto, o peso da população consumidora solteira difere em função da substância: ele é mais elevado no consumo de LSD (67%) e de ecstasy (66%), sendo bastante mais baixo no consumo de heroína (41%), onde, aliás, a maior percentagem de consumidores é separada, divorciada ou viúva. As anfetaminas (11,5%) e a canábis (11%) são as substâncias que apresentam uma maior proporção de consumidores casados ou a viver em união de facto.

No caso dos consumos ao longo da vida é possível conhecer o número aproximado de vezes em que esse consumo ocorreu. A heroína e o ecstasy são as substâncias onde se regista uma maior percentagem de consumos isolados (uma vez ao longo da vida), enquanto os cogumelos alucinógenos apresentam uma maior percentagem na categoria duas vezes ao longo da vida.

É na cocaína, e também na heroína, que as experiências do consumo são mais elevadas: 25% e 14% dos indivíduos, respetivamente, consumiu essas substâncias mais de vinte vezes.

A maioria dos consumidores de substâncias psicoativas ilícitas consome uma única substância, sendo que destes cerca de três quartos foi consumidor exclusivo de canábis. De entre os cerca de um quarto de consumidores que praticam ou praticaram o policonsumo, este ocorre em grande parte com a combinação de duas substâncias. A canábis é a substância que está sempre presente quando se verificam consumos múltiplos.

As principais fontes de obtenção de substâncias psicoativas ilícitas são os amigos e depois os conhecidos. Neste sentido, a casa dos amigos foi o local de obtenção da substância, assim como o local do consumo, mais referido pelos consumidores.

O acesso à substância num período de 24 horas apresenta-se como fácil e/ou muito fácil para a maioria dos consumidores. A exceção são os consumidores de LSD, que consideram o acesso a esta substância difícil e/ou muito difícil.

As ocasiões mais propícias ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, de um modo geral, referem-se aos concertos e festivais musicais, assim como as noites de passagem de ano.

A procura de determinadas sensações causadas pelo consumo de drogas, como sentir-se *high*, com *moca*, com *ganza*, é a razão mais invocada pelos consumidores para o uso de substâncias psicoativas ilícitas.

As principais razões para que não tenha havido consumo de substâncias no decorrer do último ano ou mês prendem-se com a falta de interesse e de vontade em consumir e com motivos relacionados com questões de saúde.

Consequências associadas ao consumo de substâncias psicoativas

Através de alguns testes foi possível identificar e caracterizar padrões de consumo abusivo e de dependência do consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

No caso do tabaco mediu-se o grau de dependência à nicotina junto dos consumidores do último ano, apontando os resultados para: 56,6% nível baixo de dependência, 34,3% para um nível médio e 9,1% para um nível elevado. Ainda no que a esta substância diz respeito, tentámos avaliar a motivação para a cessação tabágica através do teste de Richmond, sendo que os resultados apontam para que a grande maioria dos consumidores – 85,5% – apresente uma motivação baixa, cerca de 13% uma motivação moderada e menos de 2% uma motivação elevada para cessar o consumo de tabaco.

De acordo com os valores resultantes do teste AUDIT, relativos ao consumo de bebidas alcoólicas, 4% da população geral apresenta um consumo sem risco, 42% um consumo de baixo risco e 11% um consumo de risco médio. É de 3,3 a percentagem de consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos.

O teste CAST, para o consumo de canábis, aponta para que 0,7% da população geral apresente um risco moderado ou elevado, 0,6% um risco baixo e 1,1% não apresenta quaisquer

riscos associados ao consumo desta substância. Ainda que correspondendo a uma bateria de indicadores distinta, o teste SDS reforça esta conclusão na medida em que aponta para 0,7% da população que apresenta sintomas de dependência do consumo de canábis, o que corresponde a uma quarta parte dos consumidores no último ano.

Os níveis de dependência ou do consumo excessivo são mais elevados no sexo masculino, comparativamente com os resultados obtidos junto do sexo feminino.

Jogos de fortuna ou azar

A prevalência de jogos de fortuna ou azar é de 65,7% na população residente em Portugal. É particularmente elevada entre os homens – 73,9% – e mais baixa entre as mulheres – 58,1%. É nos grupos etários dos 25-34 anos e 35-44 anos que a proporção de jogadores é mais elevada.

Os jogos mais comuns são os da Santa Casa: Euromilhões, raspadinha, totoloto e totobola, e lotaria.

Os resultados ao teste SOGS, que pretende aferir o grau de dependência a jogos de fortuna ou azar, mostram que 0,3% da população apresenta alguns problemas e outros 0,3% têm probabilidade de serem jogadores patológicos.

Abstract

Presentation

This report presents the results of the Third National Survey on Drug Use in General Population, Portugal, 2012, conducted by CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia of the Universidade Nova de Lisboa for SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. This study follows the first (2001) and second (2007) national general population survey, consolidating the knowledge on drug use, prevalence rates, ways, circumstances and consequences of the use of licit and illicit drugs³. Although in 2012 the research was conducted among population aged 15- to 74-years-old in order to include the group aged 65- to 74-years-old, the comparison of the results is possible for the population aged 15-64.

Methodological guidelines and research procedures

The sample method used is a multi-stage sample design involving stratification and cluster sampling with a random proportional selection of primary sampling units (municipalities) and secondary sampling units (area segments within municipalities). The selection of the ultimate sampling units was carried out using a random selection of households afterwards using tables of random numbers in order to select the individuals.

This is a sample of the national population aged 15- to 74-years-old residing in continental Portugal and in Azores and Madeira archipelagos. Since the target population in the two previous surveys was aged 15- to 64-years-old these will be the age intervals considered in order to compare the three research findings.

As it is not possible to index the sample size to minority drug use (which would entail high financial costs), the theoretical sample was defined to ensure a good cost-benefit considering the goals and the definition of margins of error within acceptable limits. Taking in account the two previous studies due to budget reasons there was a reduction of the sample size in the third survey: in the previous studies it was around 15 000 individuals, and now it was reduced to 6 817 interviewees aged 15- to 74-years-old (5 355 aged 15- to 64-years-old), which corresponds to a sample rate of 1 to 1 178 individuals (1 to 1 303 individuals aged 15- to 64-years-old). The definition of error margins has been linked to a maximum confidence level of 95%.

Prevalence rates of drug use

In 2012, the prevalence of drug use (lifetime prevalence, last year prevalence and last month prevalence) is lower than those observed in 2007 (in 2007 the findings had shown an increase in the prevalence of drug use comparing to the findings in 2001)⁴. Thus, over the past decade, drug use first increases from 7,8% to 12% (between 2001 and 2007) and in a second moment falls to 9,5% in 2012, despite some occasional increases for some indicators or for some specific

³ Following EMCDDA's European Model Questionnaire.

⁴ Cf. technical discussion of the results.

populations.

Cannabis is by far the most frequently abused drug.

Although prevalence rates of drug use may be considered relatively low throughout the general population, they can be considered high in certain population groups. Therefore the drug use is particularly high among young adults; it is also significantly higher in men than in women. These trends can be observed in all of the three studies. In 2012 there is however an increase in drug use among women and a decline among men, which reduce gender differences.

The prevalence rates of licit substances – tobacco and alcohol – are higher than those of illicit substances: 74% of the population have ever drunk alcohol and about 46% have ever smoked. Regarding prescription-type drugs, the lifetime prevalence is 20,4%, and in most cases – 19% – the use was done according to a medical prescription.

Lifetime prevalence of prescription-type drugs use and tobacco use in 2012 stays between the 2001 and 2007 findings. Regarding tobacco there is a relative stabilization of use around the estimated values for 2001, which means a decrease towards 2007. However last month use (current users) in 2012 is lower than in 2001 and 2007.

Drug careers and patterns of drug use

The most frequent age (mode, mean and median) for the first use of cannabis is 18-years-old. In other substances, the value of the average age at first use is slightly higher: 19-years-old for heroin use, 20-years-old for amphetamines use, 21-years-old for cocaine and LSD, and 22-years-old for ecstasy and hallucinogenic mushrooms.

Different drugs have different durations of drug use: ecstasy and hallucinogenic mushrooms tend to shorter duration use; cannabis use and LSD use are characterized mainly by periods of medium duration, while cocaine, heroin and amphetamines have a greater proportion of long-term use.

Regarding licit drugs, particularly tobacco, the majority of the population started smoking regularly at 18-years-old with an average duration in use of 12 years.

Also in alcohol the average age of first drink is 18-years-old, with an average duration of 12 years. The average duration of prescription-type drugs use is 5 years and the average age of first use is 35-years-old, which reveals a drug use profile quite different from the other two licit drugs.

Ways and conditions of drug use

Considering lifetime drug use, cannabis is the most common illicit substance as 9,4% of the population aged 15- to 64-years-old has declared using it. Lifetime prevalence rates are lower in other illicit substances: 1,3% for ecstasy, 1,2% for cocaine, 0,6 % for heroin, LSD and hallucinogenic mushrooms, and 0,5 % for amphetamines.

In a socio-demographic analysis it is clear that the user profile of any illegal substance is mostly

male. The distribution of drug users by age groups differs significantly decreasing its weight when we analyse older groups.

Lifetime drug use occurs mostly among single men. However, the prevalence rates among single population differs by illicit substances: it is higher in LSD use (67%) and in ecstasy use (66%) and it is significantly lower in heroin use (41%) where moreover the highest percentage of users are separated, divorced or widowed. In amphetamines use (11,5%) and cannabis use (11%) there is a higher proportion of married users or in civil union.

It was possible to know the approximate number of times of lifetime drug use. Heroin and ecstasy are the illicit substances with a higher percentage of one-time use (once a lifetime), while hallucinogenic mushrooms is the substance that have a higher percentage of two-times use.

Cocaine and heroin are the substances that reveal a higher percentage of several times use: respectively 25% and 14% used these substances more than twenty times.

Most illegal drug users are single drug users (only one drug), mainly (about three quarters) cannabis. For those who are poly-drug users, their use combines two substances specifically. Cannabis is the illicit substance that is always present when there is a poly-drug use.

The majority of drug users were either given by a close friend or by people they know. A friend's house is the most common place to get drugs as well as the place to use it.

The majority of drug users consider it 'fairly easy' or 'very easy' to obtain drugs in a 24-hour period. The exceptions are LSD users who consider it 'difficult' or 'very difficult'.

Outdoor concerts and music festivals as well as New Year's Eve are the most frequent declared occasions to use drugs.

The most quoted reason to use illicit drugs is to obtain specific sensations caused by it such as feeling high.

The main reasons for stopping or having not used drugs in the last year or last month include the lack of interest and willingness to use it as well as reasons related to health consequences.

Drug use consequences

By using some tests scores it was possible to identify and characterize patterns of abuse and dependence on licit and illicit drugs.

Using a test to measure nicotine dependence (Fagerstrom) among last year smokers, the results show that there is a 56,6% in low level of dependence, 34,3% in moderate dependence and 9,1% in high dependence. Through the Richmond test to evaluate motivation for smoking cessation it is possible to observe a wide majority of users – 85,5% – scored as having a low motivation, 13% a moderate motivation and less than 2% having a high motivation to cease smoking.

According to AUDIT test scores for alcohol use, 4% of the general population drinks without risk, 42% score a low-risk use, 11% a moderate risk use and 3,3% a high alcohol dependent risk.

The CAST test for cannabis use indicates that 0,7% of the general population has a moderate or high risk of dependence, 0,6% a low risk and 1,1% have no risks regarding cannabis use. The

SDS test reinforces this conclusion as 0,7% of the population develop symptoms of cannabis use dependence – a quarter of last year users.

Dependency levels or abuse are higher among males comparing to female scores.

Gambling

The prevalence rate of gamble is 65,7%. Higher than 50% in both sexes, the prevalence rate is particularly high among males (73,9%) compared to females (58,1%). People aged 25- to 34-years-old have the higher proportion of gamblers.

The most popular games are Santa Casa's games: Euromillion, scratch tickets, lottery and football pools.

According to the SOGS test scores about the addiction to gambling we can find some dependence problems in 0,3% of the population while another 0,3% seem to be pathological gamblers.

Résumé

Présentation

Sont présentés, dans ce document, les résultats de la Troisième Enquête Nationale sur l'Usage de Substances Psychoactives au sein de la Population Portugaise, réalisée par CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa à la demande du SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Cette étude suit celles qui ont été réalisées en 2001 et 2007, ce qui permet de consolider la connaissance sur l'évolution des prévalences, des modes, des circonstances et des conséquences de l'usage de substances psychoactives licites et illicites⁵. Même si la population de référence de l'étude a été élargie pour permettre d'inclure la classe d'âge 65-74, la comparaison avec les résultats des études antérieures reste possible pour la population 15-64 ans.

Orientations méthodologiques et techniques de l'étude

L'échantillon a été construit au moyen d'un tirage à travers plusieurs étapes, stratifié par agrégats, avec sélection des unités primaires (communes) et des unités secondaires (sections statistiques) de manière aléatoire proportionnelle. La sélection des unités d'observation finales s'est réalisée par tirage au sort systématique des foyers et avec l'aide de la table des nombres aléatoires pour la sélection des individus.

Il s'agit d'un échantillon de la population nationale résidant sur la partie continentale du Portugal et sur les Régions Autonomes des Açores et de Madère. La population de référence est celle ayant des âges compris entre 15 et 74 ans (limites comprises). Afin de permettre des comparaisons avec les deux études antérieures, dont la population de référence avait l'âge compris entre 15 et 64 ans, les résultats seront présentés, également, sur cette dernière population.

Ne pouvant pas indexer la dimension de l'échantillon sur les taux de l'usage des substances les plus bas (ce qui rendrait le coût de l'étude non supportable financièrement), nous avons cherché à atteindre un bon rapport coût/bénéfice, en garantissant la réalisation des objectifs que nous nous sommes fixés et l'obtention de marges d'erreur dans des limites raisonnables. En comparaison avec les deux études antérieures, dont les échantillons avaient 15.000 individus, la présente étude se base sur un échantillon réduit, pour des raisons financières, à 6.817 ou à 5.355 individus selon que nous considérons la population des 15-74 ou des 15-64 ans, ce qui donne un taux de sondage de 1/1178 et de 1/1303, respectivement. Le calcul des marges d'erreur a été indexé sur un intervalle de confiance de 95%.

⁵ En suivant le questionnaire modèle de l'Observatoire Européen de la Drogue et de la Toxicomanie.

Prevalence de l'usage de substances psychoactives

En 2012, les prévalences de l'usage de substances psychoactives (au long de la vie, pendant la dernière année ou au cours des 30 derniers jours), ont baissé, dans la majorité des cas, en relation à celles observées en 2007, tout en se maintenant supérieures à celles obtenues en 2001⁶. C'est ainsi, qu'au cours des dix dernières années, l'usage augmente dans un premier temps de 7,8% à 12% (entre 2001 et 2007), alors que dans un deuxième temps elle baisse pour atteindre 9,5% en 2012, même si elle peut augmenter, ponctuellement, dans le cas de certains indicateurs ou de populations spécifiques.

Parmi les substances psychoactives étudiées, le cannabis est, de loin, celle qui concentre les déclarations de usage les plus fréquentes. Si les prévalences peuvent être considérées relativement basses au niveau de l'ensemble de la population – en considérant uniquement les critères d'évaluation retenus – elles peuvent être élevées au niveau de certains groupes. Elles sont ainsi particulièrement élevées au niveau de la population des jeunes adultes; elles sont également significativement plus élevées dans le cas des hommes que dans le cas des femmes, tendance qui confirme les résultats des études antérieures. En 2012, cependant, on observe une diminution des usages masculins et une augmentation des féminins, ce qui réduit l'écart entre les deux groupes.

L'usage des substances licites – tabac et boissons alcooliques – registrent, comme on pouvait s'y attendre, des prévalences plus élevées que les illicites, se situant au niveau des 74% de consommateurs au long de la vie dans le cas des boissons alcooliques et d'environ 46% dans le cas du tabac. En ce qui concerne les médicaments, la prévalence au long de la vie est de 20,4%, étant la grande majorité des cas – 19% – acquis à travers une prescription médicale.

En 2012, les prévalences au long de la vie de médicaments et de tabac se situent entre celles observées en 2001 et 2007. En ce qui concerne le tabac il y a une relative stabilisation de l'usage autour des valeurs estimées pour 2001, ce qui signifie une baisse en relation aux valeurs enregistrées en 2007 mais, si nous considérons l'usage pendant le dernier mois (consommateurs actuels), on observe une baisse en relation aux deux études antérieures.

Carrières et typologies de l'usage de substances psychoactives

Concernant l'âge relatif aux premiers et derniers usages, il apparaît que l'âge le plus fréquent (mode, moyenne et médiane) de la première expérience d'usage du cannabis est de 18 ans. Pour les autres substances, les valeurs moyennes du premier usage sont un peu plus élevées: 19 ans pour l'héroïne, 20 pour les amphétamines, 21 pour la cocaïne et le LSD, et 22 dans le cas de champignons hallucinogènes.

La durée des usages change également en fonction des substances: les champignons hallucinogènes est la substance dont le temps d'usage est le plus court; le cannabis et le LSD se caractérisent pour présenter des durées d'usage moyennes et la cocaïne, l'héroïne et les

⁶Cf. discussion technique des résultats.

amphétamines, concentrent des usagers ayant des usages plus longues.

Pour ce qui est des substances licites, le premier usage régulier de tabac commence, pour la majorité des individus à 18 ans et la durée moyenne est de 12 ans. Comme pour le tabac, dans le cas de l'alcool l'âge moyen du premier usage est de 18 ans et la durée moyenne est de 12 ans. Finalement, les médicaments présentent une durée moyenne d'usage de 5 ans et l'âge moyen du premier usage est de 35 ans, fait qui permet de bien distinguer les usagers de médicaments de ceux des autres substances licites.

Modes et circonstances de l'usage de substances psychoactives

En considérant les usages au long de la vie, le cannabis est la substance dont l'usage est le plus fréquent, concernant 9,4% de la population des 15-64 ans. Ces valeurs sont bien moins élevés dans le cas des autres substances: 1,3% dans le cas de l'ecstasy, 1,2% dans le cas de la cocaïne, 0,6% dans le cas de héroïne, LSD et champignons hallucinogènes e 0,5% dans le cas des amphétamines.

Pour ce qui est des profils des usagers, nous constatons que l'usage de n'importe quelle substance illicite est, majoritairement, masculin. La distribution des usagers par substance et par groupes d'âge fait apparaître que, règle générale, les usages diminuent au fur et à mesure que les âges avancent.

L'usage au long de la vie d'une quelconque substance illicite est le fait, en ordre principal, d'individus célibataires, principalement dans le cas de l'LSD (67%) et de l'ecstasy (66%) et en moindre mesure dans le cas l'héroïne dont le usagers sont, d'ailleurs, davantage séparé, divorcé ou veufs. La population mariée ou vivant en union libre sont davantage représentées parmi les usagers d'amphétamines (11,5%) e de cannabis (11%).

Quand nous considérons l'indicateur d'usage au long de la vie, il est possible de connaître le nombre de fois qu'une substance a été usée. L'héroïne et l'ecstasy sont les substances registrant une proportion plus élevé d'usages isolés (une fois), alors que les champignons hallucinogènes sont ceux où se concentrent davantage la fréquence «deux fois». C'est au niveau de la cocaïne et de l'héroïne que les usages sont plus répétés: 25% et 14%, respectivement, ont usé ces substances plus de vingt fois.

La majorité des usagers de substances psychoactives illicites use une seule substance dont environs trois quarts ont été usagers exclusifs de cannabis. Le quart de la population qui a recours à un usage de substances multiples use, pour l'essentiel, deux substances, Le cannabis apparait toujours lorsque l'on considère un usage de substances multiples.

Les principaux moyens pour acquérir la substance sont, principalement, les amis et, en deuxième lieu, des personnes de l'entourage. Dans ce sens, la maison d'un ami a été le principal lieu pour obtenir la substance mais également le principal lieu d'usage. L'accès à la substance endéans les 24 heures est considéré facile ou très facile par la majorité des usagers. L'exception est les usagers de LSD qui considèrent l'accès à cette substance difficile ou très difficile.

D'une façon générale, les occasions les plus propices à l'usage de substances psychoactives illicites sont les concerts et les festivals de musique, à côté des fêtes de fin d'année.

La recherche de certaines sensations associées à l'usage, telles se sentir high et en forme, sont les principales raisons avancées par les usagers pour recourir à des substances psychoactives illicites.

Les principales raisons avancées pour justifier l'abandon de l'usage au cours de la dernière année ou du dernier mois, ont à voir avec la perte d'intérêt ou de volonté pour maintenir l'usage et avec des questions de santé.

Conséquences associées à l'usage de substances psychoactives

Le recours à certains tests nous ont permis d'identifier et de caractériser certains modèles d'usage abusif et dépendant de substances licites et illicites.

Dans le cas du tabac, nous avons mesuré le degré de dépendance à la nicotine en considérant les usagers au cours de la dernière année. Les résultats montrent que 56,6% des individus présentent un niveau de dépendance bas, 34,4% un niveau de dépendance moyen et 9,1% un niveau de dépendance élevé. Encore en relation avec les usagers de tabac, nous avons tâché d'évaluer les motivations pour cesser de fumer, en utilisant le teste Richmond. La grande majorité des usagers – 85,5% – présente une faible motivation, environ 13% une motivation modérée et moins de 2% une motivation élevée pour cesser de fumer.

En suivant les résultats au teste AUDIT, relatif à l'usage de boissons alcooliques, 4% de la population présente un usage sans risque, 42% un usage de risque bas, et 11% un usage de risque moyen. La proportion des usagers qui présentent un niveau de risque élevé/dépendants est de 3,3%.

Le teste CAST, qui s'applique à l'usage de cannabis, indique que 0,7% de la population général présente un risque modéré ou élevé, 0,6% présente un risque bas et 1,1% ne présente aucun risque associé à l'usage de cette substance. Même s'il est construit à partir d'une batterie de questions différentes, le teste SDS renforce ce résultat, dans la mesure où il indique que 0,7% de la population présente des symptômes de dépendance, ce qui correspond à un quart des usagers au cours de la dernière année.

Les niveaux de dépendance ou d'usage abusif sont les plus élevés au niveau des individus du sexe masculin comparativement à ceux mesurés pour le sexe féminin.

Jeux de fortune et de hasard

La prévalence de jeux fortune ou de hasard est de 65,7% au niveau de l'ensemble de la population. Elle est particulièrement élevée au niveau des hommes – 73,9% – et plus basse au niveau des femmes – 58,1%. Les taux de prévalence les plus élevés s'observent au niveau des groupes d'âge des 25-34 et des 35-44 ans.

Les jeux offerts par Santa Casa sont les plus communs: euro millions, jeux de grattage, loto et pronostics sportifs.

Les résultats au teste SOGS, que cherche à mesurer le niveau de dépendance aux jeux de fortune et de hasard, montre que 0,3% de la population présente un problème et que autres 0,3% présentent la probabilité d'être des joueurs pathologiques.

Resumen

Presentación

En este documento presentamos los resultados de la tercera Encuesta Nacional sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en la Población General, Portugal 2012, llevado a cabo por CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa para o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Este estudio constituye la continuación de la serie de estudios publicadas en 2001 y 2007, acerca de la evolución de las prevalencias, los modos, circunstancias y consecuencias del consumo de sustancias lícitas e ilícitas en Portugal⁷. Aunque la población de estudio haya sido ampliada en 2012 para incluir el grupo etario de 65 a 74 años, el análisis comparativo se centra especialmente en la población con edades comprendidas entre los 15 y 64 años.

Orientaciones metodológicas y técnicas de estudio

El diseño de muestreo adoptado se caracteriza por prever un sistema de tiraje polietápico, aleatoriamente y proporcionalmente estratificado por conglomerados (municipios) y unidades secundarias (secciones de encuesta). La selección de las unidades de observaciones finales se realizó mediante un sorteo sistemático tanto de la elección de los hogares como del uso de tablas de números aleatorios para la elección del individuo para ser entrevistado.

Se trata, por consiguiente, de una muestra de la población residente en el continente y en las Regiones Autónomas de Azores y Madeira, con edades comprendidas entre los 15 y los 74 años de edad (ambas edades incluidas). Dado que en estudios anteriores (2001 y 2007) la población de referencia fue de 15 a 64 años, este texto prestará especial atención a la comparación de los últimos resultados que se presentan en lo que se refiere al grupo poblacional comprendido entre tal rango etario con el objetivo de facilitar las comparaciones.

Por otra parte, y puesto que no ha sido posible indexar la dimensión de la muestra acerca de los consumos minoritarios como consecuencia de sus altos costos financieros asociados, la muestra teórica se definió de manera que asegurara una buena relación costo/beneficio, teniendo en cuenta los objetivos que se persiguen y la obtención de los índices de error dentro de los límites aceptables. Relativamente a los dos estudios anteriores de 2001 y 2007 y por los motivos de índole financiera anteriormente citados, la población encuestada fue reducida de las aproximadamente quince mil para los seis mil ochocientos e diecisiete 15.000 a 6.817 personas en el rango de 15 a 74 años (5.355 personas para el grupo etario comprendido entre los 15 y 64 años), que corresponde a una tasa de sondeo de 1 para 1178 personas (1 para 1303 personas en el rango de 15-64 años). Los cálculos de las márgenes de error fueron hechos para un nivel máximo de confianza del 95%.

⁷De acuerdo con el modelo del Observatorio Europeo de la Droga e de la Toxicodependencia.

Prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas

Los distintos indicadores de la prevalencia de consumos estimados para el 2012 (el consumo para toda la vida, en el último año y en el último mes) se encuentran por debajo de los observados en 2007, cuando el estudio publicado relativamente a ese año mostraba un aumento de las prevalencias del consumo en comparación con las cifras registradas en el primer estudio (2001)⁸.

Así, la tendencia de la evolución del consumo en la última década se encuentra marcada, en un primer momento, por un aumento de 7,8 para 12% (entre 2001 y 2007), mientras que, en un segundo momento, bajan para 9,5% en 2012, no obstante se pueden observar algunos aumentos puntuales en el caso de algunos indicadores o de algunas poblaciones específicas.

Entre las sustancias psicoactivas estudiadas, el cannabis es, de lejos, la que concentra indicaciones de consumo más frecuentes. Si la prevalencia de su consumo se puede considerar relativamente baja en el conjunto de la población general –considerando únicamente los créditos seleccionados–, ésta puede ser considerada elevada en ciertos grupos de la población. En este sentido, el consumo de cannabis es particularmente elevado entre la población joven adulta; a la vez que es significativamente más elevado en los hombres que en las mujeres, tendencias que se mantienen en relación con los estudios anteriores. Es de señalar, sin embargo, un aumento también en 2012 del consumo de cannabis entre las mujeres encuestadas y un descenso entre los hombres encuestados, lo que hace que las diferencias entre los dos grupos presenten cierta atenuación.

Las tasas de prevalencia del consumo de sustancias legales – tabaco y alcohol – se encuentran, como es comprensible, en niveles más elevados que los de las sustancias ilícitas, alcanzando valores cercanos al 74% y al 46% en lo que se refiere al porcentaje de población que alguna vez ha consumido alcohol y tabaco, respectivamente, a lo largo de su vida. En cuanto los medicamentos se refiere, la tasa de prevalencia de por vida es del 20,4%, siendo que en la gran mayoría de los casos – 19% - el consumo se realizó a través de prescripción médica. Por otra parte, hemos observado en 2012 la prevalencia del consumo de medicamentos y tabaco a lo largo de la vida se sitúan entre los valores registrados en 2001 y 2007. En el caso del consumo de alcohol a lo largo de la vida y durante el último año, hay una relativa estabilización acerca de los valores encontrados en 2001, lo que significa una disminución en comparación con los valores registrados en 2007. Sin embargo, cuando se considera el consumo realizado durante el último mes (consumo actual), se observa una disminución en comparación con los dos estudios anteriores.

⁸ Cf. discusión técnica de los resultados.

Carreras y tipologías de consumo de sustancias psicoactivas

En la sistematización de la información acerca de las edades de inicio y fin de consumo de sustancias tanto lícitas como ilegales, hemos verificado que la edad más frecuente (el modo, la media y mediana) para la primera experiencia de consumo de cannabis es de 18 años. En las demás sustancias, el valor de la media de edad del primer consumo es ligeramente superior: 19 años para la heroína, 20 años para las anfetaminas, 21 años para la cocaína y el LSD y 22 años para el éxtasis y los hongos alucinógenos.

Otras sustancias presentan diferentes duraciones del consumo: el consumo de éxtasis y de hongos alucinógenos suelen presentarse como aquellos que tienden a una duración más corta; el cannabis y el LSD son los de períodos de duración media, y la cocaína, la heroína y las anfetaminas tienen una mayor proporción de consumo más duradero.

Con respecto a las sustancias lícitas, la mayoría de la población encuestada empezó a fumar y consumir alcohol con regularidad a los 18 años de edad, con una duración media de uso de 12 años (en ambos casos, los resultados presentan una elevada coincidencia). Por último, los medicamentos presentan una duración media de consumo de 5 años y la edad media de inicio es de los 35 años, lo que apunta a un perfil de consumo muy distinto de las otras dos sustancias psicoactivas lícitas mencionadas.

Modos y condiciones de uso de sustancias psicoactivas

Considerado el consumo a lo largo de toda la vida, el cannabis es la sustancia ilícita más común, habiendo sido declarado su consumo en un 9,4% de la población entre 15 y 64 años. Estos valores son mucho más bajos en el caso de otras sustancias: 1,3% para el éxtasis, 1,2% para la cocaína, 0,6% para la heroína, el LSD y los hongos alucinógenos y 0,5% para las anfetaminas.

Teniendo en cuenta los perfiles socio-demográficos de los consumidores, este estudio constata que el consumo de cualquier sustancia ilegal es mayoritariamente masculino. A su vez, la distribución de los consumidores por la sustancia y grupo de edad varía mucho, disminuyendo de manera significativa su peso a la medida que avanza en los grupos de mayor edad. Por otra parte, el consumo durante la vida de cualquier sustancia ilegal ocurre sobre todo entre los individuos solteros. Sin embargo, el peso de la población de consumidores solteros difiere dependiendo de la sustancia: es mayor en el consumo del LSD (67%) y el éxtasis (66%), siendo significativamente inferior en la heroína (41%), donde, por otra parte, el mayor porcentaje de consumidores están separados, divorciados o viudos. Las anfetaminas (11,5%) y el cannabis (11%) son sustancias que presentan una mayor proporción de consumidores casados o que viven en uniones de hecho.

En el caso del consumo de toda la vida es posible saber el número aproximado de veces en que este consumo ocurrió. La heroína y el éxtasis son las sustancias donde se registra un mayor porcentaje de consumos aislados (una vez a la vida), mientras que los hongos alucinógenos presentan un porcentaje más alto, en la categoría de dos veces durante toda la vida. Son

precisamente la cocaína y la heroína, las sustancias cuyo consumo es más elevado: el 25% y el 14% de los individuos, respectivamente, consumieron estas sustancias más de veinte veces.

La mayoría de los consumidores de sustancias psicoactivas ilícitas consumen una sola sustancia, y de ellos cerca de tres cuartos fueron consumidores exclusivos de cannabis. Aproximadamente una cuarta parte de los consumidores que practican o han practicado el consumo de varias drogas, ocurre, en gran medida, con la combinación de dos sustancias. En este sentido, el cannabis es la sustancia que está siempre presente cuando se registran múltiples consumos.

Las principales fuentes de obtención de sustancias psicoactivas ilícitas son los amigos y después los conocidos, mientras que la casa de los amigos fue el lugar preferido para obtener la sustancia, así como el lugar de consumo citado por la mayoría de los consumidores.

El acceso a la sustancia en un período de 24 horas se muestra fácil y/o muy fácil para la mayoría de los consumidores. La excepción son los consumidores de LSD, que consideran el acceso a esta sustancia difícil y/o muy difícil.

Las ocasiones más propicias para el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, en general, se refieren a los conciertos y festivales de música, así como en Nochevieja.

La demanda de ciertas sensaciones causadas por el consumo de drogas, como de sentirse high, con moca, con la ganza (con euforia), es la razón más citada por los consumidores por el uso de sustancia psicoactivas ilegales.

Las principales razones por las que no haya habido consumo de drogas en el último año o mes se refiere a la falta de interés y voluntad de consumir y motivos relacionados con problemas de salud.

Consecuencias relacionadas al consumo de sustancias psicoactivas

A través de algunas pruebas fue posible identificar y caracterizar los patrones de abuso y dependencia de sustancias lícitas e ilícitas.

En el caso del tabaco se midió el grado de dependencia a la nicotina entre los consumidores en el último año. De este modo, el 56,6% presenta un bajo nivel de dependencia, el 34,3% un nivel medio y el 9,1% un nivel alto. También con respecto a esta sustancia, tratamos de evaluar la motivación para dejar el tabaco a través de la prueba de Richmond, y los resultados apuntan que la gran mayoría de los consumidores – el 85,5% – tienen una motivación baja, alrededor del 13% una motivación moderada y menos del 2% presentan una elevada motivación para cesar el consumo de tabaco.

Según cifras aportadas por la prueba AUDIT para el consumo de bebidas alcohólicas, el 4% de la población general presenta un consumo sin riesgo, el 42% un consumo de bajo riesgo y el 11 % un consumo de riesgo medio, mientras que el 3% presenta un consumo de alcohol de alto riesgo.

La prueba de CAST, para el consumo de cannabis, indica que el 0,7% de la población

general tiene un riesgo moderado o alto, el 0,6% presenta un riesgo bajo y un 1,1% no presentaba ningún riesgo asociado con el consumo de esta sustancia. Aunque representa una batería de indicadores diferentes, la prueba SDS refuerza esta conclusión en la medida en que apunta a que un 0,7 % de la población ha presentado síntomas de dependencia en el consumo de cannabis, lo que corresponde a una cuarta parte de los consumidores en el último año. Por último, los niveles de dependencia o de consumo excesivo son más altos en el sexo masculino.

Juegos de azar

La prevalencia de los juegos de azar es del 65,7% en la población general. En términos de género, alcanza el 73,9% en el grupo masculino frente al 58,1% observado en las mujeres. Es en los grupos de edad de 25 a 34 años y de 35 a 44 años, que la proporción de los jugadores es mayor.

Los juegos más comunes son la Santa Casa: Euromillones, tarjetas rasca, *totoloto*, *totobola* y lotería.

De acuerdo con los resultados de la prueba SOGS, cuyo objetivo es medir el grado de adicción a los juegos de azar, el 0,3% de la población presenta algunos problemas mientras que un 0,3% presentaría cierta adicción patológica.

INTRODUÇÃO

Apresentamos neste documento os resultados do terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. O documento encontra-se estruturado em nove partes: 1) *apresentação, principais objetivos e orientações metodológicas e técnicas de estudo*, onde faremos uma breve apresentação do Inquérito, serão indicados os objetivos gerais e específicos e apresentadas as opções técnicas e metodológicas na base da conceção e da realização do Inquérito; 2) *discussão dos resultados*, onde questionamos o efeito de coorte e as condições nas quais ele pode ocorrer, damos conta das operações que nos permitiram (in)validar a nossa metodologia e os procedimentos de recolha de informação (fiabilidade), questionamo-nos sobre a capacidade que o nosso instrumento de medida oferece de recolher uma informação fidedigna ao longo de aplicações sucessivas (validade) e, interrogamo-nos sobre o universo observado; 3) *prevalências do consumo de substâncias psicoativas*, onde apresentamos a extensão dos consumos e as suas principais orientações através das prevalências encontradas na população geral. Os resultados serão apresentados tendo em conta os critérios sexo, grupos de idade e região. São também apresentadas as taxas de continuidade para cada uma das substâncias consideradas. São ainda especificadas as margens de erro e os intervalos de confiança. Sempre que possível é feita a evolução da situação desde 2001, data em que se realizou o primeiro inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral em Portugal; 4) *carreiras e tipologias do consumo de substâncias psicoativas*, onde são tratadas as questões das idades dos primeiro e último consumos, assim como a sua duração, e são apresentadas as tipologias da experiência e da sequência dos consumos; 5) *modos e circunstâncias do consumo de substâncias psicoativas*, capítulo onde é feita uma abordagem em que o consumo aparecerá menos como uma unidade estatística, para passar a ser considerado, sobretudo, como um comportamento social. Ter-se-ão em conta as prevalências, os padrões do consumo, as circunstâncias de utilização (contextos, lugares, ocasiões, modos de acesso, motivações para o uso, etc.) e também os motivos para que tenha deixado de haver consumo. Também aqui, e sempre que possível, faremos a comparação com os dois anteriores estudos (2001 e 2007); 6) *consequências associadas ao consumo de substâncias psicoativas*, onde se tenta identificar e caracterizar, sempre que possível, padrões de consumo abusivo e de dependência, assim como os respetivos consumidores; 7) *análise comparativa dos indicadores do consumo de substâncias ilícitas*, que permite diferenciar perfis, contextos e circunstâncias em função da substância em si; 8) *vivências e representações do risco*, onde se procura conhecer e interpretar as representações que os diversos segmentos da população têm sobre os consumos e os consumidores de substâncias psicoativas; e por fim, 9) *jogos de fortuna ou azar*, onde se apresentam as prevalências de jogos de fortuna ou azar na população residente em Portugal, assim como uma aproximação a possíveis consequências associadas a estes através do teste SOGS – *South Oaks Gambling Screen*.

De modo a podermos comparar com os dados dos estudos anteriores e a fazer, do ponto de vista epidemiológico, a evolução da situação desde 2001, ano do primeiro estudo, trabalhamos os dados para a população 15-64 anos (população de referência dos dois estudos anteriores) entre os capítulos 3 a 8. Apenas no capítulo 9, referente aos jogos de fortuna ou azar, os resultados são apresentados para a população 15-74 anos.

Para apresentar os resultados deste estudo, privilegiamos os indicadores que o OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) propõe, quer no que respeita às substâncias consideradas, quer na formulação das perguntas, com o fim de promover a comparação internacional.

APRESENTAÇÃO, PRINCIPAIS OBJETIVOS E ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS E TÉCNICAS DO ESTUDO

Apresentação

Por substâncias psicoativas entende-se as substâncias, ilícitas (usualmente denominadas drogas) ou lícitas (tais como as bebidas alcoólicas, o tabaco ou certos medicamentos), suscetíveis de alterar o estado de consciência e os comportamentos.

O objetivo principal dos inquéritos à população geral é estimar a prevalência do uso de substâncias psicoativas. Convém no entanto frisar que este instrumento está mais vocacionado para estimar a prevalência da experiência de consumos, não sendo muito adequado à estimativa da prevalência de consumos problemáticos, como consensualmente se reconheceu no seio do Grupo de Pompidou (*Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs – Sub-Group Population Surveys: Proceedings* 28.03.1995). A dimensão relativamente pequena e os perfis específicos dos grupos de consumidores problemáticos (designadamente rotinas de vida menos convencionais) tornam a sua abordagem difícil através de um instrumento que, por definição, visa o conjunto da população.

Apresentamos de seguida as opções técnicas e metodológicas que estão na base da conceção e da realização do inquérito.

Apresentação e principais objetivos do inquérito à população geral

Apresentamos neste documento os resultados do Terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, realizado pelo CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa para o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Para além da apresentação detalhada das questões metodológicas, damos conta aqui, sobretudo, das dimensões do inquérito mais relacionadas com o perfil dos consumos de substâncias psicoativas. Consideramos, assim, as prevalências de experiência dos consumos, cujo formato obedece ao questionário modelo proposto pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, procuramos detalhar as modalidades dos consumos e esclarecer em que circunstâncias eles se realizam. A caracterização dos consumidores será feita em torno, essencialmente, das variáveis de identificação pessoal mais importantes.

Este volume visa uma abordagem sociográfica centrada sobre os indivíduos que declararam ter, alguma vez na vida, consumido qualquer substância psicoativa. A preocupação descritiva mantém-se mesmo quando construímos tipologias que nos servem para resumir algumas posições face aos consumos que resultam, de uma forma que se nos afigura consistente, da coocorrência de alguns indicadores singulares dos consumos ou das suas circunstâncias.

Podemos enquadrar os objetivos do estudo em torno de cinco grandes finalidades:

- Estudar a prevalência das experiências de consumo;
- Produzir uma informação comparável com a de outros países;
- Produzir dados de referência para a análise da evolução dos consumos no futuro;
- Produzir dados que possam ser úteis na perspetiva da prevenção;
- Visar não apenas o estudo do perfil do consumo mas, igualmente, o do consumidor.

Em termos gerais, o Inquérito Nacional adequa-se às necessidades e expectativas de diversas instâncias de decisão e de planeamento, de quadros técnicos, bem como de investigadores interessados nestas áreas de pesquisa. Estas entidades veem aqui uma possibilidade para que, quer ao nível da intervenção, quer ao nível do conhecimento descritivo e explicativo do fenómeno, se venham a superar limitações com as quais se confrontam nas suas respetivas áreas de atuação.

De uma forma mais precisa, identificamos, a seguir, os principais objetivos associados ao lançamento deste projeto:

1. Conhecer qual a extensão do fenómeno do consumo junto de populações que não se encontram enquadradas por dispositivos institucionais, procurando quantificá-las.
2. Abrir o leque de caracterização, identificando os diversos tipos de consumidores e de padrões de consumo, no que respeita, designadamente, ao tipo de substâncias utilizadas, à frequência e à continuidade/descontinuidade do seu uso, às formas de administração e aos tipos de pluriconsumos existentes.
3. Detetar as relações existentes entre os tipos de consumidores e padrões de consumo e certas variáveis sociológicas pertinentes como sejam as características socioeconómicas, o género, níveis de instrução, níveis etários, estilos de vida, representações produzidas acerca do consumo e relacionadas com outras dimensões selecionadas. O cruzamento destas variáveis permitirá expandir consideravelmente o conhecimento das dinâmicas sociológicas que subjazem aos consumos.
4. Conhecer e interpretar as representações que os diversos segmentos da população elaboram acerca dos consumos e dos consumidores de substâncias psicoativas.
5. Identificar quais as condições em que decorre a utilização de substâncias lícitas, no que se prende sobretudo com a presença ou com a ausência de formas médicas de subscrição e de controlo.
6. Analisar, no caso de se virem a identificar, as correlações entre os consumos de substâncias lícitas e ilícitas.
7. Constituir uma base sólida de informações que permita, por um lado, selecionar de modo sistemático sectores da população considerados relevantes para o desenvolvimento de estudos de caso e, por outro lado, conhecer a expressão quantitativa e o "lugar" que certos segmentos particulares de consumidores ocupam no universo geral do consumo.
8. Obter condições para comparar as incidências registadas em determinados contextos específicos, nomeadamente em meio escolar, com os dados obtidos para a população geral.
9. Elaborar suportes técnicos e instrumentos de inquirição, nomeadamente métodos e técnicas de amostragem, modos de aplicação do questionário, dimensões a selecionar, questões e itens de resposta a incluir, cruzamentos de variáveis a efetuar, que possam vir a ser utilizados em diversos momentos, permitindo a obtenção de dados da evolução do fenómeno ao longo do tempo.
10. Criar condições, tendo sobretudo em conta critérios de uniformização sugeridos pelo OEDT e pela OMS, para que as informações relativas à população residente em Portugal possam vir a ser comparadas com os dados obtidos em outros estados da Comunidade Europeia e também a nível mundial.

Metodologia e orientações de conteúdo do inquérito

Orientação dos conteúdos do questionário

No que respeita ao conteúdo, o questionário português utilizado nos Inquéritos aplica por inteiro o “questionário modelo europeu” no que concerne o bloco sobre as “prevalências” e as “representações” e pôde beneficiar da experiência dos outros Inquéritos nacionais (europeus e norte-americanos) sobre as variáveis que contextualizam os consumos. No plano metodológico, todas as orientações que visam assegurar a comparabilidade dos resultados no plano europeu foram seguidas e foram, aliás, adotados os critérios mais exigentes de qualidade de entre aqueles que são seguidos por outros países.

No questionário podemos distinguir duas zonas de questionamento que se impõem com níveis de constrangimento diferentes.

A primeira zona do questionamento é constituída pelas perguntas sobre as prevalências dos consumos e indicadores diretamente associados (quantidade, intensidade, circunstâncias, consequências, modos do consumo, modos de obtenção, carreira do consumo de drogas...) e uma bateria de perguntas sobre as representações das substâncias e dos riscos a elas associados. Estas perguntas são incontornáveis, na medida em que resultam do trabalho do OEDT e são em grande parte promovidas por este organismo para fins de comparação europeia.

Numa segunda zona, são integradas perguntas que nos permitem contextualizar os consumos. A escolha destas perguntas resulta das hipóteses que podemos fazer sobre as circunstâncias suscetíveis de ser associadas aos consumos e, para além das sugestões da literatura especializada, dependem, igualmente, das orientações dos centros de investigação responsáveis pela condução dos estudos. Aliás, devido a constrangimentos financeiros, estas perguntas foram substancialmente reduzidas entre os segundo e terceiro Inquéritos.

Temas tratados no questionário

As substâncias consideradas são as seguintes:

1. Substâncias Psicoativas Lícitas

- a. Tabaco
- b. Bebidas Alcoólicas
- c. Medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnótico)

2. Substâncias Psicoativas Ilícitas

- a. Canábis (haxixe, erva, *marijuana*, *chamon*)
- b. Ecstasy
- c. Anfetaminas (ou speeds)
- d. Cocaína (ou Coca)
- e. Heroína (cavalo, pó)
- f. LSD (ácidos)
- g. Cogumelos Mágicos/Alucinógenos

3. Outras substâncias percecionadas como drogas

4. Poli-consumos

5. Substância teste

6. “Legal Highs”

Ao nível de cada substância, utilizou-se o seguinte padrão de perguntas:

1. Prevalência ao longo da vida

2. Prevalência nos últimos 12 meses

3. Padrão nos últimos 12 meses

4. Prevalência nos últimos 30 dias

5. Padrão nos últimos 30 dias

6. Abandono do uso

7. Carreira de utilização

- Primeira vez
- Circunstâncias de utilização
- Última vez
- Acesso à substância
- Motivações do Uso

8. Modo do consumo

9. Consequências associadas ao consumo

Para além das perguntas consagradas à caracterização das prevalências, uma segunda zona do questionamento procura recolher informações que nos permitam contextualizar os

consumos de um ponto de vista sociológico. Sem dúvida que, de um ponto de vista não só do conhecimento das situações mas igualmente da prevenção, é importante tentar identificar as características e os comportamentos suscetíveis de distinguir as populações de acordo com as suas posições face ao consumo de substâncias psicoativas. Foram considerados os seguintes temas:

1. Caracterização individual

- Caracterização geral
- Trabalho
- Escolarização de ego

2. Saúde e relação ao corpo

- Cuidados de saúde
- Exposição ao risco
- Atitudes face a comportamentos de risco

3. Religião

4. Jogos de Fortuna ou Azar

5. Participação cívica e política

6. Caracterização dos membros do agregado doméstico

- Estrutura do agregado doméstico
- Caracterização socioeconómica
- Rendimento e propriedades do agregado

7. Representações (bloco OEDT)

- Representações
- Atitudes
- Perceções de riscos

8. Procedimentos de terminus e de controlo

Definição da amostra

Desenho amostral

À semelhança dos estudos anteriores, o desenho amostral segue um sistema de tiragem polietápico, estratificado por conglomerados, com seleção das unidades primárias (municípios) e das unidades secundárias (secções estatísticas) de forma aleatória proporcional. A seleção das unidades finais de observação – os indivíduos – realiza-se por sorteio sistemático na eleição dos lares e com recurso a tabelas de números aleatórios para o processo de seleção dos indivíduos dentro do lar.

Em caso de recusa do indivíduo selecionado ou nos casos (devidamente comprovados) de ausência do lar, não são permitidas substituições através de qualquer técnica aplicada pelo inquiridor ou pela equipa que controla o terreno, sendo estes indivíduos repostos a partir da lista de indivíduos suplentes que resultou da mesma tiragem que garante o carácter aleatório da amostra que orienta a primeira seleção.

Trata-se de uma amostra da população nacional residente no continente e Regiões Autónomas e, de acordo com o pedido contratualmente pelo SICAD, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade (em ambos os casos, inclusive). Para efeitos de comparação com os estudos anteriores, e de acordo com as orientações propostas pelo OEDT, a análise será aqui feita com base na população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade.

Repartição regional da amostra e sobre-representação das regiões menos populosas

De acordo com a metodologia eleita, o total de entrevistas a realizar é distribuído, num primeiro momento, pelas NUT II (Nomenclatura de Unidade Territorial II). Esta divisão estatística reparte o país em sete regiões, relativamente às quais a nossa amostra assegura a representatividade estatística. Com esta exigência passaremos, em rigor, a poder falar de sete amostras regionais. São elas as regiões Norte, Centro, Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira.

Nesta primeira distribuição das entrevistas por região, por forma a garantir a representatividade, decidimos afetar, à partida, seiscentas e cinquenta (650) entrevistas a cada região e só posteriormente proceder a uma distribuição das entrevistas remanescentes (1450 entrevistas), desta feita de forma proporcional à dimensão da população de cada uma das NUT II. Ao não seguir a regra da proporcionalidade simples, quisemos garantir que as regiões com menos população pudessem, mesmo assim, participar no estudo com um número de entrevistas que permitisse uma segmentação mínima das suas populações com uma margem de erro aceitável.

A partir desta primeira repartição procedeu-se à repartição proporcional da amostra pelas sub-regiões (NUT III), por estratos populacionais e por concelhos, por conglomerados (secções estatísticas) onde, finalmente, serão selecionados aleatoriamente os lares que integrarão os respondentes selecionados aleatoriamente.

Tabela 1. Distribuição da amostra por região

NUTS II	- A - População Total (15-74 anos)	- B - Pop. Região/Pop. Total	- C - Garante da representatividade regional	- D - B * (6000 - 4550)	- E - Total de entrevistas (C + D)
Norte	2.894.555	0,356771	650	517	1.167
Centro	1.802.807	0,222206	650	322	972
Lisboa	2.152.504	0,265308	650	385	1.035
Alentejo	558.870	0,068884	650	100	750
Algarve	327.478	0,040364	650	59	709
Açores	190.119	0,023433	650	34	684
Madeira	186.879	0,023034	650	33	683
Total	8.113.212	1	4550	1450	6.000

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Distribuição proporcional das entrevistas por sub-região

Conhecido o total de entrevistas a realizar em cada uma das regiões, havia que proceder à distribuição espacial das entrevistas pelo território de cada uma delas, tendo aqui sido consideradas as sub-regiões estatísticas (NUT III). A repartição foi feita de forma proporcional ao peso populacional de cada sub-região, tal como se mostra no quadro seguinte.

Tabela 2. Distribuição da amostra por sub-região

NORTE		Total	LISBOA		Total
Alto Trás-os-Montes		66	Grande Lisboa		742
Ave		164	Península de Setúbal		293
Cávado		130	Total		1.035
Douro		64	ALENTEJO		Total
Entre Douro e Vouga		90	Alto Alentejo		114
Grande Porto		401	Alentejo Central		167
Minho Lima		78	Alentejo Litoral		94
Tâmega		175	Baixo Alentejo		124
Total		1.168	Lezíria do Tejo		250
CENTRO		Total	Total		750
Beira Interior Norte		44	ALGARVE		Total
Beira interior Sul		29	Algarve		709
Baixo Mondego		134	AÇORES		Total
Baixo Vouga		164	Açores		684
Cova da Beira		37	MADEIRA		Total
Dão-Lafões		119	Madeira		683
Pinhal Interior Norte		56			
Pinhal Litoral		110			
Serra da Estrela		19			
Pinhal Interior Sul		16			
Médio Tejo		94			
Oeste		150			
Total		972			

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Estratificação, segundo número de habitantes e seleção das unidades primárias – os concelhos

Para proceder à seleção dos concelhos, introduzimos primeiro um critério de estratificação que tem em conta o seu número de habitantes. Foram utilizadas duas classificações distintas uma vez que havia a necessidade de tomar em linha de conta a macrocefalia das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, que comportam dimensões populacionais ímpares face aos restantes concelhos portugueses, requerendo, nesse sentido, um tratamento específico. A utilização de uma só classificação para o conjunto nacional revelar-se-ia inadequada na medida em que, a ser utilizada, numerosos estratos não possuiriam qualquer representação a não ser nas regiões Norte e Lisboa. Para estas duas regiões utilizou-se uma estratificação por concelhos com nove (9) estratos e para as restantes uma com apenas cinco (5) estratos, como adiante se apresenta.

Tabela 3. Estratos para as regiões do Porto e de Lisboa

- E1	Concelhos com uma população inferior a 5.000 habitantes
- E2	entre os 5.001 e os 10.000 habitantes
- E3	entre os 10.001 e os 50.000 habitantes
- E4	entre os 50.001 e os 100.000 habitantes
- E5	entre os 100.001 e os 150.000 habitantes
- E6	entre os 150.001 e os 200.000 habitantes
- E7	entre os 200.001 e os 300.000 habitantes
- E8	entre os 300.001 e os 600.000 habitantes
- E9	superior a 600.000 habitantes

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 4. Estratos para as restantes regiões portuguesas

-	Concelhos com uma população inferior a 5.000 habitantes
-	entre os 5.001 e os 10.000 habitantes
-	entre os 10.001 e os 50.000 habitantes
-	entre os 50.001 e os 100.000 habitantes
-	entre os 100.001 e os 150.000 habitantes

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A etapa seguinte consistiu na classificação dos concelhos de cada uma das regiões por estratos tendo como critério a dimensão da sua população. Para esse efeito construíram-se tabelas idênticas às que de seguida se apresentam e que exemplificam o procedimento seguido no caso da região Norte. A tabela 5 apresenta o resultado da distribuição dos totais das populações dos concelhos de cada região pelos estratos existentes. O valor apresentado em cada célula resulta do somatório dos totais das populações dos concelhos que caíram nesse estrato.

Tabela 5. População total dos concelhos que pertencem a cada estrato (exemplo para a região Norte)

	<5000	5001-10000	10001-50000	50001-100000	100001-150000	150001-200000	200001-300000	300001-600000	Total
Alto Trás-os-Montes	4.730	32.742	173.152	0	0	0	0	0	210.624
Ave	0	0	104.386	122.238	135.959	162.313	0	0	524.896
Cávado	0	7.215	105.265	0	124.395	177.940	0	0	414.815
Douro	11.142	79.306	115.516	0	0	0	0	0	205.964
Entre Douro e Vouga	0	0	69.326	70.885	149.337	0	0	0	289.548
Grande Porto	0	0	28.227	244.741	145.791	344.853	204.788	317.711	1.286.111
Minho Lima	0	26.954	131.039	91.319	0	0	0	0	249.312
Tâmega	0	14.975	152.680	392.167	0	0	0	0	559.822
Total	15.872	161.192	879.591	921.350	555.482	685.106	204.788	317.711	3.741.092

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Procedeu-se de seguida à distribuição proporcional das entrevistas atribuídas a cada sub-região (NUT III) por cada um dos estratos, de acordo com o somatório do conjunto das populações dos seus concelhos. Esse resultado apresenta-se nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6. Repartição total da amostra por sub-região e estrato (exemplo para a região Norte)

	N.º total entrevistas	<5000	5001-10000	10001-50000	50001-100000	100001-150000	150001-200000	200001-300000	300001-600000
Alto Trás-os-Montes	66	1,48	10,21	54,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ave	164	0,00	0,00	32,56	38,13	42,41	50,63	0,00	0,00
Cavado	129	0,00	2,25	32,84	0,00	38,80	55,51	0,00	0,00
Douro	64	3,48	24,74	36,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Entre Douro e Vouga	90	0,00	0,00	21,63	22,11	46,58	0,00	0,00	0,00
Grande Porto	401	0,00	0,00	8,81	76,34	45,48	107,57	63,88	99,11
Minho Lima	78	0,00	8,41	40,88	28,49	0,00	0,00	0,00	0,00
Tâmega	175	0,00	4,67	47,63	122,33	0,00	0,00	0,00	0,00

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Encontrado o número de entrevistas a fazer por sub-região e estrato, importa, agora, proceder à seleção dos concelhos. Para tal seguimos dois princípios com efeitos inversos.

Em primeiro lugar, interessava-nos concentrar minimamente no espaço as entrevistas a fazer. Para isso, foi fixado em 10, em média, o número de referência para o total de entrevistas a fazer por ponto amostral (na realidade, o mínimo foi 7 e o máximo 12). Este número (ou este intervalo) foi adotado de forma a rentabilizar ao máximo as deslocações dos inquiridores aos locais selecionados, limitando contudo o número de entrevistas, a fim de evitar o efeito de “alarme” suscetível de produzir a inquirição de um grande número de pessoas em localidades pequenas⁹. Quando o número de entrevistas por estrato era inferior a 7, o(s) concelho(s) nele incluído(s) foram “transportados” e considerados no estrato seguinte. A este respeito veja-se o exemplo da tabela 7, que apenas ilustra uma parte do processo seguido nalguns estratos da região Norte.

Em segundo lugar, procedemos a uma distribuição equitativa das entrevistas atribuídas a cada estrato pelos concelhos que aí “caíam”, não atendendo às diferentes dimensões das suas populações, pois um critério de proporcionalidade já havia sido introduzido com a criação dos estratos, interessando, agora, garantir a “pulverização” da amostra pelo território do país e não apenas concentrá-la em zonas com maior concentração de população (tabela 8).

⁹ Confrontada com um excessivo número de deslocações de entrevistadores e de tentativas de abordagem nos seus lares, as populações poderiam desenvolver resistência à participação ou fazer interpretações sobre os propósitos do estudo ou sobre as expectativas que nele são depositadas pelos investigadores, que podem conduzir à “produção” da resposta esperada.

Tabela 7. Número final de entrevistas por sub-região e estrato (exemplo para a região Norte)

	Total	<5000	5001-10000	10001-50000	50001-100000	100001-150000	150001-200000	200001-300000	300001-600000
Alto Trás-os-Montes	66		12	54					
Ave	164			33	38	42	51		
Cávado	129			35		39	55		
Douro	64		28	36					
Entre Douro e Vouga	90			22	22	46			
Grande Porto	401			9	76	45	108	64	99
Minho Lima	78		8	41	29				
Tâmega	175			53	122				

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 8. Número final de entrevistas por concelho e estrato (exemplo para a região Norte – sub-região Douro)

Região Norte	NUTS III	Cód. Concelho	<5000				5000-10000				10000-50000			
			Pop. 14-64	Pop. Total	Nº Ent./Conc.		Cód. Concelho	Pop. 14-64	Pop. Total	Nº Ent./Conc.		Cód. Concelho	Pop. 14-64	Pop. Total
Douro		8	2.402	3.226	Agreg	13	4.511	5928	Ag.	7	8.175	10.845	7	
		4	2.701	3.734	Agreg	14	4.621	6041	Ag.	1	10.030	13.149	7	
		6	3.208	4.182	Agreg	10	4.826	6421	Ag.	9	12.956	16.450	7	
						3	4.765	6476	Ag.	5	19.597	25.175	7	
						2	5.330	6911	Ag.	19	38.683	49.897	8	
						17	5.575	7275	Ag.					
						18	5.667	7703	Ag.					
						12	5.865	7805	7					
						11	6.078	7926	7					
						15	6.329	8276	7					
						16	6.250	8544	7					
TOTAIS			8.311		3		59.817		28		89.441		36	

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Obtemos assim uma repartição das entrevistas que respeita a proporcionalidade do número de habitantes das sub-regiões e dos estratos, garantindo, ao mesmo tempo, a sua “pulverização” máxima pelos concelhos, de forma a abrir ao maior número possível de pontos amostrais (tendo em conta a necessidade de uma concentração mínima de entrevistas que torna o trabalho de campo viável).

Seleção das unidades secundárias – as secções

Conhecendo, agora, o número de entrevistas a realizar em cada concelho, passámos à fase seguinte de extração da amostra e a última que viria a ser realizada longe do terreno – a seleção aleatória das unidades secundárias de amostragem (os conglomerados). A divisão do país sob o ponto de vista estatístico, tal como é produzida pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), segmenta as unidades de maior dimensão, as regiões, subdividindo-as progressivamente em unidades mais reduzidas, passando pela já referida sub-região, depois pelos concelhos, a seguir pelas freguesias, até às secções estatísticas (que ainda se subdividem em subsecções). É a este nível, das secções estatísticas, que se procedeu à etapa seguinte de seleção da amostra realizada. As secções estatísticas agregam, em princípio, conjuntos de população com dimensões aproximadas. Em meio urbano, as secções estatísticas correspondem a áreas muito pequenas, por vezes apenas a alguns edifícios, mas já em meio rural podem corresponder a áreas muito extensas, dependendo da densidade populacional.

Com a seleção das secções estatísticas estamos a designar os espaços residenciais onde são realizadas as entrevistas. Pelas razões avançadas antes, a cada um destes pontos amostrais foi atribuída uma quota de referência de 10 (dez) entrevistas. Dentro de cada concelho, o número destes pontos foi assim obtido dividindo por dez o número de entrevistas que lhe cabiam. Nos casos em que a referência de dez não podia ser respeitada, decidimos criar pontos amostrais com um mínimo de sete e o máximo de doze entrevistas.

Conhecido o número de secções a selecionar em cada concelho, restava agora proceder ao seu sorteio, para o que foram listadas (concelho a concelho) e as dimensões das respetivas populações adicionadas de forma cumulativa, de tal maneira que o valor que surgia diante da última secção da lista correspondesse ao total de habitantes do concelho em causa. Posto isto procedeu-se ao sorteio, propriamente dito, que foi feito utilizando uma simples tabela de números aleatórios. Com este último processo encerrava-se a primeira fase de extração da amostra.¹⁰

Seleção dos indivíduos

Para iniciar a fase seguinte do processo de extração da amostra precisámos de obter, junto do INE, a cartografia correspondente às seiscentas e oitenta e quatro (684) secções estatísticas sorteadas, para que a delimitação espacial das secções pudesse ser realizada¹¹. Essa delimitação é essencial para o próximo passo, que consiste no levantamento e enumeração da totalidade dos lares existentes, dentro de cada secção estatística.

¹⁰ Queremos, mais uma vez, agradecer o apoio do Professor Jacinto Rodrigues Osuna, do Plano Nacional Drogas (Espanha), que pôs à nossa disposição os seus conhecimentos e a sua experiência com o Inquérito espanhol sobre Drogas.

¹¹ Agradecemos igualmente aos responsáveis e técnicos do INE a competência e a gentileza com que acederam aos nossos pedidos.

A partir deste ponto, os procedimentos envolvidos na seleção da amostra devem ficar perfeitamente definidos de forma a não permitir qualquer dúvida, aos membros das equipas de terreno que são responsáveis pelas operações seguintes. Por razões que podem ser facilmente compreendidas, os procedimentos usados ao longo do processo de extração da amostra foram conduzidos de forma a retirar aos inquiridores qualquer iniciativa na escolha das secções estatísticas, dos lares e dos indivíduos selecionados.

O trabalho de campo inicia-se, desta forma, enviando para cada secção estatística sorteada, um elemento da Equipa de terreno munido da cartografia do local, numa escala que lhe permite reconhecer arruamentos, edifícios, habitações unifamiliares, para além dos limites da secção selecionada. Nesta altura é já conhecido o número exato de entrevistas a realizar em cada secção.

No local, procedeu-se ao levantamento exaustivo das habitações existentes, devendo as mesmas ser listadas e anotadas (nome da rua, número de porta, número da habitação, etc.) de forma a poderem ser identificadas por qualquer outra pessoa. Em simultâneo, procedeu-se à "limpeza" da informação recolhida, retirando da listagem todos os fogos não elegíveis para a amostra, como sejam espaços comerciais ou de escritórios ou aqueles que estivessem desabitados, isto em todos os casos em que fosse possível obter essa informação, sem qualquer dúvida.

Uma vez numeradas por ordem crescente todas as habitações encontradas, e registada toda a informação que permite identificá-las, a empresa responsável pelo terreno¹², em cooperação com um membro da equipa de investigação, procede à escolha do primeiro lar a ser contactado e o intervalo de seleção que permite selecionar os lares a contactar em seguida. Este procedimento de seleção sistemática a aplicar no terreno pelo inquiridor, é controlado de forma a eliminar qualquer iniciativa que este pudesse ter no sentido de contornar a seleção estabelecida.

Definidas quais as habitações a contactar, há que proceder à seleção da unidade última de amostragem – o indivíduo – o que foi feito recorrendo a uma tabela de números aleatórios. Essa tabela de números aleatórios para a seleção do indivíduo a entrevistar foi construída com base na informação dos Censos sobre a composição dos agregados domésticos, e faz com que a estrutura etária da população da amostra reproduza a da população residente em Portugal. Quando estabelece contacto com alguém na habitação selecionada, o entrevistador deve utilizá-la para determinar qual o residente selecionado. Só esse indivíduo pode responder ao questionário, não sendo possível, em caso algum, substituí-lo por outra pessoa. Encontra-se, assim, vedada ao entrevistador qualquer possibilidade de intervir neste processo de seleção, garantindo assim as condições de aleatoriedade que o estudo exige.

¹² O trabalho no terreno foi conduzido pela empresa Intercampus, SA que aceitou as exigências metodológicas do nosso estudo conhecendo bem as dificuldades que elas ocasionavam por ter já realizado as recolhas relativas aos Primeiro e Segundo Inquéritos.

Realização do trabalho de campo

O trabalho de campo encontrou as dificuldades esperadas tendo em conta a metodologia utilizada, a dimensão da amostra e o próprio tema do estudo. Dificuldades suplementares ocorreram pelo facto de não existirem muitas empresas em Portugal capazes de assegurar uma recolha em, relativa, larga escala. A própria metodologia de seleção dos lares, através de levantamentos apoiados por uma cartografia das secções estatísticas, para além de inusual, ofereceu dificuldades adicionais pelo facto da informação que nos foi fornecida pelo INE, embora geralmente de boa qualidade, não estar atualizada. Não raramente aconteceu novas implantações residenciais terem pervertido completamente a informação disponível para secções estatísticas urbanas ou, no caso de regiões rurais, não encontrarmos as residências esperadas. Nos casos em que a mudança no tecido residencial foi considerada poder afetar a qualidade da amostra, as secções em questão foram substituídas por outras, que tinham sido previamente extraídas como suplentes.

Uma tiragem suplementar foi ainda feita no caso dos lares. Para tornar viável o princípio da não substituição, seleccionámos, à partida, mais lares do que aqueles que era necessário contactar para realizar a amostra. Para além das habitações não-residenciais (escritórios, comércios...) que eram à partida excluídas do sorteio, existe um certo número de lares que não são elegíveis, considerando a definição da população de inquérito, onde os moradores estão ausentes ou que recusam o primeiro contacto. A duplicação do número de lares seleccionados – para cada secção seleccionada foram extraídos 20 lares em vez dos 10 esperados – permitia aos inquiridores procederem às aplicações excluindo a sua intervenção na escolha dos lares. Este procedimento permitiu concretizar a amostra esperada, com exceção no caso da região de Lisboa, onde o maior número de lares inelegíveis ou não habitados obrigou a que a tiragem suplementar fosse uma vez e meia superior ao tamanho da amostra esperada (25 lares em vez de 10, por secção estatística).

O facto de todos os lares a contactar estarem à partida seleccionados, não dando a recusa de resposta ou a ausência da residência lugar a qualquer substituição, trouxe uma dificuldade adicional ao trabalho de campo. Habitualmente, com efeito, os entrevistadores podem substituir as pessoas que não respondem ou que não se encontram em casa por outras residentes na mesma zona e com perfis considerados equivalentes pelo inquiridor. Esta possibilidade permite que um inquiridor realize sempre o número de entrevistas esperado no local onde se desloca. Esta facilidade não se verificava com a metodologia pela qual optámos. Com efeito, não havendo substituições, o inquiridor tem de voltar ao lar até que um contacto possa ser estabelecido (a decisão de considerar o lar não ocupado só pode ocorrer após três tentativas e mesmo assim ela tem de ser validada pela informação de um vizinho devidamente identificado, para que um controlo possa ser feito). O número de insistências que o inquiridor é obrigado a fazer é estabelecido inicialmente em três, e posteriormente em tantas quanto possível

para tentar reduzir o número de casos em que nenhum contacto é possível.

Mesmo adotando uma metodologia cuidadosa de pré-testes, que nos permitiram não só corrigir as primeiras versões da formulação das perguntas, mas também encontrar as soluções de recolha tecnicamente mais adequadas às condições que íamos encontrando, as dificuldades de terreno são responsáveis por um atraso no começo e pelo prolongamento significativo do tempo de recolha. A complexidade de todo o processo implicou que se produzissem numerosos dispositivos para o controlo das suas diversas fases. A verificação do trabalho de campo foi feita, de facto, por recurso a dois expedientes, através de um controlo de coerência dos materiais produzidos pelo entrevistador e por contacto telefónico ou presencial com lares onde haviam sido realizados questionários. As maiores dificuldades deste terreno levaram a empresa responsável a declarar um número de verificações bastante superior aos habituais vinte por cento (20%) da amostra.

Durante o período em que decorreram as aplicações, funcionou um número verde (gratuito), destinado a responder a dúvidas que poderiam colocar-se às pessoas contactadas. Na maioria dos casos as pessoas queriam confirmar a origem da iniciativa ou os procedimentos de seleção dos lares.

A recolha da informação decorreu entre os dias 02 de Dezembro de 2011 e 27 de Abril de 2012 e procedeu-se a uma recolha de controlo entre os dias 12 de Dezembro de 2012 e 12 de Março de 2013.

O estudo foi realizado em rigoroso respeito pelas normas de conduta do Código da ICC/Esomar e pela Lei de Protecção de Dados nº 67/98, de 26 de Outubro.

Sucesso dos contactos e taxas de resposta ao questionário

Com base nas informações de que dispúnhamos, e como referido acima, foram sorteados o dobro do número de lares que se pretendiam de facto interrogar, sabendo que cerca de metade dos contactos programados não resultariam em entrevista.

Foram levantadas 184424 moradas, tendo sido selecionados 14420 lares. Destes 14420 contactos realizados contabilizaram-se 6817 entrevistas válidas, o que perfaz uma taxa de resposta de 47,3%.

O total de contactos realizados resultou nas seguintes situações que passamos a enumerar:

Tabela 9. Contactos			N	%
Contactos estabelecidos			14420	100
Não seleccionáveis			3622	25,1
	Fora do universo (não elegíveis)		2050	14,2
	Fora de quota		858	6,0
	Ausência do indivíduo		714	5,0
Entrevista solicitada			10798	74,9
	Recusa do lar		1859	12,9
	Recusa do indivíduo		1034	7,2
	Entrevista realizada (válida)		6817	47,3
	Outros		1088	7,5
	Barreira linguística/doença		20	0,1
	Entrevistas realizadas não válidas		1034	7,2
	Entrevistas incompletas		34	0,2
Contactos não estabelecidos			2229	15,5
	Ausência do lar		2229	15,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Considerámos dois tipos de recusa de resposta:

- Recusa pelo indivíduo selecionado – quando a pessoa do lar que foi selecionada recusa responder ao questionário.
- Recusa do lar – quando o inquiridor não chega a selecionar a pessoa a inquirir, porque alguém na habitação recusa a resposta ao questionário.

A ausência de contacto é contabilizada quando ocorrem as seguintes situações:

- Ausência de pessoas no lar – após sucessivos contactos, em diferentes horas do dia, a habitação é dada como incontactável;
- Ausência do indivíduo selecionado – depois de haver sido selecionada, a pessoa a ser inquirida nunca é encontrada e não chega, por essa razão, a conceder a entrevista;
- Acesso ao lar impossível – nalguns casos, pouco frequentes, algumas habitações que faziam parte da amostra não puderam ser contactadas, por diferentes razões: porteiros que não permitiram o acesso, a existência de cães a guardar o acesso, etc.;
- Outras situações – casos não identificados previamente mas que por algum motivo não deveriam ser integrados na análise (apesar do levantamento exaustivo inicial destas situações, há contudo casos que não foram possíveis identificar numa primeira fase), como por exemplo casas desabitadas, escritórios ou indivíduos que não estão contemplados de acordo com as suas características e as quotas estabelecidas.

Ponderação da amostra

Os resultados apresentados foram obtidos a partir de uma base ponderada. Esta ponderação corrige as distorções que a amostra sofreu, quando decidimos não respeitar completamente a proporcionalidade do peso da população nas regiões, com o fim de garantir uma amostra confortável nas regiões menos populosas, baixando, assim, as margens de erro amostral¹³.

A correção da amostra justifica-se ainda pelas pequenas distorções suscetíveis de ocorrer durante as operações de programação da amostra e de recolha. Os erros de programação da amostra decorrem do facto de os questionários terem sido distribuídos pelas regiões tendo em conta uma repartição da população estimada.

Amostra

Apresentamos nas tabelas abaixo a repartição da amostra por sexo e por grupos de idade, para a população 15-64 e para a população 15-74 anos.

Tabela 10. Características demográficas da amostra real e da amostra ponderada (n=5355), 15-64 anos, 2012			
	Amostra real		Amostra ponderada
	N	%	%
Sexo			
Masculino	2169	40,5	48,7
Feminino	3186	59,5	51,3
Grupos de idade			
15-34	1680	31,4	36,9
35-64	3675	68,6	63,1
Grupos decenais de idade			
15-24	818	15,3	16,4
25-34	862	16,1	20,5
35-44	1136	21,2	22,9
45-54	1160	21,7	21,4
55-64	1379	25,8	18,8

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

¹³ Cf. Repartição regional da amostra e sobre representação das regiões menos populosas.

Tabela 11. Características demográficas da amostra real e da amostra ponderada (n=6817), 15-74 anos, 2012

	Amostra real		Amostra ponderada
	N	%	%
Sexo			
Masculino	2654	38,9	48,3
Feminino	4163	61,1	51,7
Grupos de idade			
15-34	1680	24,6	32,1
35-74	5137	75,4	67,9
Grupos decenais de idade			
15-24	818	12,0	14,3
25-34	862	12,6	17,8
35-44	1136	16,7	19,9
45-54	1160	17,0	18,6
55-64	1379	20,2	16,3
65-74	1462	21,4	13,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Na tabela abaixo apresenta-se a distribuição da amostra por região, NUT II.

Tabela 12. Distribuição da amostra por região, NUT II, 2012

	População 15 - 64 anos (n=5355)		População 15 - 74 anos (n=6817)	
	N	%	N	%
Norte	1044	19,5	1259	18,5
Centro	782	14,6	1046	15,3
Lisboa	905	16,9	1123	16,5
Alentejo	615	11,5	865	12,7
Algarve	567	10,6	766	11,2
Açores*	850	15,9	999	14,7
Madeira	592	11,1	759	11,1
Total	5355	100	6817	100

* Por solicitação da Direção Regional de Saúde dos Açores, foram realizadas entrevistas adicionais ao número inicialmente previsto na amostra, razão pela qual o número de entrevistas realizadas é consideravelmente superior ao número de entrevistas previstas (cf. tabela 1).

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Margens de erro

Tendo seguido a metodologia de construção da amostra aplicada por Jacinto Rodrigues Osuna aos inquéritos espanhóis à população geral, seguimos igualmente a sua metodologia para o cálculo das margens de erro que podem ser aplicadas aos nossos resultados. A técnica por ele seguida corrige a fórmula do cálculo de erro para uma amostra aleatória, com os resultados dos cálculos do efeito de desenho amostral seguido (amostra polietápica estratificada por conglomerados). Os cálculos foram feitos para um nível de confiança de 95%, sendo os intervalos mínimos e máximos apresentados nas tabelas do capítulo referente às prevalências.

A fórmula que foi aplicada para a definição das margens de erro é a que corresponde àquela que é usada para uma amostra aleatória simples em que:

$$ep = K \cdot \sqrt{\frac{p \cdot (1-p)}{n}}$$

ep = erro da estimativa da proporção

K = nível de confiança (neste caso k = 2 para um nível de confiança de 95,44%)

p = proporção de uma categoria da variável

p (1-p) = variância

n = nº de entrevistas realizadas.

A esta foi adicionado, uma vez que a amostra é polietápica e estratificada (para a qual o cálculo dos erros amostrais exige programas complexos), o efeito do desenho, que é de 1,4.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentação

Os resultados do III Inquérito à População Geral, aplicado em 2012, são excelentes na perspetiva de uma avaliação das políticas públicas que têm vindo a ser desenvolvidas em Portugal, sob a insígnia da descriminalização, uma ação integrada no domínio do diagnóstico, da prevenção, da redução da oferta, da redução da procura, da redução de danos, do tratamento, da reinserção, de populações suscetíveis de serem afetadas ou já afetadas pelo consumo de substâncias psicoativas, tanto lícitas como ilícitas. Com efeito, depois de uma ligeira subida, de 7,8% para 12%, entre os dois primeiros períodos de aplicação do Inquérito – 2001 e 2007 –, a prevalência dos consumos ao longo da vida de uma qualquer substância ilícita desce, em 2012, para 9,5%. Esta descida é transversal, com poucas exceções, a todas as substâncias – lícitas e ilícitas – e observa-se igualmente nas outras temporalidades utilizadas para medir as prevalências: consumo no último ano e no último mês. As variações observadas seguem também, com poucas variantes, um mesmo padrão: as prevalências em 2012 vão situar-se entre as observadas em 2001 e 2007, sendo superiores às primeiras e inferiores às segundas. As grandes orientações dos consumos, esclarecidas nos estudos anteriores, mantêm-se quando consideramos as consequências ou as situações de dependência, sendo de assinalar ainda o reforço de uma aproximação, já constatada antes, entre os comportamentos masculinos e femininos.

Adotando uma posição de prudência, motivada pelo princípio de realidade resumido nas margens de erro, esta redução das taxas de prevalência poderiam ser lidas, no mínimo, no sentido de uma estabilização dos consumos. O problema, no entanto, não está tanto no bem fundado desta interpretação mais ou menos otimista. O problema está no facto de que as prevalências não podiam ter estabilizado e muito menos ter descido.

Quando apresentámos os resultados da aplicação do estudo em 2007, justificámos a amplitude da subida então observada considerando, para além da manutenção das culturas de consumo (Balsa *et al.*, 2008), um efeito de coorte, de acordo com o qual as prevalências podem subir, independentemente dos comportamentos verificados ao nível dos consumos. Ora, tendo em conta o histórico dos consumos em Portugal, o efeito de coorte deveria levar a uma subida das prevalências, mesmo admitindo a hipótese de que os consumos se tivessem mantido estáveis.

O resultado inesperado por nós obtido conduz-nos a detalhar e a partilhar a discussão de uma operação que sempre nos ocupa no interior do nosso espaço de produção e que é motivada pela questão de saber, “como poderemos estar errados”, quando apresentamos um determinado resultado. Para tal, vamos conduzir as nossas interrogações através dos seguintes passos:

- Em primeiro lugar, questionaremos o próprio efeito de coorte e as condições nas quais ele pode ocorrer;
- Em seguida, daremos conta das operações que nos permitiram (in)validar a nossa metodologia e os procedimentos de recolha de informação (fiabilidade);
- No plano metodológico, ainda, questionamo-nos sobre a capacidade que o nosso instrumento de medida oferece de recolher uma informação fidedigna ao longo de aplicações sucessivas (validade) e,
- Finalmente, interrogar-nos-emos sobre o universo observado.

O efeito de coorte

Considerando a possibilidade de medir a prevalência, “ao longo da vida”, de um comportamento de consumo de substâncias psicoativas de uma determinada população, o efeito de coorte explica-se pelo facto de os consumos de substâncias realizados por uma pessoa ou população num determinado momento ficarem registados no seu itinerário de tal forma que, num período ulterior, e até à sua saída dessa população, eles permitirem classificar essa pessoa ou população no grupo de “consumidores ao longo da vida”.

Consideremos o exemplo de um estudo sobre a prevalência ao longo da vida do consumo de substâncias psicoativas, realizado em 2007 sobre o conjunto da população, constituída por pessoas nascidas entre 1943 e 1992, portanto com idades entre os 15 e os 64 anos no momento do estudo. Obtidos os resultados, ficamos a saber que a prevalência média é de 11,9%. É de esperar que, sendo o consumo de drogas um fenómeno cultural, cada uma das coortes de idades abrangidas pelo estudo participe com um peso diferente neste score médio. Assim, observamos que a coorte dos mais velhos, a que reúne as pessoas com idades entre 60 e 64 anos, por exemplo, tem um peso diminuto (0,7%). Pelo contrário, as coortes dos mais jovens contribuem para o resultado com um peso mais importante (21,2% se considerarmos o grupo dos 20-24 anos), contribuindo os grupos intermédios de uma forma decrescente à medida que a idade aumenta.

O que se espera que aconteça, quando o estudo é repetido 5 anos mais tarde, mantendo os mesmos limites da população de referência? Agora, os limites inferiores e superiores dos anos de nascimento da população visada passam para 1948 (pessoas com 64 anos) e para 1997 (pessoas com 15 anos), respetivamente. Quer dizer que saíram da população as pessoas que constituíam a coorte com prevalências de consumo muito reduzidas e entrou uma nova coorte de jovens que, mantendo um consumo ao nível do observado no inquérito anterior, apresentam taxas de prevalências muito superiores. Esta substituição de coortes com comportamentos de consumo diferentes, faz com que as taxas de prevalência médias tendam a aumentar na medida do peso na população total das respetivas coortes. Assim, à medida que as populações mais velhas vão saindo da população de estudo, a taxa de prevalência média vai aumentando, aproximando-se das taxas observadas nas coortes de idade dos que mais consomem.

Este aumento progressivo das prevalências é esperado enquanto não saírem dos limites da população de estudo as populações mais velhas, ou seja, aquelas que não participaram nas culturas que propiciam os consumos.

Quais são as condições para que este efeito de coorte não se verifique, quer dizer, para que não se verifique a tendência para um aumento progressivo das taxas de prevalência "ao longo da vida"? Num primeiro momento, vamo-nos limitar apenas às variáveis que constituem o próprio efeito de coorte.

1. Na medida em que não se alterem substancialmente os modelos culturais e normativos relacionados com os comportamentos de consumo, o efeito de coorte só se verificará enquanto persistir um desfasamento de experiências entre os diferentes grupos de idade considerados num determinado universo de referência. Assim, nos países onde as culturas de consumo, mesmo se de substâncias diferentes, têm uma duração mais longa, a ponto dos grupos mais idosos terem tido as mesmas oportunidades de consumo do que os jovens atuais, o efeito de coorte não se verificará. Cremos ser o caso de países como, por exemplo, a França, a Inglaterra ou a Alemanha. Não é seguramente o caso de Portugal. A realização do Primeiro Inquérito à População Geral, em 2001, mostra que as declarações de consumo de qualquer substância começam a ser relevantes (7,7%) a partir da coorte que nasceu entre 1957 e 1966 (grupo de idades entre 35 e 44 anos), quer dizer, os indivíduos que tinham 15 anos entre 1972 e 1981. Na coorte contígua mais velha (45-54 anos), que reúne os indivíduos que nasceram entre 1947 e 1956 e que tinham, portanto, 15 anos entre 1962 e 1971, as declarações de consumo baixam para 2,2% e no grupo etário mais velho (55-64 anos) só 0,4% da população declara um qualquer consumo. Podemos então afirmar que os consumos de uma qualquer substância ilícita começam a ser mais frequentes a partir dos anos 1970, provavelmente à medida que as mudanças no regime político abriram a possibilidade para práticas ou manifestações culturais associadas ao consumo de substâncias ilícitas. Voltando ao grupo dos 35-44 anos da aplicação de 2001, por onde passava, acreditamos, a linha de corte entre consumos mais e consumos menos frequentes, vemos que no subgrupo de indivíduos que tinham 15 anos no período 1977-1981, os mais jovens, aqueles que fizeram 15 anos após 1976 (grupo etário 35-39), apresentam taxas de prevalência nitidamente superiores aos do grupo vizinho, mas que viveram o essencial do seu período *teenager* antes de Abril 1974 (fizeram 19 anos em 1976): 10,6% contra 4,6%. Considerando que o grupo 35-39 anos constitui de facto a linha de corte, podemos ver, na tabela seguinte, que, numa aplicação do estudo realizada em 2013, eles envelheceram constituindo agora o grupo dos 50-54 anos, mas que só numa aplicação a realizar em 2023 eles fechariam o intervalo do universo de referência (60-65 anos), fazendo com que, só a partir daí, a sua substituição por um grupo que abre o intervalo inferior do universo (15-19 anos), não produza mais um efeito de coorte, ou pro-

- duza este efeito de forma moderada, dependendo da maior ou menor proximidade das prevalências registadas entre os dois grupos (e os dois períodos) considerados.
2. A partir dos resultados obtidos em 2007, podemos estimar o aumento que provocaria na prevalência média, medida em 2012, a simples substituição do grupo dos que contavam então 60-64 anos pelo dos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos em 2012, considerando as taxas de consumo destes últimos ao nível do observado em 2007. Nestas condições, quer dizer, não sendo considerada a influência de mais nenhuma variável adicional, o efeito de coorte teria elevado a prevalência média do consumo ao longo da vida, em 2012, de 11,9% para 12,6%.
 3. Convém por outro lado anotar que o grupo de corte é precedido por grupos mais velhos que, sobretudo os mais próximos, podem registar prevalências mais baixas mas não negligenciáveis. Isto quer dizer que à medida que os indivíduos com registo de prevalências mais significativas vão envelhecendo, o efeito coorte vai-se atenuando. De notar, ainda, que considerámos no exemplo as taxas de consumo do grupo dos mais jovens (15-19 anos), não sendo este no entanto o grupo que regista as mais altas prevalências. Estas são registadas ao nível do grupo dos 20-24 anos – em torno de 21% em 2007 – taxa que apontaria para o nível de prevalência média da população geral a atingir, quando o efeito de coorte tivesse esgotado os seus efeitos, não tendo havido, entretanto, nenhuma alteração significativa nos padrões de consumo.
 4. O efeito de coorte supõe, portanto, que exista uma diferença significativa dos consumos dos novos grupos que entram na população de referência (no nosso caso, indivíduos entre 15 e 19 anos), em relação aos consumos dos grupos mais velhos, que saem dessa população (por exemplo os 60-65 anos) e que tendem a registar consumos mais reduzidos. Se esta condição não se verificar, ou a partir do momento em que ela não se verifique, as taxas de prevalência médias do universo podem não aumentar, aumentar de forma mais moderada ou mesmo começar a diminuir. No caso das prevalências em Portugal, verificamos que, através das três aplicações sucessivas do estudo – 2001, 2007 e 2012 – as prevalências registadas ao nível do grupo mais jovem – 15-19 anos – registam baixas sucessivas, sendo respetivamente de 10,9, 8,6 e 7,5%. Na última aplicação, aliás, como o vimos antes, as prevalências vão descer ao nível de todos os indivíduos que integram o grupo dos “jovens adultos” (15-34 anos). Isto quer dizer que com estas tendências a amplitude do efeito de coorte tenderá a atenuar-se mas nunca a desaparecer, na medida em que os grupos etários mais velhos e que foram substituídos por estes que entraram registam taxas de prevalência muito reduzidas.
 5. É claro que o efeito de coorte pode ser alterado se modificarmos os limites etários da população de referência. Com efeito, se alterarmos, por exemplo, os limites da população de estudo para a alargar, por exemplo, aos 65-74 anos, isso vai prolongar o tempo necessário para que as prevalências se homogeneizem com base nas taxas de

prevalência mais elevadas. Na medida em que estes grupos registam taxas de prevalências ainda mais baixas e mesmo nulas, isso vai provocar, igualmente, uma redução das taxas de prevalência médias.

Tabela 13. Evolução das coortes de idade através de diferentes anos possíveis de inquirição

Anos de nascimento	Anos em que têm 15 - 19 anos	Idades em 2001	Idades em 2005	Idades em 2009	Idades em 2013	Idades em 2017	Idades em 2021
1937 - 1941	1952-1956	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
1942 - 1946	1957-1961	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84
1947 - 1951	1962-1966	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79
1952 - 1956	1967-1971	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
1957 - 1961	1972-1976	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
1962 - 1966	1977-1981	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64
1967 - 1971	1982-1986	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
1972 - 1976	1987-1991	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
1977 - 1981	1992-1996	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
1982 - 1986	1997-2001	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
1987 - 1991	2002-2006	--	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39
1992 - 1996	2007-2011	--	--	15-19	20-24	25-29	30-34
1997 - 2001	2012-2016	--	--	--	15-19	20-24	25-29
2002 - 2006	--	--	--	--	--	15-19	20-24
2007 - 2011	--	--	--	--	--	--	15-19

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Metodologia e procedimentos de recolha de informação: fiabilidade

1. A redução das prevalências, que aqui discutimos, tem de ser analisada, igualmente, a partir de questões técnicas e metodológicas, por ser o nível da produção dos resultados no qual a equipa de investigadores tem maior responsabilidade. E a primeira questão que nos podemos colocar a este nível tem a ver com a fiabilidade do nosso questionário, quer dizer, determinar em que medida o nosso instrumento de observação está adequado para medir os comportamentos que ele visa apreender. Mais do que uma questão retórica ou ritual do ofício de quem faz recolha extensiva, trata-se de uma questão que deve estar sempre presente nas preocupações do investigador, uma vez que, acreditamos, os instrumentos de medida, enquanto construções que são, e construções orientadas em função de diferentes representações dos problemas estudados, apresentam apenas uma certa probabilidade de aproximar as situações, elas mesmas muito matizadas pelas circunstâncias em que ocorrem. Assumimos desde já, plenamente, todos os constrangimentos que podem agravar esta distância entre o universo da inquirição e o universo dos inquiridos, constrangimentos que decorrem do facto de trabalharmos com um instrumento de medida fechado (e, portanto, pouco sensível para captar singularidades) e um instrumento em grande medida padronizado pela metodologia de investigação comparativa internacional (e, portanto, mais virado para a expressão transnacional das situações do que para as suas manifestações locais). As questões de fiabilidade que queremos colocar situam-se para além destes constrangimentos, que já discutimos, aliás, no relatório do Primeiro Inquérito. Para além, portanto, do tratamento das idiossincrasias individuais com as quais estamos habituados a lidar, trata-se de saber em que medida as respostas a um inquérito que visa o estudo de comportamentos escondidos, podem ser alteradas, no tempo, em função da mudança de orientações normativas suscetíveis de alterar a forma como esses comportamentos são avaliados. Particularmente, podemos-nos perguntar em que medida a situação de crise que se vive em Portugal desde o fim do estudo precedente (2007) não pode ter alterado os modelos de justificação, se não mesmo a ordem dos valores suscetíveis de enquadrar o juízo social de um comportamento que, sendo descriminalizado, não é por isso menos proscrito social e juridicamente.
2. Para que esta alteração dos modelos de justificação possa contribuir para esclarecer o nosso problema, teremos de formular a hipótese de que as orientações normativas em tempo de crise, que acompanham restrições generalizadas e apelam a sentimentos de contenção e de prudência, se não mesmo de culpa, levariam a que as pessoas que antes tinham declarado algum consumo se “esquecessem” que consumiram, quer dizer que elas prefeririam não se confrontar com uma situação de dissonância cogni-

tiva, mesmo se essa dissonância convoque tempos diferentes da sua experiência. Este "esquecimento" poderia justificar, assim, a redução das prevalências, que vimos discutindo.

3. Em favor desta hipótese, podemos recorrer aos resultados de um estudo qualitativo que fizemos em prelúdio do Primeiro Inquérito¹⁴ e que nos serviu para melhor entender as razões que pessoas solicitadas para responder a um inquérito sobre "drogas" poderiam ter para recusar. Este estudo foi conduzido em torno da problemática do "segredo" e mostrou-nos, no essencial, que as razões que podem motivar as posições que se podem adotar face à confidencialidade dos consumos, variam de acordo com as próprias substâncias, a avaliação que se faz do quadro normativo, a avaliação que se faz da própria relação ao consumo, a relação de proximidade/distância em relação às pessoas suscetíveis de ser informadas, a proximidade/distância destas pessoas em relação às culturas de consumo, ou as circunstâncias (espaço tempo) em que a informação é prestada. Para dificultar o conhecimento das condições da confidencialidade, acresce que a coocorrência de alguns destes fatores não conduz a decisões de comunicação convergentes (por exemplo, os amigos podem ser ou não informados, segundo sejam considerados ter ou não ter uma "cultura" sobre os consumos...). Para além de estarem conotados com espaços, lugares e tempos privilegiados (como o mostram os nossos estudos), os consumos aparecem assim marcados, igualmente, pelos contextos normativos a partir dos quais são desenhadas redes de confidencialidade que definem os potenciais de escuta atribuídos às pessoas que delas fazem parte, desenhando espaços de cumplicidades, no qual os consumidores se movem, e espaços de culpabilidade, dos quais eles se afastam.
4. Será que a decisão de reportar um comportamento de consumo pode ser considerada menos comprometedora quando o "confidente" é um funcionário de uma empresa de sondagens? Não temos informação para responder a esta questão. O que sabemos é que a construção das condições de observação tendem a investir este funcionário de um estatuto que lhe permite uma escuta neutra, quer dizer, nem cúmplice nem acusadora. Também é uma escuta que se define como não comprometedora para o informador (Cf. modalidades técnicas da inquirição). No nosso caso, ainda, o inquiridor é previamente investido, através de uma carta de apresentação, de uma legitimidade institucional (a Universidade) e a sua missão é justificada por uma finalidade social.
5. Temos, assim, duas ordens de argumentos aparentemente contraditórios em torno da fiabilidade do nosso instrumento de medida.
 - a. Por um lado, a comunicação dos consumos é sujeita a estratégias de confidencialidade marcadas pelos contextos normativos. No entanto, para que pudéssemos assumir que a redução das prevalências que registámos é devida ao controlo que

¹⁴ Foram realizadas 60 entrevistas aprofundadas a consumidores de substâncias psicoativas ilícitas, repartidas de acordo com o grupo de substância consumida e a carreira de consumo.

os respondentes fazem das respostas, de acordo com uma alteração do contexto normativo, teríamos de saber se existe, de facto, uma alteração do contexto normativo ou, havendo uma, se a população a interiorizou nos seus modelos de representação e se a concretizou, ou em que medida o fez, nas suas respostas. O nosso estudo não nos permite esclarecer estas orientações.

- b. Por outro lado, a ambição do meio científico é de construir condições de observação capazes de assegurar a transparência total entre consumos e as respetivas declarações. Esta última posição está na base da inquirição extensiva e ela tem como condição a produção de condições de observação que permitam uma recolha não enviesada ou, no pior dos casos, que conduza a que o número de respostas enviesadas num sentido seja compensado pelo número de respostas enviesadas no sentido contrário, esperando-se assim que no final as distorções se anulem.

De facto, a recolha realiza-se sempre entres estes dois determinantes da qualidade da informação recolhida – que são mais ou menos importantes em função dos temas estudados – e a fiabilidade das respostas vai depender do modo como o investigador os sabe integrar e operar nas suas soluções.

6. Uma das operações de controlo dos resultados a que procedemos vai dar-nos a oportunidade de discutir a (in)variabilidade das respostas obtidas pelo nosso questionário, no decorrer de um mesmo tempo de aplicação. Conhecendo já o perfil dos resultados, que apontavam para uma descida das prevalências, constatámos que em certas regiões essa descida não obedecia ao padrão geral, pelo que procedemos a um controlo do trabalho de campo. Para isso retivemos apenas os entrevistados que tinham declarado não consumir. Esta operação foi justificada junto da população inquirida pela necessidade de controlar o trabalho de campo e os contactos foram feitos por telefone. Os controlos foram feitos em três regiões (Algarve e Madeira para as declarações de consumo de álcool, e na Região Centro para as declarações de substâncias ilícitas). No caso do álcool, foram identificados 832 lares, dos quais 313 se mostraram inacessíveis ao controlo (37,6%). Dos que puderam ser contactados (519), 68% mantiveram a resposta, 10,4% recusaram responder e 21,6% alteraram o sentido da resposta¹⁵. No caso das substâncias ilícitas, foram identificados 1031 lares, dos quais 415 (40,2%) não puderam ser contactados. Dos que o foram (616), 61,8% confirmaram a declaração inicial, 37,7% recusaram responder e 0,5% alteraram a declaração. Em primeiro lugar, estes resultados mostram-nos que existe uma margem de desvio possível entre comportamentos efetivos e comportamentos reportados, embora não possamos imputar todo este desvio à fiabilidade do questionário, uma vez que ele poderá justificar-se por erros de recolha, sempre possíveis e aliás considerados no cálculo das mar-

¹⁵ O que representa 13,6% do total das declarações iniciais de abstinência.

gens de erro. O facto de termos detetado respostas pouco consistentes com o padrão esperado denota que estes erros de recolha foram, nos territórios controlados, superiores aos habituais e por isso foram corrigidos. O que nos parece mais significativo, na perspetiva da relação dos indivíduos à norma, é o facto de existir uma maior flexibilidade do sentido da declaração quando está em causa o consumo de álcool, culturalmente bem aceite e suscitando o reconhecimento do seu consumo, por isso, poucos problemas: 21,6% dos indivíduos altera a resposta no caso do álcool contra apenas 0,5% que o fazem no caso das substâncias ilícitas. Antes disso mesmo, o número de indivíduos que recusa responder ao controlo é, no caso das substâncias ilícitas, muito mais elevado do que no caso do álcool: 37,7 contra 10,4% dos indivíduos que puderam ser contactados, o que denota, no mínimo, uma maior reserva em relação à operação de controlo.

7. Tudo nos leva a crer, no entanto, que esta orientação, observada em 2012, se aplica igualmente aos anos anteriores. Se alguma alteração ao contexto normativo se verificou, nós não sabemos em que medida ela pode ter ou não alterado os sentidos das declarações. Tendo em conta, no entanto, que a fiabilidade do questionário se joga muito mais na capacidade que ele tem de captar um comportamento ao longo do tempo, no nosso caso, ao longo de dez anos, cremos que ela é demonstrada pela coerência das tendências observadas nas declarações de consumo entre a primeira (2001) e a segunda aplicação (2007), mas igualmente pela coerência que se observa, de uma forma geral, na redução das prevalências que agora se verifica. Com efeito, a redução das prevalências apresenta uma grande uniformidade, na medida em que se aplica a todas as substâncias – lícitas e ilícitas – e ela obedece a um padrão dominante: os consumos de 2012 descem geralmente em relação a 2007, mas mantém-se acima dos observados em 2001. As razões desta redução devem, portanto, ser encontradas ao nível de outros fatores que continuaremos a analisar.

Metodologia e procedimentos de recolha de informação: validade

1. O essencial do nosso esforço, no sentido de perceber onde nos poderíamos ter enganado, incidiu sobre duas outras operações que serviram para garantir que a metodologia do estudo não tinha sido adulterada. O princípio seguido no estudo realizado em 2012 foi o de aplicar estritamente todas as regras, todos os procedimentos, todas as rotinas das duas aplicações anteriores. Uma alteração foi no entanto introduzida, que considerámos suscetível de induzir alguma alteração nos resultados. Trata-se da regra da não substituição dos lares selecionados. De acordo com esta regra, os lares selecionados, dentro do conjunto dos lares elegíveis, não são substituídos no caso de recusa ou de não contacto inicial. Isso explica que, nos estudos anteriores, a amostra realizada fosse em torno de 19% inferior à amostra programada. Esta regra obriga os inquiridores a fazer o máximo de insistências para poder chegar ao contacto com o lar, sendo aliás necessário a confirmação de um vizinho quando for decidida a “ausência do lar”. Na aplicação de 2012, foi dada a possibilidade de substituir estes lares por outros (já previamente selecionados¹⁶), após terem sido esgotadas todas as possibilidades de contacto. A razão desta orientação tem a ver com a obrigação contratual que exigia que fossem apresentados à instância promotora do estudo os registos das entrevistas correspondentes à totalidade da amostra. Assim, no final, a amostra contava com um total de 1366 entrevistas realizadas por substituição, sobre um total de 6275. O facto de, em termos relativos, as substituições terem sido superiores ao número de casos abandonados nas aplicações anteriores (cerca de 22 contra 19%), indicia que as equipas de terreno decidiram desta vez abandonar mais rapidamente os lares mais difíceis. No conjunto, os lares foram abandonados após, em média, 3 contactos infrutíferos. As entrevistas realizadas exigiram, em média, 1,9 contactos.
2. Analisando o perfil das respostas provenientes de lares substituídos, verificámos que ele é equivalente ao obtido nos lares entrevistados sem substituição. Por exemplo, as prevalências ao longo da vida de qualquer substância ilícita variavam três décimas entre as duas amostras (com e sem substituições). Isso não invalida o facto de a regra ter sido infringida e de poder ficar a dúvida de essa alteração poder justificar a redução das prevalências que se verificou. Decidimos, assim, retomar o trabalho de campo ao nível das “portas frias”, quer dizer, dos lares que não tinham podido ser contactados e que, por isso, tinham sido substituídos. Quisemos com isto verificar se os lares mais resistentes à entrevista poderiam ter alguma característica suscetível de enviesar os nossos resultados. Ao mesmo tempo, decidimos anular todas as entrevistas feitas por substituição, garantindo assim, a aplicação integral da nossa metodologia.
3. Adicionalmente decidimos prolongar a recolha, realizando mais 20% da amostra

¹⁶ O número de lares selecionados em cada secção estatística é, à partida, o dobro da amostra a realizar, para permitir substituir lares que, após serem contactados, se constate não serem elegíveis.

teórica (estimada em 6000 indivíduos), o que corresponde a 1200 entrevistas adicionais, repartindo uniformemente os novos lares a contactar por cada uma das 600 secções estatísticas e retomando a folha de levantamento e a seleção dos lares a contactar no ponto em que tinham ficado no momento da primeira passagem.

4. Das 1432 novas entrevistas programadas (sem substituições) foram realizadas 1003¹⁷. O retorno às 1366 "portas frias" (lares abandonados e substituídos por outros) permitiu a recuperação de 440. A tabela seguinte fornece a repartição de todos os questionários aplicados, considerando o estatuto da recolha e em função do grupo etário dos entrevistados. Vemos que, no conjunto, o perfil dos entrevistados não se altera de forma significativa, mantendo-se em todos as mesmas proximidades e distâncias em relação à distribuição do INE (Instituto Nacional de Estatística) que tínhamos como referência e que comanda os valores das ponderações a que procedemos, depois. O mais importante, no entanto, era saber em que medida as prevalências obtidas a partir da recolha inicial, que queríamos controlar, eram diferentes das que obtivemos com a recolha suplementar, realizada em situação técnica de stress, tendo-se partido do pressuposto que "algo tinha corrido mal" na primeira aplicação. Os resultados que obtivemos mostram que os patamares das prevalências obtidas inicialmente não se alteraram depois.

Tabela 14. Comparação da população real (dados INE) e populações dos diferentes segmentos / estatuto da recolha por grupos quinquenais de idade (dados não ponderados), 15-74 anos, 2012

Grupos quinquenais de idade	Inicial sem substituições (N=5272)	Recuperadas* (N=102)	Novas (N=1003)	Portas frias (N=440)	Total final (N=6817)	Dados do INE
15-19	6,6	3,9	5,2	6,1	6,3	7,0
20-24	5,6	3,9	6,1	5,5	5,7	7,2
25-29	5,8	5,9	6,3	6,1	5,9	7,9
30-34	6,4	7,8	7,7	8,0	6,7	9,3
35-39	8,0	15,7	8,4	9,5	8,3	10,4
40-44	8,5	6,9	8,0	8,0	8,4	9,7
45-49	7,9	6,9	7,0	7,0	7,7	9,7
50-54	9,5	13,7	9,0	6,6	9,3	9,1
55-59	10,1	5,9	9,4	11,8	10,1	8,5
60-64	10,2	14,7	9,5	10,2	10,2	8,0
65-69	9,9	5,9	11,7	11,8	10,2	7,1
70-74	11,3	8,8	12,0	9,3	11,2	6,2
Total	100	100	100	100	100	100

*Centro, Algarve e Madeira

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

¹⁷ O número de entrevistas não realizadas justificam-se por ausências e recusas do lar, ausências e recusas do indivíduo, para além de lares que não correspondiam aos critérios elegidos.

Universo observado

1. A partir do meado da década de 2000 e à medida que a crise económica e financeira se instalava, Portugal voltou a ser um país de emigração, ao mesmo tempo que o stock de imigrantes diminuía devido à redução do número de entradas e ao aumento dos retornos. No período entre 2007 e 2012, datas da realização do nosso estudo, estes movimentos conjugados vão assumir proporções significativas e desencadear o que alguns indiciam como constituindo uma crise demográfica. Visando a “população geral”, o nosso Inquérito não podia deixar de captar estes movimentos e as suas consequências sobre as características das populações. A nossa convicção, que queremos discutir agora, é que a população que nós entrevistámos em 2007 não é a mesma que entrevistámos em 2012 e que as alterações verificadas vão no sentido de afetar prioritariamente os grupos de população mais jovens e do sexo masculino, onde se concentra o essencial dos consumos de substâncias psicoativas, sobretudo das ilícitas.
2. Esta hipótese não é no entanto fácil de validar, na medida em que os fluxos migratórios, para além de não terem merecido uma atenção constante por parte do organismo responsável pelos levantamentos estatísticos¹⁸, podem ser enquadrados em várias categorias oficiais¹⁹ entre as quais não é sempre fácil de decidir – entre migrações permanentes e temporárias, por exemplo – para além de comportarem uma dimensão de invisibilidade, associada, naturalmente, à sua dimensão, em parte, clandestina²⁰. Estas circunstâncias abrem um espaço de incerteza onde as estimativas podem cruzar fontes e critérios de classificação diferentes. Interessa-nos descrever os fluxos entre 2008 e 2012 (intervalo que medeia a realização dos estudos). Vamos basear-nos, para isso, o mais possível, em fontes oficiais.
3. Entre 2009 e 2011, o número de autorizações de residência passou de 61.400 em 2009 para 50.700 em 2010, continuando a descer para 45.000 em 2011²¹. Estas autorizações foram justificadas por razões diversas, sendo a mais importante (cerca de metade) atribuída a estudantes, e um quarto em nome do reagrupamento familiar. Só 16% foram atribuídas para fins de trabalho²². A redução do número de autorizações de residência acompanhadas por retornos de imigrantes aos países de origem e alterações de nacionalidade, entre outras razões, estão na base de uma redução do stock de população estrangeira, que baixa em torno de 2% em 2010 e 2011 e de 4,53% em 2012 (ver tabela seguinte).

¹⁸ Não existem dados sobre emigração permanente entre 2004 e 2007, nem sobre emigração temporária entre 2004 e 2010.

¹⁹ A OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico referencia esta dificuldade no seu *International Migration Outlook* (OCDE, Portugal, 2013).

²⁰ Na apresentação recente de um estudo sobre a emigração de jovens para França (*Novos Emigrantes para França: a geração Europa*), João Teixeira Lopes referiu a sua qualidade de “invisíveis perante as instituições e perante a diplomacia” (Agência Lusa, 19 de Novembro de 2013).

²¹ OCDE, Portugal, 2013, p. 286.

²² OCDE, Portugal, 2013, p. 286.

Tabela 15. Evolução da população estrangeira em Portugal

Ano	Total População Estrangeira	Crescimento
2008	440.277	1,04%
2009	454.191	3,16%
2010	445.262	-1,97%
2011	436.822	-1,90%
2012	417.042	-4,53%

Fonte: SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*, 2012, p. 65.

4. Não conhecemos o perfil sociológico dos indivíduos que abandonaram a categoria de estrangeiros. Sem poder entrar num raciocínio explicativo, podemos no entanto constatar que esta alteração se traduz por uma redução das prevalências de consumo nesta população: a prevalência do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita ao longo da vida era de 11% em 2001 entre a população estrangeira, passou a ser de 14,2% em 2007, tendo decrescido para os 9,2% em 2012.

Tabela 16. Prevalência do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita ao longo da vida, por nacionalidade, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	2001	2007	2012
Total população nacional	7,6	11,7	9,1
Total população estrangeira	11,0	14,2	9,2
Total população residente	7,8	12,0	9,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

5. A outro nível, a evolução demográfica em Portugal passa, igualmente, por uma redução da população residente devida a um novo processo de emigração motivado por razões económicas. De acordo com os resultados apresentados recentemente pelo INE²³, o número de emigrantes (permanentes e temporários) foi de 100.978 indivíduos em 2011 e de 121.418 indivíduos em 2012. Entre 2008 e 2010 não foram recolhidos dados. De acordo com Jorge Malheiros²⁴, na segunda metade do presente decénio, "os valores existentes apontam para um volume (de fluxos) que não deverá estar distante das 70.000 saídas anuais". Se esta estimativa é correta, poderíamos então estimar o número de emigrantes durante o período em cerca de 430.000. Podemos, no entanto, partir dos dados conhecidos para extrapolar os efetivos para os anos desconhecidos, supondo não existir nenhuma variável que perturbe a proporcionalidade. Vemos assim que, em 2010 e em 2011, a relação entre o número de emigrantes permanentes e emigrantes temporários está na ordem dos 43 para 57. Aplicando esta razão para os anos para os quais não conhecemos o número de emigrantes temporários, encontraríamos, para os três anos em falta, um total de em torno de 143.000

²³ INE, *Estatísticas Demográficas*, 2012, Lisboa, 2013, 179 páginas.

²⁴ Jorge Malheiros, "Portugal 2010: o retorno do país de emigração", in *Janus.net*, Vol. 2, n.º 1 (Primavera 2011), pp. 133-142, (site: observare.uai.pt/janus.net/pt_vol2_n1_not3, consultado a 15/09/13).

- indivíduos que, adicionados aos efetivos de 2011 e de 2012, nos daria, para o período em causa, um total de 365.000 emigrantes. Considerando a possibilidade de haver um determinado número de emigrantes permanentes que escapam à contabilidade oficial e acreditando nas notícias que frequentemente dão conta de saídas (grupos profissionais, jovens diplomados...), esta última estimativa poderia pecar por defeito.
6. Partindo das duas estimativas e considerando o total da população que, em 2007, tinha entre 15 e 64 anos, faltar-nos-iam, em 2012, entre 5,2 e 6,2% da população. No entanto, sabemos que o perfil das pessoas que emigram não é aleatório. Vemos, na tabela apresentada, que os homens representam em torno de 70% dos emigrantes em 2011 e 2012 (o que traduz uma maior participação das mulheres no processo, já que nos três anos anteriores e considerando apenas saídas permanentes, os homens contavam por aproximadamente 80% dos efetivos). Por outro lado, tratando-se de uma emigração económica, a população será, tendencialmente, mais jovem. De acordo com Jorge Malheiros (ibidem: 140), a população emigrante "é essencialmente jovem (mais de 55% têm menos de 30 anos)". Sendo assim, parece-nos que podemos ponderar o peso dos emigrantes em relação a uma população mais jovem, designadamente a população entre 20 e 44 anos. Neste caso, a população emigrante representa entre 9,6 e 11,3%, segundo consideremos a estimativa mais ou menos elevada.
7. Acreditamos que a substituição de 10% da população ao nível de grupos – jovem e maioritariamente masculino – onde se concentra o essencial dos consumos é suscetível de alterar significativamente o perfil da população de referência. Quer dizer que a população que sai é suscetível de apresentar um perfil sociológico que altera a relação desses grupos etários face aos consumos. Mais precisamente, a nova composição da população dos jovens ativos tem características que a situam em patamares de consumo inferiores aos da população similar precedente, antes da emigração.

Tabela 17. Evolução do número de emigrantes entre 2008 e 2012

Anos	Emigrantes permanentes			Emigrantes temporários			Total de Emigrantes		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
2008	16286	4071	20357	--	--	--	--	--	--
2009	13519	3380	16899	--	--	--	--	--	--
2010	19008	4752	23760	--	--	--	--	--	--
2011	31329	12669	43998	39958	17022	56980	71287	29691	100978
2012	34540	17418	51958	53453	16007	69460	87993	33425	121418

Fonte: INE - Instituto Nacional de Estatística, 2013

8. Uma das formas de corroborar a nossa hipótese consiste então em verificar se o padrão médio dos resultados obtidos em 2012 – descida das prevalências em relação a 2007 mas ficando acima das observadas em 2001 – se verificam nos grupos de idades que alimentam a emigração. Sendo assim, não haveria nenhuma razão para esperar que este padrão se observe nos grupos mais velhos (acima, por exemplo, dos 45 anos), pouco ou nada associados ao novo fluxo migratório. A tabela seguinte mostra-nos que é precisamente isso que acontece: a descida dos consumos observa-se apenas nos grupos etários até aos 44 anos. A partir desse grupo o padrão altera-se, verificando-se que as prevalências não descem ou mesmo sobem, de forma constante, entre 2001 e 2012. Os valores relativamente pequenos das subidas entre 2007 e 2012 devem ter em conta o facto de a base das prevalências ser baixa nesses grupos, sobretudo à medida que consideramos os mais velhos.

Tabela 18. Prevalência do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita ao longo da vida, por grupos quinquenais de idade, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	2001	2007	2012
15-19	10,8	8,6	7,5
20-24	13,7	21,2	18,4
25-29	14,0	19,0	17,5
30-34	11,8	18,9	14,5
35-39	10,6	16,5	11,4
40-44	4,6	13,4	9,1
45-49	3,1	7,8	7,8
50-54	1,2	4,3	6,7
55-59	0,6	2,2	2,7
60-64	0,2	0,7	0,4
Total	7,8	12,0	9,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

9. Uma outra forma de corroborar a nossa hipótese levar-nos-á a comparar os perfis sociológicos das populações que discutimos, embora esta operação seja dificultada pelo facto de termos tido de abandonar em 2012, por razões financeiras, o essencial das variáveis que nos permitiriam fazê-lo.

10. Analisando as diferentes razões pelas quais nos poderíamos ter enganado, produzindo um resultado inesperado, podemos dizer, em conclusão, que esse resultado nos parece mais associado a uma alteração da composição sociológica da população, na sequência do processo de emigração em curso. Quanto aos outros fatores de natureza metodológica, eles continuarão a ocupar-nos, por que as questões que eles colocam nunca estarão definitivamente resolvidas, tratando-se, sim, de as gerir, constantemente. Mostrámos, no entanto, que estes fatores metodológicos não justificam a inflexão na subida das prevalências verificada na quase totalidade das substâncias. Acreditamos que as prevalências apresentadas são as que correspondem à população residente em Portugal na atualidade.

PREVALÊNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Apresentação

Apresentamos neste capítulo a extensão dos consumos e as suas principais orientações através das prevalências encontradas na população geral. A recolha continuada destes indicadores permite-nos seguir a progressão ou, ao contrário, o retrocesso do consumo de uma substância, tendo em conta critérios considerados prioritários: grupos de idade, sexo e, quando as amostras o permitem, a diferenciação dos consumos no plano regional.

Iniciaremos a análise pelas substâncias lícitas (tabaco, bebidas alcoólicas e medicamentos), passando depois para as substâncias psicoativas ilícitas (canábis, cocaína, anfetaminas, ecstasy, heroína, LSD e cogumelos alucinógenos), e por fim, as novas substâncias psicoativas, vulgarmente designadas de *legal highs* (*salvia divinorum*, *spice*, *mefedrona*, etc.).

Os resultados serão apresentados tendo em conta os critérios sexo, grupos decenais de idade e região. São também apresentadas as taxas de continuidade para cada uma das substâncias consideradas. São ainda especificadas as margens de erro e os intervalos de confiança.

Sempre que possível é feita a evolução da situação desde 2001, data em que se realizou o primeiro inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral em Portugal.

Substâncias psicoativas lícitas

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas

As prevalências do consumo de substâncias lícitas, como é o caso do tabaco e das bebidas alcoólicas, são significativamente mais elevadas que as verificadas para as restantes substâncias em análise. Os valores atingem os 73,6% ao longo da vida no caso das bebidas alcoólicas e de 46,2% no que diz respeito ao tabaco. Já no caso dos medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos) a taxa de prevalência ao longo da vida é de 20,4%, sendo que para 19,0% o consumo foi feito através de receita médica e para 1,4% sem receita médica.

As taxas de prevalência diminuem quando consideramos os consumos declarados para o último ano: passam a ser de 61,1% para as bebidas alcoólicas, 28,2% para o tabaco e 12,2% para os medicamentos (considerando consumos com e sem receita médica). A taxa de prevalência para o consumo no último mês mantém-se praticamente idêntica à do último ano no caso do tabaco (é de 26,3%) e dos medicamentos (10,0%), enquanto a taxa de prevalência do consumo de bebidas alcoólicas decresce para os 50,3%.

Tabela 19. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	46,2	44,6 -47,8	28,2	26,7 -29,6	26,3	24,9 -27,8
Bebidas Alcoólicas	73,6	72,1 -75,0	61,1	59,6 -62,7	50,3	48,7 -51,9
Medicamentos	20,4	19,1 -21,7	12,2	11,1 -13,2	10,0	9,1 -11,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Verificamos em 2012 prevalências do consumo de medicamentos e de tabaco ao longo da vida que se situam entre os valores registados em 2001 e 2007. No caso das prevalências do consumo de bebidas alcoólicas, há uma relativa estabilização em relação aos valores encontrados em 2001, e uma descida em relação aos valores encontrados em 2007, quando consideramos as temporalidades longo da vida e último ano, e uma descida face aos dois anteriores estudos quando consideramos a temporalidade último mês.

Tabela 20. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tabaco	40,2	48,9	46,2	28,8	30,9	28,2	28,6	29,4	26,3
Bebidas Alcoólicas	75,6	79,1	73,6	65,9	70,6	61,1	59,1	59,6	50,3
Medicamentos	22,5	19,1	20,4	14,4	12,0	12,2	11,0	9,9	10,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas por sexo

As diferenças de sexo estão patentes nas declarações do consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas, quer consideremos os consumos experimentais (longo da vida), recentes (último ano) ou correntes (último mês), sendo sempre superiores no masculino. Também o consumo de medicamentos ao longo da vida, sem receita médica, surge com uma percentagem superior entre os homens. O consumo de medicamentos com receita médica é superior entre as mulheres.

Tabela 21. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	M	60,2	58,0-62,5	36,9	34,7-39,1	35,1	33,0-37,4
	F	32,8	30,7-35,0	19,9	18,1-21,7	18,0	16,2-19,7
	T	46,2	44,6-47,8	28,2	26,7-29,6	26,3	24,9-27,8
Bebidas Alcoólicas	M	85,1	83,5-86,8	73,6	71,6-75,7	66,2	64,0-68,4
	F	62,6	60,4-64,8	49,3	47,0-51,6	35,2	33,1-37,4
	T	73,6	72,1-75,0	61,1	59,6-62,7	50,3	48,7-51,9
Medicamentos	M	12,8	11,3-14,3	7,2	6,0-8,4	5,7	4,7-6,8
	F	27,6	25,6-29,7	16,9	15,2-18,6	14,1	12,5-15,7
	T	20,4	19,1-21,7	12,2	11,1-13,2	10,0	9,1-11,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As diferenças de sexo assinaladas acima verificam-se, em traços gerais, nos três anos de análise.

Tabela 22. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
		2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tabaco	M	56,0	63,3	60,2	40,4	41,8	36,9	40,1	40,1	35,1
	F	25,0	34,8	32,8	17,7	20,3	19,9	17,6	19,0	18,0
	T	40,2	48,9	46,2	28,8	30,9	28,2	28,6	29,4	26,3
Bebidas Alcoólicas	M	85,2	88,9	85,1	78,4	81,9	73,6	73,6	75,5	66,2
	F	66,4	69,5	62,6	54,0	59,6	49,3	45,1	44,0	35,2
	T	75,6	79,1	73,6	65,9	70,6	61,1	59,1	59,6	50,3
Medicamentos	M	13,7	10,6	12,8	7,7	6,3	7,2	5,8	5,0	5,7
	F	30,9	27,4	27,6	20,8	17,5	16,9	16,1	14,6	14,1
	T	22,5	19,1	20,4	14,4	12,0	12,2	11,0	9,9	10,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas por grupos de idade

Quando comparamos os consumos de substâncias psicoativas lícitas da população jovem (15-34 anos) com os da população adulta (35-64 anos) constatamos que apenas se assinalam diferenças no consumo de medicamentos, onde as prevalências são, em média, mais elevadas cerca de 10 pontos percentuais no último grupo (35-64 anos).

Tabela 23. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

			Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	15-34	M	56,5	52,8-60,3	42,0	38,3-45,7	39,2	35,6-42,9
		F	38,6	34,9-42,3	24,6	21,3-27,8	20,4	17,4-23,4
		T	47,5	44,9-50,2	33,2	30,7-35,7	29,8	27,4-32,2
	35-64	M	62,5	59,7-65,4	33,8	31,0-36,6	32,7	29,9-35,4
		F	29,6	27,0-32,2	17,2	15,1-19,3	16,6	14,5-18,7
		T	45,4	43,4-47,4	25,2	23,4-27,0	24,3	22,6-26,1
Bebidas Alcoólicas	15-34	M	80,6	77,6-83,6	71,2	67,8-74,6	60,5	56,9-64,2
		F	63,6	60,0-67,3	50,7	47,0-54,5	33,5	30,0-37,1
		T	72,1	69,7-74,5	61,0	58,4-63,6	47,0	44,3-49,7
	35-64	M	87,8	86,0-89,8	75,0	72,5-77,6	69,6	66,9-72,3
		F	62,0	59,2-64,7	48,5	45,7-51,3	36,2	33,5-38,9
		T	74,4	72,6-76,2	61,2	59,3-63,2	52,3	50,2-54,3
Medicamentos	15-34	M	8,1	6,1-10,2	3,9	2,4-5,3	2,5	1,3-3,6
		F	16,1	13,3-18,8	7,1	5,2-9,1	5,0	3,4-6,7
		T	12,1	10,4-13,9	5,5	4,3-6,7	3,7	2,7-4,8
	35-64	M	15,6	13,5-17,8	9,3	7,6-11,0	7,7	6,2-9,3
		F	34,2	31,5-36,9	22,4	20,0-24,7	19,2	17,0-21,4
		T	25,3	23,5-27,0	16,1	14,6-17,6	13,7	12,3-15,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os anteriores anos de análise, assistimos desde 2001 a uma aproximação das prevalências dos consumos de substâncias psicoativas lícitas entre a população jovem (15-34 anos) e a população adulta (35-64 anos), principalmente quando temos em conta a temporalidade longo da vida.

Tabela 24. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

			Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
			2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tabaco	15 -34	M	53,0	57,4	56,5	42,6	45,0	42,0	42,2	42,9	39,2
		F	35,8	44,2	38,6	26,4	27,8	24,6	26,2	25,4	20,4
		T	44,5	50,9	47,5	34,5	36,5	33,2	34,2	34,3	29,8
	35 -64	M	58,5	67,6	62,5	39,4	39,4	33,8	38,3	38,0	32,7
		F	16,5	28,5	29,6	11,0	15,2	17,2	10,8	14,7	16,6
		T	36,7	47,5	45,4	24,6	27,0	25,2	24,0	26,0	24,3
Bebidas Alcoólicas	15 -34	M	79,9	84,3	80,6	74,6	79,0	71,2	68,9	69,7	60,5
		F	66,6	70,3	63,6	57,1	61,8	50,7	46,6	43,3	33,5
		T	73,3	77,4	72,1	65,9	70,5	61,0	57,8	56,7	47,0
	35 -64	M	89,7	92,3	87,8	81,6	84,0	75,0	78,2	79,8	69,6
		F	66,2	69,0	62,0	51,5	58,1	48,5	44,2	44,6	36,2
		T	77,5	80,3	74,4	65,9	70,7	61,2	60,5	61,7	52,3
Medicamentos	15 -34	M	8,5	7,0	8,1	4,3	3,7	3,9	2,4	2,5	2,5
		F	18,1	17,1	16,1	10,8	8,7	7,1	6,1	5,7	5,0
		T	13,3	12,0	12,1	7,5	6,2	5,5	4,2	4,1	3,7
	35 -64	M	18,2	13,3	15,6	10,7	8,2	9,3	8,7	6,9	7,7
		F	41,0	34,3	34,2	28,6	23,4	22,4	23,9	20,6	19,2
		T	30,1	24,1	25,3	20,0	16,0	16,1	16,6	13,9	13,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas é a que, de entre as substâncias psicoativas lícitas, apresenta menores diferenças percentuais entre os cinco grupos etários considerados. É entre os 25 e os 54 anos que o consumo de bebidas alcoólicas é mais elevado, principalmente quando consideramos as temporalidades longo da vida e último mês. No último ano o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos (58,3%) apresenta taxas de prevalência semelhantes aos restantes grupos etários (variando entre os 59,8% no grupo etário dos 55-64 anos e os 63,1% do grupo 25-34 anos).

No caso consumo de tabaco, destacam-se, nas temporalidades longo da vida, últimos ano e mês, os grupos etários dos 25-34 (51,7%, 37,2% e 33,3%, respetivamente) e dos 35-44 (51,8%, 34% e 32,6%, respetivamente).

O consumo de medicamentos ao longo da vida apresenta taxas de prevalência crescentes à medida que se avança nos grupos etários: 7,8% no grupo 15-24 anos, 15,6% no grupo 25-34 anos, 20% no grupo dos 35-44, 26,5% no grupo 45-54, e, finalmente, 30,3% no grupo etário 55-64 anos. O mesmo sucede nas temporalidades último ano e último mês, ainda que com valores percentuais mais baixos, naturalmente.

Tabela 25. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)								
			Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	15-24	M	48,5	43,0-54,2	33,5	28,2-38,7	31,8	26,6-37,1
		F	35,8	30,4-41,3	22,9	18,2-27,7	18,9	14,5-23,4
		T	42,3	38,3-46,2	28,3	24,7-31,9	25,5	22,0-29,0
	25-34	M	63,1	58,2-68,0	49,0	43,9-54,1	45,4	40,3-50,4
		F	40,7	35,8-45,7	25,9	21,5-30,2	21,6	17,4-25,7
		T	51,7	48,2-55,3	37,2	33,8-40,7	33,3	29,9-36,6
	35-44	M	63,4	58,8-68,1	43,0	38,2-47,8	41,3	36,5-46,1
		F	40,8	36,1-45,4	25,5	21,3-29,6	24,5	20,4-28,5
		T	51,8	48,4-55,2	34,0	30,8-37,2	32,6	29,5-35,8
	45-54	M	60,6	55,7-65,6	32,7	28,0-37,5	31,9	27,2-36,6
		F	29,5	25,1-33,9	17,1	13,4-20,8	16,3	12,8-19,9
		T	44,5	41,0-47,9	24,6	21,6-27,6	23,8	20,8-26,8
	55-64	M	63,4	58,2-68,7	23,5	18,9-28,1	22,8	18,3-27,4
		F	16,5	12,6-20,3	7,5	4,8-10,2	7,5	4,8-10,2
		T	38,7	35,0-42,3	15,1	12,4-17,8	14,8	12,1-17,4
Bebidas Alcoólicas	15-24	M	73,2	68,3-78,2	65,2	59,8-70,5	52,4	46,8-58,0
		F	64,6	59,1-70,0	51,2	45,5-56,9	32,2	26,9-37,6
		T	68,9	65,3-72,7	58,3	54,3-62,2	42,4	38,5-46,4
	25-34	M	86,7	83,2-90,1	76,3	71,9-80,6	67,3	62,5-72,1
		F	62,9	58,1-67,8	50,4	45,4-55,4	34,5	29,7-39,3
		T	74,6	71,5-77,7	63,1	59,7-66,6	50,6	47,1-54,2
	35-44	M	85,4	82,1-88,9	72,2	67,9-76,6	65,8	61,3-70,5
		F	65,2	60,6-69,6	53,2	48,4-57,8	39,1	34,5-43,7
		T	75,0	72,1-77,9	62,4	59,2-65,7	52,1	48,7-55,5
	45-54	M	87,1	83,8-90,5	74,5	70,2-78,9	69,5	64,9-74,2
		F	62,6	57,9-67,2	48,8	44,0-53,7	36,6	32,0-41,3
		T	74,4	71,3-77,4	61,2	57,8-64,6	52,4	49,0-55,9
	55-64	M	91,7	88,8-94,7	79,1	74,7-83,5	74,5	69,8-79,2
		F	57,6	52,5-62,6	42,6	37,5-47,7	32,4	27,5-37,2
		T	73,7	70,4-77,0	59,8	56,2-63,5	52,3	48,5-56,0
Medicamentos	15-24	M	5,3	2,8-7,8	3,0	1,1-4,9	1,3	0,0-2,6
		F	10,3	6,9-13,8	4,8	2,4-7,3	2,6	0,8-4,4
		T	7,8	5,6-9,9	3,9	2,4-5,5	2,0	0,9-3,1
	25-34	M	10,5	7,4-13,7	4,5	2,4-6,7	3,4	1,6-5,2
		F	20,5	16,5-24,6	8,9	6,1-11,8	6,9	4,3-9,4
		T	15,6	13,0-18,2	6,8	5,0-8,6	5,2	3,6-6,7
	35-44	M	13,1	9,8-16,4	7,5	5,0-10,1	6,1	3,8-8,5
		F	26,6	22,4-30,7	15,5	12,0-18,9	12,8	9,6-15,9
		T	20,0	17,3-22,7	11,6	9,5-13,8	9,5	7,6-11,5
	45-54	M	17,4	13,6-21,3	8,9	6,0-11,7	7,1	4,5-9,7
		F	34,8	30,2-39,4	23,0	19,0-27,1	19,4	15,6-23,2
		T	26,5	23,4-29,6	16,2	13,7-18,8	13,5	11,1-15,9
	55-64	M	16,7	12,7-20,8	11,9	8,4-15,4	10,4	7,1-13,7
		F	42,5	37,4-47,6	29,8	25,1-34,5	26,7	22,1-31,2
		T	30,3	26,9-33,7	21,3	18,3-24,4	19,0	16,1-21,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A análise por grupos decenais de idade apresenta as mesmas tendências nos três anos de estudo – a prevalência do consumo de medicamentos aumenta progressivamente à medida que avançamos nos grupos etários; a prevalência do consumo de tabaco é mais elevada nas idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos; e as prevalências do consumo de bebidas alcoólicas apresentam valores mais baixos no grupo etário dos mais jovens (15-24 anos) e valores mais elevados e bastante semelhantes entre si nas idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos.

Tabela 26. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

			Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
			2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tabaco	15-24	M	44,1	50,9	48,5	34,9	38,5	33,5	34,3	36,5	31,8
		F	32,9	40,1	35,8	24,0	27,3	22,9	23,8	24,0	18,9
		T	38,6	45,6	42,3	29,5	33,0	28,3	29,1	30,4	25,5
	25-34	M	61,5	62,5	63,1	49,8	50,1	49,0	49,6	48,1	45,4
		F	38,6	47,4	40,7	28,6	28,2	25,9	28,4	26,4	21,6
		T	50,1	55,0	51,7	39,2	39,3	37,2	39,0	37,4	33,3
	35-44	M	64,4	68,6	63,4	46,5	49,0	43,0	46,5	46,9	41,3
		F	28,1	42,3	40,8	20,2	23,7	25,5	21,9	22,8	24,5
		T	45,9	55,3	51,8	33,1	36,2	34,0	33,0	34,7	32,6
	45-54	M	57,7	70,5	60,6	39,1	41,4	32,7	39,0	40,2	31,9
		F	13,2	28,9	29,5	8,0	16,0	17,1	8,0	15,7	16,3
		T	34,6	49,1	44,5	23,0	28,3	24,6	22,6	27,6	23,8
	55-64	M	51,2	62,8	63,4	26,3	23,8	23,5	26,0	22,9	22,8
		F	5,8	10,8	16,5	2,5	3,7	7,5	2,5	3,3	7,5
		T	26,9	35,3	38,7	13,6	13,2	15,1	13,5	12,6	14,8
Bebidas Alcoólicas	15-24	M	70,1	78,8	73,2	65,4	74,5	65,2	57,0	61,2	52,4
		F	61,8	69,5	64,6	53,6	61,8	51,2	40,9	41,9	32,2
		T	66,0	74,3	68,9	59,6	68,3	58,3	49,0	51,7	42,4
	25-34	M	89,1	88,6	86,7	83,4	82,5	76,3	79,5	76,4	67,3
		F	71,1	70,9	62,9	60,4	61,7	50,4	51,6	44,4	34,5
		T	80,1	79,8	74,6	71,9	72,2	63,1	65,6	60,5	50,6
	35-44	M	89,0	91,7	85,4	83,3	85,1	72,2	79,0	80,0	65,8
		F	67,7	69,7	65,2	54,7	58,8	53,2	46,0	44,3	39,1
		T	77,8	80,5	75,0	68,7	71,8	62,4	62,2	62,0	52,1
	45-54	M	89,8	92,6	87,1	81,6	83,1	74,5	78,5	78,0	69,5
		F	68,0	71,5	62,6	54,4	62,3	48,8	46,4	49,1	36,6
		T	78,5	81,8	74,4	67,5	72,4	61,2	61,8	63,2	52,4
	55-64	M	90,4	92,6	91,7	79,1	83,7	79,1	76,2	81,8	74,5
		F	63,1	65,2	57,6	44,2	52,3	42,6	38,7	39,5	32,4
		T	75,8	78,2	73,7	60,5	67,1	59,8	56,2	59,5	52,3
Medicamentos	15-24	M	5,9	4,4	5,3	3,5	1,9	3,0	1,9	1,1	1,3
		F	14,4	12,6	10,3	9,1	6,7	4,8	4,1	3,6	2,6
		T	10,1	8,4	7,8	6,7	4,2	3,9	3,0	2,3	2,0
	25-34	M	11,0	9,1	10,5	5,1	5,2	4,5	3,0	3,7	3,4
		F	21,6	20,6	20,5	12,4	10,3	8,9	7,9	7,3	6,9
		T	16,3	14,8	15,6	8,7	7,7	6,8	5,4	5,5	5,2
	35-44	M	15,8	10,9	13,1	7,7	5,4	7,5	5,4	3,8	6,1
		F	32,7	27,5	26,6	20,7	17,1	15,5	16,2	14,1	12,8
		T	24,5	19,3	20,0	14,4	11,3	11,6	10,9	9,0	9,5
	45-54	M	17,2	14,7	17,4	9,9	8,9	8,9	8,3	7,6	7,1
		F	45,9	38,8	34,8	31,7	25,0	23,0	25,6	22,3	19,4
		T	32,1	27,1	26,5	21,7	17,2	16,2	17,3	15,2	13,5
	55-64	M	22,7	14,9	16,7	15,6	11,2	11,9	13,6	10,4	10,4
		F	45,6	37,6	42,5	34,9	29,4	29,8	31,8	26,7	26,7
		T	35,0	26,9	30,3	25,9	20,8	21,3	23,4	19,0	19,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas lícitas por região

O consumo de substâncias lícitas é variável em função das regiões consideradas. Independentemente da temporalidade considerada (longo da vida, último ano ou mês), a taxa de prevalência do consumo de medicamentos é mais elevada nas regiões Norte, Alentejo e Açores. As regiões da Madeira e do Algarve apresentam as taxas de prevalência mais baixas no que ao consumo de medicamentos diz respeito. O consumo de tabaco ao longo da vida surge como mais significativo no Alentejo (53,9%) e em Lisboa (51,9%) e menos na região da Madeira (29,9%). A taxa de prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, independentemente da temporalidade considerada, assume maior expressão na região do Alentejo e menor na região da Madeira.

Tabela 27. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	Norte	41,3	37,7-44,9	22,7	19,6-25,7	20,0	17,1-23,0
	Centro	46,9	42,7-51,1	28,7	24,9-32,6	27,0	23,2-30,7
	Lisboa	51,9	48,0-55,8	34,0	30,3-37,8	32,9	29,2-36,6
	Alentejo	53,9	49,1-58,7	31,9	27,4-36,3	30,0	25,7-34,4
	Algarve	45,5	40,6-50,5	30,2	25,6-34,8	29,6	25,1-34,1
	Açores	46,0	42,0-50,1	32,3	28,5-36,1	31,0	27,3-34,8
	Madeira	29,9	25,4-34,3	21,9	17,9-25,9	21,2	17,2-25,2
Bebidas Alcoólicas	Norte	73,8	70,6-77,0	61,6	58,1-65,2	49,1	45,4-52,8
	Centro	73,0	69,3-76,8	61,9	57,8-66,0	52,1	47,9-56,3
	Lisboa	76,8	73,5-80,2	62,7	58,9-66,5	52,7	48,8-56,6
	Alentejo	79,5	75,7-83,4	66,0	61,5-70,5	55,7	50,9-60,4
	Algarve	67,0	62,3-71,7	52,8	47,9-57,8	43,4	38,5-48,4
	Açores	63,2	59,3-67,1	51,7	47,6-55,7	40,5	36,5-44,5
	Madeira	45,7	40,9-50,6	41,8	37,0-46,6	34,4	29,8-39,0
Medicamentos	Norte	23,7	20,6-26,8	13,7	11,2-16,2	11,0	8,7-13,3
	Centro	18,5	15,2-21,8	11,2	8,5-13,8	9,9	7,4-12,4
	Lisboa	18,6	15,5-21,6	10,8	8,3-13,2	8,5	6,3-10,7
	Alentejo	22,7	18,7-26,7	14,6	11,2-17,9	12,0	8,9-15,1
	Algarve	16,4	12,7-20,1	9,8	6,8-12,8	8,4	5,7-11,2
	Açores	23,1	19,7-26,6	16,2	13,2-19,2	13,5	10,7-16,2
	Madeira	8,5	5,8-11,2	7,8	5,2-10,4	7,5	5,0-10,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

No que diz respeito à análise diacrónica por região, os Açores voltam a ter uma das taxas de prevalência do consumo de medicamentos ao longo da vida mais elevadas, embora a região do Norte apresente em 2012 o maior valor. A região da Madeira volta, à semelhança do que acontecia em 2007, a apresentar a taxa de prevalência do consumo de medicamentos

ao longo da vida mais baixa (8,5%).

No caso do consumo de tabaco ao longo da vida, a região do Algarve deixa de apresentar as taxas de prevalência mais elevadas, passando as regiões do Alentejo e de Lisboa a ter o maior número de consumidores. A região da Madeira, à semelhança do verificado em 2007, regista em 2012 o menor valor.

As taxas de prevalência dos consumos experimentais (longo da vida) e recentes (último ano) de bebidas alcoólicas, que apresentavam valores superiores nas regiões Centro e Lisboa em 2007, passam em 2012 a ser mais elevadas na região do Alentejo, seguida da região de Lisboa. A Madeira, à semelhança do que se registou para as duas anteriores substâncias lícitas em análise, volta aqui, e tal como em 2007, a apresentar as prevalências mais baixas.

Tabela 28. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
		2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tabaco	Norte	38,4	46,3	41,3	29,2	28,4	22,7	28,5	27,0	20,0
	Centro	40,4	49,2	46,9	27,5	29,5	28,7	26,8	27,9	27,0
	Lisboa	41,3	51,4	51,9	30,1	34,0	34,0	30,4	32,8	32,9
	Alentejo	40,0	51,7	53,9	27,9	34,4	31,9	27,1	32,9	30,0
	Algarve	45,6	54,3	45,5	30,7	36,1	30,2	30,5	32,9	29,6
	Açores	44,2	50,0	46,0	27,6	31,6	32,3	26,4	28,0	31,0
	Madeira	42,4	39,7	29,9	32,2	28,1	21,9	31,4	27,6	21,2
Bebidas Alcoólicas	Norte	76,3	76,9	73,8	67,9	69,5	61,6	61,2	60,0	49,1
	Centro	83,0	83,0	73,0	70,2	74,1	61,9	63,5	60,0	52,1
	Lisboa	69,1	82,6	76,8	61,6	72,4	62,7	55,4	61,3	52,7
	Alentejo	69,0	74,2	79,5	58,5	64,6	66,0	52,1	56,3	55,7
	Algarve	69,6	71,9	67,0	62,2	69,3	52,8	56,5	61,8	43,4
	Açores	79,2	79,2	63,2	65,3	67,4	51,7	54,3	51,4	40,5
	Madeira	90,1	63,7	45,7	71,0	55,9	41,8	61,8	43,9	34,4
Medicamentos	Norte	22,9	23,0	23,7	14,2	13,8	13,7	10,8	10,9	11,0
	Centro	20,7	16,3	18,5	13,1	10,5	11,2	9,7	9,0	9,9
	Lisboa	24,2	17,6	18,6	15,7	11,4	10,8	12,4	9,7	8,5
	Alentejo	20,9	14,8	22,7	14,9	9,2	14,6	12,9	8,1	12,0
	Algarve	16,4	20,2	16,4	11,5	14,7	9,8	9,0	11,6	8,4
	Açores	28,8	26,2	23,1	17,5	15,2	16,2	11,9	10,7	13,5
	Madeira	21,7	5,6	8,5	13,4	4,8	7,8	9,1	4,5	7,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Taxa de continuidade das principais substâncias psicoativas lícitas

A taxa de continuidade indica a proporção daqueles que, tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano. Se o número de declarações do consumo ao longo da vida for igual ao número de declarações do consumo no último ano, a taxa de continuidade é igual a 1 (ou 100%). Como os valores obtidos na prevalência ao longo da vida são, regra geral, superiores aos referentes ao último ano, as taxas de continuidade são uma fração de um ou uma percentagem inferior a 100.

As taxas de continuidade do consumo das substâncias lícitas aqui analisadas são elevadas, embora tenham diminuído em relação aos anteriores anos em análise (2001 e 2007): 83,1% para o caso das bebidas alcoólicas, 61% para o tabaco e 59,6% para os medicamentos.

Atendendo ao sexo, é a taxa de continuidade do consumo de bebidas alcoólicas que apresenta maiores diferenças entre homens (86,5%) e mulheres (78,8%). No caso dos medicamentos esta diferença é de apenas 4 pontos percentuais (56,5% no caso dos homens e 61% nas mulheres); e no que toca ao consumo de tabaco, a taxa de continuidade é igual (61%) para homens e mulheres.

		2001	2007	2012
Tabaco	M	73,4	66,0	61,2
	F	71,7	58,2	60,5
	T	72,9	63,2	61,0
Bebidas Alcoólicas	M	92,0	92,1	86,5
	F	81,3	85,7	78,8
	T	87,2	89,3	83,1
Medicamentos	M	56,3	59,3	56,5
	F	67,2	63,8	61,0
	T	64,0	62,5	59,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo de bebidas alcoólicas apresenta taxas de continuidade bastante similares entre os 5 grupos etários considerados, indo da taxa máxima de 85% nos dois grupos etários mais jovens, até à taxa mínima de 81,2% no grupo etário dos 55-64 anos. No consumo do tabaco destaca-se a taxa de continuidade máxima no grupo dos 25-34 anos, de 72%; sendo a mínima de 39% no grupo dos 55-64 anos. A taxa de continuidade do consumo de medicamentos apresenta valores de 50,3% no grupo dos 15-24 anos; 43,3% no grupo dos 25-34; e vai subindo gradualmente até atingir o valor máximo de 70,4% no grupo dos 55-64 anos.

Comparando com os resultados do inquérito de 2007, podemos dizer que, de modo geral, observamos, praticamente em todos os grupos etários, uma descida das taxas de continuidade do consumo das substâncias psicoativas lícitas analisadas, principalmente no que diz respeito às bebidas alcoólicas.

Tabela 30. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas lícitas, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)						
			2001	2007	2012	
Tabaco	15-24	M	80,2	75,7	68,9	
		F	73,9	68,1	64,0	
		T	77,6	72,4	66,9	
	25-34	M	81,6	80,2	77,7	
		F	75,2	59,6	63,5	
		T	79,2	71,4	72,0	
	35-44	M	73,6	71,4	67,7	
		F	72,7	55,9	62,4	
		T	73,3	65,4	65,6	
	45-54	M	69,5	58,7	54,0	
		F	60,6	55,3	58,0	
		T	67,7	57,7	55,4	
	55-64	M	53,4	38,0	37,1	
		F	46,4	34,2	45,7	
		T	52,6	37,3	39,0	
	Bebidas Alcoólicas	15-24	M	93,2	94,5	89,0
			F	86,8	88,5	79,3
			T	90,2	91,9	84,5
25-34		M	93,6	93,2	87,9	
		F	84,9	87,0	80,1	
		T	89,7	90,5	84,6	
35-44		M	93,6	92,9	84,6	
		F	81,6	84,5	81,6	
		T	88,3	89,2	83,2	
45-54		M	90,9	89,6	85,5	
		F	79,9	87,1	78,1	
		T	85,9	88,5	82,3	
55-64		M	87,5	90,4	86,2	
		F	70,1	80,0	74,0	
		T	79,7	85,8	81,2	
Medicamentos		15-24	M	59,8	42,0	57,0
			F	63,2	53,3	46,8
			T	62,5	50,3	50,3
	25-34	M	46,2	57,4	43,2	
		F	57,4	49,8	43,3	
		T	53,6	52,2	43,3	
	35-44	M	48,9	49,7	57,7	
		F	63,3	62,0	58,2	
		T	58,7	58,6	58,0	
	45-54	M	57,8	60,3	50,9	
		F	69,1	64,6	66,2	
		T	66,2	63,5	61,4	
	55-64	M	68,8	75,0	71,4	
		F	76,7	78,3	70,0	
		T	74,3	77,5	70,4	

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Substâncias psicoativas ilícitas

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas

A canábis, substância ilícita mais consumida, apresenta uma taxa de prevalência ao longo da vida de 9,4% no conjunto da população. A segunda substância ilícita mais consumida ao longo da vida, ainda que com uma grande diferença percentual da primeira, é o ecstasy, com 1,3%, seguida da cocaína, com 1,2%. A taxa de prevalência do consumo ao longo da vida de heroína, LSD e de cogumelos alucinógenos é de 0,6%, e o consumo de anfetaminas regista uma taxa de 0,5%.

Os consumos recentes (último ano) descem para os 2,7% no caso da canábis, para os 0,3% no que diz respeito ao consumo de ecstasy, cocaína e LSD registam 0,2% e os cogumelos alucinógenos 0,1%.

O consumo de canábis desce um ponto percentual quando temos em conta os consumos correntes (último mês). O ecstasy apresenta uma prevalência de 0,2%, e a cocaína e o LSD, uma taxa de 0,1%.

Tabela 31. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
QSI	9,5	8,6-10,5	2,7	2,2-3,2	1,7	1,3-2,1
Canábis	9,4	8,5-10,4	2,7	2,2-3,2	1,7	1,3-2,1
Cocaína	1,2	0,9-1,6	0,2	0,0-0,4	0,1	0,0-0,2
Anfetaminas	0,5	0,3-0,7	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
Ecstasy	1,3	0,9-1,7	0,3	0,0-0,4	0,2	0,0-0,3
Heroína	0,6	0,3-0,8	0,0	0,0-0,1	--	0,0-0,0
LSD	0,6	0,3-0,8	0,2	0,0-0,3	0,1	0,0-0,2
Cogumelos A.	0,6	0,3-0,8	0,1	0,0-0,2	--	0,0-0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De uma forma geral, os diferentes indicadores de prevalências de consumos estimados para 2012 (consumos ao longo da vida, no último ano e no último mês) situam-se abaixo dos que observámos em 2007.

Assim, a tendência da evolução dos consumos no decorrer dos últimos dez anos é marcada, num primeiro momento, por um aumento entre 2001 e 2007, enquanto, num segundo momento, os resultados apontam para uma ligeira redução ou uma estabilização dos consumos entre 2007 e 2012, não obstante poderem ser observadas algumas subidas pontuais no caso de alguns indicadores ou de algumas populações específicas, o que iremos ver de seguida.

Tabela 32. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
QSI	7,8	12,0	9,5	3,4	3,7	2,7	2,5	2,5	1,7
Canábis	7,6	11,7	9,4	3,3	3,6	2,7	2,4	2,4	1,7
Cocaína	0,9	1,9	1,2	0,3	0,6	0,2	0,1	0,3	0,1
Anfetaminas	0,5	0,9	0,5	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Ecstasy	0,7	1,3	1,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Heroína	0,7	1,1	0,6	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	--
LSD	0,4	0,6	0,6	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Cogumelos A.	n.d.	0,8	0,6	n.d.	0,1	0,1	n.d.	0,1	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas por sexo

As taxas de prevalência do consumo de substâncias ilícitas entre a população geral são sempre superiores entre os inquiridos masculinos.

Tabela 33. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
QSI	M	14,8	13,4-16,4	4,1	3,2-5,0	2,7	1,9-3,4
	F	4,5	3,6-5,5	1,3	0,8-1,8	0,8	0,4-1,2
	T	9,5	8,6-10,5	2,7	2,2-3,2	1,7	1,3-2,1
Canábis	M	14,6	13,0-16,3	4,1	3,2-5,0	2,7	1,9-3,4
	F	4,4	3,5-5,4	1,3	0,8-1,8	0,8	0,4-1,2
	T	9,4	8,5-10,4	2,7	2,2-3,2	1,7	1,3-2,1
Cocaína	M	1,8	1,2-2,5	0,3	0,0-0,6	0,1	0,0-0,3
	F	0,6	0,2-0,9	0,1	0,0-0,2	0,1	0,0-0,2
	T	1,2	0,9-1,6	0,2	0,0-0,4	0,1	0,0-0,2
Anfetaminas	M	0,7	0,3-1,1	0,1	0,0-0,2	0,1	0,0-0,2
	F	0,3	0,0-0,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	T	0,5	0,3-0,7	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
Ecstasy	M	2,0	1,3-2,6	0,4	0,0-0,6	0,3	0,0-0,6
	F	0,6	0,3-1,0	0,1	0,0-0,3	0,0	0,0-0,0
	T	1,3	0,9-1,7	0,3	0,0-0,4	0,2	0,0-0,3
Heroína	M	1,1	0,6-1,5	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
	F	0,1	0,0-0,3	0,1	0,0-0,2	--	0,0-0,0
	T	0,6	0,3-0,8	0,0	0,0-0,1	--	0,0-0,0
LSD	M	0,9	0,4-1,3	0,3	0,1-0,6	0,2	0,0-0,4
	F	0,3	0,0-0,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	T	0,6	0,3-0,8	0,2	0,0-0,3	0,1	0,0-0,2
Cogumelos A.	M	0,8	0,4-1,2	0,1	0,0-0,2	0,0	0,0-0,1
	F	0,3	0,1-0,6	0,1	0,0-0,2	--	0,0-0,0
	T	0,6	0,3-0,8	0,1	0,0-0,2	--	0,0-0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Em relação aos anteriores anos de análise, e em traços gerais, podemos dizer que as tendências se mantêm, verificando-se, contudo, mais aumentos do consumo entre os inquiridos femininos e descidas entre os inquiridos masculinos. Em relação a 2001 e a 2007 aumentaram as taxas de prevalência dos consumos experimentais femininos de ecstasy e de cogumelos alucinógenos. Aumentaram também os consumos recentes de canábis relativamente a 2007, voltando aos verificados em 2001 (1,3%). Também no que diz respeito aos consumos atuais se verifica um aumento das taxas de prevalência do consumo feminino, aqui em relação aos dois anteriores estudos.

Tabela 34. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
		2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
QSI	M	11,7	18,6	14,8	5,6	6,5	4,1	4,2	4,6	2,7
	F	4,0	5,4	4,5	1,4	1,0	1,3	0,7	0,5	0,8
	T	7,8	12,0	9,5	3,4	3,7	2,7	2,5	2,5	1,7
Canábis	M	11,5	18,4	14,6	5,4	6,4	4,1	4,1	4,6	2,7
	F	3,9	5,2	4,4	1,3	0,9	1,3	0,7	0,5	0,8
	T	7,6	11,7	9,4	3,3	3,6	2,7	2,4	2,4	1,7
Cocaína	M	1,5	3,2	1,8	0,5	0,9	0,3	0,2	0,6	0,1
	F	0,3	0,7	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
	T	0,9	1,9	1,2	0,3	0,6	0,2	0,1	0,3	0,1
Anfetaminas	M	0,7	1,5	0,7	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1
	F	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
	T	0,5	0,9	0,5	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Ecstasy	M	1,1	2,1	2,0	0,5	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3
	F	0,3	0,4	0,6	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
	T	0,7	1,3	1,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Heroína	M	1,2	1,8	1,1	0,4	0,3	0,0	0,2	0,3	0,0
	F	0,2	0,4	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	--
	T	0,7	1,1	0,6	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	--
LSD	M	0,7	1,1	0,9	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2
	F	0,1	0,1	0,3	0,1	0,0	--	0,0	0,0	--
	T	0,4	0,6	0,6	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Cogumelos A.	M	n.d.	1,3	0,8	n.d.	0,2	0,1	n.d.	0,1	0,0
	F	n.d.	0,2	0,3	n.d.	0,1	0,1	n.d.	0,0	--
	T	n.d.	0,8	0,6	n.d.	0,1	0,1	n.d.	0,1	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas por grupos de idade

As taxas de prevalência dos consumos das diferentes substâncias variam significativamente consoante o grupo etário que consideramos. Por norma as taxas de prevalência dos consumos são mais elevadas entre a população jovem (15-34 anos). Tendo em conta a temporalidade longo da vida, apenas o consumo de heroína apresenta uma taxa de prevalência mais elevada entre a população adulta (35-64 anos). O consumo experimental de anfetaminas apresenta uma taxa de prevalência igual entre as duas populações – meio ponto percentual.

Tabela 35. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

			Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Qualquer substância ilícita	15-34	M	21,8	18,7-24,9	7,5	5,5-9,5	4,6	3,1-6,2
		F	7,2	5,3-9,2	2,7	1,5-4,0	1,6	0,6-2,5
		T	14,5	12,6-16,4	5,1	4,0-6,3	3,1	2,2-4,0
	35-64	M	10,5	8,7-12,3	2,0	1,2-2,9	1,5	0,8-2,2
		F	3,0	2,0-3,9	0,5	0,1-0,9	0,4	0,0-0,7
		T	6,6	5,6-7,6	1,2	0,8-1,7	0,9	0,5-1,3
Canábis	15-34	M	21,7	18,6-24,8	7,5	5,5-9,5	4,6	3,0-6,2
		F	7,2	5,2-9,1	2,7	1,5-4,0	1,6	0,6-2,5
		T	14,4	12,5-16,3	5,1	3,9-6,3	3,1	2,2-4,0
	35-64	M	10,4	8,6-12,2	2,0	1,2-2,8	1,5	0,8-2,2
		F	2,9	2,0-3,9	0,5	0,1-0,9	0,4	0,0-0,7
		T	6,5	5,5-7,5	1,2	0,8-1,7	0,9	0,5-1,3
Cocaína	15-34	M	2,0	1,0-3,1	0,9	0,2-1,6	0,4	0,0-0,8
		F	0,7	0,1-1,3	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	1,4	0,8-2,0	0,4	0,1-0,8	0,2	0,0-0,4
	35-64	M	1,7	1,0-2,5	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,0
		F	0,5	0,1-0,9	0,2	0,0-0,4	0,2	0,0-0,4
		T	1,1	0,7-1,5	0,1	0,0-0,2	0,1	0,0-0,2
Anfetaminas	15-34	M	0,9	0,2-1,6	0,2	0,0-0,5	0,2	0,0-0,5
		F	0,2	0,0-0,6	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,5	0,2-0,9	0,1	0,0-0,3	0,1	0,0-0,3
	35-64	M	0,6	0,1-1,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		F	0,3	0,0-0,7	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,5	0,2-0,7	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
Ecstasy	15-34	M	3,6	2,2-5,0	0,8	0,1-1,5	0,8	0,1-1,4
		F	1,0	0,3-1,8	0,4	0,0-0,9	0,0	0,0-0,0
		T	2,3	1,5-3,1	0,6	0,2-1,0	0,4	0,1-0,7
	35-64	M	1,0	0,4-1,6	0,1	0,0-0,3	0,1	0,0-0,3
		F	0,4	0,1-0,8	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,7	0,4-1,1	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
Heroína	15-34	M	0,6	0,0-1,2	0,1	0,0-0,3	0,0	0,0-0,2
		F	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,3	0,0-0,6	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
	35-64	M	1,3	0,7-2,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		F	0,2	0,0-0,5	0,1	0,0-0,3	0,0	0,0-0,0
		T	0,8	0,4-1,1	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,0
LSD	15-34	M	1,4	0,5-2,3	0,9	0,2-1,6	0,5	0,0-1,1
		F	0,3	0,0-0,8	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,9	0,4-1,4	0,4	0,1-0,8	0,3	0,0-0,5
	35-64	M	0,5	0,1-1,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		F	0,2	0,0-0,5	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,4	0,1-0,6	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
Cogumelos A.	15-34	M	1,6	0,6-2,5	0,2	0,0-0,6	0,0	0,0-0,1
		F	0,7	0,1-1,3	0,2	0,0-0,6	0,0	0,0-0,0
		T	1,1	0,6-1,7	0,2	0,0-0,5	0,0	0,0-0,1
	35-64	M	0,3	0,0-0,7	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		F	0,2	0,0-0,4	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
		T	0,2	0,1-0,5	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Nos anteriores anos de análise verificavam-se para todas as substâncias consideradas maiores taxas de prevalência do consumo entre a população mais jovem (15-34 anos).

Tabela 36. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade e sexo, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)											
			Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
			2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Qualquer substância ilícita	15-34	M	18,2	25,6	21,8	10,1	11,7	7,5	7,6	8,3	4,6
		F	7,0	9,1	7,2	2,9	2,2	2,7	1,5	1,0	1,6
		T	12,6	17,4	14,5	6,5	7,0	5,1	4,6	4,8	3,1
	35-64	M	6,0	13,6	10,5	1,6	2,6	2,0	1,4	1,9	1,5
		F	1,6	2,9	3,0	0,2	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4
		T	3,8	8,1	6,6	0,9	1,4	1,2	0,7	1,0	0,9
Canábis	15-34	M	17,9	25,1	21,7	9,8	11,5	7,5	7,4	8,0	4,6
		F	6,9	8,7	7,2	2,7	1,8	2,7	1,4	1,0	1,6
		T	12,4	17,0	14,4	6,1	6,7	5,1	4,4	4,7	3,1
	35-64	M	6,0	13,4	10,4	1,6	2,6	2,0	1,3	1,7	1,5
		F	1,5	2,9	2,9	0,2	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4
		T	3,7	8,0	6,5	0,8	1,4	1,2	0,7	0,9	0,9
Cocaína	15-34	M	2,2	4,4	2,0	1,0	1,8	0,9	0,4	1,1	0,4
		F	0,4	1,1	0,7	0,2	0,5	0,0	0,2	0,2	0,0
		T	1,3	2,8	1,4	0,6	1,2	0,4	0,3	0,7	0,2
	35-64	M	1,0	2,3	1,7	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0
		F	0,1	0,4	0,5	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2
		T	0,5	1,3	1,1	0,1	0,3	0,1	0,0	0,2	0,1
Anfetaminas	15-34	M	0,9	2,2	0,9	0,2	0,6	0,2	0,1	0,4	0,2
		F	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
		T	0,6	1,3	0,5	0,1	0,4	0,1	0,1	0,3	0,1
	35-64	M	0,6	1,1	0,6	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
		F	0,2	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		T	0,4	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ecstasy	15-34	M	2,0	4,3	3,6	1,1	1,3	0,8	0,6	0,6	0,8
		F	0,7	0,8	1,0	0,5	0,6	0,4	0,3	0,2	0,0
		T	1,4	2,6	2,3	0,8	0,9	0,6	0,4	0,5	0,4
	35-64	M	0,3	0,5	1,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
		F	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		T	0,2	0,3	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Heroína	15-34	M	1,7	1,8	0,6	0,6	0,5	0,1	0,2	0,5	0,0
		F	0,5	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0
		T	1,1	1,1	0,3	0,3	0,4	0,0	0,1	0,3	0,0
	35-64	M	0,8	1,8	1,3	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0
		F	0,0	0,3	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
		T	0,4	1,0	0,8	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,0
LSD	15-34	M	1,0	1,6	1,4	0,3	0,5	0,9	0,1	0,2	0,5
		F	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
		T	0,6	0,9	0,9	0,2	0,3	0,4	0,1	0,2	0,3
	35-64	M	0,4	0,8	0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
		F	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		T	0,2	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cogumelos A.	15-34	M	n.d.	2,3	1,6	n.d.	0,4	0,2	n.d.	0,2	0,0
		F	n.d.	0,5	0,7	n.d.	0,2	0,2	n.d.	0,1	0,0
		T	n.d.	1,4	1,1	n.d.	0,3	0,2	n.d.	0,2	0,0
	35-64	M	n.d.	0,5	0,3	n.d.	0,0	0,0	n.d.	0,0	0,0
		F	n.d.	0,1	0,2	n.d.	0,0	0,0	n.d.	0,0	0,0
		T	n.d.	0,3	0,2	n.d.	0,0	0,0	n.d.	0,0	0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os grupos decenais de idade, podemos constatar que as taxas de prevalência do consumo experimental são superiores para quase todas as substâncias psicoativas ilícitas consideradas no grupo etário dos 25-34 anos. Apenas os consumos de cocaína e de heroína apresentam taxas de prevalência ao longo da vida superiores no grupo etário dos 35 aos 44 anos.

As taxas de prevalência do consumo no último ano apresentam valores superiores para a canábis, ecstasy e cogumelos alucinógenos no grupo etário dos 15-24 anos. No caso da heroína registam-se prevalências nos grupos etários dos 15-24 anos e no dos 45-54 anos. A cocaína, as anfetaminas e o LSD apresentam taxas de prevalência mais altas entre os 25 e os 34 anos.

Tendo em conta o consumo corrente, ou seja, aquele que decorreu no último mês, voltam-se a destacar os consumos de canábis e de ecstasy no grupo etário dos 15-24 anos e a cocaína, as anfetaminas e o LSD no grupo etário dos 25-34. De ressaltar ainda que não existem consumos no último mês de heroína nem de cogumelos alucinógenos em nenhum grupo etário, assim como não existem consumos de quaisquer substâncias, à exceção da canábis, no grupo etário dos 55-64 anos.

Tabela 37. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

			Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
			%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
QSI	15-24	M	16,9	12,7-21,1	7,4	4,5-10,3	4,4	2,1-6,6
		F	8,6	5,4-11,8	4,1	1,9-6,4	2,5	0,8-4,3
		T	12,8	10,1-15,5	5,8	3,9-7,6	3,5	2,0-4,9
	25-34	M	25,9	21,5-30,4	7,6	4,9-10,3	4,9	2,7-7,1
		F	6,2	3,8-8,6	1,7	0,4-2,9	0,8	0,0-1,8
		T	15,9	13,3-18,5	4,6	3,1-6,1	2,8	1,7-4,0
	35-44	M	16,3	12,7-19,9	4,4	2,4-6,4	2,9	1,3-4,6
		F	4,4	2,5-6,3	0,4	0,0-1,0	--	0,0-0,0
		T	10,2	8,2-12,2	2,4	1,3-3,4	1,4	0,6-2,2
	45-54	M	11,0	7,8-14,1	0,9	0,0-1,9	0,9	0,0-1,9
		F	3,7	1,9-5,6	1,1	0,1-2,1	1,1	0,1-2,1
		T	7,2	5,4-9,0	1,0	0,3-1,7	1,0	0,3-1,7
55-64	M	2,7	0,9-4,4	0,4	0,0-1,1	0,3	0,0-0,9	
	F	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	
	T	1,5	0,6-2,4	0,2	0,0-0,5	0,1	0,0-0,4	
Canábis	15-24	M	16,5	12,3-20,7	7,4	4,5-10,3	4,3	2,0-6,6
		F	8,6	5,4-11,8	4,1	1,9-6,4	2,5	0,8-4,3
		T	12,6	10,0-15,3	5,8	3,9-7,6	3,4	2,0-4,8
	25-34	M	25,9	21,5-30,4	7,6	4,9-10,3	4,9	2,7-7,1
		F	6,1	3,7-8,5	1,7	0,4-2,9	0,8	0,0-1,8
		T	15,8	13,2-18,5	4,6	3,1-6,1	2,8	1,7-4,0
	35-44	M	16,3	12,7-19,9	4,3	2,3-6,3	2,9	1,3-4,6
		F	4,2	2,3-6,1	0,4	0,0-1,0	--	0,0-0,0
		T	10,1	8,1-12,1	2,3	1,3-3,3	1,4	0,6-2,2
	45-54	M	10,7	7,6-13,8	0,9	0,0-1,9	0,9	0,0-1,9
		F	3,7	1,9-5,6	1,1	0,1-2,1	1,1	0,1-2,1
		T	7,1	5,3-8,9	1,0	0,3-1,7	1,0	0,3-1,7

	55-64	M	2,5	0,8-4,2	0,4	0,0-1,1	0,3	0,0-0,9
		F	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	1,4	0,6-2,3	0,2	0,0-0,5	0,1	0,0-0,4
Cocaína	15-24	M	0,6	0,0-1,6	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0
		F	1,2	0,0-2,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,9	0,1-1,7	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0
	25-34	M	3,2	1,4-5,0	1,2	0,1-2,3	0,7	0,0-1,5
		F	0,3	0,0-0,9	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	1,7	0,8-2,7	0,6	0,0-1,1	0,3	0,0-0,7
	35-44	M	3,2	1,5-4,9	0,1	0,0-0,4	--	0,0-0,0
		F	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	1,8	0,9-2,7	0,0	0,0-0,2	--	0,0-0,0
	45-54	M	1,2	0,1-2,3	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	1,0	0,0-2,0	0,5	0,0-1,1	0,5	0,0-1,1
		T	1,1	0,4-1,8	0,2	0,0-0,6	0,2	0,0-0,6
	55-64	M	0,5	0,0-1,3	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Anfetaminas	15-24	M	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,5	0,0-1,3	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	25-34	M	1,6	0,3-2,8	0,4	0,0-1,0	0,3	0,0-0,9
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,8	0,2-1,4	0,2	0,0-0,5	0,2	0,0-0,5
	35-44	M	0,8	0,0-1,7	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,6	0,0-1,3	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,7	0,1-1,3	--	0,0-0,0	-	0,0-0,0
	45-54	M	0,4	0,0-1,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,4	0,0-1,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,4	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	55-64	M	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Ecstasy	15-24	M	2,2	0,6-3,9	1,8	0,0-3,2	1,7	0,0-3,1
		F	1,4	0,1-2,8	0,9	0,0-2,0	--	0,0-0,0
		T	1,8	0,8-2,9	1,4	0,0-2,3	0,9	0,0-1,6
	25-34	M	4,7	2,6-6,9	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,7	0,0-1,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	2,7	1,5-3,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	35-44	M	2,2	0,8-3,6	0,3	0,0-0,8	0,3	0,0-0,8
		F	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	1,3	0,6-2,1	0,1	0,0-0,4	0,1	0,0-0,4
	45-54	M	0,6	0,0-1,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,7	0,0-1,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,7	0,1-1,3	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	55-64	M	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Heroína	15-24	M	0,5	0,0-1,3	0,1	0,0-0,5	0,1	0,0-0,4
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,2	0,0-0,6	0,1	0,0-0,3	0,0	0,0-0,2
	25-34	M	0,7	0,0-1,6	0,0	0,0-0,3	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,4	0,0-0,8	0,0	0,0-0,1	--	0,0-0,0

LSD	35-44	M	2,6	1,1-4,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	1,4	0,6-2,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	45-54	M	1,0	0,0-2,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,4	0,0-1,0	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0
		T	0,7	0,1-1,3	0,1	0,0-0,4	--	0,0-0,0
	55-64	M	0,1	0,0-0,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,0	0,0-0,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
LSD	15-24	M	0,9	0,0-1,9	0,8	0,0-1,9	0,4	0,0-1,1
		F	0,8	0,0-1,8	0,0	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,8	0,1-1,6	0,4	0,0-0,9	0,2	0,0-0,6
	25-34	M	1,8	0,5-3,2	0,9	0,0-1,9	0,6	0,0-1,4
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,9	0,2-1,6	0,5	0,0-1,0	0,3	0,0-0,7
	35-44	M	0,6	0,0-1,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,4	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	45-54	M	0,6	0,0-1,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,5	0,0-1,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,5	0,0-1,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	55-64	M	0,3	0,0-1,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,2	0,0-0,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Cogumelos A.	15-24	M	0,5	0,0-1,4	0,5	0,0-1,2	0,0	0,0-0,3
		F	1,4	0,1-2,8	0,5	0,0-1,3	--	0,0-0,0
		T	1,0	0,2-1,8	0,5	0,0-1,0	0,0	0,0-0,2
	25-34	M	2,4	0,9-4,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,1	0,0-0,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	1,3	0,5-2,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	35-44	M	0,6	0,0-1,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,4	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	45-54	M	0,3	0,0-0,9	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	0,3	0,0-0,7	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	55-64	M	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		F	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
		T	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Comparando os resultados com os obtidos em 2001 e em 2007 vemos que, de um modo geral, as maiores taxas de prevalência, independentemente da substância ilícita considerada e da temporalidade, vão oscilando entre os consumidores com idades entre os 15 e os 44 anos.

Tendo em conta a temporalidade longo da vida, podemos constatar que a maioria das substâncias apresenta, à semelhança de 2007, as taxas de prevalência do consumo mais elevadas no grupo etário 25-34 anos. Apenas o consumo de cocaína, que apresentava maiores taxas de prevalência no grupo etário 25-34 anos, quer em 2001, quer em 2007, passou a ser mais significativo no grupo etário seguinte.

Relativamente aos estudos anteriores, os consumos recentes (ou seja, no decorrer do último ano) de canábis, que apresentavam uma prevalência maior no grupo dos 25-34 anos em 2007, passam a apresentar maior prevalência entre as idades 15-24 anos, como acontecia em 2001.

A prevalência do consumo de cocaína mantém-se mais elevada entre os consumidores com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos, o que já se verificava em 2007. Os consumos das restantes substâncias em análise apresentam valores bastante residuais.

No que diz respeito aos consumos atuais, os que decorreram no último mês, à semelhança do que já se verificava nos consumos recentes, a canábis, que apresentava uma prevalência maior no grupo dos 25-34 anos em 2007, passa a apresentar maior prevalência entre as idades 15-24 anos, como acontecia em 2001.

Tabela 38. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001(n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

			Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
			2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Qualquer substância ilícita	15-24	M	17,5	21,2	16,9	12,1	10,9	7,4	9,0	6,9	4,4
		F	7,1	9,6	8,6	4,4	3,0	4,1	2,3	1,2	2,5
		T	12,4	15,5	12,8	8,3	7,0	5,8	5,7	4,1	3,5
	25-34	M	18,7	29,0	25,9	8,3	12,4	7,6	6,2	9,4	4,9
		F	7,0	8,8	6,2	1,5	1,5	1,7	0,8	0,8	0,8
		T	12,9	19,0	15,9	4,9	7,0	4,6	3,5	5,1	2,8
	35-44	M	12,1	23,9	16,3	3,5	5,5	4,4	2,8	3,5	2,9
		F	3,5	6,2	4,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,3	--
		T	7,7	14,9	10,2	2,0	3,0	2,4	1,6	1,9	1,4
	45-54	M	3,7	10,7	11,0	0,8	1,4	0,9	0,8	1,4	0,9
		F	0,8	1,8	3,7	0,0	0,3	1,1	0,0	0,2	1,1
		T	2,2	6,1	7,2	0,4	0,9	1,0	0,4	0,8	1,0
	55-64	M	0,6	2,9	2,7	0,0	0,2	0,4	0,0	0,2	0,3
		F	0,3	0,3	0,5	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		T	0,4	1,5	1,5	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Canábis	15-24	M	17,3	21,0	16,5	11,8	10,7	7,4	8,8	6,9	4,3
		F	6,8	8,9	8,6	4,1	2,4	4,1	2,2	1,2	2,5
		T	12,2	15,1	12,6	8,0	6,6	5,8	5,5	4,1	3,4
	25-34	M	18,4	28,4	25,9	7,8	12,1	7,6	6,1	8,8	4,9
		F	6,9	8,6	6,1	1,4	1,4	1,7	0,7	0,8	0,8
		T	12,7	18,5	15,8	4,6	6,8	4,6	3,4	4,8	2,8
	35-44	M	12,0	23,6	16,3	3,4	5,3	4,3	2,5	3,1	2,9
		F	3,4	6,2	4,2	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	--
		T	7,6	14,8	10,1	1,9	2,8	2,3	1,4	1,7	1,4
	45-54	M	3,7	10,7	10,7	0,8	1,4	0,9	0,8	1,4	0,9
		F	0,6	1,7	3,7	0,0	0,3	1,1	0,0	0,2	1,1
		T	2,1	6,1	7,1	0,4	0,9	1,0	0,4	0,8	1,0
	55-64	M	0,6	2,7	2,5	0,0	0,2	0,4	0,0	0,2	0,3
		F	0,2	0,3	0,5	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		T	0,4	1,4	1,4	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Cocaína	15-24	M	1,6	1,9	0,6	1,1	0,8	0,5	0,6	0,3	--
		F	0,5	0,9	1,2	0,4	0,6	--	0,4	0,1	--
		T	1,1	1,4	0,9	0,7	0,7	0,2	0,5	0,2	--
	25-34	M	2,7	6,4	3,2	0,9	2,5	1,2	0,1	1,7	0,7
		F	0,4	1,2	0,3	0,1	0,5	--	0,0	0,1	--
		T	1,5	3,8	1,7	0,5	1,5	0,6	0,1	0,9	0,3

	35-44	M	2,2	4,4	3,2	0,3	0,8	0,1	0,1	0,5	--	
		F	0,4	0,8	0,5	0,0	0,3	--	0,0	0,0	--	
		T	1,3	2,6	1,8	0,1	0,5	0,0	0,0	0,2	--	
	45-54	M	0,4	1,8	1,2	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		F	0,0	0,2	1,0	0,0	0,2	0,5	0,0	0,2	0,5	
		T	0,2	1,0	1,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	
	55-64	M	0,0	0,2	0,5	0,0	0,2	--	0,0	0,2	--	
		F	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		T	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	
Anfetaminas	15-24	M	0,5	1,4	--	0,2	0,6	--	0,1	0,2	--	
		F	0,2	0,2	0,5	0,1	0,1	--	0,1	0,1	--	
		T	0,4	0,8	0,2	0,1	0,4	--	0,1	0,1	--	
	25-34	M	1,1	2,7	1,6	0,1	0,6	0,4	0,1	0,6	0,3	
		F	0,3	0,6	--	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	
		T	0,7	1,7	0,8	0,1	0,4	0,2	0,0	0,3	0,2	
	35-44	M	1,3	1,3	0,8	0,1	0,1	--	0,1	0,0	--	
		F	0,4	0,5	0,6	0,1	0,0	--	0,1	0,0	--	
		T	0,8	0,9	0,7	0,1	0,0	--	0,1	0,0	--	
	45-54	M	0,3	1,4	0,4	0,1	0,0	--	0,1	0,0	--	
		F	0,2	0,1	0,4	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		T	0,2	0,7	0,4	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
	55-64	M	0,0	0,4	0,5	0,0	0,2	--	0,0	0,2	--	
		F	0,1	0,0	--	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		T	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	
	Ecstasy	15-24	M	2,5	2,9	2,2	1,7	1,2	1,8	0,9	0,5	1,7
			F	1,0	1,2	1,4	0,8	0,9	0,9	0,4	0,2	--
			T	1,8	2,1	1,8	1,2	1,0	1,4	0,6	0,4	0,9
25-34		M	1,4	5,4	4,7	0,6	1,3	--	0,3	0,7	--	
		F	0,5	0,6	0,7	0,2	0,2	--	0,2	0,1	--	
		T	1,0	3,0	2,7	0,4	0,8	--	0,2	0,4	--	
35-44		M	0,6	1,1	2,2	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,3	
		F	0,2	0,3	0,5	0,0	0,1	--	0,0	0,0	--	
		T	0,4	0,7	1,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	
45-54		M	0,1	0,2	0,6	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		F	0,0	0,1	0,7	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		T	0,0	0,1	0,7	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
55-64		M	0,0	0,2	--	0,0	0,2	--	0,0	0,2	--	
		F	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		T	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	
Heroína		15-24	M	0,7	0,6	0,5	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
			F	0,4	0,1	--	0,1	0,1	--	0,0	0,1	--
			T	0,5	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
	25-34	M	2,7	2,7	0,7	0,9	0,8	0,0	0,4	0,8	--	
		F	0,6	0,6	--	0,0	0,2	--	0,0	0,1	--	
		T	1,6	1,7	0,4	0,5	0,5	0,0	0,2	0,4	--	
	35-44	M	2,0	3,2	2,6	0,5	0,4	--	0,3	0,3	--	
		F	0,2	0,7	0,3	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	
		T	1,1	1,9	1,4	0,2	0,3	--	0,1	0,2	--	
	45-54	M	0,1	1,4	1,0	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		F	0,0	0,2	0,4	0,0	0,2	0,3	0,0	0,2	--	
		T	0,0	0,8	0,7	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	--	
	55-64	M	0,0	0,2	0,1	0,0	0,2	--	0,0	0,2	--	
		F	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	
		T	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--	

LSD	15-24	M	1,0	1,0	0,9	0,5	0,5	0,8	0,3	0,0	0,4
		F	0,3	0,2	0,8	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	--
		T	0,7	0,6	0,8	0,4	0,4	0,4	0,1	0,0	0,2
	25-34	M	1,0	2,1	1,8	0,1	0,4	0,9	0,0	0,3	0,6
		F	0,0	0,1	--	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		T	0,5	1,1	0,9	0,1	0,2	0,5	0,0	0,1	0,3
	35-44	M	0,7	0,8	0,6	0,0	0,1	--	0,0	0,0	--
		F	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		T	0,4	0,5	0,4	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
	45-54	M	0,4	1,0	0,6	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		F	0,0	0,1	0,5	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		T	0,2	0,5	0,5	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
	55-64	M	0,0	0,5	0,3	0,0	0,2	--	0,0	0,2	--
		F	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
		T	0,0	0,2	0,2	0,0	0,1	--	0,0	0,1	--
Cogumelos A.	15-24	M	n.d.	1,5	0,5	n.d.	0,0	0,5	n.d.	0,0	0,0
		F	n.d.	0,6	1,4	n.d.	0,2	0,5	n.d.	0,0	--
		T	n.d.	1,0	1,0	n.d.	0,1	0,5	n.d.	0,0	0,0
	25-34	M	n.d.	3,0	2,4	n.d.	0,8	--	n.d.	0,4	--
		F	n.d.	0,6	0,1	n.d.	0,2	--	n.d.	0,1	--
		T	n.d.	1,8	1,3	n.d.	0,5	--	n.d.	0,3	--
	35-44	M	n.d.	1,0	0,6	n.d.	0,1	--	n.d.	0,0	--
		F	n.d.	0,1	0,2	n.d.	0,1	--	n.d.	0,0	--
		T	n.d.	0,5	0,4	n.d.	0,1	--	n.d.	0,0	--
	45-54	M	n.d.	0,4	0,3	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--
		F	n.d.	0,1	0,3	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--
		T	n.d.	0,2	0,3	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--
	55-64	M	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--
		F	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--
		T	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas por região

Quando consideramos a experiência do consumo de uma qualquer substância, alguma vez na vida, verificamos que as prevalências mais elevadas são registadas nas regiões de Lisboa (13,7%) e dos Açores (10,6%). Encontramos para a região do Alentejo o mesmo valor que para a média nacional (9,5%). Todas as outras regiões registam valores inferiores a esta: 9,2% na região do Algarve, 8,2% no Centro, 7,6% na região Norte, e 3,2% na Madeira.

A substância com maior consumo ao longo da vida em todas as regiões é, claramente, a canábis. A quase coincidência entre a experiência do seu consumo e a do consumo de uma qualquer substância evidencia quão comum é a experiência do consumo de canábis entre os que já alguma vez consumiram uma qualquer substância psicoativa ilícita. A proeminência do consumo da canábis verifica-se em todas as regiões. As declarações do consumo são mais elevadas em Lisboa e nos Açores (13,5% e 10,6%, respetivamente).

A prevalência do consumo experimental de cocaína apresenta valores mais altos nas regiões do Algarve (2,6%) e de Lisboa (2,5%), e mais baixos nas regiões Norte e Madeira (ambas com 0,4%).

As anfetaminas apresentam taxas de prevalência do consumo ao longo da vida superiores nas regiões do Alentejo e de Lisboa (1,3% e 1,0%, respetivamente). O Norte volta a registar o valor mais baixo, e na Madeira não se registam consumos desta substância.

O consumo experimental de ecstasy apresenta uma prevalência de 3,8% na região de Lisboa e de 1,5% na região do Algarve. O Norte volta a apresentar a prevalência mais baixa do consumo, com 0,2%.

A taxa de prevalência do consumo de heroína é mais alta nas regiões do Algarve e dos Açores (ambas com 1,1%). Também no consumo desta substância a região Norte (0,2%) apresenta um valor inferior à média nacional (0,6%), assim como as regiões Centro e Alentejo (ambas com 0,5%).

Nos consumos experimentais de LSD e de cogumelos alucinógenos, apenas a região de Lisboa (1,3% e 1,5%, respetivamente) apresenta valores superiores aos registados a nível nacional (0,6% para ambas as substâncias).

Tabela 39. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
QSI	Norte	7,6	5,6-9,5	1,9	0,9-2,9	1,0	0,3-1,7
	Centro	8,2	5,9-10,5	1,3	0,3-2,3	0,9	0,1-1,7
	Lisboa	13,7	11,0-16,4	4,8	3,1-6,5	3,3	1,9-4,7
	Alentejo	9,5	6,7-12,3	2,8	1,2-4,4	1,7	0,5-2,9
	Algarve	9,2	6,4-12,1	2,6	1,0-4,2	1,9	0,6-3,3
	Açores	10,6	8,1-13,1	3,6	2,1-5,2	2,3	1,1-3,5
	Madeira	3,2	1,5-4,9	1,6	0,4-2,8	1,6	0,4-2,8
Canábis	Norte	7,5	5,6-9,4	1,9	0,9-2,9	1,0	0,3-1,7
	Centro	8,2	5,9-10,5	1,3	0,3-2,3	0,9	0,1-1,7
	Lisboa	13,5	10,8-16,2	4,8	3,1-6,5	3,3	1,9-4,7
	Alentejo	9,2	6,4-11,9	2,8	1,2-4,4	1,7	0,5-2,9
	Algarve	9,2	6,4-12,1	2,3	0,8-3,8	1,9	0,6-3,3
	Açores	10,6	8,1-13,1	3,6	2,1-5,2	2,3	1,1-3,5
	Madeira	3,2	1,5-4,9	1,6	0,4-2,8	1,3	0,2-2,5
Cocaína	Norte	0,4	0,0-0,9	0,0	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Centro	0,6	0,0-1,3	0,1	0,0-0,4	0,1	0,0-0,4
	Lisboa	2,5	1,3-3,8	0,6	0,0-1,2	0,4	0,0-0,8
	Alentejo	1,2	0,2-2,2	0,2	0,0-0,7	--	0,0-0,0
	Algarve	2,6	1,0-4,2	0,2	0,0-0,7	--	0,0-0,0
	Açores	1,7	0,7-2,8	0,2	0,0-0,5	--	0,0-0,0
	Madeira	0,4	0,0-0,9	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0

Anfetaminas	Norte	0,1	0,0-0,4	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Centro	0,2	0,0-0,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Lisboa	1,0	0,2-1,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Alentejo	1,3	0,2-2,3	0,5	0,0-1,2	0,5	0,0-1,2
	Algarve	0,9	0,0-1,9	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Açores	0,4	0,0-0,9	0,2	0,0-0,5	--	0,0-0,0
	Madeira	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Ecstasy	Norte	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Centro	0,4	0,0-1,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Lisboa	3,8	2,3-5,3	0,9	0,2-1,7	0,6	0,0-1,3
	Alentejo	0,2	0,0-0,7	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Algarve	1,5	0,3-2,7	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0
	Açores	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Madeira	0,4	0,0-0,9	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Heroína	Norte	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Centro	0,5	0,0-1,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Lisboa	0,9	0,2-1,6	0,1	0,0-0,4	--	0,0-0,0
	Alentejo	0,5	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Algarve	1,1	0,1-2,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Açores	1,1	0,3-2,0	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0
	Madeira	0,6	0,0-1,3	0,2	0,0-0,7	0,2	0,0-0,7
LSD	Norte	0,2	0,0-0,5	0,1	0,0-0,4	0,1	0,0-0,4
	Centro	0,5	0,0-1,1	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Lisboa	1,3	0,4-2,2	0,4	0,0-0,9	0,1	0,0-0,4
	Alentejo	0,2	0,0-0,7	0,2	0,0-0,6	0,2	0,0-0,6
	Algarve	0,2	0,0-0,7	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Açores	0,3	0,0-0,7	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Madeira	0,0	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Cogumelos A.	Norte	0,2	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Centro	0,2	0,0-0,5	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Lisboa	1,5	0,5-2,4	0,3	0,0-0,7	--	0,0-0,0
	Alentejo	0,4	0,0-1,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Algarve	0,4	0,0-1,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
	Açores	0,3	0,0-0,8	0,2	0,0-0,5	0,2	0,0-0,5
	Madeira	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSh, UNL

Numa análise comparativa muito geral com os dados de 2007, podemos dizer que os consumos experimentais (ao longo da vida) aumentaram para a canábis nas regiões do Alentejo e Açores; a cocaína na região dos Açores; as anfetaminas na região do Alentejo; o ecstasy em Lisboa, Açores e Madeira; a heroína nas regiões Autónomas de Açores e Madeira; LSD na região Centro e em Lisboa; e, por fim, os cogumelos alucinógenos em Lisboa e nos Açores.

Os consumos recentes, ou seja, que decorreram no último ano, aumentaram, relativamente ao anterior estudo, para as substâncias canábis e anfetaminas no Alentejo e Açores; ecstasy e LSD em Lisboa; heroína nas regiões Autónomas de Açores e Madeira; e, por fim, cogumelos alucinógenos em Lisboa e nos Açores.

Os consumos atuais, que decorreram no último mês, registam subidas em relação a 2007, para a canábis nos Açores e Madeira; anfetaminas no Alentejo; ecstasy em Lisboa; heroína na Madeira; LSD no Norte e Alentejo; e, por último, cogumelos alucinógenos na região dos Açores.

Tabela 40. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, por região, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida			Último Ano			Último Mês		
		2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Qualquer substância ilícita	Norte	8,0	10,0	7,6	3,6	2,7	1,9	2,7	1,5	1,0
	Centro	7,0	10,9	8,2	3,0	3,2	1,3	1,7	2,4	0,9
	Lisboa	8,4	16,0	13,7	3,8	5,5	4,8	2,8	3,9	3,3
	Alentejo	6,1	10,6	9,5	2,1	2,5	2,8	1,7	2,0	1,7
	Algarve	9,1	16,0	9,2	4,3	8,6	2,6	2,7	6,1	1,9
	Açores	5,8	9,9	10,6	2,5	2,8	3,6	1,3	1,4	2,3
	Madeira	8,6	5,2	3,2	4,9	1,7	1,6	4,4	1,0	1,6
Canábis	Norte	7,9	9,8	7,5	3,4	2,6	1,9	2,6	1,5	1,0
	Centro	6,7	10,7	8,2	2,8	3,1	1,3	1,6	2,2	0,9
	Lisboa	8,3	15,7	13,5	3,7	5,2	4,8	2,7	3,7	3,3
	Alentejo	6,1	10,2	9,2	2,1	2,4	2,8	1,7	1,9	1,7
	Algarve	9,1	16,0	9,2	4,3	8,4	2,3	2,7	5,9	1,9
	Açores	5,7	9,2	10,6	2,5	2,8	3,6	1,3	1,4	2,3
	Madeira	8,6	5,2	3,2	4,6	1,7	1,6	4,1	1,0	1,3
Cocaína	Norte	0,6	1,3	0,4	0,1	0,5	0,0	0,0	0,2	--
	Centro	0,9	1,5	0,6	0,3	0,5	0,1	0,1	0,3	0,1
	Lisboa	1,4	3,3	2,5	0,6	0,9	0,6	0,3	0,5	0,4
	Alentejo	0,5	1,4	1,2	0,1	0,5	0,2	0,0	0,2	--
	Algarve	0,7	3,2	2,6	0,2	1,5	0,2	0,0	0,8	--
	Açores	0,7	1,4	1,7	0,3	0,4	0,2	0,3	0,0	--
	Madeira	0,8	0,7	0,4	0,6	0,3	--	0,3	0,3	--
Anfetaminas	Norte	0,3	0,6	0,1	0,0	0,2	--	0,0	0,0	--
	Centro	0,4	0,8	0,2	0,1	0,2	--	0,0	0,1	--
	Lisboa	0,8	1,4	1,0	0,1	0,3	--	0,1	0,2	--
	Alentejo	0,4	0,7	1,3	0,1	0,1	0,5	0,1	0,1	0,5
	Algarve	0,6	1,9	0,9	0,2	0,2	--	0,0	0,2	--
	Açores	0,9	1,4	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	--
	Madeira	0,8	0,3	--	0,1	0,0	--	0,1	0,0	--
Ecstasy	Norte	0,6	1,0	0,2	0,3	0,3	--	0,2	0,1	--
	Centro	0,5	1,2	0,4	0,4	0,3	--	0,2	0,2	--
	Lisboa	1,0	1,8	3,8	0,5	0,6	0,9	0,3	0,2	0,6
	Alentejo	0,3	0,7	0,2	0,1	0,4	--	0,0	0,2	--
	Algarve	0,8	2,1	1,5	0,3	0,8	0,2	0,3	0,0	--
	Açores	0,5	0,0	0,3	0,2	0,0	--	0,2	0,0	--
	Madeira	1,3	0,3	0,4	0,6	0,3	--	0,6	0,0	--
Heroína	Norte	0,8	0,5	0,3	0,1	0,2	--	0,1	0,1	--
	Centro	0,5	0,8	0,5	0,1	0,1	--	0,1	0,1	--
	Lisboa	1,0	1,6	0,9	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	--
	Alentejo	0,4	1,9	0,5	0,0	0,5	--	0,0	0,5	--
	Algarve	0,3	2,7	1,1	0,2	1,3	--	0,2	1,1	--
	Açores	0,5	0,7	1,1	0,5	0,0	0,3	0,0	0,0	--
	Madeira	0,6	0,0	0,6	0,4	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2

LSD	Norte	0,2	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
	Centro	0,4	0,4	0,5	0,2	0,1	--	0,0	0,0	--
	Lisboa	0,7	1,1	1,3	0,1	0,2	0,4	0,0	0,2	0,1
	Alentejo	0,3	0,7	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2
	Algarve	0,3	0,8	0,2	0,2	0,2	--	0,0	0,2	--
	Açores	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	--	0,0	0,0	--
	Madeira	0,6	0,0	0,0	0,1	0,0	--	0,0	0,0	--
Cogumelos A.	Norte	n.d.	0,6	0,2	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--
	Centro	n.d.	0,8	0,2	n.d.	0,2	--	n.d.	0,0	--
	Lisboa	n.d.	1,0	1,5	n.d.	0,2	0,3	n.d.	0,1	--
	Alentejo	n.d.	0,6	0,4	n.d.	0,2	--	n.d.	0,1	--
	Algarve	n.d.	1,3	0,4	n.d.	0,2	--	n.d.	0,2	--
	Açores	n.d.	0,0	0,3	n.d.	0,0	0,2	n.d.	0,0	0,2
	Madeira	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--	n.d.	0,0	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das principais substâncias psicoativas ilícitas: comparação internacional

Como dissemos anteriormente, ao apresentar a metodologia do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, privilegiamos os indicadores propostos pelo OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) que visam tornar possível a comparação internacional. É assim possível comparar os consumos registados ao nível da população residente em Portugal com os dos países que aplicam o mesmo questionário modelo do OEDT. Nas tabelas abaixo serão apresentadas, para cada substância (canábis, cocaína, anfetaminas, ecstasy e LSD), as prevalências das experiências de consumo ao longo da vida, no último ano e no último mês.

Selecionámos países que têm estudos realizados em anos próximos ao nosso (2012) e com a mesma população de referência, isto é, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

Uma leitura de conjunto dos indicadores recolhidos permite-nos confirmar as orientações que já tínhamos retirado da comparação efetuada a partir dos resultados obtidos em 2001, a saber, que as taxas de prevalência do consumo de substâncias ilícitas em Portugal se situam quase sempre abaixo dos valores médios das prevalências registadas em países europeus para os quais dispomos de informação similar.

Tabela 41. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, por país

País	Ano de referência do estudo	Amostra	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	LSD
Croácia	2012	4 756	15,6	2,3	2,6	2,5	1,4
Dinamarca	2010	11 611	32,5	4,4	6,2	2,1	1,3
Espanha	2011	22 128	27,4	8,8	3,3	3,6	:
Finlândia	2010	1 873	18,3	1,7	2,3	1,8	1,0
França	2010	22 774	32,1	3,7	1,7	2,4	1,7
Irlanda	2010 -2011	5 128	25,3	6,8	4,5	6,9	4,4
Polónia	2010	5 782	17,5	1,3	4,2	3,4	2,0
Portugal	2012	5 355	9,4	1,2	0,5	1,3	0,6

Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/>

Tabela 42. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas no último ano, por país

País	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	LSD
Croácia	5,0	0,5	0,8	0,4	0,3
Dinamarca	5,4	0,9	0,7	0,3	0,1
Espanha	9,6	2,3	0,6	0,7	:
Finlândia	4,6	0,2	0,8	0,4	0,2
França	8,4	0,9	0,2	0,2	0,2
Irlanda	6,0	1,5	0,4	0,5	0,3
Polónia	9,6	0,7	1,9	1,5	0,7
Portugal	2,7	0,2	0,0	0,3	0,2

Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/>

Tabela 43. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas no último mês, por país

País	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	LSD
Croácia	2,9	0,3	0,2	0,2	0,1
Dinamarca	2,3	0,2	0,3	0,1	0,0
Espanha	7,0	1,1	0,3	0,3	:
Finlândia	1,4	0,0	0,1	0,1	0,1
França	4,6	:	:	:	:
Irlanda	2,8	0,5	0,1	0,1	0,0
Polónia	5,4	0,5	0,9	0,6	0,4
Portugal	1,7	0,1	0,0	0,2	0,1

Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/>

Taxa de continuidade das principais substâncias psicoativas ilícitas

Relembramos que a taxa de continuidade indica a proporção daqueles que, tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância no último ano. Se o número de declarações do consumo ao longo da vida for igual ao número de declarações do consumo no último ano, a taxa de continuidade é igual a 1 (ou 100%). Como os valores obtidos na prevalência ao longo da vida são, regra geral, superiores aos referentes ao último ano, as taxas de continuidade são uma fração de um ou uma percentagem inferior a 100.

As taxas de continuidade variam de acordo com as substâncias. Ela é mais elevada no caso do LSD (29,5%) e mais baixa no caso da heroína (7,3%) e das anfetaminas (7,8%). Entre estes dois extremos situam-se as taxas de continuidade da canábica (28,3%), do ecstasy (19,4%), da cocaína (18,3%) e dos cogumelos alucinógenos (13,5%).

Comparativamente aos anteriores anos de análise, a taxa de continuidade desceu para todas as substâncias psicoativas ilícitas consideradas, exceção feita ao consumo de LSD.

As taxas de continuidade do consumo canábica, de ecstasy, de heroína e de cogumelos alucinógenos são superiores entre as mulheres, enquanto as taxas de continuidade do consumo de cocaína, anfetaminas e de LSD são superiores entre os homens.

Tabela 44. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, por sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)

		2001	2007	2012
Qualquer substância ilícita	M	47,7	34,8	27,8
	F	33,7	19,0	29,1
	T	44,0	31,2	28,1
Canábis	M	46,6	34,6	27,9
	F	33,2	16,7	29,6
	T	43,1	30,5	28,3
Cocaína	M	33,6	28,9	18,7
	F	35,0	47,6	17,1
	T	34,1	32,2	18,3
Anfetaminas	M	14,0	20,7	11,1
	F	16,7	16,7	0,0
	T	13,2	20,0	7,8
Ecstasy	M	51,4	27,3	18,2
	F	64,0	57,7	23,1
	T	53,5	32,7	19,4
Heroína	M	30,2	19,8	2,7
	F	5,9	39,1	39,1
	T	26,2	24,0	7,3
LSD	M	23,9	20,3	39,4
	F	50,0	22,2	0,0
	T	27,8	20,5	29,5
Cogumelos A.	M	n.d.	15,6	9,9
	F	n.d.	40,0	21,3
	T	n.d.	19,6	13,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As taxas de continuidade tendem a ser mais elevadas ao nível dos grupos etários mais jovens. A canábis (45,8%), o ecstasy (74,3%), a heroína (24,1%) e os cogumelos alucinógenos (48,2%) apresentam as taxas de continuidade mais elevadas no grupo etário dos 15-24 anos. A cocaína (33,2%), as anfetaminas (23,6%) e o LSD (52,2%) apresentam as taxas de continuidade mais elevadas no grupo etário 25-34 anos.

As taxas de continuidade são, de um modo geral, e ao contrário do que acontecia em 2007, mais elevadas entre os consumidores do sexo masculino.

Tabela 45. Taxa de continuidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (%)

			2001	2007	2012
Qualquer substância ilícita	15-24	M	69,1	51,3	43,9
		F	62,0	31,7	47,8
		T	67,1	45,3	45,2
	25-34	M	43,9	42,7	29,3
		F	21,6	16,9	26,8
		T	37,9	36,8	28,8
	35-44	M	29,5	23,0	26,9
		F	13,5	8,3	9,6
		T	25,8	19,9	23,1
	45-54	M	21,7	13,5	8,2
		F	0,0	18,2	29,0
		T	17,9	14,2	13,7
	55-64	M	0,0	7,1	16,1
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	6,5	13,5
Canábis	15-24	M	67,8	51,1	44,8
		F	60,0	26,8	47,8
		T	65,6	44,0	45,8
	25-34	M	42,6	42,7	29,3
		F	20,0	15,8	27,2
		T	36,4	36,5	28,9
	35-44	M	27,9	22,3	26,4
		F	14,0	7,1	10,1
		T	24,8	19,1	22,9
	45-54	M	21,7	13,5	8,4
		F	0,0	19,0	29,0
		T	18,5	14,3	14,0
	55-64	M	0,0	7,7	16,9
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	6,9	14,1
Cocaína	15-24	M	65,4	40,9	72,4
		F	85,7	60,0	0,0
		T	69,7	46,9	26,5
	25-34	M	34,1	39,6	36,9
		F	14,3	41,2	0,0
		T	31,4	39,8	33,2
	35-44	M	12,9	17,2	2,9
		F	0,0	36,4	0,0
		T	10,8	20,3	2,5
	45-54	M	0,0	0,0	0,0
		F	0,0	66,7	46,0
		T	0,0	8,3	22,1
	55-64	M	0,0	100,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	100,0	0,0
Anfetaminas	15-24	M	33,3	43,8	0,0
		F	25,0	50,0	0,0
		T	30,8	44,4	0,0
	25-34	M	10,5	23,1	23,6
		F	0,0	25,0	0,0
		T	8,3	23,4	23,6

	35-44	M	5,3	5,9	0,0
		F	20,0	0,0	0,0
		T	8,3	4,2	0,0
	45-54	M	25,0	0,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	16,7	0,0	0,0
	55-64	M	0,0	50,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	50,0	0,0
Ecstasy	15-24	M	65,0	39,4	78,9
		F	80,0	76,9	66,7
		T	69,1	50,0	74,3
	25-34	M	41,7	24,7	0,0
		F	50,0	37,5	0,0
		T	43,8	25,9	0,0
	35-44	M	11,1	7,1	12,1
		F	0,0	25,0	0,0
		T	9,1	11,1	9,5
	45-54	M	0,0	0,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	0,0	0,0
	55-64	M	0,0	100,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	100,0	0,0
Heroína	15-24	M	36,4	28,6	24,1
		F	20,0	100,0	0,0
		T	31,3	37,5	24,1
	25-34	M	33,3	31,6	6,0
		F	0,0	33,3	0,0
		T	27,8	31,9	6,0
	35-44	M	24,1	11,9	0,0
		F	0,0	20,0	0,0
		T	22,6	13,5	0,0
	45-54	M	0,0	0,0	0,0
		F	0,0	100,0	71,3
		T	0,0	10,5	19,6
	55-64	M	0,0	100,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	100,0	0,0
LSD	15-24	M	56,3	54,5	94,5
		F	80,0	100,0	0,0
		T	61,9	61,5	50,6
	25-34	M	12,5	20,0	52,2
		F	0,0	0,0	0,0
		T	12,5	18,8	52,2
	35-44	M	0,0	10,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	7,1	0,0
	45-54	M	0,0	0,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	0,0	0,0
	55-64	M	0,0	40,0	0,0
		F	0,0	0,0	0,0
		T	0,0	40,0	0,0

Cogumelos A.	15-24	M	n.d.	0,0	85,5
		F	n.d.	33,3	33,3
		T	n.d.	8,7	48,2
	25-34	M	n.d.	25,6	0,0
		F	n.d.	37,5	0,0
		T	n.d.	27,5	0,0
	35-44	M	n.d.	7,7	0,0
		F	n.d.	100,0	0,0
		T	n.d.	14,3	0,0
	45-54	M	n.d.	0,0	0,0
		F	n.d.	0,0	0,0
		T	n.d.	0,0	0,0
	55-64	M	n.d.	0,0	0,0
		F	n.d.	0,0	0,0
		T	n.d.	0,0	0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Novas substâncias psicoativas – *legal highs*

Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas

Questionados sobre se alguma vez ao longo da vida teriam consumido alguma substância vulgarmente designada por *legal highs*, como por exemplo, *salvia divinorum*, *mefedrona*, etc., 0,4% da população entre os 15 e os 64 anos responde afirmativamente. A prevalência do consumo no último ano decresce para os 0,1%, e não se registam consumos no decorrer do último mês.

Tabela 46. Prevalência do consumo de *legal highs* ao longo da vida, último ano e último mês, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	%	IC 95%
Longo da Vida	0,4	0,2-0,7
Último Ano	0,1	0,0-0,3
Último Mês	--	0,0-0-0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas por sexo

Os consumidores de *legal highs* são maioritariamente homens.

Tabela 47. Prevalência do consumo de *legal highs* ao longo da vida, último ano e último mês, por sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	Masculino		Feminino		Total	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Longo da Vida	0,6	0,2 - 0,9	0,3	0,1 - 0,6	0,4	0,2 - 0,7
Último Ano	0,2	0,0 - 0,5	0,0	0,0 - 0,2	0,1	0,0 - 0,3
Último Mês	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0-0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas por grupos de idade

O consumo de *legal highs* é efetuado por uma população essencialmente jovem.

Tabela 48. Prevalência do consumo de *legal highs* ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos de idade, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	15-34		35-64	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Longo da Vida	0,9	0,4 - 1,4	0,2	0,0 - 0,4
Último Ano	0,3	0,0 - 0,6	0,0	0,0 - 0,1
Último Mês	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Atendendo aos grupos decenais de idade, podemos constatar, como vimos acima, que as maiores prevalências do consumo destas novas substâncias psicoativas se situam entre os consumidores com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos. Entre os 15 e os 24 anos a prevalência ao longo da vida é de 1%, e é de 0,8% para os consumidores do grupo etário 25-34 anos. No que diz respeito aos consumos recentes a prevalência é superior entre os consumidores com 25-34 anos (0,4%).

Tabela 49. Prevalência do consumo de *legal highs* ao longo da vida, último ano e último mês, por grupos decenais de idade e sexo, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

		Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
		%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	M	1,0	0,0 - 2,2	0,4	0,0 - 1,1	--	0,0 - 0,0
	F	1,0	0,0 - 2,1	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	T	1,0	0,2 - 1,8	0,2	0,0 - 0,6	--	0,0 - 0,0
25-34	M	1,2	0,1 - 2,3	0,8	0,0 - 1,8	--	0,0 - 0,0
	F	0,4	0,0 - 1,1	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	T	0,8	0,2 - 1,5	0,4	0,0 - 0,9	--	0,0 - 0,0
35-44	M	0,3	0,0 - 0,9	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	F	0,2	0,0 - 0,6	0,2	0,0 - 0,6	--	0,0 - 0,0
	T	0,3	0,0 - 0,6	0,1	0,0 - 0,3	--	0,0 - 0,0
45-54	M	0,3	0,0 - 0,9	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	F	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	T	0,2	0,0 - 0,4	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
55-64	M	0,0	0,0 - 0,2	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	F	0,2	0,0 - 0,6	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0
	T	0,1	0,0 - 0,4	--	0,0 - 0,0	--	0,0 - 0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevalência do consumo das novas substâncias psicoativas por região

As taxas de prevalência do consumo ao longo da vida de *legal highs* são superiores nas regiões de Lisboa (0,9%), Açores (0,6%) e Alentejo (0,5%). Apenas as regiões de Lisboa (0,5%) e Alentejo (0,2%) apresentam prevalência do consumo no último ano.

Tabela 50. Prevalência do consumo de *legal highs* ao longo da vida, último ano e último mês, por região, limites mínimo e máximo para IC de 95%, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	Longo da Vida		Último Ano		Último Mês	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Norte	0,3	0,0-0,6	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Centro	0,3	0,0-0,8	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Lisboa	0,9	0,2-1,6	0,5	0,0-1,0	--	0,0-0,0
Alentejo	0,5	0,0-1,1	0,2	0,0-0,7	--	0,0-0,0
Algarve	0,0	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Açores	0,6	0,0-1,2	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0
Madeira	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0	--	0,0-0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Taxa de continuidade das novas substâncias psicoativas

A taxa de continuidade é de 32% para o total da população, sendo mais elevada entre os consumidores masculinos (43%) e menor entre os consumidores femininos (15%).

A taxa de continuidade atinge o valor máximo (100%) nas mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos, ou seja, existe o mesmo número de consumidoras ao longo da vida e no último ano. Mais de metade (69%) dos consumidores masculinos entre os 25 e os 34 anos que consumiram *legal highs* ao longo da vida fê-lo também no decorrer do último ano. De referir ainda que não existe continuidade do consumo das novas substâncias psicoativas acima dos 45 anos.

Tabela 51. Taxa de continuidade do consumo de *legal highs*, por grupos decenais de idade e sexo, 15-64 anos, 2012 (%)

15-24			25-34			35-44			45-54			55-64			Total		
M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
41,1	0,0	21,3	68,8	0,0	50,0	0,0	100	41,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	42,6	14,9	32,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

CARREIRAS E TIPOLOGIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Apresentação

Neste capítulo, dedicado às carreiras e tipologias do consumo, serão analisados, primeiramente, dados respeitantes às idades do primeiro e do último consumo, assim como a idade do consumo regular. Tem-se ainda em conta a duração e a temporalidade dos consumos. De seguida, a partir da informação existente, construiremos duas tipologias que permitem agregar consumidores que apresentem perfis similares, diferenciando-se de outros que manifestem tempos, momentos e razões do consumo distintas. Uma das tipologias é a sugerida pelo OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, aqui designada por *tipologia das experiências do consumo* e que, no fundo, sistematiza a informação referente às declarações de prevalência do consumo (longo da vida, último ano e último mês). A outra tipologia, designada de *tipologia das sequências do consumo*, é construída a partir, exclusivamente, das declarações do consumo, considerando os indicadores de prevalência e distância temporal do primeiro consumo.

Substâncias psicoativas lícitas

Tabaco

Idades de início, de fim e duração do consumo

O primeiro cigarro foi fumado, em média, com a idade de 16 anos. O valor da mediana é também os 16 anos, sendo a moda (o valor mais registado) os 15 anos. A grande maioria (88%) fumou o primeiro cigarro com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos.

Já no que toca à idade de início do consumo regular de tabaco, os valores diferem um pouco. Assim, média, mediana e moda situam-se neste caso nos 18 anos de idade. O início do consumo regular de tabaco começou, para a maioria dos entrevistados (81%) entre os 14 e os 20 anos de idade.

A duração do consumo de tabaco apresenta uma média de 12 anos. Desta forma, encontramos um grupo caracterizado por um consumo longo (18% consome há mais de 25 anos, 9% entre 21 e 25 anos e outros 9% entre 16 e 20 anos) e outro caracterizado por um consumo menos longo (9% há um período entre 11 e 15 anos, mais 11% entre 6 a 10 anos, 15% entre 1 e 5 anos e 29% há menos de um ano).

A população que abandonou o consumo de tabaco fê-lo sobretudo quando tinha entre 15 e 24 anos (36%) e entre 25 e 34 anos (27%). Regista-se ainda 18% de antigos fumadores que abandonou o consumo quando tinha entre 35 e 44 anos e 11% com idades situadas entre 45 e 54 anos. As situações menos frequentes correspondem ao abandono do tabaco com menos de 15 anos (9% dos que abandonaram o consumo) e com mais de 54 anos (2%).

Quanto à duração do consumo da população que abandonou o consumo, observa-se que 8% consumiu durante mais de 30 anos, 15% fê-lo durante 21 a 30 anos, 10% num período que vai de 16 a 20 anos, 12% fumou durante 11 a 15 anos, 14% consumiu durante 6 a 10 anos, 19% num período de 1 a 5 anos, e de 22% num período inferior a um ano. Relativamente aos que atualmente são fumadores, prevalecem as carreiras de longa duração ainda que sejam também significativas as percentagens relativas às durações mais curtas: 28% fuma há mais de 30 anos, 12% entre 26 e 30 anos, 11% entre 21 e 25 anos e 14% entre 16 e 20 anos, enquanto 13% fuma num período que decorre entre 11 e 15 anos, 11% entre 6 e 10 anos e 13% há 5 anos ou menos (dos quais 0,3% há menos de um ano).

O momento de abandono do consumo de tabaco ocorreu, para 7% dos fumadores desistentes, há menos de um ano, para 13% há um ou dois anos, e para 8% há três ou quatro anos. As desistências mais prolongadas correspondem a 16% dos antigos fumadores que o fizeram num período entre 5 a 9 anos, 16% entre 10 a 14 anos, 10% entre 15 a 19 anos e, por fim, 29% que desistiu há 20 ou mais anos.

Comparativamente ao estudo anterior (2007), a idade média de início do consumo de tabaco mantém-se nos 16 anos enquanto a idade média do consumo regular sobe dos 17 para os 18 anos. Também a duração média do consumo tem vindo a decrescer: dos 18 anos em 2001 para os 16 anos em 2007 e para os 12 anos em 2012.

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	16	18	29	12
Mediana	16	18	27	9
Moda	15	18	18	0
Máximo	45	50	63	52
Mínimo	6	7	10	0
Desvio Padrão	3	4	12	11
N	2386	1932	1014	976

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

A construção de tipologias a partir da informação existente permite agregar consumidores que apresentem um perfil similar, diferenciando-os de outros que manifestem razões, tempos e momentos do consumo distintos.

Atendendo ao conjunto da população e às diferentes experiências em relação ao consumo de determinada substância que aí podemos encontrar, surge uma primeira tipologia – tipologia das experiências do consumo – que sistematiza a informação referente às declarações de prevalência do consumo (ao longo da vida, no último ano e no último mês). Trata-se de uma tipologia sugerida pelo OEDT²⁵ e que organiza as orientações do consumo: *abstinentes* (nunca consumiram), *consumidores recentes* (consumiram nos últimos doze meses mas não no último mês), *consumidores correntes* (consumiram no último mês), e *desistentes* (consumiram alguma vez na vida mas não consumiram no último ano).

Uma segunda tipologia – tipologia das sequências do consumo – é construída a partir das declarações do consumo, considerando os indicadores de prevalência e distância temporal do primeiro consumo. Distinguimos quatro tipos de situações:

Tipo I: consumidores não recentes – consumiram alguma vez na vida mas não no decorrer do último ano;

²⁵ François Beck e Dirk J. Korf, "Links between the use of licit and illicit drugs", in *Comparability of General Population Surveys, Part 2: Join Analysis of an European Expert Group on Drug Use Surveys (EEDUS)*, (CT_97_EP_09-FINAL-REPORT – Part2, pp. 34-56).

Tipo II: novos experimentadores – consumiram pela primeira vez no último ano mas não no último mês;

Tipo III: consumidores recorrentes – consumiram no último ano sem que fosse a primeira vez mas não consumiram no último mês; e

Tipo IV: consumidores correntes – consumiram ao longo da vida, no último ano e último mês.

Tipologia das experiências do consumo

Pouco mais de metade (53,8%) da população geral não é fumadora. Relativamente aos que declaram ter consumido alguma vez na vida tabaco, 26,3% é consumidor corrente, 18,0% é desistente e uma pequena parcela de consumidores (1,8%) é recente.

Tendo em conta as diferenças de sexo no consumo de tabaco, verificamos que o grupo dos abstinentes é maioritariamente feminino; nos grupos dos desistentes e dos consumidores correntes a presença masculina é superior à feminina; e, no grupo dos consumidores recentes existe igual proporção de homens e mulheres.

Também a idade se relaciona com os perfis de experiências do consumo encontrados: os consumos correntes e os consumos recentes associam-se a idades mais jovens (sobretudo jovens adultos, entre os 25 e os 34 anos), e os desistentes maioritariamente à idade adulta, sobretudo a partir dos 45 anos.

	2001	2007	2012
Desistentes	10,9	18,0	18,0
Consumidores recentes	0,7	1,5	1,8
Consumidores correntes	28,6	29,4	26,3
Abstinentes	59,8	51,1	53,8
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Comparativamente ao estudo de 2007, as percentagens de desistentes e de consumidores recentes mantêm-se, sobe ligeiramente a percentagem de abstinentes, descendo a de consumidores correntes.

Tipologia das sequências do consumo

Tendo em conta apenas o conjunto dos consumidores, chegamos às seguintes sequências do consumo de tabaco: 57% dos consumidores de tabaco são de tipo IV – consumidores correntes –, ou seja, consumiram nos últimos ano e mês. Dos que não se enquadram neste perfil, a maioria associa-se a um consumo não recente, sendo muito reduzida a parcela de novos experimentadores e de consumidores recorrentes (que consumiram no último ano não pela primeira vez, mas não no último mês).

Não existem diferenças significativas na distribuição por sexo no que toca a esta tipologia das sequências do consumo (tipologia que é referente apenas ao grupo dos consumidores). Significa que existem em igual proporção no masculino e no feminino os quatro tipos do consumo. A diferença a assinalar diz respeito a um peso ligeiramente superior de homens tipo IV – consumidores correntes.

Quando comparados os grupos etários, verifica-se um aumento progressivo do peso do tipo I – consumidores não recentes – à medida que avançamos nas idades e, paralelamente, uma diminuição dos tipos II – novos experimentadores –, III – consumidores recorrentes – e IV – consumidores correntes –, dos grupos etários mais jovens para a população com idades superiores a 45 anos.

Tabela 54. Tipologia das sequências do consumo de tabaco, 15-64 anos, 2001 (n=5702), 2007 (n=5966) e 2012 (n=2473) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	27,1	36,8	39,0
Novos experimentadores	--	0,9	3,0
Consumidores recorrentes	1,6	2,2	0,9
Consumidores correntes	71,2	60,1	57,0
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Em relação a 2007, diminuiu ligeiramente a percentagem de consumidores correntes e recorrentes, e aumentou em 2%, quer os novos experimentadores, quer os consumidores não recentes.

Bebidas alcoólicas

Idades de início, de fim e duração do consumo

A maioria (80%) dos consumidores de bebidas alcoólicas realizou o primeiro contacto com o álcool com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos. Neste grupo de idades, as concentrações percentuais mais significativas registam-se nos 18 anos (21% dos consumidores), 16 (15%) e 17 anos (14%). A idade média de início do consumo situa-se nos 18 anos. Relativamente à duração do consumo, a média é de 12 anos e a duração máxima de 50 anos. Há que assinalar ainda o facto de a duração mais frequente (modal) ser inferior a 1 ano.

A idade média, assim como a idade modal, de início do consumo de bebidas alcoólicas subiu dos 17 anos registados em 2001 e em 2007 para os 18 anos, ainda que a mediana (que corresponde a metade dos consumidores) sejam os 17 anos. A idade média para o último consumo de bebidas alcoólicas para quem deixou de beber tem vindo a decrescer a cada ano de estudo: 33 em 2001, 32 em 2007 e 31 em 2012. A duração média do consumo de bebidas alcoólicas, que havia diminuído de 20 anos para os 14 entre 2001 e 2007, situa-se em 2012 nos 12 anos.

Para os que atualmente consomem, a duração média desse consumo ocorre há 23 anos.

Tabela 55. Idades da primeira vez, última vez e duração média do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012

	Idade		Duração (em anos)
	Primeira vez	Última vez	
Média	18	31	12
Mediana	17	28	8
Moda	18	18	0
Máximo	54	64	50
Mínimo	2	6	0
Desvio Padrão	4	14	13
N	3485	1060	961

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

Para a população geral, é de metade o peso dos consumidores correntes de bebidas alcoólicas, a que se somam 10,8% de consumidores recentes e 12,4% de desistentes. Desta forma, corresponde a 26,4% a proporção de abstinentes do consumo de bebidas alcoólicas.

Há uma clara diferença em termos de sexo, sobretudo no que se refere à população abstinente e à população consumidora corrente: enquanto dois terços da população masculina é consumidora corrente, no caso da população feminina esse valor corresponde a um terço do total, sendo outro tanto população abstinente. Complementar na análise desta tipologia por sexo é o dobro da proporção do consumos recentes nas mulheres face ao valor apresentado nos homens.

O peso dos consumidores correntes é semelhante nos grupos etários acima dos 25 anos, sendo a proporção de consumidores correntes mais baixa no grupo etário mais jovem de todos. Essa mesma tendência é observada sobre o consumo desistente.

A proporção de abstinentes também se mantém semelhante entre os grupos etários, exceto nos mais jovens, onde surge acima da média. É no consumo recente que a diferença entre grupos etários se faz sentir, decrescendo a proporção do consumos recentes à medida que avançamos nos grupos etários.

Tabela 56. Tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)			
	2001	2007	2012
Desistentes	9,7	8,8	12,4
Consumidores recentes	6,7	11,0	10,8
Consumidores correntes	59,3	59,3	50,3
Abstinentes	24,4	20,9	26,4
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Relativamente ao anterior ano de análise, de salientar o aumento de 5% de abstinentes, assim como o ligeiro aumento (3%) de desistentes, e a diminuição dos consumidores correntes em quase 10%.

Tipologia das sequências do consumo

Cerca de dois terços dos consumidores inserem-se naquele que é designado como tipo IV – consumidores correntes. Dos restantes consumidores, 16,9% apresenta um perfil do consumo não recente, 13,9% são consumidores recorrentes e não chega a 1% os que se incluem no perfil dos novos experimentadores de bebidas alcoólicas.

Dentro do grupo dos homens consumidores, prevalece sobretudo o consumo de tipo IV (nos últimos ano e mês). No caso das mulheres, ainda que sendo também este o perfil predominante, há um peso maior, comparativamente aos homens, nos tipos I – consumidores não recentes (não consumo nos últimos ano e mês) – e III – consumidores recorrentes (consumiram no último ano mas não pela primeira vez).

Na repartição por grupos etários, o peso do tipo IV (consumo corrente) e I (consumo não recente) vai aumentando ligeiramente à medida que avançamos na idade, sobretudo devido ao facto de ser no grupo etário mais jovem que encontramos um peso maior de consumidores recorrentes (tipo III) e de novos experimentadores (tipo II).

Tabela 57. Tipologia das sequências do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2001 (n=10724), 2007 (n=9650) e 2012 (n=3939) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	12,8	11,1	16,9
Novos experimentadores	0,5	0,7	0,8
Consumidores recorrentes	8,4	13,2	13,9
Consumidores correntes	78,4	75,0	68,4
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A percentagem de consumidores correntes tem vindo a decrescer desde 2001. Relativamente ao anterior estudo mantêm-se as percentagens de consumidores recorrentes e a de novos experimentadores.

Medicamentos

Idades de início, de fim e duração do consumo

Os contactos iniciais com sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos ocorreram, em 36% dos casos, quando os inquiridos tinham entre 18 e 30 anos, em 24%, entre os 31 e os 40 anos, e em 22%, entre os 41 e 50 anos. Os casos de início do consumo com menos de 18 anos ou mais de 50 anos tendem a ser de valores inferiores, reunindo designadamente 7% e 12% dos consumidores.

Para 40% dos consumidores a duração do consumo foi inferior a 1 ano. Cerca de 30% consumiu durante um período que vai de 1 a 5 anos, 13% num período que varia entre os 6 e os 10 anos, 6% entre 11 e 15 anos, e 4% num período que varia entre os 16 e os 20 anos. Com uma carreira longa do consumo, ou seja, uma duração do consumo de medicamentos superior a 20 anos encontramos 7% dos consumidores.

Para os que atualmente recorrem a sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos, a duração média do consumo acontece há 11 anos, sendo no entanto os 4 anos o valor mais frequente e os 8 anos o que tem até metade dos consumidores.

Aquando do último consumo de sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos, 21% dos inquiridos tinha entre 21 e 30 anos, 20% situava-se no grupo de idades entre 31 e 40 anos, 25% entre 41 e 50 anos. Para cerca de 8% o consumo ocorreu pela última vez até aos 20 anos. Em contrapartida, e associando-se a idades mais elevadas, para 26% o último consumo de medicamentos ocorreu quando os indivíduos tinham idades superiores a 50 anos.

A duração média do consumo de medicamentos, que era a mesma (7 anos) em 2001 e 2007, diminui para 5 anos em 2012. As idades médias de início do consumo têm vindo subtilmente a aumentar: 33 anos em 2001, 34 anos em 2007 e 35 em 2012. As idades médias de fim (41 anos em 2001, 40 anos em 2007 e 41 anos em 2012) são bastantes idênticas.

	Idade		Duração (em anos)
	Primeira vez	Última vez	
Média	35	41	5
Mediana	35	41	2
Moda	30	30	0
Máximo	63	64	51
Mínimo	5	5	0
Desvio Padrão	12	13	8
N	994	1005	959

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

Tendo em conta a tipologia das experiências do consumo, verificamos que 79,6% da população geral abstém-se do consumo de sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos, 10,0% são consumidores correntes (consumiram no último mês) e 8,2% são desistentes (não consumiram no último ano), sendo de 2,1% a parcela de consumidores recentes.

É, no geral, um consumo maioritariamente feminino, característica que atravessa todos os perfis, excluindo os abstinentes. Sendo um consumo maioritariamente adulto, é no grupo dos consumidores correntes que a presença de população acima dos 44 anos mais se faz notar.

	2001	2007	2012
Desistentes	2,5	7,2	8,2
Consumidores recentes	1,0	2,1	2,1
Consumidores correntes	2,1	9,9	10,0
Abstinentes	94,3	80,9	79,6
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os anteriores estudos, verificamos uma diminuição da população abstinente entre 2001 e 2007, que se traduziu no aumento percentual dos restantes perfis, principalmente dos desistentes e dos consumidores correntes. Entre 2007 e 2012 não se registam alterações nos perfis.

Tipologia das sequências do consumo

Quase metade da população consumidora de sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos apresenta um perfil de consumo corrente (tipo IV), sendo que, para além deste perfil de sequência do consumo, observa-se ainda uma percentagem considerável (40,4%) do consumo não recente (tipo I). Apresentam um perfil de consumo recorrente 7,4% dos consumidores e 3,1% são novos experimentadores.

Sabendo-o um consumo mais feminino, a distribuição da tipologia por sexo aponta para uma ligeira sobre-representação das mulheres consumidoras no consumo corrente, e um consumo não recente nos homens.

Já no que se refere à idade, o peso do tipo IV (consumo corrente) vai aumentando à medida que avançamos na idade, diminuindo paralelamente o peso dos novos experimentadores (tipo II) e do consumo não recente (tipo I).

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	35,4	37,6	40,4
Novos experimentadores	4,2	3,1	3,1
Consumidores recorrentes	22,6	7,7	7,4
Consumidores correntes	37,7	51,6	49,1
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O perfil dos consumidores correntes aumentou significativamente entre 2001 e 2007, tendo descido o dos consumidores recorrentes. Entre 2007 e 2012 não se registam alterações nos diferentes perfis da tipologia.

Substâncias psicoativas ilícitas

Canábis

Idades de início, de fim e duração do consumo

A maior parte dos consumidores inquiridos realizou o primeiro contacto com a substância entre os 15 e os 20 anos (79%), num conjunto de idades de início do consumo que vão dos 9 aos 46 anos. Cerca de 40% de consumidores inquiridos consumiu durante um período inferior a 1 ano, 27% consumiu num período que varia entre 1 e 5 anos, e os restantes 33% consumiu durante um período superior a 5 anos.

Para o conjunto da população, a idade média do primeiro consumo é de 18 anos e a do último consumo de 24 anos, sendo a sua duração média de 5 anos (o valor mais comum da duração é de 0 anos, e metade da população consumiu durante um período máximo de 2 anos). O consumo regular foi iniciado, em média, aos 19 anos.

Pelo valor modal que apresentam e pelo valor da mediana, observa-se que as idades mais frequentes para iniciar, consumir regularmente e terminar o consumo de canábis são, respetivamente, de 18, 18 e 20 anos. O desvio-padrão nas idades de início e do consumo regular é mais reduzido do que nas do último consumo – 3, 4 e 8 anos, respetivamente – o que aponta para uma maior proximidade entre as idades de início do consumo e uma maior heterogeneidade das idades de fim do consumo. Os extremos inferiores e superiores das séries de idades são bastante afastados da média: 9 e 46 anos, para o primeiro consumo, 10 e 40 para o consumo regular, e 11 e 59 anos para o último consumo.

Nos três anos em análise, a maior parte dos consumidores inquiridos realizou o primeiro consumo entre os 15 e os 20 anos. A idade média do primeiro consumo é, em 2001, 2007 e 2012, de 18 anos. A idade média do último consumo era de 23 anos em 2001 e de 24 anos em 2007 e em 2012. A duração média do consumo, que era de 5 anos em 2001, registou um valor de 6 anos em 2007 e em 2012 regressa ao valor de 5 anos. As idades mais frequentes para iniciar o consumo aumentaram dos 16 anos (2001) para os 18 anos (2007 e 2012), enquanto as de fim do consumo se mantiveram nos 20 anos.

Tabela 61. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de canábis, 15-64 anos, 2012

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	18	19	24	5
Mediana	18	18	20	2
Moda	18	16	20	0
Máximo	46	40	59	40
Mínimo	9	10	11	0
Desvio Padrão	3	4	8	8
N	480	212	453	443

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Relativamente às temporalidades do consumo da canábis, 19% afirmou que o primeiro consumo ocorreu entre 1 a 5 anos atrás e 18% entre 6 a 10 anos. Também 19% são os que iniciaram o consumo de canábis num período ocorrido há 11-15 anos, e 12 há 16-20 anos. É de 32% a proporção de consumidores para quem o primeiro consumo ocorreu há mais de 20 anos. Para o conjunto da população, o primeiro consumo decorreu, em média, há 16 anos.

Tipologias do consumo

Relembrando o que foi escrito atrás, a propósito das tipologias do consumo de substâncias psicoativas lícitas, a construção de tipologias a partir da informação existente permite agregar consumidores que apresentem um perfil similar, diferenciando-os de outros que manifestem tempos, momentos e razões do consumo distintas.

A tipologia das experiências do consumo sistematiza a informação referente às declarações de prevalência do consumo (ao longo da vida, no último ano e no último mês). Como referimos antes, esta tipologia é sugerida pelo OEDT e organiza as orientações do consumo: *abstinentes* (nunca consumiram), *consumidores recentes* (consumiram nos últimos doze meses mas não no último mês), *consumidores correntes* (consumiram no último mês), e *desistentes* (consumiram alguma vez na vida mas não consumiram no último ano).

A tipologia das sequências do consumo é construída a partir das declarações do consumo, considerando os indicadores de prevalência e distância temporal do primeiro consumo. Distinguímos quatro tipos de situações: *Tipo I: consumidores não recentes* – consumiram alguma vez na vida mas não no decorrer do último ano; *Tipo II: novos experimentadores* – consumiram pela primeira vez no último ano mas não no último mês; *Tipo III: consumidores recorrentes* – consumiram no último ano sem que fosse a primeira vez mas não consumiram no último mês; e *Tipo IV: consumidores correntes* – consumiram ao longo da vida, no último ano e mês.

Tipologia das experiências do consumo

De acordo com esta tipologia, observamos que a grande maioria (90,6%) da população inquirida declara ser abstinente, ou seja, regista ausência de qualquer experiência do consumo de canábis. Entre os consumidores, 6,7% são desistentes, 1,7% são consumidores correntes e 1,0% consumidores recentes.

Considerando as características sociodemográficas dos inquiridos, a sua distribuição por perfil aponta para uma representatividade maior das mulheres no grupo da abstinência do consumo, e dos homens em todos os outros perfis associados a qualquer tipo do consumo de canábis. Contudo, é também expressiva a percentagem de homens no abandono do consumo.

Relativamente à idade, o peso dos abstinentes vai aumentando a cada grupo etário, quando analisamos dos mais novos para os menos novos. Significa que é nos grupos etários mais jovens que encontramos maior representatividade dos perfis do consumo, face aos valores de referência para a população total: assim, comparativamente com os restantes grupos etários, é nos jovens de 15-24 anos que a proporção de consumidores recentes e consumidores correntes é superior, e no grupo etário imediatamente seguinte (25-34 anos) que o peso dos desistentes mais se faz notar. Confirma-se assim que a experiência do consumo de canábis se impõe, sobretudo, ao nível das camadas mais jovens.

Tabela 62. Tipologia das experiências do consumo de canábis, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)

	2001	2007	2012
Desistentes	4,3	8,1	6,7
Consumidores recentes	0,9	1,2	1,0
Consumidores correntes	2,4	2,4	1,7
Abstinentes	92,4	88,3	90,6
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Comparativamente aos anteriores anos de análise, a percentagem de abstinentes, que havia decrescido entre 2001 e 2007, volta a subir em 2012 para valores mais próximos dos registados no primeiro estudo.

Tipologia das sequências do consumo

Uma primeira distinção pode ser feita entre os tipos I e os outros, na medida em que ela separa os consumos mais antigos de todos aqueles que tiveram lugar no decorrer do último ano (tipos II, III e IV). Vemos assim que os consumidores não recentes representam 71,7% da população que consumiu alguma vez ao longo da vida. Dos que consumiram no decorrer do último ano, 1,3% pertence ao perfil novos experimentadores (consumiram pela primeira vez no último ano

mas não no último mês), 8,9% são consumidores recorrentes (consumiram no último ano sem que fosse a primeira vez mas não consumiram no último mês) e 18,2% são consumidores correntes (consumiram no último ano e no último mês).

No que concerne à distribuição dos tipos de consumidores dentro de cada sexo, verifica-se uma distribuição muito semelhante, com o predomínio do consumo não recente (tipo I) tanto no masculino como no feminino, e com pesos semelhantes no consumo corrente (tipo IV).

É dentro do grupo mais jovem (15-24 anos) que encontramos maior dispersão de consumidores pelos quatro tipos do consumo, onde mais de metade se inclui no tipo I (não recente) mas onde o tipo II (novos experimentadores), III (recorrente) e IV (corrente) apresentam valores acima da média. Aliás, a situação dos “novos experimentadores” é exclusiva do grupo etário 15-24 anos. O peso maior dos consumidores de tipo I (consumo não recente) nos grupos etários acima dos 25 anos deve-se sobretudo à ausência ou menor representatividade de consumidores dessas idades nos restantes tipos do consumo.

Tabela 63. Tipologia das sequências do consumo de canábis, 15-64 anos, 2001 (n=1048), 2007 (n=1431) e 2012 (n=504) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	57,3	69,5	71,7
Novos experimentadores	2,0	1,8	1,3
Consumidores recorrentes	8,7	8,2	8,9
Consumidores correntes	32,0	20,5	18,2
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os anteriores anos de análise, verifica-se, desde 2001, uma redução da percentagem de consumidores correntes e um aumento do consumo não recente.

Cocaína

Idades de início, de fim e duração do consumo

A maior parte dos consumidores inquiridos realizou o primeiro contacto com a substância entre os 18 e os 24 anos (63%). Com idades inferiores a 18 anos encontramos cerca de 14%, e com idades superiores a 24 anos, cerca de 23% de consumidores. Refira-se ainda que a amplitude das idades de início do consumo de cocaína varia entre o valor mínimo de 12 anos e o valor máximo de 30 anos.

A idade média de início do consumo (primeira vez) é os 21 anos, sendo a mesma do consumo regular para aqueles que mantiveram o consumo.

A duração média do consumo desta substância é de 7 anos. Na distribuição dos valores sobre a duração, regista-se o seguinte: prevalece o período inferior a 1 ano (25%); para cerca de 30%, o período entre o primeiro e o último consumo varia entre 1 e 5 anos; para 20% entre 6 e 10 anos; para 11% entre 11 e 15 anos, e cerca de 13% consumiu durante mais de 15 anos.

Sobre as temporalidades do consumo, 29% dos consumos iniciais foi feito até há 5 anos, 13% iniciou há 6-10 anos, 4% há 11-15 anos, 13% há 16-20 anos, enquanto 41% correspondem a inícios do consumo mais antigos (iniciados há mais de 20 anos).

As médias de idade de início e de fim e a duração dos consumos aumentaram ligeiramente entre os vários anos em análise: em 2001 eram de 20, 25 e 5 anos, respetivamente; em 2007 eram de 21, 27 e 6 anos; e em 2012 de 21, 28 e 7 anos.

Tabela 64. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	21	21	28	7
Mediana	20	20	27	5
Moda	18	18	30	0
Máximo	30	36	53	25
Mínimo	12	14	16	0
Desvio Padrão	4	4	8	7
N	60	32	55	54

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

De acordo com a tipologia das experiências do consumo, 98,8% da população inquirida nunca consumiu cocaína ao longo da vida, registando-se 1,0% que desistiu do consumo desta substância, restando uma repartição igual, de 0,1%, entre consumidores recentes e consumidores correntes.

A proporção de mulheres abstinentes do consumo de cocaína é ligeiramente superior à dos homens, o que significa dizer que o consumo encontra-se representado no masculino ligeiramente acima dos valores sobre a população. Tal é devido, por um lado, à ausência de registo do consumo recente feminino e, por outro lado, a um valor três vezes superior nos homens de consumidores desistentes face à proporção de mulheres com o mesmo perfil do consumo.

Com valores muito próximos na abstinência nos diferentes grupos etários, na análise dos tipos do consumo destacam-se, face aos restantes, as idades entre os 35 e os 44 anos no consumo desistente e o grupo 25-34 anos nos consumos recentes e correntes.

	2001	2007	2012
Desistentes	0,6	1,3	1,0
Consumidores recentes	0,2	0,3	0,1
Consumidores correntes	0,1	0,3	0,1
Abstinentes	99,1	98,1	98,8
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Não existem alterações na composição dos perfis desta tipologia em relação ao anterior ano de análise.

Tipologia das sequências do consumo

Atendendo à tipologia das sequências do consumo de cocaína, de entre a população consumidora, a maioria (81,7%) apresenta um consumo não recente, 10,0% são consumidores correntes e 8,4% recorrentes. Não existem novos experimentadores de cocaína.

Não havendo registo de novos experimentadores (tipo II), verifica-se que a proporção de consumidores não recentes (tipo I) é exatamente a mesma na comparação por sexos, sendo esse o perfil que prevalece. No caso das mulheres há ainda a registar a ausência de consumidoras de tipo III (consumo recorrente) e, por isso, um peso maior no consumo corrente (tipo IV). No caso dos homens consumidores, é o tipo III (consumo recorrente) o que apresenta o segundo

valor mais expressivo.

A totalidade ou quase totalidade dos consumidores de 35-44 anos e mais de 54 anos efetuaram um consumo não recente (tipo I). Nos restantes grupos etários esse valor não tão extremo é causado pela existência de consumidores de tipo III (recorrentes) nas idades abaixo dos 35 anos, e dos consumos correntes nos 25-34 anos (de todos, o grupo etário que maior diversidade de tipos do consumo apresenta) e nos 45-54 anos.

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	68,7	68,3	81,7
Novos experimentadores	0,7	2,6	--
Consumidores recorrentes	15,3	12,3	8,4
Consumidores correntes	15,3	16,8	10,0
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Em relação aos anteriores anos de análise, aumentou a percentagem dos consumidores não recentes, e o perfil dos novos experimentadores, que já tinha pouca expressão nos anteriores estudos, não apresenta em 2012 nenhum caso.

Anfetaminas

Idades de início, de fim e duração do consumo

Para mais de metade dos casos, o primeiro consumo de anfetaminas foi feito entre a adolescência e o início da idade adulta: 29% tinha entre 15 e 18 anos, e 31% entre 19 e 21 anos.

A média de idades de início do consumo de anfetaminas é de 20 anos, sendo os 27 a idade média do último consumo. As idades mínimas de início do consumo de anfetaminas são os 14 anos e as máximas de 30 anos. Relativamente ao fim do consumo, para quem não consome atualmente, o valor mínimo é de 19 anos e o máximo de 38 anos. Metade dos consumidores tinha iniciado o consumo até aos 20 anos, sendo que metade dos consumidores indica até aos 27 anos como sendo a idade de fim do consumo.

O período médio do consumo desta substância é de cerca de 7 anos, ainda que o valor mais frequente seja aquele que corresponde a um período inferior a 1 ano (31%) e haja 12% para quem o período entre o primeiro consumo e o último consumo corresponde a 1 ou 2 anos. Mas para 57% a duração variou entre 3 a 22 anos.

Sobre as temporalidades do consumo, 14% dos consumos iniciais foram feitos até há 5 anos, 15% começou há 6-10 anos, 11% há 11-15 anos, e 24% há 16-20 anos. São cerca de 36% os que efetuaram esse primeiro consumo há mais de 20 anos.

As idades médias de início do consumo de anfetaminas (20 anos) em 2012 apresentam-se entre os valores de 2001 (19 anos) e os de 2007 (21 anos), tendo a duração média do consumo aumentado ligeiramente (4 anos em 2001, 5 anos em 2007 e 7 anos em 2012). A idade média de fim do consumo de anfetaminas (27 anos) em 2012 é ligeiramente superior à de 2001 (23 anos) e de 2007 (26 anos).

Tabela 67. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012				
	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	20	20	27	7
Mediana	20	20	27	3
Moda	20	20	30	0
Máximo	30	26	38	22
Mínimo	14	15	19	0
Desvio Padrão	4	4	6	7
N	26	10	26	26

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

Atendendo à tipologia das experiências do consumo de anfetaminas, podemos verificar na tabela abaixo que 99,5% da população geral é abstinentes. Dos que consomem a substância, a restante percentagem enquadra-se no perfil desistente.

Quanto às características sociodemográficas de cada um destes tipos, predominando acima dos 99% os abstinentes em ambos os sexos, verificamos que há uma tendência para os consumidores, sejam eles efetivos ou desistentes, serem sobretudo homens.

Em todos os grupos etários a proporção de abstinentes (a rondar mais ou menos os 99,5%) e de desistentes (entre os 0,2 e os 0,7%) é similar. Os consumos correntes são exclusivos dos jovens adultos de 25-34 anos.

	2001	2007	2012
Desistentes	0,4	0,7	0,4
Consumidores recentes	0,0	0,1	--
Consumidores correntes	0,1	0,1	0,0
Abstinentes	99,5	99,1	99,5
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologia das sequências do consumo

Tendo em conta agora o tipo de consumidores de anfetaminas, a maioria (92,2%) são consumidores do tipo I – consumo não recente, que serão aqueles que já consumiram alguma vez na vida, mas não no último ano. Quanto aos restantes, 6,8% são consumidores correntes, ou seja, que já se iniciaram há mais de um ano e que no último mês mantiveram esse consumo, e menos de 1% são consumidores recorrentes, diferenciam-se destes últimos pelo facto de não terem consumido no último mês. Não encontramos em 2012 o perfil novo experimentador.

A totalidade das mulheres consumidoras insere-se no que descrevemos ser um consumo não recente (tipo I). Ainda que tal aconteça também com a maioria de homens consumidores, há a registar uma percentagem significativa de consumos correntes (tipo IV) no masculino.

Quase todos os grupos etários se associam a um consumo não recente. A exceção acontece para uma pequena parte dos consumidores de 25-34 anos que se insere no tipo IV (consumo corrente).

Tabela 69. Tipologia das seqüências do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2001 (n=68), 2007 (n=110) e 2012 (n=26) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)			
	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	86,2	79,9	92,2
Novos experimentadores	--	2,8	--
Consumidores recorrentes	2,8	5,1	0,9
Consumidores correntes	10,9	12,2	6,8
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Comparativamente aos anteriores anos de análise, apenas o perfil do consumo não recente regista aumento de percentagem.

Ecstasy

Idades de início, de fim e duração do consumo

Os consumos iniciais de ecstasy realizam-se sobretudo numa faixa etária mais jovem: cerca de 61% dos consumidores fê-lo pela primeira vez até aos 20 anos, sendo particularmente evidente nas idades de 17, 18 e 20 anos. Um quarto dos consumidores experimentou pela primeira vez quando tinham idades compreendidas entre os 21 e os 25 anos, e 14% contava com uma idade superior a 25 anos.

A idade média do primeiro consumo de ecstasy é de 22 anos, assim como a do consumo regular, e a idade média do último consumo é de 24 anos, sendo a duração média do consumo de 3 anos. No primeiro consumo encontramos um valor mínimo de 15 anos e um máximo de 50 anos. No que se refere à idade do último consumo, os valores mínimos e máximos são os mesmos dos do primeiro. A mediana diz-nos que metade dos consumidores não tinha mais de 20 anos quando iniciou, e 23 anos quando consumiu pela última vez.

Quanto à duração, verifica-se que o consumo de ecstasy é sobretudo um consumo de curta duração: para 32%, o consumo realizou-se num período não superior a 12 meses, aos quais se juntam 13% de consumos durante 1 ano e 21% durante 2 anos, o que perfaz 66% da população consumidora desta substância. Dos restantes, prevalece essencialmente o período do consumo de 5 ou 6 anos (15%).

Cerca de 60% efetuou o primeiro consumo até há 10 anos.

O consumo de ecstasy apresenta uma ligeira subida nas idades médias de primeira vez quando comparados os três anos: em 2001 a idade média de início era os 20 anos, em 2007 os 21 e em 2012 os 22. Relativamente à idade média de último consumo, o valor é semelhante para os três períodos: 23, 24 e 24 anos, respetivamente em 2001, 2007 e 2012. Também a duração apresenta o mesmo comportamento: 2, 3 e 3 anos, respetivamente em 2001, 2007 e 2012.

Tabela 70. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	22	22	24	3
Mediana	20	19	23	2
Moda	20	17	20	0
Máximo	50	39	51	15
Mínimo	15	16	15	0
Desvio Padrão	7	6	8	4
N	62	34	59	59

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

Do total da população inquirida, 98,7% é abstinente do consumo de ecstasy, e, de entre os consumidores, a grande maioria é desistente.

Os que escapam à larga maioria (98% nos homens e 99,3% nas mulheres) de ausência do consumo são consumidores desistentes, homens ou mulheres. No caso dos homens podemos encontrar ainda, numa percentagem mais reduzida, o consumo corrente e uma ausência do consumo recente, ao passo que nas mulheres é o inverso, ou seja, uma percentagem ligeira do consumo recente e ausência de corrente.

O grupo etário mais jovem é aquele em que todos os perfis estão representados, sendo de destacar particularmente o consumo recente e o corrente. No grupo etário seguinte (25-34 anos) o destaque vai para o peso acima da média dos desistentes do consumo de ecstasy, peso esse que diminui progressivamente nos dois grupos etários seguintes. No grupo etário mais elevado não há registo de qualquer perfil do consumo, havendo, portanto, total abstinência do consumo.

Tabela 71. Tipologia das experiências do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)

	2001	2007	2012
Desistentes	0,3	0,8	1,0
Consumidores recentes	0,2	0,2	0,1
Consumidores correntes	0,2	0,2	0,2
Abstinentes	99,3	98,7	98,7
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologia das sequências do consumo

Atendendo agora ao grupo dos consumidores (1,3% do total da população inquirida), verificamos que a maioria dos consumidores (80,6%) se insere no designado tipo I – consumidores não recentes (consumiram alguma vez na vida mas não no último ano). O tipo IV – consumidores correntes – regista 13,0% e o tipo II – novos experimentadores – regista 5,9%. Por fim, o perfil com menor percentagem, com meio ponto percentual, é o tipo II – dos consumidores recorrentes.

Em ambos os sexos o tipo de consumo mais comum é o consumo não recente (tipo I). Quando tal não acontece, no caso dos homens o tipo IV (consumo recorrente) é o que se verifica, ao passo que para as consumidoras femininas não recentes são os casos de novas experimentadoras (tipo II) os que surgem.

A totalidade dos consumidores de ecstasy dos grupos etários dos 25-34 e 45-54 anos são de tipo não recente (tipo I). No caso dos de 35-44 anos são não a totalidade mas a maioria, dado existir um valor expressivo no tipo IV (consumo corrente). Os consumidores de 15-24 anos fogem a esta tendência: a maioria associa-se ao tipo IV (consumo corrente) e há ainda uma parte significativa que se inclui ou no perfil I (consumo não recente) ou no II (novos experimentadores).

Tabela 72. Tipologia das sequências do consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2001 (n=96), 2007 (n=153) e 2012 (n=69) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	47,2	67,4	80,6
Novos experimentadores	7,6	6,0	5,9
Consumidores recorrentes	16,8	12,4	0,5
Consumidores correntes	28,3	14,2	13,0
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os anteriores anos de análise, regista-se um aumento significativo, desde 2001 a 2012 dos consumos não recentes, e uma diminuição dos consumos recorrentes.

Heroína

Idades de início, de fim e duração do consumo

Cerca de 34% dos consumidores inquiridos tinha entre 18 e 20 anos quando contactou pela primeira vez com a heroína. A categoria modal para o início do consumo de heroína são os 20 anos. Contudo, são 40% os que iniciaram o consumo antes dos 18 anos. Há ainda 17% que teve o primeiro contacto com a substância entre os seus 21 e os 25 anos, e 10% os que tinham mais de 25 anos. O registo da idade de início do consumo varia entre um mínimo de 14 anos e um máximo de 28 anos.

O consumo torna-se regular sobretudo aos 20 anos, sendo esse o valor de média, moda e mediana. Relativamente ao último consumo, ele ocorre numa idade média de 26 anos, entre um valor mínimo de 14 anos e um máximo de 50 anos.

Relativamente ao consumo, ele dura em média 6 anos, constatando-se que: 28% dos consumidores fê-lo durante um período inferior a 1 ano, 22% num período que varia entre 1 e 5 anos, 32% durante 6 a 10 anos, 11% durante 11 a 15 anos e 7% consumiu durante mais de 15 anos.

O primeiro contacto com a substância decorreu, em média, há cerca de 21 anos. No total dos consumidores inquiridos, observamos que 7% iniciou há 1-5 anos o contacto com a substância, 9% há 6-10 anos, 7% há 11-15 anos, 17% entre 16 e 20 anos. Cerca de 60% dos consumidores iniciou o consumo há mais de 20 anos.

A idade média da primeira vez em que o consumo ocorreu é de 19 anos, a mesma média de idades registada nos dados dos anos anteriores (2001 e 2007). Depois de a média de idades de fim do consumo ter aumentado dos 27 anos em 2001 para os 29 em 2007, em 2012 voltam a registar-se os valores de 2001, situando-se agora nos 26 anos. Também a duração média do consumo diminuiu depois do aumento entre os dois primeiros anos em análise: de 7 anos em 2001 para 8 anos em 2007, surge em 2012 com o valor de 6 anos.

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	19	20	26	6
Mediana	19	20	24	8
Moda	20	20	30	0
Máximo	28	28	50	21
Mínimo	14	14	14	0
Desvio Padrão	4	4	8	6
N	31	23	29	29

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

No que diz respeito à tipologia das experiências do consumo de heroína, 99,4% da população geral declara-se abstinente e 0,5% desistente.

A ausência do consumo é o mais comum em ambos os sexos: 99,9% no caso das mulheres e 99% no caso dos homens. As escassas situações que fogem à regra são, no caso das mulheres, consumos desistentes ou consumos recentes e, no caso dos homens, apenas consumos desistentes.

As poucas situações que fogem ao não consumo de heroína caracterizam-se, em termos de idade, por serem desistências em todos os grupos etários, à exceção dos acima de 54 anos onde a abstinência é total. O grupo dos 35-44 anos é o que apresenta o valor mais elevado (1,4%) do consumo desistente. Há ainda a registar um reduzido número de consumidores recentes, apenas no grupo 45-54 anos.

	2001	2007	2012
Desistentes	0,5	0,8	0,5
Consumidores recentes	0,1	0,0	0,0
Consumidores correntes	0,1	0,2	0,0
Abstinentes	99,3	98,9	99,4
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologia das sequências do consumo

Recorrendo à tipologia das sequências do consumo verifica-se que a população consumidora de heroína apresenta maioritariamente um consumo não recente (92,7%). São consumidores recorrentes 6,4% e correntes 1,0%. Não se encontram entre a população consumidora novos experimentadores.

Relativamente à caracterização da população consumidora em função do sexo, constatamos que a totalidade dos consumidores homens se insere no tipo I – consumo não recente. As mulheres consumidoras repartem-se de forma equitativa entre o tipo I e o tipo III – consumo recorrente.

No que diz respeito às idades, todos os grupos etários que apresentam consumos estão representados na íntegra no tipo I – consumo não recente, à exceção do grupo dos 45-54 anos que apresenta um segundo tipo do consumo, ainda que seja o menos frequente (o tipo III – consumo recorrente).

Tabela 75. Tipologia das seqüências do consumo de heroína, 15-64 anos, 2001 (n=103), 2007 (n=129) e 2012 (n=32) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	74,6	76,2	92,7
Novos experimentadores	2,3	--	--
Consumidores recorrentes	11,3	4,6	6,4
Consumidores correntes	11,8	19,2	1,0
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

LSD

Idades de início, de fim e duração do consumo

Mais de metade dos consumidores de LSD tinha entre 17 e 22 anos quando consumiu pela primeira vez esta substância, sendo a idade mais comum os 20 anos.

É entre os 21 e os 26 anos que, em média, ocorre, respetivamente, o início e o fim do consumo de LSD. Em ambos os casos regista-se um valor mínimo de 13 anos e um valor máximo de 38 anos. A idade média do consumo regular é igual à idade média da primeira vez: 21 anos.

Com uma duração média de 5 anos do consumo, mais de 35% dos consumos ocorreram num período inferior a um ano, 25% consumiu durante 1 a 5 anos, 25% durante 6 a 10 anos, e 14% consumiu durante um período superior a 10 anos.

Cerca de 30% dos consumos teve início há menos de 5 anos, e para 16% esse início ocorreu entre 6 a 10 anos. Cerca de 30% consumiu pela primeira vez num período há 11-20 anos, 18% há 21-30 anos, e cerca de 7% fê-lo pela primeira vez há mais de 30 anos.

A idade média de início do consumo de LSD tem oscilado entre os 20 em 2007 e os 21 anos em 2001 e 2012, e a idade média do último consumo tem vindo a aumentar dos 22 anos registados em 2001, para os 24 em 2007 e para os 26 anos em 2012, o que reflete um aumento médio da duração do consumo dos 2 anos em 2001 e 3 anos em 2007 para os 5 anos em 2012.

Tabela 76. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de LSD, 15-64 anos, 2012

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última vez	
Média	21	21	26	5
Mediana	21	21	25	2
Moda	21	26	38	0
Máximo	38	26	38	13
Mínimo	13	13	13	0
Desvio Padrão	5	5	8	5
N	27	11	23	23

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

A distribuição dos indivíduos pelas categorias da tipologia de experiências do consumo de LSD na população geral indica-nos que 99,4% nunca consumiu ao longo da vida, dos restantes, a percentagem maior (0,4%) é relativa a consumo desistente, enquanto os consumos correntes e recorrentes registam 0,1% cada.

Há ligeiras diferenças na análise por sexo: tendo em ambas as categorias (masculino e feminino) mais de 99% de abstinência, no caso das mulheres o consumo que existe é desistente, ao passo que os consumidores masculinos encontram-se em todos os tipos do consumo ainda que seja também o desistente, dos três, o mais expressivo.

Acima dos 35 anos, quando não se é abstinente do consumo de LSD, é-se desistente. É nos grupos etários dos jovens adultos (15-24 e 25-34 anos) onde encontramos, para além do desistente, o consumo recente e o consumo corrente.

	2001	2007	2012
Desistentes	0,3	0,5	0,4
Consumidores recentes	0,1	0,1	0,1
Consumidores correntes	0,0	0,0	0,1
Abstinentes	99,6	99,4	99,4
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologia das sequências do consumo

São 70,5% os consumidores que se enquadram no tipo I – consumo não recente (que se caracteriza por um contacto com a substância, não tendo ocorrido, no entanto, no último ano). Dos restantes, 17,2% apresenta um consumo corrente e 12,3% um consumo recorrente. Não se registam casos de novos experimentadores.

Todas as mulheres consumidoras de LSD se inserem no tipo I – consumo não recente. Sendo também o perfil do consumo predominante nos homens, em segundo lugar o mais frequente é o tipo IV – consumidores correntes, seguido do tipo III – consumidores recorrentes.

O tipo I é o único presente nos grupos etários acima dos 34 anos. Nos mais jovens (15-24 anos e 25-34 anos) metade dos casos insere-se no tipo I e a restante metade distribui-se de forma mais ou menos equilibrada entre o tipo IV – consumo corrente e o tipo III – consumo recorrente.

Tabela 78. Tipologia das sequências do consumo de LSD, 15-64 anos, 2001 (n=52), 2007 (n=78) e 2012 (n=30) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	73,3	79,3	70,5
Novos experimentadores	6,7	0,9	--
Consumidores recorrentes	11,9	10,7	12,3
Consumidores correntes	8,1	9,1	17,2
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Relativamente aos anteriores estudos, de salientar o aumento do consumo corrente e ainda o facto de em 2012, como referimos acima, não existirem novos experimentadores.

Cogumelos alucinógenos

Idades de início, de fim e duração do consumo

A idade mais comum do consumo pela primeira vez de cogumelos alucinógenos é os 20 anos. Mais de metade dos consumidores tinha até 21 anos quando o iniciou. A média de idades de início do consumo é de 22 anos, sendo também essa a idade média do consumo regular. Os 25 anos constituem-se como a idade média do último consumo. As idades mínimas de início, consumo regular e fim são, respetivamente, de 15, 16 e 17 anos, enquanto as idades mais elevadas que se encontram nesses três momentos do consumo são, respetivamente, os 35, 35 e 38 anos.

A duração média do consumo desta substância é de 2 anos. Prevalece o período inferior a 1 ano, com cerca de 58% dos casos.

30% dos consumos realizados pela primeira vez foi feito até há 5 anos e 44% iniciou num período entre há 6 e 10 anos.

As idades médias de início e de fim do consumo de cogumelos alucinógenos são similares entre 2007 e 2012: 22 anos para o início e 24-25 anos para o último consumo. Também a duração média do consumo se mantém em 2 anos.

Tabela 79. Idades da primeira vez, de início do consumo regular e da última vez e duração média do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012

	Idade			Duração (em anos)
	Primeira vez	Consumo regular	Última Vez	
Média	22	22	25	2
Mediana	21	20	24	0
Moda	20	20	24	0
Máximo	35	35	38	13
Mínimo	15	16	17	0
Desvio Padrão	4	6	6	4
N	27	9	23	23

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologias do consumo

Tipologia das experiências do consumo

A esmagadora maioria da população abstém-se do consumo de cogumelos alucinógenos, conforme é possível verificar através da tipologia das experiências do consumo. Dos 0,6% de consumidores, 0,5% é desistente e 0,1% consumidor recente.

O não consumo de cogumelos alucinógenos é ligeiramente mais elevado nas mulheres (99,6%) do que nos homens (99,2%). Em ambos os casos as situações do consumo mais frequentes são as de desistência e, com o mesmo valor percentual, em terceiro lugar, o consumo recente.

Este consumo é sobretudo jovem: havendo uma ligeira percentagem de desistentes em quase todos os grupos etários (exceção para os mais de 54 anos que apresentam total abstinência do consumo de cogumelos alucinógenos), é apenas no grupo 15-24 anos onde se regista o consumo recente.

Tabela 80. Tipologia das experiências do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (% sobre a população total)

	2001	2007	2012
Desistentes	n.d.	0,6	0,5
Consumidores recentes	n.d.	0,1	0,1
Consumidores correntes	n.d.	0,1	0,0
Abstinentes	n.d.	99,2	99,4
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tipologia das sequências do consumo

Tendo em conta agora apenas os consumidores, destacam-se nesta tipologia os consumos não recentes, com 86,5%. Os novos experimentadores representam 13% dos consumidores, enquanto menos de 1% é consumidor corrente.

Atendendo a algumas características sociodemográficas dos perfis, verificamos que a quase totalidade das mulheres consumidoras e dos homens consumidores de cogumelos alucinógenos se associa a um consumo não recente. Os restantes são novos experimentadores, onde a representatividade no grupo das mulheres é ligeiramente mais expressiva do que no dos homens.

Estando de forma exclusiva o consumo não recente em todos os grupos etários que apresentam situações do consumo de cogumelos alucinógenos, o grupo dos 15-24 anos constitui-se como exceção ao ser o grupo etário que se reparte tanto por situações do consumo não recente (tipo I) como por novos experimentadores (tipo II).

Tabela 81. Tipologia das sequências do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2001, 2007 (n=92) e 2012 (n=31) (% sobre a população consumidora ao longo da vida)			
	2001	2007	2012
Consumidores não recentes	n.d.	80,6	86,5
Novos experimentadores	n.d.	1,7	12,7
Consumidores recorrentes	n.d.	9,0	--
Consumidores correntes	n.d.	8,6	0,7
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Comparativamente ao anterior estudo, de salientar o aumento dos novos experimentadores, de 2% em 2007 para 13% em 2012; a diminuição de 9% para menos de 1% de consumidores correntes; e o facto de não existirem em 2012 consumidores recorrentes, quando eram de 9% em 2007.

MODOS E CIRCUNSTÂNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Apresentação

No presente capítulo vamos iniciar uma abordagem em que o consumo aparecerá menos como uma unidade estatística, para passar a ser considerado, sobretudo, como um comportamento social, que se realiza de acordo com um certo número de modalidades, em circunstâncias bem precisas e em contextos diferenciados.

De acordo com a classificação habitual, e à semelhança do que foi feito no capítulo anterior, distinguiremos as substâncias lícitas – que incluem o *tabaco*, as *bebidas alcoólicas* e os *medicamentos (sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos)* – as ilícitas – onde consideraremos a *canábis*, a *cocaína*, as *anfetaminas*, o *ecstasy*, a *heroína*, o *LSD* e os *cogumelos alucinógenos*, e ainda as novas substâncias psicoativas, designadas de *legal highs*.

Tendo em vista o objetivo de comparação internacional promovido pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, considerámos todos os indicadores propostos no questionário-modelo europeu. No entanto, de acordo com as nossas próprias orientações, formulámos alguns outros indicadores ou adotámos indicadores utilizados por outras equipas de investigação e outros indicadores de referência a nível da União Europeia e da Organização Mundial de Saúde.

No conjunto são os seguintes os indicadores que apresentamos neste capítulo:

1. Prevalência do consumo ao longo da vida;
2. Prevalência do consumo no último ano;
3. Padrão do consumo no último ano;
4. Prevalência do consumo no último mês;
5. Padrão do consumo no último mês;
6. Circunstâncias de utilização:
 - Contextos e lugares de utilização;
 - Modos de acesso;
 - Motivações para o uso;
 - Modo do consumo (quando se adequa);
7. Motivos ou razões apontadas pelos consumidores das diferentes substâncias psicoativas para não terem consumido no decorrer do último ano ou último mês.

Também aqui, e sempre que possível, faremos a comparação com os dois anteriores estudos (2001 e 2007).

Substâncias psicoativas lícitas

Tabaco

Caracterização geral do consumo

Comparando com os dois anteriores períodos de análise, constatamos uma certa manutenção na percentagem de consumidores atuais de tabaco: dos cerca de 29% de fumadores ativos em 2001 e em 2007, passamos para os cerca de 26% em 2012.

Tabela 82. Prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	2001	2007	2012
Longo da Vida	40,2	48,9	46,2
Último Ano	28,8	30,9	28,2
Último Mês	28,6	29,4	26,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Considerando as pessoas que declararam ter fumado no decorrer do último ano, vemos que a periodicidade do consumo para 91,8% da população fumadora é diária.

Comparativamente aos anteriores estudos (2001 e 2007), podemos dizer que a frequência do consumo de tabaco no decorrer do último ano apresenta valores bastante similares.

Tabela 83. Frequência do consumo de tabaco no último ano, 15-64 anos, 2001 (n=4088), 2007 (n=3771) e 2012 (n=1508) (% sobre a população consumidora no último ano)

	2001	2007	2012
Diariamente	96,0	93,1	91,8
Semanalmente	2,5	2,6	2,5
Mensalmente	1,1	1,8	3,1
Mais raramente	0,5	2,4	2,7
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

No que respeita à quantidade de tabaco consumido por dia no último ano registamos um consumo médio diário de cerca de 13 cigarros por indivíduo (cálculo com um desvio padrão de cerca de 7,79).

Para um pouco mais de metade dos fumadores (52%) o consumo médio do último ano representa um consumo até 10 cigarros por dia. Se contabilizarmos um consumo médio diário até 20 cigarros, a percentagem aumenta para os cerca de 95%.

Comparativamente ao anterior ano de análise, a quantidade média de cigarros consumida por dia diminuiu de 16 para 13 cigarros. O consumo médio diário superior a um maço de tabaco (mais de 20 cigarros), que era de 10% em 2007 diminuiu em 2012 para cerca de metade (5,2%). Os consumidores que referiram consumir mais de 40 cigarros por dia diminuíram de 0,7% em 2007 para 0,1% em 2012.

Tabela 84. Quantidade de cigarros por dia em que fumou no último ano, 15-64 anos, 2012

	N	% sobre a população consumidora UA	% sobre a população total
1 a 2	115	7,8	2,1
3 a 5	167	11,4	3,1
6 a 10	487	33,1	9,1
11 a 15	218	14,8	4,1
16 a 20	406	27,6	7,6
21 a 30	50	3,4	0,9
31 a 40	25	1,7	0,5
Mais de 40	1	0,1	0,0
Total	1469	100	27,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A população fumadora no decorrer do último mês fê-lo maioritariamente (91,9%) numa base diária.

Nos anteriores estudos verificava-se também este padrão do consumo diário: 93,6% dos consumidores afirmou ter consumido tabaco todos os dias no decorrer do último mês em 2001 e 92,6% em 2007.

Tabela 85. Frequência do consumo de tabaco no último mês, 15-64 anos, 2001 (n=4061), 2007 (n=3567) e 2012 (n=1411) (% sobre a população consumidora no último mês)

	2001	2007	2012
Todos os dias	93,6	92,6	91,9
Quase todos os dias	3,3	3,3	3,2
Alguns dias por semana	1,4	1,4	1,6
Pelo menos 1 dia por semana	1,0	1,3	1,1
Menos de 1 dia por semana	0,6	1,3	2,2
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os consumidores do último mês apresentam comportamentos iguais aos referentes aos do último ano. Isto deve-se, em grande parte, ao prolongamento do consumo desta substância por períodos dilatados de tempo. Neste sentido, a média diária do consumo mensal é de cerca de 14 cigarros por dia (desvio padrão de 8,05).

Tabela 86. Quantidade de cigarros por dia em que fumou no último mês, 15-64 anos, 2012			
	N	% sobre a população consumidora UM	% sobre a população total
1 a 2	71	5,1	1,3
3 a 5	139	10,0	2,6
6 a 10	474	34,1	8,8
11 a 15	218	15,7	4,1
16 a 20	382	27,5	7,1
21 a 30	81	5,8	1,5
31 a 40	22	1,6	0,4
Mais de 40	4	0,3	0,1
Total	1390	100	26,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Motivações para o consumo

As circunstâncias associadas ao início do consumo indicadas pelos inquiridos consistem, essencialmente, na influência dos amigos (44,9%) e na curiosidade/vontade de experimentar (43,8%).

Tabela 87. Circunstâncias de início do consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)	
Influência de amigos/para acompanhar amigos	44,9
Curiosidade/vontade de experimentar	43,8
Momentos festivos (festas, convívios, bailes, etc.)	8,7
Outras	2,7
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

Os motivos do abandono do consumo prendem-se essencialmente com a consciencialização dos riscos e com questões de saúde – motivos igualmente referidos nos anteriores estudos.

Estava a afetar a saúde	28,4
Consciencialização dos riscos	48,7
Aconselhamento médico	4,5
Gravidez ou planos para formar família	3,5
Familiares e/ou amigos pediram para parar	4,2
Preço elevado do tabaco	9,8
Restrições impostas no trabalho e lugares públicos	0,9
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Bebidas alcoólicas

Caracterização geral do consumo

De uma forma geral, constata-se que, pelo menos uma vez na vida, 74% dos inquiridos consumiu bebidas com teor alcoólico: 15% afirma apenas ter experimentado, 35% apresenta um consumo mais ocasional, e o consumo regular é uma realidade para cerca de 24% da população. A proporção de inquiridos que nunca consumiu bebidas alcoólicas atinge os 26% da população.

Em termos de caracterização sociodemográfica constatamos que a proporção de indivíduos do sexo masculino que bebeu alguma vez na vida é superior à proporção de indivíduos do sexo feminino (85% e 63%, respetivamente). Esta diferença entre homens e mulheres está principalmente patente quando comparamos o consumo regular de bebidas alcoólicas, em que a proporção de homens é de 39% e a de mulheres apenas 9%.

Tendo em conta a distribuição etária, constatamos que a proporção de inquiridos que bebeu pelo menos uma vez na vida uma qualquer bebida alcoólica é bastante similar entre os diferentes grupos de idade considerados, rondando os 74/75%; apenas no grupo etário dos mais jovens (15-24 anos) essa percentagem se situa nos 69%. O consumo experimental é superior entre os inquiridos mais jovens e o consumo regular vai aumentando gradualmente dos cerca de 10% entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, até aos 33% no grupo etário dos 55-64 anos.

Tabela 89. Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)			
	2001	2007	2012
Longo da Vida	75,6	79,1	73,6
Último Ano	65,9	70,6	61,1
Último Mês	59,1	59,6	50,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Cerca de 61% da população bebeu pelo menos uma vez cervejas (não incluindo as variedades light ou sem álcool), alcopops, vinhos e/ou bebidas espirituosas/destiladas no decorrer do último ano. Os homens continuam a ter uma maior proporção do consumo no último ano, e ao nível dos grupos etários a distribuição é bastante regular, indo de um mínimo de 58% no grupo etário dos 15-24 anos, a um máximo de 63% no grupo etário dos 25 aos 34 anos.

As bebidas mais consumidas são o vinho e a cerveja. O consumo diário de vinho é de 26% entre a população consumidora. Os consumos de alcopops e de bebidas espirituosas são menos regulares: 86% e 62%, respetivamente, da população consumidora afirma raramente ou nunca ter consumido estas bebidas.

As tendências mantêm-se comparativamente aos anteriores estudos: o vinho e a cerveja continuam a apresentar prevalências mais elevadas e também consumos mais frequentes.

Tabela 90. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas no último ano, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora no último ano)

	Uma qualquer bebida alcoólica	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
Todos os dias	28,7	4,9	0,1	25,9	1,2
5 a 6 vezes por semana	3,1	2,3	0,1	3,1	0,3
3 a 4 vezes por semana	7,9	7,0	0,6	6,2	1,2
1 a 2 vezes por semana	23,3	20,6	3,3	14,7	8,5
2 a 3 vezes por mês	9,2	7,7	2,5	7,7	6,0
1 vez por mês	10,8	8,7	3,1	8,2	8,9
6 a 11 vezes por ano	5,7	6,5	1,9	2,7	3,4
2 a 5 vezes por ano	8,6	6,7	2,0	5,7	8,6
1 vez por ano	2,7	2,1	1,7	1,9	4,8
Nunca	0,0	33,6	84,7	23,8	57,1
Total	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quando questionados sobre a quantidade média de bebidas alcoólicas ingeridas por dia em que bebeu no decorrer do último ano, os consumidores declaram quantidades diferentes consoante os diferentes tipos de bebidas. Assim, a maioria (65%) dos que consumiu bebidas espirituosas ingeriu em média 5 cl ou menos das mesmas. A quantidade entre os 21 e os 30 cl foi a mais referida (47%) pelos consumidores no que diz respeito ao consumo de alcopops (o que corresponde a uma garrafa por dia em que bebeu). O consumo de vinho entre os 11 a 20 cl é o mais usual para 42% dos consumidores, e entre os 21 e os 30 cl para 30%, ou seja, a maioria dos consumidores de vinho (72%) bebe em média, por dia em que consumiu, 1 ou 2 copos. Cerca de 38% dos consumidores bebe em média 31 a 40 cl de cerveja (o que corresponderá a 1 cerveja de 33 cl), e 20% 11 a 20 cl (o que corresponderá a 1 cerveja de 20 cl).

Tabela 91. Distribuição dos consumidores, para cada tipo de bebida, por quantidades (em cl) estimadas do consumo diário, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)				
	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
5 cl ou menos	0,0	0,0	0,0	64,8
6 a 10 cl	0,0	0,0	0,0	23,7
11 a 20 cl	20,4	0,0	42,2	7,0
21 a 30 cl	0,0	46,8	30,3	2,7
31 a 40 cl	38,2	0,0	7,8	0,3
41 a 50 cl	0,5	0,0	6,7	0,3
51 a 60 cl	4,1	28,1	4,7	0,7
61 a 70 cl	14,1	0,0	1,9	0,0
71 a 80 cl	3,0	0,0	0,6	0,2
81 a 90 cl	0,0	12,6	1,0	0,1
91 a 100 cl	7,6	0,0	0,9	0,2
Mais de 100 cl	12,1	12,5	3,7	0,0
Total	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 92. Quantidade média (por dia em que bebeu no último ano) de unidades de bebidas alcoólicas, por tipo de bebida, 15-64 anos, 2012								
		N	Média	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
Cerveja	20 cl	1401	3	2	1	30	1	3
	33 cl	1054	2	2	1	30	1	3
	50 cl	104	2	1	1	20	1	4
	100 cl	52	2	1	1	5	1	1
Alcopops	27 cl	373	2	2	1	12	1	1
Vinho	15 cl	2146	2	2	1	50	1	2
	33 cl	328	2	1	1	20	1	2
	75 cl	125	2	1	1	10	1	2
Bebidas Espirituosas	5 cl	1265	2	1	1	20	1	2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quando questionados sobre as quantidades máximas, os que consumiam 5 cl ou menos de bebidas espirituosas baixaram para os 46%, passando a haver cerca de 30% a ingerir entre 6 e 10 cl (2 bebidas) e 19% a ingerir entre os 11 e os 20 cl (3 bebidas). A quantidade entre os 21 e os 30 cl (que corresponde a uma bebida) continua a ser a mais referida pelos consumidores no que diz respeito ao consumo máximo de alcopops, ainda que tendo diminuído para os 40%. A quantidade máxima do consumo de vinho varia entre os 21 e os 30 cl para 27% dos consumidores, e entre os 11 e os 20 cl para 26%, ou seja, mais de metade (53%) ingere no máximo 1 ou 2 copos de vinho por dia em que bebe. As maiores diferenças entre as quantidades médias e máximas dizem respeito ao consumo de cerveja. Se a maior percentagem de consumidores (38%) bebia em média 31 a 40 cl de cerveja, a maior percentagem de consumidores (26%) bebe no máximo mais de 100 cl de cerveja.

Tabela 93. Distribuição dos consumidores, para cada tipo de bebida, por quantidades máximas (em cl) do consumo num só dia, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)

	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
5 cl ou menos	--	--	--	45,6
6 a 10 cl	--	--	--	29,8
11 a 20 cl	14,9	--	26,1	19,2
21 a 30 cl	0,0	39,6	26,5	3,7
31 a 40 cl	21,8	--	5,8	0,7
41 a 50 cl	0,3	--	16,2	0,7
51 a 60 cl	6,8	28,1	9,4	--
61 a 70 cl	12,9	--	4,4	--
71 a 80 cl	5,1	--	2,6	--
81 a 90 cl	--	15,6	2,2	--
91 a 100 cl	12,3	--	2,6	0,3
Mais de 100 cl	25,8	16,8	4,3	--
Total	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 94. Quantidade máxima (num só dia em que bebeu no último ano) de unidades de bebidas alcoólicas, por tipo de bebida, 15-64 anos, 2012

		N	Média	Mediana	Moda	Máximo	Mínimo	Desvio Padrão
Cerveja	20 cl	1363	4	3	1	50	1	4
	33 cl	1045	3	2	2	40	1	3
	50 cl	123	2	2	1	10	1	1
	100 cl	65	2	1	1	5	1	1
Alcopops	27 cl	364	2	2	1	40	1	3
Vinho	15 cl	1950	3	2	2	20	1	2
	33 cl	405	2	1	1	21	1	1
	75 cl	324	1	1	1	20	1	1
Bebidas Espirituosas	5 cl	1242	2	2	1	20	1	2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Metade da população é consumidora atual de bebidas alcoólicas, isto é, consumiu no decorrer do último mês.

A frequência do consumo das bebidas no último mês tende a reproduzir a estrutura da frequência do consumo observada ao longo do último ano. O vinho continua a ser a bebida que apresenta um consumo mais frequente, 43% afirma consumir entre 21 a 31 dias, ou seja, um consumo diário ou quase diário. O consumo mensal de cerveja é realizado por 73% dos consumidores entre 1 e 10 dias. O consumo de bebidas espirituosas e de alcopops (49% e 50%, respetivamente) ocorre com maior frequência entre 1 a 2 dias por mês.

Tabela 95. Quantidade de dias em que bebeu as seguintes bebidas alcoólicas no último mês, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)

	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
1 a 2	29,7	50,2	20,0	48,7
3 a 5	22,9	30,1	15,5	26,9
6 a 10	20,1	15,5	11,8	13,4
11 a 15	7,8	0,6	5,2	4,4
16 a 20	5,8	0,5	4,9	2,4
21 a 31	13,6	3,1	42,6	4,3
Total	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Motivações para o consumo

De entre as razões para consumo de bebidas alcoólicas dadas a escolher aos inquiridos, as mais frequentemente referidas pelos consumidores foram o facto de a substância ajudar a relaxar, a necessidade de se sentir alegre e por ajudar a reduzir inibições ou timidez, assim como a necessidade de ser mais sociável. Por outro lado, o melhorar o raciocínio, atingir dimensões espirituais e melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais, foram as mais apontadas como pouco ou nada importantes.

Tabela 96. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	0,8	4,8	15,5	78,9
Melhorar o raciocínio	0,4	1,7	12,2	85,7
Atingir dimensões espirituais	0,4	5,2	14,4	80,0
Ser sociável	3,1	21,2	22,2	53,4
Sentir-se alegre	3,7	23,2	20,8	52,3
Dar energia física para atividades de lazer	3,2	14,0	15,3	67,5
Reduzir inibições ou a timidez	6,4	20,5	16,0	57,2
Esquecer problemas	7,3	14,4	15,5	62,9
Ajudar a relaxar	4,6	26,1	17,6	51,7
Dar energia física para trabalhar	0,2	5,6	16,6	77,5
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	1,2	17,2	24,2	57,5
No grupo de amigos algumas pessoas bebem	1,2	20,5	24,6	53,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

A frequência do consumo de bebidas alcoólicas às refeições difere consoante o tipo de bebida em análise. Assim, o consumo de vinho à mesa é frequente para 36% dos consumidores, enquanto o consumo frequente de cerveja às refeições é de apenas 4%, o de bebidas espirituosas 2% e o de alcopops 1%. A percentagem de consumidores que nunca ingere alcopops às refeições atinge os 87%, e os que nunca bebem bebidas espirituosas os 75%.

Tabela 97. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas às refeições, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
Frequentemente	3,9	1,0	35,8	2,0
Algumas vezes	13,1	3,9	21,0	6,8
Raramente	25,1	7,7	20,9	16,5
Nunca	57,9	87,4	22,3	74,8

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A cerveja, comparativamente aos demais tipos de bebidas alcoólicas analisadas, é a bebida alcoólica que apresenta uma maior frequência do consumo fora das refeições.

Tabela 98. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas fora das refeições, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
Frequentemente	12,8	4,5	2,6	5,8
Algumas vezes	28,7	11,6	8,1	21,1
Raramente	28,8	21,4	19,8	35,0
Nunca	29,6	62,5	69,5	38,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo frequente de vinho faz-se essencialmente em casa, enquanto o de cerveja, alcopops e de bebidas espirituosas tem maior expressão em cafés, bares e/ou pubs. O consumo em locais ao ar livre, como ruas, jardins, é o que apresenta menores taxas de prevalência, independentemente do tipo de bebida alcoólica considerada.

Tabela 99. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas por local, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
	Casa			
Frequentemente	6,0	0,9	34,0	4,1
Algumas vezes	22,9	5,6	21,9	13,4
Raramente	31,7	12,3	20,9	32,6
Nunca	39,5	81,3	23,2	49,9
	Restaurante			
Frequentemente	2,5	0,8	7,5	1,7
Algumas vezes	17,5	5,0	30,0	9,7
Raramente	31,2	11,5	31,1	28,1
Nunca	48,7	82,7	31,4	60,5
	Café, bar, pub			
Frequentemente	11,6	4,6	2,0	4,5
Algumas vezes	30,7	12,5	7,6	19,0
Raramente	23,5	17,7	15,4	26,3
Nunca	34,2	65,3	75,0	50,2
	Rua, jardim, local ao ar livre			
Frequentemente	1,4	0,5	0,8	0,9
Algumas vezes	8,2	3,6	2,4	3,9
Raramente	15,1	10,4	6,2	9,7
Nunca	75,3	85,4	90,5	85,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A maioria dos consumidores, para qualquer tipo de bebida alcoólica, não consome com desconhecidos, e uma grande parte também não consome sozinho. O consumo parece ser um ato mais social: bebe-se frequentemente ou algumas vezes vinho com familiares (55%); bebe-se frequentemente ou algumas vezes cerveja com amigos (52%).

Tabela 100. Frequência do consumo de bebidas alcoólicas por companhia, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Cerveja	Alcopops	Vinho	Bebidas Espirituosas
	Sozinho			
Frequentemente	2,8	1,2	7,1	1,6
Algumas vezes	14,8	3,1	12,6	8,8
Raramente	20,2	9,5	15,1	15,4
Nunca	62,1	86,1	65,1	74,3
Com familiares				
Frequentemente	6,4	1,4	23,0	3,8
Algumas vezes	32,5	8,8	32,0	20,2
Raramente	30,4	16,2	22,5	33,8
Nunca	30,7	73,6	22,4	42,2
Com amigos				
Frequentemente	15,0	6,3	8,6	6,1
Algumas vezes	36,7	14,2	38,3	27,9
Raramente	21,3	16,3	23,6	29,7
Nunca	27,0	63,3	29,5	36,3
Com desconhecidos				
Frequentemente	0,6	0,6	0,7	0,4
Algumas vezes	3,0	1,9	2,1	2,3
Raramente	9,5	5,4	6,8	7,2
Nunca	87,0	92,1	90,4	90,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Embriguez

Cerca de 8% dos consumidores embriagou-se no decorrer do último ano ao ponto de cambalear, ter dificuldade em falar, vomitar e/ou não recordar depois o que aconteceu; enquanto 18% afirma ter bebido até ficar *alegre*. Independentemente do grau de embriaguez, esta ocorreu mais entre os homens do que entre as mulheres e mais entre os consumidores mais jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos.

Tabela 101. Prevalência de embriaguez no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (%)

	% sobre a população consumidora UA			% sobre a população total		
	M	F	T	M	F	T
Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu	10,9	3,9	7,9	9,3	2,5	5,8
Embriaguez - beber até ficar "alegre"	23,3	11,6	18,2	19,8	7,3	13,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 102. Prevalência de embriaguez no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (%)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
	% sobre a população consumidora UA				
Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu	18,6	12,0	5,8	3,7	1,9
Embriaguez - beber até ficar "alegre"	33,7	26,2	16,3	12,4	5,6
	% sobre a população total				
Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu	12,8	8,9	4,3	2,8	1,4
Embriaguez - beber até ficar "alegre"	23,2	19,6	12,3	9,2	4,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os consumidores foram questionados sobre a frequência com que conduzem veículos motorizados nas ocasiões em que se sentem embriagados. Independentemente do grau de embriaguez, a categoria nunca foi a mais referida (76% dos que se embriagaram ao ponto de cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu, e 72% dos que beberam até ficar *alegres*). As diferenças entre os dois tipos de embriaguez fazem-se sentir mais nas categorias *muitas vezes, quase sempre e sempre*: sendo que no caso da embriaguez ao ponto de cambaleiar, ter dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu, a soma perfaz 0,4%, enquanto os que dizem ter bebido ao ponto de ficarem *alegres* somam nestas categorias 2,2%.

Tabela 103. Frequência com que conduziu (carro, moto, etc.) nas ocasiões em que se sentiu embriagado no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)

	Nunca	Só uma vez por outra	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Embriaguez - cambalear, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu	76,1	12,2	11,3	0,2	0,0	0,2
Embriaguez - beber até ficar "alegre"	71,5	15,3	11,0	0,7	0,9	0,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quando questionados sobre a quantidade de vezes que ficaram embriagados (cambalear, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu) no decorrer do último mês, a maior percentagem (44,8%) indica que ficou apenas uma vez. É de 28,4 a percentagem dos que indicam ter ficado embriagados a este ponto 2 a 3 vezes, 7,7% 4 a 5 vezes e 19,1% mais de 5 vezes.

36,6% dos consumidores indica ter bebido até ficar alegre 1 vez no decorrer do último mês, 38,9% 2 a 3 vezes, 10,1% 4 a 5 vezes e 14,4% mais de 5 vezes.

Independentemente do grau de embriaguez, as prevalências são sempre superiores nos homens para as quantidades iguais ou superiores a 4 vezes, e superiores nas mulheres para as quantidades entre 1 a 3 vezes.

São os consumidores com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos os que apresentam uma maior quantidade de vezes que se embriagaram ao ponto de cambalear, ter dificuldade em falar, vomitar e/ou não recordar depois o que aconteceu (39,1% embriagou-se a este ponto mais de 5 vezes). Nos restantes grupos etários a quantidade 1 vez foi a mais referida pelos consumidores (indo da percentagem mínima de 37,2% no grupo etário 55-64 à percentagem máxima de 55,5% no grupo dos 25-34 anos).

Os que beberam até ficar *alegres* mais de 5 vezes destacam-se no grupo etário dos 35-44 anos, e os que se embriagaram a este ponto apenas 1 vez apresentam uma percentagem superior entre os consumidores com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos.

Tabela 104. Quantidade de vezes que ficou embriagado/a no último mês, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês que ficou embriagada)

	Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu			Embriaguez - beber até ficar "alegre"		
	M	F	T	M	F	T
1 vez	43,1	53,4	44,8	34,5	44,6	36,6
2 a 3 vezes	26,4	38,8	28,4	38,6	39,9	38,9
4 a 5 vezes	7,8	7,2	7,7	11,1	6,2	10,1
Mais de 5	22,7	0,7	19,1	15,8	9,2	14,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 105. Quantidade de vezes que ficou embriagado/a no último mês, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês que ficou embriagada)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
	Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu				
1 vez	45,5	55,5	40,8	30,1	37,2
2 a 3 vezes	41,1	12,4	31,8	18,5	36,3
4 a 5 vezes	4,1	5,1	14,3	12,3	0,0
Mais de 5	9,3	27,0	13,1	39,1	26,5
Embriaguez - beber até ficar "alegre"					
1 vez	42,6	39,8	28,1	34,8	26,6
2 a 3 vezes	38,2	34,1	41,2	39,3	54,6
4 a 5 vezes	9,6	10,3	11,9	12,0	2,1
Mais de 5	9,6	15,8	18,8	14,0	16,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Pretendemos também saber a quantidade de bebida que os indivíduos consideram necessários para se sentir intoxicados/embriagados: a cerveja é a bebida ingerida em maiores quantidades para que o indivíduo se sinta intoxicado, seguida dos alcopops, depois do vinho, e por fim, das bebidas espirituosas.

As quantidades de bebidas alcoólicas consideradas necessárias para que os consumidores se sintam intoxicados são sempre menores entre as mulheres.

Tendo em conta os grupos decenais de idade, são os consumidores com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos os que sentem ser necessário beber menores quantidades de bebidas alcoólicas para se sentirem embriagados ao ponto de cambaleiar, ter dificuldade em falar, vomitar e/ou não recordar depois o que aconteceu. A quantidade de bebidas alcoólicas consideradas necessárias para uma embriaguez mais leve (*beber até ficar alegre*) é menor entre os inquiridos mais jovens (15-24 anos) no que diz respeito ao consumo de cerveja, alcopops e vinho, e para os inquiridos do grupo etário 55-64 anos para o consumo de bebidas espirituosas/destiladas.

Tabela 106. Quantidade de unidades de bebidas alcoólicas consideradas necessárias pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por sexo, 15-64 anos, 2012 (número médio de bebidas)

	Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu			Embriaguez - beber até ficar "alegre"		
	M	F	T	M	F	T
Cerveja 20 cl	11	6	9	7	4	6
Cerveja 33 cl	8	5	7	5	3	4
Cerveja 50 cl	4	2	3	2	2	2
Cerveja 100 cl	2	1	2	2	1	2
Alcopops 27 cl	6	4	5	4	3	3
Vinho 15 cl	8	5	7	5	3	5
Vinho 33 cl	4	2	4	3	2	2
Vinho 75 cl	2	1	2	2	1	2
Bebidas espirituosas/destiladas 5 cl	5	4	5	3	3	3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 107. Quantidade média de bebida considerada necessária pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por sexo, 15-64 anos, 2012 (em cl)

	Embriaguez - cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu			Embriaguez - beber até ficar "alegre"		
	M	F	T	M	F	T
Cerveja	276	153	242	177	108	158
Alcopops	156	100	135	102	68	88
Vinho	139	84	123	96	63	86
Bebidas espirituosas/destiladas	26	18	24	18	13	16

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 108. Quantidade de unidades de bebidas alcoólicas consideradas necessárias pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (número médio de bebidas)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
	Embriaguez - cambalear, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu				
Cerveja 20 cl	10	11	9	8	8
Cerveja 33 cl	8	8	7	7	7
Cerveja 50 cl	3	4	3	3	3
Cerveja 100 cl	2	2	2	2	2
Alcopops 27 cl	5	5	5	5	4
Vinho 15 cl	7	7	6	7	6
Vinho 33 cl	4	5	4	4	3
Vinho 75 cl	2	2	2	2	2
Bebidas espirituosas/ destiladas 5 cl	5	5	5	5	4
	Embriaguez - beber até ficar "alegre"				
Cerveja 20 cl	6	7	6	6	5
Cerveja 33 cl	4	5	4	4	4
Cerveja 50 cl	2	3	2	2	2
Cerveja 100 cl	1	2	1	2	1
Alcopops 27 cl	3	3	4	3	3
Vinho 15 cl	3	5	4	5	5
Vinho 33 cl	2	3	2	2	3
Vinho 75 cl	1	2	2	2	2
Bebidas espirituosas/ destiladas 5 cl	3	3	3	4	3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 109. Quantidade média de bebida considerada necessária pelo indivíduo para se sentir intoxicado/embriagado, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (em cl)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
	Embriaguez - cambalear, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu				
Cerveja	245	281	228	222	208
Alcopops	134	137	148	139	105
Vinho	123	134	121	125	109
Bebidas espirituosas/ destiladas	24	27	23	23	18
	Embriaguez - beber até ficar "alegre"				
Cerveja	145	181	155	149	152
Alcopops	78	92	102	85	86
Vinho	68	87	85	87	92
Bebidas espirituosas/ destiladas	15	17	15	19	14

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Binge drinking

Quando questionados quanto à ocorrência do consumo de cinco ou seis copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no decorrer do último ano, 19,8% da população consumidora (12,1% da população total) responde afirmativamente.

O consumo *binge* é mais elevado entre os homens e em consumidores com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos.

Tabela 110. Prevalência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (%)						
	% sobre a população consumidora UA			% sobre a população total		
	M	F	T	M	F	T
Consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião	27,1	9,4	19,8	19,9	4,6	12,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 111. Prevalência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (%)					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
	% sobre a população consumidora UA				
Consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião	30,1	29,0	18,9	13,8	8,4
	% sobre a população total				
Consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião	17,5	18,3	11,8	8,5	5,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Dos consumidores do último ano que consumiram 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião, 0,5% fê-lo numa base diária, 2,5% numa base semanal, 3,5% numa base mensal e 14% com uma frequência mais lata. De salientar ainda que 79,7% dos consumidores não tiveram um consumo *binge* no decorrer do último ano. Esta ausência do consumo *binge* é particularmente evidente entre as mulheres e entre os consumidores com idades superiores a 45 anos.

Tabela 112. Frequência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)

	M	F	T
Diariamente ou quase diariamente	0,8	0,0	0,5
Todas as semanas	3,6	0,9	2,5
Todos os meses	5,2	1,1	3,5
Menos de uma vez por mês	18,2	7,6	13,8
Nunca	72,0	90,4	79,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 113. Frequência do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Diariamente ou quase diariamente	0,1	0,4	0,8	0,6	0,5
Todas as semanas	2,2	5,0	2,0	2,1	0,9
Todos os meses	5,4	3,7	5,5	1,1	1,9
Menos de uma vez por mês	23,4	20,7	11,3	10,3	5,1
Nunca	68,9	70,2	80,5	85,9	91,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Nos consumos *binge*, as maiores quantidades (cl) ingeridas são de cerveja, seguindo-se o vinho, depois os alcopops, e, por fim, as bebidas espirituosas ou destiladas. Se atendermos aos grupos etários a ordem altera-se para cerveja, alcopops, vinho e destiladas para os 15-24 anos e para os 45-54 anos.

Tabela 114. Quantidade média de bebidas alcoólicas ingeridas aquando do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por tipo de bebida, por sexo, 15-64 anos, 2012 (em cl)

	M	F	T
Cerveja	196	114	182
Alcopops	120	76	104
Vinho	122	70	113
Bebidas espirituosas/destiladas	20	16	19

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 115. Quantidade média de bebidas alcoólicas ingeridas aquando do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por tipo de bebida, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (em cl)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Cerveja	155	199	183	182	184
Alcopops	121	79	85	107	54
Vinho	77	170	100	102	87
Bebidas espirituosas/destiladas	19	25	16	14	14

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo *binge* ocorre em média por um período entre 4 a 5 horas para 38,0% dos consumidores, entre 2 a 3 horas para 31,2%, e em mais de 5 horas para 25,7% dos consumidores. As mulheres tendem a levar mais tempo, mais de 4 horas, no consumo de 5 ou 6 bebidas, assim como os consumidores entre os 25 e os 34 anos.

Tabela 116. Tempo (horas) médio do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano com consumo <i>binge</i>)			
	M	F	T
1 hora	5,0	5,6	5,1
2 a 3 horas	32,8	24,5	31,2
4 a 5 horas	36,8	43,1	38,0
Mais de 5 horas	25,5	26,7	25,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 117. Tempo (horas) médio do consumo de 5 ou 6 copos de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião no último ano, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano com consumo <i>binge</i>)					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
1 hora	9,7	1,8	5,4	3,3	8,8
2 a 3 horas	32,5	28,9	33,3	33,7	24,4
4 a 5 horas	38,8	40,3	38,5	30,8	38,7
Mais de 5 horas	19,0	29,1	22,8	32,2	28,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

A principal razão, apontada por metade da população consumidora ao longo da vida desistente, para o não consumo atual de bebidas alcoólicas prende-se com o facto de muitos dos consumidores apenas beberem esporadicamente, em ocasiões especiais. As preocupações com questões de saúde foram o segundo motivo (16,5%) mais referido pela população consumidora para o não consumo de bebidas com teor alcoólico durante os últimos ano e mês. A experimentação é apontada como o terceiro motivo mais referido (16,4%) para o não consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 118. Motivos de não consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)	
Por motivos de saúde	16,5
Por indicação médica	3,7
Gravidez ou amamentação	1,9
Apenas experimentou	16,4
Apenas bebe ocasionalmente/ocasiões especiais	49,9
Outro motivo	11,7
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Medicamentos

Caracterização geral do consumo

A proporção do consumo de medicamentos ao longo da vida é de 20,4% face à população geral, sendo que, no que concerne à caracterização sociodemográfica da população consumidora, observa-se que 28% é do sexo feminino e 13% do sexo masculino, e que em termos etários é nos grupos de idade entre os 45 e os 64 anos que se observam maiores taxas de prevalência.

As prevalências do consumo de medicamentos mantêm-se relativamente estáveis entre 2001 e 2012, assim como as características sociodemográficas da população consumidora.

Relativamente aos consumos de medicamentos no último ano e no último mês, os valores não sofrem alterações em relação a 2007 – 12,2% e 10,0%, respetivamente. Também nestas temporalidades existem taxas de prevalência mais elevadas do consumo de medicamentos por parte das mulheres e com idades acima dos 45 anos.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	22,5	19,1	20,4
Último Ano	14,4	12,0	12,2
Último Mês	11,0	9,9	10,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

A frequência do consumo de medicamentos no último ano foi feita de modo bastante intenso: 57,9% dos consumidores fê-lo uma vez por dia e 19,0% várias vezes por dia. Os consumos mais esporádicos (semanais, mensais ou ainda de menor frequência) apresentam valores mais baixos, entre os 2% e os 7%.

Os consumos de medicamentos várias vezes por dia são superiores entre as mulheres, enquanto o consumo uma vez por dia é superior entre os homens. Também os consumos mais esporádicos apresentam valores mais elevados entre os consumidores masculinos.

Tabela 120. Frequência do consumo de medicamentos no último ano, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)			
	M	F	T
Várias vezes por dia	12,6	21,7	19,0
1 vez por dia	66,0	54,6	57,9
4 a 6 vezes por semana	0,5	2,6	2,0
2 a 3 vezes por semana	5,7	5,4	5,4
2 a 4 vezes por mês	5,3	8,3	7,4
1 vez por mês	3,0	3,1	3,1
Mais raramente	7,0	4,3	5,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Atendendo à frequência do consumo de medicamentos no último mês, as tendências mantêm-se: os consumos de medicamentos várias vezes por dia são superiores entre as mulheres, enquanto o consumo uma vez por dia é superior entre os homens; e os consumos mais esporádicos (menos de uma vez por semana) apresentam valores mais elevados entre os consumidores masculinos.

Tabela 121. Frequência do consumo de medicamentos no último mês, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)			
	M	F	T
Várias vezes por dia	15,9	22,2	20,4
1 vez por dia	69,4	64,6	66,0
Várias vezes por semana	4,6	2,4	3,0
Pelo menos uma vez por semana	1,7	4,2	3,5
Menos de uma vez por semana	8,4	6,6	7,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Motivações para o consumo

As razões mais referidas pelos inquiridos para o consumo de medicamentos foram a necessidade de relaxar e de esquecer problemas.

Tabela 122. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	1,2	5,3	8,0	85,5
Melhorar o raciocínio	5,6	19,5	11,9	63,0
Atingir dimensões espirituais	0,7	3,4	10,3	85,7
Ser sociável	3,8	20,1	15,1	61,0
Sentir-se alegre	6,6	21,0	14,7	57,6
Dar energia física para atividades de lazer	2,3	11,8	13,0	72,9
Reduzir inibições ou a timidez	1,6	12,8	14,6	71,0
Esquecer problemas	8,6	27,7	16,7	47,1
Ajudar a relaxar	32,0	45,6	9,7	12,6
Dar energia física para trabalhar	4,3	16,8	14,5	64,4
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	0,6	3,0	6,6	89,8
No grupo de amigos algumas pessoas tomam	0,5	2,7	5,7	91,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

Mais de metade da população consumidora ao longo da vida desistente apresentou como o motivo mais importante para não ter consumido medicamentos no decorrer do último ano ou mês o facto de já não precisarem. O segundo motivo mais referido para não ter consumido no último ano ou mês (22,0% dos consumidores) prende-se com consumos que tiveram um carácter ocasional, Já o terceiro motivo mais referido (13,9%) para não ter consumido foi a indicação médica de que devia parar.

Tabela 123. Motivos de não consumo de medicamentos nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente)

Já não precisava	55,2
Apenas tomou ocasionalmente	22,0
Evitar efeitos do uso	4,0
Passou a usar outras substâncias	0,1
Por indicação médica	13,9
Outros motivos	4,7
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Substâncias psicoativas ilícitas

Canábis

Caracterização geral do consumo

A proporção de população que afirma ter já consumido alguma vez na vida canábis é de 9,4%. As percentagens decrescem para os 2,7% quando consideramos os consumos no último ano e para os 1,7% quando se consideram os consumos no último mês. A prevalência do consumo de canábis ao longo da vida situa-se, assim, entre os valores encontrados em 2001 e em 2007.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	7,6	11,7	9,4
Último Ano	3,3	3,6	2,7
Último Mês	2,4	2,4	1,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Para aproximadamente um terço dos consumidores, a canábis foi consumida apenas uma vez ao longo da vida. De entre aqueles que o fizeram mais do que uma vez, uma parte considerável fê-lo duas vezes (15,5%) ou entre três a cinco vezes (21,7%). A assinalar ainda os 12,1% que, ao longo da vida, consumiram mais de 20 vezes.

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	32,3	34,5
2 vezes	n.d.	19,7	15,5
3 a 5 vezes	n.d.	18,6	21,7
6 a 10 vezes	n.d.	15,3	8,8
11 a 20 vezes	n.d.	7,3	7,4
Mais de 20 vezes	n.d.	6,9	12,1
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

No que respeita à frequência do consumo no último ano, constatamos que para mais de um quarto da população (31,3%) o consumo é essencialmente de natureza esporádica (consumo inferior a uma vez por mês). Para 21,3% dos consumidores o consumo é mais regular (consome diariamente, incluindo aqueles que consomem várias vezes por dia).

Os consumos mais frequentes ocorrem entre os homens. No que se refere à idade, o con-

sumo diário (várias vezes por dia e 1 vez por dia) é mais significativo entre a população dos 35-44 anos.

Tabela 126. Frequência do consumo de canábis no último ano, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)

	2001*	2007	2012
Várias vezes por dia	5,4	13,3	9,2
1 vez por dia	11,9	11,9	12,1
4 a 6 vezes por semana	14,3	12,2	5,9
2 a 3 vezes por semana	14,4	14,6	12,7
2 a 4 vezes por mês	14,4	14,6	18,4
1 vez por mês	9,4	5,2	10,5
Mais raramente	27,4	28,3	31,3

*contabilizaram-se as modalidades *não sabe* e *não responde*

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quanto aos consumos realizados no último mês constatamos que são realizados por 30,7% dos consumidores com uma periodicidade diária (14,3% mais do que uma vez ao dia e 16,4% 1 vez por dia), 43,2% com uma periodicidade semanal (15,4% várias vezes por semana e 27,8% pelo menos uma vez por semana), enquanto 26,1% apresenta um consumo mais esporádico (menos de 1 vez por semana).

Tabela 127. Frequência do consumo de canábis no último mês, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora no último mês)

	2001*	2007	2012
Mais de uma vez por dia	10,4	25,1	14,3
1 vez por dia	13,1	18,8	16,4
Várias vezes por semana	22,3	23,6	15,4
Pelo menos uma vez por semana	23,1	13,9	27,8
Menos de uma vez por semana	26,9	18,7	26,1

*contabilizaram-se as modalidades *não sabe* e *não responde*

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

Para cerca de três quartos dos consumidores a fonte habitual de obtenção da canábis é os amigos.

Tabela 128. Fonte habitual de obtenção de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Parceiro	1,0
Amigos	76,3
Conhecidos	11,4
Familiares (pai, mãe, irmãos)	0,6
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	3,9
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	3,5
Um desconhecido	1,1
Outra pessoa	2,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A obtenção de canábis por parte dos consumidores ocorre com maior frequência em locais ao ar livre (31,3%) e em casa de pessoas com quem se dá ou dava (29,1%).

Tabela 129 . Local habitual de obtenção de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na casa onde vive/vivia	3,0
Na casa de alguém com quem se dá/dava	29,1
Numa festa	15,8
Numa discoteca	4,0
Num festival	4,5
Durante uma viagem	1,2
Na escola	6,0
No local de trabalho	0,5
Num local ao ar livre	31,3
No quartel/tropa	0,3
Outro local	4,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Obter canábis num período de 24 horas parece não constituir problema para a maioria dos consumidores: 52,7% considera a obtenção fácil e 31,8% muito fácil.

Tabela 130. Grau de dificuldade de acesso a canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Muito difícil	7,4
Difícil	8,2
Fácil	52,7
Muito fácil	31,8

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Quando questionados sobre os lugares onde costumam consumir canábis, os consumidores voltam a referir em maior número as casas de pessoas com quem se dão ou davam (23,8%) e os locais ao ar livre (23,1%).

Na escola	11,8
No local onde trabalha(va)	2,9
Na casa onde vive/vivia	9,9
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	23,8
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	3,8
Bares e discotecas	15,3
Sociedades locais	5,0
Organizações de Ação Voluntária	1,9
Numa rua, numa praça, num jardim	23,1
Num centro comercial	2,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo de canábis ocorre mais quando os consumidores se encontram de férias (24%), quando estão a passar um fim de semana fora do local de residência (17,5%) ou quando se encontram desocupados, sem trabalho (17%).

Sozinho	14,6
A estudar	6,4
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	10,6
A trabalhar	4,1
Quando estava desocupado, sem trabalho	17,0
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	5,8
A passar um fim de semana fora do local de residência	17,5
Em férias	24,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quanto às ocasiões do consumo de canábis, verificamos que é nos concertos ou festivais musicais (18,2%), na noite da passagem de ano (15,4%) e em outras festas públicas (14,7%) que as prevalências são mais elevadas.

Tabela 133. Ocasões do consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Festas familiares	6,5
Festas públicas	14,7
Festas techno/raves	9,4
Festas trance	6,8
Festas escolares	9,1
Celebrar o final do ano letivo	8,0
Saída do serviço militar	2,1
Entrada para o serviço militar	1,8
Despedidas de solteiro/a	7,9
Noite de passagem de ano	15,4
Concertos/festivais musicais	18,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

As razões consideradas muito importantes que surgiram mais frequentemente associadas ao consumo da substância foram a necessidade de se sentir high, o facto de ajudar a relaxar e a curiosidade. As razões para o consumo têm-se mantido inalteradas desde 2001.

Tabela 134. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	2,8	8,0	18,2	70,9
Melhorar o raciocínio	2,3	7,6	16,8	73,4
Atingir dimensões espirituais	5,0	22,9	14,1	58,0
Ser sociável	5,7	21,1	18,6	54,6
Sentir-se high, com moca, com ganza	21,6	30,6	13,9	33,9
Dar energia física para atividades de lazer	5,5	13,3	20,3	61,0
Reduzir inibições ou a timidez	8,2	23,7	15,6	52,5
Esquecer problemas	8,4	19,0	15,5	57,1
Ajudar a relaxar	16,1	38,7	10,9	34,2
Dar energia física para trabalhar	2,7	4,7	17,9	74,6
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	7,6	32,2	21,1	39,1
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	5,0	27,1	22,7	45,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

Os principais motivos que levaram os indivíduos a não consumir canábis no último ano ou último mês, também referidos em 2007, prendem-se com o facto de uma boa parte destes apenas ter experimentado a substância (18,4%) e pela falta de interesse e de vontade em consumir (17,9%). O terceiro motivo mais referido está relacionado com questões de saúde (13,4%).

Tabela 135. Motivos de não consumo de canábis nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)	
Dificuldade de obtenção da substância	2,3
Falta de interesse e de vontade em consumir	17,9
Motivos relacionados com a família	2,8
Efeitos do consumo	1,9
Motivos relacionados com questões de saúde	13,4
Motivos relacionados com dependência da substância	6,8
Motivos legais	0,6
Alterações no modo/estilo de vida	12,1
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	0,7
Consumo ocasional	3,6
Desintoxicação	0,8
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	0,4
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	7,8
Motivos relacionados com redes de amizade	2,9
Motivos económicos	3,8
Consumo experimental	18,4
Representações negativas do consumo	1,0
Outros	2,8

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Cocaína

Caracterização geral do consumo

Ao longo da vida 1,2% da população inquirida já consumiu pelo menos uma vez cocaína. Esta percentagem desce para 0,2% se tivermos em conta o consumo no último ano e para 0,1% no último mês. As prevalências voltaram a estar mais próximas das encontradas em 2001, independentemente da temporalidade considerada.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	0,9	1,9	1,2
Último Ano	0,3	0,6	0,2
Último Mês	0,1	0,3	0,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Para 32,3% dos consumidores, o consumo de cocaína ocorreu apenas uma vez ao longo da vida, e para 33% o consumo foi superior a dez vezes.

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	21,2	32,3
2 vezes	n.d.	13,5	14,1
3 a 5 vezes	n.d.	21,7	13,0
6 a 10 vezes	n.d.	15,2	7,6
11 a 20 vezes	n.d.	14,1	8,4
Mais de 20 vezes	n.d.	14,2	24,6
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

No que concerne à frequência do consumo no decorrer do último ano, constatamos que 33,5% consome 2 a 4 vezes por mês, 35,8%, uma vez por mês e 30,7% ainda mais raramente. A frequência do consumo de cocaína é, assim, inferior aos anteriores anos de análise.

Tabela 138. Frequência do consumo de cocaína no último ano, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora no último ano)

	2001*	2007	2012
Várias vezes por dia	0,0	0,9	--
1 vez por dia	2,4	4,5	--
4 a 6 vezes por semana	7,1	12,0	--
2 a 3 vezes por semana	2,4	9,7	--
2 a 4 vezes por mês	19,0	14,0	33,5
1 vez por mês	16,7	20,1	35,8
Mais raramente	52,4	38,8	30,7

*contabilizaram-se as modalidades *não sabe* e *não responde*

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A totalidade dos consumidores de cocaína consumiu com uma frequência inferior a uma vez por semana no decorrer do último mês. Mais uma vez se verifica a alteração nos padrões do consumo de cocaína em relação aos anteriores anos de análise, sobretudo dos registados em 2007.

Tabela 139. Frequência do consumo de cocaína no último mês, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora no último mês)

	2001*	2007	2012
Mais de uma vez por dia	0,0	1,8	--
1 vez por dia	18,8	15,7	--
Várias vezes por semana	6,3	17,1	--
Pelo menos uma vez por semana	6,3	33,7	--
Menos de uma vez por semana	68,8	31,7	100

*contabilizaram-se as modalidades *não sabe* e *não responde*

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

As fontes habituais de obtenção da substância são, principalmente, os amigos (65,7%) e conhecidos (20,5%), o que, de resto, já se verificava nos anteriores anos de análise.

Tabela 140. Fonte habitual de obtenção de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Parceiro	0,4
Amigos	65,7
Conhecidos	20,5
Familiares (pai, mãe, irmãos)	2,4
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	--
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	11,0
Um desconhecido	--
Outra pessoa	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A obtenção de cocaína tende a ser mais frequente em casas de pessoas com quem os consumidores se dão, ou davam (54,2%), e em locais ao ar livre (30,4%).

Tabela 141. Local habitual de obtenção de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na casa onde vive/vivia	3,1
Na casa de alguém com quem se dá/dava	54,2
Numa festa	9,6
Numa discoteca	1,0
Num festival	1,0
Durante uma viagem	--
Na escola	--
No local de trabalho	--
Num local ao ar livre	30,4
No quartel/tropa	--
Outro local	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quanto à dificuldade de obtenção de cocaína, 19,9% dos consumidores considerou esta substância de muito fácil acesso e 53,2% considerou o acesso fácil num período de 24 horas. A facilidade de acesso a esta substância situa-se assim em 2012 (73%) entre os valores encontrados em 2001 (cerca de 60% considerava fácil ou muito fácil a obtenção) e 2007 (80%).

Tabela 142. Grau de dificuldade de acesso a cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Muito difícil	9,7
Difícil	17,2
Fácil	53,2
Muito fácil	19,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Os lugares em que se realizam os consumos tendem a ser constituídos maioritariamente por casas de pessoas com quem se dá (30,6%), na própria casa e em locais ao ar livre (ambos com 17,7%).

Tabela 143. Lugares utilizados no consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na escola	6,1
No local onde trabalha(va)	7,0
Na casa onde vive/vivia	17,7
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	30,6
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	2,1
Bares e discotecas	14,5
Sociedades locais	2,1
Organizações de Ação Voluntária	1,3
Numa rua, numa praça, num jardim	17,7
Num centro comercial	0,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo de cocaína é, para um quarto dos consumidores, realizado quando estão de férias. Também as situações de ausência de trabalho são referidas por 23,3%.

Tabela 144. Situações no consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sozinho	18,0
A estudar	2,5
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	1,6
A trabalhar	8,2
Quando estava desocupado, sem trabalho	23,3
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	6,1
A passar um fim de semana fora do local de residência	15,1
Em férias	25,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As ocasiões escolhidas para o consumo desta substância são a noite da passagem de ano (22,6%) e os concertos/festivais musicais (18,4%).

Ocasão	%
Festas familiares	6,6
Festas públicas	14,4
Festas techno/raves	7,7
Festas trance	7,5
Festas escolares	4,0
Celebrar o final do ano letivo	6,5
Saída do serviço militar	1,1
Entrada para o serviço militar	2,4
Despedidas de solteiro/a	8,8
Noite de passagem de ano	22,6
Concertos/festivais musicais	18,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Modo de ingestão

No que se refere às formas do consumo, a maior parte dos consumidores inquiridos tinha experimentado a substância por via nasal (44,1% "snifou" cocaína). Este é também o modo mais frequente de ingestão desta substância (com 65,5%). Em relação a 2007 decresceu o número dos que fumam cocaína, tendo aumentado os que a "snifam".

	Formas utilizadas	Forma utilizada mais frequente
Fumei	10,6	19,4
"Snifei"	44,1	65,5
Injetei	3,4	15,1
Fumei e "snifei"	24,2	
"Snifei" e injetei	17,7	

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

As motivações mais associadas ao consumo da substância foram a necessidade de se sentir high, de relaxar e para reduzir inibições ou timidez.

Tabela 147. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	10,5	13,8	19,0	56,7
Melhorar o raciocínio	11,3	5,8	19,1	63,7
Atingir dimensões espirituais	23,3	15,2	8,0	53,6
Ser sociável	12,4	32,3	7,4	47,8
Sentir-se <i>high</i> , com moca, com ganza	48,5	32,7	4,3	14,5
Dar energia física para atividades de lazer	19,2	24,7	22,1	34,0
Reduzir inibições ou a timidez	29,0	23,6	5,2	42,3
Esquecer problemas	25,7	16,9	7,3	50,1
Ajudar a relaxar	31,1	17,9	11,2	39,8
Dar energia física para trabalhar	10,4	5,6	24,0	59,9
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	14,4	31,0	18,9	35,8
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	7,7	31,0	31,4	29,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

Os motivos mais referidos para o não consumo de cocaína no último ano ou no último mês prendem-se com questões relacionadas com questões de saúde (17,4%), dependência da substância (13,2%), e ainda por razões económicas (12,6%).

Tabela 148. Motivos de não consumo de cocaína nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)

Dificuldade de obtenção da substância	1,3
Falta de interesse e de vontade em consumir	10,3
Motivos relacionados com a família	3,7
Efeitos do consumo	7,3
Motivos relacionados com questões de saúde	17,4
Motivos relacionados com dependência da substância	13,2
Motivos legais	--
Alterações no modo/estilo de vida	6,5
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	0,8
Consumo ocasional	2,8
Desintoxicação	4,5
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	2,4
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	6,7
Motivos relacionados com redes de amizade	2,1
Motivos económicos	12,6
Consumo experimental	6,9
Representações negativas do consumo	0,1
Outros	1,3

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Anfetaminas

Caracterização geral do consumo

O consumo de anfetaminas ao longo da vida situa-se no meio ponto percentual. As prevalências encontradas em 2012 aproximam-se mais das encontradas em 2001 do que as encontradas em 2007.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	0,5	0,9	0,5
Último Ano	0,1	0,2	0,0
Último Mês	0,1	0,1	0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A grande maioria dos consumos de anfetaminas ao longo da vida ocorreu como entre 1 a 5 vezes.

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	24,4	24,5
2 vezes	n.d.	17,4	32,3
3 a 5 vezes	n.d.	14,7	25,5
6 a 10 vezes	n.d.	21,6	4,3
11 a 20 vezes	n.d.	15,1	13,5
Mais de 20 vezes	n.d.	6,8	0,0
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

A obtenção do produto foi sobretudo feita por intermédio de amigos (55,3%) e, em menor número, de conhecidos (19%), o que já se verificava nos anteriores anos de análise.

Tabela 151. Fonte habitual de obtenção de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Parceiro	11,5
Amigos	55,3
Conhecidos	19,0
Familiares (pai, mãe, irmãos)	5,7
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	6,1
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	--
Um desconhecido	--
Outra pessoa	2,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo é para mais de metade dos consumidores (60,6%) feito na casa de pessoas com quem estes se dão (ou davam).

Tabela 152. Local habitual de obtenção de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na casa onde vive/vivia	--
Na casa de alguém com quem se dá/dava	60,6
Numa festa	15,2
Numa discoteca	2,2
Num festival	--
Durante uma viagem	--
Na escola	--
No local de trabalho	2,4
Num local ao ar livre	4,2
No quartel/tropa	--
Outro local	15,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Para cerca de 80% dos consumidores de anfetaminas a sua obtenção num período de 24 horas é fácil (66,7%) ou muito fácil (13,5%).

Tabela 153. Grau de dificuldade de acesso a anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Muito difícil	5,5
Difícil	14,7
Fácil	66,3
Muito fácil	13,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Os lugares mais frequentes para o consumo de anfetaminas, para além da casa de pessoas amigas e/ou conhecidas (22,8%), são os bares e discotecas (21,4%) e a habitação própria (17,8%).

Na escola	12,5
No local onde trabalha(va)	2,5
Na casa onde vive/vivia	17,8
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	22,8
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	3,1
Bares e discotecas	21,4
Sociedades locais	2,1
Organizações de Ação Voluntária	0,7
Numa rua, numa praça, num jardim	16,3
Num centro comercial	0,8

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As situações mais comuns do consumo ocorreram em períodos de férias e em períodos em que os indivíduos se encontravam desocupados/sem trabalho.

Sozinho	11,9
A estudar	7,7
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	6,0
A trabalhar	7,3
Quando estava desocupado, sem trabalho	20,4
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	8,7
A passar um fim de semana fora do local de residência	13,6
Em férias	24,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Sobre as ocasiões do consumo, reportam-se a concertos/festivais musicais (21,7%), a festas públicas (14,4%), à noite de passagem de ano (14,3%) e a festas trance (14%).

Tabela 156. Ocasões do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012
(resposta múltipla¹ - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Festas familiares	8,3
Festas públicas	14,4
Festas techno/raves	11,5
Festas trance	14,0
Festas escolares	3,6
Celebrar o final do ano letivo	6,4
Saída do serviço militar	--
Entrada para o serviço militar	--
Despedidas de solteiro/a	5,8
Noite de passagem de ano	14,3
Concertos/festivais musicais	21,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Modo de ingestão

A maioria (86,8%) dos consumidores de anfetaminas, quando inquiridos sobre as formas do consumo utilizadas, refere que a engole. Esta percentagem sobe para os 91,8% quando inquirimos sobre a forma mais frequente de ingestão.

Tabela 157. Formas de ingestão de anfetaminas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Formas utilizadas	Forma utilizada mais frequente
Engoli	85,7	91,8
Injetei	6,1	8,2
Engoli e injetei	8,2	

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

Mais de metade (57%) dos consumidores de anfetaminas refere como muito importante para o consumo a razão dar energia física para atividades de lazer, e 47% refere igualmente ser muito importante o sentir-se *high*, com a moca, com a ganza.

¹ Nas tabelas onde é indicado "resposta de escolha múltipla" as percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Tabela 158. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	2,0	18,2	34,0	45,8
Melhorar o raciocínio	7,3	18,5	17,7	56,4
Atingir dimensões espirituais	14,9	27,6	7,8	49,7
Ser sociável	1,8	46,9	18,7	32,7
Sentir-se <i>high</i> , com moca, com ganza	47,0	25,1	12,7	15,2
Dar energia física para atividades de lazer	57,0	9,2	6,0	27,7
Reduzir inibições ou a timidez	14,9	28,6	22,4	34,0
Esquecer problemas	22,3	6,1	22,2	49,4
Ajudar a relaxar	15,1	24,1	7,9	52,9
Dar energia física para trabalhar	7,0	21,4	14,0	57,6
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	2,8	35,7	21,4	40,0
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	0,0	48,1	30,3	21,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

Os motivos, também apontados em 2007, para não ter havido consumos no último ano, ou no último mês, prendem-se com a falta de interesse e de vontade por parte dos entrevistados em consumir (39,8%), com a falta de satisfação com a qualidade, sabor e efeitos da substância (16,3%), e ainda devido a questões de saúde (14,7%).

Tabela 159. Motivos de não consumo de anfetaminas nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)

Dificuldade de obtenção da substância	--
Falta de interesse e de vontade em consumir	39,8
Motivos relacionados com a família	1,3
Efeitos do consumo	4,1
Motivos relacionados com questões de saúde	14,7
Motivos relacionados com dependência da substância	--
Motivos legais	--
Alterações no modo/estilo de vida	4,2
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	--
Consumo ocasional	6,4
Desintoxicação	1,5
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	--
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	16,3
Motivos relacionados com redes de amizade	--
Motivos económicos	4,2
Consumo experimental	6,1
Representações negativas do consumo	--
Outros	1,4

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Ecstasy

Caracterização geral do consumo

A taxa de prevalência do consumo de ecstasy ao longo da vida é de 1,3%, mantendo-se igual à verificada em 2007. Os consumos recentes (último ano) apresentam uma prevalência de 0,3% e os atuais de 0,2%.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	0,7	1,3	1,3
Último Ano	0,4	0,4	0,3
Último Mês	0,2	0,2	0,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

41,7% dos consumidores de ecstasy consumiu apenas uma vez ao longo da vida, um pouco mais de metade (53,4%) fê-lo entre 2 a 10 vezes e 4,8% entre 11 a 20 vezes.

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	32,7	41,7
2 vezes	n.d.	18,5	9,7
3 a 5 vezes	n.d.	22,6	31,2
6 a 10 vezes	n.d.	15,8	12,5
11 a 20 vezes	n.d.	2,5	4,8
Mais de 20 vezes	n.d.	7,8	--
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Perto de metade (49,1%) dos consumidores recentes consumiu ecstasy 2 a 4 vezes por mês. O consumo mais frequente é de 2 a 3 vezes por semana por parte de 13,7% de consumidores; 16,4% consome com uma frequência de uma vez por mês e 20,9% mais raramente. Verificamos assim em termos gerais, em relação ao estudo de 2007, um aumento da frequência do consumo de ecstasy.

Tabela 162. Frequência do consumo de ecstasy no último ano, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012
(% sobre a população consumidora no último ano)

	2001*	2007	2012
Várias vezes por dia	0,9	0,0	--
1 vez por dia	2,7	0,0	--
4 a 6 vezes por semana	1,5	0,0	--
2 a 3 vezes por semana	3,3	3,7	13,7
2 a 4 vezes por mês	17,5	11,6	49,1
1 vez por mês	30,2	16,8	16,4
Mais raramente	41,4	67,9	20,9

*contabilizaram-se as modalidades não sabe e não responde

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A frequência do consumo no último mês diminuiu em relação aos anteriores estudos (2001 e 2007): o consumo com uma frequência inferior a uma vez por semana passa a registar 62% (sendo de 27% em 2001 e de 19% em 2007). Não existem em 2012 consumos diários nem de várias vezes por semana.

Tabela 163. Frequência do consumo de ecstasy no último mês, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012
(% sobre a população consumidora no último mês)

	2001*	2007	2012
Mais de uma vez por dia	10,4	25,1	--
1 vez por dia	13,1	18,8	--
Várias vezes por semana	22,3	23,6	--
Pelo menos uma vez por semana	23,1	13,9	38,0
Menos de uma vez por semana	26,9	18,7	62,0

*contabilizaram-se as modalidades não sabe e não responde

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

Os amigos (71,8%) e os conhecidos (24,6%) são as principais fontes habituais de obtenção de ecstasy.

Parceiro	3,1
Amigos	71,8
Conhecidos	24,6
Familiares (pai, mãe, irmãos)	--
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	--
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	0,5
Um desconhecido	--
Outra pessoa	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Relativamente aos lugares habituais de obtenção do ecstasy, a casa de pessoas amigas/conhecidas (33,5%) e as festas (30,7%) surgem como os mais referidos.

Na casa onde vive/vivia	--
Na casa de alguém com quem se dá/dava	33,5
Numa festa	30,7
Numa discoteca	6,0
Num festival	5,6
Durante uma viagem	--
Na escola	--
No local de trabalho	--
Num local ao ar livre	21,7
No quartel/tropa	--
Outro local	2,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

É referida alguma facilidade em obter este tipo de substância num período de 24 horas: 60,8% afirma ser fácil e 8,5% muito fácil. Já 20,9% dos consumidores considera ser difícil obter a substância.

Muito difícil	9,8
Difícil	20,9
Fácil	60,8
Muito fácil	8,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Os lugares mais frequentemente referidos para o consumo de ecstasy são os bares e discotecas (26,9%) e a casa de pessoas amigas ou conhecidas (26,8%). Também as ruas, praças ou jardins surgem referidos por 21,5% dos consumidores como lugares utilizados no consumo de ecstasy.

Lugar	%
Na escola	11,3
No local onde trabalha(va)	2,2
Na casa onde vive/vivia	8,1
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	26,8
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	--
Bares e discotecas	26,9
Sociedades locais	2,0
Organizações de Ação Voluntária	1,4
Numa rua, numa praça, num jardim	21,5
Num centro comercial	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As férias (26,1%) voltam a ser referidas como uma das situações em que o consumo mais ocorre, assim como quando os consumidores se encontravam a passar um fim de semana fora do local de residência (20,8%) ou nos períodos em que os consumidores se encontravam desocupados, sem trabalho (21,2%).

Situação	%
Sozinho	10,3
A estudar	1,3
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	4,5
A trabalhar	4,0
Quando estava desocupado, sem trabalho	21,2
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	11,7
A passar um fim de semana fora do local de residência	20,8
Em férias	26,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As ocasiões em que ocorrem os consumos de ecstasy são essencialmente festivos, destacando-se os concertos/festivais musicais (18,6%) e as festas techno/raves (16%).

Festas familiares	6,0
Festas públicas	10,1
Festas techno/raves	16,0
Festas trance	13,2
Festas escolares	8,2
Celebrar o final do ano letivo	8,3
Saída do serviço militar	--
Entrada para o serviço militar	0,3
Despedidas de solteiro/a	5,7
Noite de passagem de ano	13,5
Concertos/festivais musicais	18,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

O consumo de ecstasy proporciona-se, com larga referência, devido à vontade de se sentir *high* e também à necessidade de obter energia física para atividades de lazer. Estas razões surgem referidas como muito importantes para 66% e para 41,9% dos consumidores, respetivamente.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	14,4	15,3	34,2	36,1
Melhorar o raciocínio	11,3	10,4	38,1	40,1
Atingir dimensões espirituais	31,3	28,4	15,2	25,2
Ser sociável	18,9	37,7	15,2	28,2
Sentir-se <i>high</i> , com moca, com ganza	66,0	11,4	11,5	11,1
Dar energia física para atividades de lazer	41,9	23,7	16,6	17,8
Reduzir inibições ou a timidez	37,8	34,5	9,2	18,5
Esquecer problemas	27,4	24,9	17,2	30,4
Ajudar a relaxar	27,4	31,0	17,9	23,6
Dar energia física para trabalhar	5,6	21,7	21,4	51,3
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	3,4	44,5	33,7	18,4
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	6,9	42,5	32,9	17,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

Os motivos mais referidos pelos entrevistados para não ter consumido ecstasy no último ano ou último mês prendem-se com questões relacionadas com a saúde (26%), a falta de interesse e de vontade em consumir (18%), a falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou, a par de o consumo ter sido experimental (ambos com 12%).

Tabela 171. Motivos de não consumo de ecstasy nos últimos anos ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)	
Dificuldade de obtenção da substância	1,3
Falta de interesse e de vontade em consumir	17,6
Motivos relacionados com a família	2,1
Efeitos do consumo	6,7
Motivos relacionados com questões de saúde	26,2
Motivos relacionados com dependência da substância	2,0
Motivos legais	--
Alterações no modo/estilo de vida	5,2
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	1,7
Consumo ocasional	7,1
Desintoxicação	2,4
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	--
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	12,1
Motivos relacionados com redes de amizade	3,0
Motivos económicos	6,6
Consumo experimental	12,1
Representações negativas do consumo	2,1
Outros	2,0
* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.	
Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL	

Heroína

Caracterização geral do consumo

O consumo de heroína ao longo da vida baixou para valores próximos dos verificados em 2001, situando-se nos 0,6%.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	0,7	1,1	0,6
Último Ano	0,2	0,3	0,0
Último Mês	0,1	0,2	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Mais de metade (55,8%) dos consumidores de heroína consumiu apenas uma vez ao longo da vida, 21,8% consumiu duas vezes e 7% entre 3 a 5 vezes. Os restantes consumidores de heroína (15,4%) consumiram-na mais de 20 vezes ao longo da vida.

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	18,2	55,8
2 vezes	n.d.	18,9	21,8
3 a 5 vezes	n.d.	12,8	7,0
6 a 10 vezes	n.d.	23,3	--
11 a 20 vezes	n.d.	3,2	--
Mais de 20 vezes	n.d.	23,6	15,4
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

Quanto às fontes habituais de obtenção de heroína destacam-se principalmente os amigos e os conhecidos (40,4% e 32,6%, respetivamente).

Parceiro	4,9
Amigos	40,4
Conhecidos	32,6
Familiares (pai, mãe, irmãos)	--
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	--
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	21,3
Um desconhecido	--
Outra pessoa	0,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os locais habituais de obtenção da heroína tendem a ser constituídos maioritariamente por locais ao ar livre (40,9%) e por casas de amigos ou conhecidos (31,9%).

Na casa onde vive/vivia	6,9
Na casa de alguém com quem se dá/dava	31,9
Numa festa	5,2
Numa discoteca	--
Num festival	4,9
Durante uma viagem	--
Na escola	--
No local de trabalho	--
Num local ao ar livre	40,9
No quartel/tropa	--
Outro local	10,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Na opinião dos consumidores inquiridos, a heroína é uma substância de muito fácil (41,6%) ou de fácil acesso (37,3%). Aumentou um pouco em relação a 2007 o grau de dificuldade de acesso à substância num período de 24 horas.

Muito difícil	5,7
Difícil	15,4
Fácil	37,3
Muito fácil	41,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Os lugares preferenciais para o consumo de heroína são as casas de amigos ou conhecidos (24,6%) e a própria habitação (21,8%).

Lugar	%
Na escola	1,2
No local onde trabalha(va)	11,2
Na casa onde vive/vivia	21,8
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	24,6
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	2,2
Bares e discotecas	17,5
Sociedades locais	2,2
Organizações de Ação Voluntária	1,7
Numa rua, numa praça, num jardim	15,3
Num centro comercial	2,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As situações em que o consumo de heroína é mais frequente consistem em momentos nos quais o inquirido está desocupado, sem trabalho (23,5%), se encontra sozinho (21,5%) e em que se encontra de férias (22%).

Situação	%
Sozinho	21,5
A estudar	1,8
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	3,0
A trabalhar	11,5
Quando estava desocupado, sem trabalho	23,5
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	4,7
A passar um fim de semana fora do local de residência	12,1
Em férias	22,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os concertos/festivais musicais (24,6%), a noite da passagem de ano (21,1%) e as festas públicas (20,2%) foram indicadas pelos consumidores como as ocasiões mais propícias ao consumo desta substância.

Tabela 179. Ocasões do consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Festas familiares	9,5
Festas públicas	20,2
Festas techno/raves	6,6
Festas trance	3,8
Festas escolares	1,8
Celebrar o final do ano letivo	4,1
Saída do serviço militar	0,3
Entrada para o serviço militar	--
Despedidas de solteiro/a	8,0
Noite de passagem de ano	21,1
Concertos/festivais musicais	24,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Modo de ingestão

No que diz respeito às formas do consumo de heroína já utilizadas, elas são, em 41,4% dos casos, o fumo e em 5,1% a injeção; os restantes utilizaram formas combinadas: 14,4% fumou e injetou, 21,4% fumou e inalou e 17,7% injetou e inalou. Quando questionados sobre o modo de ingestão mais frequente 64,7% refere o fumo, 23,9% a aplicação intravenosa e 11,4% a inalação.

Tabela 180. Formas de ingestão de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Formas utilizadas	Forma utilizada mais frequente
Fumei	41,4	64,7
Injetei	5,1	23,9
Inalei	--	11,4
Fumei e injetei	14,4	
Fumei e inalei	21,4	
Injetei e inalei	17,7	

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

No que concerne aos motivos que estão na origem da utilização da substância, constatamos que a necessidade de se sentir high, com moca, com ganza, surge referida como muito importante para quase metade dos consumidores (48%). A necessidade de relaxar, assim como a curiosidade também surgem como razões muito importantes ou importantes para um número significativo de consumidores (cerca de 53,3% e de 43,6%, respetivamente).

**Tabela 181. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de heroína, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)**

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	7,7	11,4	16,7	64,2
Melhorar o raciocínio	7,7	4,9	31,6	55,7
Atingir dimensões espirituais	8,5	40,7	9,3	41,5
Ser sociável	12,8	26,6	16,9	43,7
Sentir-se <i>high</i> , com coca, com ganza	48,3	6,5	7,2	38,0
Dar energia física para atividades de lazer	21,8	4,0	34,7	39,5
Reduzir inibições ou a timidez	34,6	9,0	7,9	48,4
Esquecer problemas	27,8	13,6	9,7	48,9
Ajudar a relaxar	29,2	24,1	7,2	39,5
Dar energia física para trabalhar	5,2	8,3	37,0	49,6
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	21,3	22,3	22,8	33,6
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	4,5	37,4	29,7	28,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

De entre os motivos responsáveis pelo abandono do consumo da substância nos últimos ano ou mês destacam-se questões relacionadas com a saúde (24,1%), a falta de interesse e de vontade em consumir (15,7%), assim como motivos de ordem económica (11,9%).

Tabela 182. Motivos de não consumo de heroína nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)	
Dificuldade de obtenção da substância	--
Falta de interesse e de vontade em consumir	15,7
Motivos relacionados com a família	6,9
Efeitos do consumo	2,9
Motivos relacionados com questões de saúde	24,1
Motivos relacionados com dependência da substância	9,7
Motivos legais	--
Alterações no modo/estilo de vida	4,4
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	1,4
Consumo ocasional	--
Desintoxicação	7,7
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	--
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	5,5
Motivos relacionados com redes de amizade	--
Motivos económicos	11,9
Consumo experimental	3,0
Representações negativas do consumo	1,3
Outros	5,4

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

¹ Nas tabelas onde é indicado "resposta de escolha múltipla" as percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

LSD

Caracterização geral do consumo

A prevalência do consumo de LSD ao longo da vida é de 0,6%, valor igual ao registado em 2007. O consumo no último ano regista uma prevalência de 0,2% e no último mês de 0,1%.

Tabela 183. Prevalência do consumo de LSD ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	2001	2007	2012
Longo da Vida	0,4	0,6	0,6
Último Ano	0,1	0,1	0,2
Último Mês	0,0	0,1	0,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Em relação a 2007, aumentou a percentagem dos que consumiram LSD ao longo da vida apenas uma vez (de 14,4% para 22,3%). A maior parte dos consumidores de LSD (59,8%) consumiu esta substância ao longo da vida entre 3 a 10 vezes. Acima deste valor registam-se apenas menos de um ponto percentual de consumidores.

Tabela 184. Número de vezes do consumo de LSD ao longo da vida, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	14,4	22,3
2 vezes	n.d.	20,8	17,1
3 a 5 vezes	n.d.	38,3	30,2
6 a 10 vezes	n.d.	16,8	29,6
11 a 20 vezes	n.d.	5,9	0,8
Mais de 20 vezes	n.d.	3,7	--
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A esmagadora maioria (90%) dos consumidores de LSD consumiu esta substância no decorrer do último ano com uma frequência mais raramente que uma vez por mês. Apenas 10% refere ter consumido com uma frequência entre 2 a 4 vezes por mês. Observamos, portanto, uma frequência do consumo de LSD no decorrer do último ano inferior às verificadas em 2001 e em 2007.

Tabela 185. Frequência do consumo de LSD no último ano, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012
(% sobre a população consumidora no último ano)

	2001*	2007	2012
Várias vezes por dia	0,0	0,0	--
1 vez por dia	0,0	0,0	--
4 a 6 vezes por semana	0,0	15,8	--
2 a 3 vezes por semana	8,2	0,0	--
2 a 4 vezes por mês	8,8	10,5	10,0
1 vez por mês	15,8	0,0	--
Mais raramente	67,2	73,6	90,0

*contabilizaram-se as modalidades *não sabe* e *não responde*

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A totalidade dos consumos de LSD no decorrer do último mês ocorreram com uma frequência inferior a uma vez por semana.

Tabela 186. Frequência do consumo de LSD no último mês, 15-64 anos, 2001, 2007 e 2012
(% sobre a população consumidora no último mês)

	2001*	2007	2012
Mais de uma vez por dia	0,0	0,0	--
1 vez por dia	0,0	0,0	--
Várias vezes por semana	28,4	39,4	--
Pelo menos uma vez por semana	0,0	0,0	--
Menos de uma vez por semana	71,6	60,6	100

*contabilizaram-se as modalidades *não sabe* e *não responde*

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

No que diz respeito à fonte habitual de obtenção de LSD foram apenas referidos os amigos (88,4%), os conhecidos (6,5%) e familiares próximos (como pai, mãe ou irmão) (5,1%).

Parceiro	--
Amigos	88,4
Conhecidos	6,5
Familiares (pai, mãe, irmãos)	5,1
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	--
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	--
Um desconhecido	--
Outra pessoa	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os locais habituais de obtenção da substância são a casa de amigos e/ou conhecidos (41%), e em menor número as discotecas (25%) e as festas (16%).

Na casa onde vive/vivia	--
Na casa de alguém com quem se dá/dava	40,8
Numa festa	16,3
Numa discoteca	25,2
Num festival	6,7
Durante uma viagem	--
Na escola	4,7
No local de trabalho	--
Num local ao ar livre	6,3
No quartel/tropa	--
Outro local	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De acordo com quase metade (49,3%) dos consumidores de LSD obter esta substância num período de 24 horas é muito difícil, e 17,2% considera-o difícil. É fácil para 12,1% dos consumidores e muito fácil para 21,5%. Relativamente aos anteriores anos de análise (2001 e 2007) aumentou o grau de dificuldade de acesso a esta substância num período de 24 horas.

Tabela 189. Grau de dificuldade de acesso a LSD, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Muito difícil	49,3
Difícil	17,2
Fácil	12,1
Muito fácil	21,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Os lugares do consumo de LSD mais referidos são os bares e discotecas (29%) e as casas de pessoas amigas ou conhecidas (27%).

Tabela 190. Lugares utilizados no consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na escola	7,5
No local onde trabalha(va)	1,0
Na casa onde vive/vivia	14,9
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	26,7
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	5,1
Bares e discotecas	28,6
Sociedades locais	--
Organizações de Ação Voluntária	--
Numa rua, numa praça, num jardim	11,2
Num centro comercial	5,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Prevaecem como situações onde o consumo é mais frequente as férias e os fins de semana passados fora da área de residência.

Tabela 191. Situações no consumo de LSD, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sozinho	19,1
A estudar	2,9
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	9,2
A trabalhar	1,2
Quando estava desocupado, sem trabalho	15,2
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	8,2
A passar um fim de semana fora do local de residência	19,7
Em férias	24,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os concertos/festivais musicais (21%), as festas trance (17,5%) e as festas techno/raves (16,8%) são as ocasiões preferenciais para o consumo de LSD.

Festas familiares	6,0
Festas públicas	7,3
Festas techno/raves	16,8
Festas trance	17,5
Festas escolares	4,7
Celebrar o final do ano letivo	6,5
Saída do serviço militar	--
Entrada para o serviço militar	--
Despedidas de solteiro/a	5,0
Noite de passagem de ano	15,3
Concertos/festivais musicais	21,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

De entre as razões apresentadas para o consumo de LSD foram consideradas como muito importantes pelos consumidores, essencialmente, o dar energia física para atividades de lazer (38,7%) e a ajuda que dá para relaxar (27%).

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	12,7	0,0	30,7	56,6
Melhorar o raciocínio	12,7	3,3	36,5	47,6
Atingir dimensões espirituais	15,9	29,2	21,1	33,7
Ser sociável	22,9	20,7	19,5	36,8
Sentir-se <i>high</i> , com moca, com ganza	19,4	38,9	21,7	20,0
Dar energia física para atividades de lazer	38,7	15,9	8,0	37,4
Reduzir inibições ou a timidez	22,9	16,6	14,8	45,7
Esquecer problemas	22,9	8,4	26,3	42,4
Ajudar a relaxar	27,0	9,8	31,1	32,1
Dar energia física para trabalhar	3,9	4,4	36,1	55,5
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	4,5	28,7	37,9	28,9
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	9,2	27,3	34,6	28,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

A falta de interesse e de vontade em consumir (17,9%), a falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância (14,9%) e os efeitos do consumo da substância (13,2%) foram os motivos mais apontados pelos inquiridos para o facto de não terem consumido no último ano ou último mês.

Tabela 194. Motivos de não consumo de LSD nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)	
Dificuldade de obtenção da substância	6,8
Falta de interesse e de vontade em consumir	17,9
Motivos relacionados com a família	--
Efeitos do consumo	13,2
Motivos relacionados com questões de saúde	7,7
Motivos relacionados com dependência da substância	10,6
Motivos legais	--
Alterações no modo/estilo de vida	0,7
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	2,7
Consumo ocasional	7,3
Desintoxicação	3,7
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	--
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	14,9
Motivos relacionados com redes de amizade	--
Motivos económicos	8,3
Consumo experimental	1,8
Representações negativas do consumo	0,0
Outros	4,6

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Cogumelos alucinógenos

Caracterização geral do consumo

O consumo de cogumelos alucinógenos ao nível da população geral situa-se nos 0,8% ao longo da vida e 0,1% para o último ano.

	2001	2007	2012
Longo da Vida	n.d.	0,8	0,6
Último Ano	n.d.	0,1	0,1
Último Mês	n.d.	0,1	0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

18,6% dos consumidores de cogumelos alucinógenos fê-lo uma vez ao longo da vida e 44,5% duas vezes. Os restantes consumidores (36,9%) efetuaram consumos entre 3 e 20 vezes ao longo da vida.

	2001	2007	2012
1 vez	n.d.	27,7	18,6
2 vezes	n.d.	21,2	44,5
3 a 5 vezes	n.d.	24,2	8,7
6 a 10 vezes	n.d.	11,8	20,5
11 a 20 vezes	n.d.	8,8	7,7
Mais de 20 vezes	n.d.	6,4	--
Total	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Em termos de frequência do consumo ao longo do último ano constatamos que a maioria dos consumidores apresenta um consumo pouco regular e inferior a uma vez por mês, à semelhança do que já ocorria em 2007.

Tabela 197. Frequência do consumo de cogumelos alucinógenos no último ano, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora no último ano)

	2001	2007	2012
Várias vezes por dia	n.d.	0,0	--
1 vez por dia	n.d.	0,0	--
4 a 6 vezes por semana	n.d.	0,0	--
2 a 3 vezes por semana	n.d.	13,0	--
2 a 4 vezes por mês	n.d.	0,0	--
1 vez por mês	n.d.	10,6	5,3
Mais raramente	n.d.	76,4	94,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

A obtenção do produto faz-se sobretudo por intermédio de amigos (67,2%). Surge como a segunda fonte habitual de obtenção de cogumelos (ainda que com uma grande diferença percentual) a figura do vendedor (12,8%).

Tabela 198. Fonte habitual de obtenção de cogumelos alucinógenos 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Parceiro	7,5
Amigos	67,2
Conhecidos	6,7
Familiares (pai, mãe, irmãos)	--
Outros familiares (primos, tios)	--
Colegas de escola	--
Colegas de trabalho	--
Vizinhos	--
Vendedor	12,8
Um desconhecido	5,8
Outra pessoa	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A casa de amigos ou conhecidos (43,9%) e as festas (35,8%) são os locais de obtenção habituais mais referidos pelos consumidores de cogumelos alucinógenos.

Tabela 199. Local habitual de obtenção de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na casa onde vive/vivia	--
Na casa de alguém com quem se dá/dava	43,9
Numa festa	35,8
Numa discoteca	6,7
Num festival	6,7
Durante uma viagem	--
Na escola	--
No local de trabalho	--
N um local ao ar livre	1,3
No quartel/tropa	--
Outro local	5,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os consumidores de cogumelos alucinógenos dividem as suas opiniões quanto ao grau de dificuldade de acesso à substância num período de 24 horas: assim, 22,3% afirma ser muito difícil e 23,2% difícil, enquanto 33,4% afirma ser fácil e 21,1% muito fácil.

Tabela 200. Grau de dificuldade de acesso a cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Muito difícil	22,3
Difícil	23,2
Fácil	33,4
Muito fácil	21,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Contextos e lugares do consumo

Os lugares mais referidos para o consumo de cogumelos alucinógenos são as casas de amigos ou conhecidos (38,8%) e as ruas, praças e jardins (20,2%).

Tabela 201. Lugares utilizados no consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012
(resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Na escola	9,9
No local onde trabalha(va)	--
Na casa onde vive/vivia	17,1
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	38,8
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	--
Bares e discotecas	14,0
Sociedades locais	--
Organizações de Ação Voluntária	--
Numa rua, numa praça, num jardim	20,2
Num centro comercial	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As situações mais comuns do consumo ocorreram em períodos de férias (43,5%) e durante fins de semana passados fora da área de residência (25,8%).

Tabela 202. Situações no consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012
(resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sozinho	9,6
A estudar	--
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	--
A trabalhar	1,6
Quando estava desocupado, sem trabalho	13,7
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	5,8
A passar um fim de semana fora do local de residência	25,8
Em férias	43,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As ocasiões do consumo reportam-se, sobretudo, a concertos/festivais musicais (25,1%), à noite da passagem de ano (18,1%), e a festas trance e festas techno/raves (ambas com 17,3%).

**Tabela 203. Ocasões do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012
(resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)**

Festas familiares	5,5
Festas públicas	3,0
Festas techno/raves	17,3
Festas trance	17,3
Festas escolares	2,6
Celebrar o final do ano letivo	5,1
Saída do serviço militar	--
Entrada para o serviço militar	--
Despedidas de solteiro/a	5,9
Noite de passagem de ano	18,1
Concertos/festivais musicais	25,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivações para o consumo

As razões apontadas como muito importantes pelos inquiridos que melhor caracterizam o uso da substância são a necessidade de se sentir high (41,4%), a necessidade de energia física para atividades de lazer (22,7%), assim como o querer atingir dimensões espirituais (22,6%).

Tabela 204. Grau de importância de cada uma das razões do consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	--	--	34,2	65,8
Melhorar o raciocínio	--	--	32,3	67,7
Atingir dimensões espirituais	22,6	40,1	7,1	30,2
Ser sociável	12,5	26,8	15,2	45,6
Sentir-se high, com moca, com ganza	41,4	47,5	0,0	11,1
Dar energia física para atividades de lazer	22,7	9,4	25,3	42,6
Reduzir inibições ou a timidez	12,5	27,9	18,8	40,9
Esquecer problemas	18,8	12,7	0,0	68,6
Ajudar a relaxar	14,5	49,0	3,2	33,2
Dar energia física para trabalhar	--	6,3	8,5	85,2
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	0,8	36,3	23,6	39,3
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	5,4	38,3	28,0	28,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Motivos de não consumo

As razões apontadas para não ter consumido cogumelos alucinógenos no último ano ou no último mês, prendem-se com a falta de interesse e de vontade em consumir, com a falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância, e com questões relacionadas com dependência da substância.

Tabela 205. Motivos de não consumo de cogumelos alucinógenos nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)	
Dificuldade de obtenção da substância	3,9
Falta de interesse e de vontade em consumir	24,0
Motivos relacionados com a família	1,9
Efeitos do consumo	3,9
Motivos relacionados com questões de saúde	6,6
Motivos relacionados com dependência da substância	10,9
Motivos legais	--
Alterações no modo/estilo de vida	10,4
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	--
Consumo ocasional	1,2
Desintoxicação	--
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	--
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	23,3
Motivos relacionados com redes de amizade	--
Motivos económicos	--
Consumo experimental	9,3
Representações negativas do consumo	0,8
Outros	4,0

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Novas substâncias psicoativas – legal highs

Caracterização geral do consumo

A prevalência do consumo de *legal highs* é de 0,4% ao longo da vida para a população entre os 15 e os 64 anos. Os consumos recentes, ou seja, os que decorreram no último ano, apresentam uma prevalência de 0,1%. Não se verificam consumos no último mês.

Categoria	Prevalência (%)
Longo da Vida	0,4
Último Ano	0,1
Último Mês	0,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

No decorrer do último ano os consumidores ingeriram *legal highs* com uma frequência rara.

Frequência	Porcentagem (%)
Várias vezes por dia	0,0
1 vez por dia	0,0
4 a 6 vezes por semana	0,0
2 a 3 vezes por semana	0,0
2 a 4 vezes por mês	0,0
1 vez por mês	0,0
Mais raramente	100,0
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Acesso à substância

O meio habitual de obtenção de *legal highs* foi para a maior parte da população através das *smart shops* (60,3%).

**Tabela 208. Meio habitual de obtenção de *legal highs*, por sexo, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)**

	Masculino	Feminino	Total
Internet	14,8	0,0	11,8
Smart Shop	49,9	100,0	60,3
Amigos	35,3	0,0	27,9
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quanto à localização das *smart shops*, os consumidores dividem-se entre os que compram nessas lojas perto do seu local de residência e as que ficam mais longe em termos geográficos.

**Tabela 209. Existência de *smart shop* perto do local de residência, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)**

Sim	49,8
Não	50,2
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

CONSEQUÊNCIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Apresentação

Procuramos neste capítulo uma aproximação a possíveis consequências associadas ao consumo das diferentes substâncias psicoativas analisadas, e tentaremos identificar e caracterizar, sempre que possível, padrões do consumo abusivo e de dependência, assim como os respetivos consumidores.

No que toca às substâncias psicoativas lícitas procuramos, no caso do tabaco, avaliar a motivação para a cessação tabágica através do teste de Richmond. Ainda para esta substância, é avaliado o grau de dependência através do teste de Fagerström. Relativamente às bebidas alcoólicas faremos a avaliação de dependência e do consumo abusivo através do AUDIT C e AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) e também do CAGE.

Relativamente às substâncias psicoativas ilícitas, que apresentam prevalências do consumo muito mais baixas, avaliamos a dependência e consumo abusivo apenas para a canábis. Fizemo-lo através de dois testes distintos – CAST (*cannabis abuse screening test*) e SDS (*severity of dependence scales*).

Para além de se tentar aferir as consequências associadas aos diferentes tipos de consumos, tenta-se também saber se os consumidores já sentiram necessidade de recorrer a algum tipo de ajuda devido ao seu consumo, a que tipo de ajudas recorreram e a idade com que o fizeram.

Substâncias psicoativas lícitas

Tabaco

Foram colocadas aos consumidores correntes de tabaco quatro questões que compõem um teste para avaliar a motivação para a cessação tabágica (teste de Richmond²⁶). À primeira questão – *Gostava de deixar de fumar se o pudesse fazer com facilidade?* – cerca de três quartos responderam afirmativamente. A segunda questão remetia para a quantificação do interesse em deixar de fumar: 19% não tem interesse; 34% apresenta um interesse ligeiro; 31% um interesse moderado; e 17% um interesse intenso em deixar de fumar. As duas questões seguintes prendem-se com temporalidades. Assim, quando questionados sobre a tentativa de deixar de fumar nas próximas duas semanas mais de metade (55%) responde *não de certeza*. Mais hesitantes estão cerca de 43% dos consumidores, sendo que 30% acha que *talvez não* e 13% *talvez sim*. Apenas 2,5% afirma um *sim de certeza*. Quando a temporalidade para tentar deixar de fumar aumenta para os próximos seis meses, a percentagem dos que dizem *não de certeza* diminui para os 35%, os hesitantes aumentam para os 61% (33% *talvez não* e 28% *talvez sim*), e os que estão certos de que *sim de certeza* vão deixar de fumar aumentam para 4%.

Através do teste de Richmond, tentámos avaliar a motivação para a cessação tabágica, e verificou-se que a grande maioria dos consumidores – 85,5% – apresenta uma motivação baixa, 12,6% apresenta uma motivação moderada e apenas 1,8% apresenta uma motivação elevada para cessar o consumo de tabaco.

Tabela 210. Motivação para cessação tabágica segundo teste de Richmond, 15-64 anos, 2012 (%)

	% sobre a população consumidora UM	% sobre a população total
Motivação baixa	85,5	22,5
Motivação moderada	12,6	3,3
Motivação elevada	1,8	0,5
Total	100	26,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os consumidores de tabaco foram questionados sobre se sentiram a necessidade de recorrer a ajudas devido ao seu consumo, tendo quase 6% respondido afirmativamente.

²⁶ Adaptado de Richmond R., Kehoe L., Webster I. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, 1993; 88: 1127-1135.

Tabela 211. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	5,8
Não	94,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Mais de metade (56,1%) dos que responderam afirmativamente à questão acima recorreram a ajuda médica, 19,4% referem o uso de medicação e 13,2% o uso de pastilhas. A acupuntura, os adesivos/pensos, a força de vontade, entre outros tipos de ajuda a que os consumidores recorreram devido ao consumo de tabaco, recolhem menor percentagem de respostas.

Tabela 212. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

Iniciativa própria/força de vontade	2,4
Ajuda de pessoas próximas	0,3
Ajuda médica	56,1
Religião	1,0
Pastilhas (Nicoret)	13,2
Medicação/comprimidos	19,4
Acupuntura	4,3
Adesivos/pensos	2,8
Cigarro eletrónico	0,6
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Foram os consumidores com idades compreendidas entre os 25 e os 54 os que mais recorreram a algum tipo de ajuda: 32% entre os 45 e os 54 anos, 28% entre os 35 e os 44 anos, e 25% entre os 25 e os 34 anos.

Tabela 213. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de tabaco, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

15-24	8,3
25-34	25,3
35-44	28,0
45-54	31,6
55-64	6,8
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Avaliação da dependência através do teste de Fagerström

O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina²⁷ (Heatherton *et. al.*, 1991) tem uma utilização generalizada como medida da dependência tabágica, daí a sua escolha para fazer parte do questionário do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012.

Este teste é uma versão modificada do Questionário Fagerström de Tolerância. É composto por seis das oito perguntas originais, tendo sido eliminadas as perguntas referentes à taxa de nicotina e à inalação. Foi efetuada uma revisão das pontuações nas perguntas sobre o tempo até ao primeiro cigarro do dia e sobre o número de cigarros diários. Este já foi validado e aplicado em diversos contextos a nível internacional. Em Portugal, e apesar de já existirem versões desta escala a serem utilizadas na prática clínica, não tínhamos conhecimento, à data da elaboração do questionário, de qualquer publicação com a validação desta escala. As versões existentes diferiam mesmo entre si em alguns aspetos significativos. Entretanto, depois de alguma pesquisa bibliográfica, conseguimos ter acesso a um artigo de Ferreira, Pedro; Quintal, Carlota; Lopes, Inês e Taveira, Natélia²⁸, onde estes apresentaram um estudo em que o objetivo era a construção de uma versão do teste FTND devidamente validada, quer linguisticamente quer em termos psicométricos, para a língua e cultura portuguesas.

Das seis perguntas efetuadas, é calculado uma pontuação em que o 0 (zero) corresponderá ao nível de dependência mais baixo e o 10 (dez) a um nível de dependência mais elevado.

Pontuação teste Fagerström

Nível de dependência (3 níveis ²⁹)	Pontuação do teste
Baixo	0 a 3
Média	4 a 6
Elevado	7 a 10

²⁷ Adaptado de Fagerström K., Rennard S. (2005). Treatment of tobacco dependence. In *Pulmonary Rehabilitation edited by Donner C., Ambrosino N., Goldstein R.*, 219-228.

²⁸ Ferreira, Pedro L.; Quintal, Carlota; Lopes, Inês e Taveira, Natélia. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [online]. 27(2): 37-56. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252009000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-9025.

²⁹ Ver pontuação com 3 níveis do teste em: Ferreira, Pedro L.; Quintal, Carlota; Lopes, Inês e Taveira, Natélia. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [online]. 27(2): 37-56. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252009000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-9025.

População consumidora no último ano

Este teste foi aplicado à população consumidora no último ano, sendo os resultados apresentados na tabela abaixo:

Tabela 214. Grau de dependência à nicotina segundo teste de Fagerström, 15-64 anos, 2012 (%)		
	% sobre a população consumidora UA	% sobre a população total
Baixo	56,6	15,9
Médio	34,3	9,7
Elevado	9,1	2,6
Total	100	28,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta o sexo dos inquiridos, verificamos que o grau de dependência baixo é mais elevado nas mulheres, enquanto os graus médio e elevado, são superiores entre os homens.

Tabela 215. Grau de dependência à nicotina segundo teste de Fagerström, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre população total)			
	Masculino	Feminino	Total
Baixo	19,2	12,8	15,9
Médio	13,6	5,9	9,7
Elevado	4,1	1,1	2,6
Total	36,9	19,9	28,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O grau de dependência à nicotina é mais baixo entre os mais jovens e mais elevado entre os mais velhos.

Tabela 216. Grau de dependência à nicotina segundo teste de Fagerström, por grupos decenais, idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre população total)					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Baixo	20,6	23,4	17,7	11,1	7,0
Médio	6,5	13,0	12,6	9,5	5,3
Elevado	1,1	0,9	3,6	4,0	2,8
Total	28,3	37,2	34,0	24,6	15,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Bebidas alcoólicas

É elevada (sempre acima dos 90%) a percentagem de consumidores que afirma nunca ter sentido quaisquer consequências negativas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas. A reduzida percentagem dos que responde afirmativamente, remete para consequências que ocorreram há mais de um ano.

Tabela 217. Consequências associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Necessidade de reduzir o consumo	2,2	6,2	91,6
Críticas de pessoas que lhe são próximas	1,5	4,6	93,9
Sentimento de culpa	1,0	3,5	95,5
Consumo ao acordar para acalmar ou ressacar	0,6	2,5	96,9
Problemas no rendimento escolar	0,2	1,2	98,3
Problemas no rendimento no trabalho	0,4	2,1	97,4
Problemas de conduta em casa	0,5	2,8	96,7
Viu-se envolvido em atos de violência	0,1	1,7	98,2
Problemas com a polícia	0,1	1,3	98,5
Acidente rodoviário	0,1	1,0	98,9
Problemas de saúde	0,5	1,6	97,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Não chegam a 1% os que afirmam ter tido necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de bebidas alcoólicas. Destes 34% afirma ter recorrido a ajuda médica, 32% refere a desintoxicação no hospital. São ainda referidos as unidades de alcoologia, os centros de apoio a toxicodependentes, medicação, e a religião.

Tabela 218. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	0,7
Não	99,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 219. Tipo de ajudas a que sentiu necessidade de recorrer devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

Ajuda médica	34,4
Religião	5,5
Medicação/comprimidos	6,6
Desintoxicação no Hospital	32,1
CRI (Centro de Respostas Integradas)	9,4
Centro/unidade de alcoologia	11,9
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A maioria dos que recorreram a algum tipo de ajuda devido ao consumo de bebidas alcoólicas tinha idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos de idade: 36% dos consumidores tinha entre 35 e 44 anos, 30% entre os 25 e os 34 anos, e 27% entre os 15 e os 24 anos.

Tabela 220. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de bebidas alcoólicas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

15-24	27,1
25-34	30,3
35-44	35,7
45-54	4,9
55-64	2,0
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Avaliação de dependência e do consumo abusivo através do AUDIT C e AUDIT³⁰ (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Segundo o documento *Rede de Referenciação / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool* (Ministério da Saúde/ Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2011), de modo a facilitar a deteção de problemas ligados ao álcool, devemos começar por utilizar o AUDIT C, que inclui apenas as três primeiras questões do AUDIT e constitui o primeiro momento de preenchimento. Neste caso, a pontuação máxima é de 12 e acima de 4 (maior ou igual a 5), no homem, ou acima de 3 (maior ou igual a 4), na mulher, classifica-se como sendo consumo excessivo de álcool. Uma pontuação menor, abaixo destes valores, corresponde a uma classificação do consumo de baixo risco. A primeira pergunta versa a frequência dos consumos; a segunda, a quantidade de álcool num dia do consumos e a terceira, a frequência de episódios do consumo acentuado (*binge drinking*).

Pontuação AUDIT C

Nível de dependência		Pontuação do teste
Consumo excessivo	Homens	5 ou mais
	Mulheres	4 ou mais
Consumo de baixo risco	Homens	Menos de 5
	Mulheres	Menos de 4

Relativamente ao AUDIT, quanto mais alta a pontuação (que varia entre 0 e 40), maior a probabilidade do consumo de álcool do indivíduo estar a afetar a sua saúde e segurança e maior a probabilidade de estarmos perante uma dependência alcoólica.

O teste foi aplicado à população consumidora ao longo da vida, mas para efeitos de possíveis comparações nacionais e internacionais utilizou-se aqui um filtro para a população consumidora no último ano.

³⁰ Ministério da Saúde (2011). *Rede de Referenciação / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Manual For Use In Primary Care*.

Pontuação AUDIT

Nível de dependência		Pontuação do teste
Consumo sem risco	Homens e Mulheres	0
Consumo de baixo risco	Homens	1 a 4
	Mulheres	1 a 3
Consumo de risco médio	Homens	5 a 7
	Mulheres	4 a 7
Consumo de risco elevado / Consumo nocivo	Homens e Mulheres	8 a 19
Dependência	Homens e Mulheres	20 a 40

População consumidora no último ano

O consumo excessivo ronda os 13% da população total (22% da população consumidora); em contrapartida 47% da população total (78% da população consumidora no último ano) caracteriza-se por um consumo de baixo risco.

Tabela 221. AUDIT C, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	Masculino	Feminino	Total
Consumo excessivo	18,7	8,2	13,3
Consumo de baixo risco	54,5	40,6	47,4
Total	73,2	48,8	60,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

São os homens e os grupos etários mais velhos os que apresentam maiores valores no consumo excessivo.

Tabela 222. AUDIT C, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Consumo excessivo	7,3	12,1	14,8	16,2	14,9
Consumo de baixo risco	50,7	50,6	47,1	44,5	44,6
Total	58,0	62,7	61,9	60,7	59,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Utilizando a versão completa do AUDIT, verificou-se que cerca de 4% da população apresenta um consumo de bebidas alcoólicas sem risco, 42% um consumo de baixo risco e 11% um consumo de risco médio. É de 3,3 a percentagem de consumidores de risco elevado/dependentes alcoólicos.

A diferença de sexo é expressiva, o que se traduz posteriormente por uma maior presença do consumo sem risco ou de baixo risco nas mulheres e de maior expressividade do consumo de elevado risco ou dependência nos homens.

Tabela 223. AUDIT, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	Masculino	Feminino	Total
Consumo sem risco	3,9	4,6	4,3
Consumo de baixo risco	49,0	35,5	42,1
Consumo de risco médio	14,1	8,2	11,1
Consumo de risco elevado/nocivo	5,6	0,4	3,0
Dependência	0,5	0,1	0,3
Total	73,2	48,8	60,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

É no grupo etário dos 35-44 anos que o consumo de risco elevado apresenta maiores valores, enquanto a dependência é mais elevada entre os inquiridos com idades entre os 25 e os 34 anos.

Tabela 224. AUDIT, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Consumo sem risco	3,1	5,0	4,8	3,1	5,2
Consumo de baixo risco	46,1	44,2	41,2	40,4	39,1
Consumo de risco médio	7,2	10,3	10,6	14,0	12,8
Consumo de risco elevado/nocivo	1,4	2,7	5,0	2,9	2,2
Dependência	0,2	0,5	0,3	0,3	0,1
Total	58,0	62,7	61,9	60,7	59,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Avaliação de uso abusivo e dependência de álcool através do CAGE³¹

O CAGE foi desenvolvido em 1968 por Ewing. É um teste composto por 4 questões:

- 1) Have you ever felt that you ought to **C**ut down on your drinking?
- 2) Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?
- 3) Have you ever felt bad or **G**uilty about your drinking?
- 4) Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover (**E**ye-opener)?

As respostas são pontuadas a 0 se a pessoa responde “não” e de 1 se a pessoa responde “sim”. A pontuação total varia entre 0 e 4. Pontuações iguais ou superiores a 2 são indicativas de abuso ou dependência de álcool.

Pontuação CAGE

Nível de dependência	Pontuação do teste
Sem abuso ou dependência de álcool	0 a 1
Abuso ou dependência de álcool	2 a 4

No nosso questionário as questões são formuladas do seguinte modo:

- B25. Alguma vez sentiu que devia reduzir o seu consumo de bebidas alcoólicas?
- B26. Alguma vez as pessoas que lhe são próximas o aborreceram com críticas ao seu consumo de bebidas alcoólicas?
- B27. Alguma vez se sentiu culpado em relação ao seu consumo de bebidas alcoólicas?
- B28. Alguma vez tomou bebidas alcoólicas a seguir a acordar, para se acalmar ou para se livrar de uma ressaca?

Sendo as modalidades de resposta 1) Sim, nos últimos 12 meses; 2) Sim, há mais tempo; 3) Não, nunca.

Para sermos o mais fiéis possível ao teste, contabilizamos apenas a modalidade de resposta *Sim, nos últimos 12 meses* como “sim” e o *Não, nunca*, como “não”.

O teste foi aplicado à população consumidora ao longo da vida, mas para efeitos de possíveis comparações nacionais e internacionais utilizou-se aqui um filtro para a população consumidora no último ano.

³¹ Adaptado Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA, 252(14): 1905-1907.

População consumidora no último ano

Segundo o CAGE, é de 0,9% a percentagem da população residente em Portugal consumidora abusiva ou dependente de álcool. O consumo abusivo ou dependente é bastante mais elevado entre os consumidores masculinos (1,6%) que entre os consumidores femininos (0,1%).

Tabela 225. CAGE, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	Masculino	Feminino	Total
Sem abuso ou dependência de álcool	72,0	49,2	60,3
Abuso ou dependência de álcool	1,6	0,1	0,9
Total	73,6	49,3	61,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Ainda segundo o CAGE, é entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos que existe um maior número de consumidores abusivos ou dependentes do consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 226. CAGE, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Sem abuso ou dependência de álcool	57,8	62,5	60,6	60,6	59,3
Abuso ou dependência de álcool	0,5	0,6	1,9	0,6	0,6
Total	58,3	63,1	62,5	61,2	59,9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Medicamentos

Consequências associadas ao consumo

Tirando a necessidade de reduzir o consumo de medicamentos (que ronda os 70%), é bastante elevada a percentagem (sempre acima dos 90%) de consumidores que afirma nunca ter sentido outras consequências negativas que associem ao consumo de sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos.

Tabela 227. Consequências associadas ao consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Necessidade de reduzir o consumo	8,9	18,0	73,1
Críticas de pessoas que lhe são próximas	2,4	3,8	93,8
Sentimento de culpa	1,6	3,6	94,7
Não realização de atividades importantes	0,9	3,1	95,9
Problemas no rendimento escolar	0,4	1,7	97,9
Problemas no rendimento no trabalho	0,7	5,1	94,2
Problemas de conduta em casa	0,7	2,9	96,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Pouco mais de ¼ dos consumidores de sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos afirmam não conseguir imaginar a sua vida sem o consumo destas substâncias, e 10% afirma não o saber.

Tabela 228. Imaginar a vida sem o consumo de medicamentos, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	61,1
Não	28,7
Não sabe	10,2
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Substâncias psicoativas ilícitas

Canábis

Apenas uma minoria dos consumidores afirma ter experienciado consequências relativamente ao consumo de canábis. Como se pode observar na tabela seguinte, o volume de consumidores que afirmou nunca ter experimentado consequências que poderão surgir associadas ao consumo de substâncias psicoativas situa-se sempre acima dos 85%. As situações mais frequentes referentes a consequências negativas do consumo foram o desejo forte pelo produto e não resistência ao mesmo, má conduta em casa, e um menor efeito do produto. As situações menos frequentes consistem em problemas de saúde, mau rendimento no trabalho, e na não realização de atividades importantes.

Tabela 229. Consequências associadas ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	2,9	9,8	87,3
Não realização de atividades importantes	0,8	7,4	91,8
Menor efeito do produto	2,4	8,2	89,4
Mau rendimento escolar	0,1	7,8	92,1
Mau rendimento no trabalho	0,1	6,4	93,5
Má conduta em casa	1,2	11,2	87,6
Problemas de saúde	0,7	4,9	94,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Dos que afirmaram ter tido problemas de saúde, cerca de um quarto continuou a consumir no último ano e, dos restantes, a grande maioria continuou a consumir, apesar de ser há mais tempo, sendo, portanto, muito poucos os que por esse motivo abandonaram o consumo de canábis.

Os consumidores foram também questionados sobre a necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de canábis, tendo respondido afirmativamente cerca de 3%.

Tabela 230. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	2,8
Não	97,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Destes 3%, a maior parcela de consumidores (37%) recorreu aos centros de apoio a toxicodependentes e perto de ¼ desintoxicou-se num hospital.

Tabela 231. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	
Iniciativa própria/força de vontade	22,8
Ajuda médica	16,3
Desintoxicação no Hospital	24,1
CRI (Centro de Respostas Integradas)	36,8
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Metade (50,9%) da população consumidora que recorreu a ajudas devido ao consumo fê-lo com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos.

Tabela 232. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	
15-24	17,2
25-34	50,9
35-44	30,4
45-54	1,6
55-64	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Face à questão *Consegue imaginar a sua vida sem o consumo de canábis?*, quase 10% dos consumidores responde que não.

Tabela 233. Imaginar a vida sem o consumo de canábis, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	
Sim	90,3
Não	9,7
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Avaliação da dependência através do CAST (Cannabis Abuse Screening Test)³²

O Teste Cannabis Abuse Screening Test (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência, é um questionário com 6 questões que procuram identificar padrões e comportamentos de risco associados ao uso de canábis no último ano (Legleye *et al.*, 2007).

Todas as perguntas são respondidas numa escala de 5 pontos (1 "nunca", 2 "raramente", 3 "de tempos a tempos", 4 "algumas vezes", 5 "muitas vezes").

Legleye *et al.* (2007), no artigo de validação do teste, propõe uma dicotomização da escala, que é construída com base na definição de limites para a imputação de valores 0 e 1 por questão. O primeiro limite é a alternativa "de tempos a tempos" para as duas primeiras questões, que permite que as pessoas indiquem que eles não têm problemas, enquanto para as restantes perguntas o limite está na alternativa "raramente".

A razão dada pelo autor desta diferença é porque as duas primeiras questões apontam para medidas ligadas à sazonalidade, enquanto as restantes quatro questões apontam para estados ou situações enfrentadas pelo indivíduo devido ao consumo. Com esta classificação, a pontuação final da escala situa-se entre os 0 e os 6 pontos.

Pontuação CAST

Nível de dependência	Pontuação do teste
Sem risco	0
Risco baixo	1 a 2
Risco moderado	3
Risco elevado	4 a 6

População consumidora no último ano

Segundo o CAST, 0,7% da população apresenta um risco moderado ou elevado associado ao consumo de canábis. Já 0,6% apresenta um risco baixo e 1,1% não apresenta quaisquer riscos associados ao consumo desta substância.

Os consumos sem riscos estão essencialmente associados às mulheres, enquanto os restantes tipos – consumos de risco baixo, médio e elevado – estão associados aos homens.

³² Adaptado de Legleye, S., Karila, L., Beck, F., Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12:4, 233-242.

Tabela 234. CAST, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	Masculino	Feminino	Total
Sem risco	1,5	0,8	1,1
Risco baixo	1,1	0,1	0,6
Risco moderado	0,5	0,3	0,4
Risco elevado	0,5	0,1	0,3
Total	3,6	1,3	2,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Segundo o CAST é entre os consumidores com idades entre os 35 e os 54 que o risco associado ao consumo de canábis é mais elevado.

Tabela 235. CAST, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Sem risco	3,0	1,6	0,9	0,5	0,1
Risco baixo	0,9	1,1	0,8	0,2	--
Risco moderado	1,5	0,4	0,0	0,1	--
Risco elevado	0,2	0,5	0,5	0,2	--
Total	5,6	3,6	2,2	1,0	0,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Avaliação da dependência através do SDS (Severity of Dependence Scales)

O Severity of Dependence Scale (SDS) foi concebido para fornecer um pequeno teste – com 5 questões –, facilmente administrado, que pode ser usado para medir o grau de dependência psicológica experimentada pelos utilizadores de diferentes tipos de drogas ilícitas.

A formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de drogas, tendo no nosso questionário sido aplicada apenas no caso da canábida, e inclui instruções para que as respostas se devam referir a comportamentos e experiências durante um período de tempo específico, geralmente, e também no nosso questionário, os últimos 12 meses/último ano.

Cada um dos itens é pontuado numa escala de quatro pontos (0 “nunca/quase nunca”, 1 “algumas vezes”, 2 “frequentemente”, 3 “sempre/quase sempre” para os itens 1 a 4; e 0, “não é difícil”, 1 “bastante difícil”, 2 “muito difícil”, 3 “impossível” para o item 5).

Pontuação SDS

A pontuação total SDS pode ser obtida pela adição das pontuações de todos os itens com as maiores pontuações totais a indicar maiores níveis de dependência.

Nível de dependência	Pontuação do teste
Sem dependência	0 a 2
Dependência	3 a 15

População consumidora no último ano

Segundo o SDS, 0,7% da população residente em Portugal apresenta sintomas de dependência do consumo de canábida, o que corresponde a ¼ dos consumidores no último ano.

Entre a população total os sintomas de dependência são mais elevados entre os consumidores masculinos.

³³Adaptado de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hallm, W. W., et al (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90: 607-614.

³⁴Steiner, Susanne, Baumeister, Sebastian E., Kraus, Ludwig (2008). *Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population*.

Tabela 236. SDS, por sexo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	Masculino	Feminino	Total
Sem dependência	3,2	0,9	2,0
Dependência	0,9	0,4	0,7
Total	4,1	1,3	2,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Através do teste SDS, e tendo em conta os grupos decenais de idade, verificamos que é entre os mais jovens, com idades entre os 15 e os 34 anos que a prevalência de sintomas de dependência é mais elevada.

Tabela 237. SDS, por grupos decenais de idade, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
Sem dependência	4,5	3,4	1,6	0,9	0,1
Dependência	1,3	1,2	0,7	0,1	0,1
Total	5,8	4,6	2,3	1,0	0,2

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Cocaína

Sintomas como desejo forte pela substância e não lhe conseguir resistir, má conduta em casa ou a não realização de atividades importantes para procurar e consumir cocaína são referidos por cerca de um terço dos consumidores, reportando na sua grande maioria para situações ocorridas há mais de 12 meses.

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	1,8	35,7	62,4
Não realização de atividades importantes	1,8	29,4	68,8
Menor efeito do produto	1,9	26,2	71,9
Mau rendimento escolar	--	4,0	96,0
Mau rendimento no trabalho	--	27,1	72,9
Má conduta em casa	--	32,2	67,8
Problemas de saúde	--	23,2	76,8

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Menos de ¼ dos consumidores afirmou ter tido problemas de saúde decorrentes do consumo de cocaína há mais de 12 meses. Apesar disso, a maioria (82%) destes continuou o consumo.

Foi de 17,7% a percentagem de consumidores que já sentiu necessidade de recorrer a algum tipo de ajuda devido ao seu consumo de cocaína.

Sim	17,7
Não	82,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Desses consumidores, 41% recorreu a ajuda médica, 38% optou por desintoxicação no hospital, enquanto 21% referem os centros de apoio a toxicodependentes.

Ajuda médica	41,4
Desintoxicação no Hospital	38,1
CRI (Centro de Respostas Integradas)	20,6
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A maior percentagem de consumidores que recorreu a ajudas devido ao consumo de cocaína tem entre os 25 e os 34 anos de idade.

Tabela 241. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)	
15-24	21,2
25-34	43,7
35-44	33,2
45-54	1,9
55-64	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A quase totalidade (98%) dos consumidores de cocaína consegue conceber a sua vida sem o consumo desta substância.

Tabela 242. Imaginar a vida sem o consumo de cocaína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	
Sim	98,1
Não	1,9
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Anfetaminas

A má conduta em casa foi a consequência associada ao consumo de anfetaminas mais referida (cerca de um terço) pelos consumidores desta substância. Também o menor efeito do produto (30%) e a não realização de atividades importantes para procurar e consumir esta substância (21%) são consequências referidas por uma parte considerável dos consumidores.

Tabela 243. Consequências associadas ao consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	--	19,7	80,3
Não realização de atividades importantes	--	21,3	78,7
Menor efeito do produto	--	30,0	70,0
Mau rendimento escolar	--	15,4	84,6
Mau rendimento no trabalho	--	18,7	81,3
Má conduta em casa	--	32,8	67,2
Problemas de saúde	--	14,3	85,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Entre os consumidores que tiveram problemas de saúde causados pelo consumo de anfetaminas – 14% respondeu que sim, embora há mais de um ano – verifica-se uma continuidade desse consumo por parte de todos.

Apenas 1 consumidor de anfetaminas entre os 15 e os 24 anos recorreu a ajuda médica devido ao consumo da substância.

A quase totalidade dos consumidores de anfetaminas consegue imaginar a sua vida sem o consumo desta substância.

Tabela 244. Imaginar a vida sem o consumo de anfetaminas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	99,6
Não	0,4
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Ecstasy

A consequência associada ao consumo de ecstasy mais referida pelos seus consumidores é a má conduta em casa, embora a maioria dos que a referiram tenha afirmado que ocorreu há mais de 12 meses. Também o menor efeito do produto e os maus rendimentos escolares são referidos como tendo ocorrido há mais de um ano por cerca de 15% dos consumidores.

Tabela 245. Consequências associadas ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	2,8	7,2	90,0
Não realização de atividades importantes	--	9,5	90,5
Menor efeito do produto	--	15,7	84,3
Mau rendimento escolar	--	15,1	84,9
Mau rendimento no trabalho	--	8,1	91,9
Má conduta em casa	2,7	15,1	82,2
Problemas de saúde	--	12,3	87,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Cerca de metade (53%) dos que tiveram problemas de saúde decorrentes do seu consumo de ecstasy continuou a consumir.

Não chega a 10% os que já sentiram necessidade de recorrer a algum tipo de ajuda devido ao consumo de ecstasy.

Tabela 246. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	8,9
Não	91,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os consumidores de ecstasy referiram como ajudas a que recorreram devido ao seu consumo da substância os centros de apoio a toxicodependentes, a ajuda médica e a desintoxicação em hospitais.

Tabela 247. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

Ajuda médica / médico	33,7
Desintoxicação no Hospital	28,6
CRI (Centro de Respostas Integradas)	37,7
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A maior parte dos que recorreram a ajudas devido ao consumo de ecstasy fê-lo entre os 25 e os 34 anos.

Tabela 248. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

15-24	--
25-34	65,7
35-44	34,3
45-54	--
55-64	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A grande maioria dos consumidores de ecstasy (95,8%) consegue imaginar a vida sem o seu consumo.

Tabela 249. Imaginar a vida sem o consumo de ecstasy, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	95,8
Não	4,2
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Heroína

Observando a tabela seguinte, referente às consequências associadas ao consumo de heroína, verificamos percentagens bastante elevadas nas declarações afirmativas de sintomas, apesar de na sua grande maioria se referirem a experiências ocorridas há mais de 12 meses. Elas são sobretudo elevadas (mais de 50% de casos) no que refere a mau rendimento no trabalho, a deixar de realizar uma atividade importante para procurar e consumir a substância e a sentir um desejo forte pela substância e não conseguir resistir.

Tabela 250. Consequências associadas ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	8,4	50,6	41,0
Não realização de atividades importantes	7,7	50,5	41,8
Menor efeito do produto	7,7	38,3	54,0
Mau rendimento escolar	--	18,3	81,7
Mau rendimento no trabalho	8,5	50,6	40,8
Má conduta em casa	7,7	47,2	45,1
Problemas de saúde	2,8	49,7	47,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Metade dos consumidores de heroína afirmou ter tido problemas de saúde decorrentes do seu consumo há mais de 12 meses e cerca de 3% no decorrer do último ano. No entanto, os problemas de saúde não foram impedimento à continuação do consumo para a maioria (91%) dos consumidores.

São 42,9% os consumidores de heroína que já sentiram necessidade de recorrer a algum tipo de ajuda devido ao seu consumo.

Tabela 251. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	42,9
Não	57,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Desses 43%, a maior parte (40%) recorreu aos hospitais para desintoxicação, pouco mais de um terço procurou ajuda médica, e um quarto referiu os centros de apoio a toxicodependentes.

Tabela 252. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

Ajuda médica / médico	34,8
Desintoxicação no Hospital	39,9
CRI (Centro de Respostas Integradas)	25,3
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Mais de metade (54,4%) desses consumidores recorreu a ajudas quando tinha entre 25 e 34 anos.

Tabela 253. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

15 -24	21,1
25 -34	54,4
35 -44	11,5
45 -54	13,1
55 -64	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De referir ainda neste subcapítulo que a totalidade dos consumidores de heroína consegue imaginar a vida sem o consumo da substância.

Tabela 254. Imaginar a vida sem o consumo de heroína, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	100
Não	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

LSD

Encontramos face a todas as consequências do consumo questionadas uma larga maioria de indivíduos (entre os 85 e os 95%) que afirma não ter passado por tais experiências negativas.

Tabela 255. Consequências associadas ao consumo de LSD, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	--	14,7	85,3
Não realização de atividades importantes	--	5,2	94,8
Menor efeito do produto	--	5,2	94,8
Mau rendimento escolar	8,6	7,2	84,2
Mau rendimento no trabalho	--	12,0	88,0
Má conduta em casa	--	11,5	88,5
Problemas de saúde	--	5,2	94,8

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Apenas 5% (2 indivíduos) dos consumidores teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao seu consumo de LSD. Esses indivíduos tinham à data entre 25 e 34 anos e recorreram ao hospital.

A totalidade dos consumidores de LSD consegue imaginar a sua vida sem o consumo desta substância.

Tabela 256. Imaginar a vida sem o consumo de LSD, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Sim	100
Não	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Cogumelos alucinógenos

São muito escassas as declarações afirmativas de consequências negativas, e, tendo estas ocorrido, foram há mais de 12 meses.

Talvez por este motivo, não se registam casos de necessidade de recorrer a ajuda devido ao consumo de cogumelos alucinógenos.

Tabela 257. Consequências associadas ao consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)			
	Sim		Não
	No último ano	Há mais tempo	
Desejo forte pelo produto e não resistência	--	5,9	94,1
Não realização de atividades importantes	--	--	100
Menor efeito do produto	--	8,5	91,5
Mau rendimento escolar	--	--	100
Mau rendimento no trabalho	--	2,9	97,1
Má conduta em casa	--	--	100
Problemas de saúde	--	--	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A totalidade dos consumidores desta substância consegue conceber a sua vida sem ela.

Tabela 258. Imaginar a vida sem o consumo de cogumelos alucinógenos, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)	
Sim	100
Não	--
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

ANÁLISE COMPARATIVA DOS INDICADORES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS

Apresentação

A análise comparada dos valores observados no conjunto dos indicadores do consumo das várias substâncias psicoativas ilícitas permite diferenciar perfis, contextos e circunstâncias em função da substância em si.

Neste capítulo faremos a análise comparada para os indicadores de caracterização geral do consumo: apresentaremos as prevalências ao longo da vida, último ano e último mês para cada uma das substâncias psicoativas ilícitas atrás analisadas. Faremos a caracterização sociodemográfica da população consumidora ao longo da vida (sexo, grupos etários, estado civil, indicador socioprofissional de classe). Cabe ainda aqui a análise comparada das tipologias (das experiências e das sequências) do consumo.

Serão também comparadas as circunstâncias e contextos em que ocorre o consumo de cada uma das substâncias ilícitas consideradas: idades do primeiro consumo, do consumo regular e do último, assim como a duração deste; a fonte e o local de obtenção das substâncias; lugares, situações e ocasiões do consumo; a acessibilidade à substância; e ainda as razões, quer para consumir, quer para o ter deixado de fazer. Também as consequências associadas ao consumo são analisadas comparativamente, entre cada uma das substâncias.

Por fim, são aqui analisados os consumos múltiplos de substâncias psicoativas ilícitas, onde se analisam a quantidade de substâncias experimentadas ao longo da vida, as combinações de substâncias, a simultaneidade ou não do consumo, e a substância de início do consumo múltiplo.

Caracterização geral do consumo

O consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida suporta-se essencialmente na canábis uma vez que 9,4% já a consumiu, isto perante valores substancialmente inferiores noutras substâncias: 1,3% para o ecstasy, 1,2% para a cocaína, 0,6% para a heroína, o LSD e os cogumelos alucinógenos, e 0,5 para as anfetaminas.

Tabela 259. Prevalência do consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, 15-64 anos, 2012 (n=5355) (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Longo da Vida	9,4	1,2	0,5	1,3	0,6	0,6	0,6
Último Ano	2,7	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1
Último Mês	1,7	0,1	0,0	0,2	--	0,1	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Através das características sociodemográficas podemos perceber de que forma se constituem os perfis do consumo para as diferentes substâncias. Sendo o consumo de qualquer substância ilícita maioritariamente masculino, verificamos que a proporção de mulheres consumidoras difere um pouco quando nos centramos na análise sobre o consumo de cogumelos alucinógenos e de anfetaminas, onde ela é maior (quase um terço) ou sobre o consumo de heroína, onde ela é bastante inferior (12,5%). Em todas as restantes substâncias, a proporção de homens consumidores é similar (entre 73 e 76%).

Tabela 260. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o sexo dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Masculino	75,8	75,0	69,2	74,3	87,5	73,3	67,7
Feminino	24,2	25,0	30,8	25,7	12,5	26,7	32,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A distribuição dos consumidores por substância e por grupo etário difere bastante, ainda que de um modo geral diminua o seu peso à medida que se avança nos grupos etários. Os cogumelos alucinógenos e o ecstasy são substâncias consumidas essencialmente por consumidores mais jovens (com idades entre os 15 e os 34 anos).

Com uma incidência maior em consumidores pertencentes a grupos etários mais avançados, entre os 35 e os 54 anos, encontramos a heroína.

De referir ainda a ausência dos consumos de ecstasy, heroína e de cogumelos alucinógenos entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos.

Tabela 261. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o grupo decenal de idade dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
15-24	22,0	12,7	7,4	23,2	6,5	23,3	29,0
25-34	34,5	30,2	33,3	42,0	12,9	33,3	45,2
35-44	24,6	34,9	33,3	23,2	54,8	16,7	16,1
45-54	16,0	19,0	18,5	11,6	25,8	20,0	9,7
55-64	3,0	3,2	7,4	--	0,0	6,7	--
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo ao longo da vida de qualquer substância ilícita ocorre maioritariamente entre indivíduos solteiros. No entanto, o peso da população consumidora solteira difere em função da substância: ele é mais elevado no consumo de LSD (67%) e de ecstasy (66%), sendo bastante mais baixo no consumo de heroína (41%), onde, aliás, a maior percentagem de consumidores é separada, divorciada ou viúva. As anfetaminas (11,5%) e a canábis (11%) são as substâncias que apresentam uma maior proporção de consumidores casados ou a viver em união de facto.

Tabela 262. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o estado civil dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Solteiro	50,6	50,0	53,8	66,2	40,6	66,7	51,6
Separado, divorciado ou viúvo	38,4	40,6	34,6	26,5	50,0	26,7	41,9
Casado ou união de facto	11,0	9,4	11,5	7,4	9,4	6,7	6,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A distribuição dos consumidores das diferentes substâncias pelas categorias correspondentes ao indicador socioprofissional de classe de origem (em função da descrição feita sobre a profissão e situação na profissão do próprio, caso seja ou tenha sido ativo, e de pai ou mãe, no caso de o inquirido nunca ter exercido uma atividade profissional) não é homogénea: apesar de em quase todas as substâncias se destacarem quatro grandes categorias – empresários, dirigentes e profissionais liberais, profissionais técnicos e de enquadramento, empregados executantes e operários –, verificam-se diferenças no peso de cada uma dessas categorias.

Os cogumelos alucinógenos são a substância onde a proporção de consumidores provenientes de categorias sociais de origem mais elevadas é maior com 41,9% para a categoria dos empresários, dirigentes e profissionais liberais. O consumo de LSD é mais frequente na categoria dos profissionais técnicos e de enquadramento (44,8%). As prevalências do consumo na categoria dos trabalhadores independentes, sendo mais baixas comparativamente às categorias anteriormente referidas, apresentam o valor mais elevado para as anfetaminas (3,7%). Na categoria dos agricultores independentes, onde se registam as mais baixas prevalências do

consumo, registam-se 3,2% no caso da heroína, 1,6% na cocaína e de 0,9% na canábis. A proporção de empregados executantes é superior no consumo de canábis (29,6%) e de heroína (22,6%), e a de operários destaca-se sobretudo no consumo de LSD (20,7%) e cocaína (19,4%). Por fim, os assalariados agrícolas apresentam maiores prevalências nos consumos de heroína (12,9%) e de anfetaminas (11,1%).

Tabela 263. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida segundo o indicador socioprofissional de classe de origem dos inquiridos, 15-64 anos, 2012 (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Empresários, dirigentes e profissionais liberais	25,2	25,8	25,9	26,5	16,1	20,7	41,9
Profissionais técnicos e de enquadramento	24,5	29,0	37,0	32,4	25,8	44,8	35,5
Trabalhadores independentes	2,8	1,6	3,7	1,5	3,2	0,0	3,2
Agricultores independentes	0,9	1,6	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
Empregados executantes	29,6	14,5	11,1	22,1	22,6	6,9	6,5
Operários	13,0	19,4	11,1	14,7	16,1	20,7	6,5
Assalariados agrícolas	4,1	8,1	11,1	2,9	12,9	6,9	6,5
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Para o consumo ao longo da vida é possível ter uma estimativa da quantidade de vezes em que esse consumo ocorreu. A heroína e o ecstasy são as substâncias onde se regista uma maior percentagem de consumos singulares (uma vez ao longo da vida), enquanto os cogumelos alucinógenos apresentam uma maior percentagem na categoria duas vezes ao longo da vida.

É na cocaína, e também na heroína, que a percentagem de indivíduos com reincidência sistemática é mais elevada: 24,6% e 15,4%, respetivamente, consumiu mais de vinte vezes.

Tabela 264. Número de vezes do consumo de substâncias ilícitas ao longo da vida, 15-64 anos, 2012 (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
1 vez	34,5	32,3	24,5	41,7	55,8	22,3	18,6
2 vezes	15,5	14,1	32,3	9,7	21,8	17,1	44,5
3 a 5 vezes	21,7	13,0	25,5	31,2	7,0	30,2	8,7
6 a 10 vezes	8,8	7,6	4,3	12,5	--	29,6	20,5
11 a 20 vezes	7,4	8,4	13,5	4,8	--	0,8	7,7
Mais de 20 vezes	12,1	24,6	--	--	15,4	--	--
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O perfil abstínente é maioritário em todas as substâncias ilícitas analisadas, atingindo o valor mais elevado nas anfetaminas (99,5%) e o menor na canábis (90,6%). No que diz respeito ao perfil dos desistentes, assim como dos consumidores correntes e recentes, é na canábis, comparativamente às outras substâncias, que mais os verificamos (6,7%, 1,7% e 1,0%, respetivamente).

Tabela 265. Tipologia das experiências do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população total)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Desistentes	6,7	1,0	0,4	1,0	0,5	0,4	0,5
C. recentes	1,0	0,1	--	0,1	0,0	0,1	0,1
C. correntes	1,7	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0
Abstinentes	90,6	98,8	99,5	98,7	99,4	99,4	99,4
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Atendendo agora aos perfis dos consumidores através da tipologia das sequências do consumo, verificamos que, independentemente da substância considerada, os consumos não recentes são maioritários. Atingem os valores mais elevados no caso da heroína (92,7%) e das anfetaminas (92,2%). Já o perfil dos novos experimentadores só é encontrado no caso dos cogumelos alucinógenos (12,7%), do ecstasy (5,9%) e da canábis (1,3%). Os consumos recorrentes, assim como os correntes fazem-se sentir sobretudo entre os consumidores de LSD (12,3% e 17,2%, respetivamente) e de canábis (8,9% e 18,2%, respetivamente).

Tabela 266. Tipologia das seqüências do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Consumidores não recentes	71,7	81,7	92,2	80,6	92,7	70,5	86,5
Novos experimentadores	1,3	--	--	5,9	--	--	12,7
C. recorrentes	8,9	8,4	0,9	0,5	6,4	12,3	--
C. correntes	18,2	10,0	6,8	13,0	1,0	17,2	0,7
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Circunstâncias e contextos do consumo

Conforme já tivemos oportunidade de fazer referência anteriormente, ainda que os consumos de substâncias ilícitas sejam, regra geral, tendencialmente mais jovens, a distribuição dos consumidores pelos grupos etários varia em função da substância. A canábis é, de todas, a que apresenta uma maior percentagem de indivíduos mais jovens nas idades de primeiro consumo: 7,7% tinha menos de 15 anos quando começou a consumir e 69,5% fê-lo pela primeira vez entre os 15 e os 19 anos. Se tivermos em conta apenas os indivíduos com idades inferiores a 15 anos é no LSD onde se concentra a maior percentagem de consumidores, embora cerca de metade dos consumidores desta substância tenha iniciado o consumo entre os 20 e os 24 anos. A maior parte dos consumidores de cogumelos alucinógenos, assim como os de anfetaminas, efetuaram o primeiro consumo entre os 20 e os 24 anos. Metade dos consumidores de heroína iniciou os consumos entre os 15 e os 19 anos. Acima dos 30 anos o início de consumos é mais raro, ainda assim, verificam-se 10,9% de indivíduos a iniciar o consumo de ecstasy.

Tabela 267. Grupos de idade de início do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (%)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
< 15 anos	7,7	0,8	7,1	--	0,8	10,5	--
15 - 19 anos	69,5	41,7	39,1	45,8	50,2	16,4	18,4
20 - 24 anos	17,1	34,8	42,3	31,6	33,1	50,3	58,4
25 - 29 anos	3,4	15,5	6,1	11,6	16,0	17,4	17,4
≥ 30 anos	2,3	7,3	5,6	10,9	--	5,3	5,8
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Essas diferenças entre as idades dos consumidores de substâncias psicoativas podem também ser observadas no quadro seguinte. Para além da informação estatística sobre o início do consumo, encontramos também a mesma informação no que se refere ao fim do consumo.

Indo ao encontro da informação acima descrita, verificamos que a canábis é a substância que apresenta uma idade média (18 anos) de início mais baixa (e uma idade mínima também

– 9 anos), sendo que a idade média de fim do consumo é também das mais baixas (24 anos).

Para as restantes substâncias, a idade média de início varia entre os 19 anos na heroína e os 22 anos no ecstasy e nos cogumelos alucinógenos. No que se refere à idade média de fim do consumo, ela é também de 24 anos (como no caso da canábis) no ecstasy, é de 25 anos no caso dos cogumelos alucinógenos, de 26 anos para o LSD e para a heroína, de 27 anos para as anfetaminas e, por fim, de 28 anos para a cocaína.

Sistematizando ainda a informação relativa às idades de início e fim do consumo, verificamos que a idade mais frequente de início do consumo (moda) é os 20 anos, exceto nos casos da canábis e da cocaína (18 anos) e do LSD (21 anos). As idades modais de fim do consumo variam entre os 20 anos na canábis e ecstasy, os 24 nos cogumelos alucinógenos, os 30 anos na cocaína, nas anfetaminas e na heroína, e os 38 anos (a mais elevada) no LSD.

Tabela 268. Idades da primeira vez do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Média	18	21	20	22	19	21	22
Mediana	18	20	20	20	19	21	21
Moda	18	18	20	20	20	21	20
Máximo	46	30	30	50	28	38	35
Mínimo	9	12	14	15	14	13	15
Desvio Padrão	3	4	4	7	4	5	4
N	480	60	26	62	31	27	27

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 269. Idades do consumo regular de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Média	19	21	20	22	20	21	22
Mediana	18	20	20	19	20	21	20
Moda	16	18	20	17	20	26	20
Máximo	40	36	26	39	28	26	35
Mínimo	10	14	15	16	14	13	16
Desvio Padrão	4	4	4	6	4	5	6
N	212	32	10	34	23	11	9

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tabela 270. Idades da última vez do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Média	24	28	27	24	26	26	25
Mediana	20	27	27	23	24	25	24
Moda	20	30	30	20	30	38	24
Máximo	59	53	38	51	50	38	38
Mínimo	11	16	19	15	14	13	17
Desvio Padrão	8	8	6	8	8	8	6
N	453	55	26	59	29	23	23

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Através da análise de indicadores estatísticos referentes à duração do consumo podemos sustentar um pouco melhor as tendências acima desenhadas: a cocaína e as anfetaminas apresentam uma duração média do consumo mais elevada relativamente às outras substâncias consideradas (7 anos). A heroína apresenta uma duração média do consumo de 6 anos, a canábis e o LSD de 5 anos, o ecstasy de 3 anos e os cogumelos alucinógenos de 2 anos.

Tabela 271. Duração (em anos) do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Média	5	7	7	3	6	5	2
Mediana	2	5	3	2	8	2	0
Moda	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	40	25	22	15	21	13	13
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0
Desvio Padrão	8	7	7	4	6	5	4
N	443	54	26	59	29	23	23

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Regra geral são os amigos a principal fonte de obtenção de substâncias psicoativas ilícitas (valor que varia entre um mínimo de 40,4% para a heroína e um máximo de 88,4% no caso do LSD). A estes seguem-se os conhecidos (variando entre um mínimo de 6,7% no caso dos cogumelos alucinógenos e um máximo de 32,6% no caso da heroína).

**Tabela 272. Fonte habitual de obtenção de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)**

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Parceiro	1,0	0,4	11,5	3,1	4,9	--	7,5
Amigos	76,3	65,7	55,3	71,8	40,4	88,4	67,2
Conhecidos	11,4	20,5	19,0	24,6	32,6	6,5	6,7
Familiares (pai, mãe, irmãos)	0,6	2,4	5,7	--	--	5,1	--
Outros familiares (primos, tios)	--	--	--	--	--	--	--
Colegas de escola	3,9	--	6,1	--	--	--	--
Colegas de trabalho	0,0	--	--	--	--	--	--
Vizinhos	0,0	--	--	--	--	--	--
Vendedor	3,5	11,0	--	0,5	21,3	--	12,8
Um desconhecido	1,1	--	--	--	--	--	5,8
Outra pessoa	2,1	--	2,4	--	0,7	--	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Para quase todas as substâncias psicoativas ilícitas consideradas, o local habitual de obtenção consiste na casa de amigos. A exceção são os locais ao ar livre no que diz respeito à obtenção da canábis e da heroína.

**Tabela 273. Local habitual de obtenção de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)**

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Na casa onde vive/vivia	3,0	3,1	--	--	6,9	--	--
Na casa de alguém com quem se dá/dava	29,1	54,2	60,6	33,5	31,9	40,8	43,9
Numa festa	15,8	9,6	15,2	30,7	5,2	16,3	35,8
Numa discoteca	4,0	1,0	2,2	6,0	--	25,2	6,7
Num festival	4,5	1,0	--	5,6	4,9	6,7	6,7
Durante uma viagem	1,2	--	--	--	--	--	--
Na escola	6,0	--	--	--	--	4,7	--
No local de trabalho	0,5	--	2,4	--	--	--	--
Num local ao ar livre	31,3	30,4	4,2	21,7	40,9	6,3	1,3
No quartel/tropa	0,3	--	--	--	--	--	--
Outro local	4,3	--	15,4	2,5	10,1	--	5,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De entre uma lista de lugares enunciados, e à semelhança do que se verificou relativamente ao local habitual de obtenção da substância, também o local/lugar mais utilizado para o seu consumo consiste na casa de amigos para quase todas as substâncias consideradas. O LSD e o ecstasy, para além de serem consumidos preferencialmente em casa de amigos, são-no também em bares e discotecas, e a canábis em locais ao ar livre, tais como ruas, praças ou jardins.

Tabela 274. Lugares utilizados no consumo de substâncias ilícitas, 15-64 anos, 2012
(resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Na escola	11,8	6,1	12,5	11,3	1,2	7,5	9,9
No local onde trabalha(va)	2,9	7,0	2,5	2,2	11,2	1,0	--
Na casa onde vive (ou vivia)	9,9	17,7	17,8	8,1	21,8	14,9	17,1
Em casa de pessoas com quem se dá/dava	23,8	30,6	22,8	26,8	24,6	26,7	38,8
Café(s), pastelarias próximas da casa onde vive	3,8	2,1	3,1	--	2,2	5,1	--
Bares e discotecas	15,3	14,5	21,4	26,9	17,5	28,6	14,0
Sociedades locais	5,0	2,1	2,1	2,0	2,2	--	--
Organizações de Ação Voluntária	1,9	1,3	0,7	1,4	1,7	--	--
Numa rua, numa praça, num jardim	23,1	17,7	16,3	21,5	15,3	11,2	20,2
Num centro comercial	2,4	0,9	0,8	--	2,2	5,1	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

É quando os indivíduos estão de férias que mais consomem substâncias psicoativas ilícitas. Apenas no consumo da heroína existe um valor superior na categoria *quando estava desempregado, sem trabalho*, e de referir ainda em relação a esta substância o peso que tem na categoria *sozinho*.

Tabela 275. Situações no consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012
(resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Sozinho	14,6	18,0	11,9	10,3	21,5	19,1	9,6
A estudar	6,4	2,5	7,7	1,3	1,8	2,9	--
Quando faltou às aulas ou quando não tinha aulas	10,6	1,6	6,0	4,5	3,0	9,2	--
A trabalhar	4,1	8,2	7,3	4,0	11,5	1,2	1,6
Quando estava desocupado, sem trabalho	17,0	23,3	20,4	21,2	23,5	15,2	13,7
Em deslocações em trabalho no país ou no estrangeiro	5,8	6,1	8,7	11,7	4,7	8,2	5,8
A passar um fim de semana fora do local de residência	17,5	15,1	13,6	20,8	12,1	19,7	25,8
Em férias	24,0	25,2	24,4	26,1	22,0	24,4	43,5

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Os concertos e festivais musicais, assim como as noites de passagem de ano, constituem-se, modo geral, como as ocasiões onde mais consumo ocorreu. Nas festas familiares e nas festas públicas regista-se um maior consumo de heroína relativamente às outras substâncias. Já nas festas techno/raves e trance são mais elevados os consumos de LSD e de cogumelos alucinógenos. Nas festas escolares, assim como celebrar o final do ano letivo, surgem mais fre-

quentemente os consumos de canábis e de ecstasy. Já a saída ou entrada para o serviço militar estão mais conotadas com consumos de canábis e de cocaína. Esta última substância referida também se destaca, por comparação às outras, nas ocasiões de despedidas de solteiro e nas noites de passagem de ano.

Tabela 276. Ocasões do consumo de substâncias ilícitas, 15-64 anos, 2012 (resposta múltipla - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Festas familiares	6,5	6,6	8,3	6,0	9,5	6,0	5,5
Festas públicas	14,7	14,4	14,4	10,1	20,2	7,3	3,0
Festas techno/raves	9,4	7,7	11,5	16,0	6,6	16,8	17,3
Festas trance	6,8	7,5	14,0	13,2	3,8	17,5	17,3
Festas escolares	9,1	4,0	3,6	8,2	1,8	4,7	2,6
Celebrar o final do ano letivo	8,0	6,5	6,4	8,3	4,1	6,5	5,1
Saída do serviço militar	2,1	1,1	--	--	0,3	--	--
Entrada para o serviço militar	1,8	2,4	--	0,3	--	--	--
Despedidas de solteiro/a	7,9	8,8	5,8	5,7	8,0	5,0	5,9
Noite de passagem de ano	15,4	22,6	14,3	13,5	21,1	15,3	18,1
Concertos/festivais musicais	18,2	18,4	21,7	18,6	24,6	21,0	25,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A procura de determinadas sensações causadas pelo consumo de drogas – sentir-se *high*, com moca, com *ganza* – é a razão mais comum: é declarada como muito importante ou importante pela maioria de consumidores de cada substância (sobretudo de cogumelos alucinógenos e de cocaína).

Tabela 277. Razões (categorias de resposta muito importante e importante) do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Melhorar os contactos físicos ou as relações sexuais	10,8	24,3	20,2	29,7	19,1	12,7	--
Melhorar o raciocínio	9,9	17,1	25,8	21,7	12,6	16,0	--
Atingir dimensões espirituais	27,9	38,5	42,5	59,7	49,2	45,1	62,7
Ser sociável	26,8	44,7	48,7	56,6	39,4	43,6	39,3
Sentir-se high, com moca, com ganza	52,2	81,2	72,1	77,4	54,8	58,3	88,9
Dar energia física para atividades de lazer	18,8	43,9	66,2	65,6	25,8	54,6	32,1
Reduzir inibições ou a timidez	31,9	52,6	43,5	72,3	43,6	39,5	40,4
Esquecer problemas	27,4	42,6	28,4	52,3	41,4	31,3	31,5
Ajudar a relaxar	54,8	49,0	39,2	58,4	53,3	36,8	63,5
Dar energia física para trabalhar	7,4	16,0	28,4	27,3	13,5	8,3	6,3
Ver como é, para experimentar, por curiosidade	39,8	45,4	38,5	47,9	43,6	33,2	37,1
No grupo de amigos algumas pessoas consomem	32,1	38,7	48,1	49,4	41,9	36,5	43,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De um modo geral os consumidores consideram ser fácil o acesso às substâncias. Os consumidores de heroína consideram mesmo o acesso a esta substância muito fácil. No polo oposto encontram-se os consumidores de LSD que consideram o acesso a esta muito difícil.

Tabela 278. Grau de dificuldade de acesso a substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Muito difícil	7,4	9,7	5,5	9,8	5,7	49,3	22,3
Difícil	8,1	17,2	14,7	20,8	15,4	17,2	23,2
Fácil	52,7	53,2	66,3	61,0	37,3	12,1	33,4
Muito fácil	31,8	19,9	13,5	8,5	41,6	21,5	21,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As razões mais frequentes para o abandono do consumo prendem-se com a falta de interesse e de vontade de consumir no caso dos consumidores de anfetaminas, cogumelos alucinógenos, LSD e de canábis; e devido a motivos relacionados com questões de saúde por parte dos consumidores de ecstasy, heroína e cocaína. De referir ainda a quantidade de consumidores de canábis que remete a ausência do consumo no último ano ou mês o facto de ter tido apenas um consumo experimental.

Tabela 279. Motivos de não consumo de substâncias psicoativas ilícitas nos últimos ano ou mês, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora ao longo da vida desistente*)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Dificuldade de obtenção da substância	2,3	1,3	--	1,3	--	6,8	3,9
Falta de interesse e de vontade em consumir	17,9	10,3	39,8	17,6	15,7	17,9	24,0
Motivos relacionados com a família	2,8	3,7	1,3	2,1	6,9	--	1,9
Efeitos do consumo	1,9	7,3	4,1	6,7	2,9	13,2	3,9
Motivos relacionados com questões de saúde	13,4	17,4	14,7	26,2	24,1	7,7	6,6
Motivos relacionados com dependência da substância	6,8	13,2	--	2,0	9,7	10,6	10,9
Motivos legais	0,6	--	--	--	--	--	--
Alterações no modo/estilo de vida	12,1	6,5	4,2	5,2	4,4	0,7	10,4
Substituição do consumo por outra substância ou atividade/crença	0,7	0,8	--	1,7	1,4	2,7	--
Consumo ocasional	3,6	2,8	6,4	7,1	--	7,3	1,2
Desintoxicação	0,8	4,5	1,5	2,4	7,7	3,7	--
Pressão de terceiros para abandonar o consumo	0,4	2,4	--	--	--	--	--
Falta de satisfação com a qualidade, sabor e/ou efeitos da substância	7,8	6,7	16,3	12,1	5,5	14,9	23,3
Motivos relacionados com redes de amizade	2,9	2,1	--	3,0	--	--	--
Motivos económicos	3,8	12,6	4,2	6,6	11,9	8,3	--
Consumo experimental	18,4	6,9	6,1	12,1	3,0	1,8	9,3
Representações negativas do consumo	1,0	0,1	--	2,1	1,3	--	0,8
Outros	2,8	1,3	1,4	2,0	5,4	4,6	4,0

* As percentagens relativas a cada modalidade são calculadas considerando o total de todas as respostas afirmativas obtidas para o conjunto da população de referência.

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Consequências associadas ao consumo

Conforme podemos observar na tabela seguinte, a heroína é, de todas as substâncias aqui tratadas, aquela que provoca no indivíduo maior número de declarações de consequências negativas associadas ao consumo. Essas consequências referem-se sobretudo ao mau rendimento no trabalho, ao desejo forte de consumir e não conseguir resistir a fazê-lo, seguindo-se a não concretização de atividades importantes para poder procurar e consumir a substância. Estas consequências são também bastante declaradas por consumidores de cocaína, embora em percentagens mais baixas. Em contrapartida, o consumo de cogumelos alucinógenos surge como aquele em que se verificam menos e menores declarações de consequências associadas ao seu consumo por parte dos seus consumidores.

Tabela 280. Consequências associadas ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (respostas afirmativas - % sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Desejo forte pelo produto e não resistência	12,7	37,5	19,7	10,0	59,0	14,7	5,9
Não realização de atividades importantes	8,2	31,2	21,3	9,5	58,2	5,2	--
Menor efeito do produto	10,6	28,1	30,0	15,7	46,0	5,2	8,5
Mau rendimento escolar	7,9	4,0	15,4	15,1	18,3	15,8	--
Mau rendimento no trabalho	6,5	27,1	18,7	8,1	59,1	12,0	2,9
Má conduta em casa	12,4	32,2	32,8	17,8	54,9	11,5	--
Problemas de saúde	5,6	23,2	14,3	12,3	52,5	5,2	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O consumo de heroína é o que leva mais consumidores (42,9%) a recorrer a ajudas devido a esse mesmo consumo. Seguem-se, ainda que com significativa diferença percentual, os consumidores de cocaína (17,7%). Entre os que sentem menos necessidades de recorrer a ajudas devido ao consumo encontram-se os consumidores de canábis (2,8%) e os de LSD (5,4%).

Tabela 281. Necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Sim	2,8	17,7	5,6	8,9	42,9	5,4	--
Não	97,2	82,3	94,4	91,9	57,1	94,6	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Quanto aos tipos de ajudas a que os consumidores recorreram, tirando a força de vontade ou iniciativa própria por parte de alguns consumidores de canábis, todos os outros referem ajuda especializada, referindo ajuda médica (especialmente no caso da cocaína), hospitais (sobretudo referidos pelos consumidores de heroína e cocaína) e centros de apoio a toxicodependentes (referidos essencialmente pelos consumidores de ecstasy e de canábis).

Tabela 282. Tipo de ajudas a que recorreu devido ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (resposta de escolha múltipla - % sobre respostas afirmativas da população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Iniciativa própria/força de vontade	22,8	--	--	--	--	--	--
Ajuda médica	16,3	41,4	100	33,7	34,8	--	--
Desintoxicação no Hospital	24,1	38,1	--	28,6	39,9	100	--
CRI (Centro de Respostas Integradas)	36,8	20,6	--	37,7	25,3	--	--
Total	100	100	100	100	100	100	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De modo geral, os consumidores que necessitaram de recorrer a algum tipo de ajuda devido ao seu consumo de substâncias psicoativas ilícitas fizeram-no quando tinham entre 25 e 34 anos de idade.

Tabela 283. Idade quando recorreu a ajudas devido ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora que teve necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
15-24	17,2	21,2	61,2	--	21,1	--	--
25-34	50,9	43,7	38,8	65,7	54,4	100	--
35-44	30,4	33,2	--	34,3	11,5	--	--
45-54	1,6	1,9	--	--	13,1	--	--
55-64	--	--	--	--	--	--	--
Total	100	100	100	100	100	100	--

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Independentemente da substância considerada, a larga maioria de consumidores (totalidade mesmo no caso da heroína, LSD e de cogumelos alucinógenos) consegue conceber a sua vida sem o consumo da substância em causa.

Tabela 284. Imaginar a vida sem o consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

	Canábis	Cocaína	Anfetaminas	Ecstasy	Heroína	LSD	Cogumelos A.
Sim	90,3	98,1	99,6	95,8	100	100	100
Não	9,7	1,9	0,4	4,2	--	--	--
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Consumos múltiplos

São considerados consumos múltiplos todos aqueles que correspondem ao uso de mais do que uma substância ao longo da vida.

É de 31,8 percentagem de consumidores de qualquer substância psicoativa ilícita que usaram mais do que uma substância, ou seja, que se caracterizam por um consumo múltiplo. Desses, a maioria (10,9%) usou duas substâncias, 5,0% usou três e 4,2% usou quatro substâncias. Existem ainda quase 2% de consumidores que usaram todas ou quase todas das sete substâncias psicoativas inquiridas.

	% sobre a população consumidora LV	% sobre a população total
Uma substância	78,2	7,3
Duas substâncias	10,9	1,0
Três substâncias	5,0	0,5
Quatro substâncias	4,2	0,4
Cinco substâncias	--	--
Seis substâncias	0,7	0,1
Sete substâncias	1,0	0,1
Total	100,0	9,3
Nenhuma		90,7
Total		100,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A substância mais comum no uso de uma única substância psicoativa ilícita é a canábis – é o que acontece com 77,3% dos consumidores. Dentro dos consumos múltiplos, as duas combinações mais usuais são canábis+ecstasy e canábis+cocaína. Há ainda a presença de combinações mais comuns nos consumos múltiplos como é o caso de canábis+cogumelos alucinógenos. Para as mais de duas substâncias usadas, são o consumo de canábis+ecstasy+cocaína e o de canábis+cocaína+heroína as situações mais frequentes. A canábis, aliás, é a substância que está sempre presente quando se verificam consumos múltiplos.

**Tabela 286. Combinações de substâncias psicoativas ilícitas praticadas, 15-64 anos, 2012
(% sobre a população consumidora ao longo da vida)**

Só canábis	77,3
Só cocaína	--
Só heroína	0,3
Só ecstasy	0,0
Só anfetaminas	0,1
Só LSD	0,1
Só cogumelos alucinógenos	0,1
Canábis e cocaína	3,2
Canábis e heroína	0,7
Canábis e ecstasy	4,7
Canábis e anfetaminas	--
Canábis e LSD	0,6
Canábis e cogumelos alucinógenos	1,6
Canábis, ecstasy e anfetaminas	0,5
Canábis, ecstasy e cocaína	1,5
Canábis, ecstasy e LSD	0,7
Canábis, anfetaminas e cocaína	0,5
Canábis, anfetaminas e heroína	0,1
Canábis, anfetaminas e LSD	0,2
Canábis, cocaína e heroína	1,3
Canábis, cocaína e LSD	0,3
Canábis, ecstasy, anfetaminas e LSD	0,5
Canábis, ecstasy, anfetaminas e cogumelos alucinógenos	0,4
Canábis, ecstasy, cocaína e heroína	0,8
Canábis, ecstasy, cocaína e LSD	1,0
Canábis, anfetaminas, cocaína e heroína	0,5
Canábis, anfetaminas, cocaína e LSD	0,3
Canábis, anfetaminas, LSD e cogumelos alucinógenos	0,4
Canábis, ecstasy, LSD e cogumelos alucinógenos	0,4
Todas menos LSD	0,5
Todas menos heroína	0,1
Todas	1,0
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Dos consumidores que efetuaram consumos múltiplos, 72,4% iniciou o consumo pela canábis e 24,1% iniciou o consumo pela canábis mas juntamente por outra substância na mesma altura. Os 3,5% restantes iniciaram os consumos por outras substâncias psicoativas ilícitas.

Tabela 287. Substância psicoativa ilícita de início do consumo múltiplo, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Iniciou pela canábis	72,4
Iniciou por outra substância	3,5
Iniciou pela cannabis e por outra na mesma altura	24,1
Total	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

80,3% dos consumos múltiplos aconteceram de forma alternada, isto é, começaram por uma substância e mudaram para outra. São 19,7% aqueles que consomem durante o mesmo período mais do que uma substância.

Tabela 288. Simultaneidade do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, 15-64 anos, 2012 (% sobre a população consumidora ao longo da vida)

Consumo não simultâneo	80,3
Consumo simultâneo	19,7
Total	100,0

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

VIVÊNCIAS E REPRESENTAÇÕES DO RISCO

Apresentação

Neste capítulo procuramos captar as formas como o risco é representado e gerido pela população inquirida.

Numa primeira parte tentamos aferir a perceção da população relativamente a alguns riscos ligados à saúde, nomeadamente, problemas de saúde ocasionais, problemas resultantes do consumo de tabaco, do consumo excessivo de álcool, da transmissão de doenças sexuais, de possíveis problemas decorrentes do consumo de drogas e de acidentes de viação.

Num segundo momento, procuramos conhecer que perceção do risco têm os indivíduos em relação à adoção de determinados comportamentos do consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente, fumar um ou mais maços de tabaco por dia, beber 5 ou mais bebidas com teor alcoólico ao fim de semana, fumar haxixe ou marijuana regularmente, tomar ecstasy uma vez por outra, e ainda tomar cocaína também uma vez por outra.

De seguida, analisamos a aprovação de determinados comportamentos do consumo por parte da população inquirida, tais como, tomar ecstasy uma a duas vezes, assim como heroína uma a duas vezes, fumar 10 ou mais cigarros por dia, beber uma ou duas bebidas alcoólicas várias vezes, e ainda, fumar haxixe ou marijuana ocasionalmente. Foram utilizadas na análise duas escalas com diferentes posições, uma proposta pelo OEDT e outra proposta por nós.

Por fim, analisou-se ainda neste capítulo, a representação do consumidor de drogas e do estatuto legal do seu consumo por parte da população inquirida.

Perceção de riscos ligados à saúde

Para avaliar a perceção de riscos ligados à saúde pela população geral analisou-se a importância dada a diferentes situações apresentadas e inseridas nesse âmbito – problemas de saúde ocasionais, problemas resultantes do consumo de tabaco, do consumo excessivo de álcool, da transmissão de doenças sexuais, do consumo de drogas e de acidentes de viação.

Existe, desde 2001, uma maior perceção de riscos relacionados com a saúde – a categoria muita importância apresenta este ano valores superiores para todas as situações apresentadas.

O consumo de drogas passou a ser o risco relacionado com a saúde ao qual é atribuído maior relevância, com 74% dos inquiridos a atribuir-lhe muita importância. Às doenças transmitidas por via sexual, que surgiam como o risco ligado à saúde ao qual era atribuída maior relevância em 2001 e em 2007, é dada muita importância por 73% dos inquiridos. Os acidentes de viação surgem como um risco para a saúde muito importante para 66% da população.

Tabela 289. Grau de importância atribuído a diferentes riscos ligados à saúde, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Muita importância			Alguma importância			Pouca importância			Nenhuma importância			NS/NR		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Problemas de saúde ocasionais	36,5	31,2	33,4	40,0	41,3	43,5	18,4	22,4	19,3	4,4	5,0	3,7	0,8	0,2	0,2
Consumo de tabaco	42,0	33,3	51,4	37,9	37,1	30,9	13,0	22,5	8,5	6,9	6,8	8,8	0,3	0,4	0,3
Consumo excessivo de álcool	48,7	35,2	55,4	32,7	38,8	30,7	13,0	21,0	6,7	5,5	4,8	6,9	0,1	0,3	0,3
Doenças por via sexual	70,8	60,9	72,7	17,7	27,1	17,1	5,6	9,0	4,4	5,7	2,6	5,4	0,2	0,4	0,4
Consumo de drogas	69,1	54,9	74,1	17,7	25,6	15,4	6,8	10,8	3,5	6,3	7,9	6,8	0,1	0,8	0,2
Acidentes de viação	58,8	50,3	65,9	32,2	37,8	28,2	6,6	6,9	3,4	2,2	2,7	2,3	0,1	2,4	0,1

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

Analisando mais pormenorizadamente as perceções face aos riscos ligados à saúde, constata-se que são as mulheres quem lhes confere maior grau de importância. Essa diferenciação em função do sexo nota-se sobretudo em referências a riscos relacionados com o consumo excessivo de álcool e com o consumo de tabaco.

Também a idade interfere na perceção do risco, na medida em que são os mais velhos quem mais se mostra preocupado com as situações apresentadas, havendo mesmo um aumento gradual à medida que avançamos em cada grupo etário. Esta regra não se regista no que toca ao risco associado a doenças por via sexual, aos riscos ligados ao consumo de drogas, sendo os mais jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos os que mais declaram a sua importância.

Comparando as percepções dos riscos de saúde entre a população consumidora de substâncias psicoativas ilícitas e a abstinente, observam-se algumas diferenças quanto à percepção do risco: os abstémios atribuem maior grau de importância aos diferentes fatores de risco apresentados. Essa diferença nota-se sobretudo em riscos associados ao consumo de tabaco e ao consumo excessivo de álcool.

Ainda no âmbito da exposição ao risco, procurámos saber que testes a algumas doenças infecciosas – tuberculose, hepatite e HIV – os inquiridos haviam realizado. É de cerca de um quarto a quantidade de indivíduos que alguma vez tomou a iniciativa de fazer tais testes de saúde. A maioria (percentagens entre os 75 e os 85) realizou os testes há mais de um ano.

Tabela 290. Realização de testes de saúde ao longo da vida, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Teste à tuberculose			Teste à hepatite			Teste ao HIV		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Sim	n.d.	31,1	23,8	n.d.	29,3	25,2	n.d.	25,3	25,5
Não	n.d.	68,0	75,4	n.d.	69,6	74,3	n.d.	73,9	74,2
NS/NR	n.d.	0,9	0,8	n.d.	1,0	0,5	n.d.	0,7	0,3
Total	n.d.	100	100	n.d.	100	100	n.d.	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

De entre os que fizeram testes de despistagem de saúde, 1,5% obteve resultado positivo no teste realizado à despistagem da tuberculose, 4,5% no teste à hepatite (dividindo-se quase equitativamente entre a hepatite A, a hepatite B e a hepatite C), e 0,4% ao HIV.

Perceção de riscos associados ao consumo

Avaliando ainda a perceção da população geral sobre o risco, procura-se aqui conhecer a sua opinião quanto à adoção de determinados comportamentos de risco relacionados com o consumo de substâncias psicoativas.

Excetuando o consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas durante um fim de semana, todas as situações apresentadas envolvem *muitos riscos* para a saúde de acordo com a opinião da maioria da população geral. A saber, por ordem decrescente de gravidade do risco: tomar cocaína uma vez por outra, tomar ecstasy uma vez por outra, fumar haxixe ou marijuana regularmente e fumar um ou mais maços de cigarros por dia.

Comparativamente aos anteriores anos de análise há uma maior perceção de riscos associados ao consumo de substâncias lícitas, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa só ocasião, em que a categoria *com muitos riscos* passou de 30% em 2007 para 41% em 2012. Ainda assim, o consumo de substâncias ilícitas continua a ser percecionado como acarretando maiores riscos para a saúde, como referido acima.

Tabela 291. Perceção do risco associado ao consumo de substâncias psicoativas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Sem riscos			Com poucos riscos			Com alguns riscos			Com muitos riscos			NS/NR		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Fumar 1 ou mais maços de tabaco por dia	1,3	0,5	0,6	7,6	5,7	3,5	39,4	31,8	29,3	50,9	61,5	65,9	0,8	0,5	0,7
Beber 5 ou mais bebidas alcoólicas ao fim de semana	4,2	1,5	2,7	18,0	18,2	16,6	43,4	49,7	38,9	33,0	29,8	40,9	1,5	0,8	0,9
Fumar haxixe ou marijuana regularmente	0,8	0,6	0,7	4,5	3,9	3,7	24,2	22,0	20,0	68,5	72,3	74,2	2,1	1,2	1,4
Tomar ecstasy uma vez por outra	0,3	0,3	0,7	2,0	2,6	2,8	12,6	15,6	17,4	78,5	77,4	76,2	6,6	4,1	2,8
Tomar cocaína uma vez por outra	0,4	0,2	0,2	1,9	1,5	1,6	8,2	11,1	12,0	87,4	86,2	84,7	2,1	1,0	1,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

São as mulheres e os que têm idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos, os que percecionam estes comportamentos do consumo como acarretando muito riscos.

Consumidores e abstinentes do consumo de substâncias ilícitas divergem em termos de opinião, sendo as diferenças particularmente evidentes no que diz respeito ao consumo de haxixe ou marijuana regularmente e de ecstasy uma vez por outra, aos quais são associados riscos significativamente menores por parte dos consumidores.

Aprovação face a comportamentos do consumo

O grau de desaprovação da população geral é elevado no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas como é o caso do ecstasy (experimentar uma ou duas vezes), da heroína (experimentar uma ou duas vezes) e, embora ligeiramente menos, do haxixe (fumar ocasionalmente). Esse grau de desaprovação é menor no caso do tabaco, embora tenha subido relativamente aos anteriores anos de estudo. No caso das bebidas alcoólicas a posição de indiferença (não aprovo nem desaprovo) é a que recolhe maior percentagem de respostas.

Tabela 292. Aprovação face a comportamentos do consumo de substâncias psicoativas, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Aprovo fortemente			Aprovo			Não aprovo nem desaprovo			Desaprovo			Desaprovo fortemente			NS/NR		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tomar ecstasy 1 a 2 vezes	0,7	0,2	0,2	1,9	1,5	2,3	5,6	6,3	7,6	21,2	28,6	26,2	64,4	60,0	61,2	6,3	3,5	2,5
Tomar heroína 1 a 2 vezes	0,1	0,1	0,0	0,6	0,5	0,5	3,2	3,6	4,4	17,2	24,8	22,2	77,4	70,2	72,3	1,6	0,9	0,6
Fumar 10 ou mais cigarros por dia	0,5	0,3	0,2	8,0	8,4	6,1	28,1	27,5	22,4	35,1	44,9	36,8	27,1	18,3	34,0	1,3	0,6	0,5
Beber 1 ou 2 bebidas alcoólicas várias vezes	1,9	1,2	0,7	22,6	26,3	22,8	35,8	35,7	36,7	21,3	26,4	22,0	17,2	9,7	17,5	1,2	0,6	0,3
Fumar haxixe ou marijuana ocasionalmente	0,5	0,2	0,2	3,5	3,4	3,3	9,4	11,6	11,3	28,3	35,6	28,6	56,6	48,2	56,1	1,7	0,9	0,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

O sexo é uma das variáveis que diferencia as posições dos indivíduos face à aprovação ou desaprovação do consumo de substâncias psicoativas, cabendo às mulheres, de uma maneira geral e quase sendo indiferente a substância referida, uma maior expressão de desaprovação.

Também a idade faz interferir nas declarações de aprovação ou desaprovação – são os mais jovens, modo geral, que mais tolerantes se manifestam face ao consumo de substâncias psicoativas. No caso das substâncias psicoativas lícitas – tabaco e bebidas alcoólicas – a categoria não aprovo nem desaprovo é a que apresenta percentagens mais elevadas em todos os grupos etários considerados, sendo particularmente significativa entre os 25 e os 54 anos.

É em termos de comportamento que se notam mais as diferenças de posição face à aprovação ou desaprovação do consumo de substâncias psicoativas: consumidores e abstinentes traçam posicionamentos distintos. É junto dos não consumidores que as declarações de desaprovação são mais expressivas.

A escala utilizada na pergunta que acabamos de analisar apresenta uma desagregação das posições da escala proposta no questionário modelo europeu do OEDT. Neste, a escala comporta apenas três posições: “não desaprovo”, “desaprovo” e “desaprovo fortemente”³⁵. A comparação entre as respostas anteriores e as encontradas através desta escala de três posições levanta alguns problemas, na medida em que a segunda utiliza uma dupla negativa

³⁵A nossa proposta alternativa visava de facto evitar a dupla negativa expressa no “não desaprovo” e propor um maior leque de opções de posicionamento aos inquiridos.

na formulação da pergunta (não desaprovo), juntando todos os posicionamentos que vão da aprovação até à indiferença (existente na escala de cinco posições).

O resultado mais imediatamente percecionável da utilização das duas escalas diferentes é o aumento da desaprovação.

Tabela 293. Aprovação face a comportamentos do consumo de substâncias psicoativas, (escala do questionário modelo europeu do OEDT), 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	Não desaprovo			Desaprovo			Desaprovo fortemente			NS/NR		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tomar ecstasy 1 a 2 vezes	3,4	5,1	5,1	17,0	19,2	21,4	73,4	71,8	70,1	6,1	3,9	3,4
Tomar heroína 1 a 2 vezes	1,9	2,2	2,3	12,4	15,4	16,6	83,8	80,9	79,2	1,9	1,4	2,0
Fumar 10 ou mais cigarros por dia	23,6	26,5	20,1	41,7	46,6	39,3	30,5	24,5	37,9	4,1	2,4	2,7
Beber 1 ou 2 bebidas alcoólicas várias vezes	45,0	53,7	47,0	29,6	27,6	25,5	22,3	16,4	24,9	3,2	2,3	2,6
Fumar haxixe ou marijuana ocasionalmente	9,0	12,6	13,0	23,2	27,8	24,7	64,2	57,0	59,6	3,6	2,6	2,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

As tendências de resposta atendendo às características sociodemográficas dos indivíduos são as mesmas do que as que foram encontradas para a escala de aprovação de 5 posições: são as mulheres, os mais velhos e os não consumidores os que manifestam um grau de desaprovação maior.

Representação do consumidor de drogas e do estatuto legal do seu consumo

Ainda no âmbito das representações sociais em torno do consumo, procurou-se saber o que estaria por detrás do conceito de consumidor de drogas. Distinguindo delinquência, de natureza jurídica (delito, crime), de doença, de natureza orgânica (debilidade, enfermidade), a maioria das opiniões sobre o consumidor de drogas acaba por fazer referência à questão biológica/orgânica: 57,4% afirma que o vê como um doente. Segue-se uma percentagem considerável (17,5%) de indivíduos com alguma dificuldade de definição do indivíduo consumidor de drogas, afirmando não o entender nem como delinquente nem como doente. Quase 10% define o consumidor como delinquente, e são 12,8% os que não conseguem decidir por nenhuma das opções apresentadas.

	2001	2007	2012
Mais como um delinquente	12,9	9,4	9,7
Mais como um doente	58,8	58,7	57,4
Nem como delinquente, nem como doente	12,2	19,1	17,5
Indecisão	11,3	9,2	12,8
Delinquente e doente	0,9	s.d.	s.d.
Não sabe/Não responde	3,8	3,6	2,6
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

As representações em torno do indivíduo consumidor de drogas diferem em função do sexo: são as mulheres quem mais ressalva a questão da doença, e os homens quem mais afirma não corresponder a um ou outro conceito.

Também a idade é um fator diferenciador de representações: os adultos, entre os 35 e 54 anos, aproximam-se mais da definição do consumo enquanto doença; os mais jovens desvinculam-se tanto da ideia da doença como da delinquência; os mais velhos (55-64 anos) são os que mais tendem a enunciá-lo enquanto situação de âmbito criminal (delinquência).

Consumidores e abstinentes do consumo de substâncias psicoativas ilícitas não têm a mesma representação sobre o consumidor de drogas: se por um lado ambos, na sua maioria, consideram o consumidor como um doente, por outro lado, os abstinentes fazem-no de forma mais expressiva, enquanto os consumidores de substâncias ilícitas se aproximam mais de uma ideia de rejeição dos dois conceitos, de doente e de delinquente.

Não se notam grandes diferenças nas representações da população geral em torno do consumidor de drogas: a grande maioria vê-o como um doente, em percentagens bastante semelhantes entre os três anos de análise.

Para finalizar o capítulo das representações em torno dos comportamentos de risco e do

consumo de substâncias psicoativas ilícitas em particular, observemos o grau de concordância dos indivíduos face à permissão legal do consumo de haxixe e de heroína (ver infra).

Pouco mais de metade da população (52,1%) discorda totalmente com a permissão do consumo de haxixe, valor que se mantém desde 2001.

Tabela 295. Grau de concordância com a permissão do consumo de haxixe, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	2001	2007	2012
Concordo totalmente	9,0	8,9	5,5
Concordo em grande medida	11,3	9,4	12,1
Não concordo nem discordo	11,1	12,0	12,9
Discordo em grande medida	11,5	14,2	14,7
Discordo totalmente	52,2	51,6	52,1
NS/NR	4,8	4,0	2,8
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

A maior parte (71,2%) dos indivíduos discorda totalmente com o facto de o consumo de heroína poder ser permitido.

Tabela 296. Grau de concordância com a permissão do consumo de heroína, 15-64 anos, 2001 (n=14184), 2007 (n=12202) e 2012 (n=5355) (%)

	2001	2007	2012
Concordo totalmente	4,0	2,1	1,7
Concordo em grande medida	5,1	2,3	4,3
Não concordo nem discordo	8,4	5,5	6,1
Discordo em grande medida	10,2	12,7	14,1
Discordo totalmente	67,4	74,4	71,2
NS/NR	5,0	3,0	2,6
Total	100	100	100

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Como tem sido observado ao longo deste tema, são mais uma vez as mulheres, os mais velhos e os não consumidores os que mais discordam da permissão do consumo. Estas diferenças de sexo, idade e posição face ao consumo, são mais claras quando os inquiridos são questionados sobre a permissão do consumo de haxixe, havendo uma maior homogeneização das respostas relativamente à permissão do consumo de heroína.

JOGOS DE FORTUNA OU AZAR

Apresentação

Neste último capítulo procuramos apresentar dados referentes aos jogos de fortuna ou azar na população residente em Portugal com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade.

Iniciaremos a análise pelas prevalências de jogo, que serão apresentadas para o total da população, por sexo e por grupos decenais de idade, passando depois para a análise das frequências de cada um dos tipos de jogo.

Por fim, procuramos uma aproximação a possíveis consequências associadas aos jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS – South Oaks Gambling Screen.

Prevalências de jogos de fortuna ou azar

A prevalência de jogos de fortuna ou azar (jogos a dinheiro) é de 65,7% na população residente em Portugal. A prevalência é mais elevada entre os homens (73,9%) do que entre as mulheres (58,1%)

Tabela 297. Prevalência de jogo* a dinheiro, por sexo, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)

	Masculino	Feminino	Total
Jogador	73,9	58,1	65,7
Não jogador	26,1	41,9	34,3
Total	100	100	100

* Totobola ou totoloto e/ou lotarias, e/ou jogos de cartas, e/ou jogos de apostas, e/ou jogos em salões de apostas e/ou raspadinha, e/ou euromilhões, e/ou jogos de dados, e/ou jogos de perícia, e/ou jogos desportivos

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Encontramos entre a população mais jovem (15-34 anos) uma prevalência de jogadores um pouco inferior (61,7%) à encontrada na população com idades entre os 35 e os 74 anos (67,6%).

Tabela 298. Prevalência de jogo* a dinheiro, por grupos de idades, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)

	15-34 anos	35-74 anos	Total
Jogador	61,7	67,6	65,7
Não jogador	38,3	32,4	34,3
Total	100	100	100

* Totobola ou totoloto e/ou lotarias, e/ou jogos de cartas, e/ou jogos de apostas, e/ou jogos em salões de apostas e/ou raspadinha, e/ou euromilhões, e/ou jogos de dados, e/ou jogos de perícia, e/ou jogos desportivos

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os grupos decenais de idade, verificamos que é entre os 35 e os 44 anos de idade que existe uma maior prevalência de jogos a dinheiro (72,8%).

Tabela 299. Prevalência de jogo* a dinheiro, por grupos decenais de idade, 15-74 anos 2012 (n=6817) (%)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Total
Jogador	50,0	71,2	72,8	70,7	67,9	54,8	65,7
Não jogador	50,0	28,8	27,2	29,3	32,1	45,2	34,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

* Totobola ou totoloto e/ou lotarias, e/ou jogos de cartas, e/ou jogos de apostas, e/ou jogos em salões de apostas e/ou raspadinha, e/ou euromilhões, e/ou jogos de dados, e/ou jogos de perícia, e/ou jogos desportivos

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Dos jogos indicados na tabela abaixo, o Euromilhões é o que apresenta uma maior prevalência (61,3% da população total). Seguem-se o Totobola e o Totoloto, que são jogados por 31,8% da população entre os 15 e os 74 anos, e as raspadinhas por 24,5%. No polo oposto, com as menores prevalências, encontramos os jogos de dados (2,4%), os jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos (3,2%) e os jogos de perícia (3,6%).

Independentemente do jogo considerado, as prevalências são sempre superiores entre os inquiridos do sexo masculino. A raspadinha é o jogo em que a prevalência entre homens e mulheres é mais idêntica, com 24,6% e 24,4% respetivamente.

Tabela 300. Prevalência de jogos a dinheiro, por sexo, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)

	Masculino	Feminino	Total
Qualquer jogo dos indicados abaixo	73,9	58,1	65,7
Totobola ou Totoloto	38,6	25,5	31,8
Lotarias	23,0	14,1	18,4
Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos	9,1	1,9	5,4
Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos	5,3	1,2	3,2
Jogos de apostas em salões de jogo	8,8	4,1	6,4
Raspadinha	24,6	24,4	24,5
Euromilhões	69,4	53,8	61,3
Jogos de dados	3,3	1,5	2,4
Jogos de perícia	6,2	1,1	3,6
Jogos desportivos	9,1	1,9	5,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Tendo em conta os grupos de idades verificamos que as prevalências de jogos como totobola ou totoloto, lotarias, raspadinha e euromilhões são superiores entre os inquiridos com idades entre os 35 e os 74 anos. Já as prevalências de jogos de cartas e de apostas entre amigos ou conhecidos, jogos de perícia, assim como jogos desportivos são superiores entre os mais jovens (15-34 anos). Os jogos de apostas em salões de jogo e os jogos de dados apresentam prevalências iguais entre os dois grupos de idade considerados.

Tabela 301. Prevalência de jogos a dinheiro, por grupos de idade, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)

	15-34 anos	35-74 anos	Total
Qualquer jogo dos indicados abaixo	61,7	67,6	65,7
Totobola ou Totoloto	25,4	34,9	31,8
Lotarias	11,0	21,9	18,4
Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos	7,4	4,4	5,4
Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos	3,9	2,9	3,2
Jogos de apostas em salões de jogo	6,2	6,4	6,4
Raspadinha	21,9	25,7	24,5
Euromilhões	55,9	63,9	61,3
Jogos de dados	2,4	2,3	2,4
Jogos de perícia	4,1	3,3	3,6
Jogos desportivos	8,2	4,1	5,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Atendendo aos grupos decenais de idade, verificamos prevalências mais elevadas no grupo etário dos 35 aos 44 anos nos jogos de apostas em salões de jogo, no euromilhões e nos jogos de perícia. No grupo etário 45-54 anos destacam-se as prevalências nos jogos como o totobola ou totoloto, lotarias, raspadinha e jogos de dados. Já os jogos de cartas entre amigos ou conhecidos apresentam maior prevalência nos inquiridos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos e os jogos de apostas entre amigos ou conhecidos entre os inquiridos com idades entre os 15 e os 24 anos. Por fim, os jogos desportivos apresentam igual prevalência nos dois grupos etários mais jovens (15-24 e 25-34 anos, com 8,2%).

Tabela 302. Prevalência de jogos a dinheiro, por grupos decenais de idade, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Total
Qualquer jogo dos indicados abaixo	50,0	71,2	72,8	70,7	67,9	54,8	65,7
Totobola ou Totoloto	18,2	31,1	37,3	37,5	33,7	28,9	31,8
Lotarias	7,3	13,9	20,0	24,7	23,1	19,2	18,4
Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos	6,2	8,4	6,2	5,0	3,4	2,1	5,4
Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos	4,5	3,4	4,4	2,6	2,4	1,6	3,2
Jogos de apostas em salões de jogo	4,4	7,6	9,4	8,0	4,6	1,9	6,4
Raspadinha	18,3	24,8	27,7	28,0	26,1	18,9	24,5
Euromilhões	42,2	66,9	69,2	67,6	63,5	51,1	61,3
Jogos de dados	3,0	2,0	2,7	3,4	1,4	1,5	2,4
Jogos de perícia	4,3	4,0	4,8	4,2	2,1	1,4	3,6
Jogos desportivos	8,2	8,2	6,3	4,6	2,7	1,8	5,4

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Frequência de jogos de fortuna ou azar

O euromilhões é, como dissemos antes, o jogo a dinheiro que apresenta maiores prevalências. Assim, não será de estranhar a maior frequência relativamente aos demais jogos.

A população com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos tende a jogar mais frequentemente que a população mais jovem (15-34 anos), principalmente no que diz respeito a jogos como o euromilhões, o totobola ou totoloto e lotarias. Os homens jogam com uma frequência superior à das mulheres em todos os jogos considerados, exceção feita à frequência de jogo da raspadinha, em que os valores são bastante similares entre as duas populações.

Tabela 303. Frequência de jogos a dinheiro, 15-74 anos, 2012 (n=6817) (%)

	Mais do que 1 vez por semana	1 vez por semana	1 a 2 vezes por mês	De vez em quando	Raramente	Nunca
Totobola ou Totoloto	1,3	7,4	2,3	7,9	12,9	68,2
Lotarias	0,1	0,7	0,4	5,8	11,3	81,6
Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos	0,0	0,3	0,4	2,0	2,6	94,4
Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos	0,0	0,1	0,2	0,8	2,1	96,8
Jogos de apostas em salões de jogo	0,2	0,2	0,2	1,5	4,3	93,6
Raspadinha	0,7	1,4	0,9	9,7	11,7	75,5
Euromilhões	5,0	20,6	4,4	19,0	12,3	38,7
Jogos de dados	0,0	0,2	0,2	0,5	1,4	97,6
Jogos de perícia a dinheiro	0,0	0,1	0,3	1,2	2,0	96,4
Jogos desportivos	0,4	0,6	0,2	1,5	2,7	94,6

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Avaliação de jogo patológico através do teste SOGS (South Oaks Gambling Screen)

O South Oaks Gambling Screen (SOGS) é um questionário com 20 questões com base em critérios do DSM-III para o jogo patológico.

As questões foram, no nosso questionário, aplicadas à população jogadora ao longo da vida.

Pontuação SOGS

Nível de dependência	Pontuação do teste
Sem problemas	0
Alguns problemas	1 a 4
Probabilidade de ser jogador patológico	5 a 20

População jogadora ao longo da vida

Segundo o teste SOGS, é de 65,1% a população que não apresenta quaisquer problemas de dependência no que aos jogos de fortuna ou azar diz respeito. Apresentam alguns problemas 0,3% da população, enquanto outros 0,3% têm probabilidade de ser jogadores patológicos.

Tabela 304. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS entre jogadores ao longo da vida, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)	
Sem problemas	65,1
Alguns problemas	0,3
Probabilidade de ser jogador patológico	0,3
Total	65,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012. CESNOVA, FCSH, UNL

A probabilidade de ser jogador patológico é superior entre os jogadores do sexo masculino.

³⁶Adaptado de Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.

Tabela 305. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS, por sexo, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)

	Masculino	Feminino	Total
Sem problemas	72,9	57,7	65,1
Alguns problemas	0,4	0,2	0,3
Probabilidade de ser jogador patológico	0,6	0,1	0,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

Atendendo às idades, é entre a população mais velha, entre os 35 e os 74 anos, que a probabilidade de se ser jogador patológico é maior.

Tabela 306. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS, por grupos de idades, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)

	15-34 anos	35-74 anos	Total
Sem problemas	61,2	66,9	65,1
Alguns problemas	0,3	0,3	0,3
Probabilidade de ser jogador patológico	0,2	0,4	0,3

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

É essencialmente entre os 45 e os 54 e entre os 65 e os 74 anos que a probabilidade de se ser jogador patológico é maior.

Tabela 307. Dependência de jogos de fortuna ou azar através do teste SOGS, por grupos decenais de idade, 15-74 anos, 2012 (% sobre população total)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Sem problemas	49,6	70,6	72,1	69,9	67,4	53,9
Alguns problemas	0,2	0,5	0,5	0,2	0,3	0,2
Probabilidade de ser jogador patológico	0,2	0,2	0,2	0,6	0,2	0,7

Fonte: III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (General Population Survey on Drugs), Portugal 2012, CESNOVA, FCSH, UNL

BIBLIOGRAFIA

- Balsa, Casimiro, Farinha, Tiago, Urbano, Cláudia, Francisco, André (2003). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2001*. Lisboa: IDT, Colecção Estudos – Universidades.
- Balsa, Casimiro, Vital, Clara, Urbano, Cláudia, Pascueiro, Liliana (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2007*. Lisboa: IDT, Colecção Estudos – Universidades.
- European Expert Group on Drug Use Surveys (s.d.). *Comparability of General Population Survey*. Report n.º 1, EEDUS.
- European Expert Group on Drug Use Surveys (s.d.). *Pre-tests Model Questionnaire*. Report n.º 2, EEDUS.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (1997). *Improving the Comparability of General Population Surveys on Drug Use in the European Union*. Lisboa: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (1999). *Co-ordination of an expert working group to develop instruments and guidelines to improve quality and comparability of general population surveys on drugs in the EU*. Follow up of EMCDDA project CT.96.EP.08 (CT.97.EP.09). Lisboa: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA (2002). *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08 B. Lisboa: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction– EMCDDA (2002). *Technical Implementation and Update of the European Union Databank on National Population Surveys on Drug Use and Carrying Out a Joint Analysis of Data Collected*. EMCDDA project CT.00.EP.14. Lisboa: EMCDDA.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA*, 252(14):1905-1907.
- Fagerström K., Rennard S. (2005). Treatment of tobacco dependence. In *Pulmonary Rehabilitation* edited by Donner C., Ambrosino N., Goldstein R., 219-228.
- Ferreira, Pedro L. Quintal Carlota, Lopes, Inês e Taveira, Natélia (2009). *Teste de dependência*

- à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* [online]. 27(2): 37-56. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087090252009000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0870-9025.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B. Hallm, W. W., et al (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90: 607-614.
- Legleye, S., Karila, L. Beck, F., Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population cannabis abuse screening test. *Journal of Substance Use*, 12:4, 233-242.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lopes, Henrique (2009). *Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal*, CEA, Universidade Católica Portuguesa.
- Ministério da Saúde (2011). *Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Pietrobon, Rosa Cecília, Barbisan, Juarez Neuhaus, Manfroi, Waldomiro Carlos (2007). Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. *Revista HCPA*, 27(3):31-6.
- Richmond R., Kehoe L., Webster I. (1993). Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practioners. *Addiction*, 88, 1127-1135.
- Steiner, Susanne, Baumeister, Sebastian E., Kraus, Ludwig (2008). *Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population*.
- WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, Manual For Use In Primary Care*.
- Winter, Marielle de, Cohen, Peter, Langemijer, Marieke (Dezembro 1999). *Project to co-ordinate a methodological study to compare the prevalence of self-reported drug use in general population surveys*, EMCDDA project CT.97.EP.02. Lisboa: EMCDDA.





GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
Avenida da República n.º 61, do 1º ao 3º e do 7º ao 9º | 1050 - 189 Lisboa
T. 211 119 000 | www.sicad.pt



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

PORTUGAL

Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2014

Programa Nacional para a Prevenção
e Controlo do Tabagismo



PORTUGAL

Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2014

Programa Nacional para a Prevenção
e Controlo do Tabagismo



Portugal. Direção-Geral da Saúde.
Direção de Serviços de Informação e Análise
Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014
ISSN: 2183-0762
Periodicidade: Anual

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

AUTORES

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Emília Nunes
Miguel Narigão

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira
Carla Sofia Farinha
Elisabeth Somsen
Ana Soares
Maria Isabel Alves
Matilde Valente Rosa
Luís Serra
José Martins
Ana Lisette Oliveira
Dulce Afonso
Com a colaboração de Sofia Rocha e Diogo Silva (SPMS)
Nuno Oliveira (INFARMED)

LAYOUT E IMPRESSÃO

Pinto Azul, Unipessoal Lda .
Calçada Santo António, nº9 R/C Dtª . 1150-313 Lisboa
Lisboa, Novembro 2014

Índice

1. NOTA INTRODUTÓRIA	7
2. PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO	8
3. MORTALIDADE ATRIBUÍVEL AO TABACO	9
3.1. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em Portugal	9
3.2. Mortalidade atribuível ao fumo ambiental do tabaco em Portugal	9
3.3. Taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em Portugal	11
4. CARGA DA DOENÇA ATRIBUÍVEL AO TABACO	13
5. MORTALIDADE E MORBILIDADE POR DOENÇAS ASSOCIADAS AO TABACO	15
5.1. Caracterização geral da mortalidade entre 2008 e 2012 (todas as idades), Portugal Continental	15
5.2. Caracterização da mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, por sexo e local de residência (ARS) (todas as idades), entre 2008 e 2012	20
5.2.1. ARS Norte	20
5.2.2. ARS Centro	23
5.2.3. ARS Lisboa e Vale do Tejo	26
5.2.4. ARS Alentejo	29
5.2.5. ARS Algarve	32
5.3. Mortalidade intra-hospitalar por doenças relacionadas com o tabaco, todas as idades, Portugal Continental, 2009-2013	36
6. Consumo de tabaco	37
6.1. Comportamentos da população adolescente face ao consumo de tabaco	37
6.2. Consumo de tabaco nos jovens escolarizados. Análise por regiões	39
6.2.1. Evolução do consumo de tabaco nos jovens escolarizados do ensino público, por Região, 2006-2011	41
6.3. Perceção do risco associado ao consumo de tabaco	43
6.4. Prevalência do consumo de tabaco em Portugal	44
7. CESSAÇÃO TABÁGICA	47
7.1. Consultas de cessação tabágica	48
7.1.1. Locais de consulta	48
7.1.2. Movimento das consultas	48
7.1.3. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica nas farmácias	48
8. EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO	54
8.1. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa	54
9. FISCALIZAÇÃO DA LEI DO TABACO	56

10. PRODUÇÃO E MERCADO DO TABACO	57
10.1. Produção de tabaco em Portugal	57
10.2. Entradas de tabaco no mercado	59
10.3. Evolução dos preços dos produtos do tabaco	60
10.4. Impostos sobre os produtos do tabaco	61
10.4.1. Impostos sobre os cigarros	61
10.5. Evolução das receitas fiscais sobre o tabaco	63
10.6. Comércio ilícito de produtos do tabaco	63
11. NOTAS FINAIS	64
12. RECOMENDAÇÕES	66
13. NOTAS METODOLÓGICAS	67
BIBLIOGRAFIA	74

Siglas e Acrónimos

- ACES** – Agrupamentos de Centros de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- ASAE** – Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
- AV** – *Ad Valorem*
- CH** – Centro Hospitalar
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- DALY** – *Disability-Adjusted Life Year*
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- GBD** – *Global Burden of Disease*
- GDH** – Grupo de Diagnóstico Homogéneo
- EE** – Elemento Específico
- EM** – Estados Membros
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- FAT** – Fumo Ambiental do Tabaco
- HBSC** – *Health Behaviour in School-aged Children*
- IDT** – Instituto da Droga e Toxicoddependência
- IHME** – *Institute for Health Metrics and Evaluation*
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- INFARMED** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- LVT** – Lisboa e Vale do Tejo
- NCOP** – Não Classificável em Outra Parte
- OE** – Orçamento de Estado
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PNPCT** – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
- PND CV** – Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares
- PND O** – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
- PND R** – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
- PPCIRA** – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos
- PND** – Plano Nacional para a Diabetes
- PNSM** – Programa Nacional para a Saúde Mental
- PNSIDA** – Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
- PNPAS** – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- UE** – União Europeia
- ULS** – Unidade Local de Saúde
- WHO** – *World Health Organization*

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX. Se não for controlada, poderá vir a matar mil milhões, ao longo do presente século (WHO, 2008).

Fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008).

Em Portugal, de acordo com estimativas para o ano de 2010, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11 800 pessoas, das quais 845 em consequência da exposição ao fumo ambiental (GBD 2010). Para além do pesado impacte na mortalidade, fumar cointribui para a incapacidade e retira anos de vida saudável.

Em 2012, mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco. A grande maioria dos fumadores portugueses iniciou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade, em grande medida devido à influência dos amigos ou por curiosidade e vontade de experimentar. Dados recentes parecem revelar um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados, tendência que importa acompanhar e reverter nos próximos anos.

Cerca de 86% dos fumadores portugueses dos 15 aos 64 anos declararam ter baixa motivação para parar de fumar (Balsa, Vital, Urbano, 2014). A cessação tabágica é, frequentemente, um processo difícil e sujeito a recaídas.

Em 2010, segundo dados do Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma), foi encontrada uma prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco, em casa, de 26,6%; as crianças e os adultos jovens foram os mais expostos (39,0%), (Pereira *et al*, 2013).

Para uma parte importante da população portuguesa, o tabagismo não é percecionado como um grave factor de risco para a saúde, em particular pelas pessoas fumadoras.

Estes factos confirmam ser imperativo continuar a investir na prevenção e controlo deste importante problema de saúde pública.

O melhor conhecimento sobre o comportamento da população portuguesa face ao consumo de tabaco, sobre os seus fatores determinantes e respetivas tendências de evolução, constitui uma condição essencial para o delineamento de estratégias de prevenção e controlo mais adequadas e eficazes, objetivo que se visou alcançar com a elaboração e divulgação do relatório “Portugal. Prevenção e controlo do tabagismo em números – 2013”.

Pretende-se, com o presente documento, complementar e atualizar a informação constante daquele relatório, tendo por base dados não explorados ou publicados após a sua edição.

2. PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) foi criado por Despacho n.º 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de janeiro (Diário da República, 2.ª série, n.º 10, 13 de janeiro de 2012).

VISÃO

- Promover um futuro mais saudável, totalmente livre de tabaco.

FINALIDADE

- Aumentar a expectativa de vida saudável da população portuguesa, através da redução das doenças e da mortalidade prematura associadas ao consumo e à exposição ao fumo de tabaco.

OBJETIVOS GERAIS

- Reduzir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos em pelo menos 2%, até 2016;
- Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

EIXOS ESTRATÉGICOS

1. Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens;
2. Promover e apoiar a cessação tabágica;
3. Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
4. Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo;
5. Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

3. MORTALIDADE ATRIBUÍVEL AO TABACO

A morbilidade e a mortalidade associadas ao consumo de tabaco apresentam um tempo de latência de duas ou mais décadas, pelo que as mortes observadas atualmente traduzem os padrões de consumo registados nos finais do século passado.

Estima-se, segundo a OMS e a Comissão Europeia, que o tabaco seja responsável pela morte anual de:

- 6 milhões de pessoas a nível mundial, das quais cerca de 600 000 devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- 700 000 pessoas na União Europeia, das quais cerca de 19 000 devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco (WHO, 2008; European Commission, 2009).

3.1. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em Portugal

De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da iniciativa Global Burden of Disease (GBD 2010), pelo Institute for Health Metrics and Evaluation, em 2010, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, pela morte de cerca de 11 000 pessoas fumadoras ou ex-fumadoras (aproximadamente 10,3% do total de óbitos verificados naquele ano). Destes óbitos, cerca de 83,2% registaram-se no sexo masculino.

Segundo a mesma fonte, o consumo de tabaco em Portugal foi responsável por 2348 mortes por doenças respiratórias (19,9% do total de óbitos por esta causa), 4643 mortes por cancro (18,6% do total de óbitos por esta causa) e 3777 mortes por doenças do aparelho cardiovascular (11,2% do total de óbitos por esta causa), conforme se confirma no quadro 1 (GBD, 2010; Pordata, 2014).

3.2. Mortalidade atribuível ao fumo ambiental do tabaco em Portugal

Em 2010, a estimativa para a mortalidade atribuível à exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT) foi de 845 óbitos, dos quais 373 homens e 472 mulheres (cerca de 8 em cada 1000 mortes).

A quase totalidade destas mortes (95,5%) foi provocada por doenças do aparelho cardiovascular (GBD 2010), conforme se observa no quadro 1.

Quadro 1: Número de óbitos atribuíveis ao tabaco na população portuguesa, em 2010.

Grupo Etário	Exposição ao tabaco	HIV/ SIDA Tuberculose	Cancro	DCVasc	D Resp Crónica	Diabetes, Urogenital, Sangue, Endócrinas	Totais óbitos
Todas as idades Masculino	Fumo ativo	24	4184	2950	1799	154	9111
	FAT	0	19	354	0	0	373
Todas as idades Feminino	Fumo ativo	1	459	827	549	9	1845
	FAT	0	19	453	0	0	472
Todas as idades	Fumo ativo	25	4643	3777	2348	163	10 956
	FAT	0	38	807	0	0	845*
TOTAIS		25	4681	4584	2348	163	11801

Grupo Etário	Exposição ao tabaco	HIV/ SIDA Tuberculose	Cancro	DCVasc	D Resp Crónica	Diabetes, Urogenital, Sangue, Endócrinas	Totais óbitos
15- 49 anos	Fumo ativo	6	443	349	34	5	837
	FAT	0	1	15	0	0	16
50-69 anos	Fumo ativo	9	2018	1175	279	44	3525
	FAT	0	11	110	0	0	122
≥ 70 anos	Fumo ativo	10	2182	2253	2035	114	6594
	FAT	0	25	682	0	0	707
Totais ≥ 15 anos	Fumo ativo	25	4643	3777	2348	163	10 956
	FAT	0	37	807	0	0	844
TOTAIS		25	4680	4584	2348	163	11 800

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD 2010). IHME, University of Washington, 2013. Consult. 1 out. 2014. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.

* Inclui um óbito no grupo etário < 5 anos, por outras causas.

3.3. Taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em Portugal

Em 2010, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco tenha sido de 103,06/100 000 habitantes, 177,09/100 000 habitantes do sexo masculino e 33,61/100 000 habitantes do sexo feminino (GBD 2010).

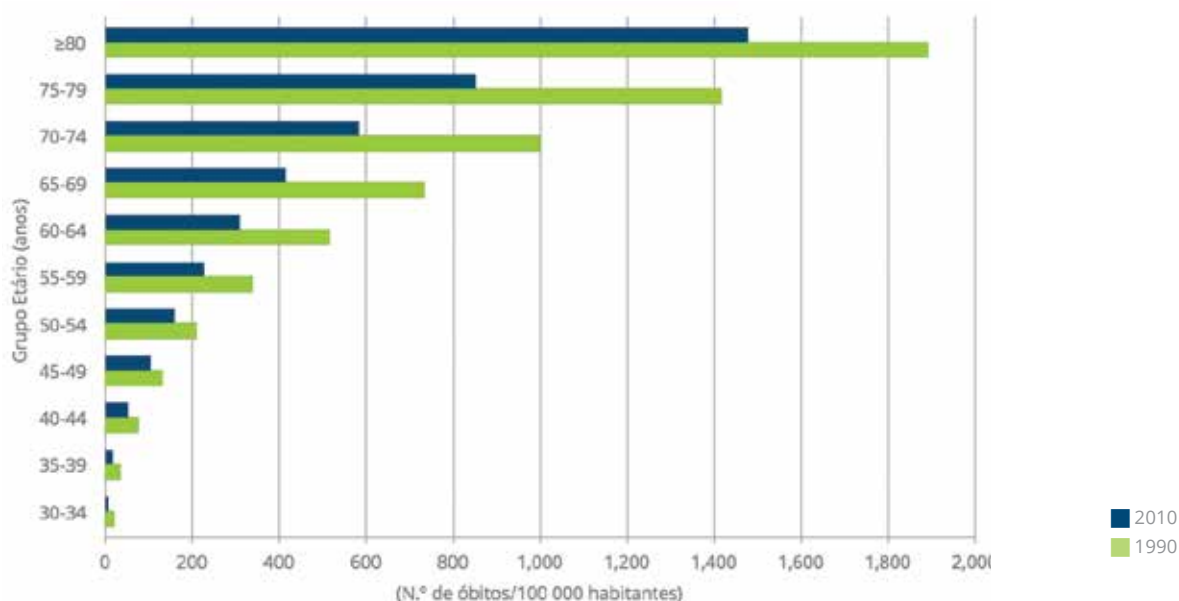
No sexo masculino, a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por 100 000 habitantes, registou uma diminuição em todos os grupos etários, entre 1990 e 2010, conforme se observa no quadro 2 e figura 1.

Quadro 2: Taxa de mortalidade masculina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes, em 1990 e em 2010.

1990			2010		
1	≥80	1890.08	1	≥80	1478.12
2	75-79	1416.67	2	75-79	850.29
3	70-74	999.64	3	70-74	582.11
4	65-69	731.35	4	65-69	415.19
5	60-64	515.38	5	60-64	308.42
6	55-59	337.59	6	55-59	225.59
7	50-54	209.02	7	50-54	158.19
8	45-49	129.38	8	45-49	103.3
9	40-44	75.41	9	40-44	51.03
10	35-39	34.31	10	35-39	16.91
11	30-34	18.32	11	30-34	6.56

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.health-data.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 1. Taxa de mortalidade masculina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes (1990; 2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.health-data.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

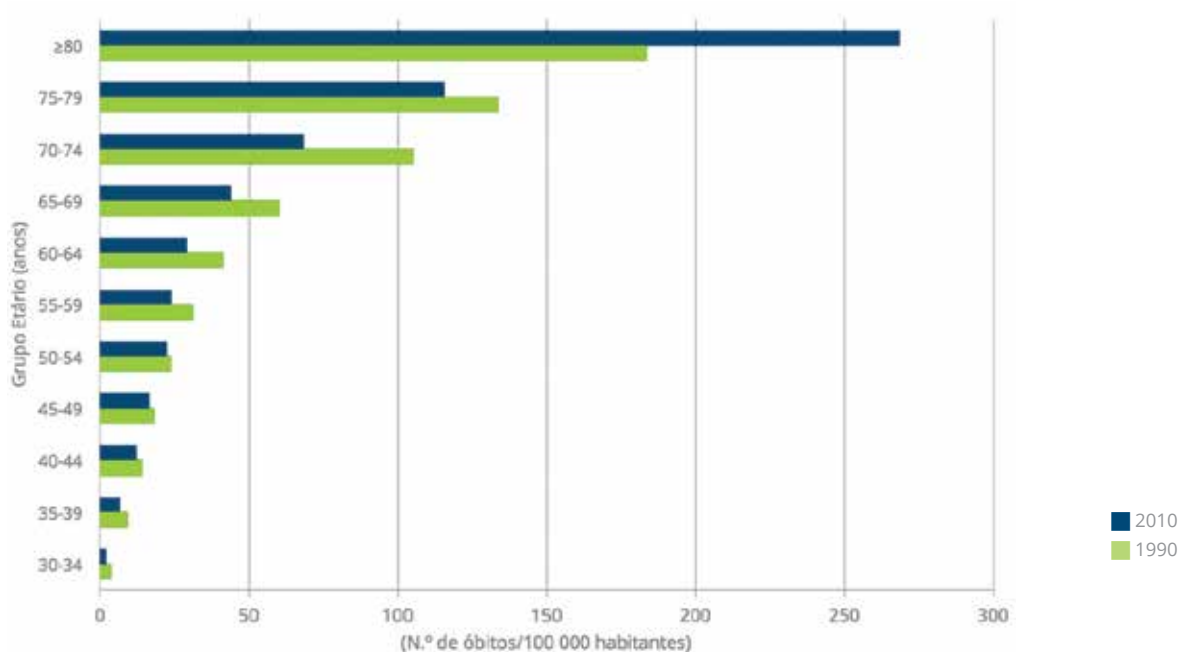
No sexo feminino, a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por 100 000 habitantes, registou uma diminuição em todos os grupos etários, à exceção do grupo dos 80 ou mais anos, conforme se observa no quadro 3 e figura 2.

Quadro 3. Taxa de mortalidade feminina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes, na população portuguesa, em 1990 e em 2010.

1990			2010		
1	≥80	183.31	1	≥80	268.42
2	75-79	133.62	2	75-79	115.53
3	70-74	105.2	3	70-74	68.12
4	65-69	60.07	4	65-69	43.91
5	60-64	41.31	5	60-64	29.2
6	55-59	31.08	6	55-59	23.93
7	50-54	23.47	7	50-54	22.53
8	45-49	18.26	8	45-49	16.39
9	40-44	14.03	9	40-44	12.09
10	35-39	8.95	10	35-39	6.5
11	30-34	3.61	11	30-34	1.97

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 2. Taxa de mortalidade feminina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes, (1990; 2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

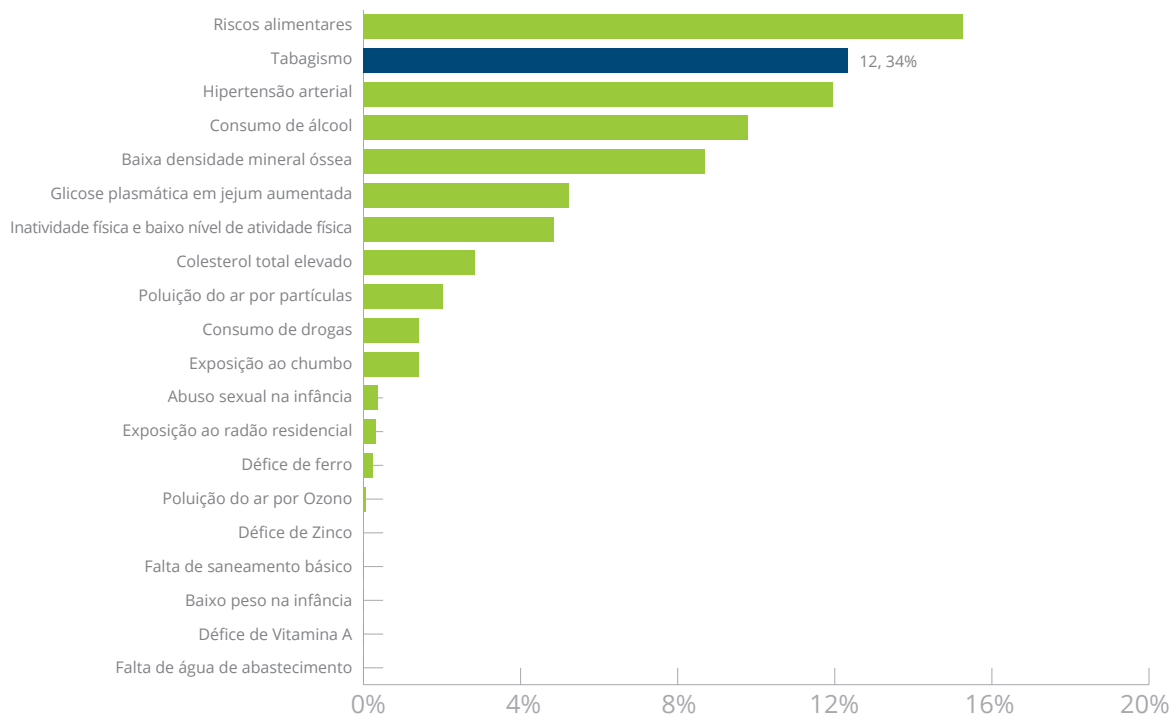
4. CARGA DA DOENÇA ATRIBUÍVEL AO TABACO

Fumar retira anos de vida saudável.

De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da Iniciativa GBD, em 2010, o consumo de tabaco em Portugal foi responsável por 12,3% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo masculino, e por 3,1% no sexo feminino (GBD, 2013), expressos em DALY (Disability Adjusted Life years; 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável).

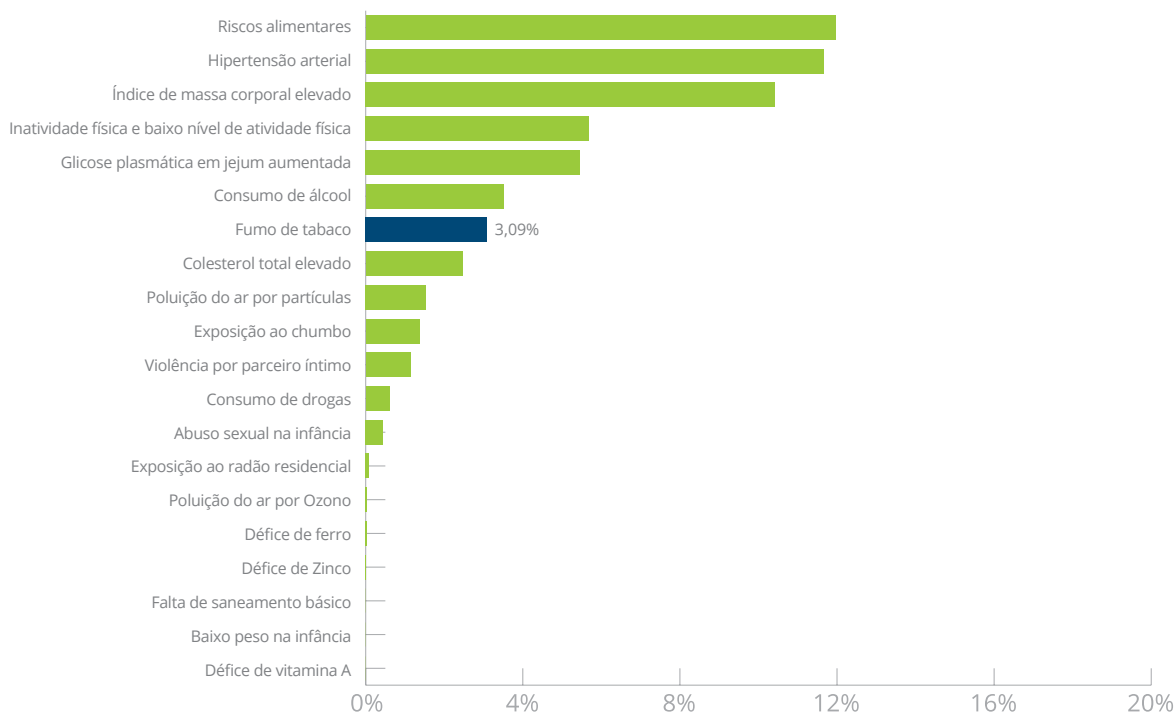
No sexo masculino, fumar é a segunda causa, a seguir aos riscos alimentares, de perda de anos de vida saudável, expressos em DALY. No sexo feminino, que tem apresentado consumos de tabaco inferiores aos do sexo masculino, fumar constitui a 7.ª causa de perda de anos de vida saudável, a seguir aos riscos alimentares, hipertensão, obesidade, sedentarismo, intolerância à glicose, e uso de álcool, conforme figuras 3 e 4.

Figura 3. Carga da doença (% DALY) atribuível ao consumo de tabaco, sexo masculino, Portugal, 2010



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 4. Carga da doença (% DALY) atribuível ao consumo de tabaco, sexo feminino, Portugal, 2010



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.health-data.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Os homens do grupo etário dos 15 aos 69 anos apresentaram a maior perda de anos de vida saudável atribuível ao consumo de tabaco: 18,3% do total de DALY (GBD 2010) (IHME, 2013).

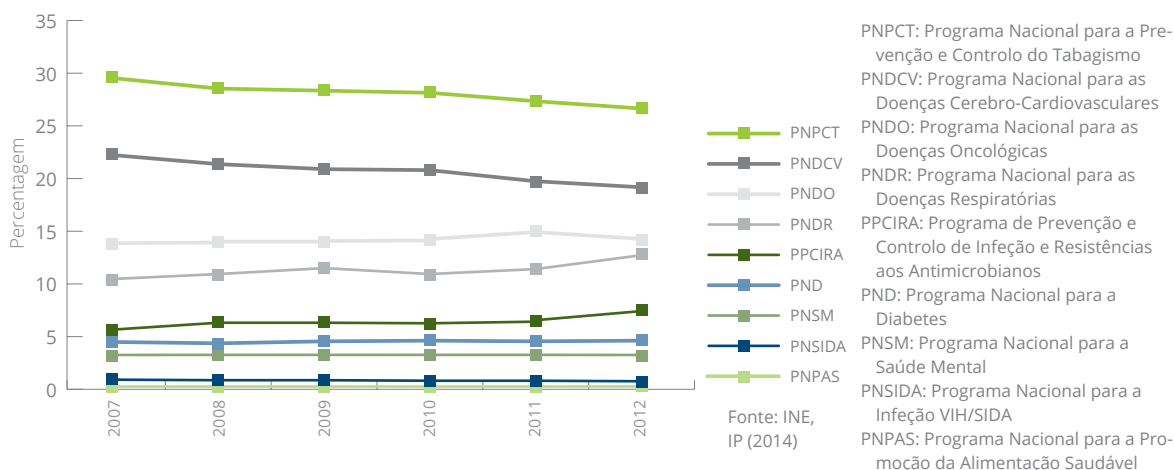
5. MORTALIDADE E MORBILIDADE POR DOENÇAS ASSOCIADAS AO TABACO

5.1. Caracterização geral da mortalidade entre 2008 e 2012 (todas as idades), Portugal Continental

A mortalidade por doenças relacionadas com o consumo do tabaco (conjunto de causas de morte selecionadas pela OMS, por serem descritas na literatura como tendo uma associação estabelecida com o consumo de tabaco) parece ter registado um ligeiro decréscimo entre 2007 e 2012, conforme se observa na figura 5.

De notar que, na informação que a seguir se apresenta, foi tida em conta a totalidade das mortes verificadas em Portugal Continental, em toda a população (todas as idades; idades inferiores a 65 anos e idades iguais ou superiores a 65 anos), segundo os códigos CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47 (as listas de códigos da CID 9MC, utilizados para apuramento dos dados da morbilidade e mortalidade intra-hospitalar, e de códigos da CID 10, utilizados para a mortalidade geral, encontram-se identificadas em anexo). Os valores apresentados não representam, por esse motivo, a mortalidade atribuível ou causada pelo tabaco, mas o total de mortes pelas seguintes doenças: tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno do esófago; doença isquémica cardíaca, doenças cerebrovasculares; doenças crónicas das vias aéreas inferiores.

Figura 5. Peso das causas de morte associadas aos Programas de Saúde Prioritários na mortalidade total (%), Portugal Continental (2007-2012)



As taxas de mortalidade utilizadas no presente relatório são a taxa de mortalidade bruta e a taxa de mortalidade padronizada. A primeira ilustra, de uma forma global, o número de óbitos, por 100 000 habitantes, pela respetiva causa. A taxa de mortalidade padronizada resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão, cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade. Esta permite comparar populações com características diferentes, eliminando-se a hipótese de existir enviesamento, sendo deste modo possível comparar o risco de morrer (Fonte: INE e Epidemiologia básica, ENSP).

O sexo masculino apresenta taxas de mortalidade mais elevadas do que o sexo feminino. Registou, no entanto, um decréscimo mais acentuado em termos de mortalidade prematura, no período em análise.

Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	28405	28242	28461	26852	27402
Taxa de mortalidade	282,7	280,9	282,9	267,4	274,0
Taxa de mortalidade padronizada	165,6	160,6	156,1	144,7	142,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	42,0	41,1	39,8	40,2	37,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1165,6	1127,2	1097,7	990,5	992,7

MASCULINO

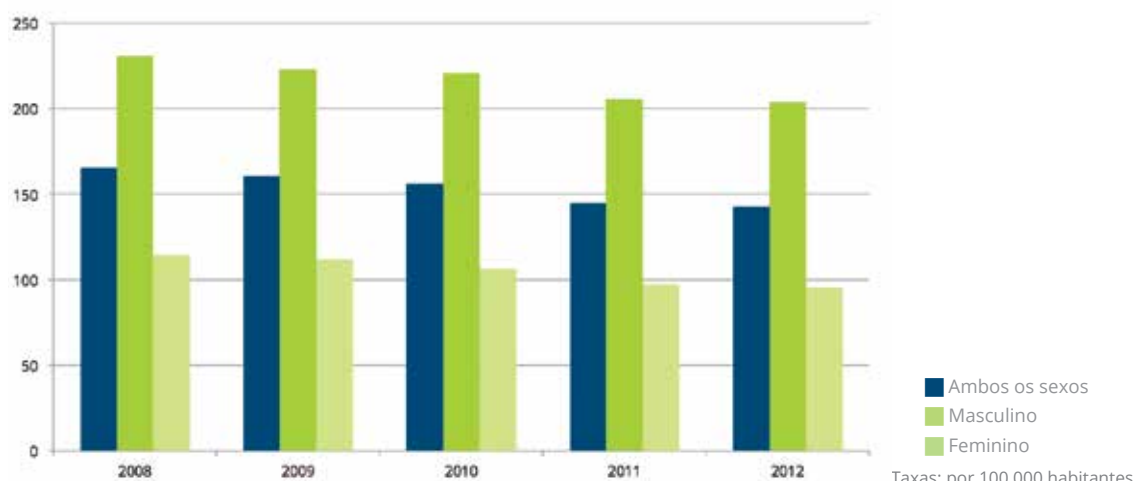
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	15293	15111	15333	14552	14856
Taxa de mortalidade	317,1	313,7	318,7	303,5	311,7
Taxa de mortalidade padronizada	230,8	222,9	220,8	205,4	203,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	70,0	67,3	67,5	66,6	62,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1531,7	1481,5	1461,2	1328,0	1345,9

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	13112	13131	13128	12300	12546
Taxa de mortalidade	250,9	250,7	250,1	234,4	239,7
Taxa de mortalidade padronizada	114,4	111,7	105,9	97,2	95,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	16,5	17,3	14,6	16,2	15,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	906,8	875,6	845,0	752,6	745,9

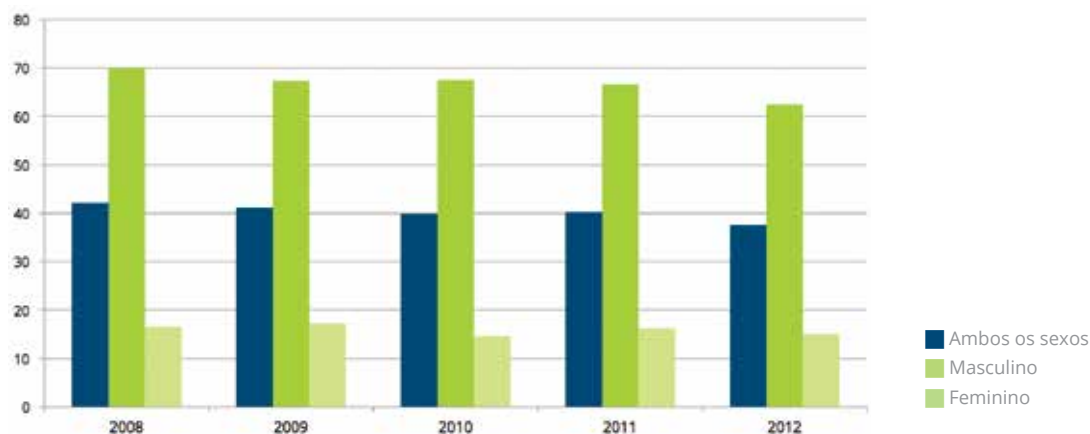
Taxas: por 100 000 habitantes; Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47; Fonte: INE, IP (2014)

Figura 6. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)



Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
Fonte: INE, IP (2014)

Figura 7. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	3130	3241	3443	3514	3446
Taxa de mortalidade	31,1	32,2	34,2	35,0	34,5
Taxa de mortalidade padronizada	22,2	22,9	23,6	23,8	23,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	11,7	12,7	12,3	13,0	12,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	107,0	105,7	115,4	111,3	110,1

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2469	2543	2727	2730	2672
Taxa de mortalidade	51,2	52,8	56,7	56,9	56,1
Taxa de mortalidade padronizada	40,0	40,6	42,7	42,1	40,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	20,1	20,8	21,3	21,3	20,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	201,2	200,7	216,5	210,2	205,4

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	661	698	716	784	774
Taxa de mortalidade	12,6	13,3	13,6	14,9	14,8
Taxa de mortalidade padronizada	8,0	8,7	8,3	9,2	8,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,2	5,3	4,1	5,4	5,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	38,9	36,0	41,9	39,3	40,7

Taxas: por 100 000 habitantes; Códigos da CID 10: C33-C34. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)

BRONQUITE, ENFISEMA E OUTRA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2331	2554	2405	2328	2592
Taxa de mortalidade	23,2	25,4	23,9	23,2	25,9
Taxa de mortalidade padronizada	12,5	13,3	12,0	11,4	12,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,5	1,4	1,3	1,5	1,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	102,2	109,6	98,3	91,4	100,1

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1552	1679	1596	1505	1700
Taxa de mortalidade	32,2	34,9	33,2	31,4	35,7
Taxa de mortalidade padronizada	21,9	22,9	21,1	19,6	21,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,4	2,4	2,1	2,7	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	179,4	189,4	174,4	156,4	175,5

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	779	875	809	823	892
Taxa de mortalidade	14,9	16,7	15,4	15,7	17,0
Taxa de mortalidade padronizada	6,5	7,0	6,2	6,0	6,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,6	0,5	0,6	0,5	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	54,3	59,9	52,1	50,4	53,4

Taxas: por 100 000 habitantes; Códigos da CID 10: J40-44; Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)

DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	7299	7115	7082	6582	6605
Taxa de mortalidade	72,6	70,8	70,4	65,5	66,0
Taxa de mortalidade padronizada	42,2	40,1	38,6	34,9	33,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,1	9,2	9,1	8,6	7,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	302,3	290,5	276,8	247,5	245,2

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	3864	3696	3735	3515	3471
Taxa de mortalidade	80,1	76,7	77,6	73,3	72,8
Taxa de mortalidade padronizada	57,9	54,2	53,4	49,1	47,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	16,8	15,1	15,7	14,3	13,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	390,4	370,5	359,0	330,6	323,0

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	3435	3419	3347	3067	3134
Taxa de mortalidade	65,7	65,3	63,8	58,4	59,9
Taxa de mortalidade padronizada	29,9	29,0	27,0	24,0	23,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,9	3,7	3,2	3,5	2,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	240,4	233,1	219,6	189,8	190,5

Taxas: por 100 000 habitantes; Códigos da CID 10: I20-I25; Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)

DOENÇAS CEREBROVASCULARES

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	13994	13688	13867	12690	13020
Taxa de mortalidade	139,3	136,1	137,8	126,4	130,2
Taxa de mortalidade padronizada	75,9	71,9	69,9	61,9	61,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	9,9	9,5	8,8	8,3	8,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	610,1	577,1	563,6	495,7	491,2

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	6027	5856	5916	5379	5620
Taxa de mortalidade	125,0	121,6	123,0	112,2	117,9
Taxa de mortalidade padronizada	86,8	82,1	80,7	70,9	72,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,7	13,0	12,5	11,5	11,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	678,7	641,1	632,4	551,5	559,6

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	7967	7832	7951	7311	7400
Taxa de mortalidade	152,4	149,5	151,5	139,3	141,4
Taxa de mortalidade padronizada	67,0	63,7	61,4	54,7	53,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,5	6,3	5,5	5,3	5,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	556,9	528,6	513,6	454,3	442,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2014)

5.2. Caracterização da mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, por sexo e local de residência (ARS) (todas as idades), entre 2008 e 2012

5.2.1. ARS NORTE

Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	8999	9228	9041	8704	8913
Taxa de mortalidade	242,1	248,8	244,3	235,9	242,5
Taxa de mortalidade padronizada	162,7	162,1	153,1	144,0	142,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	39,1	40,5	36,8	38,0	35,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1163,3	1146,0	1094,9	1001,8	1009,4

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	4923	4978	4972	4838	4941
Taxa de mortalidade	275,1	279,2	280,2	273,9	281,3
Taxa de mortalidade padronizada	228,9	225,7	220,4	208,5	206,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	66,3	67,4	63,1	64,8	58,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1544,9	1506,2	1493,1	1370,8	1397,3

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	4076	4250	4069	3866	3972
Taxa de mortalidade	211,5	220,6	211,3	201,0	207,0
Taxa de mortalidade padronizada	112,0	112,6	102,5	95,0	94,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,4	15,9	12,7	13,5	13,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	901,4	895,5	829,0	754,6	748,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1179	1200	1206	1319	1264
Taxa de mortalidade	31,7	32,4	32,6	35,7	34,4
Taxa de mortalidade padronizada	24,9	25,2	24,5	26,0	24,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,0	14,2	12,5	13,9	12,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	121,6	114,0	121,6	123,7	121,4

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	951	932	963	1025	988
Taxa de mortalidade	53,1	52,3	54,3	58,0	56,2
Taxa de mortalidade padronizada	46,3	44,5	45,0	46,3	44,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	23,1	23,6	22,2	23,4	21,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	233,9	213,1	230,0	231,6	228,4

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	228	268	243	294	276
Taxa de mortalidade	11,8	13,9	12,6	15,3	14,4
Taxa de mortalidade padronizada	8,1	9,6	8,0	9,8	9,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,9	5,6	3,6	5,2	4,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	42,5	42,1	43,7	46,9	45,1

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)

BRONQUITE, ENFISEMA E OUTRA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	895	1081	944	945	1020
Taxa de mortalidade	24,1	29,1	25,5	25,6	27,8
Taxa de mortalidade padronizada	15,1	17,7	14,8	14,5	14,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,6	1,7	1,6	1,9	1,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	124,1	147,1	122,2	115,9	124,4

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	579	671	613	591	625
Taxa de mortalidade	32,3	37,6	34,5	33,5	35,6
Taxa de mortalidade padronizada	25,7	29,2	25,7	24,2	24,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,7	2,9	2,4	3,3	2,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	211,8	241,8	214,3	192,8	204,8

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	316	410	331	354	395
Taxa de mortalidade	16,4	21,3	17,2	18,4	20,6
Taxa de mortalidade padronizada	8,2	10,3	8,2	8,1	8,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,6	0,5	0,8	0,7	0,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	70,0	89,7	68,0	67,8	74,5

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)

DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1639	1637	1595	1545	1531
Taxa de mortalidade	44,1	44,1	43,1	41,9	41,7
Taxa de mortalidade padronizada	29,3	28,5	26,9	25,2	24,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	5,8	6,1	5,7	5,7	5,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	219,0	209,9	198,2	183,3	179,2

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	903	901	885	881	849
Taxa de mortalidade	50,5	50,5	49,9	49,9	48,3
Taxa de mortalidade padronizada	41,6	40,3	38,6	37,6	35,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,1	10,6	9,4	9,9	8,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	296,3	280,8	274,8	261,8	249,6

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	736	736	710	664	682
Taxa de mortalidade	38,2	38,2	36,9	34,5	35,5
Taxa de mortalidade padronizada	20,2	19,5	18,4	16,4	16,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,0	2,0	2,3	1,9	1,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	167,1	161,2	148,2	134,0	131,7

TTaxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 13. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)

DOENÇAS CEREBROVASCULARES

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	4715	4655	4732	4281	4483
Taxa de mortalidade	126,9	125,5	127,9	116,0	122,0
Taxa de mortalidade padronizada	80,8	76,4	74,9	65,4	66,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	9,7	8,5	8,3	7,5	7,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	655,9	625,8	613,3	534,2	537,6

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2017	1947	2046	1834	1985
Taxa de mortalidade	112,7	109,2	115,3	103,8	113,0
Taxa de mortalidade padronizada	91,6	85,5	88,4	76,2	79,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,1	11,1	12,3	10,5	11,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	726,4	688,0	704,0	607,7	632,7

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2698	2708	2686	2447	2498
Taxa de mortalidade	140,0	140,6	139,5	127,2	130,2
Taxa de mortalidade padronizada	72,3	69,2	64,9	57,5	56,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,7	6,3	4,7	4,8	4,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	603,6	578,3	552,0	484,5	475,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2014)

5.2.2. ARS CENTRO

Quadro 14. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	5223	5091	5154	4779	4909
Taxa de mortalidade	296,3	289,8	294,3	274,5	284,3
Taxa de mortalidade padronizada	141,5	136,2	133,0	122,8	122,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	31,5	31,8	31,2	32,5	30,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1031,3	980,4	956,2	853,0	871,8

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2738	2660	2671	2486	2587
Taxa de mortalidade	324,8	317,1	319,9	300,1	315,5
Taxa de mortalidade padronizada	194,0	187,1	184,0	171,2	174,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	50,4	52,3	53,1	54,1	50,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1355,2	1278,1	1243,1	1119,0	1174,3

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2485	2431	2483	2293	2322
Taxa de mortalidade	270,1	264,8	271,1	251,3	256,1
Taxa de mortalidade padronizada	101,2	96,3	93,0	84,1	82,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,3	13,1	11,0	12,6	10,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	804,1	769,8	756,4	662,6	659,1

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 15. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	439	464	477	477	459
Taxa de mortalidade	24,9	26,4	27,2	27,4	26,6
Taxa de mortalidade padronizada	15,6	16,5	16,7	16,9	16,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	7,8	8,9	8,6	9,7	8,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	78,7	78,3	82,3	74,9	77,5

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	322	356	355	356	349
Taxa de mortalidade	38,2	42,4	42,5	43,0	42,6
Taxa de mortalidade padronizada	26,4	29,0	28,9	28,8	28,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	12,9	14,7	14,7	15,7	14,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	135,4	144,2	143,2	134,9	139,1

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	117	108	122	121	110
Taxa de mortalidade	12,7	11,8	13,3	13,3	12,1
Taxa de mortalidade padronizada	6,9	6,5	6,9	7,2	6,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,2	3,6	3,0	4,1	2,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	36,8	30,1	38,8	31,9	32,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 16. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)

BRONQUITE, ENFISEMA E OUTRA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	535	490	491	483	545
Taxa de mortalidade	30,3	27,9	28,0	27,7	31,6
Taxa de mortalidade padronizada	13,3	11,6	11,0	10,9	11,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,5	0,9	0,9	1,1	0,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	108,8	98,1	92,4	89,8	99,5

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	346	291	288	282	332
Taxa de mortalidade	41,0	34,7	34,5	34,0	40,5
Taxa de mortalidade padronizada	22,5	18,0	17,4	17,3	19,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,3	1,3	1,6	2,0	1,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	186,3	152,5	145,8	140,8	164,5

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	189	199	203	201	213
Taxa de mortalidade	20,5	21,7	22,2	22,0	23,5
Taxa de mortalidade padronizada	7,2	7,5	6,9	6,7	6,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,7	0,6	0,4	0,3	0,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	59,3	63,1	59,3	58,2	59,9

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 17. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)

DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1041	985	1015	843	932
Taxa de mortalidade	59,1	56,1	58,0	48,4	54,0
Taxa de mortalidade padronizada	27,8	26,1	25,9	21,5	23,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	5,3	4,7	5,1	4,7	4,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	209,4	199,0	194,3	157,7	172,5

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	542	504	553	468	493
Taxa de mortalidade	64,3	60,1	66,2	56,5	60,1
Taxa de mortalidade padronizada	38,0	34,7	37,3	31,8	32,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	9,0	7,4	9,0	7,7	7,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	272,0	255,0	266,8	226,6	235,9

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	499	481	462	375	439
Taxa de mortalidade	54,2	52,4	50,4	41,1	48,4
Taxa de mortalidade padronizada	20,1	19,4	17,4	13,7	15,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,0	2,3	1,6	1,9	2,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	166,4	157,4	145,3	109,2	128,1

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 18. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)

DOENÇAS CEREBROVASCULARES

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2934	2876	2864	2682	2651
Taxa de mortalidade	166,4	163,7	163,6	154,1	153,5
Taxa de mortalidade padronizada	73,5	71,0	67,7	61,8	59,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	8,6	9,5	8,5	8,4	7,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	598,7	568,4	547,1	493,7	481,1

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1299	1281	1231	1130	1148
Taxa de mortalidade	154,1	152,7	147,4	136,4	140,0
Taxa de mortalidade padronizada	85,8	84,8	78,9	70,7	71,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,5	13,9	12,4	11,9	10,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	695,4	658,1	617,0	546,2	556,5

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1635	1595	1633	1552	1503
Taxa de mortalidade	177,7	173,8	178,3	170,1	165,8
Taxa de mortalidade padronizada	64,2	60,4	58,6	54,3	50,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,9	5,4	4,8	5,2	4,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	528,1	505,9	493,9	451,3	425,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2014)

5.2.3. ARS LISBOA E VALE DO TEJO

Quadro 19. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	10767	10725	11051	10248	10454
Taxa de mortalidade	298,0	295,5	302,9	280,4	286,4
Taxa de mortalidade padronizada	179,5	173,3	171,8	155,2	152,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	47,4	44,4	45,1	43,8	41,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1248,4	1216,2	1196,8	1056,1	1048,9

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	5697	5623	5855	5418	5537
Taxa de mortalidade	330,8	325,5	337,7	312,3	320,1
Taxa de mortalidade padronizada	249,8	238,4	241,3	216,7	215,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	79,5	72,2	76,5	70,2	68,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1627,4	1583,7	1574,6	1401,8	1398,2

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	5070	5102	5196	4830	4917
Taxa de mortalidade	268,2	268,3	271,5	251,6	256,1
Taxa de mortalidade padronizada	124,9	122,5	118,1	107,5	104,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	18,8	19,7	17,3	20,4	17,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	983,5	954,5	933,6	811,9	803,1

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 20. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1169	1227	1356	1312	1324
Taxa de mortalidade	32,4	33,8	37,2	35,9	36,3
Taxa de mortalidade padronizada	23,1	24,1	25,6	24,7	24,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	12,6	13,3	13,4	13,4	13,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	108,5	111,4	124,8	116,1	114,3

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	921	958	1071	1008	1007
Taxa de mortalidade	53,5	55,4	61,8	58,1	58,2
Taxa de mortalidade padronizada	41,7	42,4	46,2	43,1	42,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	21,3	21,4	22,8	21,0	21,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	207,0	212,9	236,0	221,9	213,8

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	248	269	285	304	317
Taxa de mortalidade	13,1	14,1	14,9	15,8	16,5
Taxa de mortalidade padronizada	8,5	9,6	9,4	10,2	10,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,9	6,2	5,0	6,6	6,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	37,5	37,5	44,4	38,8	42,1

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 21. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)

ENFISEMA E OUTRA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	674	743	738	685	752
Taxa de mortalidade	18,7	20,5	20,2	18,7	20,6
Taxa de mortalidade padronizada	10,5	11,2	10,6	9,6	9,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,2	1,4	1,4	1,3	1,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	85,3	90,5	85,3	76,4	81,2

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	461	530	523	477	538
Taxa de mortalidade	26,8	30,7	30,2	27,5	31,1
Taxa de mortalidade padronizada	19,2	21,3	20,2	17,6	18,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,9	2,5	2,4	2,3	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	159,3	172,9	163,9	141,9	156,2

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	213	213	215	208	214
Taxa de mortalidade	11,3	11,2	11,2	10,8	11,1
Taxa de mortalidade padronizada	5,3	4,8	4,7	4,4	4,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,6	0,4	0,5	0,5	0,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	43,0	40,6	38,5	36,2	35,7

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44; Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 22. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)

DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	3564	3504	3476	3185	3218
Taxa de mortalidade	98,6	96,5	95,3	87,1	88,2
Taxa de mortalidade padronizada	58,9	55,7	53,4	47,1	46,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,6	12,3	13,1	11,8	11,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	417,7	406,2	380,0	332,7	330,0

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1841	1745	1743	1625	1635
Taxa de mortalidade	106,9	101,0	100,5	93,7	94,5
Taxa de mortalidade padronizada	80,5	73,7	72,0	64,3	63,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	24,5	20,4	23,0	19,4	19,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	533,0	505,3	468,2	427,6	423,2

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1723	1759	1733	1560	1583
Taxa de mortalidade	91,1	92,5	90,5	81,3	82,5
Taxa de mortalidade padronizada	42,2	41,4	38,6	33,8	32,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	5,7	5,2	4,2	5,1	3,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	338,1	334,8	316,9	265,8	265,1

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 23. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)

DOENÇAS CEREBROVASCULARES

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	4757	4706	4858	4425	4523
Taxa de mortalidade	131,7	129,7	133,2	121,1	123,9
Taxa de mortalidade padronizada	74,3	71,0	69,8	61,0	60,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,6	10,0	9,6	8,7	8,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	589,2	564,4	557,0	483,9	474,3

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1975	1947	2004	1798	1859
Taxa de mortalidade	114,7	112,7	115,6	103,6	107,5
Taxa de mortalidade padronizada	84,1	79,7	79,1	68,2	67,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	15,5	13,9	13,2	11,6	12,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	639,0	612,2	612,5	527,0	518,0

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2782	2759	2854	2627	2664
Taxa de mortalidade	147,1	145,1	149,1	136,8	138,8
Taxa de mortalidade padronizada	65,8	63,6	62,5	55,1	53,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,3	6,6	6,4	6,2	5,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	547,3	524,6	516,3	451,0	438,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2014)

5.2.4. ARS ALENTEJO

Quadro 24. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2127	2038	2063	1906	1993
Taxa de mortalidade	409,7	395,0	402,3	374,6	395,3
Taxa de mortalidade padronizada	177,0	169,4	167,3	157,4	157,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	50,7	47,8	47,4	46,2	42,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1198,9	1152,9	1137,2	1056,7	1088,1

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1174	1172	1155	1071	1101
Taxa de mortalidade	463,9	466,7	463,3	433,5	450,1
Taxa de mortalidade padronizada	244,5	244,3	238,9	224,8	221,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	80,6	78,3	80,5	75,1	65,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1570,8	1587,1	1520,0	1436,5	1480,8

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	953	866	908	835	892
Taxa de mortalidade	358,1	327,1	344,6	319,0	343,6
Taxa de mortalidade padronizada	119,9	107,8	107,8	101,2	105,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	21,7	18,2	15,3	18,2	19,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	914,2	832,2	855,8	773,0	801,0

Taxas: por 100 000 habitantes; Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47; Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 25. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da Traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	191	186	224	223	222
Taxa de mortalidade	36,8	36,1	43,7	43,8	44,0
Taxa de mortalidade padronizada	20,8	20,1	25,0	23,8	24,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	11,1	9,8	13,7	11,6	12,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	99,3	103,9	117,0	122,5	122,2

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	155	164	191	188	187
Taxa de mortalidade	61,2	65,3	76,6	76,1	76,4
Taxa de mortalidade padronizada	37,6	39,3	47,5	44,3	45,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	18,2	17,4	23,9	19,6	20,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	194,2	216,1	237,8	244,8	245,6

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	36	22	33	35	35
Taxa de mortalidade	13,5	X	12,5	13,4	13,5
Taxa de mortalidade padronizada	7,0	X	6,3	6,8	7,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,3	X	3,7	3,8	4,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	28,8	X	28,0	31,4	30,4

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão. Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 26. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)

BRONQUITE, ENFISEMA E OUTRA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA PULMONAR

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	148	164	171	135	183
Taxa de mortalidade	28,5	31,8	33,3	26,5	36,3
Taxa de mortalidade padronizada	11,2	11,4	11,7	9,8	12,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,5	1,1	1,0	1,6	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	90,0	94,9	98,4	76,1	101,2

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	106	128	127	96	132
Taxa de mortalidade	41,9	51,0	50,9	38,9	54,0
Taxa de mortalidade padronizada	19,8	21,4	21,3	17,5	22,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,6	1,3	1,2	2,4	2,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	158,4	183,7	183,7	139,1	184,0

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	42	36	44	39	51
Taxa de mortalidade	15,8	13,6	16,7	14,9	19,6
Taxa de mortalidade padronizada	4,8	4,4	5,2	4,2	6,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,4	0,9	0,8	0,8	1,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	40,3	32,8	40,8	32,3	44,5

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 27. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)

DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	676	675	675	652	630
Taxa de mortalidade	130,2	130,8	131,6	128,1	125,0
Taxa de mortalidade padronizada	56,7	58,0	54,4	53,2	48,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	17,7	18,3	14,9	15,2	11,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	371,9	378,9	373,6	360,8	349,6

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	354	369	371	330	324
Taxa de mortalidade	139,9	146,9	148,8	133,6	132,4
Taxa de mortalidade padronizada	74,0	80,3	76,5	69,4	63,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	26,7	29,8	25,3	22,2	16,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	456,7	489,1	491,1	450,8	442,4

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	322	306	304	322	306
Taxa de mortalidade	121,0	115,6	115,4	123,0	117,9
Taxa de mortalidade padronizada	41,8	39,0	35,9	39,5	36,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	9,1	6,9	4,9	8,4	6,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	306,5	298,4	287,0	291,5	280,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 28. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, <65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)

DOENÇAS CEREBROVASCULARES

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	1002	921	900	795	872
Taxa de mortalidade	193,0	178,5	175,5	156,2	172,9
Taxa de mortalidade padronizada	74,7	69,4	64,0	58,2	61,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	11,4	12,6	8,8	9,9	10,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	587,0	528,8	510,7	448,5	473,5

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	464	435	394	379	390
Taxa de mortalidade	183,3	173,2	158,1	153,4	159,4
Taxa de mortalidade padronizada	87,3	83,6	72,7	71,1	71,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	16,5	19,2	13,7	15,7	14,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	659,8	604,1	550,0	518,8	533,7

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	538	486	506	416	482
Taxa de mortalidade	202,2	183,6	192,0	158,9	185,7
Taxa de mortalidade padronizada	63,7	57,3	56,3	47,4	53,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,5	6,2	4,2	4,4	7,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	526,8	470,4	477,6	395,4	428,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2014)

5.2.5. ARS ALGARVE

Quadro 29. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)

ÓBITOS POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de obitos	1289	1160	1152	1215	1133
Taxa de mortalidade	294,7	261,9	256,8	270,8	254,5
Taxa de mortalidade padronizada	172,2	151,3	146,1	151,3	136,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	54,6	50,6	47,2	53,5	49,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1123,7	966,1	946,3	942,8	838,0

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de obitos	761	678	680	739	690
Taxa de mortalidade	355,2	313,0	310,5	338,8	320,1
Taxa de mortalidade padronizada	246,5	214,1	210,4	226,5	204,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	90,9	75,8	73,4	92,7	84,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1505,6	1332,9	1319,1	1309,3	1180,0

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de obitos	528	482	472	476	443
Taxa de mortalidade	236,7	213,0	205,6	206,5	192,9
Taxa de mortalidade padronizada	107,3	98,9	91,7	85,9	79,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	19,3	26,1	21,8	15,7	16,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	819,2	687,8	656,9	654,5	581,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 30. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)

TUMOR MALIGNO DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	152	164	180	183	177
Taxa de mortalidade	34,8	37,0	40,1	40,8	39,8
Taxa de mortalidade padronizada	24,2	26,6	27,9	28,9	27,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	11,5	14,8	14,4	17,2	16,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	126,9	122,4	137,4	123,4	120,3

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	120	133	147	153	141
Taxa de mortalidade	56,0	61,4	67,1	70,1	65,4
Taxa de mortalidade padronizada	40,9	46,0	49,3	52,5	47,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	18,0	22,3	23,8	29,9	28,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	226,0	237,6	255,8	235,2	209,1

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	32	31	33	30	36
Taxa de mortalidade	14,3	13,7	14,4	13,0	15,7
Taxa de mortalidade padronizada	9,9	9,7	9,2	8,1	9,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	5,3	7,4	5,3	4,9	4,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	47,3	28,4	40,9	33,7	51,2

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 31. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e ou- tra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)

BRONQUITE, ENFISEMA E OUTRA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	79	76	61	80	92
Taxa de mortalidade	18,1	17,2	13,6	17,8	20,7
Taxa de mortalidade padronizada	9,8	8,8	6,6	8,8	9,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,5	1,0	0,2	1,7	0,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	68,6	72,2	58,0	66,7	77,3

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	60	59	45	59	73
Taxa de mortalidade	28,0	27,2	20,5	27,0	33,9
Taxa de mortalidade padronizada	17,7	16,8	11,8	15,5	18,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,1	2,0	0,5	2,9	1,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	128,2	137,1	103,7	117,0	152,5

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	19	17	16	21	19
Taxa de mortalidade	X	X	X	X	X
Taxa de mortalidade padronizada	X	X	X	X	X
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	X	X	X	X	X
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	X	X	X	X	X

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão. Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44; Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 32. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)

DOENÇAS ISQUÉMICAS DO CORAÇÃO

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	379	314	321	357	294
Taxa de mortalidade	86,7	70,9	71,6	79,6	66,0
Taxa de mortalidade padronizada	51,4	42,1	41,5	44,6	36,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	19,0	15,9	14,9	16,0	14,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	313,8	253,8	256,6	276,4	214,0

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	224	177	183	211	170
Taxa de mortalidade	104,5	81,7	83,6	96,7	78,9
Taxa de mortalidade padronizada	73,0	57,6	58,1	65,6	51,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	31,0	23,7	23,9	27,3	23,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	413,1	331,4	334,5	375,6	277,9

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	155	137	138	146	124
Taxa de mortalidade	69,5	60,5	60,1	63,3	54,0
Taxa de mortalidade padronizada	32,0	28,9	26,6	26,2	21,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	7,2	8,3	6,2	5,0	4,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	232,5	196,0	191,7	197,8	160,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2014)

Quadro 33. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)

DOENÇAS CEREBROVASCULARES

AMBOS OS SEXOS

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	586	530	513	507	491
Taxa de mortalidade	134,0	119,7	114,4	113,0	110,3
Taxa de mortalidade padronizada	70,0	61,0	57,1	54,1	50,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	9,4	10,1	8,9	8,4	9,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	559,6	473,4	447,0	424,1	382,5

MASCULINO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	272	246	241	238	238
Taxa de mortalidade	126,9	113,6	110,0	109,1	110,4
Taxa de mortalidade padronizada	81,8	70,8	67,6	64,3	62,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,6	12,2	8,9	12,7	13,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	633,1	545,1	542,3	481,8	460,9

FEMININO

	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	314	284	272	269	253
Taxa de mortalidade	140,8	125,5	118,5	116,7	110,2
Taxa de mortalidade padronizada	59,4	53,0	49,3	45,4	41,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	5,4	8,0	8,9	4,2	6,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	496,5	417,4	376,0	378,4	325,2

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2014)

Analisada a evolução entre 2008 e 2012, observou-se uma redução da mortalidade total e da mortalidade prematura por doenças associadas ao tabaco em todas as regiões do Continente, conforme se observa no quadro 34 e figura 8.

Em 2012, a Região do Alentejo apresentou a taxa de mortalidade por doenças associadas ao tabaco mais elevada. A taxa de mortalidade prematura mais elevada (< 65 anos) foi observada na Região do Algarve. A Região Centro apresentou as taxas mais baixas, quer total, quer prematura.

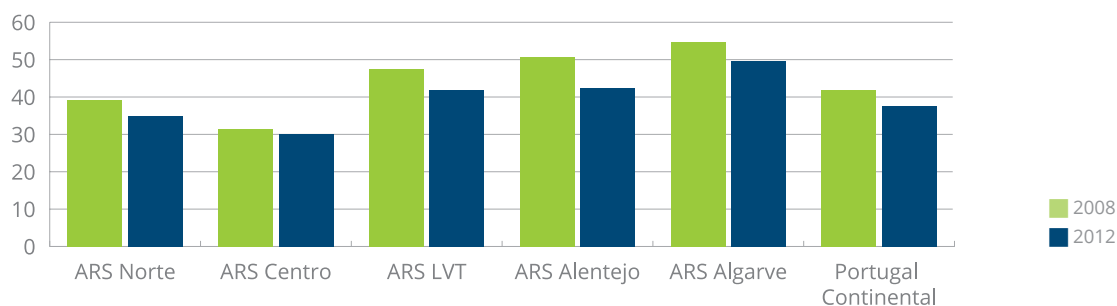
Quadro 34. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos, ≥ 65 anos e todas as idades), em Portugal Continental e por ARS (2008 e 2012)

MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇAS RELACIONADAS COM O TABACO

Ano / Grupo Etário	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Portugal Continental
2012						
< 65	35,0	30,0	41,8	42,4	49,7	37,6
≥ 65	1009,44	871,8	1048,9	1088,1	838,0	992,7
Total	142,2	122,6	152,6	157,5	136,4	142,7
Ano / Grupo Etário	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Portugal Continental
2008						
< 65	39,1	31,5	47,4	50,7	54,6	42,0
≥ 65	1163,3	1031,3	1248,4	1198,9	1123,7	1165,6
Total	162,7	141,5	179,5	177,0	172,2	165,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47; Fonte: INE, IP (2014)

Figura 8. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos), em Portugal Continental e por ARS (2008 e 2012)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47; Fonte: INE, IP (2014)

5.3. Mortalidade intra-hospitalar por doenças relacionadas com o tabaco, todas as idades, Portugal Continental, 2009-2013

Quadro 35. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, por região, Portugal Continental (2009 a 2013)

	Óbitos por doenças relacionadas com o tabaco	Óbitos total*	% Óbitos por doenças relacionadas com o tabaco		Óbitos por doenças relacionadas com o tabaco	Óbitos total*	% Óbitos por doenças relacionadas com o tabaco
PORTUGAL CONTINENTAL				ARS LISBOA E VALE DO TEJO			
2009	4063	45845	8,86	2009	1816	18617	9,75
2010	4180	47067	8,88	2010	1777	18473	9,62
2011	4044	46733	8,66	2011	1741	18220	9,56
2012	4116	48517	8,48	2012	1756	19009	9,24
2013	3919	48067	8,15	2013	1580	18635	8,48
ARS NORTE				ARS ALENTEJO			
2009	1271	14306	8,88	2009	179	1921	9,32
2010	1304	14329	9,10	2010	240	2601	9,23
2011	1265	14398	8,79	2011	216	2472	8,74
2012	1329	14863	8,94	2012	190	2597	7,32
2013	1278	14810	8,63	2013	182	2561	7,11
ARS CENTRO				ARS ALGARVE			
2009	693	9467	7,32	2009	104	1534	6,78
2010	679	9474	7,17	2010	180	2190	8,22
2011	644	9442	6,82	2011	178	2201	8,09
2012	661	9692	6,82	2012	180	2356	7,64
2013	706	9730	7,26	2013	173	2331	7,42

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver Notas metodológicas. Fonte: GDH – ACS/S/DGS

6. CONSUMO DE TABACO

6.1. Comportamentos da população adolescente face ao consumo de tabaco

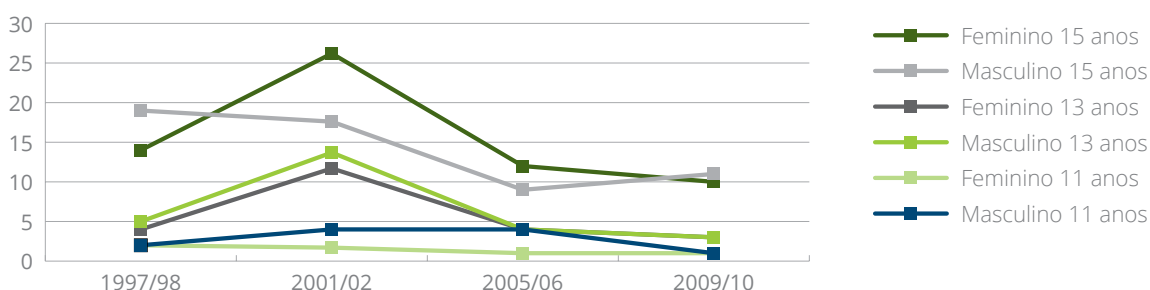
Tendo por base os estudos Health Behaviour School-aged Children (HBSC) verifica-se que o consumo semanal de tabaco entre os adolescentes dos 11 aos 15 anos registou os valores mais elevados em 2001/02, e uma tendência decrescente em ambos os sexos, a partir desse ano, mais acentuada em 2005/06. De notar, no entanto, um ligeiro aumento de consumo declarado pelos rapazes de 15 anos, entre 2005/2006 e 2009/2010, conforme se confirma no quadro 36 e figura 9.

Quadro 36. Percentagem (%) de adolescentes portugueses que fumam pelo menos uma vez por semana, por sexo e grupo etário (1997/1998 a 2009/2010)

Sexo	Idade	1997/98	2001/02	2005/06	2009/10
Masculino	11 anos	2,0	4,0	4,0	1,0
Feminino	11 anos	2,0	1,7	1,0	1,0
Masculino	13 anos	5,0	13,7	4,0	3,0
Feminino	13 anos	4,0	11,7	4,0	3,0
Masculino	15 anos	19,0	17,6	9,0	11,0
Feminino	15 anos	14,0	26,2	12,0	10,0

Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º Ciclo e Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.

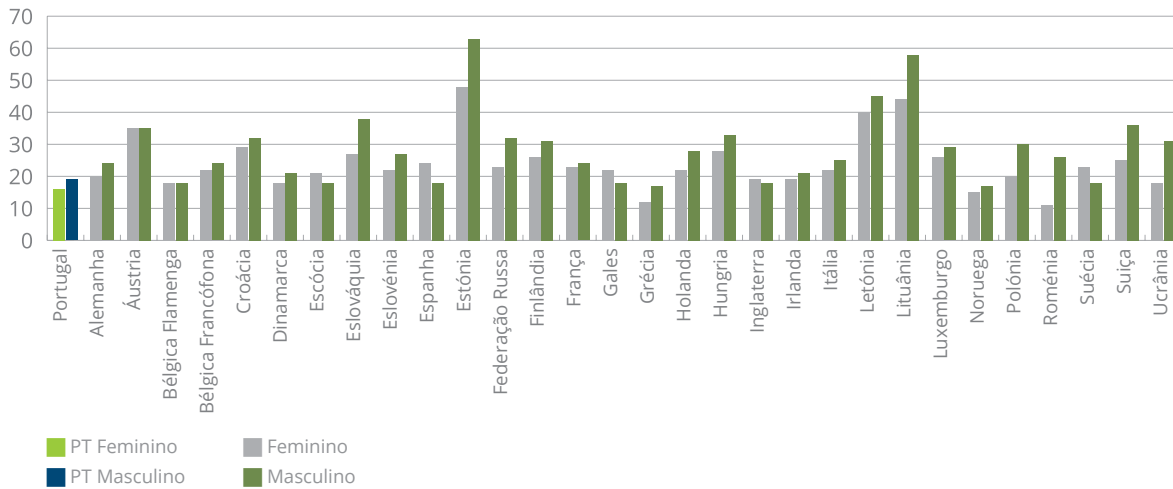
Figura 9. Evolução do consumo de tabaco (%) em adolescentes portugueses que fumam uma vez por semana, por sexo e grupo etário (1997/98, 2001/02, 2005/06 e 2009/10).



Fontes: Currie C et al., eds. Estudos Health Behaviour School-aged Children (HBSC), 2000, 2004, 2008, 2012.

Segundo os dados recolhidos em 2009/2010, no âmbito do estudo HBSC, em Portugal, 16% das raparigas e 19% dos rapazes com 15 anos começaram a fumar com 13 ou menos anos de idade, conforme se observa na figura 10, valores inferiores aos observados na média de todos os países estudados (22% raparigas e 26% rapazes).

Figura 10. Adolescentes de 15 anos, ambos os sexos, que reportaram terem iniciado o consumo de tabaco com 13 ou menos anos de idade (%) (2009/2010)



Fontes: Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, N.º6).

De acordo com os dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, em amostra representativa nacional, dos 15 aos 64 anos, concluiu-se que 88% dos respondentes fumadores declararam ter iniciado o consumo entre os 12 e os 20 anos. A maioria (81%) iniciou o consumo regular entre os 14 e os 20 anos de idade. O primeiro cigarro foi fumado, em média, aos 16 anos (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

As circunstâncias associadas ao início do consumo, mais citadas pelos inquiridos, foram a influência dos amigos (44,9%), a curiosidade/ vontade de experimentar (43,8%) e os momentos festivos (8,7%) (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

6.2. Consumo de tabaco nos jovens escolarizados. Análise por regiões

Tendo por base os dados recolhidos no âmbito do Inquérito Nacional em Meio Escolar (SICAD, 2011), conclui-se que, em 2011, 18% dos alunos a frequentar o 3.º ciclo do ensino público fumaram nos 30 dias anteriores ao estudo. Cerca de um terço destes alunos (28%) fumou no último ano.

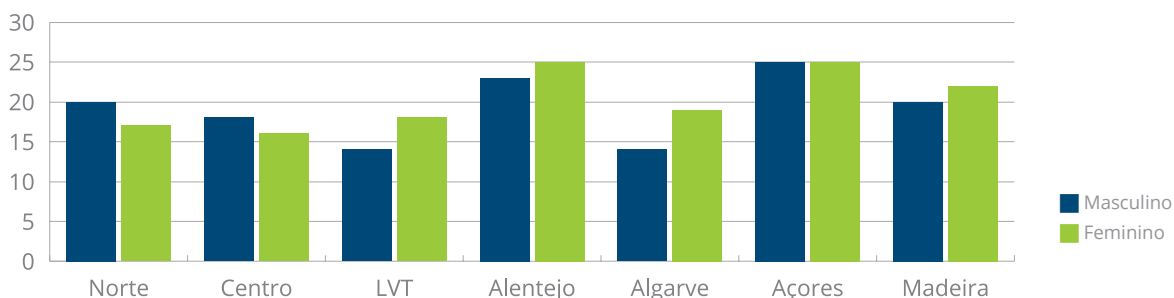
A Região dos Açores apresentou os consumos declarados pelos alunos do 3.º ciclo, do ensino público, mais elevados, seguida da Região do Alentejo, conforme se observa nos quadros 37 e figura 11.

Quadro 37. Prevalência (%) do consumo de tabaco no 3.º ciclo do ensino público, ambos os sexos, por região NUTS1 e NUTS2 (2011)

	PLV		12M		30D	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Norte	41	37	31	27	20	17
Centro	39	33	28	25	18	16
LVT	34	39	23	29	14	18
Alentejo	42	46	30	36	23	25
Algarve	33	41	22	31	14	19
Portugal Continental	38	37	28	28	18	28
Açores	47	47	35	37	25	25
Madeira	42	43	31	33	20	22
Total	39	38	28	28	18	18

Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º ciclo) Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.
 PLV - Prevalência ao Longo da Vida; 12M: 12 meses; 30D - 30 dias

Figura 11. Prevalência (%) do consumo de tabaco nos últimos 30 dias, no 3.º ciclo do ensino público, por sexo e por região NUTS1 e NUTS2 (2011)



Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º ciclo) Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.

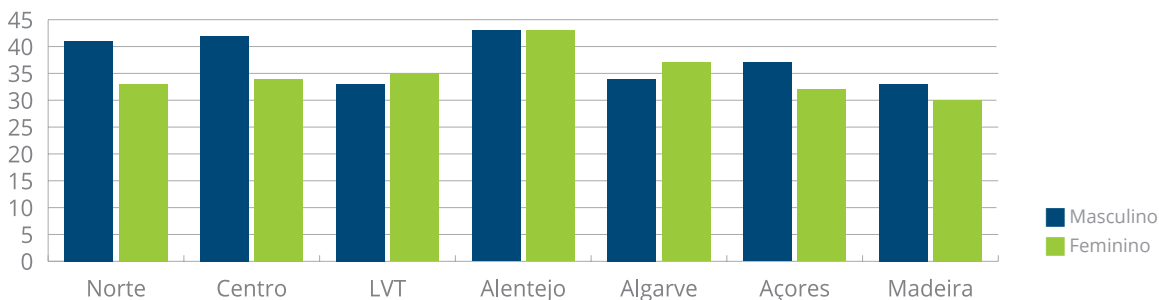
De acordo com os dados do Inquérito Nacional em Meio Escolar (SICAD, 2011), 39% dos rapazes e 34% das raparigas do ensino secundário público declararam ter fumado nos 30 dias anteriores ao estudo. A Região do Alentejo apresentou a percentagem mais elevada (43%) de alunos do ensino secundário público, que declararam ter fumado nos últimos 30 dias. As regiões da Madeira e de Lisboa e Vale do Tejo apresentaram as percentagens de consumos recentes mais baixas, conforme se observa nos quadros 38 e figura 12.

Quadro 38. Prevalência (%) do consumo de tabaco no ensino secundário do ensino público, ambos os sexos, por região NUTS1 e NUTS2 (2011)

	PLV		12M		30D	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Norte	67	63	53	46	41	33
Centro	64	63	51	47	42	34
LVT	59	62	45	46	33	35
Alentejo	68	69	54	54	43	43
Algarve	58	64	43	52	34	37
Portugal Continental	64	64	50	47	39	35
Açores	64	62	50	46	37	32
Madeira	63	62	48	45	33	30
Total	64	63	50	47	39	34

Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011 (Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.
PLV – Prevalência ao Longo da Vida; 12M: 12 meses; 30D – 30 dias.

Figura 12. Prevalência (%) do consumo de tabaco nos últimos 30 dias, no secundário do ensino público, por sexo e por região NUTS1 e NUTS2 (2011)

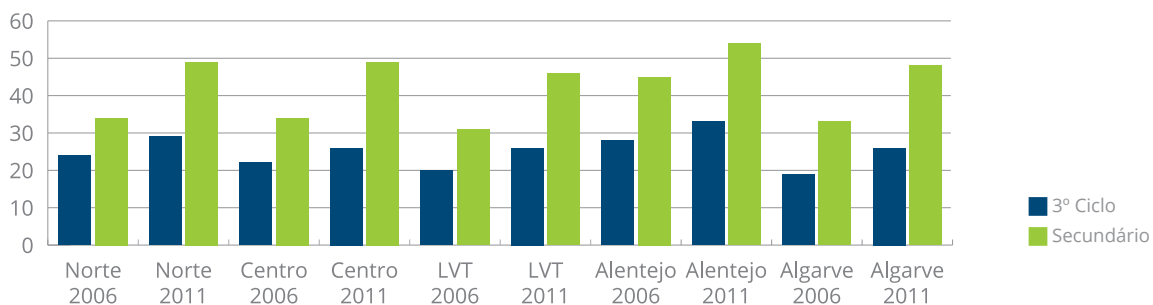


Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 (Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.

6.2.1. EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE TABACO NOS JOVENS ESCOLARIZADOS DO ENSINO PÚBLICO, POR REGIÃO, 2006-2011

Analisados os consumos nos últimos 12 meses anteriores à inquirição, declarados pelos alunos do 3.º ciclo e do secundário, do ensino público, em 2006 e 2011, observou-se um agravamento em todas as Regiões do Continente, conforme se confirma na figura 13.

Figura 13. Evolução do consumo de tabaco nos últimos 12 meses, alunos do 3.º ciclo e do ensino secundário, do ensino público, por Região, (2006, 2011)



Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º Ciclo e Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados, SICAD, Ministério da Saúde.

Na Região Norte, o agravamento das prevalências dos consumos declarados foi mais acentuado no ensino secundário, (aumento de 44%), em particular nas regiões de Entre Douro-Vouga e do Grande Porto, conforme se confirma no quadro 38.

Na Região Centro, registou-se um agravamento dos consumos declarados pelos alunos do 3.º ciclo em todas as regiões, à exceção da região Pinhal Interior Sul. No ensino secundário, registaram-se aumentos mais expressivos, em particular, no Pinhal Interior Norte (aumento de 73%) e no Baixo Mondego.

Na Região de Lisboa e Vale do Tejo, o agravamento dos consumos declarados foi mais acentuado no ensino secundário, em especial no Médio Tejo e no Oeste, onde mais de metade dos alunos declararam ter fumado nos 12 meses anteriores à inquirição.

Na Região do Alentejo, houve redução do consumo nos alunos do 3.º ciclo, na região do Baixo Alentejo. O agravamento dos consumos declarados pelos alunos do 3.º ciclo foi mais acentuado no Alentejo Central. Porém, no Baixo Alentejo, mais de metade dos alunos do secundário (57%) declararam ter fumado no último ano.

Na Região do Algarve, o agravamento dos consumos foi mais acentuado no ensino secundário, onde cerca de metade dos alunos (48%) declarou ter fumado no último ano.

As prevalências de consumo mais elevadas foram observadas na Beira Interior-Norte (59%), no Baixo Alentejo (57%), no Alto Trás-os-Montes (56%) e o no Médio Tejo (54%), conforme se observa no quadro 39.

Quadro 39. Prevalência (%) do consumo de tabaco no 3.º ciclo e no ensino secundário, ensino público, nos últimos 12 meses, (2006; 2011), por Regiões (NUTS 3)

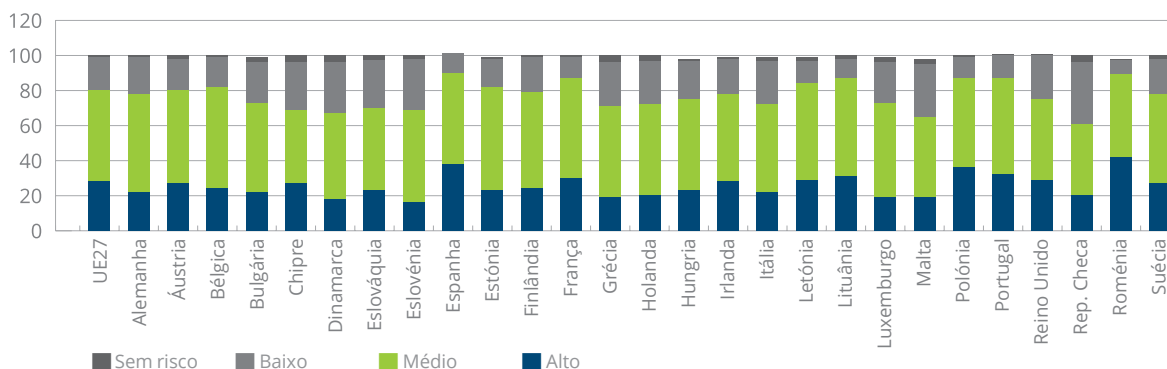
NUTS III	3º Ciclo		Ensino Secundário	
	2006	2011	2006	2011
Região Norte				
Minho Lima	19	25	33	49
Cávado	20	26	33	49
Ave	26	29	42	52
Grande Porto	22	29	29	47
Tâmega	25	30	34	49
Entre Douro-Vouga	20	25	27	44
Douro	31	35	43	53
Alto Trás-Montes	29	32	41	56
Total Região	24	29	34	49
Região Centro				
Baixo Vouga	21	25	30	46
Baixo Mondego	18	20	31	48
Pinhal Litoral	18	24	31	46
Pinhal Interior-Norte	23	30	30	52
Dão Lafões	25	29	37	52
Pinhal Interior-Sul	24	21	33	46
Serra Estrela	29	33	39	54
Beira Interior-Norte	27	33	46	59
Beira Interior-Sul	26	34	43	53
Cova Beira	27	30	47	53
Total Região	22	26	34	49
Região Lisboa e Vale do Tejo				
Grande Lisboa	20	25	31	44
Península Setúbal	16	24	30	45
Lezíria Tejo	23	31	38	50
Médio Tejo	18	27	31	54
Oeste	23	33	35	51
Total Região	20	26	31	46
Região Alentejo				
Alentejo Litoral	26	34	44	54
Alto Alentejo	30	34	43	52
Alentejo Central	24	35	45	55
Baixo Alentejo	33	28	44	57
Total Região	28	33	45	54
Região Algarve				
Total Região	19	26	33	48

Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, (3.º Ciclo e Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.

6.3. Perceção do risco associado ao consumo de tabaco

Dados recolhidos em 2008, num estudo Eurobarómetro, permitem concluir que apenas 32% dos jovens portugueses inquiridos, dos 15 aos 24 anos, consideraram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde, tendo 13% afirmado que este consumo apresentava baixo risco e 1% que não apresentava risco (European Commission, Flash Eurobarometer 233, 2008).

Figura 14. Perceção do risco para a saúde associado ao consumo de tabaco (2008)



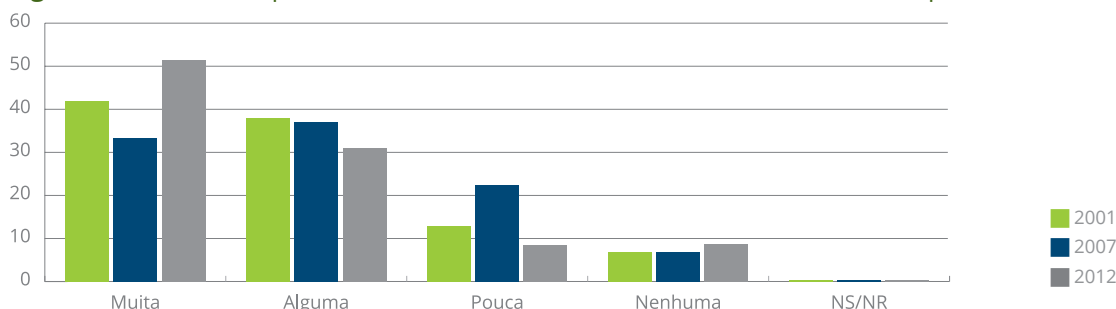
Fonte: European Commission, Flash Eurobarometer 233, Analytical report. "Young people and drugs among 15-24 year-olds". The Gallup Organization for European Commission, May 2008. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf

De acordo com o estudo sobre "Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior" realizado por Borrego e outros (2013), numa amostra, não representativa, de 3327 inquéritos válidos de estudantes do primeiro ciclo e dos mestrados integrados da Universidade de Lisboa, no ano letivo de 2012/2013, 83,0% dos estudantes inquiridos destacaram o "fumar cigarros regularmente" como sendo muito prejudicial para a saúde. Cerca de 1,4% dos inquiridos responderam que este consumo era pouco ou nada prejudicial.

Segundo dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, em amostra representativa nacional, dos 15 aos 64 anos, em 2012, apenas 65,9% dos inquiridos consideraram que fumar um ou mais maços de cigarros por dia tinha muitos riscos para a saúde; cerca de 29,3% consideraram que tinha alguns riscos e 4,1% consideraram que tinha pouco ou nenhum risco (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Por outro lado, em 2012, 51% dos inquiridos consideraram que o consumo de tabaco é um factor de risco para a saúde com muita importância, valor superior ao observado em 2001 (42,0%) e 2007 (33,3%), conforme se observa na figura 15. Contudo, em 2012, cerca de 17,3% dos inquiridos afirmaram que este consumo tem pouca ou nenhuma importância. Os não consumidores atribuíram um maior grau de importância aos riscos associados ao consumo de tabaco (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Figura 15. Grau de importância atribuída ao consumo de tabaco como risco para a saúde (2012)



Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

6.4. Prevalência do consumo de tabaco em Portugal

Tendo como referência dados recolhidos pelo III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, em amostra representativa nacional, conclui-se que, em 2012, mais de um quarto da população, dos 15 aos 64 anos, consumiu tabaco no último mês e no último ano, conforme se observa no quadro 40.

Quadro 40. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo, 15-64 ano, 2012

	PLV	12M	30D
Masculino	60,2	36,9	35,1
Feminino	32,8	19,9	18,0
Total	46,2	28,2	26,3

Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

PLV – Prevalência ao Longo da Vida; 12M: 12 meses; 30D – 30 dias

Dos respondentes fumadores dos 15 aos 64 anos, que fumaram no último ano, cerca de 91,8% consumiram tabaco diariamente, valor inferior aos observados em 2007 (93,1%) e em 2001 (96,0) (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

A média de cigarros diários consumidos pelos inquiridos que declararam ter fumado no último mês foi de 14 cigarros (desvio padrão de 8,05) (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Nos homens, o consumo atual mais elevado, observou-se no grupo etário dos 25-34 anos (45,4%); nas mulheres, no grupo dos 35-44 anos, (24,5%), conforme se confirma no quadro 41.

Quadro 41. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo e grupos decenais de idade, 2012

Grupo etário (anos)	PLV			12M			30D		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
15-24	48,5	35,8	42,3	33,5	22,9	28,3	31,8	18,9	25,5
25-34	63,1	40,7	51,7	49,0	25,9	37,2	45,4	21,6	33,3
35-44	63,4	40,8	51,8	43,0	25,5	34,0	41,3	24,5	32,6
45-54	60,6	29,5	44,5	32,7	17,1	24,6	31,9	16,3	23,8
55-64	63,4	16,5	38,7	23,5	7,5	15,1	22,8	7,5	14,8

Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014. PLV – Prevalência ao Longo da Vida; 12M: 12 meses; 30D – 30 dias

Quanto à quantidade de tabaco consumida no último mês, pelos atuais fumadores, cerca de 15,1% declararam consumir diariamente entre 1 a 5 cigarros, 34,1% entre 6 a 10 cigarros, 15,7% entre 16 a 20 cigarros e 7,7% mais de vinte cigarros (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Analisada a evolução dos consumos entre 2001 e 2012, na população dos 15 aos 64 anos, o consumo declarado ao longo da vida em 2012 (46,2%) foi superior ao consumo em 2001 (40,2%), mas ligeiramente inferior ao consumo em 2007 (48,9%). No que se refere aos consumos no último ano, observou-se uma descida em 2012, relativamente aos anos de 2007 e 2001. Quanto aos consumos no último mês, a prevalência em 2012 (26,3%) foi ligeiramente inferior à observada em 2007 e 2001, conforme se confirma no quadro 42.

Quadro 42. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012

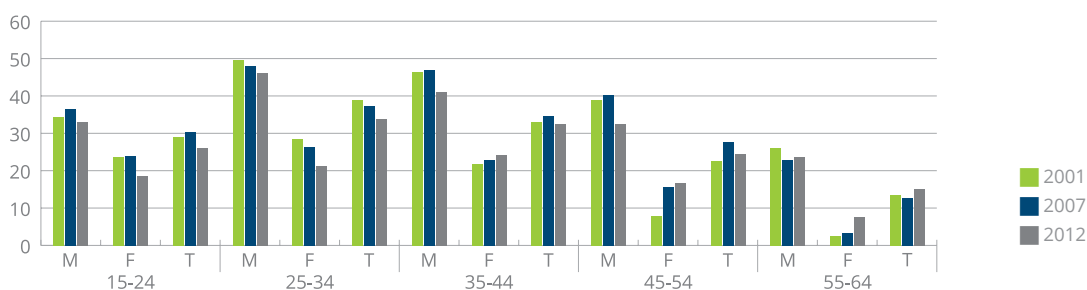
	PLV			12M			30D		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
2001	56,0	25,0	40,2	40,4	17,7	28,8	40,1	17,6	28,6
2007	63,3	34,8	48,9	41,8	20,3	30,9	40,1	19,0	29,4
2012	60,2	32,8	46,2	36,9	19,9	28,2	35,1	18,0	26,3

Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

PLV – Prevalência ao Longo da Vida; 12M: 12 meses; 30D – 30 dias

Quanto à evolução da prevalência de fumadores correntes (último mês), verificou-se uma descida no sexo masculino, em todos os grupos etários. No sexo feminino, houve uma redução desta prevalência nos grupos etários mais jovens e um aumento nas mulheres com 35 ou mais anos, conforme se observa na figura 16.

Figura 16. Prevalência (%) do consumo de tabaco no Último Mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012



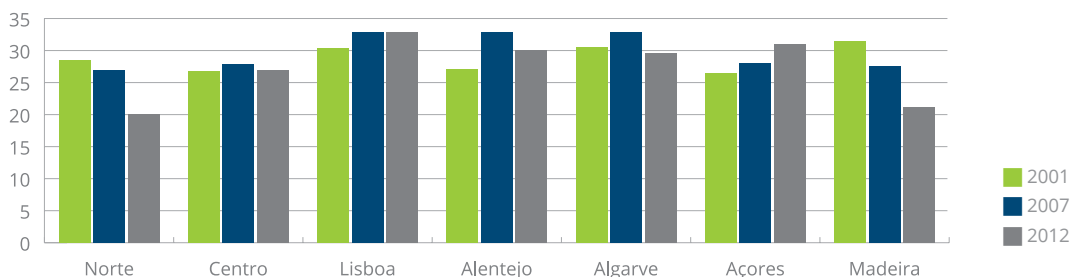
Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

Relativamente à prevalência do consumo no último mês, por Região, na população dos 15 aos 64 anos, verificou-se que, em 2012, a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou o valor mais elevado (32,9%), seguida dos Açores (31,0%) e do Alentejo (30,0%). A Região Norte apresentou a prevalência mais baixa. A Região dos Açores foi a única em que se observou um aumento continuado das prevalências de consumo entre 2001 e 2012, conforme se observa no quadro 43 e na figura 17.

Quadro 43. Prevalência (%) do consumo de tabaco no Último Mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por Região, 2001, 2007, 2012

Região	2001	2007	2012
Norte	28,5	27,0	20,0
Centro	26,8	27,9	27,0
Lisboa	30,4	32,8	32,9
Alentejo	27,1	32,9	30,0
Algarve	30,5	32,9	29,6
Açores	26,4	28,0	31,0
Madeira	31,4	27,6	21,2

Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

Figura 17. Prevalência (%) do consumo de tabaco no último mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012

Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

7. CESSAÇÃO TABÁGICA

De acordo com os dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/Portugal 2012, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, que declararam já ter fumado alguma vez na vida, 18,0% era desistente, ou seja, não tinha fumado no último ano, valor semelhante ao observado em 2007 e superior ao registado em 2001 (10,9%), (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

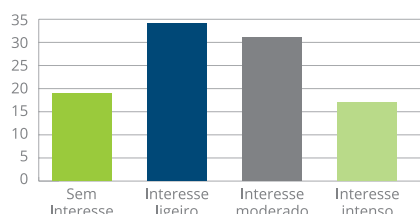
Mais de metade (56,6%) dos inquiridos fumadores apresentou um grau de dependência da nicotina baixo, 34,3% médio e 9,1% elevado, medido pelo teste de Fagerström (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Como motivos para não ter consumido tabaco no último ano ou no último mês, 28,4% dos inquiridos desistentes referiram que o tabaco estava a afetar a sua saúde, 48,7% a consciencialização dos riscos, 9,8% o preço elevado, 4,5% o aconselhamento médico, 4,2% o pedido de familiares ou amigos, 3,5% a gravidez ou planos para formar família e 0,9% as restrições de fumar no local de trabalho e locais públicos (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Na população de inquiridos dos 15 aos 64 anos que abandonou o consumo de tabaco, 36% fê-lo entre os 15 e os 24 anos; 27%, entre os 25 e os 34 anos, 18% entre os 35 e os 44 anos e 11% entre os 45 e os 54 anos (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Segundo o mesmo Inquérito, em 2012, cerca de três quartos dos inquiridos fumadores responderam que gostariam de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade. Dos inquiridos fumadores, 19% responderam não ter interesse em parar de fumar, 34% declararam ter um interesse ligeiro, 31% um interesse moderado e 17% um forte interesse, conforme figura 18 (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Figura 18. Grau de interesse em parar de fumar declarado pelos inquiridos fumadores, dos 15 aos 64 anos, (%), 2012



Fonte: Balsa, Vital, Urbano. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014.

Apenas 2,5% dos inquiridos fumadores responderam que, com toda a certeza, iriam tentar parar de fumar nas próximas duas semanas. Mais de metade (55%) respondeu negativamente a esta questão. Cerca de 43% revelaram-se hesitantes: 30% consideraram que “talvez não” e 13% que “talvez sim”. Quando a questão relativa à intenção de parar de fumar se reportou aos próximos seis meses, 4% dos inquiridos fumadores afirmaram que, com toda a certeza, iriam tentar parar nesse período; 35% responderam que, de certeza, não iriam tentar parar e 61% mostraram-se hesitantes (33% “talvez não” e 28% “talvez sim”) (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Quanto à motivação para a cessação tabágica, avaliada através do teste de Richmond, verificou-se que a grande maioria dos consumidores – 85,5% – apresentou uma motivação baixa, 12,6% uma motivação moderada e apenas 1,8% uma motivação elevada para parar de fumar (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

Cerca de 6% dos inquiridos fumadores sentiram necessidade de recorrer a ajudas devido ao consumo de tabaco. Destes, mais de metade (56,1%) recorreu a ajuda médica, 19,4% recorreram a medicamentos (comprimidos) e 13,2% recorreram ao uso de pastilhas de nicotina (Balsa, Vital, Urbano, 2014).

7.1. Consultas de cessação tabágica

A inexistência de um sistema de informação adequado aos registos clínico e de enfermagem, das atividades realizadas no âmbito do aconselhamento breve e da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, limita a obtenção de dados nesta área. Por outro lado, têm-se registado, nos últimos anos, modificações nos locais e nas equipas das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, que se devem às reformas em curso no sector da saúde e à aposentação de muitos profissionais.

7.1.1. LOCAIS DE CONSULTA

O número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica registou uma subida após a entrada em vigor da nova lei do tabaco e uma diminuição gradual desde 2010. Em 2013 é de assinalar uma redução significativa do número de consultas na região Centro e um aumento nas regiões de LVT e do Algarve, conforme quadro 44.

Quadro 44. Número de locais de consultas de cessação tabágica, por ARS (2009-2013)

Locais de Consultas de Cessação Tabágica					
ARS	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	85	57	45	32	33
Centro	63	53	55	50	35
LVT	47	40	40	33	37
Alentejo	16	21	13	9	6
Algarve	12	10	8	3	6
Total	223	181	161	127	117

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve

7.1.2. MOVIMENTO DAS CONSULTAS

Tendo por base uma recolha efetuada através de mapas de preenchimento manual, estima-se que sejam atendidos por ano cerca de 7000 utentes nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica. Em 2013, observou-se um aumento no número de utentes atendidos nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve e uma diminuição na Região do Alentejo. Não foi possível obter dados das consultas efetuadas a nível dos ACES, na Região Centro, conforme se observa no quadro 45. Não existem dados relativos às intervenções breves.

Quadro 45. Total de utentes atendidos nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica (2009 a 2013)

N.º total de fumadores					
ARS	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	3048	nd	1137	1992	1331
Centro	419	1623	1213	1554	475**
LVT	3600	2924	3194	3067	3209
Alentejo	198	nd	848*	219	158
Algarve	483	370	234	127	287
Total	7748	nd	6626	6959	5460

Fonte: Administrações Regionais de Saúde ; Nota: O n.º total de fumadores corresponde ao número de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS no Continente

*total de consultas, ausência de dados para o n.º de 1.as consultas. ** Apenas dados dos CH/HH

Quanto ao número de consultas de apoio intensivo realizadas, conclui-se que este registou uma descida em 2010 e um acréscimo a partir desse ano, não alcançando ainda os valores observados em 2009, após a nova lei do tabaco, conforme se observa no quadro 46 e figura 19.

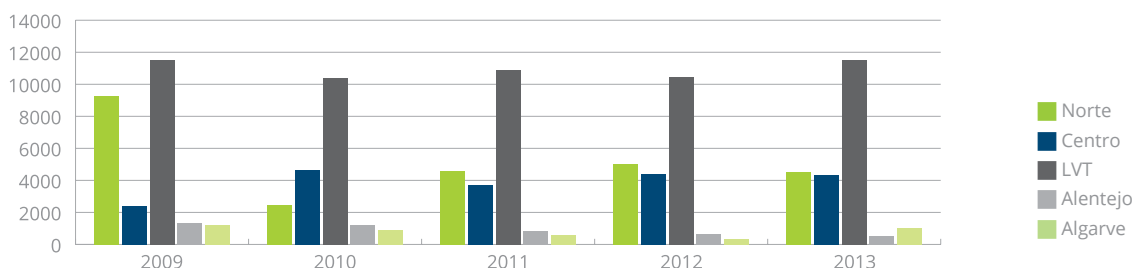
Quadro 46. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2013)

Total de Consultas de Cessação tabágica					
ARS	2009*	2010*	2011*	2012*	2013
Norte	9278	2458	4589	5038	5011
Centro	2400	4651	3728	4403	4315
LVT	11524	10389	10919	10445	11524
Alentejo	1330	1208	848	661	495
Algarve	1233	914	583	351	1003
Total	25765	19620	20667	20898	22088

*Informação atualizada em janeiro de 2013 pelas ARS

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve

Figura 19. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, por ARS (2009- 2013)



Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve

Quanto ao local de realização destas consultas, verifica-se que mais de metade destas consultas são realizadas em contexto hospitalar. A Região de Lisboa e Vale do Tejo realizou anualmente o maior número de consultas.

Em 2013, cerca de 40% do total de consultas foi realizado nos Hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo, conforme se verifica no quadro 47.

Quadro 47. Consultas de Cessação Tabágica: ACES e Hospitais 2004-2008-2012-2013

Total de Consultas de Cessação tabágica								
ARS	Centros de Saúde	Hospitais	Centros de Saúde	Hospitais	Centros de Saúde	Hospitais	Centros de Saúde	Hospitais
ANO	2004	2004	2008	2008	2012*	2012*	2013	2013
Norte	1737	3934	4555	2361	1222	3816	1418	3593
Centro	133	nd	420	88	975	3428	2144	2171
LVT	280	3865	1980	6530	3576	6869	2601	8518
Alentejo	464	nd	1216	nd	661	nd	495	nd
Algarve	0	51	1017	204	241	110	720	285
Total	2614	7850	9188	9183	6675	14223	7378	14567
%	33,3%	66,7%	50,0%	50,0%	31,9%	68,1%	33,6%	66,4%

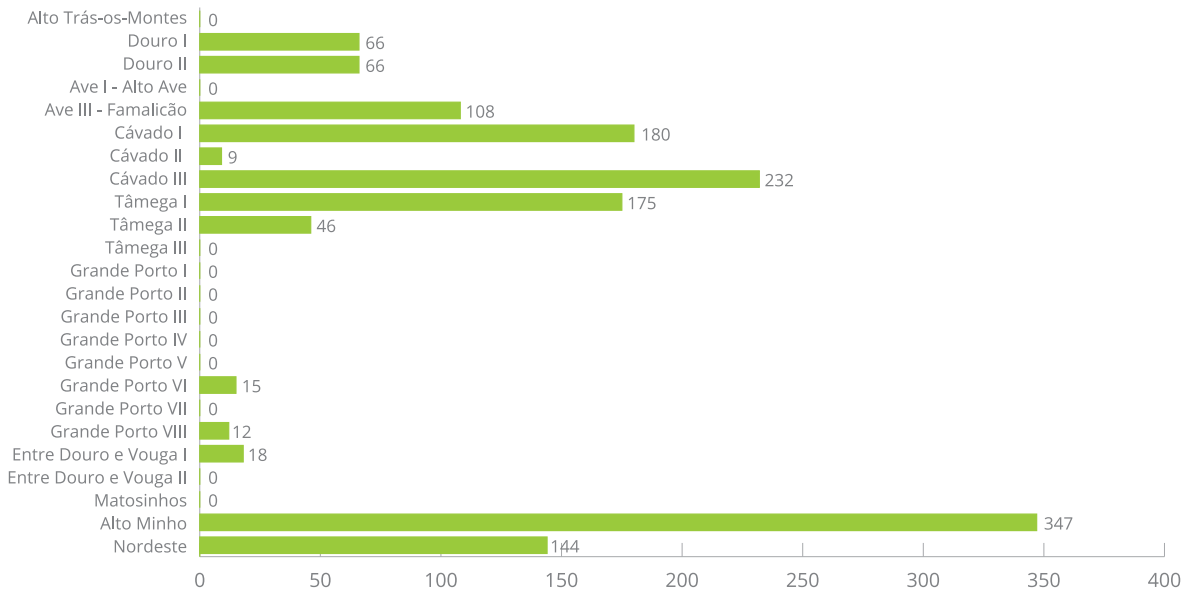
*Informação atualizada pelas ARS em janeiro 2013

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (dados incompletos)

Quando analisada a oferta de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica por ACES, verifica-se que, em 2013 apenas 70% ofereciam este tipo de consulta.

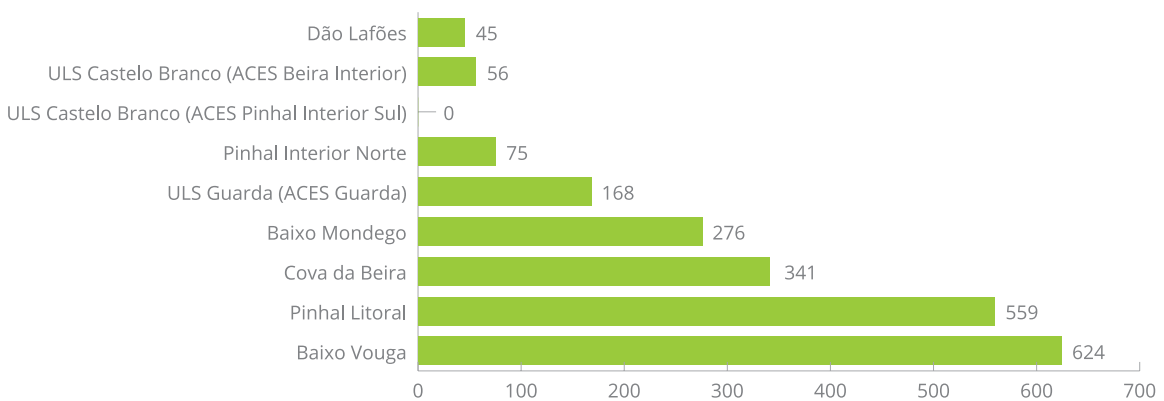
Assim, observa-se ausência deste tipo de atendimento, em 17 ACES (30,9% do total), em particular nas ARS Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, conforme se confirma nas figuras 20 a 24.

Figura 20. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES, Administração Regional de Saúde do Norte



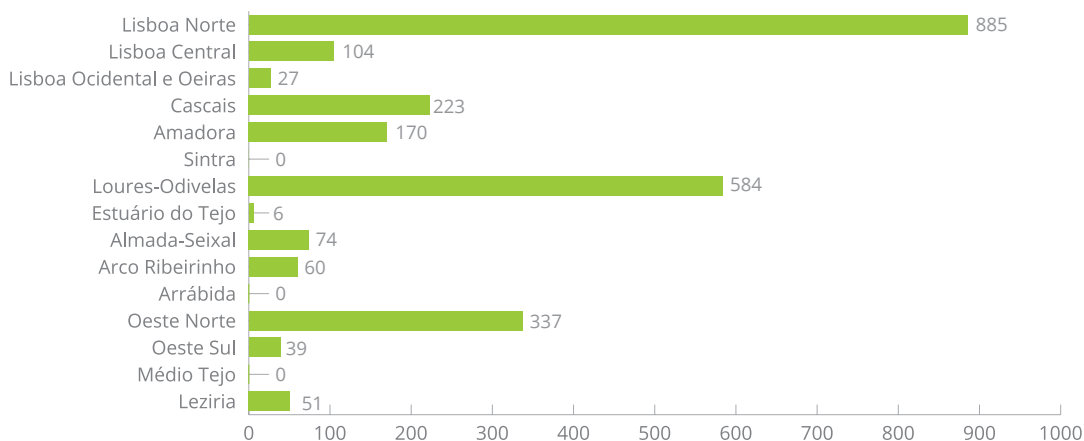
Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.

Figura 21. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Centro



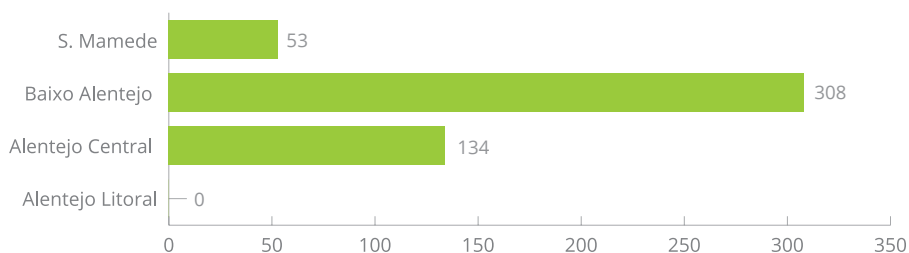
Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

Figura 22. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo



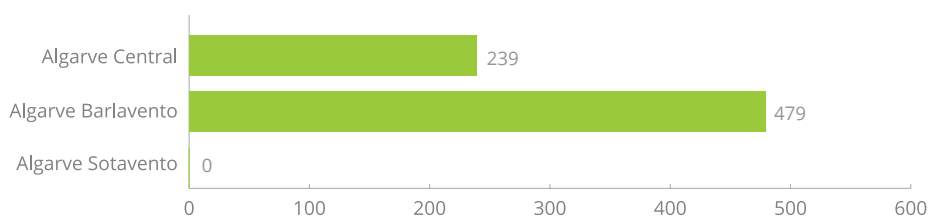
Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) de LVT.

Figura 23. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Alentejo



Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Alentejo.

Figura 24. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Algarve

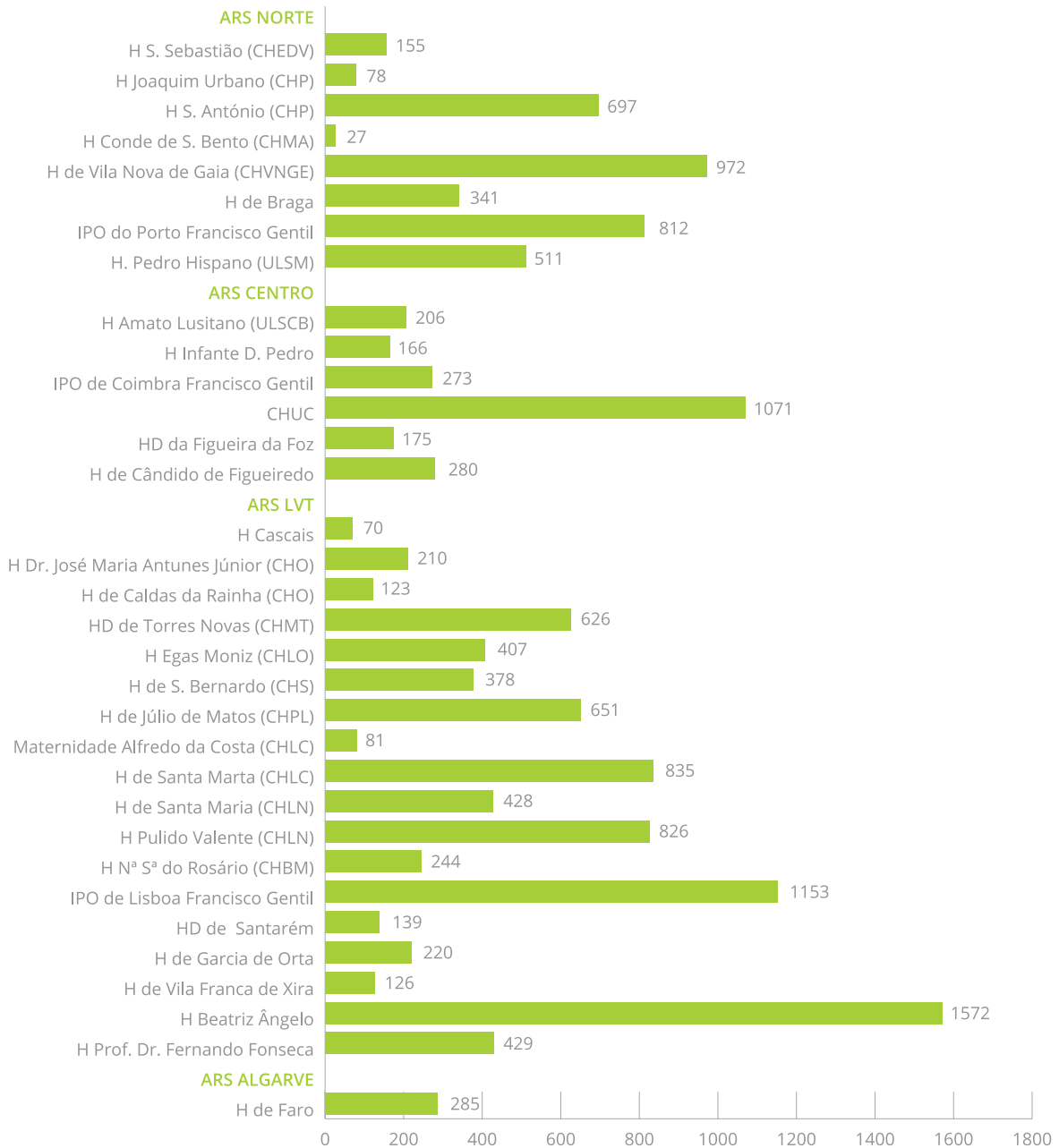


Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve.

Quanto à produtividade destas consultas, o número de consultas médicas efetuadas em alguns ACES foi diminuto. Contudo, o facto de os registos em muitas destas consultas ainda serem manuais, limita este tipo de análise.

Na figura 25 apresenta-se a distribuição das consultas realizadas, em 2013, nos Hospitais do SNS com consulta de apoio intensivo.

Figura 25. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por Hospitais ou Centros Hospitalares e por ARS.



Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve (2014)

7.1.3. DISPENSA DE MEDICAMENTOS DE APOIO À CESSAÇÃO TABÁGICA NAS FARMÁCIAS

Os medicamentos de apoio à cessação tabágica não são comparticipados pelo SNS. Os substitutos de nicotina são de venda livre. Os restantes medicamentos exigem prescrição médica.

Entre 2009 e 2013, o bupropiom e os substitutos de nicotina foram os medicamentos de apoio à cessação tabágica mais comercializados. De notar o aumento gradual da comercialização de bupropiom, conforme se observa no quadro 48 e na figura 26. Porém, dado que este fármaco pode ter indicação terapêutica no tratamento de situações de depressão, associadas ou não ao consumo de tabaco, não é possível conhecer com rigor qual a utilização desta substância para efeitos de apoio à cessação tabágica.

Quadro 48. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2009 a 2013)

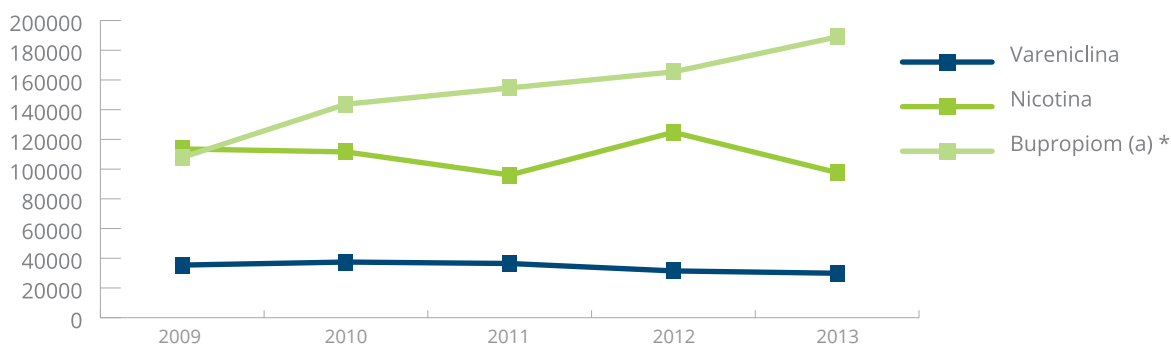
DCI	Embalagens de antidepressivos (n.º)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Bupropiom** (a)	106730	142773	153930	164824	188322
Bupropiom (Zyban)	1132	908	722	623	631
Bupropiom (a)	107,862	143,681	154,652	165,447	188,953
Vareniclina	35409	37440	36469	31469	29906

(a) Utilização desta substância no tratamento de situações de depressão, não necessariamente relacionadas com a cessação tabágica.

**2.ª Geração;

Nota: Os dados a partir de 2010 são provenientes do SIARS e podem sofrer alterações. Fonte: Infarmed, 2014.

Figura 26. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2009 a 2013)



(a) Utilização desta substância no tratamento de situações de depressão, não necessariamente relacionadas com a cessação tabágica.

*Somatório de Bupropiom (Saúde Mental) com Zyban

Fonte: Infarmed, 2014.

8. EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO

8.1. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa

De acordo com dados recolhidos, em 2010, no âmbito do Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma), tendo por base uma amostra de 6003 pessoas, contactadas por telefone fixo, a exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT), definida como a exposição a pelo menos um fumador em casa, foi reportada por 26,6% dos inquiridos (Pereira *et al.*, 2013).

Dos respondentes não fumadores, 23,2% disseram estar expostos ao fumo ambiental em casa. Esta exposição foi superior entre os fumadores (53,2%).

Entre as crianças e adultos jovens (< 25 anos) foram encontrados 39,0% de expostos, valor superior ao encontrado na restante população (21,1%).

Este estudo também revelou uma exposição mais elevada entre as pessoas com diagnóstico de asma (33,8%), relativamente à restante população (26,6%) (Pereira *et al.*, 2013).

Os autores deste estudo concluem que as crianças, os adolescentes e os doentes com asma podem apresentar um risco de exposição ambiental ao fumo do tabaco mais elevado, do que a restante população (Pereira *et al.*, 2013).

A Região Norte apresentou a menor percentagem de respondentes expostos (23,4%) e as Regiões Autónomas a mais elevada (36,6%), (Pereira *et al.*, 2013).

A exposição ao fumo ambiental foi reportada por 16,2% dos respondentes com estatuto socioeconómico baixo e 29,2% elevado (Pereira *et al.*, 2013).

Esta exposição foi reportada por 31,8% dos respondentes com 9 a 12 anos de escolaridade e por 19,2% com menos de 9 anos de escolaridade (Pereira *et al.*, 2013), conforme se observa no quadro 49.

Quadro 49. Prevalências ponderadas (%) da exposição ao fumo ambiental do tabaco, por sexo, grupo etário, região, escolaridade e grupo sócioeconómico (2010)

Variáveis	Exposição ao FAT em Casa		
	%	IC 95%	
	Total	26,6	25,5-27,7
Sexo	Masculino	24,8	23,1-26,5
	Feminino	28,3	26,8-29,8
Grupos etários	<18 anos	36,7	33,2-40,2
	18-65 anos	27,9	26,3-29,5
	>65 anos	9,1	7,9-10,3
Regiões	Norte	23,4	21,5-25,3
	Centro	26,0	23,7-28,3
	LVT	29,2	27,0-31,4
	Alentejo/Algarve	28,7	25,4-32,0
	Madeira/ Açores	36,6	30,5-42,7
Escolaridade	< 9 anos	19,2	17,9 -20,5
	9-12 anos	31,8	29,0-34,6
	>12 anos	25,8	22,6-29,0
Estatuto Sócioeconómico	Baixo	16,2	14,2- 18,2
	Médio	28,0	26,6-29,4
	Alto	29,2	24,8-33,6

IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Fonte: Adaptado de: Pereira et al. Prevalência da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e do tabagismo na população Portuguesa - estudo INAsma; Rev Port Pneumol. 19:3 (2013) 114-124.

9. FISCALIZAÇÃO DA LEI DO TABACO

De acordo com dados da ASAE, em 2013 foram identificadas 318 infrações à lei do tabaco, conforme quadro 50.

Quadro 50. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto), pela ASAE – Infrações – ano 2013

Tipo de Infração	Nº de Infrações
Falta de sinalização ou sinalização incorreta	215
Proibição de fumar em determinados locais	34
Criação de espaços para fumadores sem requisitos	32
Venda de produtos do tabaco através de máquinas automáticas sem observância de requisitos.	14
Falta de aviso de proibição de venda a menores	11
Não determinação aos fumadores para que se abstenham de fumar	6
Venda de produtos de tabaco a menores de 18 anos	2
Comercialização de embalagens promocionais ou a preço reduzido	1
Incumprimento das regras de rotulagem.	1
Proibição de fumar fora das áreas ao ar livre ou das áreas para fumadores	1
Publicidade ao tabaco e produtos de tabaco	1
TOTAL	318

Fonte: ASAE-Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Fiscalização da lei do tabaco, 2013.

10. PRODUÇÃO E MERCADO DO TABACO

10.1. Produção de tabaco em Portugal

Portugal é um pequeno produtor agrícola de tabaco. A principal produção agrícola tem lugar nos Açores. A superfície dedicada a esta cultura registou um aumento, entre 2011 e 2013, bem como a respetiva produção agrícola (INE, 2014).

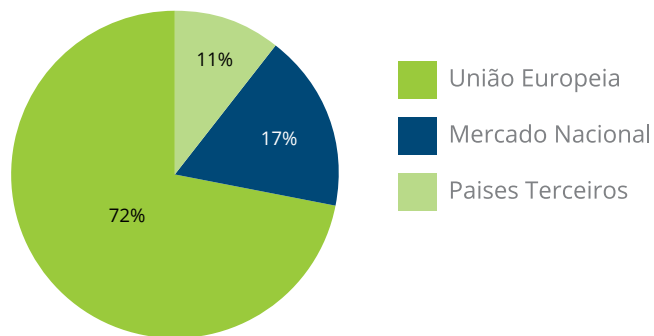
Quadro 51. Produção de tabaco na Região Autónoma dos Açores (2011-2013)

Produção de tabaco - Açores			
	2011	2012	2013
Superfície (ha)	24	31	32
Produção (t)	50	83	77

Fonte: INE I.P., Estatísticas agrícolas, 2013. INE 2014.

O valor das vendas obtido pela indústria do tabaco, em 2012, foi de 458 milhões de euros (INE, 2014).

Figura 27. Valor de vendas da indústria do tabaco e colocação no mercado



Fonte: INE I.P., Estatísticas agrícolas 2013. INE, 2014.

Quadro 52. Indicadores chave, manufaturação de produtos de tabaco (NACE Division 12), em Portugal e na União Europeia, 2010.

Produção de tabaco				
	N.º Agricultores (2009)	N.º Empresas (2010)	N.º Empregados (2010)	Volume negócios (Milhões de Euros) (2010)
UE27	-	261	45.200	44.763
Alemanha	305			16.957,40
Áustria	-	1	-	-
Bélgica	72	-	-	-
Bulgária	42412	27	4.647	687,8
Chipre	-	-	-	-
Dinamarca	-	13	943	1.269,90
Eslováquia	0	-	-	-
Eslovénia	-	0	0	0
Espanha	2503	43	2.772	1.004,30
Estónia	-	0	0	0
Finlândia	-	1	-	-
França	2277	5	1.838	1.227,60
Grécia1	14340	4	2.016	552,9
Holanda	-	17	3.092	3.208,90
Hungria	1164	5	1.079	569,6
Irlanda	-	-	-	-
Itália	6538	4	1.174	677,9
Letónia	-	1	12	-
Lituânia	-	1	-	-
Luxemburgo	-	1	-	-
Malta	-	-	-	-
Polónia	14291	25	6.268	3.356,00
Portugal	174	4	674	171,3
Reino Unido	-	11	-	12.301,90
Rep. Checa	-	4	-	-
Roménia	152	13	1.520	514,1
Suécia	-	14	-	-

Fonte: Eurostat (online data code: sbs na ind r2). Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/a/a3/Key_indicators%2C_manufacture_of_tobacco_products_%28NACE_Division_12%29%2C_2010_A.png. Acedido em 14 julho 2013.

Fonte: Matrix Insight, Setembro 2013 e Naomisma (2010)

10.2. Entradas de tabaco no mercado

De acordo com os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira, em 2013, a introdução no consumo de cigarros e de charutos registou um ligeiro decréscimo. De notar, contudo, o aumento nas entradas no consumo de cigarrilhas, mais expressivo a partir de 2011, ano a partir do qual se registou um decréscimo nas entradas no consumo de tabaco de corte fino, conforme se observa no quadro 53 e nas figuras 28 a.30.

Quadro 53. Introdução no consumo de produtos sujeitos a imposto (2009-2013)

Introdução no consumo de produtos sujeitos a imposto					
Designação	2009*	2010*	2011**	2012**	2013
Cigarros (milhares)	11.934.091	14.211.590	11.946.767	10.233.908	10.018.196
Cigarrilhas (milhares)	79.470	118.151	90.714	124.899	179.526
Charutos (milhares)	4.524	6.037	4.662	4.094	3.500
Tabaco corte fino (Kg) 1	504.404	860.321	1.882.580	1.690.971	1.118.340
Outros tabacos de fumar (Kg) 2	14.456	20.769	80.173	638.676	3.135

Fonte: Estatísticas de 2011 e 2012 disponíveis em <http://www.dgaiec.min-financas.pt/pt/estatisticas/>, consult. 3 jun 2013. Relatório de Actividades 2009 e 2010 DGAIEC.

Ministério das Finanças. DGAIEC. Consult. 14 set. 2014. Disponível em www.dgaiec.min-financas.pt

* Total Nacional; ** Total Portugal Continental

1 Abrange o tabaco de corte fino para cigarros de enrolar;

2 Abrange os outros produtos não compreendidos nas restantes categorias, nomeadamente, o tabaco para cachimbo

Figura 28. Evolução das entradas no consumo de cigarros (milhares)

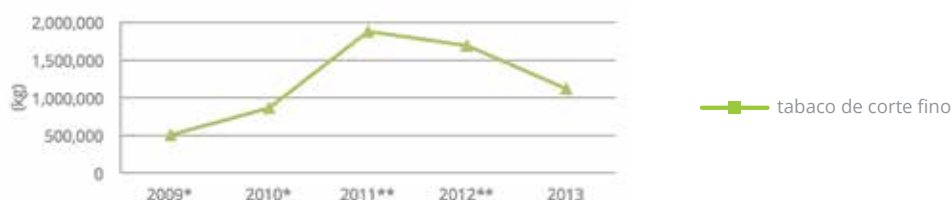


Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira (2014)

*Total Nacional

**Total Portugal Continental

Figura 29. Evolução das entradas no consumo de tabaco de corte fino (Kg)

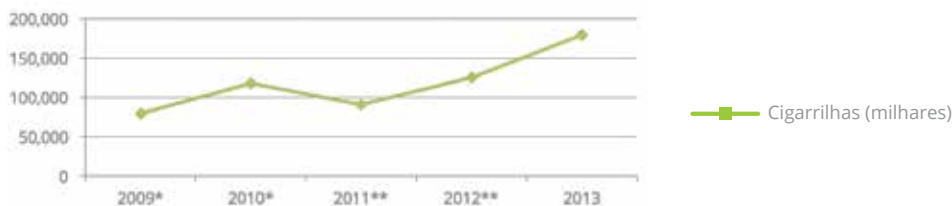


Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira (2014)

*Total Nacional

**Total Portugal Continental

Figura 30. Evolução das entradas no consumo de cigarrilhas (milhares)



Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira (2014)

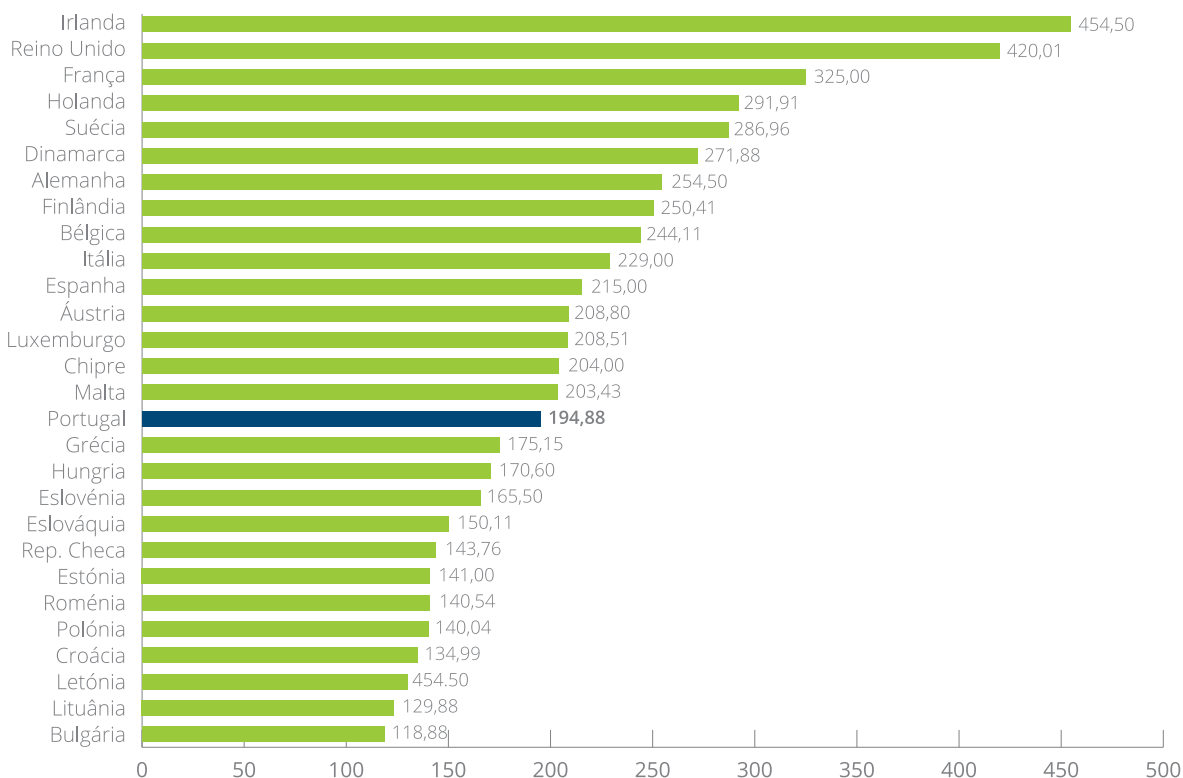
*Total Nacional

**Total Portugal Continental

10.3. Evolução dos preços dos produtos do tabaco

Em 2014, a Irlanda, o Reino Unido e a França apresentaram os preços médios ponderados de venda ao público de cigarros mais elevados. Porém, esta análise deve ser feita com reservas, dado que este indicador não entra em linha de conta com o nível de vida de cada país.

Figura 31. Preço médio ponderado de venda ao público de um milheiro de cigarros (euros) UE. Dados reportados a julho de 2014.



Fonte: Adaptado de European Commission. Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. Ref. 1041, July 2014.

Acedido em 18 de Setembro de 2014. Disponível em:

http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/excise_duties-part_iii_tobacco_en.pdf

10.4. Impostos sobre os produtos do tabaco

O imposto incidente sobre os produtos do tabaco integra dois elementos: um específico e outro *ad valorem*. A unidade tributável do elemento específico é constituída pelo milheiro de cigarros. O elemento *ad valorem* resulta da aplicação de uma percentagem única aos preços de venda ao público de todos os tipos de cigarros.

10.4.1. IMPOSTOS SOBRE OS CIGARROS

Segundo dados reportados a 1 de janeiro de 2014 os cigarros comercializados foram taxados em cerca de 80,51 % do preço médio de venda. Este valor foi comparativamente inferior ao praticado em outros países da EU, conforme se confirma no quadro 60 (European Commission, Taxation and Customs Union, 2014). Em 2014, relativamente a 2013, o imposto específico sobre os cigarros sofreu um aumento de apenas 1 euro (78,37 euros para 79,39 euros), por cada milheiro de cigarros.

O imposto *ad valorem* em 2011, foi de 23%, sofrendo um decréscimo, em 2012 e 2013, para 20%, e, em 2014, para 17%.

Quadro 54. Evolução dos impostos especiais sobre os produtos do tabaco, Portugal (2010-2013)

Evolução dos impostos especiais sobre o consumo de cigarros em Portugal

	OE 2010		OE 2011		OE 2012		OE 2013		OE 2014	
	EE	AV	EE	AV	EE	AV	EE	AV	EE	AV
Cigarros	67.58	23%	69.07	23%	78.37	20%	79.39	20%	87.33	17%
Charutos	n.a.	12.35%	n.a.	13%	n.a.	15%	n.a.	20%	n.a.	25%
Cigarrilhas	n.a.	12.35%	n.a.	13%	n.a.	15%	n.a.	20%	n.a.	25%
Tabaco corte fino para cigarros de enrolar	n.a.	49.77%	n.a.	60%	n.a.	61.40%	€ 0,065/g	20%	€ 0,075/g	20%
Restantes tabacos de fumar	n.a.	41.78%	n.a.	45%	n.a.	50%	€ 0,065/g	20%	€ 0,075/g	20%

Nota: OE – Orçamento de Estado; EE – Elemento Específico, AV – Ad Valorem

Fonte: Orçamentos de Estado 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014. Artigos 103.º e 104.º.

Quadro 55. Impostos sobre cigarros na União Europeia. Dados reportados a 1 julho de 2014.

E-M	IMPOSTO ESPECÍFICO Euros (Por milheiro cigarros)	AD VALOREM (% sobre preço venda)	TOTAL IMPOSTOS (Específico + <i>ad valorem</i> + iva) % do preço médio ponderado de venda
Áustria	40,00	41,00	76,83
Bélgica	23,59	50,41	77,43
Bulgária	51,64	23,00	83,11
Chipre	55,00	34,00	76,93
Rep Checa	46,40	27,00	76,64
Alemanha	96,30	21,74	75,55
Dinamarca	158,55	1,00	79,32
Estónia	46,50	34,00	83,65
Grécia	82,50	20,00	85,80
Espanha	24,10	51,00	79,17
Finlândia	28,00	52,00	82,54
França	48,25	49,70	81,37
Croácia	27,57	37,00	77,43
Hungria	42,22	31,00	77,01
Irlanda	241,83	8,72	80,63
Itália	13,09	52,41	76,16
Lituânia	45,47	25,00	79,21
Luxemburgo	17,75	48,14	69,69
Letónia	51,80	25,00	82,24
Malta	82,50	25,00	80,81
Holanda	173,97	0,95	77,91
Polónia	48,87	31,41	85,01
Portugal	87,33	17,00	80,51
Roménia	60,40	19,00	81,33
Suécia	163,33	1,00	77,92
Eslovénia	67,92	23,01	82,08
Eslováquia	59,50	23,00	79,30
Reino Unido	220,61	16,50	85,69

Fonte: Adaptado de European Commission. Excise duty tables. Part III – manufactured tobacco. Ref. 1041, July 2014.

Acedido em 18 de Setembro de 2014. Disponível em: http://ec.europa.eu/taxation_customs/resources/documents/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/excise_duties-part_iii_tobacco_en.pdf

10.5. Evolução das receitas fiscais sobre o tabaco

Segundo o Destaque do INE, de 15 de maio de 2014, o imposto sobre o tabaco é o terceiro imposto indireto mais importante em termos de receitas fiscais. Em 2013 houve uma quebra de 2,9% na arrecadação de impostos sobre o tabaco. O sector do tabaco rendeu, em 2013, 1 390,7 milhões de euros.

Quadro 56. Receitas fiscais do tabaco (INE, 2014)

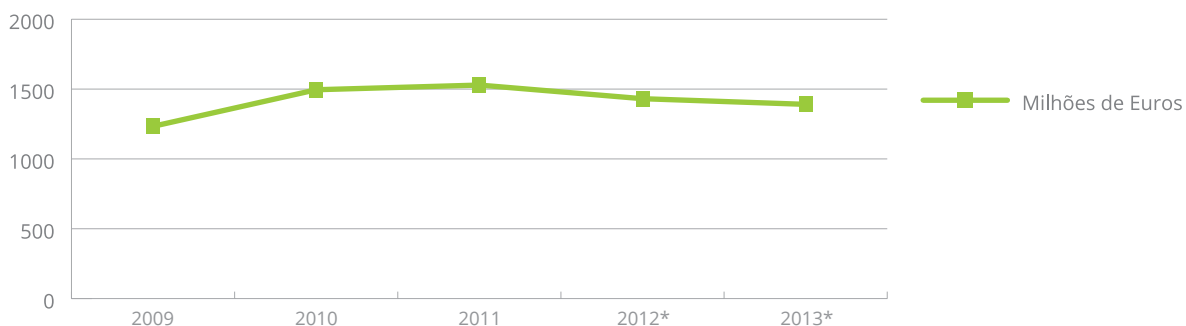
Receitas fiscais do tabaco					
	2009	2010	2011	2012*	2013*
Milhões de Euros	1.232,4	1.496,1	1.529,8	1431,5	1390,7
Taxa de variação anual	-3,8%	21,4%	2,3%	-6,4%	-2,9%

*Dados provisórios

Fonte: Destaque à comunicação social, INE, 15 de maio de 2014. Acedido em 14 de outubro de 2014.

Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESpagenumber=12

Figura 32. Receitas fiscais sobre o tabaco (INE, 2014)



*Dados provisórios Fonte: Destaque à comunicação social, INE, 17 de maio de 2013. Acedido em 14 de setembro de 2014. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESpagenumber=6, acedido em 18 de julho de 2014

10.6. Comércio ilícito de produtos do tabaco

Estima-se que a União Europeia e os seus Estados-membros percam, anualmente, cerca de 10 mil milhões de euros devido ao comércio ilícito de tabaco (Matrix Insight, 2013).

Os cigarros são o principal produto implicado, embora outros produtos como o tabaco de enrolar também sejam alvo deste tipo de comércio (European Commission, 2013).

Entre 2000 e 2010 o comércio ilícito de tabaco aumentou em todos os Estados Membros da UE, com exceção de Espanha, Bélgica, Eslovénia, Estónia, Reino Unido, Portugal e Finlândia (Matrix Insight, 2013). Não existem dados publicados relativamente às apreensões de tabaco, incluindo o contrafeito, em Portugal, a partir de 2012, inclusive.

11. NOTAS FINAIS

1. Na União Europeia, o tabaco mata, por ano, cerca de 700 000 pessoas. Em Portugal, estima-se que, em 2010, o consumo de tabaco tenha sido responsável pela morte de cerca de 11 000 pessoas, 10,3% do total de mortes, das quais, 4643 por cancro (19% do total de óbitos por esta causa), 3777 por doenças do aparelho circulatório (11,2% do total de óbitos por esta causa) e 2348 por doenças respiratórias (20% do total de óbitos por esta causa) (GBD 2010; IHME, 2013).
2. Em 2010, a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco foi de 177,1/100 000 habitantes do sexo masculino e de 33,6/100 000 habitantes do sexo feminino. Entre 1990 e 2010 registou-se uma diminuição desta mortalidade, em ambos os sexos e em todos os grupos etários à exceção das mulheres com 80 ou mais anos. Contudo, nas mulheres com menos de 55 anos essa redução foi pouco expressiva (IHME, 2013).
3. De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da Iniciativa GBD, em 2010, o consumo de tabaco em Portugal foi responsável por 12,3% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade (DALY), no sexo masculino, e por 3,1%, no sexo feminino (IHME, 2013).
4. No sexo masculino, fumar é a segunda causa, a seguir aos riscos alimentares, de perda de anos de vida saudável, expressos em DALY. No sexo feminino, que tem apresentado consumos de tabaco inferiores aos do sexo masculino, fumar constitui a 7.ª causa de perda de anos de vida saudável, a seguir aos riscos alimentares, hipertensão, obesidade, sedentarismo, intolerância à glicose, e uso de álcool (GBD 2010; IHME, 2013).
5. Segundo estimativas do GBD 2010, a exposição ao fumo ambiental do tabaco foi responsável em Portugal por 845 óbitos, cerca de 96% dos quais devidos a doenças cardiovasculares (IHME, 2013).
6. Em 2011, as Regiões dos Açores e do Alentejo registaram as percentagens mais elevadas de alunos do 3.º ciclo do ensino público, que declararam ter fumado no último mês. No ensino secundário, a Região do Alentejo apresentou a prevalência mais elevada (Feijão, 2011).
7. Em 2008, de acordo com um estudo Flash Eurobarómetro, apenas 32% dos jovens portugueses inquiridos, dos 15 aos 24 anos, consideraram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde, tendo 13% afirmado que este consumo apresentava baixo risco e 1% que não apresentava risco (European Commission, 2008). Em 2012, segundo o III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias (Balsa, Vital, Urbano, 2014), apenas cerca de 66% da população dos 15 aos 64 anos considerou que fumar um ou mais maços de tabaco por dia tinha um elevado risco para a saúde; cerca de 4% considerou que tinha pouco ou nenhum risco.
8. Segundo dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012, a prevalência do consumo de tabaco declarado nos 30 dias anteriores à inquirição, na população dos 15 aos 64 anos, foi de 26,3%, 35,1% nos homens e 18% nas mulheres. A média de cigarros fumados diariamente no último mês foi de 14 cigarros. Nos homens, o consumo atual mais elevado (último mês antes da inquirição) observou-se no grupo etário dos 25 aos 34 anos (46,0%); nas mulheres, no grupo dos 35 aos 44 anos, (24,2%). Relativamente à prevalência do consumo no último mês, por Região, na população dos 15 aos 64 anos, verificou-

-se que, em 2012, a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou o valor mais elevado (32,9%), seguida dos Açores (31,0%) e do Alentejo (30,0%). A Região Norte apresentou a prevalência mais baixa (20%). A Região dos Açores foi a única região em que se observou um aumento continuado das prevalências de consumo entre 2001 e 2012.

9. Cerca de 19% dos inquiridos fumadores responderam não ter interesse em parar de fumar, cerca de 65% responderam ter um interesse ligeiro ou moderado e 17% um forte interesse em parar de fumar (Balsa, V ital, Urbano, 2014). Para o tratamento da dependência tabágica, o SNS oferece consultas de cessação tabágica, a funcionar nos Agrupamentos dos Centros de Saúde e em alguns Hospitais. Em 2014, apenas cerca de 70% dos Agrupamentos de Centros de Saúde ofereciam este tipo de consultas. O número de equipas para a realização destas consultas tem diminuído nos últimos anos, embora sem uma redução significativa do número anual de consultas efetuadas. De notar que a inexistência de um sistema de informação adequado a esta área de intervenção limita a possibilidade de dispor de dados nacionais sobre o trabalho realizado nestas consultas, em particular, no que se refere às intervenções breves.
10. De acordo com dados recolhidos, em 2010, no âmbito do estudo INAsma, a exposição ao fumo ambiental do tabaco, em casa, foi reportada por 26,6% dos inquiridos. As crianças e os adultos jovens (< 25 anos) apresentaram 39,0% de expostos, valor superior ao encontrado na restante população (21,1%), (Pereira *et al.*, 2013)..

12. RECOMENDAÇÕES

1. Melhorar a monitorização do consumo de tabaco, com destaque para o seu impacto nas iniquidades em saúde. Desenvolver um sistema de informação que permita melhorar o conhecimento sobre o consumo e a exposição ao fumo ambiental, em particular das crianças e das mulheres grávidas. Criar um módulo clínico para registo das intervenções breves e das atividades realizadas nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.
2. Promover a revisão da Lei do tabaco, no sentido da transposição da Diretiva 2014/40/UE, de 3 de abril do Parlamento Europeu e do Conselho, e da adoção das linhas diretrizes para aplicação da Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco, com o objetivo de garantir a proteção da saúde e promover uma redução sustentada do consumo, em particular nos jovens. Neste contexto, para além das disposições em matéria de rotulagem, ingredientes e comercialização dos produtos do tabaco, decorrentes da transposição da nova Diretiva, sublinha-se a necessidade de adotar medidas restritivas de proibição de fumar em locais de trabalho e outros locais fechados, de modo a dar pleno cumprimento às linhas diretrizes para aplicação do disposto no artigo 8.º da Convenção Quadro da OMS.
3. Definir uma rede de referenciação de apoio intensivo à cessação tabágica, que garanta uma resposta equitativa e ajustada às necessidades de saúde da população a nível da totalidade dos ACES, com criação de pelo menos uma consulta de apoio intensivo em todos os ACES que ainda não atingiram esse objetivo.
4. Incentivar a cessação tabágica através da melhoria da formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde na realização de intervenções breves e da redução dos custos das terapêuticas de cessação tabágica para o utilizador.
5. Promover o aumento anual dos preços dos produtos do tabaco, dado tratar-se de uma medida de reconhecida efetividade na redução do consumo, em particular nos jovens e nos grupos populacionais com menores recursos económicos, e adotar medidas fiscais que possam ser consignadas ao combate ao tabagismo e ao tratamento das suas consequências.
6. Promover a aprovação, na legislação nacional, do “Protocolo de combate ao comércio ilícito de tabaco”, no âmbito da Convenção Quadro da OMS, assinado em 8 de janeiro de 2014.
7. Reforçar o investimento em estratégias de informação e educação para a saúde destinadas aos jovens, às mulheres, às mulheres grávidas e aos pais, e incentivar o desenvolvimento de iniciativas de promoção da literacia em saúde e de capacitação para escolhas saudáveis, em articulação com outros sectores governamentais e com a sociedade civil.
8. Promover a informação e o envolvimento de toda a sociedade no cumprimento e aplicação de medidas efetivas de prevenção e controlo do tabagismo, incluindo os agentes políticos nos diferentes sectores da ação governativa, consubstanciando o primado da “saúde em todas as políticas”, que se sobreponham a considerações económicas ou fiscais de curto prazo, tendo em vista garantir um futuro mais saudável para as próximas gerações.

13. NOTAS METODOLÓGICAS

MORTALIDADE

No capítulo 3, dedicado ao estudo da mortalidade, analisam-se dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, IP, referentes a causas de morte de interesse para o Programa de Saúde Prioritário. As causas de morte são codificadas com recurso à 10.^a versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), sendo apresentados os seguintes indicadores de mortalidade:

- Número de óbitos;
- Taxa de mortalidade por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 70 anos) por 100 000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (70 e mais anos) por 100 000 habitantes;
- Anos potenciais de vida perdidos
- Taxa de anos potenciais de vida perdidos por 100 000 habitantes

Os valores destes indicadores para os anos 2008 a 2012 são analisados por sexo e por local de residência (até ao nível NUTS II). As taxas de mortalidade padronizadas foram calculadas com base em dados quinquenais.

Neste capítulo foram utilizadas as seguintes definições:

Óbito - Cessação irreversível das funções do tronco cerebral. (INE, IP)

Óbito pela causa de morte - Quociente entre o número de óbitos pela causa de morte específica e o total de óbitos por todas as causas de morte (expressa em percentagem).

Taxa de mortalidade - Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por uma determinada causa de morte, referido à população média desse período (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). (INE, IP)

Taxa de mortalidade padronizada pela idade - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (no grupo etário) - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

Causas de morte consideradas para calcular o peso das causas de morte associadas aos programas prioritários na mortalidade total e respetivos códigos da CID 10

Quadro A1 – Causas de morte consideradas para calcular o peso das causas de morte associadas aos programas prioritários na mortalidade total e respetivos códigos da CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
Programa para a Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos	
Septicémia estreptocócica	A40
Outras septicémias	A41
Infecção bacteriana de localização não especificada	A49
Staphylococcus aureus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B956
Outros estafilococos como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B957
Estafilococo não especificado, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B958
Klebsiella pneumoniae [M pneumoniae], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B961
Escherichia coli [E. Coli], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B962
Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei), como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B965
Pneumonia devida a Streptococcus pneumoniae	J13
Pneumonia devida a Haemophilus influenzae	J14
Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte	J15
Pneumonia por microorganismo não especificado	J18
Cistite aguda	N300
Infecção puerperal	O85
Outras infecções puerperais	O86
Septicemia bacteriana do recém-nascido	P36
Infecção subsequente a procedimento não classificada em outra parte	T814
Infecção e reação inflamatórias devidas à prótese valvular cardíaca	T826
Infecção e reação inflamatórias devidas a outros dispositivos, implantes e enxertos cardíacos e vasculares	T827
Infecção e reação inflamatória devidas à prótese articular interna	T845
Infecção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fixação interna [qualquer local]	T846
Infecção e reação inflamatória devidas a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos	T847
Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24
Programa Nacional para as Doenças Oncológicas	
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do cólon	C18
Tumor maligno do reto	C20
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Tumor maligno da mama (feminina)	C50
Tumor maligno do colo do útero	C53
Tumor maligno do corpo do útero	C54
Tumor maligno da próstata	C61
Tumor maligno da bexiga	C67
Linfoma não-Hodgkin	C82, C83, C85

Causas de morte (continuação)	Código (CID 10)
Programa Nacional para a Diabetes	
Diabetes	E10-E14
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo	
Doenças relacionadas com o tabaco (tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno do esófago; doença isquémica cardíaca, doenças cerebrovasculares; doenças crónicas das vias aéreas inferiores)	C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
Programa Nacional para a Saúde Mental	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45

Quadro A2. Causas de morte específicas do programa

Causas de morte	Código (CID 10)
	Código (CID 10)
	Causa de morte
C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47	Doenças relacionadas com o tabaco: C00-C14: Tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; C32-C34: Tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; C15: Tumor maligno do esófago; I20-I25: Doenças isquémicas do coração; I60-I69: Doenças cerebrovasculares; J40-J47: Doenças crónicas das vias aéreas inferiores
C33-C34	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão
J00-J99	Doenças do sistema respiratório
J40 -J44	Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica
J45	Asma

Quadro A3. Lista de doenças associadas ao Tabagismo e respetivos códigos CID9MC**Doenças associadas ao tabagismo e respectivos códigos CID9MC**

Código	Descrição
493	Asma
491.2 a 492.8 e 496	DPOC
140	Neoplasia Maligna do Lábio
141	Neoplasia Maligna da Língua
142	Neoplasia Maligna de Glândula Salivar Principal
143	Neoplasia Maligna da Gengiva
144	Neoplasia Maligna do Pavimento da Boca
145	Neoplasia Maligna da Boca, Local NCOP ou Não Especificado
146	Neoplasia Maligna da Orofaringe
147	Neoplasia Maligna da Nasofaringe
148	Neoplasia Maligna da Hipofaringe
149	Neoplasia Maligna do Lábio, Cavidade Oral, ou Faringe, Local NCOP
161	Neoplasia Maligna da Laringe
162	Neoplasia Maligna da Traqueia, Brônquios e Pulmão
410:414	Doenças isquémicas do coração

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica NCOP: Não Classificável em Outra Parte

MORBILIDADE E MORTALIDADE HOSPITALAR

No que se refere à informação referente à morbilidade hospitalar no Serviço Nacional de Saúde (SNS), os apuramentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. A informação foi recolhida nos hospitais do SNS que integram as cinco Administrações Regionais de Saúde.

No capítulo da morbilidade e morbilidade hospitalar foram utilizadas as seguintes definições:

Hospital – estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. (Atualmente, os hospitais classificam-se consoante a capacidade de intervenção técnica, as áreas de patologia e a entidade proprietária, em hospital central e distrital, hospital geral e especializado e em hospital oficial e particular, respetivamente).

CARGA GLOBAL DA DOENÇA

O estudo Global Burden of Disease (em português, Carga Global da Doença) 2010 (GBD 2010) tem como objetivo a quantificação dos níveis e tendências de perda de saúde e anos de vida, devidas a doenças, lesões e factores de risco. Este projeto é coordenado pelo Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e conta com a colaboração de 488 autores, de 300 instituições, em mais de 50 países. Em 2013 foram disponibilizadas estimativas nacionais para a carga da doença, quantificadas pelo número de óbitos e pelos seguintes indicadores: anos potenciais de vida perdidos, anos vividos com incapacidade e anos de vida ajustados à incapacidade, para os anos 1990 e 2010, por doença, lesão e factor de risco, segundo a idade e o sexo. Estes dados incluem números absolutos, taxas e percentagens.

As definições destes indicadores são as seguintes:

Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) - Indicador de saúde baseado no cálculo dos anos de vida prematuramente perdidos em qualquer população, após ajustamento aos dias de incapacidade conhecidos ou estimados na mesma população. Resulta do somatório dos anos potenciais de vida perdidos (YLL) com os anos vividos com incapacidade (YLD). Os anos de vida ajustados à incapacidade são também definidos como anos de vida saudáveis perdidos (Last, J.; 1988, DEPS; 1994).

Quadro A4 – causas de doença, lesão e incapacidade consideradas para calcular o peso das causas associadas aos programas prioritários na carga global da doença

Causas de doença, lesão e incapacidade

Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA

Tuberculose

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

Tumor maligno do estômago

Tumor maligno do cólon

Tumor maligno do reto

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão

Tumor maligno da mama (feminina)

Tumor maligno do colo do útero

Tumor maligno do corpo do útero

Tumor maligno da próstata

Tumor maligno da bexiga

Linfoma não-Hodgkin

Programa Nacional para a Diabetes

Diabetes

Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares

Doenças isquémicas do coração

Doenças cerebrovasculares

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Asma

Doença pulmonar obstrutiva crónica

Doenças do interstício pulmonar

Programa Nacional para a Saúde Mental

Esquizofrenia

Perturbações induzidas pelo álcool

Perturbações pela utilização de substâncias

Perturbações depressivas

Perturbações bipolares

Perturbações da ansiedade

Perturbações do comportamento alimentar

Perturbações globais do desenvolvimento

Perturbações disruptivas do comportamento e de défice da atenção

Deficiência mental

Outras perturbações mentais e do comportamento

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)

Quadro A5. Factores de risco considerados para o programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo

Fatores de risco

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
Fumo do Tabaco (Fumadores e fumadores passivos)
Fumo do Tabaco (Fumadores)

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

A fonte dos dados de consumo de medicamentos é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED). Para apurar o número de Doses Diárias Definidas (DDD) consumidas apenas podem ser contabilizadas as embalagens de medicamentos com DDD atribuída. A DDD foi atribuída com base na Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) 2014. Existem medicamentos que não têm DDD atribuída pelo que os dados dos mesmos não foram apresentados. Os dados finais de consumo do SNS em DDD obedecem a um desfasamento temporal de, pelo menos, dois meses.

O consumo em ambulatório refere-se ao consumo de medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), em Portugal Continental, no período em análise. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar. Os dados são recolhidos a partir da informação disponibilizada pelo Centro de Conferência de Faturas, estando a mesma sujeita a atualizações.

A interpretação da evolução do consumo global de medicamentos em ambulatório, em Portugal, é dificultada pelo facto de, a partir de 2010, os dados passarem a incluir os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE prescritos em locais públicos e, a partir de 2013, passarem a incluir também os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE (prescritos em locais públicos e privados) e dos sistemas de assistência na doença da GNR e PSP, que entretanto passaram a ser asseguradas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O consumo em meio hospitalar refere-se ao consumo de medicamentos dispensados nos estabelecimentos hospitalares do SNS com gestão pública. O Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), utilizado para reporte dos dados de consumo ao INFARMED, não está implementado nos hospitais PPP e nos hospitais privados. Os dados apresentados referem-se ao consumo em internamento (estão, no entanto, mapeados os medicamentos consumidos nos serviços de urgência), excluindo-se apenas os medicamentos prescritos nos Serviços de Urgência e de Consulta Externa que são dispensados em farmácia comunitária.

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Grupos de Diagnósticos Homogéneos, 2013.
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Dados estatísticos não publicados, 2013.
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Fiscalização da lei do tabaco, 2013. Disponível em www.asae.pt
- Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.
- Autoridade Tributária e Aduaneira. Introdução no consumo (IC) de produtos sujeitos a IT, 2013. Consult. 16 set. Disponível em: <http://www.dgaiec.min-financas.pt/pt/estatisticas/>
- Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral/ Portugal 2012. CESNOVA – Centro de Estudos em Sociologia da Universidade Nova de Lisboa/SICAD, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2014. Coleção Estudos. Consult. 21 out. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf
- Borrego R *et al.* Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior. Universidade de Lisboa/SICAD, 2013
- Currie C *et al.*, eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, n.º 6). Consult. 15 set. 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf?ua=1
- Currie C *et al.*, eds. Inequalities in young People's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (Health Policy for Children and Adolescents, n.º 5). Consult. 15 set. 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf?ua=1
- Currie C *et al.*, eds. Young people's health in context Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. (Health Policy for Children and Adolescents, n.º 4). Consult. 15 set. 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/110231/e82923.pdf?ua=1
- Currie C *et al.*, eds. Health and Health Behaviour among young people. International Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. (Health policy for children and adolescents, n.º 1). Consult. 15 set. 2014. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/119571/E67880.pdf
- European Commission. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament – Stepping up the fight against cigarette smuggling and other forms of illicit trade in tobacco products – a comprehensive EU strategy, COM(2013) 324 final, June 2013. Disponível em: http://ec.europa.eu/anti_fraud/documents/2013-cigarette-communication/communication_en.pdf

- European Commission. Fact sheet Tobacco control in the EU. Brussels: Directorate General for Health and Consumers. 2009. Consult. 18 set. 2014. Disponível em:
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_informa-tion/documents/tobacco_control_en.pdf
- European Commission, Flash Eurobarometer 233, “Young people and drugs among 15-24 year-olds”. Analytical report. The Gallup Organization, May 2008. Consult. 17 set. 2014. Disponível em:
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf
- European Commission. Taxation and Customs Union. Manufactured tobacco: Excise duty. Consult. 19 set. 2014. Disponível em:
http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/index_en.htm
- Eurostat, 2013. Eurostat (online data code: sbs na ind r2). Consult. 19 jul. 2014. Disponível em:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Feijão F Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 - 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. Síntese de resultados. SICAD.
- Feijão F Inquérito Nacional em Meio Escolar/2011 - Secundário. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. Uma abordagem integrada. Síntese de resultados. SICAD.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD 2010). Compare. University of Washington. Released 3/2013, Consult. 15 set. 2014. Disponível em:
<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. Carga fiscal passou de 32,4% do PIB em 2012 para 34,9% em 2013. Destaque à comunicação social, INE, 15 de maio de 2013. Consult. 15 set. 2014. Disponível em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESpagenum=12
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. Carga fiscal passou de 33,2% do PIB em 2011 para 32,2% em 2012. Destaque à comunicação social, INE, 17 de maio de 2013.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. Estatísticas Agrícolas 2013. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014. Consult. 15 out. 2014. Disponível em:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107660&selTab=tab0
- Matrix insight. Economic analysis of the EU market of tobacco, nicotine & related products 2012. Consult. 10 agost. 2014. Disponível em:
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_matrix_report_eu_market_en.pdf
- Nunes E Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.
- Pereira A.M. *et al.* Prevalência da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e do tabagismo na população Portuguesa - O estudo INAsma; Revista Portuguesa de Pneumologia. 19:3 (2013) 114-124.
- Pordata. Base de dados Portugal contemporâneo. Óbitos em Portugal por ano e grupo etário. Consult. 14 out. 2014. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>
- Secretaria de Estado dos Assuntos Fiscais. Relatório de Atividades Desenvolvidas – Combate à Fraude e Evasão Fiscais e Aduaneiras – 2011, Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais, junho 2012.
- World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.

Índice de Quadros

Quadro 1. Número de óbitos atribuíveis ao tabaco na população portuguesa, em 2010.	10
Quadro 2. Taxa de mortalidade masculina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes, em 1990 e em 2010	11
Quadro 3. Taxa de mortalidade feminina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes, na população portuguesa, em 1990 e em 2010.	12
Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	16
Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	17
Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	18
Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	18
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	19
Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)	20
Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)	21
Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)	21
Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, <65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)	22
Quadro 13. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, <65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2008 a 2012)	22
Quadro 14. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)	23
Quadro 15. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)	24
Quadro 16. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)	24
Quadro 17. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)	25
Quadro 18. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2008 a 2012)	25
Quadro 19. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)	26
Quadro 20. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da Traqueia, Brônquios e Pulmão (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)	27
Quadro 21. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)	27
Quadro 22. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, <65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)	28

Quadro 23. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2008 a 2012)	28
Quadro 24. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)	29
Quadro 25. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da Traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)	30
Quadro 26. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)	30
Quadro 27. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, <65 anos e ≥65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)	31
Quadro 28. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2008 a 2012)	31
Quadro 29. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)	32
Quadro 30. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)	33
Quadro 31. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)	33
Quadro 32. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, <65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)	34
Quadro 33. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, <65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2008 a 2012)	34
Quadro 34. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos, ≥ 65 anos e todas as idades), em Portugal Continental e por ARS (2008 e 2012)	35
Quadro 35. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, por região, Portugal Continental (2009 a 2013)	36
Quadro 36. Percentagem (%) de adolescentes portugueses que fumam pelo menos uma vez por semana, por sexo e grupo etário (1997/1998 a 2009/2010)	37
Quadro 37. Prevalência (%) do consumo de tabaco no 3.º ciclo do ensino público, ambos os sexos, por região NUTS1 e NUTS2 (2011)	39
Quadro 38. Prevalência (%) do consumo de tabaco no ensino secundário do ensino público, ambos os sexos, por região NUTS1 e NUTS2 (2011)	40
Quadro 39. Prevalência (%) do consumo de tabaco no 3.º ciclo e no ensino secundário, ensino público, nos últimos 12 meses, (2006; 2011), por Regiões (NUTS 3)	42
Quadro 40. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo, 2012	44
Quadro 41. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, por sexo e grupos decenais de idade, 2012	44
Quadro 42. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao Longo da Vida, Último Ano e Último Mês, dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012	45
Quadro 43. Prevalência (%) do consumo de tabaco no Último Mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por Região, 2001, 2007, 2012	46
Quadro 44. Número de locais de consultas de cessação tabágica, por ARS (2009-2013)	48
Quadro 45. Total de utentes atendidos nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica (2009 a 2013)	48
Quadro 46. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2013)	49

Quadro 47. Consultas de Cessação Tabágica: ACES e Hospitais 2004-2008-2012-2013	49
Quadro 48. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2009 a 2013)	53
Quadro 49. Prevalências ponderadas (%) da exposição ao fumo ambiental do	55
Quadro 50. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto), pela ASAE – Infrações – ano 2013	56
Quadro 51. Produção de tabaco na Região Autónoma dos Açores (2011-2013)	57
Quadro 52. Indicadores chave, manufaturação de produtos de tabaco (NACE Division 12), em Portugal e na União Europeia, 2010.	58
Quadro 53. Introdução no consumo de produtos sujeitos a imposto (2009- 2013)	59
Quadro 54. Evolução dos impostos especiais sobre os produtos do tabaco, Portugal (2010-2013)	61
Quadro 55. Impostos sobre cigarros na União Europeia. Dados reportados a 1 julho de 2014.	62
Quadro 56. Receitas fiscais do tabaco (INE, 2014)	63

Índice de Figuras

Figura 1. Taxa de mortalidade masculina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes (1990; 2010)	11
Figura 2. Taxa de mortalidade feminina atribuível ao tabaco, por 100 000 habitantes, (1990; 2010)	12
Figura 3. Carga da doença (% DALY) atribuível ao consumo de tabaco, sexo masculino, Portugal, 2010	13
Figura 4. Carga da doença (% DALY) atribuível ao consumo de tabaco, sexo feminino	14
Figura 5. Peso das causas de morte associadas aos Programas de Saúde Prioritários na mortalidade total (%), Portugal Continental (2007-2012)	15
Figura 6. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	16
Figura 7. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (<65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)	17
Figura 8. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (<65 anos), em Portugal Continental e por ARS (2008 e 2012)	35
Figura 9. Evolução do consumo de tabaco (%) em adolescentes portugueses que fumam uma vez por semana, por sexo e grupo etário (1997/98, 2001/02, 2005/06 e 2009/10).	37
Figura 10. Adolescentes de 15 anos, ambos os sexos, que reportaram terem iniciado o consumo de tabaco com 13 ou menos anos de idade (%) (2009/2010)	38
Figura 11. Prevalência (%) do consumo de tabaco nos últimos 30 dias, no 3.º ciclo do ensino público, por sexo e por região NUTS1 e NUTS2 (2011)	39
Figura 12. Prevalência (%) do consumo de tabaco nos últimos 30 dias, no 3.º ciclo do ensino público, por sexo e por região NUTS1 e NUTS2 (2011)	40
Figura 13. Evolução do consumo de tabaco nos últimos 12 meses, alunos do 3.º ciclo e do ensino secundário, do ensino público, por Região, (2006, 2011)	41
Figura 14. Perceção do risco para a saúde associado ao consumo de tabaco (2008)	43
Figura 15. Grau de importância atribuído ao consumo de tabaco como risco para a saúde (2012)	43
Figura 16. Prevalência (%) do consumo de tabaco no último mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012	45
Figura 17. Prevalência (%) do consumo de tabaco no último mês, nos inquiridos dos 15 aos 64 anos, por região, 2001, 2007, 2012	46

Figura 18. Grau de interesse em parar de fumar declarado pelos inquiridos fumadores, dos 15 aos 64 anos, (%), 2012	47
Figura 19. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, por ARS (2009- 2013)	49
Figura 20. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES, Administração Regional de Saúde do Norte	50
Figura 21. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Centro	50
Figura 22: Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	51
Figura 23. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Alentejo	51
Figura 24. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Algarve	51
Figura 25. Número de consultas apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, nos Hospitais, por ARS.	52
Figura 26. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2009 a 2013)	53
Figura 27. Valor de vendas da indústria do tabaco e colocação no mercado.	57
Figura 28. Evolução das entradas no consumo de cigarros (milhares)	59
Figura 29. Evolução das entradas no consumo de tabaco de corte fino (Kg)	59
Figura 30. Evolução das entradas no consumo de cigarrilhas (milhares)	60
Figura 31. Preço médio ponderado de venda ao público de um milheiro de cigarros (euros) UE. Dados reportados a julho de 2014.	60
Figura 32. Receitas fiscais sobre o tabaco (INE, 2014)	63



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.pt

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Programa Nacional para a Prevenção
e Controlo do Tabagismo



Portugal. Direção-Geral da Saúde.
Direção de Serviços de Informação e Análise

Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em números – 2013
ISSN: 2183-0762
Periodicidade: Anual

Editor

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

Autores

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Emília Nunes
Miguel Narigão

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira
Andreia Jorge Silva
Matilde Valente Rosa
Maria Isabel Alves
Dulce Afonso
Ana Cristina Portugal
Elisabeth Somsen
José Martins
Luís Serra
Ana Lisette Oliveira

Com a colaboração de Nuno Oliveira (INFARMED)

Layout e Impressão

Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
Av. Júlio Dinis, 14, 6.º Dto. B
1050-131 Lisboa
Tel. 218 287 620
geral@letrasoluvel.pt
www.letrasoluvel.pt

Lisboa

Outubro de 2013

Índice

1. Nota introdutória	7
2. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo	8
3. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco	9
3.1. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco a nível mundial e na Europa	9
3.2. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em Portugal	12
4. Mortalidade e morbilidade por doenças associadas ao tabaco	14
4.1. Caracterização geral da mortalidade entre 2007 e 2011 (todas as idades), Portugal Continental	14
4.2. Caracterização da mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, por sexo e local de residência (ARS) (todas as idades), entre 2007 e 2011	22
4.2.1. ARS Norte	22
4.2.2. ARS Centro	27
4.2.3. ARS Lisboa e Vale do Tejo	32
4.2.4. ARS Alentejo	37
4.2.5. ARS Algarve	42
4.3. Mortalidade intra-hospitalar por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, todas as idades, Portugal Continental, 2007-2011	48

4.4. Evolução dos doentes saídos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), por algumas doenças associadas à exposição ao fumo ambiental do tabaco	51
5. Custos para o setor da Saúde associados ao tabaco	54
6. Consumo de tabaco	55
6.1. Iniciação do consumo de tabaco	55
6.2. Motivos para começar a fumar	60
6.3. Acesso ao tabaco	61
6.4. Venda de produtos do tabaco a menores	63
6.5. Evolução do consumo de tabaco nos jovens	64
6.6. Consumo de tabaco na Europa (UE 27)	70
6.7. Consumo de tabaco em Portugal	72
6.8. Evolução do consumo de tabaco em Portugal	80
6.9. Consumo de tabaco por regiões	82
6.10. Intensidade do consumo	84
6.11. Grau de dependência	87
6.12. Taxa de continuidade do consumo	87
6.13. Fatores que influenciam a escolha dos produtos do tabaco	89
6.14. Consumo de tabaco durante a gravidez	91

6.14.1. Gravidez e baixo peso ao nascer	92
7. Cessação tabágica	93
7.1. Tentativas para parar de fumar	93
7.2. Motivação para parar de fumar	95
7.3. Motivos para parar de fumar na última tentativa	96
7.4. Campanha Europeia “Ex-smokers are unstoppable”: Projeto ICoach	97
7.5. Consultas de cessação tabágica	98
7.5.1. Locais de consulta	98
7.5.2. Movimento das consultas	98
7.6. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica nas farmácias	101
8. Exposição ao fumo ambiental do tabaco	103
8.1. Exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho	104
8.2. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro	106
8.3. Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro	109
8.4. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em locais públicos	110
9. Fiscalização da Lei do tabaco	113

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

10. Atitudes face ao tabaco e às medidas de prevenção	116
10.1. Advertências de saúde	118
11. Produção e mercado do tabaco	119
11.1. Produção de tabaco em Portugal	119
11.2. Entradas de tabaco no mercado	121
11.3. Evolução dos preços dos produtos do tabaco	124
11.4. Impostos sobre os produtos do tabaco	126
11.4.1. Imposto sobre os cigarros	126
11.4.2. Imposto sobre o tabaco de corte fino e restantes tabacos para fumar	127
11.5. Evolução das receitas fiscais sobre o tabaco	128
11.6. Comércio ilícito de produtos do tabaco	129
12. Destaques	131
Bibliografia	137
ANEXO – Notas metodológicas	141
Índice de Quadros	142
Índice de Figuras	147

1. Nota introdutória

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX. Se não for controlada, poderá vir a matar mil milhões, ao longo do presente século (WHO, 2008).

Fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008).

Em Portugal, estima-se que o consumo de tabaco seja responsável por 1 em cada 10 mortes verificadas na população adulta e por cerca de 1 em cada 4 mortes verificadas na população dos 45 aos 59 anos (WHO, 2012).

Mais de 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo antes dos 25 anos. Dados recentes parecem revelar um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados.

Cerca de metade dos fumadores portugueses nunca fizeram qualquer tentativa para parar de fumar. A cessação tabágica é, frequentemente, um processo difícil e sujeito a múltiplas recaídas.

O objetivo de “erradicação” do tabagismo está, deste modo, longe de estar alcançado.

O melhor conhecimento sobre o comportamento da população portuguesa face ao consumo de tabaco, sobre os seus fatores determinantes e respetivas tendências de evolução, constitui uma condição essencial para o delineamento de estratégias de prevenção e controlo mais adequadas e eficazes, objetivo que se pretende alcançar com a elaboração e divulgação do presente relatório.

2. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) foi criado por Despacho n.º 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de janeiro (Diário da República, 2.ª série, n.º 10, 13 de janeiro de 2012).

Visão

- Promover um futuro mais saudável, totalmente livre de tabaco.

Finalidade

- Aumentar a expectativa de vida saudável da população portuguesa, através da redução das doenças e da mortalidade prematura associadas ao consumo e à exposição ao fumo de tabaco.

Objetivos Gerais

- Reduzir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos em pelo menos 2%, até 2016;
- Eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

Eixos Estratégicos

1. Prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens;
2. Promover e apoiar a cessação tabágica;
3. Proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
4. Informar, alertar e promover um clima social favorável ao não tabagismo;
5. Monitorizar, avaliar e promover a formação profissional, a investigação e o conhecimento no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

3. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco

A morbidade e a mortalidade associadas ao consumo de tabaco apresentam um tempo de latência de duas ou mais décadas, pelo que as mortes observadas atualmente traduzem os padrões de consumo registados nos finais do século passado.

Estima-se, segundo a OMS e a Comissão Europeia, que o consumo de tabaco seja responsável pela morte anual de:

- 5,4 milhões de pessoas a nível mundial;
- 650 000 pessoas na União Europeia;
- mais de 10 000 pessoas em Portugal (WHO, 2008; European Commission, 2009).

3.1. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco a nível mundial e na Europa

A mortalidade atribuível ao consumo de tabaco representa a mortalidade que poderia ser evitada se este consumo nunca tivesse existido.

A nível mundial, segundo estimativas da OMS, para o ano de 2004 (WHO, 2012), foram atribuíveis ao consumo de tabaco na população adulta (≥ 30 anos):

- 12% do total de mortes (16% nos homens e 7% nas mulheres);
- 71% das mortes por cancro da traqueia, brônquios e pulmão;
- 42% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC);
- 36% das mortes por doenças respiratórias;
- 22% das mortes por todos os tipos de cancro;
- 12% das mortes por Doenças Isquémicas do Coração (DIC);
- 10% das mortes por doenças cardiovasculares;
- 5% das mortes por doenças transmissíveis e 14% por doenças não transmissíveis.

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

A Europa e as Américas foram as regiões do mundo que registaram uma maior mortalidade atribuível ao consumo de tabaco (16%).

A mortalidade por doenças atribuíveis ao tabaco foi superior no sexo masculino.

- A Região da Europa apresentou a percentagem mais elevada de mortes nos homens (25%);
- A Região das Américas apresentou a percentagem mais elevada de mortes nas mulheres (15%), conforme se observa no quadro 1.

Quadro 1. Proporção de mortes atribuíveis ao tabaco no mundo, estimativas para 2004

Proporção de mortes atribuíveis ao tabaco na população (≥ 30 anos)			
Região OMS	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
	(%)	(%)	(%)
África	5	1	3
Américas	17	15	16
Mediterrâneo oriental	12	2	7
Europa	25	7	16
Sudeste Ásia	14	5	10
Pacífico Oeste	14	11	13
Global	16	7	12

Fonte: World Health Organization – Global Report: Mortality attributable to tobacco, Fact Sheet Mortality Report, 2012.

Disponível em http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/fact_sheet_mortality_report.pdf. Acedido em 11 de julho de 2013.

Na Europa, cerca de um terço das mortes por cancro, 85% das mortes por cancro do pulmão, 70% das mortes por DPOC e 15% das mortes por doenças cardiovasculares, ocorridas em 2004, nos adultos (≥ 30 anos), foram atribuíveis ao consumo de tabaco (WHO, 2012).

As taxas de mortalidade por todas as causas atribuíveis ao tabagismo aumentam com a idade: de 21 mortes por 100 000 habitantes no grupo etário dos 30-44 anos, para 837 mortes por 100 000 habitantes em pessoas com 80 ou mais anos (WHO, 2012).

Em 2004, na Europa, cerca de 1 em cada 5 mortes de pessoas no grupo etário dos 30-44 anos e uma em cada 3 mortes no grupo etário dos 45-59 anos foram atribuíveis ao consumo de tabaco (WHO, 2012).

Quadro 2. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, na Europa (%) (2004)

Mortes atribuíveis ao consumo de tabaco na Europa (2004)								
Sexo	Grupo Etário	Mortes (%)						
		Todas as causas	Todos os cancros	Cancro da traqueia, brônquios e pulmão	Todas as doenças cardiovasculares	DIC	Todas as doenças respiratórias	DPOC
Masculino	30-44 anos	26	36	77	77	78	55	87
	45-59 anos	38	51	91	59	58	64	85
	60-69 anos	33	47	93	31	30	67	82
	70-79 anos	22	39	92	14	13	64	78
	> 80 anos	11	27	90	2	2	59	76
	Total > 30 anos	25	41	92	25	26	63	79
Feminino	30-44 anos	7	6	45	18	13	25	61
	45-59 anos	12	11	66	21	18	32	53
	60-69 anos	11	11	64	12	11	39	57
	70-79 anos	8	10	62	7	6	41	57
	> 80 anos	5	8	57	3	4	35	52
	Total > 30 anos	7	10	62	6	6	37	54
Total	30-44 anos	21	21	68	64	68	46	80
	45-59 anos	30	35	86	49	49	54	77
	60-69 anos	24	33	88	23	23	59	76
	70-79 anos	15	27	85	10	9	56	72
	> 80 anos	7	17	79	3	3	47	65
	Total > 30 anos	16	27	85	15	16	52	70

Fonte: World Health Organization – Global Report: Mortality attributable to tobacco, 2012. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf. Acedido em 11 de julho de 2013.

3.2. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco em Portugal

Segundo estimativas da OMS, para o ano de 2004, a taxa de mortalidade atribuível ao tabaco, na população portuguesa com ≥ 30 anos, foi de 155/100 000 habitantes (WHO, 2012).

Esta taxa foi de 288 por 100 000 habitantes do sexo masculino e de 37 por 100 000 habitantes do sexo feminino (WHO, 2012).

Estima-se que, em 2004, o consumo de tabaco tenha sido responsável, na população adulta (≥ 30 anos), por cerca de:

- 1 em cada 10 mortes;
- 1 em cada 3 mortes por doenças respiratórias;
- 1 em cada 5 mortes por cancro;
- 1 em cada 10 mortes por DIC;
- 17% do total de mortes no sexo masculino;
- 3% do total de mortes no sexo feminino.

O tabaco provoca mortalidade prematura. Em 2004, cerca de 1 em cada 4 mortes verificadas no grupo etário dos 45 aos 59 anos foi provocada pelo consumo de tabaco, conforme se observa no Quadro 3

A maior mortalidade atribuível ao tabaco foi observada nos homens dos 45 aos 59 anos, sendo aproximadamente de:

- 1 em cada 3 mortes;
- 1 em cada 2 mortes por cancro;
- 9 em cada 10 mortes por cancro da traqueia, brônquios e pulmão;
- 1 em cada 2 mortes por DIC;
- 1 em cada 2 mortes por doença cardiovascular;
- 1 em cada 2 mortes por doenças respiratórias;
- 8 em cada 10 mortes por DPOC (WHO, 2012).

Quadro 3. Mortes atribuíveis ao tabaco, em Portugal (%) (2004)

Mortes atribuíveis ao tabaco em Portugal								
Sexo	Grupo Etário	Mortes (%)						DPOC
		Todas as causas	Todos os cancros	Cancro da traqueia, brônquios e pulmão	Todas as doenças cardiovasculares	DIC	Todas as doenças respiratórias	
Masculino	30-44 anos	18	34	70	68	71	48	84
	45-59 anos	32	45	89	51	50	52	83
	60-69 anos	24	36	90	22	21	56	75
	70-79 anos	16	27	88	10	10	49	71
	> 80 anos	8	17	84	1	1	39	66
	Total > 30 anos	17	30	88	12	16	46	70
Feminino	30-44 anos	4	3	28	15	9	13	47
	45-59 anos	6	4	37	15	13	19	38
	60-69 anos	3	3	28	5	4	12	24
	70-79 anos	3	3	28	3	2	13	27
	> 80 anos	2	3	30	1	2	16	35
	Total > 30 anos	3	3	30	2	3	15	32
Total	30-44 anos	14	20	58	55	60	37	78
	45-59 anos	23	30	81	41	42	45	73
	60-69 anos	17	24	81	16	16	44	65
	70-79 anos	10	18	78	6	6	38	60
	> 80 anos	5	10	68	1	2	27	52
	Total > 30 anos	10	19	77	7	10	33	57

Fonte: World Health Organization – Global Report: Mortality attributable to tobacco, 2012. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf. Acedido em 11 de julho de 2013.

O consumo de tabaco retira anos de vida saudável.

Em 2005, o consumo de tabaco foi responsável por 11,2% da carga da doença expressa em anos de vida ajustados por incapacidade (DALY)1; 15,4% nos homens e 4,9% das mulheres (Borges et al, 2009).

4. Mortalidade e morbilidade por doenças associadas ao tabaco

4.1. Caracterização geral da mortalidade entre 2007 e 2011 (todas as idades), Portugal Continental

A mortalidade por doenças associadas ao consumo do tabaco (conjunto de causas de morte seleccionadas pela OMS, por serem descritas na literatura como relacionadas com o consumo de tabaco) parece ter registado um decréscimo entre 2007 e 2011, quer em termos de mortalidade total, quer de mortalidade prematura.

O sexo masculino apresenta taxas mais elevadas do que o sexo feminino.

De notar que, na informação que a seguir se apresenta, foi tida em conta a totalidade das mortes verificadas em Portugal Continental, em toda a população (todas as idades; idades inferiores a 65 anos e idades iguais ou superiores a 65 anos), segundo os códigos CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47 (as listas de códigos da CID 9MC, utilizados para apuramento dos dados da morbilidade e mortalidade intra-hospitalar, e de códigos da CID 10, utilizados para a mortalidade geral, encontram-se identificadas em anexo). Os valores apresentados não representam, por esse motivo, a mortalidade atribuível ou causada pelo tabaco, mas o total de mortes por doenças associadas ao consumo de tabaco.

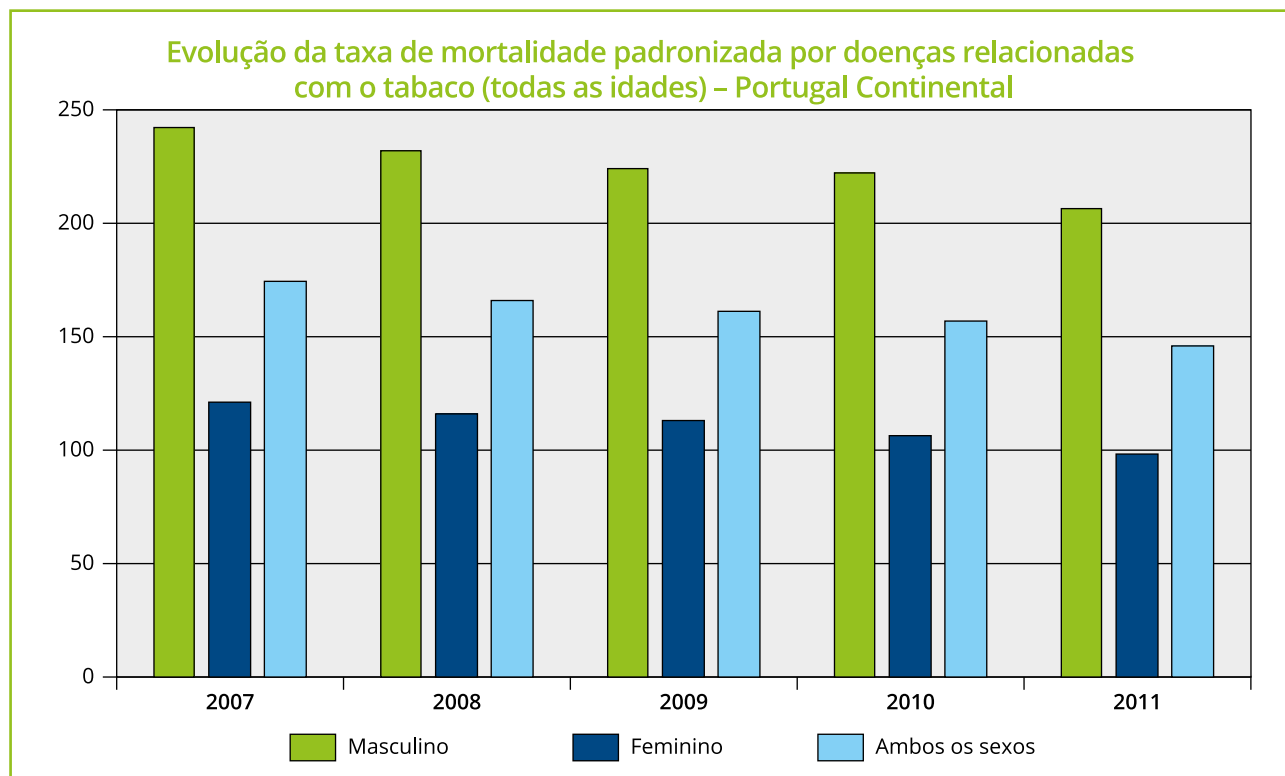
Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	29162	28405	28242	28461	26852
Taxa de mortalidade	290,6	282,7	280,9	282,9	267,4
Taxa de mortalidade padronizada	173,6	165,6	160,6	156,1	144,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	43,0	42,0	41,1	39,8	40,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1230,4	1165,6	1127,2	1097,7	990,5
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	15677	15293	15111	15333	14552
Taxa de mortalidade	325,2	317,1	313,7	318,7	303,5
Taxa de mortalidade padronizada	241,1	230,8	222,9	220,8	205,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	72,1	70,0	67,3	67,5	66,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1608,5	1531,7	1481,5	1461,2	1328,0
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	13485	13112	13131	13128	12300
Taxa de mortalidade	258,7	250,9	250,7	250,1	234,4
Taxa de mortalidade padronizada	120,6	114,4	111,7	105,9	97,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	16,6	16,5	17,3	14,6	16,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	962,6	906,8	875,6	845,0	752,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
Fonte: INE, IP (2013)

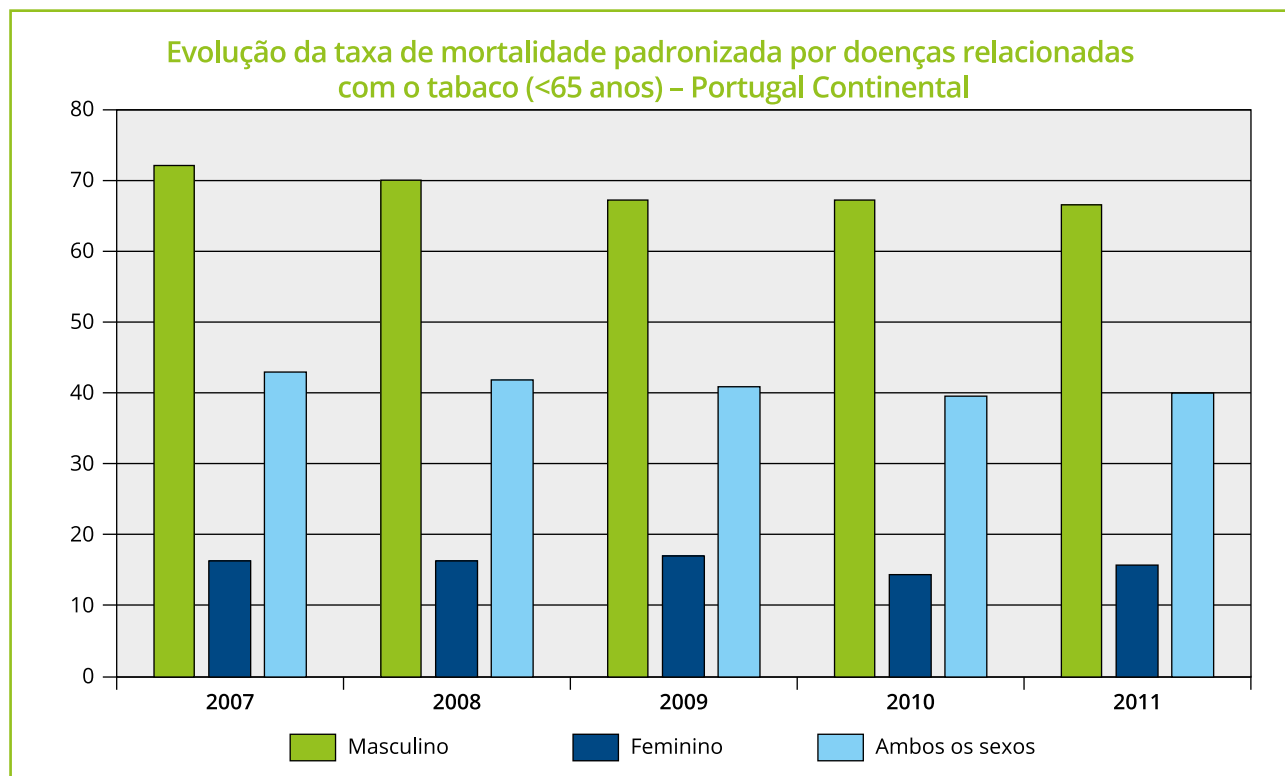
PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Figura 1. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	3195	3130	3241	3443	3514
Taxa de mortalidade	31,8	31,1	32,2	34,2	35,0
Taxa de mortalidade padronizada	23,2	22,2	22,9	23,6	23,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	12,7	11,7	12,7	12,3	13,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	108,3	107,0	105,7	115,4	111,3
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2544	2469	2543	2727	2730
Taxa de mortalidade	52,8	51,2	52,8	56,7	56,9
Taxa de mortalidade padronizada	42,0	40,0	40,6	42,7	42,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	22,0	20,1	20,8	21,3	21,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	204,1	201,2	200,7	216,5	210,2
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	651	661	698	716	784
Taxa de mortalidade	12,5	12,6	13,3	13,6	14,9
Taxa de mortalidade padronizada	8,1	8,0	8,7	8,3	9,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,2	4,2	5,3	4,1	5,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	39,2	38,9	36,0	41,9	39,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2381	2331	2554	2405	2328
Taxa de mortalidade	23,7	23,2	25,4	23,9	23,2
Taxa de mortalidade padronizada	13,1	12,5	13,3	12,0	11,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,6	1,5	1,4	1,3	1,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	107,0	102,2	109,6	98,3	91,4
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1593	1552	1679	1596	1505
Taxa de mortalidade	33,0	32,2	34,9	33,2	31,4
Taxa de mortalidade padronizada	23,0	21,9	22,9	21,1	19,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,6	2,4	2,4	2,1	2,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	187,4	179,4	189,4	174,4	156,4
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	788	779	875	809	823
Taxa de mortalidade	15,1	14,9	16,7	15,4	15,7
Taxa de mortalidade padronizada	6,7	6,5	7,0	6,2	6,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,6	0,6	0,5	0,6	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	56,6	54,3	59,9	52,1	50,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44;
 Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Doenças isquémicas do coração					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	7612	7299	7115	7082	6582
Taxa de mortalidade	75,9	72,6	70,8	70,4	65,5
Taxa de mortalidade padronizada	45,0	42,2	40,1	38,6	34,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,4	10,1	9,2	9,1	8,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	324,5	302,3	290,5	276,8	247,5
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	3983	3864	3696	3735	3515
Taxa de mortalidade	82,6	80,1	76,7	77,6	73,3
Taxa de mortalidade padronizada	61,0	57,9	54,2	53,4	49,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	17,7	16,8	15,1	15,7	14,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	411,2	390,4	370,5	359,0	330,6
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	3629	3435	3419	3347	3067
Taxa de mortalidade	69,6	65,7	65,3	63,8	58,4
Taxa de mortalidade padronizada	32,4	29,9	29,0	27,0	24,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,8	3,9	3,7	3,2	3,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	263,5	240,4	233,1	219,6	189,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Doenças cerebrovasculares					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	14383	13994	13688	13867	12690
Taxa de mortalidade	143,3	139,3	136,1	137,8	126,4
Taxa de mortalidade padronizada	79,9	75,9	71,9	69,9	61,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,1	9,9	9,5	8,8	8,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	645,3	610,1	577,1	563,6	495,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	6229	6027	5856	5916	5379
Taxa de mortalidade	129,2	125,0	121,6	123,0	112,2
Taxa de mortalidade padronizada	91,6	86,8	82,1	80,7	70,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,7	13,7	13,0	12,5	11,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	722,4	678,7	641,1	632,4	551,5
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	8154	7967	7832	7951	7311
Taxa de mortalidade	156,4	152,4	149,5	151,5	139,3
Taxa de mortalidade padronizada	70,5	67,0	63,7	61,4	54,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,8	6,5	6,3	5,5	5,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	586,1	556,9	528,6	513,6	454,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, IP (2013)

4.2. Caracterização da mortalidade por doenças relacionadas com o tabaco, por sexo e local de residência (ARS) (todas as idades), entre 2007 e 2011

4.2.1. ARS Norte

Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	9336	8999	9228	9041	8704
Taxa de mortalidade	251,0	242,1	248,8	244,3	235,9
Taxa de mortalidade padronizada	173,1	162,7	162,1	153,1	144,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	39,9	39,1	40,5	36,8	38,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1250,8	1163,3	1146,0	1094,9	1001,8
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	5080	4923	4978	4972	4838
Taxa de mortalidade	283,3	275,1	279,2	280,2	273,9
Taxa de mortalidade padronizada	242,5	228,9	225,7	220,4	208,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	67,9	66,3	67,4	63,1	64,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1654,7	1544,9	1506,2	1493,1	1370,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	4256	4076	4250	4069	3866
Taxa de mortalidade	221,0	211,5	220,6	211,3	201,0
Taxa de mortalidade padronizada	119,5	112,0	112,6	102,5	95,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,4	14,4	15,9	12,7	13,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	969,5	901,4	895,5	829,0	754,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
 Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1152	1179	1200	1206	1319
Taxa de mortalidade	31,0	31,7	32,4	32,6	35,7
Taxa de mortalidade padronizada	25,0	24,9	25,2	24,5	26,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,0	13,0	14,2	12,5	13,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	121,7	121,6	114,0	121,6	123,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	944	951	932	963	1025
Taxa de mortalidade	52,6	53,1	52,3	54,3	58,0
Taxa de mortalidade padronizada	46,9	46,3	44,5	45,0	46,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	23,3	23,1	23,6	22,2	23,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	238,1	233,9	213,1	230,0	231,6
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	208	228	268	243	294
Taxa de mortalidade	10,8	11,8	13,9	12,6	15,3
Taxa de mortalidade padronizada	7,7	8,1	9,6	8,0	9,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,6	3,9	5,6	3,6	5,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	40,0	42,5	42,1	43,7	46,9

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.
Fonte: INE, IP (2013)

De notar o aparente aumento da taxa de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão observado no sexo feminino, na ARS Norte, entre 2007 e 2011, conforme se verifica no quadro 10.

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)

Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	976	895	1081	944	945
Taxa de mortalidade	26,2	24,1	29,1	25,5	25,6
Taxa de mortalidade padronizada	17,0	15,1	17,7	14,8	14,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,1	1,6	1,7	1,6	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	137,7	124,1	147,1	122,2	115,9
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	613	579	671	613	591
Taxa de mortalidade	34,2	32,3	37,6	34,5	33,5
Taxa de mortalidade padronizada	28,0	25,7	29,2	25,7	24,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,3	2,7	2,9	2,4	3,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	227,7	211,8	241,8	214,3	192,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	363	316	410	331	354
Taxa de mortalidade	18,9	16,4	21,3	17,2	18,4
Taxa de mortalidade padronizada	9,9	8,2	10,3	8,2	8,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,0	0,6	0,5	0,8	0,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	81,4	70,0	89,7	68,0	67,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40–44.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)

Doenças isquémicas do coração					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1742	1639	1637	1595	1545
Taxa de mortalidade	46,8	44,1	44,1	43,1	41,9
Taxa de mortalidade padronizada	32,0	29,3	28,5	26,9	25,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,5	5,8	6,1	5,7	5,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	238,0	219,0	209,9	198,2	183,3
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	945	903	901	885	881
Taxa de mortalidade	52,7	50,5	50,5	49,9	49,9
Taxa de mortalidade padronizada	44,5	41,6	40,3	38,6	37,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	11,2	10,1	10,6	9,4	9,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	314,4	296,3	280,8	274,8	261,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	797	736	736	710	664
Taxa de mortalidade	41,4	38,2	38,2	36,9	34,5
Taxa de mortalidade padronizada	22,4	20,2	19,5	18,4	16,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,3	2,0	2,0	2,3	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	185,6	167,1	161,2	148,2	134,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 13. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)

Doenças cerebrovasculares					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	4909	4715	4655	4732	4281
Taxa de mortalidade	132,0	126,9	125,5	127,9	116,0
Taxa de mortalidade padronizada	86,4	80,8	76,4	74,9	65,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,0	9,7	8,5	8,3	7,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	705,2	655,9	625,8	613,3	534,2
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2108	2017	1947	2046	1834
Taxa de mortalidade	117,5	112,7	109,2	115,3	103,8
Taxa de mortalidade padronizada	98,6	91,6	85,5	88,4	76,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,8	13,1	11,1	12,3	10,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	784,7	726,4	688,0	704,0	607,7
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2801	2698	2708	2686	2447
Taxa de mortalidade	145,5	140,0	140,6	139,5	127,2
Taxa de mortalidade padronizada	76,7	72,3	69,2	64,9	57,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,5	6,7	6,3	4,7	4,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	644,9	603,6	578,3	552,0	484,5

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, IP (2013)

4.2.2. ARS Centro

Quadro 14. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	5343	5223	5091	5154	4779
Taxa de mortalidade	302,3	296,3	289,8	294,3	274,5
Taxa de mortalidade padronizada	146,3	141,5	136,2	133,0	122,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	31,5	31,5	31,8	31,2	32,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1075,4	1031,3	980,4	956,2	853,0
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2733	2738	2660	2671	2486
Taxa de mortalidade	323,1	324,8	317,1	319,9	300,1
Taxa de mortalidade padronizada	196,8	194,0	187,1	184,0	171,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	51,3	50,4	52,3	53,1	54,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1374,4	1355,2	1278,1	1243,1	1119,0
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2610	2485	2431	2483	2293
Taxa de mortalidade	283,3	270,1	264,8	271,1	251,3
Taxa de mortalidade padronizada	107,4	101,2	96,3	93,0	84,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,5	14,3	13,1	11,0	12,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	867,0	804,1	769,8	756,4	662,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 15. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	433	439	464	477	477
Taxa de mortalidade	24,5	24,9	26,4	27,2	27,4
Taxa de mortalidade padronizada	15,5	15,6	16,5	16,7	16,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	8,3	7,8	8,9	8,6	9,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	73,5	78,7	78,3	82,3	74,9
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	322	322	356	355	356
Taxa de mortalidade	38,1	38,2	42,4	42,5	43,0
Taxa de mortalidade padronizada	26,5	26,4	29,0	28,9	28,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,0	12,9	14,7	14,7	15,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	127,9	135,4	144,2	143,2	134,9
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	111	117	108	122	121
Taxa de mortalidade	12,0	12,7	11,8	13,3	13,3
Taxa de mortalidade padronizada	6,6	6,9	6,5	6,9	7,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,2	3,2	3,6	3,0	4,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	34,4	36,8	30,1	38,8	31,9

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 16. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)

Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	440	535	490	491	483
Taxa de mortalidade	24,9	30,3	27,9	28,0	27,7
Taxa de mortalidade padronizada	11,0	13,3	11,6	11,0	10,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,8	1,5	0,9	0,9	1,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	93,0	108,8	98,1	92,4	89,8
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	278	346	291	288	282
Taxa de mortalidade	32,9	41,0	34,7	34,5	34,0
Taxa de mortalidade padronizada	18,4	22,5	18,0	17,4	17,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,5	2,3	1,3	1,6	2,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	154,9	186,3	152,5	145,8	140,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	162	189	199	203	201
Taxa de mortalidade	17,6	20,5	21,7	22,2	22,0
Taxa de mortalidade padronizada	6,2	7,2	7,5	6,9	6,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,2	0,7	0,6	0,4	0,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	54,4	59,3	63,1	59,3	58,2

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44.
 Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 17. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)

Doenças isquémicas do coração					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1067	1041	985	1015	843
Taxa de mortalidade	60,4	59,1	56,1	58,0	48,4
Taxa de mortalidade padronizada	28,6	27,8	26,1	25,9	21,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,8	5,3	4,7	5,1	4,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	221,3	209,4	199,0	194,3	157,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	536	542	504	553	468
Taxa de mortalidade	63,4	64,3	60,1	66,2	56,5
Taxa de mortalidade padronizada	38,1	38,0	34,7	37,3	31,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	8,1	9,0	7,4	9,0	7,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	280,3	272,0	255,0	266,8	226,6
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	531	499	481	462	375
Taxa de mortalidade	57,6	54,2	52,4	50,4	41,1
Taxa de mortalidade padronizada	21,5	20,1	19,4	17,4	13,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,8	2,0	2,3	1,6	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	180,7	166,4	157,4	145,3	109,2

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 18. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)

Doenças cerebrovasculares					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	3116	2934	2876	2864	2682
Taxa de mortalidade	176,3	166,4	163,7	163,6	154,1
Taxa de mortalidade padronizada	79,6	73,5	71,0	67,7	61,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	9,7	8,6	9,5	8,5	8,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	645,6	598,7	568,4	547,1	493,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1356	1299	1281	1231	1130
Taxa de mortalidade	160,3	154,1	152,7	147,4	136,4
Taxa de mortalidade padronizada	91,8	85,8	84,8	78,9	70,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	12,9	10,5	13,9	12,4	11,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	730,2	695,4	658,1	617,0	546,2
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1760	1635	1595	1633	1552
Taxa de mortalidade	191,0	177,7	173,8	178,3	170,1
Taxa de mortalidade padronizada	70,3	64,2	60,4	58,6	54,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,8	6,9	5,4	4,8	5,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	584,1	528,1	505,9	493,9	451,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, IP (2013)

4.2.3. ARS Lisboa e Vale do Tejo

Quadro 19. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	11266	10767	10725	11051	10248
Taxa de mortalidade	313,5	298,0	295,5	302,9	280,4
Taxa de mortalidade padronizada	192,3	179,5	173,3	171,8	155,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	49,4	47,4	44,4	45,1	43,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1348,1	1248,4	1216,2	1196,8	1056,1
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	5972	5697	5623	5855	5418
Taxa de mortalidade	348,2	330,8	325,5	337,7	312,3
Taxa de mortalidade padronizada	266,8	249,8	238,4	241,3	216,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	83,0	79,5	72,2	76,5	70,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1753,9	1627,4	1583,7	1574,6	1401,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	5294	5070	5102	5196	4830
Taxa de mortalidade	281,8	268,2	268,3	271,5	251,6
Taxa de mortalidade padronizada	134,7	124,9	122,5	118,1	107,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	19,5	18,8	19,7	17,3	20,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1067,4	983,5	954,5	933,6	811,9

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
 Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 20. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1243	1169	1227	1356	1312
Taxa de mortalidade	34,6	32,4	33,8	37,2	35,9
Taxa de mortalidade padronizada	25,2	23,1	24,1	25,6	24,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,2	12,6	13,3	13,4	13,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	114,4	108,5	111,4	124,8	116,1
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	985	921	958	1071	1008
Taxa de mortalidade	57,4	53,5	55,4	61,8	58,1
Taxa de mortalidade padronizada	45,6	41,7	42,4	46,2	43,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	24,7	21,3	21,4	22,8	21,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	214,8	207,0	212,9	236,0	221,9
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	258	248	269	285	304
Taxa de mortalidade	13,7	13,1	14,1	14,9	15,8
Taxa de mortalidade padronizada	9,0	8,5	9,6	9,4	10,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	4,9	4,9	6,2	5,0	6,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	42,3	37,5	37,5	44,4	38,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.
Fonte: INE, IP (2013)

Entre 2007 e 2011, observou-se, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, um aparente aumento da taxa de mortalidade prematura por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão no sexo feminino, e um aparente decréscimo no sexo masculino, conforme se confirma no quadro 20.

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 21. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	717	674	743	738	685
Taxa de mortalidade	20,0	18,7	20,5	20,2	18,7
Taxa de mortalidade padronizada	11,4	10,5	11,2	10,6	9,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,4	1,2	1,4	1,4	1,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	92,4	85,3	90,5	85,3	76,4
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	512	461	530	523	477
Taxa de mortalidade	29,9	26,8	30,7	30,2	27,5
Taxa de mortalidade padronizada	21,8	19,2	21,3	20,2	17,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,5	1,9	2,5	2,4	2,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	177,9	159,3	172,9	163,9	141,9
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	205	213	213	215	208
Taxa de mortalidade	10,9	11,3	11,2	11,2	10,8
Taxa de mortalidade padronizada	5,1	5,3	4,8	4,7	4,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	42,4	43,0	40,6	38,5	36,2

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44;
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 22. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

Doenças isquémicas do coração					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	3850	3564	3504	3476	3185
Taxa de mortalidade	107,1	98,6	96,5	95,3	87,1
Taxa de mortalidade padronizada	65,3	58,9	55,7	53,4	47,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	15,9	14,6	12,3	13,1	11,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	464,9	417,7	406,2	380,0	332,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1983	1841	1745	1743	1625
Taxa de mortalidade	115,6	106,9	101,0	100,5	93,7
Taxa de mortalidade padronizada	88,8	80,5	73,7	72,0	64,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	27,0	24,5	20,4	23,0	19,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	588,8	533,0	505,3	468,2	427,6
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1867	1723	1759	1733	1560
Taxa de mortalidade	99,4	91,1	92,5	90,5	81,3
Taxa de mortalidade padronizada	47,3	42,2	41,4	38,6	33,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,0	5,7	5,2	4,2	5,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	381,4	338,1	334,8	316,9	265,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 23. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

Doenças cerebrovasculares					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	4911	4757	4706	4858	4425
Taxa de mortalidade	136,7	131,7	129,7	133,2	121,1
Taxa de mortalidade padronizada	78,7	74,3	71,0	69,8	61,0
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,0	10,6	10,0	9,6	8,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	634,1	589,2	564,4	557,0	483,9
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2049	1975	1947	2004	1798
Taxa de mortalidade	119,5	114,7	112,7	115,6	103,6
Taxa de mortalidade padronizada	88,7	84,1	79,7	79,1	68,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	13,5	15,5	13,9	13,2	11,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	697,3	639,0	612,2	612,5	527,0
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2862	2782	2759	2854	2627
Taxa de mortalidade	152,4	147,1	145,1	149,1	136,8
Taxa de mortalidade padronizada	70,3	65,8	63,6	62,5	55,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	7,0	6,3	6,6	6,4	6,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	582,5	547,3	524,6	516,3	451,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, IP (2013)

4.2.4. ARS Alentejo

Quadro 24. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2036	2127	2038	2063	1906
Taxa de mortalidade	390,1	409,7	395,0	402,3	374,6
Taxa de mortalidade padronizada	172,7	177,0	169,4	167,3	157,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	49,9	50,7	47,8	47,4	46,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1166,4	1198,9	1152,9	1137,2	1056,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1190	1174	1172	1155	1071
Taxa de mortalidade	467,2	463,9	466,7	463,3	433,5
Taxa de mortalidade padronizada	248,8	244,5	244,3	238,9	224,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	80,7	80,6	78,3	80,5	75,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1608,4	1570,8	1587,1	1520,0	1436,5
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	846	953	866	908	835
Taxa de mortalidade	316,6	358,1	327,1	344,6	319,0
Taxa de mortalidade padronizada	109,1	119,9	107,8	107,8	101,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	20,2	21,7	18,2	15,3	18,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	828,4	914,2	832,2	855,8	773,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.

Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 25. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	214	191	186	224	223
Taxa de mortalidade	41,0	36,8	36,1	43,7	43,8
Taxa de mortalidade padronizada	23,5	20,8	20,1	25,0	23,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	12,5	11,1	9,8	13,7	11,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	112,9	99,3	103,9	117,0	122,5
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	172	155	164	191	188
Taxa de mortalidade	67,5	61,2	65,3	76,6	76,1
Taxa de mortalidade padronizada	41,0	37,6	39,3	47,5	44,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	19,1	18,2	17,4	23,9	19,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	218,0	194,2	216,1	237,8	244,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	42	36	22	33	35
Taxa de mortalidade	15,7	13,5	X	12,5	13,4
Taxa de mortalidade padronizada	8,9	7,0	X	6,3	6,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,1	4,3	X	3,7	3,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	31,3	28,8	X	28,0	31,4

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão.

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.

Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 26. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)

Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	179	148	164	171	135
Taxa de mortalidade	34,3	28,5	31,8	33,3	26,5
Taxa de mortalidade padronizada	13,5	11,2	11,4	11,7	9,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,7	1,5	1,1	1,0	1,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	108,9	90,0	94,9	98,4	76,1
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	137	106	128	127	96
Taxa de mortalidade	53,8	41,9	51,0	50,9	38,9
Taxa de mortalidade padronizada	25,3	19,8	21,4	21,3	17,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,5	2,6	1,3	1,2	2,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	202,0	158,4	183,7	183,7	139,1
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	42	42	36	44	39
Taxa de mortalidade	15,7	15,8	13,6	16,7	14,9
Taxa de mortalidade padronizada	4,6	4,8	4,4	5,2	4,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	0,0	0,4	0,9	0,8	0,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	42,3	40,3	32,8	40,8	32,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 27. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)

Doenças isquémicas do coração					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	611	676	675	675	652
Taxa de mortalidade	117,1	130,2	130,8	131,6	128,1
Taxa de mortalidade padronizada	52,0	56,7	58,0	54,4	53,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	15,5	17,7	18,3	14,9	15,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	347,9	371,9	378,9	373,6	360,8
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	332	354	369	371	330
Taxa de mortalidade	130,3	139,9	146,9	148,8	133,6
Taxa de mortalidade padronizada	70,3	74,0	80,3	76,5	69,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	25,0	26,7	29,8	25,3	22,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	437,1	456,7	489,1	491,1	450,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	279	322	306	304	322
Taxa de mortalidade	104,4	121,0	115,6	115,4	123,0
Taxa de mortalidade padronizada	36,1	41,8	39,0	35,9	39,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	6,3	9,1	6,9	4,9	8,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	277,3	306,5	298,4	287,0	291,5

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 28. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)

Doenças cerebrovasculares					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	928	1002	921	900	795
Taxa de mortalidade	177,8	193,0	178,5	175,5	156,2
Taxa de mortalidade padronizada	70,4	74,7	69,4	64,0	58,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	10,7	11,4	12,6	8,8	9,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	554,1	587,0	528,8	510,7	448,5
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	457	464	435	394	379
Taxa de mortalidade	179,4	183,3	173,2	158,1	153,4
Taxa de mortalidade padronizada	86,3	87,3	83,6	72,7	71,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,5	16,5	19,2	13,7	15,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	667,1	659,8	604,1	550,0	518,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	471	538	486	506	416
Taxa de mortalidade	176,3	202,2	183,6	192,0	158,9
Taxa de mortalidade padronizada	57,6	63,7	57,3	56,3	47,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	7,0	6,5	6,2	4,2	4,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	466,6	526,8	470,4	477,6	395,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, IP (2013)

4.2.5. ARS Algarve

Quadro 29. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)

Doenças relacionadas com o tabaco					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	1181	1289	1160	1152	1215
Taxa de mortalidade	273,6	294,7	261,9	256,8	270,8
Taxa de mortalidade padronizada	160,3	172,2	151,3	146,1	151,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	52,8	54,6	50,6	47,2	53,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1029,9	1123,7	966,1	946,3	942,8
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	702	761	678	680	739
Taxa de mortalidade	331,3	355,2	313,0	310,5	338,8
Taxa de mortalidade padronizada	228,2	246,5	214,1	210,4	226,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	88,1	90,9	75,8	73,4	92,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1361,6	1505,6	1332,9	1319,1	1309,3
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	479	528	482	472	476
Taxa de mortalidade	217,9	236,7	213,0	205,6	206,5
Taxa de mortalidade padronizada	100,5	107,3	98,9	91,7	85,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	18,5	19,3	26,1	21,8	15,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	764,0	819,2	687,8	656,9	654,5

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47.
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 30. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)

Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	153	152	164	180	183
Taxa de mortalidade	35,4	34,8	37,0	40,1	40,8
Taxa de mortalidade padronizada	25,1	24,2	26,6	27,9	28,9
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,5	11,5	14,8	14,4	17,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	110,7	126,9	122,4	137,4	123,4
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	121	120	133	147	153
Taxa de mortalidade	57,1	56,0	61,4	67,1	70,1
Taxa de mortalidade padronizada	42,6	40,9	46,0	49,3	52,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	23,5	18,0	22,3	23,8	29,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	197,2	226,0	237,6	255,8	235,2
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	32	32	31	33	30
Taxa de mortalidade	14,6	14,3	13,7	14,4	13,0
Taxa de mortalidade padronizada	9,7	9,9	9,7	9,2	8,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	5,8	5,3	7,4	5,3	4,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	41,9	47,3	28,4	40,9	33,7

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C33-C34.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 31. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)

Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	69	79	76	61	80
Taxa de mortalidade	16,0	18,1	17,2	13,6	17,8
Taxa de mortalidade padronizada	8,8	9,8	8,8	6,6	8,8
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	1,2	2,5	1,0	0,2	1,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	69,7	68,6	72,2	58,0	66,7
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	53	60	59	45	59
Taxa de mortalidade	25,0	28,0	27,2	20,5	27,0
Taxa de mortalidade padronizada	15,5	17,7	16,8	11,8	15,5
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	2,0	4,1	2,0	0,5	2,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	125,1	128,2	137,1	103,7	117,0
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	16	19	17	16	21
Taxa de mortalidade	X	X	X	X	X
Taxa de mortalidade padronizada	X	X	X	X	X
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	X	X	X	X	X
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	X	X	X	X	X

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão.

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-44;
Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 32. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)

Doenças isquémicas do coração					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	342	379	314	321	357
Taxa de mortalidade	79,2	86,7	70,9	71,6	79,6
Taxa de mortalidade padronizada	45,6	51,4	42,1	41,5	44,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	14,0	19,0	15,9	14,9	16,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	301,3	313,8	253,8	256,6	276,4
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	187	224	177	183	211
Taxa de mortalidade	88,2	104,5	81,7	83,6	96,7
Taxa de mortalidade padronizada	60,8	73,0	57,6	58,1	65,6
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	24,6	31,0	23,7	23,9	27,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	353,8	413,1	331,4	334,5	375,6
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	155	155	137	138	146
Taxa de mortalidade	70,5	69,5	60,5	60,1	63,3
Taxa de mortalidade padronizada	31,6	32,0	28,9	26,6	26,2
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	3,6	7,2	8,3	6,2	5,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	258,6	232,5	196,0	191,7	197,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 33. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)

Doenças cerebrovasculares					
Ambos os sexos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	519	586	530	513	507
Taxa de mortalidade	120,2	134,0	119,7	114,4	113,0
Taxa de mortalidade padronizada	63,6	70,0	61,0	57,1	54,1
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	12,0	9,4	10,1	8,9	8,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	480,7	559,6	473,4	447,0	424,1
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	259	272	246	241	238
Taxa de mortalidade	122,2	126,9	113,6	110,0	109,1
Taxa de mortalidade padronizada	77,3	81,8	70,8	67,6	64,3
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	16,0	13,6	12,2	8,9	12,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	572,5	633,1	545,1	542,3	481,8
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	260	314	284	272	269
Taxa de mortalidade	118,3	140,8	125,5	118,5	116,7
Taxa de mortalidade padronizada	52,0	59,4	53,0	49,3	45,4
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	8,1	5,4	8,0	8,9	4,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	406,7	496,5	417,4	376,0	378,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, IP (2013)

Em 2011, a Região Alentejo apresentou a taxa de mortalidade por doenças associadas ao tabaco mais elevada. A taxa de mortalidade prematura mais elevada (< 65 anos) foi observada na Região do Algarve. A Região Centro apresentou as taxas mais baixas, quer total, quer prematura.

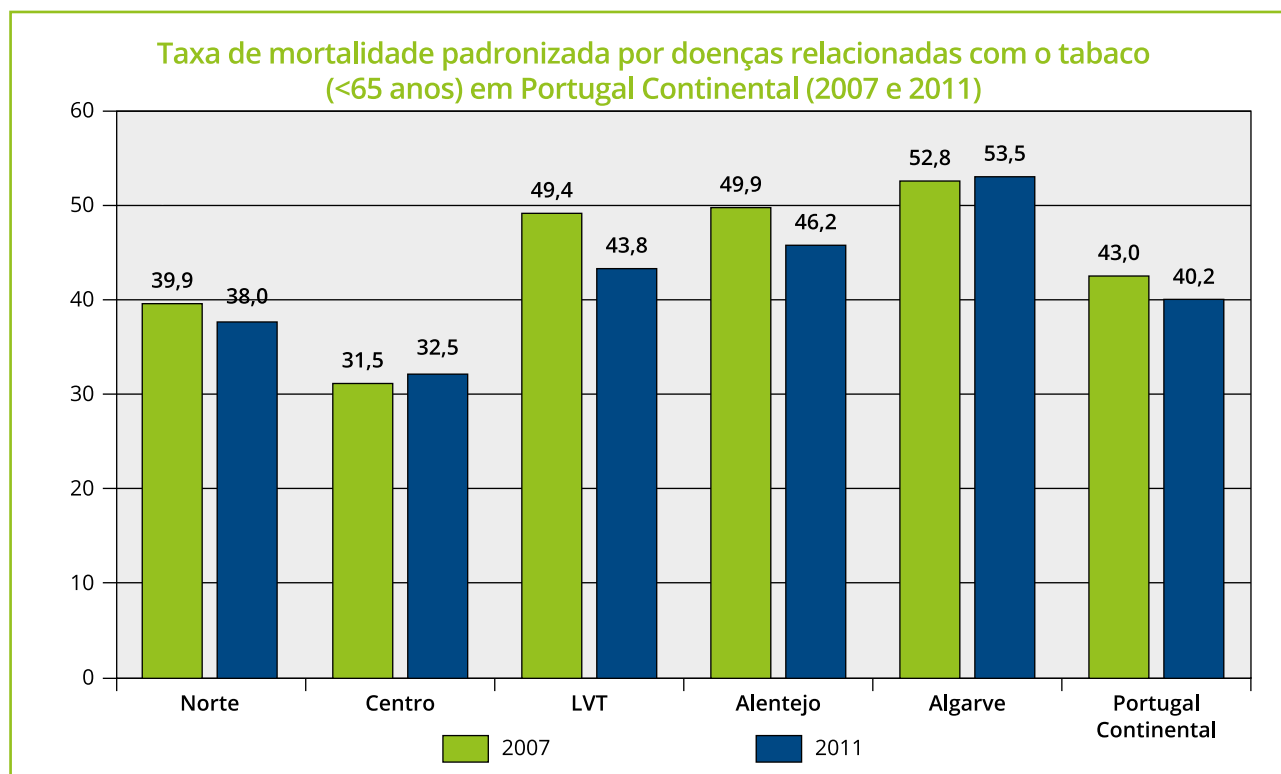
Analisada a evolução entre 2007 e 2011, observou-se uma redução da mortalidade por doenças associadas ao tabaco em todas as regiões do Continente. Porém, a mortalidade prematura por estas doenças sofreu um ligeiro aumento na Região Centro e na Região do Algarve.

Quadro 34. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos, ≥ 65 anos e todas as idades), em Portugal Continental e por ARS (2007 e 2011)

Mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco						
Ano	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve	Portugal Continental
Grupo Etário	2011					
< 65	38,0	32,5	43,8	46,2	53,5	40,2
≥ 65	1001,8	853,0	1056,1	1056,7	942,8	990,5
Total	144,0	122,8	155,2	157,4	151,2	144,7
	2007					
< 65	39,9	31,5	49,4	49,9	52,8	43,0
≥ 65	1250,8	1075,4	1348,1	1166,4	1029,9	1230,4
Total	173,1	146,3	192,3	172,7	160,3	173,6

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
 Fonte: INE, IP (2013)

Figura 3. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos), em Portugal Continental e por ARS (2007 e 2011)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
 Fonte: INE, IP (2013)

4.3. Mortalidade intra-hospitalar por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, todas as idades, Portugal Continental, 2007-2011

Quadro 35. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, Portugal Continental (2007 a 2011)

Portugal Continental			
	Óbitos por doenças associadas ao tabagismo	Óbitos total*	% Óbitos por doenças associadas ao tabagismo
2007	4242	42080	10,08
2008	4225	45161	9,36
2009	4063	45845	8,86
2010	4180	47067	8,88
2011	4045	46733	8,66

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver notas metodológicas.
 Fonte: GDH – ACSS/DGS

Quadro 36. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, ARS Norte (2007 a 2011)

ARS Norte			
	Óbitos por doenças associadas ao tabagismo	Óbitos total*	% Óbitos por doenças associadas ao tabagismo
2007	1318	12893	10,22
2008	1271	13801	9,21
2009	1271	14306	8,88
2010	1304	14329	9,10
2011	1266	14398	8,79

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver notas metodológicas.
 Fonte: GDH – ACSS/DGS

Quadro 37. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, ARS Centro (2007 a 2011)

ARS Centro			
	Óbitos por doenças associadas ao tabagismo	Óbitos total*	% Óbitos por doenças associadas ao tabagismo
2007	742	9615	7,72
2008	729	9599	7,59
2009	693	9467	7,32
2010	679	9474	7,17
2011	644	9442	6,82

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver notas metodológicas.

Fonte: GDH – ACSS/DGS

Quadro 38. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

ARS Lisboa e Vale do Tejo			
	Óbitos por doenças associadas ao tabagismo	Óbitos total*	% Óbitos por doenças associadas ao tabagismo
2007	2013	17480	11,52
2008	1915	18631	10,28
2009	1816	18617	9,75
2010	1777	18473	9,62
2011	1741	18220	9,56

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver notas metodológicas.

Fonte: GDH – ACSS/DGS

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 39. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, ARS Alentejo (2007 a 2011)

ARS Alentejo			
	Óbitos por doenças associadas ao tabagismo	Óbitos total*	% Óbitos por doenças associadas ao tabagismo
2007	67	650	10,31
2008	173	1624	10,65
2009	179	1921	9,32
2010	240	2601	9,23
2011	216	2472	8,74

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver notas metodológicas.
Fonte: GDH – ACSS/DGS

Quadro 40. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS, ARS Algarve (2007 a 2011)

ARS Algarve			
	Óbitos por doenças associadas ao tabagismo	Óbitos total*	% Óbitos por doenças associadas ao tabagismo
2007	102	1442	7,07
2008	137	1506	9,10
2009	104	1534	6,78
2010	180	2190	8,22
2011	178	2201	8,09

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver notas metodológicas.
Fonte: GDH – ACSS/DGS

4.4. Evolução dos doentes saídos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), por algumas doenças associadas à exposição ao fumo ambiental do tabaco

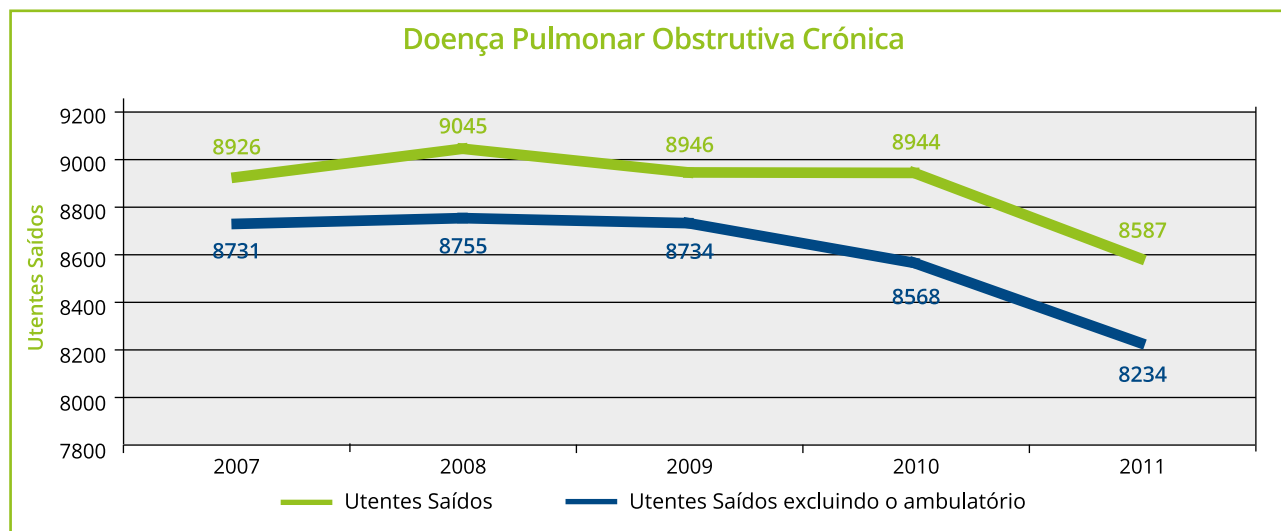
De acordo com diversos estudos, as legislações de proibição de fumar em locais fechados contribuem para reduzir as admissões hospitalares por algumas doenças, tais como a DIC, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e as doenças respiratórias, em particular a DPOC. Esta redução é mais evidente quanto as medidas de restrição de fumar são totais (Tan e Glantz, 2012; Stallings-Smith, Zeka, Goodman et al, 2013).

Os dados relativos aos doentes saídos nos hospitais do SNS (número de episódios de internamento), em Portugal Continental após 2008, ano em que a nova lei do tabaco entrou em vigor, parecem confirmar esta tendência, em particular no que se refere à DPOC. Porém, este efeito foi menos visível na redução das doenças isquémicas do coração e do acidente vascular cerebral. De notar, contudo, que a legislação portuguesa não é totalmente restritiva, permitindo a existência de diversas exceções à proibição de fumar em locais fechados. Por outro lado, muitas outras variáveis contribuíram certamente para explicar os resultados observados, o que limita a possibilidade de se extrair conclusões nesta matéria.

PORTUGAL

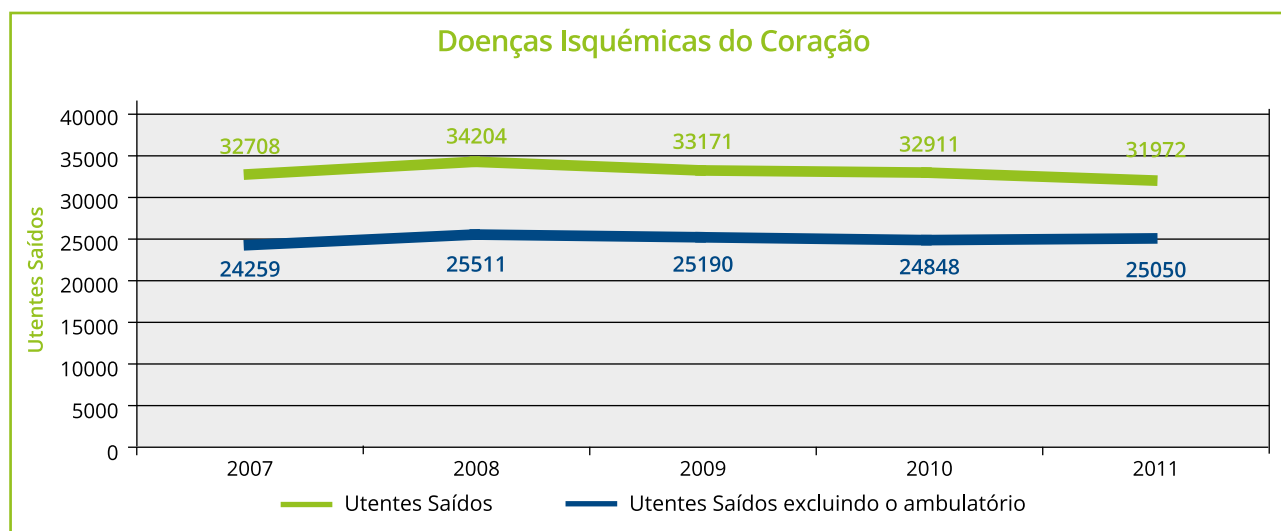
PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Figura 4. Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa à DPOC, em Portugal Continental (2007 a 2011)



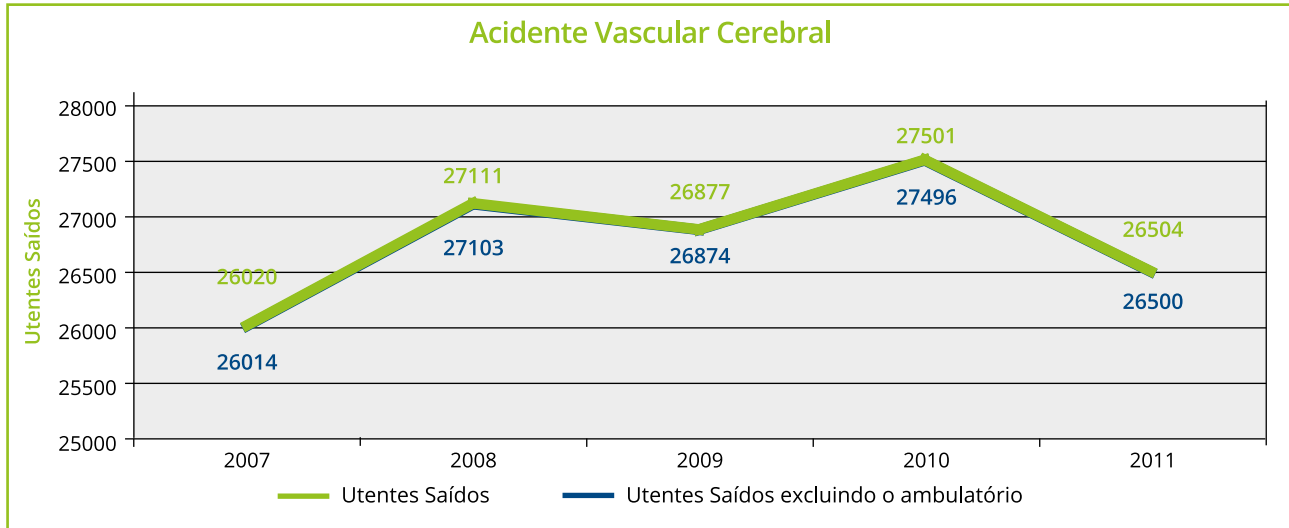
Códigos da CID 9MC: 491.2 a 492.8 e 496.
Fonte: GDH – ACSS/DGS

Figura 5. Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa à DIC, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Códigos da CID 9MC: 410-414.
Fonte: GDH – ACSS/DGS

Figura 6. Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa a AVC, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Nota: as curvas estão sobreponíveis, dada a similaridade entre os utentes saídos e os utentes saídos excluindo o ambulatório.
Códigos da CID 9MC: 410-414.
Fonte: GDH – ACSS/DGS

5. Custos para o setor da Saúde associados ao tabaco

De acordo com uma estimativa dos custos com o tratamento das principais doenças atribuíveis ao tabaco (cancros, cardiovasculares e respiratórias), no ano de 2007, no sistema de saúde público português, concluiu-se que o tabaco foi responsável pelo gasto de 126 milhões de euros em internamentos hospitalares no SNS e por mais de 363 milhões de euros no ambulatório (medicamentos, consultas em centros de saúde e hospitais, meios complementares de diagnóstico, etc.).

Quadro 41. Custos das doenças atribuíveis ao tabaco, em Portugal Continental (2007)

Custos das doenças atribuíveis ao tabaco					
Doença	Ambulatório		Internamento		Totais
	€	%	€	%	€
Neoplasias	43.406.262	49,2	44.817.230	50,8	88.223.492
Cardiovasculares	11.629.751	73,9	41.285.902	26,1	157.915.653
Respiratórias	203.516.816	83,5	40.113.084	16,5	243.629.900
Total	363.552.829	74,2	126.216.216	25,8	489.769.045

Fonte: Miguel Gouveia e Colaboradores, Faculdade de Medicina de Lisboa, Apresentação “Portugal sem Fumo”. 2007. Disponível em <https://docs.google.com/a/hospitaldofuturo.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=aG9zcGl0YWxkb2Z1dHVyby5jb218dGVzdGV8Z3g6NTM4NjQzYmYzNDNhMDAz>.
Acedido em 11 de julho de 2013.

Contudo, estas estimativas não incluíram os gastos suportados diretamente pelas famílias, em tratamentos no sector privado, na aquisição de medicamentos, em tratamentos domiciliários, em transportes, a perda de produtividade e absentismo, bem como os gastos com o tratamento das restantes doenças associadas ao consumo de tabaco não incluídas no estudo. Também não foram tidos em conta os custos decorrentes da exposição dos não fumadores ao fumo ambiental do tabaco em casa e em locais de trabalho, nem se entrou em linha de conta com o valor do sofrimento humano, quer para os doentes quer para os seus familiares, decorrente de todas as referidas situações de doença, incapacidade e morte prematura.

6. Consumo de tabaco

6.1. Iniciação do consumo de tabaco

Segundo o estudo Eurobarómetro 2012, mais de 90% dos fumadores portugueses começaram a fumar antes dos 25 anos. A idade média de início foi de 17,7 anos, valor semelhante à média europeia.

Quadro 42. Idade de início do consumo de tabaco, numa base regular (pelo menos uma vez por semana), em Portugal e na União Europeia (2012)

Início do consumo de tabaco (pelo menos uma vez/semana)						
	< 15 anos (%)	15-18 anos (%)	19-25 anos (%)	> 25 anos (%)	Recusou/Não sabe (%)	Média (anos)
EU 27	17	53	24	4	2	17,6
Portugal	22	51	18	6	3	17,7

Base – Fumadores e ex-fumadores, N = 13 159

Fonte: “Attitudes of Europeans Towards Tobacco”, Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

De acordo com os estudos promovidos pelo IDT/SICAD em meio escolar (ensino público), a maioria dos jovens portugueses começou a fumar entre os 13 e os 16 anos.

Dos alunos com 18 anos, 34% dos rapazes e 38% das raparigas fumaram pela primeira vez entre os 15 e os 16 anos. Cerca de 15% dos rapazes e 8% das raparigas começaram a fumar com menos de 11 anos, conforme se verifica no quadro 43.

PORTUGAL

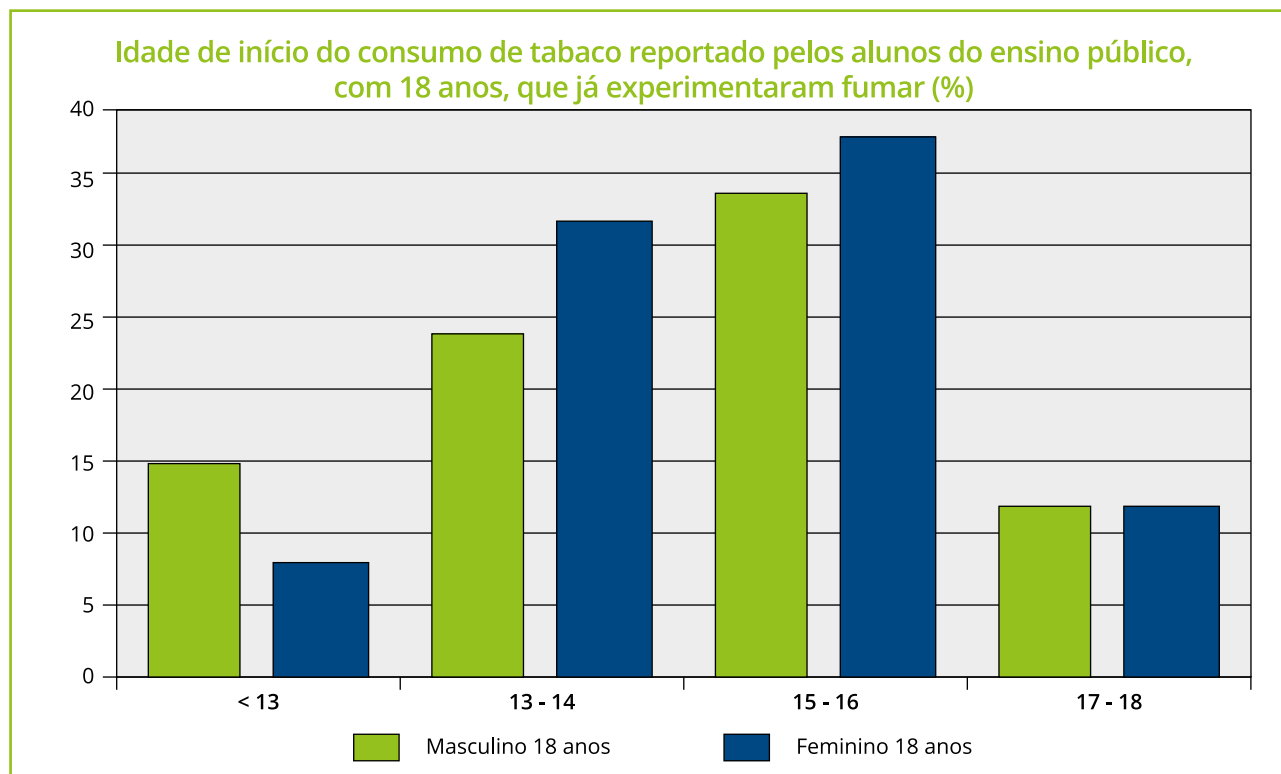
PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 43. Idades de iniciação do consumo de tabaco, por grupo etário e sexo (%), em Portugal Continental (2011)

Idades de iniciação do consumo de tabaco						
Sexo	Grupo Etário Respondente	Idade de iniciação do consumo				
		< 11 anos (%)	11-12 anos (%)	13-14 anos (%)	15-16 anos (%)	17-18 anos (%)
Masculino	13 anos	45	45	10	0	0
	14 anos	29	34	37	0	0
	15 anos	28	25	43	4	0
	16 anos	18	23	44	14	0
	17 anos	17	20	33	29	1
	18 anos	15	15	24	34	12
Feminino	13 anos	22	66	13	0	0
	14 anos	19	34	47	0	0
	15 anos	18	27	52	3	0
	16 anos	14	22	44	20	0
	17 anos	9	19	40	32	0
	18 anos	8	11	32	38	12

Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

Figura 7. Idade de início do consumo de tabaco reportado pelos alunos do ensino público, com 18 anos, que já experimentaram fumar (%), em Portugal Continental (2011)



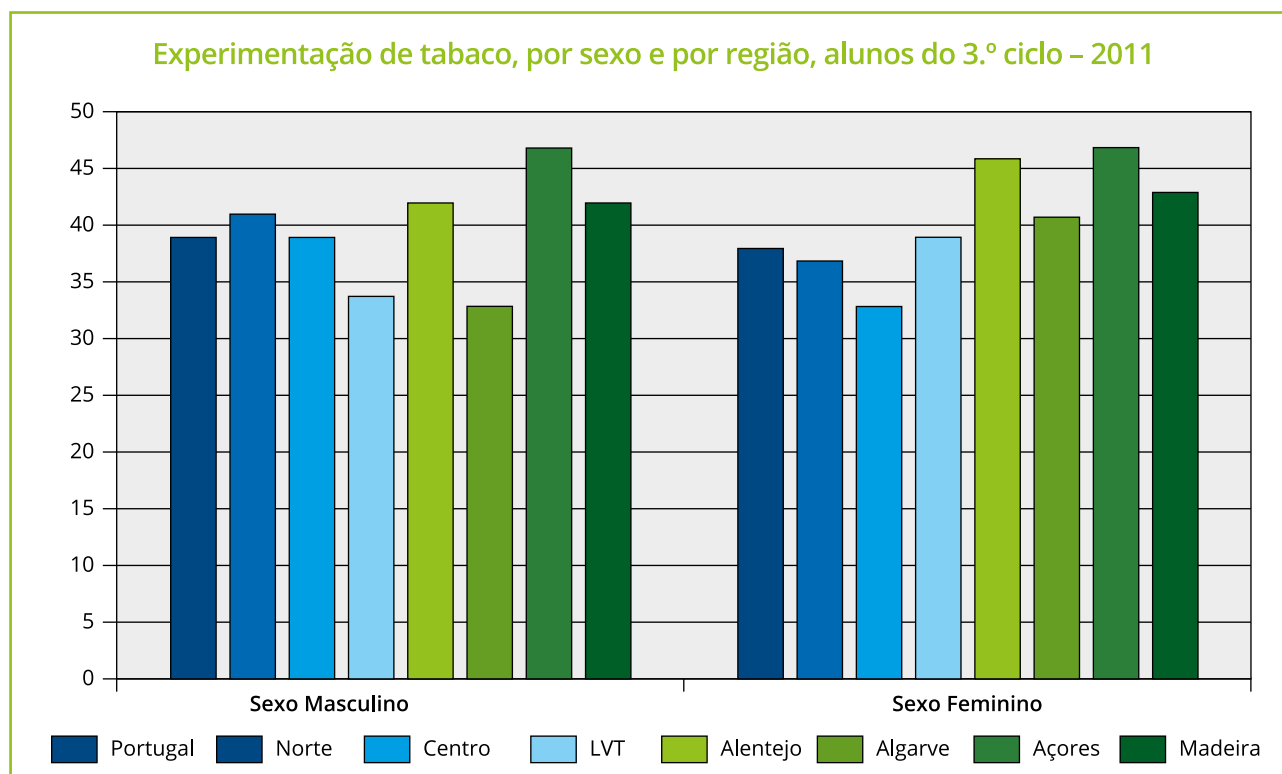
Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado. e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Em 2011, as Regiões dos Açores, da Madeira e do Alentejo registaram as percentagens mais elevadas de alunos do 3.º ciclo que já experimentaram fumar. Nos alunos do ensino secundário, a Região do Alentejo apresentou as percentagens de experimentação mais elevadas, em ambos os sexos.

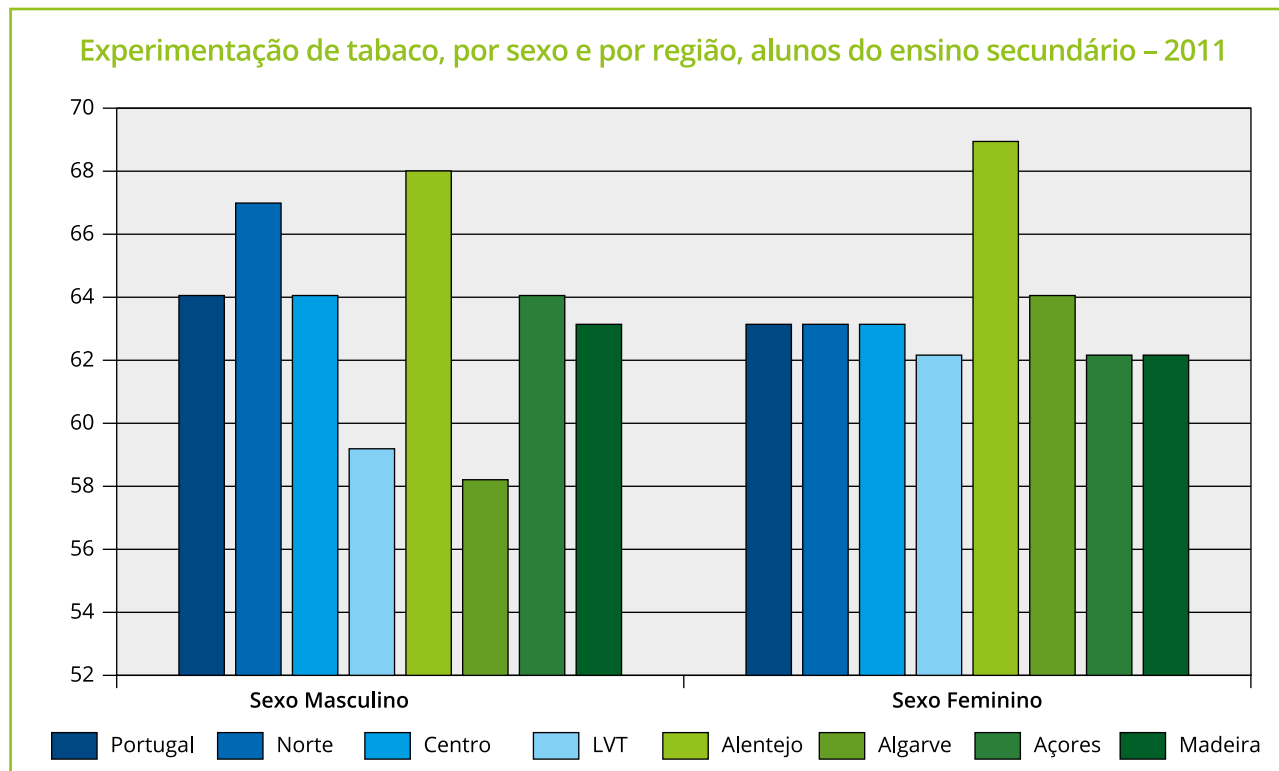
Nas regiões do Algarve, de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo a experimentação de tabaco foi mais elevada no sexo feminino, quer nos alunos do 3.º ciclo, quer do secundário, conforme se confirma nas figuras 8 e 9.

Figura 8. Experimentação de tabaco, por sexo, em Portugal e por região, alunos do 3.º ciclo – 2011



Fonte: Feijão, F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011- 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI.

Figura 9. Experimentação de tabaco, por sexo, em Portugal e por região, alunos do ensino secundário – 2011



Fonte: Feijão, F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 - 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI.

6.2. Motivos para começar a fumar

Em Portugal, de acordo com dados recolhidos no estudo Eurobarómetro (2012), a maioria dos fumadores (82%) começou a fumar devido ao facto de os amigos fumarem, 19% por gostarem do sabor ou do aroma do tabaco, 10% por este ser economicamente acessível, 6% devido ao facto de os pais fumarem, 2% por gostarem do cheiro a mentol, a fruta ou a especiarias, e 1% por gostarem da embalagem dos cigarros.

Quadro 44. Elementos mais significativos que levaram a iniciar o consumo de tabaco, em Portugal e na União Europeia (2012)

Elementos mais significativos que levaram a iniciar o consumo de tabaco		
	UE27	Portugal
Os amigos fumarem	79%	82%
Os pais fumarem	21%	6%
Gosto do sabor/cheiro do tabaco	19%	19%
Cigarros serem acessíveis	12%	10%
A embalagem dos cigarros	3%	1%
Gosto por cigarros com sabor específico (mentol, doce, fruta ou especiarias)	4%	2%
Outro	8%	8%
Nenhum/não sabe	5%	3%

Base – Fumadores e ex-fumadores, N = 13.159
 Fonte: “Attitudes of Europeans Towards Tobacco”, Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

6.3. Acesso ao tabaco

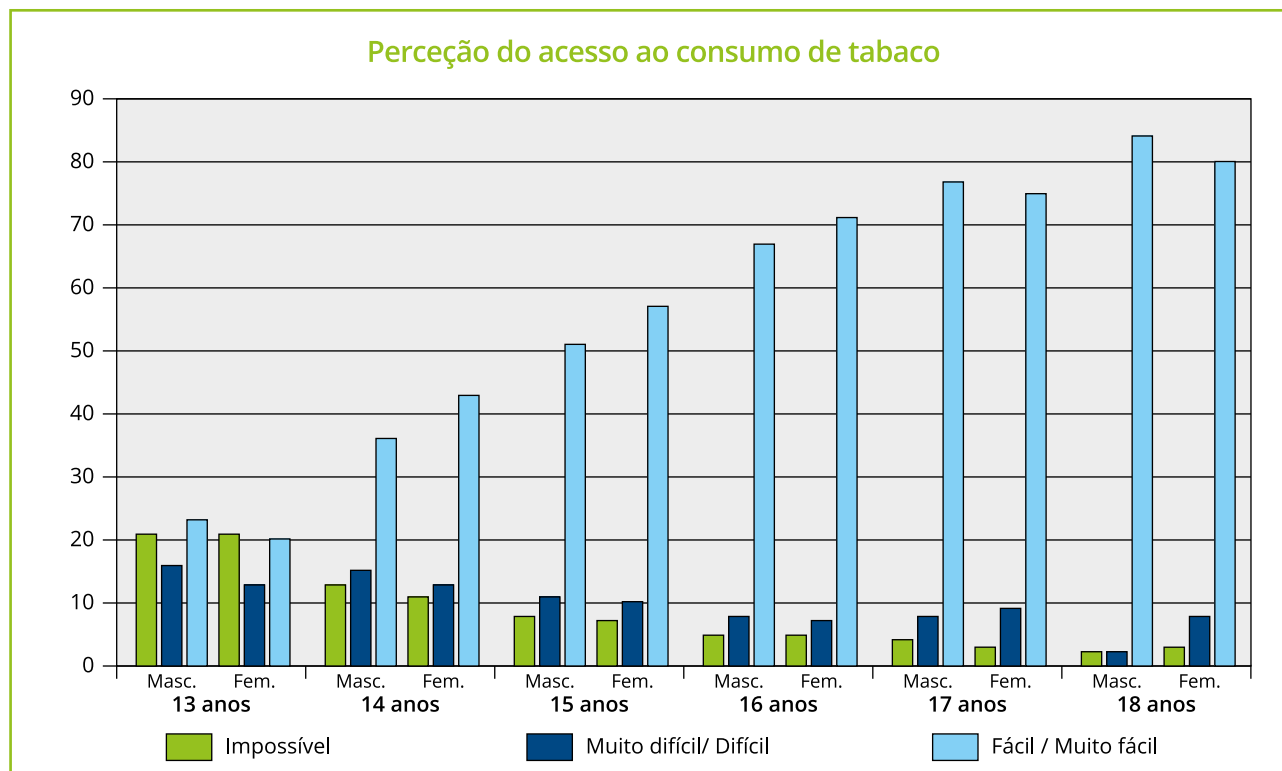
A venda de tabaco em Portugal é interdita a menores de 18 anos. Um em cada cinco adolescentes escolarizados do ensino público de 13 anos e um em cada dois adolescentes de 15 anos consideraram fácil ou muito fácil aceder ao tabaco, conforme se observa no quadro 45.

Quadro 45. Perceção da facilidade de acesso ao tabaco, por grupo etário e sexo (%), em Portugal Continental (2011)

Perceção do acesso ao tabaco					
Sexo	Grupo Etário	Perceção do acesso			
		Impossível (%)	Muito Difícil/Difícil (%)	Fácil/ Muito Fácil (%)	Não sei (%)
Masculino	13 anos	21	16	23	40
	14 anos	13	15	36	37
	15 anos	8	11	51	31
	16 anos	5	8	67	21
	17 anos	4	8	77	16
	18 anos	2	2	84	12
Feminino	13 anos	21	13	20	46
	14 anos	11	13	43	33
	15 anos	7	10	57	26
	16 anos	5	7	71	18
	17 anos	3	9	75	17
	18 anos	3	8	80	14

Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

Figura 10. Perceção do acesso ao tabaco, por grupo etário e sexo (%), em Portugal Continental (2011)



Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

6.4. Venda de produtos do tabaco a menores

De acordo com um estudo da Deco (Associação de Defesa do Consumidor), publicado na Revista Teste Saúde n.º 98, agosto/setembro 2012, **a proibição de venda de tabaco a menores de 18 anos nem sempre é cumprida.**

Neste estudo, que decorreu de março a abril de 2012 e contou com a colaboração de jovens entre os 13 e os 16 anos, que se deslocaram a diversas lojas para comprar tabaco, com o objetivo de verificar se a lei que proíbe a dispensa de tabaco a menores era cumprida, concluiu-se que 72 dos 105 estabelecimentos visitados, nas cidades de Coimbra, Évora, Faro, Lisboa e Porto, não cumpriam a proibição de venda de tabaco a menores.

6.5. Evolução do consumo de tabaco nos jovens

Segundo os Inquéritos Nacionais em Meio Escolar (IDT/SICAD), a experimentação do consumo de tabaco nos adolescentes portugueses escolarizados, do ensino público, sofreu um decréscimo na última década (2001 a 2011).

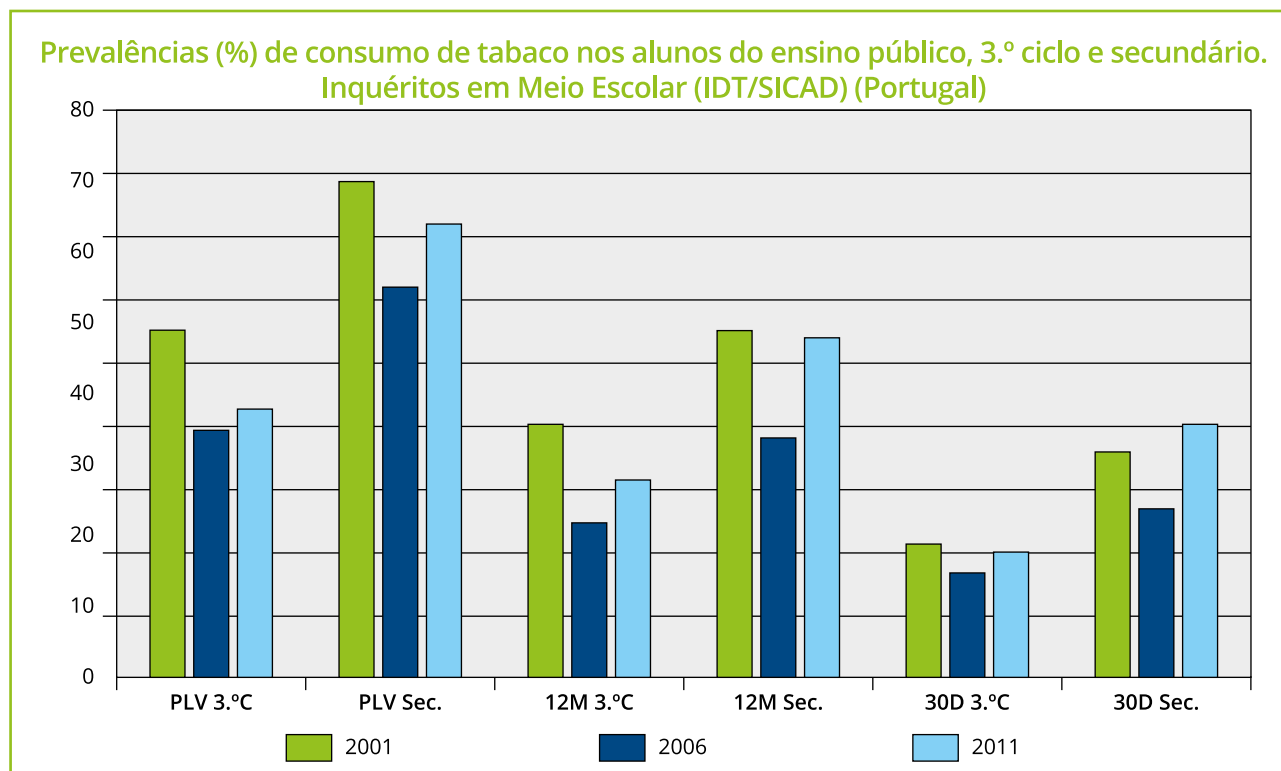
Em 2011 registou-se, no entanto, relativamente a 2006, uma subida na percentagem de adolescentes portugueses escolarizados, do ensino público, que já experimentaram fumar, fumaram no último ano, ou fumaram nos últimos 30 dias.

Quadro 46. Prevalências (%) de consumo de tabaco nos alunos do ensino público, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Prevalências (%) de consumo de tabaco nos alunos do ensino público			
	2001	2006	2011
3.º Ciclo			
Consumo ao longo da vida*	49	35	38
Consumo no último ano	36	22	28
Consumo pelo menos uma vez nos últimos 30 dias	19	15	18
Secundário			
Consumo ao longo da vida*	70	55	64
Consumo no último ano	49	34	48
Consumo pelo menos uma vez nos últimos 30 dias	32	24	36

Notas: *Consumo ao longo da vida – alguma vez ter consumido tabaco
 Fonte: Instituto da Droga e da Toxicoddependência, Inquéritos Nacionais em Meio Escolar, Apêndice 1; 1.10.2, página 117 e SICAD, Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, disponível em <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2012/INME-2011.pdf>

Figura 11. Prevalências (%) de consumo de tabaco nos alunos do ensino público, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)



PLV- Proporção ao Longo da Vida; 12M-12 meses; 30D-30 dias

Fonte: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, Inquéritos Nacionais em Meio Escolar, Apêndice 1; 1.10.2, página 117 e SICAD, Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, disponível em <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2012/INME-2011.pdf>

Os resultados do estudo ECATD/ESPAD Portugal parecem confirmar que a experimentação de tabaco (consumo ao longo da vida) em Portugal Continental diminuiu entre 2007 e 2011. Porém, segundo este estudo, o consumo nos últimos 30 dias, nos alunos do ensino secundário (Portugal Continental) registou um aumento em 2011, relativamente a 2007, conforme se observa nos quadros 47 e 48.

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 47. Prevalências do consumo do tabaco (ensino público) entre os 13 e os 18 anos, ao longo da vida, por grupo etário e sexo (%) em Portugal Continental (2007-2011)

Prevalência do consumo do tabaco ao longo da vida (%)			
Sexo	Grupo Etário	2007	2011
Masculino	13 anos	23,9	18,2
	14 anos	35,3	29,0
	15 anos	45,7	43,3
	16 anos	53,3	53,5
	17 anos	58,3	56,9
	18 anos	65,1	61,4
Feminino	13 anos	15,1	15,9
	14 anos	32,8	29,6
	15 anos	42,6	41,9
	16 anos	51,8	52,0
	17 anos	56,1	56,0
	18 anos	64,5	59,9
Total	13 anos	19,2	16,9
	14 anos	33,9	29,3
	15 anos	44,2	42,4
	16 anos	52,5	52,8
	17 anos	57,1	56,4
	18 anos	64,7	60,5

Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

Quadro 48. Prevalência do consumo do tabaco (ensino público) nos últimos 30 dias, entre os 13 e os 18 anos, por grupo etário e sexo (%) em Portugal Continental (2007-2011)

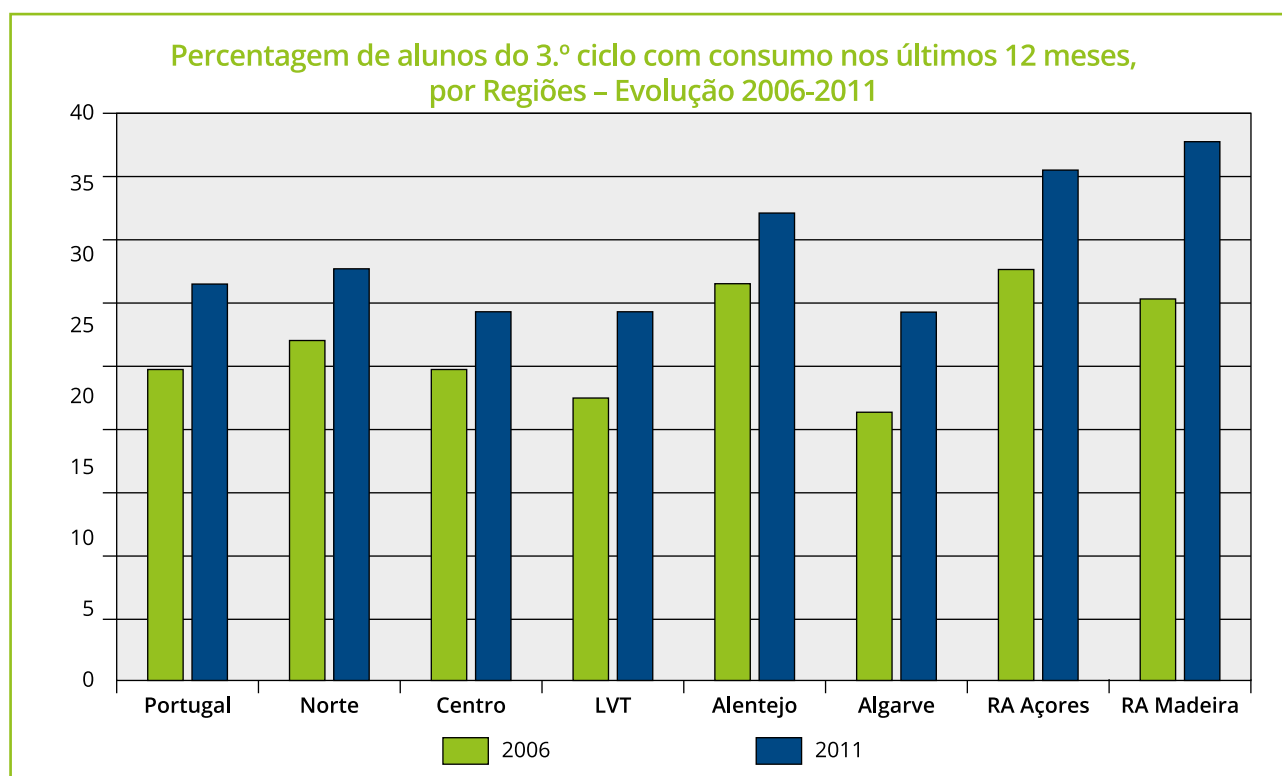
Prevalência do consumo do tabaco nos últimos 30 dias (%)			
Sexo	Grupo Etário	2007	2011
Masculino	13 anos	4,1	4,8
	14 anos	9,1	8,5
	15 anos	13,0	17,1
	16 anos	20,4	27,8
	17 anos	23,4	29,2
	18 anos	30,5	35,8
Feminino	13 anos	3,3	4,8
	14 anos	9,8	12,1
	15 anos	14,1	17,4
	16 anos	18,0	25,9
	17 anos	20,1	27,5
	18 anos	25,8	31,8
Total	13 anos	3,7	5,3
	14 anos	9,5	10,4
	15 anos	13,6	17,2
	16 anos	19,1	26,9
	17 anos	21,6	28,2
	18 anos	27,8	33,5

Fonte: Estudo sobre o Consumo de Álcool, tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. Fernanda Feijão, Elsa Lavado e Vasco Calado. IDT/NEI (2011)

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

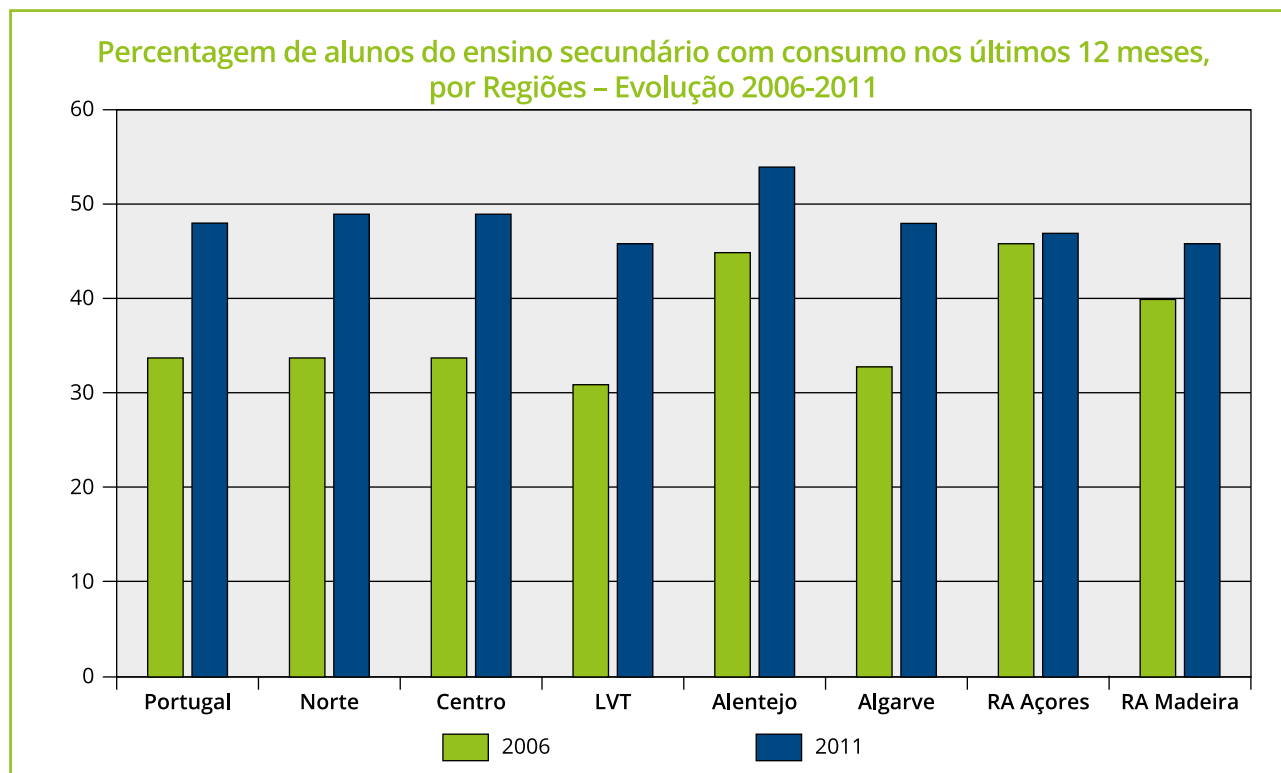
Relativamente aos consumos recentes (últimos 12 meses), registou-se um agravamento entre 2006 e 2011 em todas as Regiões do País, quer no 3.º ciclo, quer no ensino secundário, conforme se observa nas figuras 12 e 13.

Figura 12. Percentagem de alunos do 3.º ciclo com consumo de tabaco nos últimos 12 meses, em Portugal e por região (2006 e 2011)



Fonte: Feijão, F. Inquérito Nacional em Meio Escolar/2011-Secundário. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI.

Figura 13. Percentagem de alunos do Ensino Secundário (setor público) com consumo de tabaco nos últimos 12 meses, em Portugal e por região (2006 e 2011)



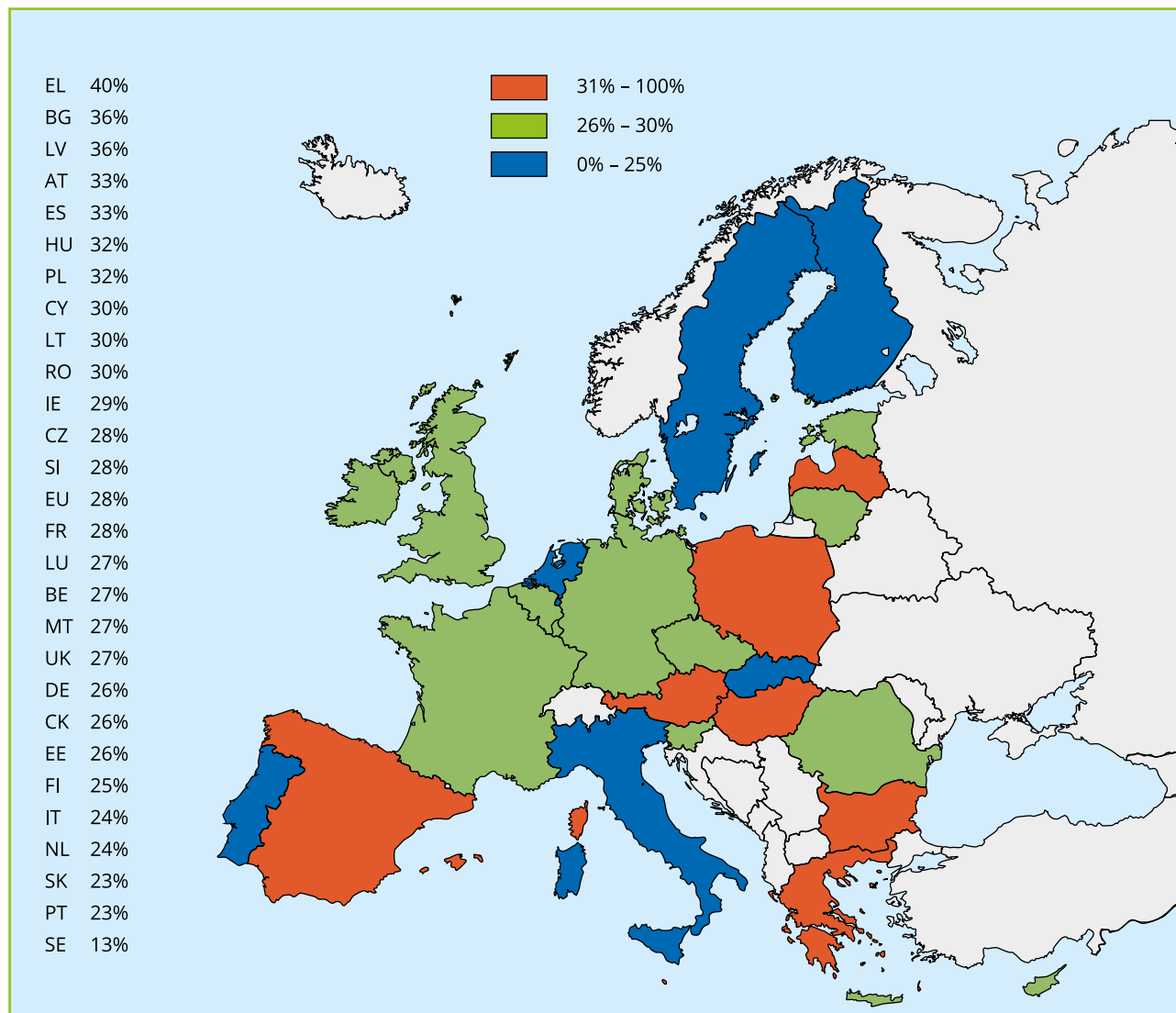
Fonte: Feijão, F. Inquérito Nacional em Meio Escolar/2011-Secundário. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI.

6.6. Consumo de tabaco na Europa (UE 27)

De acordo com os estudos Eurobarómetro da Comissão Europeia, em 2012, 28% dos inquiridos europeus com ≥ 15 anos eram fumadores. As proporções de fumadores mais elevadas foram observadas na Grécia (40%), Bulgária (36%) e Letónia (36%); as proporções mais baixas na Suécia (13%), Portugal (23%) e Eslováquia (23%).

De notar que os estudos Eurobarómetro apresentam diversas limitações metodológicas, fornecendo dados de prevalência menos precisos e não padronizados, não permitindo, por esse facto, comparações com os dados obtidos nos inquéritos nacionais ou entre Estados-Membros. Permitem, no entanto, observar tendências de evolução de alguns fenómenos, complementando a informação que deve continuar a ser recolhida pelos inquéritos nacionais de base representativa (Bogdanovica et al., 2011).

Figura 14. Consumo de tabaco (% de inquiridos fumadores) na União Europeia (2012) dados não padronizados



Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 49. Evolução do consumo de tabaco na Europa, UE 27 (2006, 2009 e 2012) dados não padronizados

Evolução do consumo de tabaco (2006-2009-2012)									
	Fumadores (%)			Ex-fumadores (%)			Nunca fumadores (%)		
	2012	2009	2006	2012	2009	2006	2012	2009	2006
Alemanha	26	27	22	26	26	28	48	47	51
Áustria	33	32	35	20	17	18	47	51	48
Bélgica	27	24	28	20	19	16	52	55	54
Bulgária	36	33	36	16	17	17	48	50	47
Chipre	30	28	29	13	11	14	56	59	56
Dinamarca	26	23	20	31	31	35	43	46	47
Eslováquia	23	20	21	22	23	29	55	57	51
Eslovénia	28	30	33	19	14	15	53	56	52
Espanha	33	31	32	22	23	27	45	46	42
Estónia	26	20	19	21	21	24	53	59	57
Finlândia	25	29	24	22	17	23	53	54	54
França	28	23	23	24	22	24	48	55	53
Grécia	40	38	38	16	18	15	44	44	47
Holanda	24	24	19	31	29	32	45	47	50
Hungria	32	26	28	15	15	15	53	59	58
Irlanda	29	27	29	19	18	20	52	55	52
Itália	24	22	17	13	10	10	62	67	73
Letónia	36	36	36	16	15	19	47	47	43
Lituânia	30	30	26	15	12	15	54	56	58
Luxemburgo	27	29	28	22	22	27	50	47	44
Montenegro	27	28	29	17	19	16	56	53	55
Polónia	32	31	29	20	18	21	48	51	51
Portugal	23	23	24	15	13	12	62	64	64
Reino Unido	27	26	21	26	27	28	47	47	50
República Checa	29	32	29	17	15	13	54	53	58
Roménia	30	30	29	12	12	13	57	56	57
Suécia	13	10	8	30	29	31	57	61	68
UE27	28	27	24	21	20	21	51	53	55

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

Em 2012, na União Europeia 32% dos homens e 24% das mulheres disseram ser fumadores. O grupo etário dos 25-39 anos apresentou a proporção de fumadores mais elevada (37%), conforme se observa no quadro 53.

6.7. Consumo de tabaco em Portugal

Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde (INS), dos inquiridos com ≥ 15 anos, eram fumadores 20,9% e ex-fumadores 16,1%.

Quadro 50. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com ≥ 15 anos, (% ponderadas para a população residente em Portugal), por sexo (2005/2006)

Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com ≥ 15 anos			
Sexo	Fumadores (%)	Nunca fumadores (%)	Ex-fumadores (%)
Masculino	30,9	43,1	26,0
Feminino	11,8	81,3	6,9
Total (M, F)	20,9	63,0	16,1

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.

A maior prevalência de fumadores observou-se no grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos (44,5% nos homens e 20,9% nas mulheres).

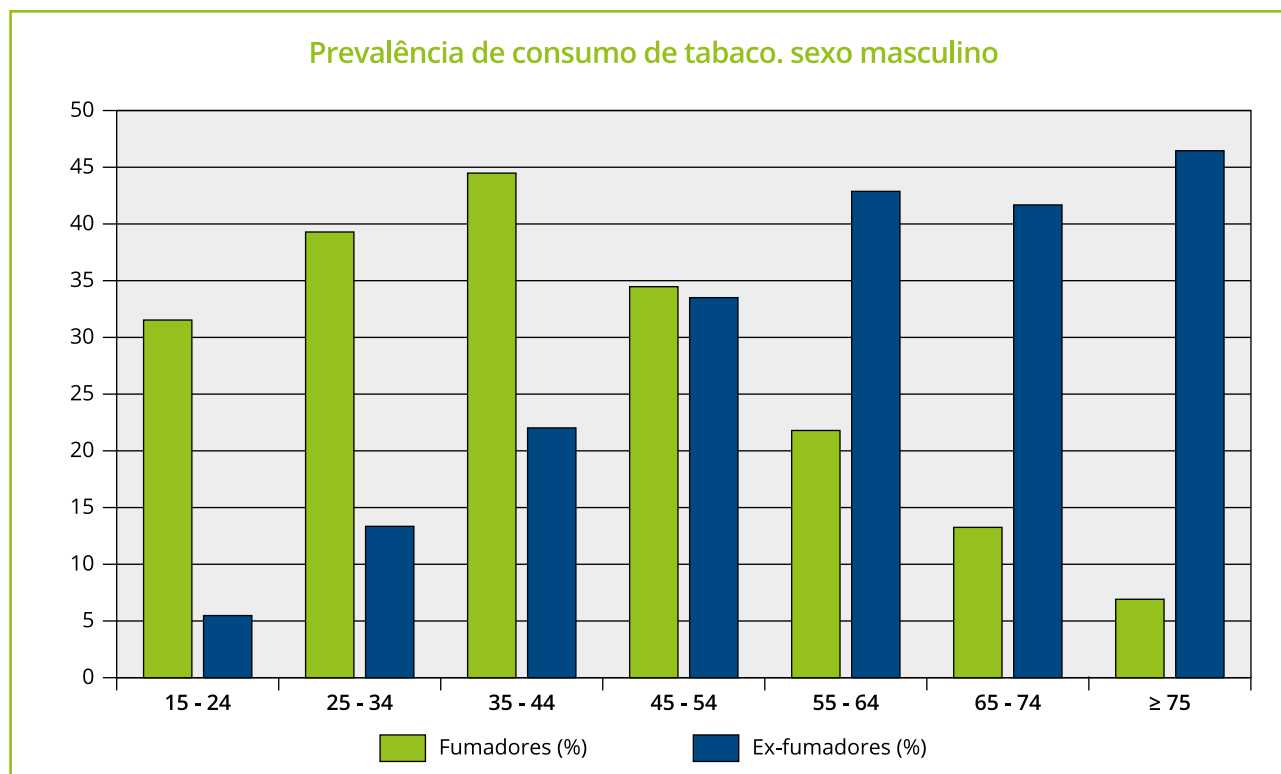
PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 51. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com ≥ 15 anos (% ponderadas para a população residente em Portugal), por sexo e grupo etário (2005/2006)

Prevalências de consumo de tabaco por sexo e grupo etário						
Sexo	Grupo Etário	Fumadores (%)	Fumadores diários (%)	Nunca fumadores (%)	Ex-fumadores (%)	Ex-fumadores diários (%)
Masculino	15-24	31,5	26,2	63,3	5,2	2,4
	25-34	39,3	34,5	47,5	13,2	9,9
	35-44	44,5	41,4	33,6	21,9	17,9
	45-54	34,4	31,1	32,0	33,6	30,7
	55-64	21,7	19,5	35,4	43,0	37,4
	65-74	13,1	12,4	45,1	41,8	37,3
	≥ 75	6,7	5,7	46,6	46,6	40,1
Feminino	15-24	16,0	14,1	77,4	6,6	2,5
	25-34	17,8	16,0	73,2	9,0	5,8
	35-44	20,9	19,1	67,6	11,5	8,4
	45-54	12,5	11,1	78,5	9,0	6,5
	55-64	5,6	5,0	89,1	5,3	3,9
	65-74	1,6	1,4	96,7	1,7	1,6
	≥ 75	0,1	0,1	99,0	0,9	0,4

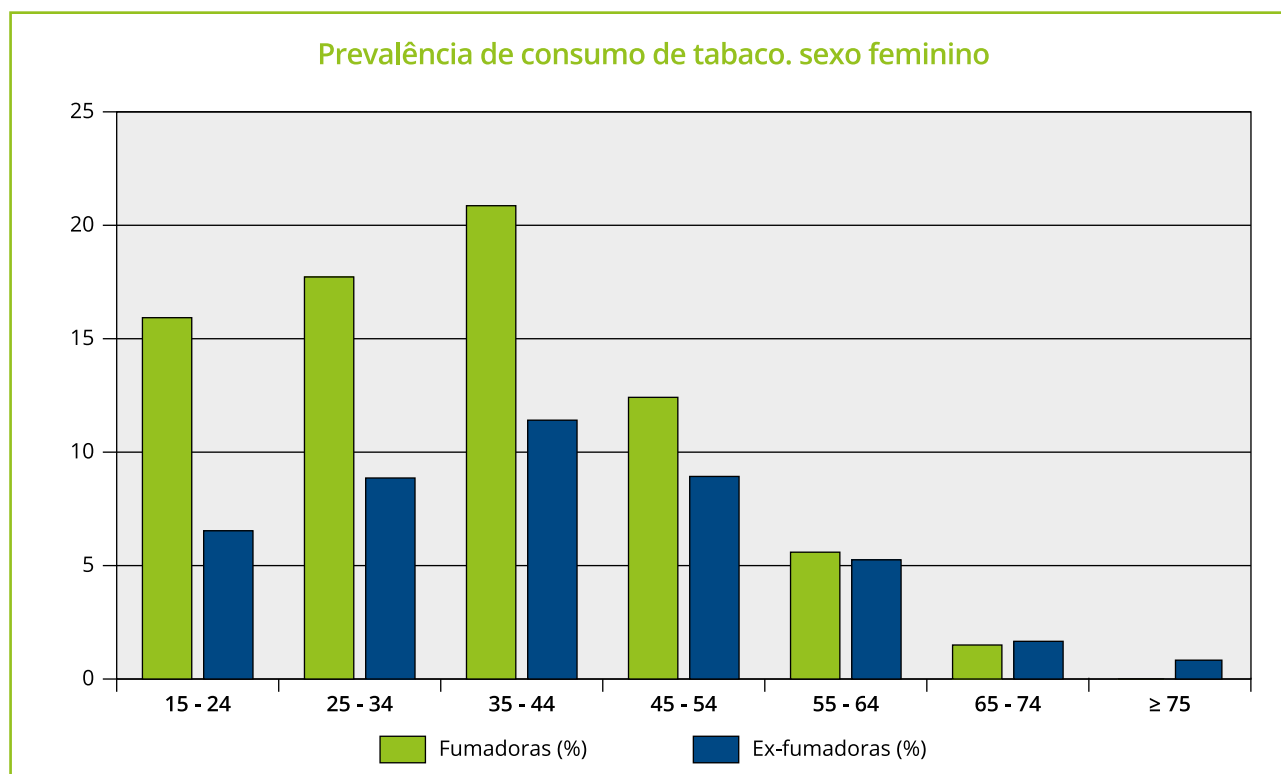
Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009. Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.1, página 107

Figura 15. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa do sexo masculino com ≥ 15 anos (% ponderadas para a população residente em Portugal), por grupo etário (2005/2006)



Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.

Figura 16. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa do sexo feminino com ≥ 15 anos (% ponderadas para a população residente em Portugal), por grupo etário (2005/2006)



Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.

Segundo dados recolhidos pelo 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012 (Balsa, Vital, Urbano, 2013), na população entre os 15 e os 74 anos, as prevalências do consumo de tabaco, em 2012, foram de: 44,3% ao longo da vida, 25,9% no último ano e de 24,2% no último mês, conforme quadro 52.

As diferenças nos consumos em função do sexo estão patentes no que se refere aos consumos experimentais (longo da vida), recentes (último ano) ou correntes (último mês), sendo sempre superiores no sexo masculino.

Quadro 52. Percentagem do consumo de tabaco na população portuguesa, 15-74 anos, (ao longo da vida, nos últimos 12 meses e no último mês), por sexo (2012)

Consumo de tabaco 15-74 anos (2012)			
Sexo	LV (%)	12M (%)	30D (%)
Masculino	60,0	34,6	33,0
Feminino	29,7	17,7	16,0
Total	44,3	25,9	24,2

LV-Ao Longo da Vida; 12M-12 meses; 30D-30 dias

Fonte: Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa. 2012. Relatório preliminar. Lisboa: CESNOVA. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, Abril 2013. Coleção Estudos- Universidades

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

De acordo com o estudo Eurobarometer, da Comissão Europeia, em 2012, Portugal apresentou uma proporção de fumadores de 28%, inferior à observada na União Europeia (23%), em particular no sexo feminino e nos grupos etários mais idosos, conforme se confirma no quadro 53.

Quadro 53. Consumo de tabaco por sexo e grupo etário, em Portugal e na União Europeia (2012)

Consumo de tabaco por sexo e grupo etário		
	Portugal	UE 27
Total	23%	28%
Sexo		
Masculino	32%	32%
Feminino	14%	24%
Grupo Etário		
15-24 anos	31%	29%
25-39 anos	37%	37%
40-54 anos	23%	34%
> 55 anos	6%	17%

Fonte: Eurobarometer, 2012 “fact sheet Portugal”

No que se refere às prevalências do consumo de tabaco, ponderadas e padronizadas pela idade e pelo sexo, em função dos anos de escolaridade com aproveitamento, verificou-se que, nos homens com menos de cinco anos de escolaridade, a prevalência de consumo (32,5%) foi superior à encontrada nos homens com mais de doze anos de escolaridade (24,1%). Pelo contrário, as mulheres com menos de cinco anos de escolaridade apresentaram uma prevalência de consumo (7,3%) inferior à encontrada nas mulheres com mais de doze anos de escolaridade (14,5%).

Quadro 54. Prevalência (%) de fumadores, nunca fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade, segundo o sexo, em Portugal (2005-2006)

Prevalência (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores						
Sexo	Anos de escolaridade	Fumador (%)		Nunca Fumador (%)	Ex-fumador (%)	
		Diário	Ocasional		Diário	Ocasional
		(n=6360)	(n=752)	(n=22554)	(n=4636)	(n=882)
Masculino	< 5 anos	28,3	4,2	30	12,9	1,9
	5 e 6	27,5	3,0	29,2	15,1	2,4
	7 a 9	28,3	1,8	29,6	14,5	3,1
	10 a 12	22,7	3,2	33,3	14,8	3,4
	> 12 anos	20,3	3,8	37,5	13,4	2,4
Feminino	< 5 anos	6,9	0,4	65,2	1,4	4,2
	5 e 6	10,6	0,9	61,3	3,1	2,1
	7 a 9	14,7	2,2	52,3	5,6	2,7
	10 a 12	15,1	1,0	51,7	6,9	2,7
	> 12 anos	12,8	1,7	53	7,2	2,9

Notas: Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n – n.º de respondentes.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Apêndice 1; 1.2, página 107

De acordo com o último INS (2005/2006) a prevalência de consumo de tabaco foi superior entre as pessoas desempregadas (45,3% nos homens e 21,8% nas mulheres).

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 55. Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e ex-fumadores por ocupação principal nas duas semanas que precederam a entrevista, segundo o sexo, em Portugal (2005-2006)

Prevalência ponderada						
Sexo	Ocupação principal	Fumador (%)		Nunca	Ex-fumador (%)	
		Diário	Ocasional	Fumador (%)	Diário	Ocasional
		(n=6360)	(n=752)	(n=22554)	(n=4636)	(n=882)
Masculino	Trabalhador ativo	32,6	4,1	40,4	19,6	3,4
	Desempregado	45,3	3,2	32,6	13,9	4,9
	Reformado	12,1	0,9	40,1	41,4	5,5
	Estudante	13,4	4,0	78,1	1,2	3,3
	Doméstico	8,1	0,0	77,3	5,7	8,9
	Permanentemente incapacitado	19,9	0,5	54,9	18,6	6,1
	Outra situação (inclui estágio não remunerado)	39,4	0,5	42,4	11,9	5,7
Feminino	Trabalhador ativo	15,1	1,6	73,7	6,5	3,0
	Desempregado	21,8	2,9	66,3	7,0	2,0
	Reformado	1,1	0,2	96	2,0	0,7
	Estudante	8,3	1,4	85,6	1,4	3,3
	Doméstica	6,0	0,4	90,0	2,2	1,4
	Permanentemente incapacitado	2,5	0,3	96,5	0,4	0,1
	Outra situação (inclui estágio não remunerado)	5,6	1,6	74,8	9,0	9,0

Fonte: Instituto Nacional de Saúde/Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.2, página 107

Notas: Percentagens calculadas com base na amostra ponderada; n – n.º de respondentes.

Em Portugal, o consumo de tabaco é mais elevado entre as pessoas com mais dificuldades económicas (26%) comparativamente às pessoas que não referem essas dificuldades (18%).

Quadro 56. Dificuldade em pagar contas referida pelos inquiridos fumadores (%), em Portugal e na União Europeia (2012)

Dificuldade em pagar contas		
	UE27 (%)	Portugal (%)
A maior parte do tempo	46	26
De tempos a tempos	34	24
Quase nunca	23	18

Fonte: Eurobarometer, 2012 "fact sheet Portugal".

6.8. Evolução do consumo de tabaco em Portugal

Quanto à evolução do consumo na população estudada nos quatro Inquéritos Nacionais de Saúde até hoje realizados, e analisando os dados amostrais não ponderados, observa-se uma tendência decrescente na proporção de fumadores diários na população masculina e uma evolução crescente, na população feminina (Portugal Continental), conforme se observa no quadro 57.

Quadro 57. Percentagem de fumadores diários entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade que responderam aos Inquéritos Nacionais de Saúde, por sexo, em Portugal Continental (1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006)

Percentagem de fumadores diários com ≥ 15 anos				
	1987	1995/1996	1998/1999	2005/2006
Homens	33,3	29,2	29,3	26,1
Mulheres	5,0	6,5	7,9	9,0
Ambos	18,4	17,3	18,0	17,2

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Inquéritos Nacionais de Saúde 1987, 1995/1996 e 1998/1999; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006; Apêndice 1; 1.1.

Segundo dados recolhidos pelos Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa (Balsa, Vital, Urbano, 2013), e considerando apenas a população dos 15 aos 64 anos, conclui-se que o consumo declarado ao longo da vida em 2012 (47,0%) foi bastante superior ao consumo declarado em 2001 (40,2%), embora ligeiramente inferior ao observado em 2007 (48,9%).

Já ao nível dos consumos no último mês, as diferenças entre os três períodos de aplicação deste Inquérito foram pequenas, embora se observe uma descida em 2012, em relação aos anos anteriores, conforme se observa no quadro 58 (Balsa, Vital, Urbano, 2013).

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 58. Prevalência (%) do consumo de tabaco na população portuguesa, 15-64 anos, ao longo da vida, nos últimos 12 meses e no último mês (2001, 2007 e 2012)

Prevalência do consumo de tabaco 2001-2012			
	LV (%)	12M (%)	30D (%)
2001	40,2	28,8	28,6
2007	48,9	30,9	29,4
2012	47,0	28,9	26,9

LV-Ao Longo da Vida; 12M-12 meses; 30D-30 dias
Fonte: Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa. 2012. Relatório preliminar. Lisboa: CESNOVA. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, Abril 2013. Coleção Estudos- Universidades

6.9. Consumo de tabaco por regiões

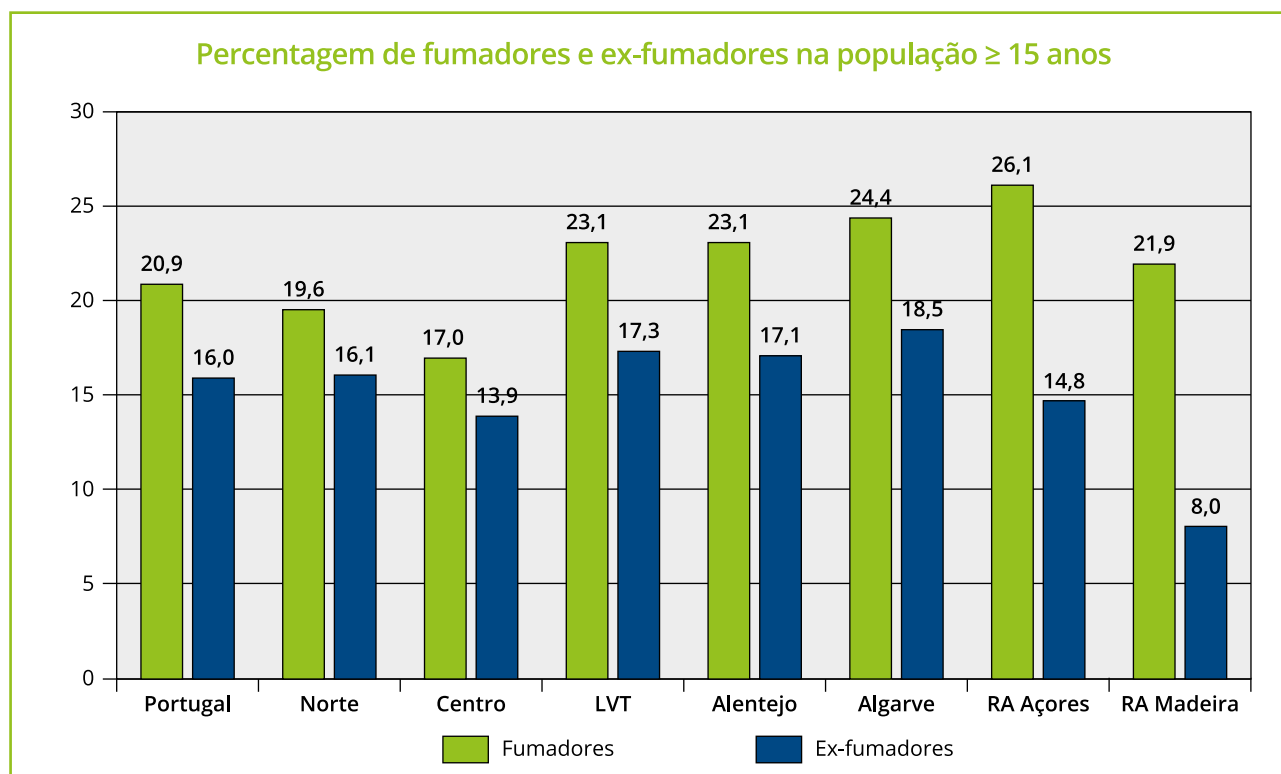
De acordo com os dados (não ponderados) do último INS (2005/2006), a Região Autónoma dos Açores e a Região do Algarve apresentaram as percentagens mais elevadas de inquiridos fumadores.

Quadro 59. Percentagem de fumadores e ex-fumadores na população ≥ 15 anos, ambos os sexos, em Portugal e por região de residência (INS 2005/2006)

Percentagem de fumadores e ex-fumadores na população de ≥ 15 anos, por região		
Região	Fumadores	Ex-fumadores
Portugal	20,9	16,0
Norte	19,6	16,1
Centro	17,0	13,9
LVT	23,1	17,3
Alentejo	23,1	17,1
Algarve	24,4	18,5
R A Açores	26,1	14,8
R A Madeira	21,9	8,0

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional de Estatística – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais. Lisboa: INSA, IP/INE, 2008.

Figura 17. Percentagem de fumadores e ex-fumadores na população ≥ 15 anos, em Portugal e por região de residência, (INS 2005/2006) (Dados nacionais não ponderados)



Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional de Estatística – Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais. Lisboa: INSA, IP/INE, 2008.

Nos homens, o consumo de tabaco foi mais elevado na Região Autónoma dos Açores e na Região do Alentejo. Nas mulheres, nas Regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve (INS 2005/2006).

Quadro 60. Prevalências, ponderadas e padronizadas pela idade, de fumadores, não fumadores e ex-fumadores na população ≥ 15 anos, por sexo, em Portugal e por região de residência (% calculadas com base na amostra ponderada, INS 2005/2006)

Região	Fumadores		Nunca fumadores	Ex-fumadores	
	Diários (n=6360)	Ocasionais (n=752)	(n=22555)	Diários (n=4638)	Ocasionais (n=882)
Sexo Masculino					
Norte	24,6	2,9	33,3	13,6	2,9
Centro	20,5	4,1	37,6	11,7	3,5
LVT	24,0	2,6	34,7	13,8	2,2
Alentejo	29,9	2,9	29,4	12,1	3,0
Algarve	27,1	3,7	30,8	13,3	2,4
RA Açores	31,0	1,6	30,2	13,7	0,9
RA Madeira	23,4	3,6	40,5	8,6	1,2
Sexo Feminino					
Norte	7,6	1,1	63,0	3,8	2,5
Centro	8,3	0,8	63,8	2,9	2,2
LVT	15,4	1,3	53,7	5,3	2,2
Alentejo	12,1	1,9	56,7	4,3	3,2
Algarve	12,9	2,9	54,8	5,3	2,3
RA Açores	11,0	1,3	60,3	4,1	1,4
RA Madeira	8,4	2,0	65,9	1,2	0,6

Fonte: Adaptado de Machado, A.; Nicolau, R.; Dias, C. M. – Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2009.
n= n.º de respondentes

6.10. Intensidade do consumo

Em 2012, os atuais fumadores portugueses, consumiam em média 14,4 cigarros por dia, valor semelhante ao observado na UE e inferior ao observado em 2009, 15,5 cigarros.

Os ex-fumadores referiram fumar 19,4 cigarros por dia (Eurobarometer 2012). Estes resultados parecem confirmar que, em Portugal, parece haver uma redução no número médio de cigarros fumados por dia.

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 61. Evolução do número médio de cigarros fumados por dia, em Portugal e na União Europeia (2009-2012)

Evolução do número médio de cigarros fumados por dia		
	2012	2009
Alemanha	15,3	14,7
Áustria	18,3	17,7
Bélgica	14,2	15,7
Bulgária	15,1	15,8
Chipre	20,5	21,7
Dinamarca	14,7	14,6
Eslováquia	11,7	13,5
Eslovénia	14,6	17,2
Espanha	13,4	13,9
Estónia	13,8	13,3
Finlândia	14,5	12,8
França	11,9	12,2
Grécia	19,4	19,6
Holanda	14,2	14,2
Hungria	15,6	16,3
Irlanda	15,7	16,0
Itália	13,9	13,0
Letónia	13,0	13,1
Lituânia	13,1	12,6
Luxemburgo	15,9	17,2
Montenegro	16,4	16,3
Polónia	15,1	15,3
Portugal	14,4	15,5
Reino Unido	13,2	14,6
República Checa	14,1	13,9
Roménia	14,4	15,0
Suécia	12,8	10,1
UE27	14,2	14,4

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

Quadro 62. Evolução do número de cigarros consumidos na população, por dia, em Portugal (2008-2012)

Número de cigarros consumidos				
	2008*	2009**	2010***	2012****
Homens	18,0	-	15,5	-
Mulheres	13,0	-	11,6	-
Total	-	15,5	14,2	14,4

Fonte: * Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience; 2008. **European Commission. Tabacco: Special Eurobarometer 332. – tabaco. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010.***Paixão E, Dias CM, Branco, MJ. Infotabaco. Uma observação em 2010. Relatório. Lisboa: INSA. Departamento de Epidemiologia; Dezembro 2010.**** "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

6.11. Grau de dependência

Segundo dados recolhidos pelo 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012, (Balsa, Vital, Urbano, 2013) e analisando apenas a população dos 15 aos 74 anos conclui-se que, segundo o Teste de Fagerström, apenas 2,4% desta população apresentou um grau de dependência elevado em relação à nicotina; 9,0% uma dependência moderada e 14,5% uma dependência baixa. Nos inquiridos fumadores, 9,4% apresentaram um grau de dependência elevado; 34,6% uma dependência moderada e 56,0% uma dependência baixa.

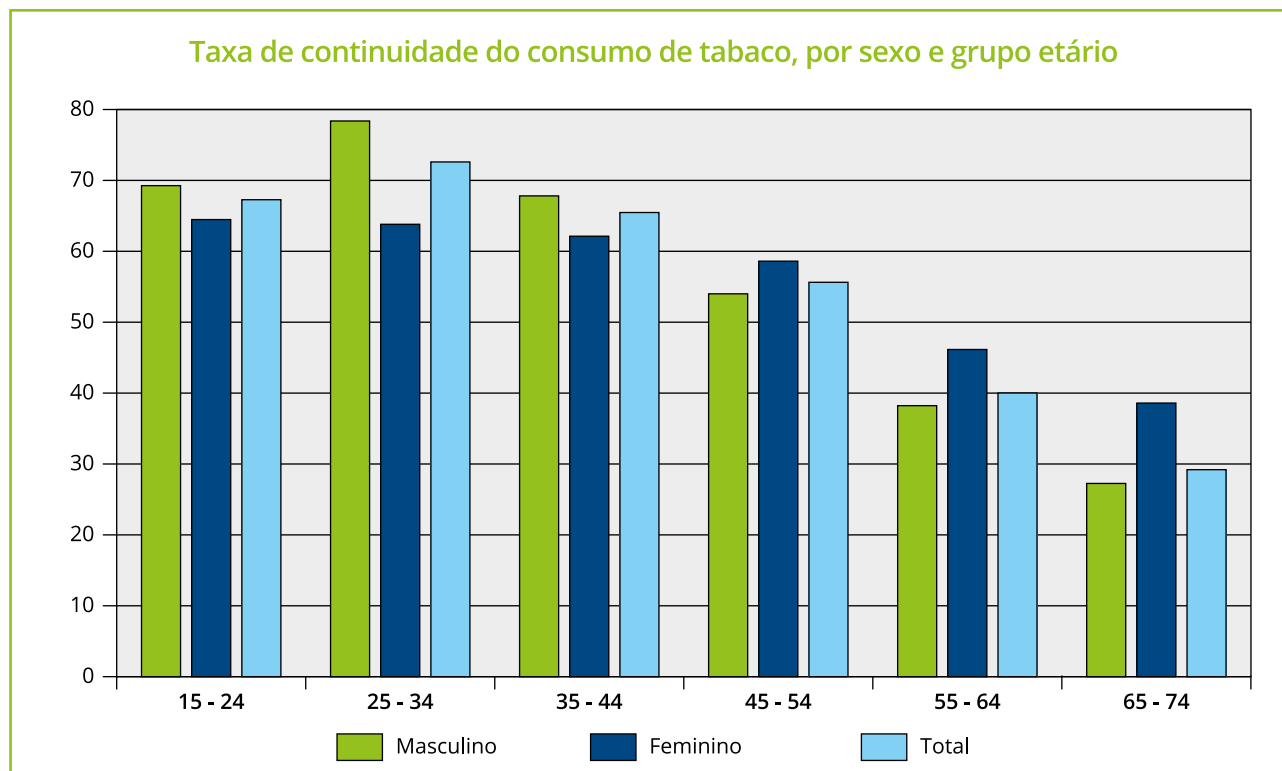
6.12. Taxa de continuidade do consumo

A taxa de continuidade do consumo de tabaco traduz a proporção de fumadores ao longo da vida que declararam ter fumado no último ano (Balsa, Vital, Urbano, 2013).

Segundo dados do 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012, esta taxa, na população dos 15 aos 74 anos, foi, em 2012, de 58,4%; 57,7% no sexo masculino e 59,6% no sexo feminino (Balsa, Vital, Urbano, 2013).

As taxas de continuidade de consumo apresentam os valores mais elevados no grupo etário dos 25-34 anos (72,4%), decaindo com o avançar da idade, à medida que a cessação tabágica aumenta, conforme figura 17.

Figura 18. Taxa de continuidade do consumo de tabaco (%), por sexo e grupo etário, em Portugal (2012)



Fonte: Adaptado de Balsa, Vital, Urbano. 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa 2012 (tabela 33).

6.13. Fatores que influenciam a escolha dos produtos do tabaco

Em Portugal, o sabor, o preço e a marca são o fatores que mais influenciam a escolha do tabaco.

O factor preço foi mais valorizado pelas pessoas com dificuldades económicas (79%), pelas pessoas desempregadas (78%), pelas classes sociais mais baixas (76%), pelos adolescentes dos 15-24 anos (74%) e pelas pessoas com menos anos de escolaridade.

Quadro 63. Fatores que influenciam a escolha do tabaco (Europa) (2012)

Fatores que influenciam a escolha do tabaco						
	Sabor do tabaco (%)	Marca específica (%)	Preço (%)	Teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono (%)	Sabores específicos (mentol, picante, frutado ou doce) (%)	Embalagem (%)
Sexo						
Masculino	85	69	64	43	29	23
Feminino	84	70	67	46	36	24
Grupo Etário						
15-24 anos	85	62	74	46	31	22
25-39 anos	87	69	70	49	33	27
40-54 anos	86	69	66	45	34	24
> 55 anos	80	73	58	41	31	21
Idade de conclusão da escolaridade						
15-	83	74	70	44	28	23
16-19	84	68	70	45	33	24
> 20	85	70	54	44	34	23
A estudar	85	62	68	50	33	23
Ocupação						
Trabalhador Independente	86	75	58	51	28	24
Gerente	86	72	51	40	35	19
Empregado escritório	89	73	69	53	37	29
Trabalhador manual	87	70	72	45	34	24

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Doméstico	85	65	71	45	30	26
Desempregado	84	63	78	46	32	26
Reformado	80	71	58	38	31	21
Estudante	85	62	68	50	33	23
Dificuldade em pagar contas						
Maior parte do tempo	85	63	79	50	27	23
De tempos a tempos	88	71	77	51	33	29
Quase nunca	83	70	58	40	33	22
Auto posicionamento na escala social						
Baixa (1-4)	83	62	76	42	32	23
Média (5-6)	85	72	65	44	33	23
Alta (7-10)	85	73	56	48	33	26
Portugal	88	74	85	61	37	31
UE 27	84	69	65	45	32	23

Base-Fumadores e ex-fumadores de cigarros (n=12.732)

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

6.14. Consumo de tabaco durante a gravidez

Fumar durante a gravidez compromete gravemente a saúde da mãe e do feto, aumentando o risco de diversas complicações, em particular do baixo peso ao nascer, dos partos de pré-termo e da mortalidade perinatal.

De acordo, com o European Perinatal Health Report 2010, elaborado no âmbito do projeto Euro-Peristat, que recolhe dados sobre a saúde e os cuidados prestados às mulheres grávidas e crianças na Europa, nos países com dados disponíveis, mais de 1 em cada 10 mulheres fumadoras continuaram a fumar durante a gravidez. O consumo de tabaco durante a gravidez foi mais frequente na Escócia (19%), País de Gales (16%) e França (18%). Onze países não forneceram dados sobre esta questão, nomeadamente Portugal (The European Perinatal Health Report 2010).

Não existem dados nacionais representativos do comportamento face ao tabaco das mulheres grávidas portuguesas.

No âmbito do projeto de investigação “Geração XXI”, foi realizado um estudo, por Alves et al, 2013, numa coorte de 5.420 mães, nas maternidades da cidade do Porto, em 2005-2006, reavaliada quatro anos mais tarde. Eram fumadoras 22,9% das mulheres grávidas observadas e, destas:

- 11,0% não modificaram o consumo;
- 47,4% pararam de fumar durante a gravidez. Das quais:
 - 15,2% pararam definitivamente (32,0% das 47,4% que pararam);
 - 32,1% recaíram, após o parto.
- 41,7% reduziram o consumo, em média 8,9 cigarros/dia (de 15,4 para 6,5):
 - 7,9% mantiveram essa redução ;
 - 33,8% não mantiveram essa redução.

As mulheres que fumaram 10 ou mais cigarros por dia, nos três meses anteriores à gravidez, apresentaram uma probabilidade de parar de fumar aproximadamente 50% inferior às restantes mulheres grávidas fumadoras.

As mulheres grávidas, com mais de 12 anos de escolaridade, apresentaram uma probabilidade de parar de fumar cerca de 40% superior à observada nas mulheres grávidas, com menos de 10 anos de escolaridade.

6.14.1. Gravidez e baixo peso ao nascer

De acordo com Dietz et al (2010), nas mulheres grávidas americanas, 13 a 19% de partos de crianças com baixo peso ao nascer são atribuíveis ao consumo de tabaco durante a gravidez (American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010; 2012).

Em Portugal, a percentagem de nados vivos com baixo peso à nascença tem vindo a aumentar em ambos os sexos. Contudo, não existem dados relativamente ao consumo de tabaco das mães.

Quadro 64. Nados vivos com baixo peso à nascença (/100 nados vivos) por sexo do nado vivo, em Portugal (2007 a 2012)

Nados vivos com baixo peso à nascença (/100 nados vivos)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ambos os sexos	7,8	7,7	8,2	8,3	8,4	8,5
Masculino	6,9	7,0	7,3	7,4	7,5	7,6
Feminino	8,8	8,4	9,1	9,3	9,3	9,4

Nota: São considerados de baixo peso os nados vivos que nasceram com peso inferior a 2500 gramas.

Fonte: INE (2013)

7. Cessaçãõ tabágica

Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006), disseram ser ex-fumadores 16,1% dos inquiridos com 15 ou mais anos de idade; 26,0% dos homens e 6,9% das mulheres.

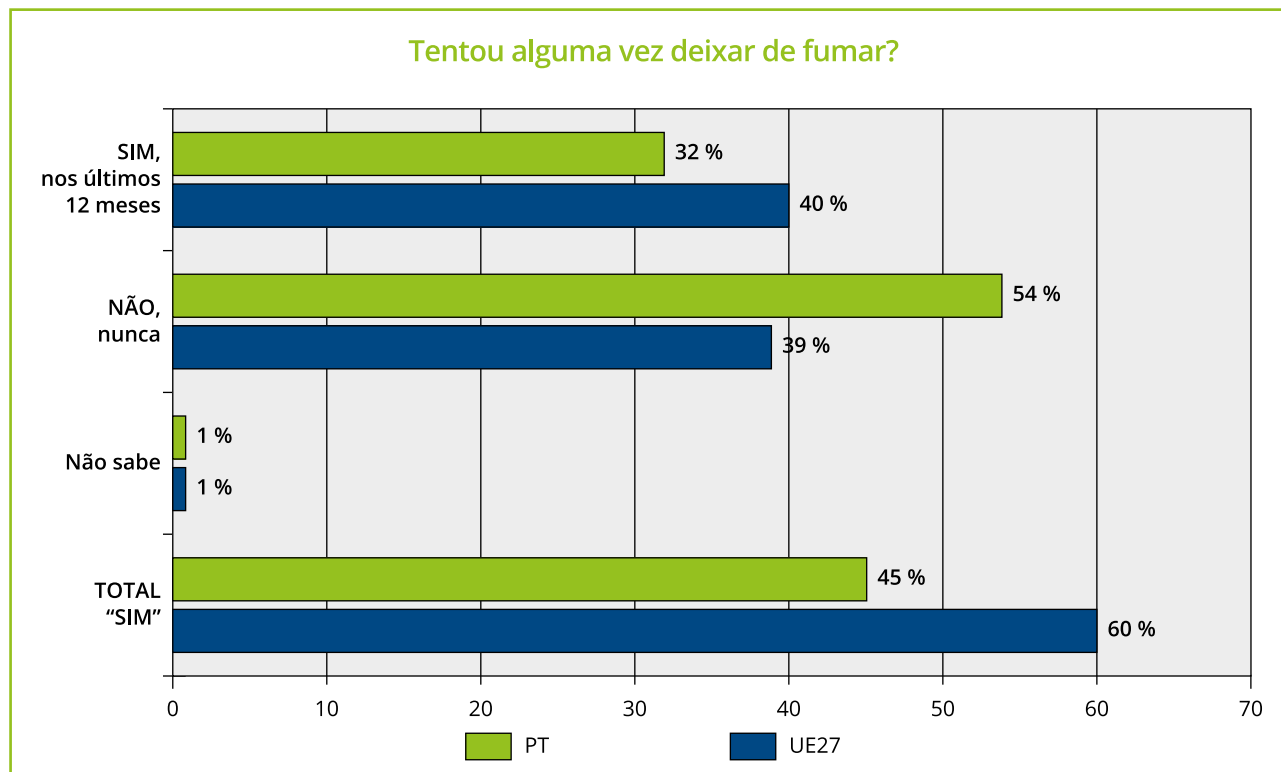
Em 2012, de acordo com os dados obtidos no estudo Eurobarometer, disseram ser ex-fumadores 15% dos inquiridos portugueses com ≥ 15 anos de idade e 21% dos Europeus (Eurobarometer 2012).

7.1. Tentativas para parar de fumar

De acordo com o estudo Eurobarómetro (2012), dos fumadores portugueses inquiridos, 54% nunca fizeram qualquer tentativa para deixar de fumar, valor bastante superior à média europeia (39%), (Eurobarometer 2012), conforme figura 19.

Apenas 14% dos inquiridos portugueses disseram ter feito uma tentativa para parar de fumar nos doze meses anteriores à inquirição (média europeia: 21%), (Eurobarometer 2012).

Figura 19. Tentativas para parar de fumar (%), em Portugal e na União Europeia (2012)



Fonte: European Commission. TNS Opinion and Social. Special. "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

Dos fumadores portugueses inquiridos que fizeram uma tentativa para parar de fumar, nos últimos 12 meses, (84%) não tiveram qualquer tipo de apoio, cerca de 10% tomaram medicamentos e 5% pediram apoio ao médico ou a outro profissional de saúde (Eurobarometer, 2012), como se observa no quadro 65

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 65. Forma utilizada para tentar deixar de fumar (%), em Portugal e na União Europeia (2012)

Forma utilizada para tentar deixar de fumar				
	Fumadores* (%) (n=4 470)		Ex-fumadores (%) (n=5 703)	
	UE27	Portugal	UE27	Portugal
Sem assistência	66	84	74	84
Medicamentos substitutos de nicotina (Pastilhas, pensos, inaladores) ou outros medicamentos	22	10	8	1
Apoio médico/outro profissional de saúde/ outros serviços especializados para deixar de fumar, como clínicas ou especialistas	7	5	6	5
Cigarros eletrónicos ou tabaco sem fumo	7	1	2	1
Terapias alternativas tais como acupunctura ou hipnose	4	1	1	0
Linha telefónica para deixar de fumar	1	1	1	0
Serviços online para deixar de fumar	1	0	0	0
Outros	8	3	9	8
Não sabe	27	1	5	3

*Fumadores que tentaram deixar de fumar nos últimos 12 meses.
Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

Em 2009, dos fumadores portugueses que tentaram parar de fumar, apenas 24% se mantinham abstinentes dois meses após a última tentativa (média Europeia: 19%), (Eurobarometer 2010).

7.2. Motivação para parar de fumar

Segundo dados recolhidos pelo 3.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa, 2012 (Balsa, Vital, Urbano, 2013), em 2012, entre a população consumidora dos 15 aos 74 anos, apenas 1,6% apresentavam uma motivação elevada para deixar de fumar, avaliada através do teste de Richmond. A motivação foi moderada para cerca de 13,0% dos fumadores e baixa para 85,5%.

7.3. Motivos para parar de fumar na última tentativa

A preocupação com a sua saúde, o preço do tabaco e a influência da família ou dos amigos foram os motivos mais frequentemente citados pelos fumadores portugueses para tentarem parar de fumar.

O aconselhamento médico ou de um outro profissional de saúde foi citado por cerca de 10% dos fumadores e ex-fumadores que tentaram parar de fumar nos 12 meses anteriores à inquirição.

Quadro 66. Motivos para deixar de fumar reportados à última tentativa (%), em Portugal e na União Europeia (2012)

Motivos para parar de fumar				
	Fumadores* (%) (n=4 470)		Ex-fumadores (%) (n=5 703)	
	UE27	Portugal	UE27	Portugal
Preocupação com a sua saúde	60	59	60	60
Preço do tabaco	35	48	31	22
Família/Amigos	33	26	21	26
Aconselhamento médico/profissional de saúde para deixar de fumar	10	9	11	11
Preocupação s/efeito do s/fumo em não fumadores	7	8	9	6
Reprovação social do consumo	4	3	5	4
Restrições ao consumo no local de trabalho	4	4	4	3
Restrições ao consumo em lugares públicos, como bares e restaurantes	4	3	3	1
Avisos de saúde nas embalagens de tabaco	3	3	3	3
Campanha nos media	2	2	1	0
Medicação para deixar de fumar grátis ou a custo baixo	2	4	1	1
Disponibilidade via linha telefónica ou online	0	1	0	0
Outros	6	3	9	4
Nenhuns	4	6	5	7
Não sabe	1	0	3	2

*Fumadores que tentaram deixar de fumar nos últimos 12 meses
 Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

7.4. Campanha Europeia “Ex-smokers are unstoppable”: Projeto ICoach

No âmbito da campanha europeia “Ex-smokers are unstoppable” promovida pela Comissão Europeia, Portugal tornou-se o 7.º país dos Estados Membros com mais pessoas a tentar deixar de fumar e o 2.º país com mais utilizadores da versão para IPhones logo a seguir ao Reino Unido. Na UE, 37% das pessoas registadas tornaram-se ex-fumadoras (avaliação efetuada 3 meses após a cessação tabágica). Na versão online do ICoach, a média de idade é de 36 anos e 64% encontra-se na faixa etária dos 25 aos 34 anos. O público masculino corresponde a 56%.

Quadro 67. Número de pessoas que aderiram ao ICoach, em Portugal e na União Europeia (Junho de 2011 a Abril de 2013)

Número de pessoas que aderiram ao ICoach		
	Europa	Portugal
N.º de registos	380 819	19 234

Fonte: Direção-Geral da Saúde. “Comissão Europeia divulga dados de campanha “Os Ex-fumadores são imparáveis”. Disponível em www.dgs.pt, acedido em 3 de junho de 2013.

7.5. Consultas de cessação tabágica

A inexistência de um sistema de informação adequado aos registos clínico e de enfermagem das atividades realizadas no âmbito do aconselhamento breve e da consulta de apoio intensivo à cessação tabágica limita a obtenção de dados nesta área.

7.5.1. Locais de consulta

Os locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica registaram uma subida após a entrada em vigor da lei do tabaco, tendo diminuído a partir de 2010. Em 2012 o número de locais de consulta foi inferior ao observado antes de esta lei entrar em vigor.

Quadro 68. Número de locais de consultas de cessação tabágica, por ARS (2007-2012)

N.º de locais de consulta de Cessação Tabágica						
ARS	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	53	86	85	57	45	32
Centro	47	53	63	53	55	50
LVT	40	46	47	40	40	33
Alentejo	11	16	16	21	13	9
Algarve	3	11	12	10	8	3
Total	154	212	223	181	161	127

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve

7.5.2. Movimento das consultas

Tendo por base uma recolha efetuada através de mapas de preenchimento manual, estima-se que sejam atendidos por ano cerca de 7000 utentes nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica. Não existem dados relativos às intervenções breves.

Quadro 69. Caracterização da procura das consultas de cessação tabágica: número de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2012)

N.º total de fumadores				
ARS	2009	2010	2011	2012
Norte	3048	1137	1992
Centro	419	1623	1213	1554
LVT	3600	2924	3194	3067
Alentejo	198	848*	219
Algarve	483	370	234	127
Total	7748	...	6626	6959

Fonte: Administrações Regionais de Saúde

Nota: O n.º total de fumadores corresponde ao número de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS no Continente
*total de consultas, ausência de dados para o n.º de 1.as consultas

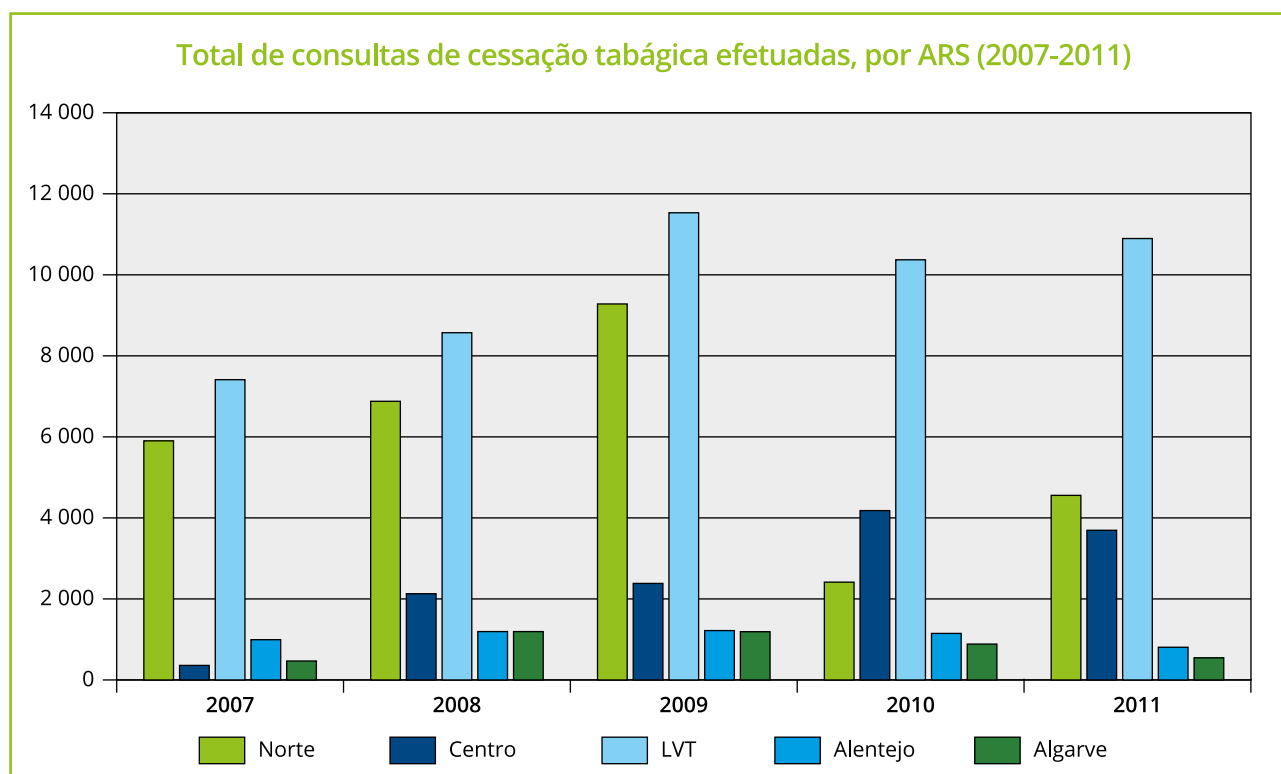
Quanto ao número de consultas realizadas, conclui-se que estas registaram uma subida até 2009, com um decréscimo acentuado em 2010 e alguma recuperação em 2011 e 2012.

Quadro 70. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, em Portugal Continental e por ARS (2007 a 2012)

Total de Consultas de Cessação Tabágica						
ARS	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Norte	5 948	6 916	9 278	2 458*	4 589*	5038*
Centro	400	2 159	2 400	4651	3 728	4403
LVT	7 421	8 590	11 524	10 389	10 919	10445
Alentejo	1 054	1 216	1 330	1 208	848	661
Algarve	495	1 221	1 233	914	583	351
Total	15 318	20 102	25 765	19 620	20 667	20898

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve
 *Dados estimados (incompletos)

Figura 20. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, por ARS (2007-2011)



Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, LVT, Alentejo e Algarve

7.6. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica nas farmácias

Os medicamentos de apoio à cessação tabágica não são comparticipados pelo SNS. Os substitutos de nicotina são de venda livre. Os restantes medicamentos exigem prescrição médica.

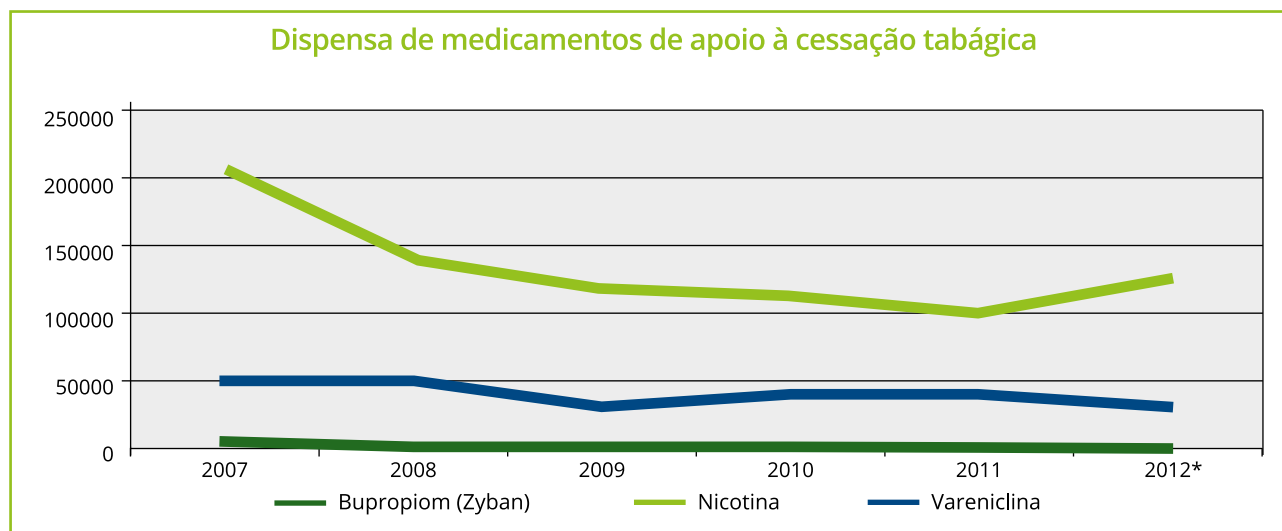
Os substitutos de nicotina são o medicamento de apoio à cessação tabágica mais comercializado. A sua dispensa para comercialização registou um decréscimo acentuado entre 2007, ano anterior à entrada em vigor da lei do tabaco, e 2011. Contudo, em 2012, registou-se um aumento para valores próximos dos observados em 2008.

Quadro 71. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2007 a 2012)

Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica						
DCI	2007 (n.º emb.)	2008 (n.º emb.)	2009 (n.º emb.)	2010 (n.º emb.)	2011 (n.º emb.)	2012*
Bupropiom (Zyban)	3 929	2 023	1 132	908	722	623
Nicotina	203 276	140 625	113 575	111 577	96 027	124 805
Vareniclina	48 860	52 048	35 409	37 440	36 469	31 469

*Dados de 2012 em validação.
Fonte: Infarmed, 2013.

Figura 21. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2007 a 2012)



*Dados de 2012 em validação.
Fonte: Infarmed, 2013.

8. Exposição ao fumo ambiental do tabaco

De acordo com dados do último INS (2005/2006) encontravam-se expostos ao fumo ambiental do tabaco mais de metade dos inquiridos entre os 10 e os 64 anos. O grupo etário que referiu um maior tempo de exposição foi o dos 25 aos 34 anos, conforme se verifica no quadro 72.

Quadro 72. Exposição ao fumo ambiental do tabaco (%) por grupo etário, em Portugal (2005-2006)

Exposição ao fumo ambiental do tabaco (%)						
Grupo etário	Ao longo da semana, quanto tempo está em espaços fechados junto de fumadores:					
	Quase Sempre	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	Não sabe/não responde
10 a 14 anos	2,2	2,5	9,9	35,7	49,4	0,4
15 a 24 anos	6,3	11,4	30,3	31,4	19,6	1,0
25 a 34 anos	17,0	10,1	23,2	36,4	22,4	0,7
35 a 44 anos	7,2	9,2	20,2	39,3	23,7	0,4
45 a 54 anos	6,2	6,0	17,9	39,3	30,5	0,2
55 a 64 anos	1,0	5,6	13,7	34,6	42,6	0,3
65 a 74 anos	1,5	3,1	10,0	33,4	52,1	0,1
75 a 84 anos	0,9	1,9	4,2	27,4	65,5	0,0
> 85 anos	x	0,6	2,6	19,2	77,3	x

Fonte: INSA/INE – Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006). <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Paginas/INS2005-2006.aspx> consultado em 30 de maio de 2013.

8.1. Exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho

Em Portugal, entre 2005 e 2010, observou-se uma redução acentuada na percentagem de trabalhadores que disseram estar expostos ao fumo do tabaco, pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo, de 29,0% para 7,8%.

A Irlanda, país que adotou uma lei restritiva de proibição do fumo nos locais de trabalho, apresentou a proporção mais baixa de trabalhadores expostos pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo (3,7%).

Quadro 73. Percentagem de trabalhadores expostos ao fumo ambiental do tabaco em 35 países europeus (2005-2010)

Percentagem de trabalhadores expostos ao fumo ambiental do tabaco na Europa				
	2005		2010	
	< $\frac{1}{4}$ do tempo	Pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo	< $\frac{1}{4}$ do tempo	Pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo
Albânia	0,0%	0,0%	75,3%	24,7%
Alemanha	74,4%	25,6%	86,8%	13,2%
Áustria	77,4%	22,6%	82,4%	17,6%
Bélgica	81,3%	18,7%	89,6%	10,4%
Bulgária	85,6%	14,4%	83,2%	16,8%
Chipre	81,0%	19,0%	88,1%	11,9%
Croácia	64,1%	35,9%	80,9%	19,1%
Dinamarca	72,5%	27,5%	91,2%	8,8%
Eslováquia	83,1%	16,9%	87,5%	12,5%
Eslovénia	82,5%	17,5%	91,9%	8,1%
Espanha	71,8%	28,2%	84,6%	15,4%
Estónia	72,8%	27,2%	86,8%	13,2%
Finlândia	88,7%	11,3%	94,7%	5,3%
França	80,1%	19,9%	90,9%	9,1%
Grécia	62,8%	37,2%	82,4%	17,6%
Holanda	84,4%	15,6%	93,3%	6,7%
Hungria	77,0%	23,0%	82,4%	17,6%
Irlanda	94,2%	5,8%	96,3%	3,7%
Itália	90,9%	9,1%	89,2%	10,8%
Kosovo	0,0%	0,0%	52,0%	48,0%
Letónia	71,1%	28,9%	83,4%	16,6%
Lituânia	72,5%	27,5%	86,1%	13,9%

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Luxemburgo	82,8%	17,2%	86,5%	13,5%
Macedónia	0,0%	0,0%	86,5%	13,5%
Malta	84,1%	15,9%	86,8%	13,2%
Montenegro	0,0%	0,0%	60,7%	39,3%
Noruega	91,3%	8,7%	93,7%	6,3%
Polónia	80,1%	19,9%	87,4%	12,6%
Portugal	71,0%	29,0%	92,2%	7,8%
Reino Unido	85,3%	14,7%	95,4%	4,6%
Rep. Checa	79,6%	20,4%	83,6%	16,4%
Roménia	75,0%	25,0%	79,4%	20,6%
Suécia	93,3%	6,7%	93,1%	6,9%
Suíça	86,2%	13,8%
Turquia	71,8%	28,2%	81,6%	18,4%

Fonte: European Foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time – First findings from the fifth European Working Conditions Survey.
http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_04_05_pt.htm,
 acedido em 30 de maio de 2013

Em 2010, 12,5% dos homens e 2,5% das mulheres referiram estar expostos pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo ao fumo do tabaco no seu local de trabalho.

Quadro 74. Alteração da exposição ao fumo do tabaco em ambiente laboral, por sexo, em Portugal (2005-2010)

Alteração da exposição em ambiente laboral				
	2005		2010	
	< $\frac{1}{4}$ do tempo	Pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo	< $\frac{1}{4}$ do tempo	Pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo
Masculino	61,7%	38,3%	87,5%	12,5%
Feminino	81,9%	18,1%	97,5%	2,5%
Total	71,0%	29,0%	92,2%	7,8%

Fonte: European Foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time – First findings from the Fifth European Working Conditions Survey.
http://www.eurofound.europa.eu/surveys/smt/ewcs/ewcs2010_04_05_pt.htm
 acedido em 29 de maio de 2013.

Portugal registou um decréscimo significativo na percentagem de trabalhadores expostos ao fumo ambiental do tabaco, entre 2005 e 2010, quer em homens quer em mulheres.

Segundo dados referentes a 2012, 82% dos trabalhadores portugueses inquiridos responderam nunca estar expostos ao fumo ambiental do tabaco no seu local de trabalho; 5% referiram uma exposição igual ou superior a uma hora por dia (2012), valor inferior ao encontrado na UE27 (7%).

Quadro 75. Tempo de exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho, em Portugal e na União Europeia (2012)

Tempo de exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho					
	Quase nunca (%)	Ocasionalmente (%)	< 1 hora/dia (%)	1-5 horas/dia (%)	> 5 horas/dia (%)
UE27	72	17	4	4	3
Portugal	82	11	2	3	2

Base: Respondentes atualmente empregados, excluindo as respostas "Não relevante" e "Não sei", n=12.941
Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

8.2. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro

Tendo por base um estudo epidemiológico, promovido pela DGS em 2008, registou-se um ligeiro decréscimo na percentagem de pessoas fumadoras que assumiram fumar em casa na presença de crianças, de grávidas ou de não fumadores, após a entrada em vigor da nova lei do tabaco.

Quadro 76. Hábitos tabágicos em casa, na presença de grupos específicos, antes e depois da Lei do tabaco, em 2008

Hábitos tabágicos em casa, na presença de grupos específicos, antes e depois da Lei do tabaco, em 2008				
		Fuma em casa na presença de crianças?	Fuma em casa na presença de grávidas?	Fuma em casa na presença de não fumadores?
Antes da Lei	Sim	15,5%	9,5%	33,3%
	Não	75,5%	80,0%	49,1%
	Ocasionalmente	9,1%	10,5%	17,5%
Depois da Lei	Sim	15,1%	8,8%	31,8%
	Não	77,4%	82,4%	52,7%
	Ocasionalmente	7,5%	8,8%	15,5%

Fonte: Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience, 2008

De acordo com dados de dezembro de 2008 recolhidos pelo estudo Eurobarómetro (Flash Eurobarometer 253, 2009), 13% de portugueses inquiridos não fumadores estavam expostos ao fumo do tabaco em sua casa, sendo a média da UE27 de 14% (European Commission, 2009). De acordo com o mesmo estudo, cerca de 24% dos fumadores portugueses assumiram expor terceiras pessoas ao fumo em sua casa.

Dados recolhidos em outubro de 2009, em Portugal, 66% dos inquiridos não permitiam fumar em casa, 19% limitava o consumo a algumas divisões e 13% não colocava qualquer restrição ao fumo. Quando analisadas as respostas dos fumadores, apenas 31% não permitia fumar em casa, 36% limitava o consumo a algumas divisões e 32% não impunha qualquer limite ao fumo. Um em cada 5 não fumadores portugueses inquiridos (> 15 anos) permitia que se fumasse em sua casa, conforme se confirma no quadro 77. (Special Eurobarometer 332, European Commission, 2010).

Dos inquiridos que disseram possuir carro, a maioria (71%) não permitia que se fumasse no seu interior, conforme se observa no quadro 78.

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 77. Atitudes face ao consumo de tabaco em casa, em Portugal e na União Europeia (2009)

Atitudes face ao consumo de tabaco, em casa				
	Fumadores (%)		Total de inquiridos (%)	
	UE27	Portugal	UE27	Portugal
Não é permitido fumar	30	31	61	66
Fumar é permitido apenas em algumas divisões	42	36	24	19
Fumar é permitido	28	32	14	13
Não sabe	-	-	1	2

Fonte: Special Eurobarometer 332, Eurobarometer, 2010

Quadro 78. Atitudes face ao consumo de tabaco, no carro, em Portugal e na União Europeia (2009)

Atitudes face ao consumo de tabaco, no carro		
	Total de inquiridos (%)	
	UE27	Portugal
Não é permitido fumar	52	43
Fumar é permitido às vezes	9	10
Fumar é permitido	11	8
Não tem carro/Não sabe	28	39

Fonte: Special Eurobarometer 332, Eurobarometer, 2010

8.3. Exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro

As crianças são particularmente vulneráveis aos efeitos nocivos do fumo do tabaco. No âmbito de um projeto de investigação de âmbito nacional “Prevenção da exposição de crianças ao fumo ambiental do tabaco no seu domicílio”, realizado em 2012, constatou-se que 32,6% das crianças (com uma média de idades de 9 anos) que participaram neste estudo estavam expostas ao fumo no seu domicílio, diária (14,3%) ou ocasionalmente (18,3%).

Das crianças participantes que costumavam viajar de carro, 29,1% afirmaram estar expostas ao fumo de tabaco na viatura onde habitualmente eram transportadas, 4,9% sempre e 24,2% ocasionalmente (Precioso et al., 2012).

8.4. Exposição ao fumo ambiental do tabaco em locais públicos

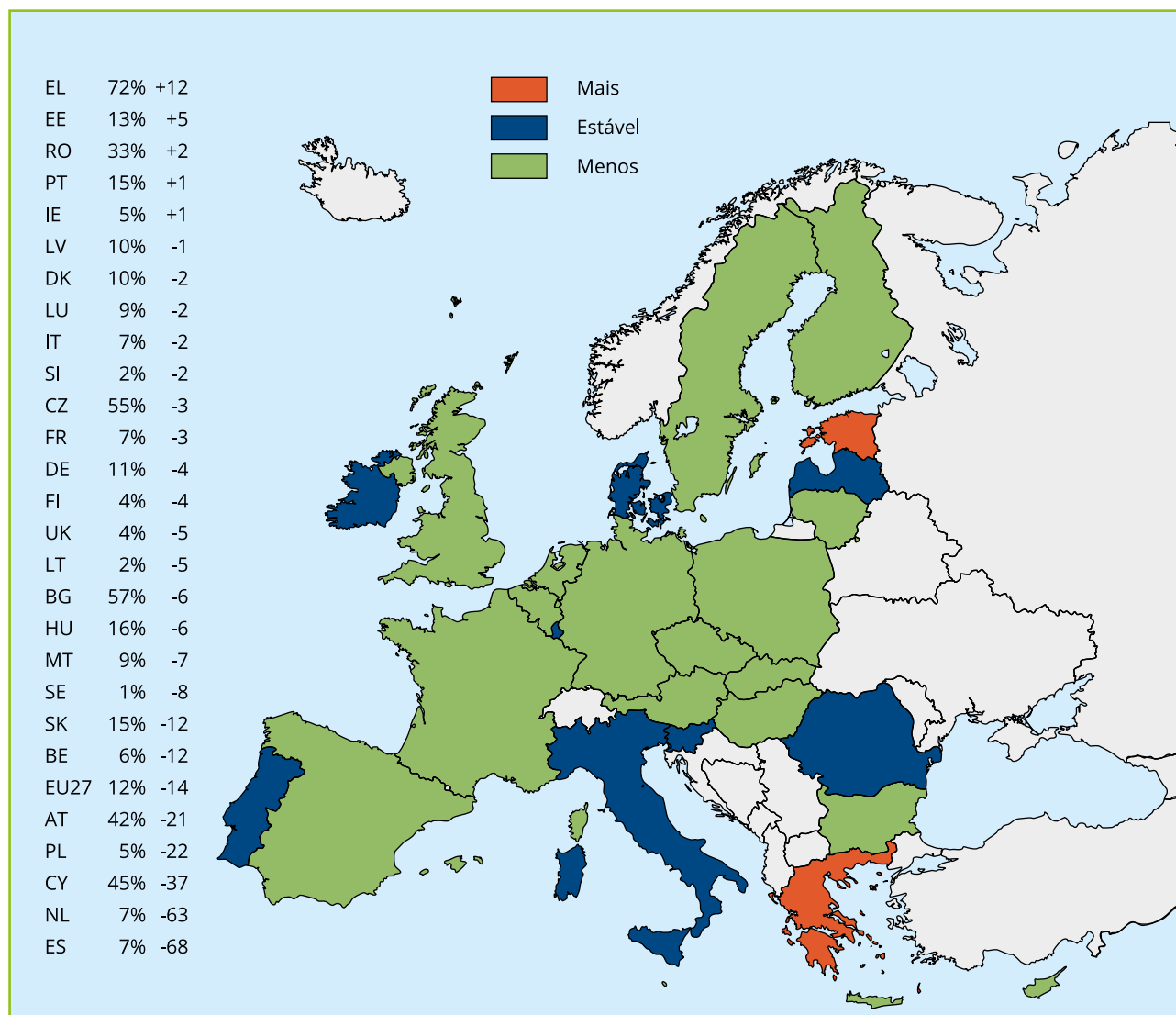
De acordo com o estudo Eurobarómetro, 2012, perante a questão se, da última vez que visitaram um bar ou um restaurante no seu país, nos últimos seis meses, estavam pessoas a fumar dentro do estabelecimento, verificou-se que, em Portugal, houve um ligeiro aumento nas respostas afirmativas, contrariamente ao observado na UE27.

Quadro 79. Evolução da exposição ao fumo ambiental do tabaco em locais públicos, em Portugal e na União Europeia (2009-2011)

Evolução da exposição ao fumo ambiental do tabaco em locais públicos				
	Bares		Restaurantes	
	2009 (%)	2011 (%)	2009 (%)	2011 (%)
UE27	37	23	26	12
Portugal	32	35	14	15

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

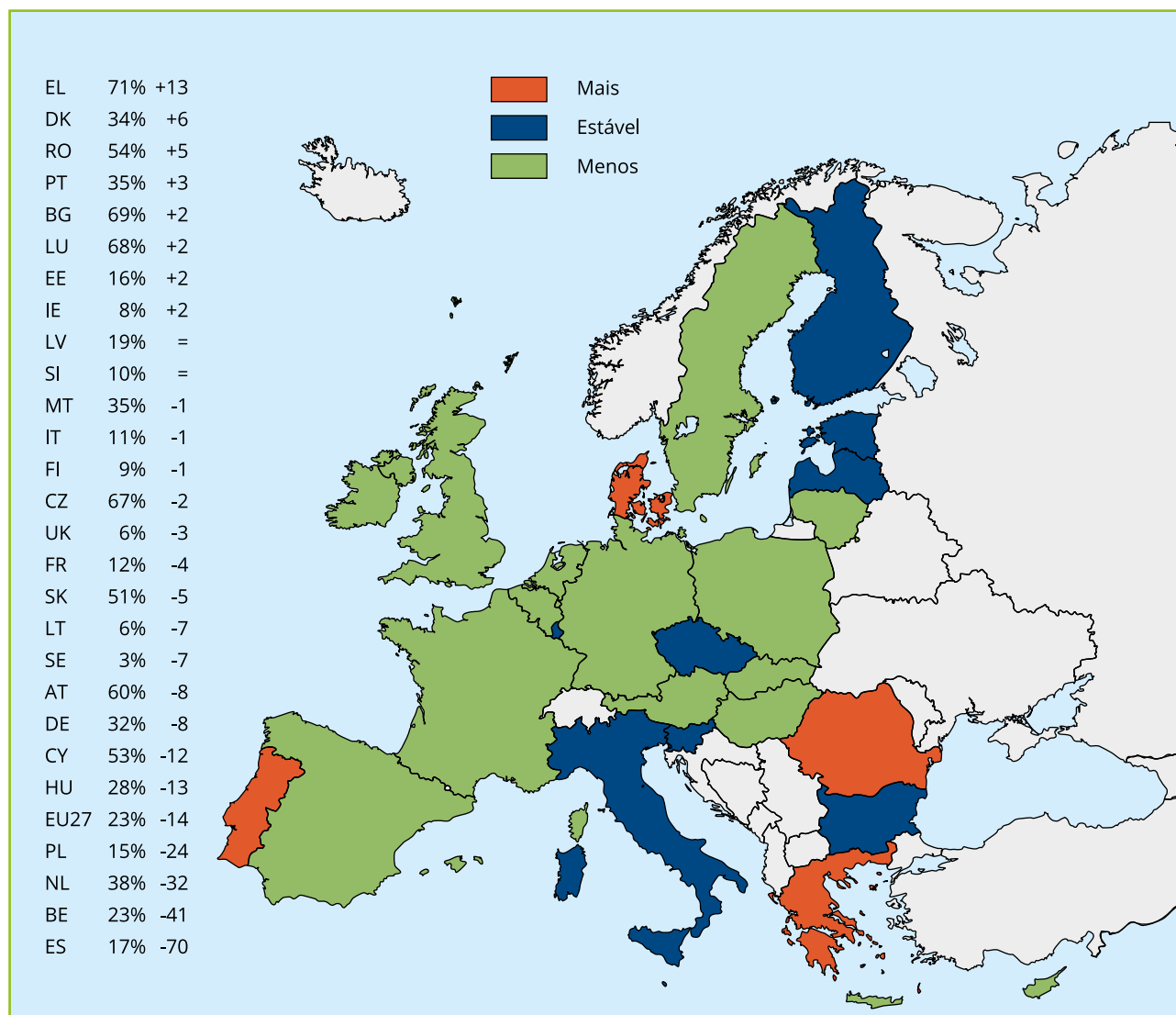
Figura 22. Evolução entre 2009 e 2012 na % de inquiridos que, na última visita a um restaurante ou outro estabelecimento de comida, realizada nos últimos 6 meses, viram pessoas a fumar no interior desse estabelecimento, na União Europeia



Fonte: Attitudes of Europeans Towards Tobacco”, Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

PORTUGAL PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Figura 23. Evolução entre 2009 e 2012 na % de inquiridos que, na última visita a um bar ou outro estabelecimento de bebidas, realizada nos últimos 6 meses, viram pessoas a fumar no interior desse estabelecimento, na União Europeia



Fonte: Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

9. Fiscalização da Lei do tabaco

De acordo com dados da ASAE, têm sido fiscalizados anualmente mais de 40 000 operadores económicos. O número de infrações detetadas sofreu um decréscimo entre 2008 e 2012, mais acentuado nos últimos dois anos, conforme se confirma nos quadros 81 e 82.

Quadro 80. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto).
Operadores económicos fiscalizados pela ASAE

Lei do tabaco - N.º de operadores económicos fiscalizados pela ASAE				
2008	2009	2010	2011	2012
45.624	43.797	49.239	48.333	43.056

Fonte: ASAE-Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Fiscalização da lei do tabaco, 2013.
Disponível em www.asae.pt

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 81. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto), pela ASAE – Infrações

ASAE – Atividade Operacional – Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto – Lei do tabaco					
INFRAÇÕES	2008	2009	2010	2011	2012
Comercialização de embalagens com menos de 20 unidades			1	1	1
Comercialização de embalagens promocionais ou a preço reduzido				1	
Comercialização de tabacos destinados ao uso oral	1				
Criação de espaços para fumadores sem requisitos	302	211	206	96	29
Falta de aviso proibição de venda a menores	63	66	64	67	15
Falta de prestação de informações relativas ao produto	15	1	1	1	
Venda de produtos de tabaco através de meios de televenda	3	1			
Incumprimento das regras da rotulagem	1	4	9	2	
Incumprimento das regras de denominação do produto		1	2		
Incumprimento dos métodos de medição	16		1	3	
Não determinação aos fumadores para que se abstenham de fumar	62	37	45	22	9
Proibição de fumar em determinados locais	296	253	177	149	23
Proibição de fumar fora das áreas ao ar livre ou das áreas para fumadores	17	23	7	6	4
Publicidade ao tabaco e produtos de tabaco	4	7	4	3	5
Venda de produtos de tabaco a menores de 18 anos	35	26	26	19	7
Venda de produtos do tabaco através de máquinas automáticas sem observância de requisitos	40	27	29	37	6
Venda de produtos do tabaco em locais proibidos	4	2			
Falta de sinalização ou sinalização incorreta	518	412	466	339	174
Total infrações	1.377	1.071	1.038	746	273

Fonte: ASAE-Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Fiscalização da lei do tabaco, 2013. Disponível em www.asae.pt

Quadro 82. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto).

Processos instaurados pela ASAE

Lei do tabaco – Processos instaurados pela ASAE				
2008	2009	2010	2011	2012
1.339	1.048	997	726	93

Fonte: ASAE-Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Fiscalização da lei do tabaco, 2013. Disponível em www.asae.pt

Apesar da proibição total da publicidade imposta pela Lei do tabaco, apenas 40% dos inquiridos portugueses disseram nunca ter visto publicidade ao tabaco nos últimos 6 meses, valor inferior à média europeia: 50% (Eurobarometer, 2012).

10. Atitudes face ao tabaco e às medidas de prevenção

Em Dezembro de 2008, a grande maioria dos portugueses manifestou-se a favor da proibição de fumar em locais de trabalho fechados e em restaurantes. Apenas 9% foi totalmente contra.

Relativamente à proibição de fumar em bares, mais de metade dos inquiridos (67%) manifestou-se a favor. Apenas 11% se mostraram totalmente contra (Flash Eurobarometer,2009).

Quadro 83. Atitudes relativamente às restrições ao consumo de tabaco em locais de trabalho fechados, restaurantes e bares, em Portugal e na União Europeia (2008)

Restrições ao consumo em locais de trabalho fechados					
	Totalmente a favor (%)	A favor (%)	Algo contra (%)	Totalmente contra (%)	Não sabe/não respondeu (%)
UE27	73	11	4	10	2
Portugal	82	5	3	9	1
Restrições ao consumo em restaurantes					
	Totalmente a favor (%)	A favor (%)	Algo contra (%)	Totalmente contra (%)	Não sabe/não respondeu (%)
UE27	63	16	9	11	
Portugal	76	10	5	9	
Restrições ao consumo em bares					
	Totalmente a favor (%)	A favor (%)	Algo contra (%)	Totalmente contra (%)	Não sabe/não respondeu (%)
UE27	47	18	15	17	
Portugal	56	12	16	11	

Fonte: Flash Eurobarometer 253, March 2009.

Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf. Acedido em 18 de julho de 2013.

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Em 2012, a grande maioria (78%) dos portugueses manifestou-se a favor da adoção de avisos de saúde com imagens, nas embalagens de tabaco, da adoção de um sistema de segurança nas embalagens para limitar o contrabando e da proibição da publicidade nos pontos de venda. Mais de metade concordou com a proibição de elementos promocionais, como cores ou logos nas embalagens de tabaco, com a eliminação de aromas no tabaco que o tornem mais atrativo, com a proibição de venda na Internet e com o aumento do preço do tabaco (Eurobarometer, 2012).

Quadro 84. Evolução das atitudes relativamente à introdução de novas medidas, em Portugal e na União Europeia (2009-2012)

Concordância com a introdução de medidas de controlo do tabagismo				
	UE27		Portugal	
	2009 (%)	2012 (%)	2009 (%)	2012 (%)
Avisos de saúde com imagens nas embalagens de tabaco	75	76	75	78
Sistema de segurança para limitar o contrabando, mesmo com aumento de preços	-	73	-	70
Proibição da publicidade nos pontos de venda	63	64	68	66
Eliminação de aromas no tabaco que o tornem mais atrativo	61	63	61	62
Proibição da venda na Internet	60	62	61	60
Proibição da exposição do tabaco nos pontos de venda	55	58	46	43
Proibição de elementos promocionais, como cores ou logos nas embalagens de tabaco	54	57	56	65
Proibição de venda em máquinas de tabaco	52	54	47	42
Aumento do preço do tabaco	56	53	64	59

Base: amostra total, n=26.751; fumadores, n=7.456; não-fumadores, n= 19.237.
 Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

10.1. Advertências de saúde

De acordo com o estudo Eurobarómetro, 2012, em Portugal, as advertências de saúde nas embalagens de tabaco tiveram impacto em cerca de 49% dos fumadores e ex-fumadores: 7% sentiram-se encorajados a parar de fumar, 20% a fumar menos e 22% aumentaram o seu conhecimento sobre os efeitos do tabaco na saúde.

Quadro 85. Impacto das advertências de saúde, nas atitudes face ao tabaco, em Portugal e na União Europeia (2012)

Impacto das advertências de saúde na atitude face ao tabaco (% de respostas positivas)					
	Encorajou a parar	Encorajou a fumar menos	Aumentou o conhecimento sobre riscos para a saúde	Não teve impacto	Não sabe
UE27	9	9	15	65	2
Portugal	7	20	22	50	1

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

Ainda segundo o mesmo estudo, 33% dos portugueses consideraram que as advertências de saúde podem ajudar os jovens a não começar a fumar, valor superior à média europeia (26%).

Quadro 86. Impacto das advertências de saúde, na prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens, em Portugal e na União Europeia (2012)

Impacto das advertências de saúde na ajuda aos jovens para não começarem a fumar			
	Sim (%)	Não (%)	Não sabe (%)
UE27	26	70	4
Portugal	33	63	4

Fonte: "Attitudes of Europeans Towards Tobacco", Special Eurobarometer 385, Eurobarometer, 2012.

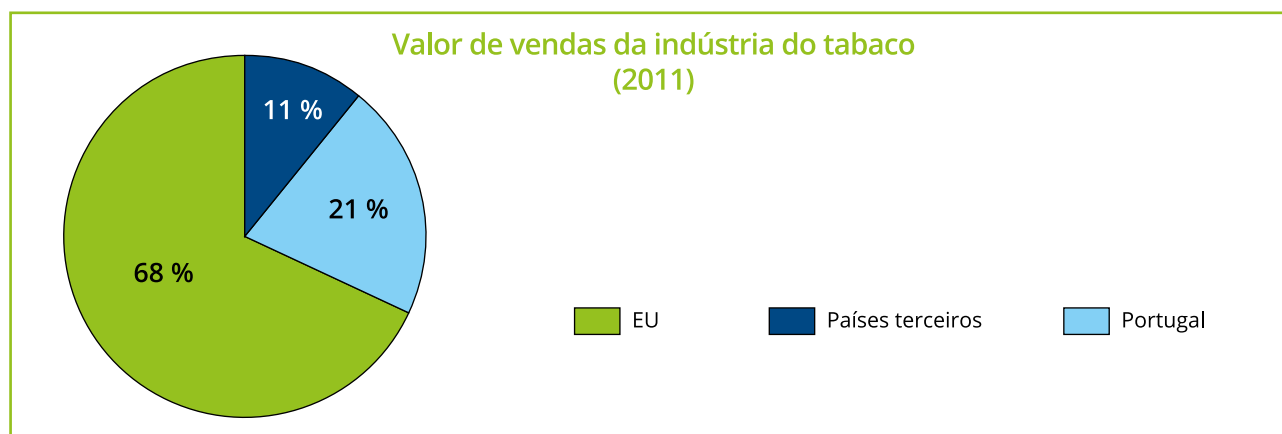
11. Produção e mercado do tabaco

11.1. Produção de tabaco em Portugal

Portugal é um pequeno produtor agrícola de tabaco. A principal produção agrícola tem lugar nos Açores.

O mercado externo (68% para a UE e 11% para países terceiros) foi o principal destino da produção da indústria de tabaco em 2011. (INE, Estatísticas agrícolas 2012)

Figura 24. Valor de vendas da indústria do tabaco e colocação no mercado.



Fonte: INE I.P., Estatísticas agrícolas, 2012. Instituto Nacional de Estatística, 2013.

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 87. Indicadores chave, manufatura de produtos de tabaco (NACE Division 12), em Portugal e na União Europeia, 2010

Produção de tabaco			
	N.º Empresas	N.º Empregados	Volume negócios (Milhões de Euros)
UE27	261	45.200	44.763
Alemanha			16.957,4
Áustria	1	-	-
Bélgica	-	-	-
Bulgária	27	4.647	687,8
Chipre	-	-	-
Dinamarca	13	943	1.269,9
Eslováquia	-	-	-
Eslovénia	0	0	0
Espanha	43	2.772	1.004,3
Estónia	0	0	0
Finlândia	1	-	-
França	5	1.838	1.227,6
Grécia ¹	4	2.016	552,9
Holanda	17	3.092	3.208,9
Hungria	5	1.079	569,6
Irlanda	-	-	-
Itália	4	1.174	677,9
Letónia	1	12	-
Lituânia	1	-	-
Luxemburgo	1	-	-
Malta	-	-	-
Polónia	25	6.268	3.356,0
Portugal	4	674	171,3
Reino Unido	11	-	12.301,9
Rep. Checa	4	-	-
Roménia	13	1.520	514,1
Suécia	14	-	-

¹ – 2009

Fonte: Eurostat (online data code: sbs na ind r2). Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/a/a3/Key_indicators%2C_manufacture_of_tobacco_products_%28NACE_Division_12%29%2C_2010_A.png. Acedido em 14 julho 2013.

11.2. Entradas de tabaco no mercado

De acordo com os dados da Autoridade Tributária e Aduaneira, a introdução no consumo de cigarros e de tabaco de corte fino apresentou, em 2012, um decréscimo de 14,3% e 10,2%, respetivamente. De notar, contudo, o grande aumento nas entradas no consumo de tabaco de corte fino observado em 2011, conforme se observa na figura 26.

Quadro 88. Introdução no consumo de produtos sujeitos a imposto (2007-2012)

Introdução no consumo de produtos sujeitos a imposto						
Designação	2007*	2008*	2009*	2010*	2011**	2012**
Cigarros (milhares)	12.777.368	12.915.815	11.934.091	14.211.590	11.946.767	10.233.908
Cigarrilhas (milhares)	90.707	71.208	79.470	118.151	90.714	124.899
Charutos (milhares)	9.479	6.154	4.524	6.037	4.662	4.094
tabaco corte fino (Kg) 1	477.470	386.967	504.404	860.321	1.882.580	1.690.971
Outros tabacos de fumar (Kg)2	19.687	10.941	14.456	20.769	80.173	638.676

Estatísticas de 2011 e 2012 disponíveis em <http://www.dgaiec.min-financas.pt/pt/estatisticas/>, consultados em 3 de junho de 2013. Relatório de Atividades 2009 e 2010 DGAIEC.

*Total Nacional

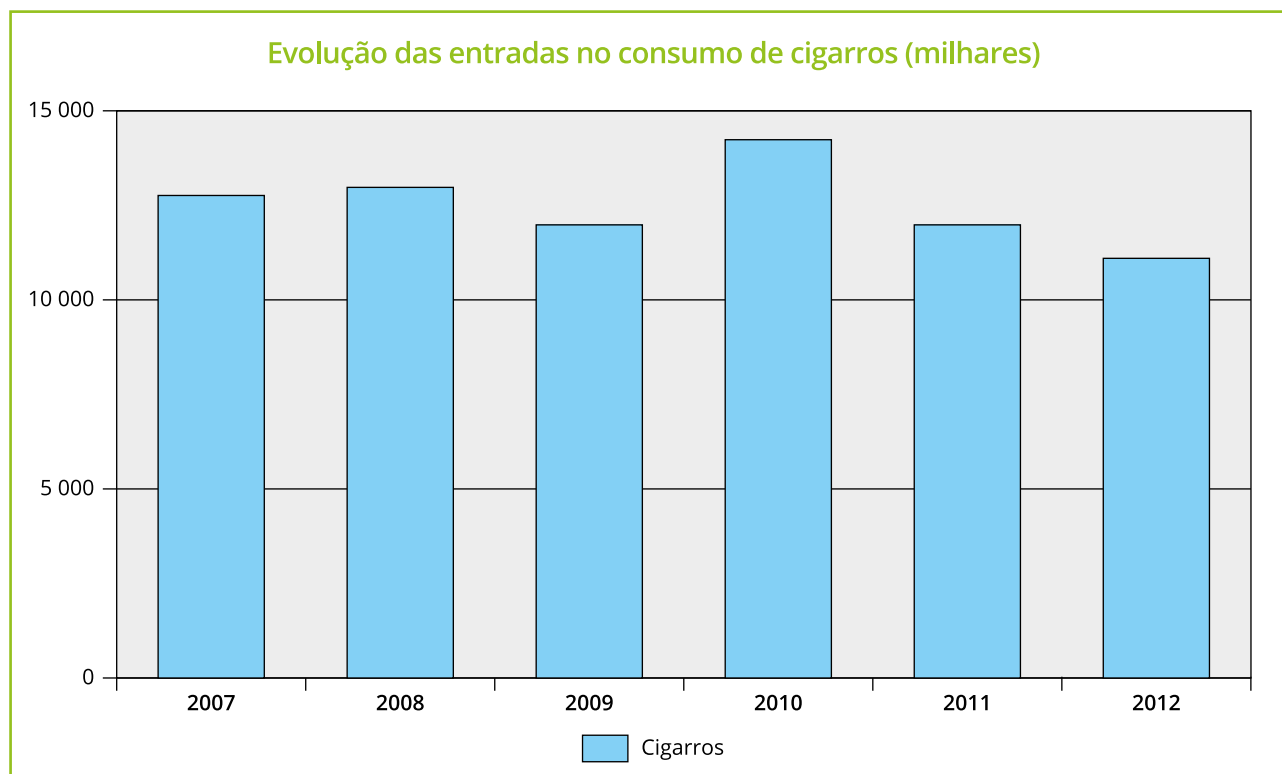
**Total Portugal Continental

1 Abrange o tabaco de corte fino para cigarros de enrolar.

2 Abrange os outros produtos não compreendidos nas restantes categorias, nomeadamente, o tabaco para cachimbo

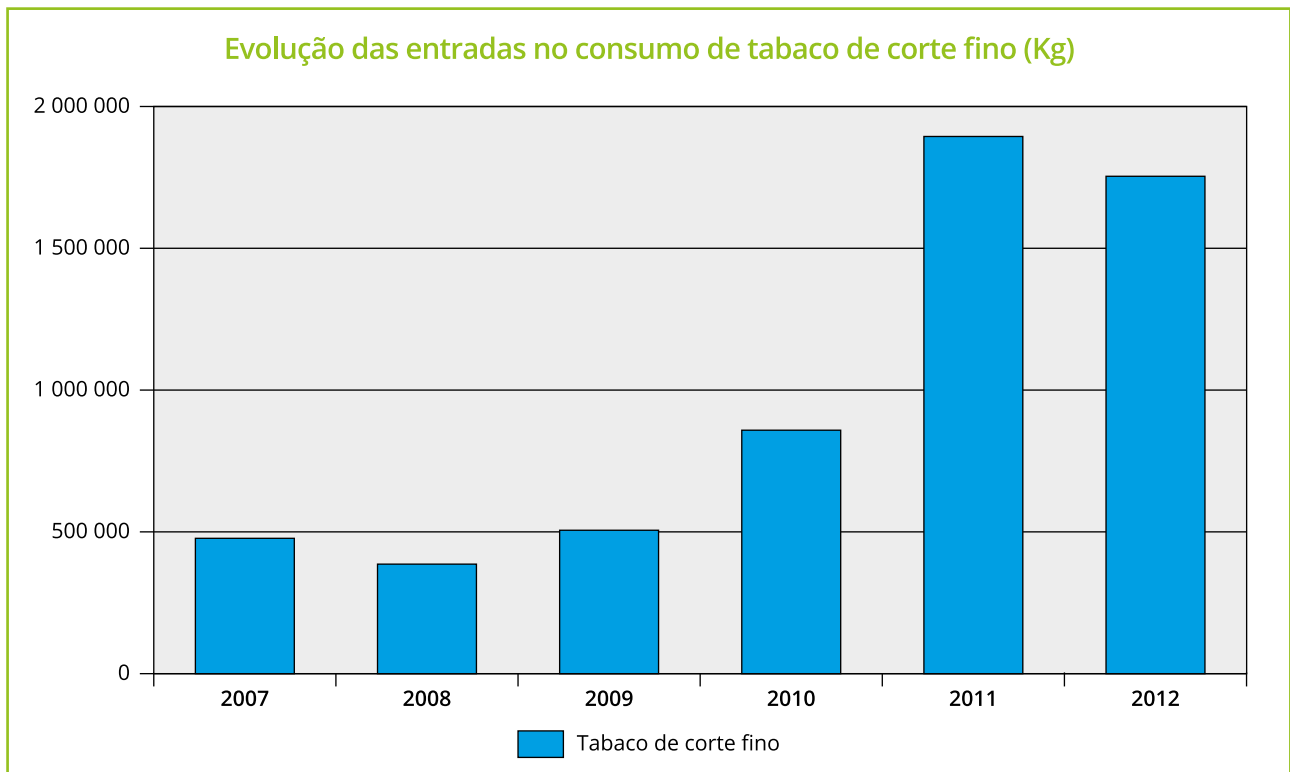
Fonte: Disponível em <http://www.dgaiec.min-financas.pt/NR/rdonlyres/EF72CE73-9160-44A0-A639-2D0FB62A0EFF/0/relatorio%20actividades%202010.pdf> e em http://www.dgaiec.min-financas.pt/NR/rdonlyres/FB47DF60-CCB4-44A8-826B-3019A482F53D/0/relatorio_actividades_2009.pdf

Figura 25. Evolução das entradas no consumo de cigarros (milhares)



Fonte: European Commission, Taxation and Customs Union. Manufactured tobacco: Excise duty. Releases for consumption. http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/

Figura 26. Evolução das entradas no consumo do tabaco de corte fino (Kg)



Fonte: European Commission, Taxation and Customs Union. Manufactured tobacco: Excise duty. Releases for consumption. http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/

11.3. Evolução dos preços dos produtos do tabaco

Tendo como referência o índice 100 para a União Europeia, o preço médio dos produtos do tabaco em Portugal situa-se abaixo da média europeia (UE27). Em 2012, a Irlanda e o Reino Unido apresentaram os preços mais elevados. A Hungria e a Lituânia os preços mais baixos. Entre 2009 e 2012 os preços do tabaco em Portugal sofreram um ligeiro decréscimo relativamente ao índice médio europeu.

Quadro 89. Evolução dos preços do tabaco, em toda a Europa, 37 países (2009-2012)

Evolução dos preços do tabaco (Índice de nível de preço)*		
	2009	2012
Albânia	33	27
Alemanha	119	102
Áustria	97	86
Bélgica	108	95
Bósnia-Herzegovina	33	34
Bulgária	46	57
Chipre	88	82
Croácia	67	57
Dinamarca	117	115
Eslováquia	73	73
Eslovénia	65	67
Espanha	73	83
Estónia	58	62
Finlândia	110	102
França	133	129
Grécia	72	74
Holanda	97	108
Hungria	51	52
Irlanda	217	199
Islândia	115	131
Itália	104	99
Letónia	62	64
Lituânia	51	55
Luxemburgo	88	81
Macedónia	30	25

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Malta	94	88
Montenegro	30	34
Noruega	219	270
Polónia	52	58
Portugal	85	84
Reino Unido	166	194
República Checa	75	69
Roménia	47	68
Sérvia	30	30
Suécia	130	132
Suíça	104	131
Turquia	52	64
UE27	100	100

* Índice de nível do preço, abreviado como INP, expressa o nível de preço de um determinado país relativamente a outro (ou relativamente a um grupo de países como a UE), dividindo as Poder de Compra das Paridades (PCPs) pelo atual câmbio nominal. Se o INP de um país é maior que 100, o país é relativamente mais caro comparado com o outro com o qual é comparado (por exemplo a UE), enquanto se o INP for abaixo de 100, então o país é relativamente mais barato comparado com o outro país de referência

Fonte: Eurostat 2010 e 2012. Disponível em http://www.eurocare.org/media_centre/newsletter/2010/june_july_2010/news_from_the_eu/comparative_price_levels_of_alcohol_in_37_european_countries_for_2009 e em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Price_level_indices_for_4_subcategories_of_food_2012_EU-27%3D100_p.png&filetimestamp=20130614071327. Acedidos em 18 de julho de 2013.

11.4. Impostos sobre os produtos do tabaco

O imposto incidente sobre os produtos do tabaco integra dois elementos: um específico e outro *ad valorem*. A unidade tributável do elemento específico é constituída pelo milheiro de cigarros. O elemento *ad valorem* resulta da aplicação de uma percentagem única aos preços de venda ao público de todos os tipos de cigarros.

11.4.1. Imposto sobre os cigarros

Segundo dados reportados a 31 de Julho de 2013 os cigarros comercializados foram taxados em cerca de 79,76 % do preço médio de venda. Este valor foi comparativamente inferior ao praticado em outros países da UE: Grécia 87,4%; Reino Unido 87,3%; Polónia 84,6%; Bulgária 83,4%; Finlândia 81,3% e França 81,1% (European Commission, Taxation and Customs Union. Manufactured tobacco: Excise duty, 2013).

Em 2013, relativamente a 2012, o imposto específico sobre os cigarros sofreu um aumento de apenas 1 euro (78,37 euros para 79,39 euros), por cada milheiro de cigarros.

O imposto *ad valorem* em 2011, foi de 23%, sofrendo um decréscimo, em 2012 e 2013, para 20%.

Quadro 90. Evolução dos impostos especiais sobre o consumo de Cigarros,
em Portugal (2010-2013)

Evolução dos impostos especiais sobre o consumo de cigarros em Portugal								
	OE 2010		OE 2011		OE 2012		OE 2013	
	EE	AV	EE	AV	EE	AV	EE	AV
Cigarros	€ 67,58	23%	€ 69,07	23%	€ 78,37	20%	€ 79,39	20%
Charutos	n.a.	12,35%	n.a.	13%	n.a.	15%	n.a.	20%
Cigarrilhas	n.a.	12,35%	n.a.	13%	n.a.	15%	n.a.	20%
Tabaco corte fino para cigarros de enrolar	n.a.	49,77%	n.a.	60%	n.a.	61,4%	€ 0,065/g	20%
Restantes tabacos de fumar	n.a.	41,78%	n.a.	45%	n.a.	50%	€ 0,065/g	20%

Nota : OE – Orçamento de Estado; EE – Elemento Específico, AV – Ad Valorem
Fonte: Orçamentos de Estado 2010, 2011, 2012 e 2013. Artigos 103.º e 104.º.

11.4.2. Imposto sobre o tabaco de corte fino e restantes tabacos para fumar

No que se refere ao tabaco de corte fino, foi taxado, em 2012, com um imposto *ad valorem*, sobre o preço de venda ao público de 61,4 %; os restantes tabacos de fumar com um imposto *ad valorem* de 50 %. Uma vez que as introduções no mercado do tabaco de corte fino para cigarros de enrolar sofreu um acréscimo considerável a partir de 2010 (tendo passado de 854 174Kg, para o dobro em 2012 (1 745 199 Kg)), em 2013, foram introduzidas alterações na estrutura do imposto aplicado a estes produtos, que passou a integrar um imposto específico de 0,065 euros/gr de tabaco e um imposto *ad valorem* de 20 %.

11.5. Evolução das receitas fiscais sobre o tabaco

Segundo o Destaque do INE, de 17 de maio de 2013, o imposto sobre o tabaco é o terceiro imposto indireto mais importante em termos de receitas fiscais. Em 2012 houve uma quebra de 5,6% na arrecadação de impostos sobre o tabaco. O sector do tabaco rendeu, em 2012, 1 431,5 mil milhões de euros.

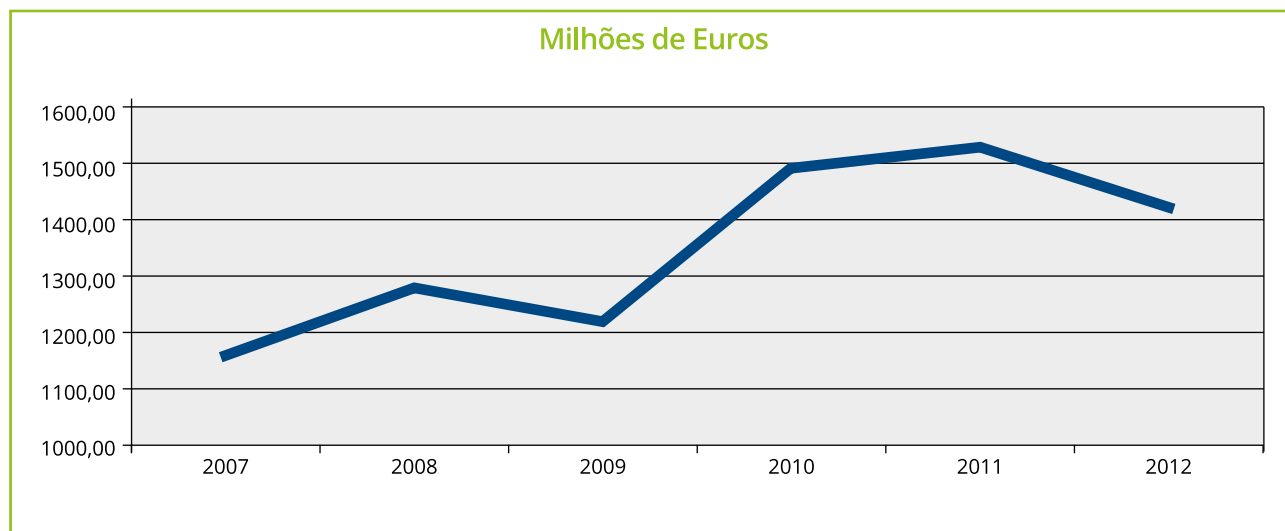
Quadro 91. Receitas fiscais sobre o tabaco (INE, 2013)

Imposto sobre o tabaco						
	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Milhões de Euros	1.165,4	1.281,3	1.232,4	1.496,1	1.516,2	1.431,5
Taxa de variação anual	-26,2%	9,9%	-3,8%	21,4%	1,3%	-5,6%

*Dados provisórios

Fonte: Destaque à comunicação social, INE, 17 de maio de 2013. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESpagenumber=6,
 acedido em 18 de julho de 2013.

Figura 27. Receitas fiscais sobre o tabaco (INE, 2013)



*Dados provisórios

Fonte: Destaque à comunicação social, INE, 17 de maio de 2013. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESpagenumber=6,
 acedido em 18 de julho de 2013.

11.6. Comércio ilícito de produtos do tabaco

Estima-se que a União Europeia e os seus Estados-membros percam, anualmente, cerca de 10 mil milhões de euros devido ao comércio ilícito de tabaco (European Commission, 2013).

Os cigarros são o principal produto implicado, embora outros produtos como o tabaco de enrolar também sejam alvo deste tipo de comércio (European Commission, 2013).

De acordo com o estudo Eurobarómetro, 2009, cerca de 1% dos inquiridos portugueses assumiu ter contactado frequentemente com produtos de tabaco provenientes do comércio ilícito, nos 6 meses anteriores à inquirição, valor inferior ao verificado na UE(27) (4%).

Quadro 92. Contacto com produtos de tabaco proveniente de comércio ilícito, em Portugal e na União Europeia (2009)

Contacto com produtos de tabaco proveniente de comércio ilícito					
	Total N	Nunca (%)	Ocasionalmente (%)	Frequentemente (%)	Não sabe/Não responde (%)
UE27	25.580	85,4	7,7	4,0	3,0
Portugal	1.006	94,6	3,6	0,9	0,9

Fonte: Flash Eurobarometer 253, Eurobarometer, March 2009. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb_253_en.pdf. Acedido em 18 de julho de 2013.

De acordo com o Relatório de Combate à Fraude e Evasão Fiscais e Aduaneiras, em 2011, foram apreendidos cerca de 16 milhões de unidades de tabaco, representando um montante de cerca de 2 milhões de Euros.

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 93. Apreensões de tabaco, incluindo o contrafeito (2009-2011)

Apreensões de tabaco						
	2009		2010		2011	
	Quantidade (Unidades)	Valor (Euros)	Quantidade (Unidades)	Valor (Euros)	Quantidade (Unidades)	Valor (Euros)
Cigarros	34.407.349	5.809.271	52.755.313	9.317.129	10.946.344	1.884.573
Charutos e Cigarrilhas	1.260	2.478	1.075	319	1.894	1.646
Outros tabacos	4.400	398	11.405	832	5.233.447	53.591
tabaco Manufaturado	4.200	584				
tabaco Cachimbo de água	0	0				
tabaco Cachimbo	5	25				
Totais	34.417.214	5.812.756	52.767.793	9.318.279	16.181.685	1.939.811
Total tabaco Contrafeito	10.403.600	1.687.794	2.234.709	378.943	178.980	34.796

Fonte: Relatório de Atividades Desenvolvidas – Combate à Fraude e Evasão Fiscais e Aduaneiras – 2011.

Disponível em http://www.parlamento.pt/Documents/XIIILEG/Julho_2012/RelatorioCombateFiscal_2011.pdf. Acedido em 18 de julho de 2013

12. Destaques

1. Na União Europeia, o tabaco mata, por ano, cerca de 700 000 pessoas. Em Portugal, estima-se que o tabaco tenha sido responsável, em 2012, pela morte de cerca de 10 600 pessoas.
2. Segundo estimativas da OMS, para o ano de 2004, cerca de 1 em cada 10 mortes, na população portuguesa com idade igual ou superior a 30 anos, e cerca de 1 em cada 4 mortes, no grupo etário dos 45-59 anos, foram atribuíveis ao consumo de tabaco.
3. A Região do Alentejo apresentou, em 2011, a taxa de mortalidade por doenças associadas ao tabaco mais elevada. A taxa de mortalidade prematura (< 65 anos) mais elevada foi observada na Região do Algarve, seguida da Região do Alentejo. A Região Centro apresentou as taxas de mortalidade, total e prematura, mais baixas, em consonância com as prevalências de consumo inferiores às das restantes regiões do País.
4. Não existem dados nacionais relativamente ao consumo de tabaco nas mulheres grávidas portuguesas. Um estudo efetuado em maternidades do Porto revelou que menos de metade das mulheres grávidas observadas parou de fumar durante a gravidez.
5. Mais de 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo antes dos 25 anos. Dos alunos do ensino público com 18 anos, de ambos os sexos, cerca de dois terços fumou pela primeira vez entre os 13 e os 16 anos. A experimentação do consumo de tabaco nos adolescentes portugueses escolarizados, no ensino público, parece ter registado um decréscimo entre 2001 e 2011. No entanto, entre 2006 e 2011, registou-se uma subida na percentagem de adolescentes no ensino público que já experimentaram fumar, fumaram no último ano, ou fumaram nos últimos 30 dias, resultados que importará acompanhar em próximos estudos. Em 2011, as Regiões dos Açores, da Madeira e do Alentejo registaram as percentagens mais elevadas de alunos do 3.º ciclo que já experimentaram fumar.

Na Região do Alentejo cerca de 70% dos alunos do ensino secundário de ambos os sexos já experimentaram fumar. Nas regiões do Algarve, de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo a experimentação de tabaco no ensino público foi mais elevada no sexo feminino, quer nos alunos do 3.º ciclo, quer do secundário.

6. Em Portugal, segundo o estudo Eurobarómetro (2012), mais de oito em cada 10 fumadores disseram ter começado a fumar devido à influência dos amigos. Um em cada 5 por gostarem do sabor ou do aroma do tabaco e um em cada 10 por este ser acessível. A proibição da venda de tabaco a menores não é totalmente cumprida. Um em cada 5 adolescentes de 13 anos e um em cada 2 adolescentes de 15 anos consideraram ser fácil aceder aos produtos do tabaco.
7. De acordo com o último Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), na população com ≥ 15 anos, eram fumadores 21% dos inquiridos, 31% homens e 12% mulheres. Esta prevalência foi maior na população entre os 35 e os 44 anos. Dados mais recentes, embora não comparáveis, revelam uma prevalência de fumadores de 23%, 32% homens e 14% mulheres, na população ≥ 15 anos. A prevalência de consumo de tabaco foi superior entre as pessoas desempregadas ou com maiores dificuldades económicas.
8. Segundo dados do Estudo Eurobarómetro (2012), o sabor, o preço e a marca foram os fatores de escolha do tabaco mais citados pelos inquiridos. O preço do tabaco, como fator de escolha, foi mais valorizado pelas pessoas com menores recursos económicos, pelas pessoas desempregadas, pelas classes sociais mais baixas, pelos jovens dos 15 aos 24 anos e pelas pessoas com menos anos de escolaridade. O nível de preço dos produtos do tabaco em Portugal situa-se abaixo da média europeia, tendo-se registado um ligeiro decréscimo entre 2009 e 2012. Mais de metade dos portugueses referiu apoiar a subida de preços do tabaco.
9. O tratamento da dependência do tabaco é frequentemente um processo difícil e sujeito a múltiplas recaídas. Com base nos resultados

do estudo Eurobarómetro (2012), mais de metade dos fumadores portugueses nunca fez qualquer tentativa para parar de fumar. A grande maioria parou sem qualquer assistência. Na última tentativa, apenas 5% receberam apoio de um profissional de saúde e 10% tomaram medicamentos.

- 10.** Para o tratamento da dependência tabágica, o SNS oferece consultas de cessação tabágica, a funcionar nos Agrupamentos dos Centros de Saúde e em alguns Hospitais. O número de equipas para a realização destas consultas tem diminuído nos últimos anos. Por outro lado, a inexistência de um sistema de informação adequado a esta área de intervenção limita a possibilidade de dispor de dados nacionais sobre o trabalho realizado nestas consultas.
- 11.** Portugal parece ter registado um decréscimo significativo na percentagem de trabalhadores, de ambos os sexos, expostos ao fumo ambiental do tabaco, entre 2005 e 2010. No entanto, segundo estudos da Eurofound, em 2010, 12,5% dos homens e 2,5% das mulheres referiram estar expostos ao fumo do tabaco pelo menos $\frac{1}{4}$ do tempo, no seu local de trabalho. Com base no estudo Eurobarómetro de 2012, o consumo de tabaco no interior de bares ou estabelecimentos de bebidas parece ter sofrido um aumento entre 2009 e 2012, contrariamente ao observado na UE27.
- 12.** Em 2008, de acordo com os estudos Eurobarómetro, cerca de 1 em cada 4 fumadores portugueses assumiu expor terceiras pessoas ao fumo do tabaco em sua casa. Um em cada cinco não fumadores permitia que se fumasse em sua casa. Não existem dados nacionais sobre a exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco. Um estudo efetuado na cidade de Braga, numa amostra de crianças (com uma média de idades de 9 anos), revelou que cerca de um terço afirmou estar exposta ao fumo de tabaco no domicílio ou na viatura onde habitualmente era transportada.
- 13.** Apesar da publicidade ao tabaco em Portugal ser totalmente proibida, segundo o estudo Eurobarómetro, em 2012, apenas 40% dos

portugueses referiram nunca ter visto publicidade ao tabaco nos últimos seis meses.

- 14.** Com base nos resultados do estudo Eurobarómetro (2012), os avisos de saúde nas embalagens de tabaco tiveram impacto em cerca de metade dos fumadores e ex-fumadores portugueses: 7% sentiram-se encorajados a parar de fumar, 20% a fumar menos e 22% aumentaram o seu conhecimento sobre os efeitos do tabaco na saúde. Em 2012, a grande maioria dos portugueses manifestouse a favor da adoção de avisos de saúde combinados com texto e imagem, na rotulagem do tabaco.

- 15.** No que se refere às atitudes relativamente às medidas de prevenção do tabagismo, com base num estudo Eurobarómetro, em 2008, a maioria dos portugueses manifestou-se a favor da proibição de fumar em locais de trabalho e em restaurantes. Apenas 11% foi totalmente contra a proibição de fumar em bares. Em 2011, a grande maioria dos portugueses manifestou-se a favor da adoção de avisos de saúde com imagens nas embalagens de tabaco, da adoção de um sistema de segurança nas embalagens para limitar o contrabando e da proibição da publicidade ao tabaco nos pontos de venda. Mais de metade concordou com a proibição de elementos promocionais, como cores ou logos, nas embalagens de tabaco, com a eliminação de aromas no tabaco que o tornem mais atrativo, com a proibição da venda na Internet e com o aumento do preço do tabaco.

Recomendações

- 1.** Melhorar a monitorização do consumo de tabaco, com destaque para o seu impacto nas iniquidades em saúde. Desenvolver um sistema de informação e de registo clínico (SAM) e de enfermagem (SAPE), que permita conhecer o consumo de tabaco nos utentes

em geral e nas mulheres grávidas, bem como a exposição ao fumo ambiental, em particular das crianças no contexto familiar. Criar um módulo clínico para registo das intervenções breves e das atividades realizadas nas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

- 2.** Promover a revisão da Lei do tabaco, tendo como referência as linhas diretrizes para aplicação da Convenção Quadro da OMS e as diretivas da União Europeia, no sentido de garantir a proteção da saúde e promover uma redução sustentada do consumo, em particular nos jovens. Nesse sentido, sublinha-se a necessidade de adotar medidas restritivas de proibição de fumar em locais de trabalho e outros locais fechados, de modo a dar pleno cumprimento às linhas diretrizes para aplicação do disposto no artigo 8.º desta Convenção; de regulamentar o uso de aditivos e aromatizantes nos produtos do tabaco, de modo a impedir que estes aumentem a sua toxicidade, a sua capacidade de induzir dependência ou a sua atratividade, conforme disposto nas linhas diretrizes para aplicação dos artigos 9.º e 10.º; de regulamentar as especificações de embalagem e rotulagem dos produtos do tabaco, de acordo com as linhas diretrizes para aplicação do artigo 11.º, em particular a adoção de advertências de saúde com texto e imagem, nas faces principais da embalagem, a proibição de logos, cores ou elementos promocionais, para além da referência à marca, que possam indiciar que um produto do tabaco é menos nocivo do que outro e a eliminação da exposição dos produtos do tabaco nos locais de venda, conforme disposto no artigo 13.º. Logo que a Diretiva de regulamentação dos produtos do tabaco, atualmente em discussão, seja aprovada, deverá promover-se a sua rápida transposição.
- 3.** Definir uma rede de referenciação de apoio intensivo à cessação tabágica, que garanta uma resposta equitativa e ajustada às necessidades de saúde da população a nível dos ACES, e incentivar a cessação tabágica através da melhoria da formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde na realização de intervenções breves e da redução dos custos das terapêuticas de cessação tabágica para o utilizador.

4. Promover o aumento anual dos preços dos produtos do tabaco, dado tratar-se de uma medida de reconhecida efetividade na redução do consumo, em particular nos jovens e nos grupos populacionais com menores recursos económicos, e adotar medidas fiscais que possam ser consignadas ao combate ao tabagismo e ao tratamento das suas consequências.
5. Promover a adesão de Portugal ao “Protocolo de combate ao comércio ilícito de tabaco”, no âmbito da Convenção Quadro da OMS.
6. Reforçar o investimento em estratégias de informação e educação para a saúde destinadas aos jovens, às mulheres, às mulheres grávidas e aos pais, e incentivar o desenvolvimento de iniciativas de promoção da literacia em saúde e de capacitação para escolhas saudáveis, em articulação com outros sectores governamentais e com a sociedade civil.
7. Promover a informação e o envolvimento de toda a sociedade no cumprimento e aplicação de medidas efetivas de prevenção e controlo do tabagismo, incluindo os agentes políticos nos diferentes sectores da ação governativa, consubstanciando o primado da “saúde em todas as políticas”, que se sobreponham a considerações económicas ou fiscais de curto prazo, tendo em vista garantir um futuro mais saudável para as próximas gerações.

Bibliografia

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Grupos de Diagnósticos Homogéneos, 2013.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.

Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Dados estatísticos não publicados, 2013.

Alves, E; Azevedo, A; Correia; S, Barros H. Long-term maintenance of smoking cessation in pregnancy: an analysis of the birth cohort, Generation XXI. *Nicotine & Tobacco Research*. 15: 9 (2013) 1598-1607, 2013.

American College of Obstetricians and Gynaecologists. Smoking cessation during pregnancy. ACOG. Committee Opinion n.º 471. *Obstetrics and Gynaecology*. 116 (2010) 1241-1244. (Reaffirmed 2012).

Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor. *Teste Saúde*, n.º 98, agosto/setembro 2012. Deco, Lisboa.

Autoridade de Segurança Alimentar e Económica. Fiscalização da lei do tabaco, 2013. Disponível em www.asae.pt

Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, I.P. Dados estatísticos não publicados. 2013.

Autoridade Tributária e Aduaneira. Introdução no consumo (IC) de produtos sujeitos a IT, 2013. Disponível em <http://www.dgaiec.min-financas.pt/pt/estatisticas/>

Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa. 2012. Relatório preliminar. Lisboa: CESNOVA. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, Abril 2013. Coleção Estudos- Universidades. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf

Bogdanovica I, Godfrey F, McNeill A, Britton J. Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tobacco Control*. 20:e4 (2011) 1-9.

Borges M. et al. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Rev Port Pneumol* 2009; XV(6): 951-1004. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/pne/v15n6/v15n6a01.pdf>

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Cardoso C, Plantier T. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Lisboa: Episcience; 2008.

Dietz PM et al. Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S. American Journal of Preventive Medicine. 39:1 (2010) 45-52.

Direção-Geral da Saúde. “Comissão Europeia divulga dados de campanha “Os Ex-fumadores são imparáveis”, 2013.

Direção-Geral da Saúde. Avaliação intercalar do impacte da nova legislação de prevenção do tabagismo (Lei 37/2007, de 14 de agosto). Relatório intercalar a 31 de dezembro de 2009. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde; DGS, 2009.

Direção-Geral da Saúde; Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, I.P. INFOTABAC Relatório. Primeira avaliação do impacte resultante da aplicação da lei do tabaco. 2011. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; INSA, I.P., 2011.

European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 239. Brussels: TNS Opinion & Social, 2006.

European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 272. Brussels: TNS Opinion & Social, 2007.

European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012.

European Commission. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament – Stepping up the fight against cigarette smuggling and other forms of illicit trade in tobacco products – a comprehensive EU strategy, COM(2013) 324 final, June 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/anti_fraud/documents/2013-cigarette-communication/communication_en.pdf

European Commission. Eurobarometer 2012. “Fact sheet Portugal”.

European Commission. Eurostat, 2013.

European Commission. Fact sheet Tobacco control in the EU. Brussels: Directorate General for Health and Consumers. 2009. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/tobacco_control_en.pdf

European Commission. Survey on tobacco: Analytical report. Flash Eurobarometer 253. Brussels: The Gallup Organization, 2009. Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf

European Commission. Taxation and Customs Union. Manufactured tobacco: Excise duty. Disponível em: http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/rates/index_en.htm

European Commission. Tobacco: Special Eurobarometer 332. – Tobacco. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010. Disponível em http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf

European Foundation for the improvement of living and working conditions. Changes over time – First findings from the fifth European Working Conditions Survey. 2010.

European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.

Feijão F et al. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. Portugal Continental/2011. ECATD-ESPAD/Portugal-2011. IDT/NEI. 2011.

Feijão, F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011- 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada. IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI. 2011.

Feijão, F. Inquérito Nacional em Meio Escolar/2011-Secundário. Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas. IDT/NEI – SICAD/DMI/DEI. 2011.

Gouveia, M et al. Faculdade de Medicina de Lisboa, Apresentação “Portugal sem Fumo – Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal”. 2007.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. Inquéritos Nacionais em Meio Escolar 2001 e 2007.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. Dados estatísticos. 2013.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. Destaque à comunicação social, INE, 17 de maio de 2013.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. Estatísticas Agrícolas 2012. Disponível em /www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=153380933&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional de Estatística, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Dados Gerais. Lisboa: INSA, IP/INE, 2008.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 1987.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999.

Lei n.º 37/2007. Diário da República, 1.ª série, n.º 156, 14 de agosto de 2007.

Machado A, Nicolau R, Dias C M. Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2009.

Paixão E, Dias CM, Branco, MJ. Infotabaco. – Uma observação em 2010. Relatório. Lisboa: INSA. Departamento de Epidemiologia; Dezembro 2010.

Pordata. Base de dados Portugal contemporâneo. Óbitos em Portugal por ano e grupo etário. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Municipios/Obitos+de+residentes+em+Portugal+total+e+por+grupo+etario-112>

Precioso, J et al. Prevalência de crianças expostas ao fumo ambiental de tabaco em casa e no carro: estudo transversal em Portugal. Poster apresentado no IX Congresso do EMASH – Tabagismo – Fumo Ativo/Fumo Passivo, organizado pela secção portuguesa da European Medical Association on Smoking or Health, Coimbra, 18 e 19 de outubro de 2012.

Secretaria de Estado dos Assuntos Fiscais. Relatório de Atividades Desenvolvidas – Combate à Fraude e Evasão Fiscais e Aduaneiras – 2011, Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais, junho 2012.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011.

Stallings-Smith S, Zeka A, Goodman P et al. Reductions in cardiovascular, cerebrovascular, and respiratory mortality following the National Irish Smoking ban: Interrupted time-series analysis. PLOS one. 8:4 (April 2013) e62063. doi:10.1371/journal.pone.0062063 Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0062063&representation=PDF>

Tan, CE, Glantz, SA. Association between smoke-free legislation and hospitalizations for cardiac, cerebrovascular and respiratory diseases, A Meta-Analysis. Circulation. 2012;126:2177-83. Disponível em <http://circ.ahajournals.org/content/126/18/2177>

World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation Article 5.3; Article 8; Articles 9 and 10; Article 11; Article 12; Article 13; Article 14. Geneva. World Health Organization, 2013 edition.

World Health Organization. Global Report: Mortality attributable to tobacco, Fact Sheet Mortality Report. World Health Organization, Geneva. 2012.

World Health Organization. Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. World Health Organization. Geneva. 2012.

World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic. Implementing smoking-free environments. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2009.

World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008.

World Health Organization/Europe. HFA Database, March 2013.

ANEXO – Notas metodológicas

Quadro 94. Lista de doenças associadas ao Tabagismo e respetivos códigos

CID10

Código (CID 10)	Causa de morte
C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47	Doenças relacionadas com o tabaco: C00-C14: Tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; C32-C34: Tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; C15: Tumor maligno do esófago; I20-I25: Doenças isquémicas do coração; I60-I69: Doenças cerebrovasculares; J40-J47: Doenças crónicas das vias aéreas inferiores
C33-C34	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão
J00-J99	Doenças do sistema respiratório
J40 -J44	Bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica
J45	Asma

Quadro 95. Lista de doenças associadas ao Tabagismo e respetivos códigos

CID9MC

Doenças associadas ao Tabagismo e respetivos códigos CID9MC	
Código	Descrição
493	Asma
491.2 a 492.8 e 496	DPOC
140	Neoplasia Maligna do Lábio
141	Neoplasia Maligna da Língua
142	Neoplasia Maligna de Glândula Salivar Principal
143	Neoplasia Maligna da Gengiva
144	Neoplasia Maligna do Pavimento da Boca
145	Neoplasia Maligna Da Boca, Local NCOP ou Não Especificado
146	Neoplasia Maligna da Orofaringe
147	Neoplasia Maligna da Nasofaringe
148	Neoplasia Maligna da Hipofaringe
149	Neoplasia Maligna do Lábio, Cavidade Oral, ou Faringe, Local NCOP
161	Neoplasia Maligna da Laringe
162	Neoplasia Maligna da Traqueia, Brônquios e Pulmão
410:414	Doenças isquémicas do coração

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
NCOP: Não Classificável em Outra Parte

Índice de Quadros

Página

Quadro 1. Proporção de mortes atribuíveis ao tabaco no mundo, estimativas para 2004	10
Quadro 2. Mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, na Europa (%) (2004)	11
Quadro 3. Mortes atribuíveis ao tabaco, em Portugal (%) (2004)	13
Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)	15
Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)	18
Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)	19
Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)	20
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)	21
Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	22
Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	23
Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	24
Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	25
Quadro 13. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	26
Quadro 14. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)	27
Quadro 15. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)	28
Quadro 16. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)	29
Quadro 17. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)	30
Quadro 18. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, <	

65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011).....	31
Quadro 19. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011).....	32
Quadro 20. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)..	33
Quadro 21. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011).....	34
Quadro 22. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)	35
Quadro 23. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)	36
Quadro 24. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011).....	37
Quadro 25. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)	38
Quadro 26. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011).	39
Quadro 27. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011).....	40
Quadro 28. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)	41
Quadro 29. Indicadores de mortalidade relativos a doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011).....	42
Quadro 30. Indicadores de mortalidade relativos a tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011).....	43
Quadro 31. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outra doença pulmonar obstrutiva crónica (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011) .	44
Quadro 32. Indicadores de mortalidade relativos a doenças isquémicas do coração (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)	45
Quadro 33. Indicadores de mortalidade relativos a doenças cerebrovasculares (todas as idades, < 65 anos e ≥ 65 anos), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011).....	46
Quadro 34. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos, ≥ 65 anos e todas as idades), em Portugal Continental e por ARS (2007 e 2011).....	47
Quadro 35. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS (GDH), Portugal Continental (2007 a 2011).....	48

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 36. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS (GDH), ARS Norte (2007 a 2011)	48
Quadro 37. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS (GDH), ARS Centro (2007 a 2011)	49
Quadro 38. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS (GDH), ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011).....	49
Quadro 39. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS (GDH), ARS Alentejo (2007 a 2011).....	50
Quadro 40. Percentagem de óbitos por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, em todas as idades, em hospitais do SNS (GDH), ARS Algarve (2007 a 2011)	50
Quadro 41. Custos das doenças atribuíveis ao tabaco, em Portugal Continental (2007)	54
Quadro 42. Idade de início do consumo de tabaco, numa base regular (pelo menos uma vez por semana), em Portugal e na União Europeia (2012).....	55
Quadro 43. Idades de iniciação do consumo de tabaco, por grupo etário e sexo (%), em Portugal Continental (2011)	56
Quadro 44. Elementos mais significativos que levaram a iniciar o consumo de tabaco, em Portugal e na União Europeia (2012).....	60
Quadro 45. Perceção da facilidade de acesso ao tabaco, por grupo etário e sexo (%), em Portugal Continental (2011)	61
Quadro 46. Prevalências (%) de consumo de tabaco nos alunos do ensino público, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011).....	64
Quadro 47. Prevalências do consumo do tabaco (ensino público) entre os 13 e os 18 anos, ao longo da vida, por grupo etário e sexo (%) em Portugal Continental (2007-2011)	66
Quadro 48. Prevalência do consumo do tabaco (ensino público) nos últimos 30 dias, entre os 13 e os 18 anos, por grupo etário e sexo (%) em Portugal Continental (2007-2011).....	67
Quadro 49. Evolução do consumo de tabaco na Europa, UE 27 (2006, 2009 e 2012) dados não padronizados.....	72
Quadro 50. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com ≥ 15 anos, (% ponderadas para a população residente em Portugal), por sexo (2005/2006).....	73
Quadro 51. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa com ≥ 15 anos (% ponderadas para a população residente em Portugal), por sexo e grupo etário (2005/2006)	74
Quadro 52. Percentagem do consumo de tabaco na população portuguesa, 15-74 anos, (ao longo da vida, nos últimos 12 meses e no último mês), por sexo (2012).....	77
Quadro 53. Consumo de tabaco por sexo e grupo etário, em Portugal e na União Europeia (2012) ..	78
Quadro 54. Prevalência (%) de fumadores, nunca fumadores e ex-fumadores por anos de escolaridade, segundo o sexo, em Portugal (2005-2006).....	79

Quadro 55. Prevalência ponderada (%) de fumadores, não fumadores e exfumadores por ocupação principal nas duas semanas que precederam a entrevista, segundo o sexo, em Portugal (2005-2006).....	80
Quadro 56. Dificuldade em pagar contas referida pelos inquiridos fumadores (%), em Portugal e na União Europeia (2012)	80
Quadro 57. Percentagem de fumadores diários entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade que responderam aos Inquéritos Nacionais de Saúde, por sexo, em Portugal Continental (1987, 1995/1996, 1998/1999 e 2005/2006).....	81
Quadro 58. Prevalência (%) do consumo de tabaco na população portuguesa, 15-64 anos, ao longo da vida, nos últimos 12 meses e no último mês (2001, 2007 e 2012).....	82
Quadro 59. Percentagem de fumadores e ex-fumadores na população ≥ 15 anos, ambos os sexos, em Portugal e por região de residência (INS 2005/2006)	83
Quadro 60. Prevalências, ponderadas e padronizadas pela idade, de fumadores, não fumadores e ex-fumadores na população ≥ 15 anos, por sexo, em Portugal e por região de residência (% calculadas com base na amostra ponderada, INS 2005/2006).....	85
Quadro 61. Evolução do número médio de cigarros fumados por dia, em Portugal e na União Europeia (2009-2012).....	86
Quadro 62. Evolução do número de cigarros consumidos na população, por dia, em Portugal (2008-2012)	87
Quadro 63. Fatores que influenciam a escolha do tabaco (Europa) (2012)	90
Quadro 64. Nados vivos com baixo peso à nascença (/100 nados vivos) por sexo do nado vivo, em Portugal (2007 a 2012).....	93
Quadro 65. Forma utilizada para tentar deixar de fumar (%), em Portugal e na União Europeia (2012)	96
Quadro 66. Motivos para deixar de fumar reportados à última tentativa (%), em Portugal e na União Europeia (2012)	97
Quadro 67. Número de pessoas que aderiram ao ICoach, em Portugal e na União Europeia (Junho de 2011 a Abril de 2013)	98
Quadro 68. Número de locais de consultas de cessação tabágica, por ARS (2007-2012)	99
Quadro 69. Caracterização da procura das consultas de cessação tabágica: número de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2012).....	100
Quadro 70. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, em Portugal Continental e por ARS (2007 a 2012).....	101
Quadro 71. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2007 a 2012).....	102

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Quadro 72. Exposição ao fumo ambiental do tabaco (%) por grupo etário, em Portugal (2005-2006)	104
Quadro 73. Percentagem de trabalhadores expostos ao fumo ambiental do tabaco em 35 países europeus (2005-2010)	105
Quadro 74. Alteração da exposição ao fumo do tabaco em ambiente laboral, por sexo, em Portugal (2005-2010)	106
Quadro 75. Tempo de exposição ao fumo ambiental do tabaco no local de trabalho, em Portugal e na União Europeia (2012)	107
Quadro 76. Hábitos tabágicos em casa, na presença de grupos específicos, antes e depois da Lei do tabaco, em 2008	108
Quadro 77. Atitudes face ao consumo de tabaco em casa, em Portugal e na União Europeia (2009)	110
Quadro 78. Atitudes face ao consumo de tabaco, no carro, em Portugal e na União Europeia (2009)	110
Quadro 79. Evolução da exposição ao fumo ambiental do tabaco em locais públicos, em Portugal e na União Europeia (2009-2011)	112
Quadro 80. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto). Operadores económicos fiscalizados pela ASAE	115
Quadro 81. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto), pela ASAE – Infrações	116
Quadro 82. Fiscalização da Lei do tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto). Processos instaurados pela ASAE	117
Quadro 83. Atitudes relativamente às restrições ao consumo de tabaco em locais de trabalho fechados, restaurantes e bares, em Portugal e na União Europeia (2008)	118
Quadro 84. Evolução das atitudes relativamente à introdução de novas medidas, em Portugal e na União Europeia (2009-2012)	119
Quadro 85. Impacto das advertências de saúde, nas atitudes face ao tabaco, em Portugal e na União Europeia (2012)	120
Quadro 86. Impacto das advertências de saúde, na prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens, em Portugal e na União Europeia (2012)	120
Quadro 87. Indicadores chave, manufaturação de produtos de tabaco (NACE Division 12), em Portugal e na União Europeia, 2010	122
Quadro 88. Introdução no consumo de produtos sujeitos a imposto (2007-2012)	123
Quadro 89. Evolução dos preços do tabaco, em toda a Europa, 37 países (2009-2012)	126
Quadro 90. Evolução dos impostos especiais sobre o consumo de Cigarros, em Portugal (2010-2013)	129
Quadro 91. Receitas fiscais sobre o tabaco (INE, 2013)	130
Quadro 92. Contacto com produtos de tabaco proveniente de comércio ilícito, em Portugal e na União Europeia (2009)	131
Quadro 93. Apreensões de tabaco, incluindo o contrafeito (2009-2011)	132

Quadro 94. Lista de doenças associadas ao Tabagismo e respetivos códigos CID10. 143
Quadro 95. Lista de doenças associadas ao Tabagismo e respetivos códigos CID9MC. 143

Índice de Figuras

Página

Figura 1. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)16
Figura 2. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos), por sexo, em Portugal Continental (2007 a 2011)17
Figura 3. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos), em Portugal Continental e por ARS (2007 e 2011). 47
Figura 4. Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa à DPOC, em Portugal Continental (2007 a 2011). 52
Figura 5. Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa à DIC, em Portugal Continental (2007 a 2011) 52
Figura 6. Evolução da produção hospitalar e da produção hospitalar excluindo o ambulatório, relativa a AVC, em Portugal Continental (2007 a 2011) 53
Figura 7. Idade de início do consumo de tabaco reportado pelos alunos do ensino público, com 18 anos, que já experimentaram fumar (%), em Portugal Continental (2011) 57
Figura 8. Experimentação de tabaco, por sexo, em Portugal e por região, alunos do 3.º ciclo – 2011 . 58
Figura 9. Experimentação de tabaco, por sexo, em Portugal e por região, alunos do ensino secundário – 2011. 59
Figura 10. Perceção do acesso ao tabaco, por grupo etário e sexo (%), em Portugal Continental (2011) 62
Figura 11. Prevalências (%) de consumo de tabaco nos alunos do ensino público, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011). 65
Figura 12. Percentagem de alunos do 3.º ciclo com consumo de tabaco nos últimos 12 meses, em Portugal e por região (2006 e 2011) 68
Figura 13. Percentagem de alunos do Ensino Secundário (setor público) com consumo de tabaco nos últimos 12 meses, em Portugal e por região (2006 e 2011). 69
Figura 14. Consumo de tabaco (% de inquiridos fumadores) na União Europeia (2012) dados não padronizados 71

PORTUGAL

PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2013

Figura 15. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa do sexo masculino com ≥ 15 anos (% ponderadas para a população residente em Portugal), por grupo etário (2005/2006) . . .	75
Figura 16. Prevalências de consumo de tabaco, na população portuguesa do sexo feminino com ≥ 15 anos (% ponderadas para a população residente em Portugal), por grupo etário (2005/2006)	76
Figura 17. Percentagem de fumadores e ex-fumadores na população ≥ 15 anos, em Portugal e por região de residência, (INS 2005/2006) (Dados nacionais não ponderados)	84
Figura 18. Taxa de continuidade do consumo de tabaco (%), por sexo e grupo etário, em Portugal (2012)	89
Figura 19. Tentativas para parar de fumar (%), em Portugal e na União Europeia (2012)	95
Figura 20. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, por ARS (2007-2011)	101
Figura 21. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica às farmácias, para comercialização (N.º de embalagens), em Portugal Continental (2007 a 2012)	103
Figura 22. Evolução entre 2009 e 2012 na % de inquiridos que, na última visita a um restaurante ou outro estabelecimento de comida, realizada nos últimos 6 meses, viram pessoas a fumar no interior desse estabelecimento, na União Europeia	113
Figura 23. Evolução entre 2009 e 2012 na % de inquiridos que, na última visita a um bar ou outro estabelecimento de bebidas, realizada nos últimos 6 meses, viram pessoas a fumar no interior desse estabelecimento, na União Europeia.	114
Figura 24. Valor de vendas da indústria do tabaco e colocação no mercado.	121
Figura 25. Evolução das entradas no consumo de cigarros (milhares)	124
Figura 26. Evolução das entradas no consumo do tabaco de corte fino (Kg)	125
Figura 27. Receitas fiscais sobre o tabaco (INE, 2013)	130

Quadro – SIGLAS

SIGLAS	Designação
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ASAE	Autoridade de Segurança Alimentar e Económica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CID	Classificação Internacional de Doenças
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DECO	Associação de Defesa do Consumidor
DIC	Doenças Isquémicas do Coração
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECATD	Estudo sobre o consumo de Álcool, Tabaco e Drogas
ESPAD	European School Survey on Alcohol and other Drugs
Eurofound	European Foundation for the improvement of living and working conditions
UE	União Europeia
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
IDT	Instituto da Droga e Toxicoddependência
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INS	Inquérito Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPCT	Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
SAM	Sistema de Informação e de Registo Clínico
SAPE	Sistema de apoio à prática de enfermagem
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SNS	Serviço Nacional de Saúde
WHO	World Health Organization



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.pt

Links estadísticas

OMS

<http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/>

WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025

<http://www.who.int/tobacco/publications/en/>