

## **IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17 Apresentação dos primeiros resultados**

### **APRESENTAÇÃO**

O INPG (Inquérito Nacional à População Geral) é um estudo iniciado em 2001, tendo sido replicado em 2007, 2012, e em 2016/17. Tem como alvo a população geral residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos de idade (embora em 2001 e em 2007 a idade de referência tenha sido os 15-64 anos). O estudo visa estimar as prevalências dos consumos de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos – sedativos, tranquilizantes e/ou hipnóticos, e esteroides anabolizantes), e ilícitas (cannabis, ecstasy, anfetaminas, cocaína, heroína, LSD, cogumelos mágicos e de novas substâncias psicoativas), bem como das práticas de jogo a dinheiro. O estudo é feito por iniciativa do SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) do Ministério da Saúde, de acordo com orientações do OEDT (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) e da OMS (Organização Mundial de Saúde), que permitem produzir estatísticas comparáveis no plano internacional, para além de ser acautelada, na medida do possível, a comparação entre as diferentes aplicações do Inquérito no plano nacional, de forma a permitir monitorar a evolução dos consumos no tempo.

### **ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS E TÉCNICAS DE ESTUDO**

#### ***-Comparabilidade das aplicações sucessivas***

O atual estudo foi definido para uma amostra teórica de 12.000 inquiridos. No plano dos conteúdos foram abandonadas variáveis que nos permitiam conhecer o perfil sociológico dos consumidores que complementavam o conhecimento do perfil dos consumos. A população de referência do estudo, à semelhança do estudo de 2012, tem entre 15 e 74 anos.

### ***-Conteúdo do Questionário***

O questionário português integra na totalidade o “Questionário Modelo Europeu” no que concerne o bloco sobre as “prevalências” e as “representações” sobre as substâncias psicoativas e pôde beneficiar da tradição de estudo mais longa de outros países europeus e norte americanos sobre as variáveis suscetíveis de contextualizar os consumos.

No que respeita ao estudo dos consumos, consideramos:

- Os padrões de consumo (substâncias, frequências, quantidades, intensidades)
- As “carreiras” de consumo (durações, abandonos de consumo)
- Os modos de consumo
- As circunstâncias do consumo (lugares, ocasiões...)
- As motivações de consumo; e
- As consequências dos consumos,

para além das representações e dos modos de obtenção e de acesso às substâncias.

No Plano da contextualização dos consumos, o nosso questionário comporta questões sobre:

- As características sociodemográficas e socioeconómicas
- A situação laboral e a caracterização do contexto laboral
- Saúde e relação ao corpo
- Jogos de azar/jogos a dinheiro
- Participação cívica e política

### ***- Amostra***

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 (subsecções estatísticas) de forma aleatória proporcional. A seleção das unidades de observação finais (indivíduos) realizou-se por sorteio sistemático na eleição dos lares e com recurso a tabelas de números aleatórios para a escolha dos indivíduos.

O desenho e a construção da amostra permitem a representatividade da população geral entre os 15 e os 74 anos globalmente, por região, por sexo e por grupos decenais de idade.

### ***- Procedimento de recolha de informação***

O procedimento de recolha de informação é o mesmo que vem sendo aplicado desde 2001 e garante o anonimato e a confidencialidade das respostas. A recolha da informação foi efetuada através do método da entrevista pessoal com recurso ao sistema CAPI (Computer Assisted Personal Interview).

## **PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES DOS RESULTADOS AO NÍVEL NACIONAL (DADOS PROVISÓRIOS)**

### **- ANÁLISE DIACRÓNICA 2001-2016/17 (POPULAÇÃO 15-64 ANOS)**

1. Trabalhando sobre informações recolhidas durante o final de 2016, e no decorrer de 2017, os dados que apresentamos hoje são provisórios. Tendo a recolha de informação terminado no final de julho de 2017, estamos ainda a validar a consistência de alguns pontos de amostragem cujos efeitos poderão permitir ajustar alguns resultados no plano local mas que não implicarão alterações significativas aos resultados no plano nacional, que agora apresentamos.
2. Para permitir um entendimento dos resultados de 2016/17 em continuidade com os obtidos em 2001, 2007 e 2012, começaremos por apresentar uma análise diacrónica das prevalências de consumo de substâncias psicoativas tendo por referência a população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos. Num outro parágrafo apresentaremos os resultados para a população de referência atual do estudo – 15-74 anos – comparando-os entre as duas aplicações em que esta faixa etária foi adotada: 2012 e 2016/17.
3. Focando assim a leitura na população 15-64 anos e considerando as substâncias quer lícitas quer ilícitas, os diferentes indicadores de prevalências de consumos estimados para 2016/17 (consumos ao longo da vida, no último ano e no último mês) situam-se entre os observados em 2007 e 2012.
4. Assim, a tendência da evolução dos consumos no decorrer dos últimos dezasseis anos é marcada, num primeiro momento, por um aumento entre 2001 e 2007, 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. Entre 2012 e 2016/17, verificamos uma subida dos consumos experimentais de álcool e tabaco, assim como da cannabis, enquanto todas as outras substâncias estudadas apresentam prevalências mais baixas ou uma estabilidade, no caso da cocaína.

5. Tendo por base a temporalidade de consumo nos últimos 12 meses, verificamos uma subida das prevalências entre 2001 e 2007 de todas as substâncias psicoativas, exceto no que diz respeito ao ecstasy e ao LSD, em que os valores se mantêm. Entre 2007 e 2012 observamos uma descida de todas as prevalências com exceção dos medicamentos, que mantêm, e da heroína, que desce. Entre 2012 e 2016/17 registam-se prevalências de consumo menores no caso do álcool, medicamentos, ecstasy, LSD, cogumelos alucinógenos e de novas substâncias psicoativas. As prevalências do consumo nos últimos 12 meses de cocaína e de anfetaminas mantêm-se iguais às de 2012, subindo apenas as prevalências de consumo de tabaco, cannabis e heroína.
6. Os resultados dos inquéritos realizados entre 2001 e 2012 permitiram-nos situar as prevalências dos consumos de substâncias psicoativas, particularmente das substâncias psicoativas ilícitas, abaixo das médias registadas noutros países europeus com os quais os nossos dados podem ser comparados. Os resultados do estudo de 2016/17 confirmam esta orientação.

#### **- DADOS 2016/17 – COMPARAÇÃO COM 2012 (POPULAÇÃO 15-74 ANOS)**

##### **PREVALÊNCIAS GERAIS, GÉNERO E GRUPOS DE IDADE**

7. Consideramos agora o grupo etário da população entre 15 e 74 anos. Entre 2012 e 2016/17, anos para os quais este grupo etário foi considerado e independentemente da temporalidade considerada (longo da vida, últimos 12 meses e últimos 30 dias), verificamos uma subida das prevalências dos consumos

de álcool e tabaco e de uma qualquer substância psicoativa ilícita (marcada, essencialmente, pelo peso do consumo da cannabis).

8. O consumo de álcool apresenta subidas das prevalências ao longo da vida, quer entre a população total (15-74 anos) quer entre a população jovem adulta (15-34 anos), e entre homens e mulheres.
9. O consumo do tabaco apresenta uma ligeira subida da prevalência ao longo da vida, que se deve sobretudo ao aumento do consumo entre as mulheres, quer na população total, quer entre a população jovem adulta.
10. Já os medicamentos, terceira substância mais consumida na população total, as prevalências descem entre os dois períodos de aplicação considerados, independentemente do género considerado.
11. As prevalências do consumo de qualquer substância psicoativa ilícita sobem dos 8,3% registados em 2012 para os 10,2% em 2016/17. Registaram-se subidas em ambos os géneros quando consideramos a população total, uma descida entre os homens e uma subida entre as mulheres quando consideramos a população jovem adulta. Estas são as tendências que se verificam na cannabis, substância que tem o maior peso na prevalência de qualquer substância psicoativa ilícita.
12. A prevalência do consumo de cocaína sobe ligeiramente na população total, embora desça entre a população jovem adulta.
13. As anfetaminas apresentam uma prevalência de consumo ao longo da vida igual à registada em 2012 na população total, tendo descido entre os homens, mas aumentado entre as mulheres. Considerando a população jovem adulta, esta prevalência desce, embora tenha subido de 0,2% para 0,4% entre as mulheres.
14. A heroína apresenta uma prevalência de consumo igual à verificada em 2012, quer entre a população total, quer entre a população jovem adulta. Em ambas as populações houve uma diminuição da prevalência do consumo entre os homens e uma subida entre as mulheres.

15. Em todas as outras substâncias consideradas há uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida, quer entre a população total quer entre a população jovem adulta, independentemente do género.

#### **IDADES MÉDIAS DE INÍCIO E DE DURAÇÃO DO CONSUMO**

16. Sistematizando a informação relativa à idade média de início do consumo, verificamos que o consumo do primeiro cigarro e da primeira bebida alcoólica é o que apresenta uma média de idades mais baixa (17 anos). O consumo regular de tabaco e de cannabis surge, em média, aos 18 anos. Os medicamentos e os esteroides anabolizantes apresentam uma idade média de início de consumo mais tardia, aos 40 e 33 anos, respetivamente. Comparativamente a 2012, verifica-se uma idade média de início de consumo mais tardia para o álcool, tabaco (1.<sup>a</sup> vez), medicamentos, anfetaminas, heroína, LSD e cogumelos alucinógenos.
17. Numa análise das durações dos consumos, entre a população consumidora e para cada substância psicoativa, observa-se que o álcool é a que apresenta uma maior duração média, numa carreira média de consumo de 25/26 anos, seguindo-se o tabaco, acima dos 20 anos de duração para os atuais consumidores. Entre as substâncias ilícitas, a duração média dos consumos atuais é superior na cannabis e na cocaína, em torno dos 15 anos. As tendências centrais de duração são similares na comparação entre 2012 e 2016/17.
18. Quando consideramos a população que deixou o consumo de uma substância psicoativa (população desistente), observa-se que a carreira de consumo foi mais longa, em termos médios, no caso do tabaco, seguindo-se o álcool. No álcool em concreto, nota-se em 2016/17 e comparativamente com os dados de 2012, uma redução significativa da duração média (e também do valor da mediana, que corresponde a 50% dos ex-consumidores), correspondendo isso à possibilidade de um aumento de carreiras de consumo mais curtas no caso das bebidas alcoólicas. As substâncias ilícitas apresentam durações médias inferiores às substâncias lícitas, e valores aproximados aos observados em 2012. A exceção a esta tendência corresponde ao registo de durações mais curtas nas anfetaminas e no LSD, e a durações ligeiramente mais longas no caso da heroína.

## **TAXAS DE CONTINUIDADE DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

19. As taxas de continuidade, ou seja, a proporção de indivíduos que tendo consumido uma dada substância ao longo da vida, declaram ter consumido essa mesma substância nos últimos 12 meses, variam de acordo com a substância. São mais elevadas nas substâncias psicoativas lícitas, principalmente no álcool (a rondar os 70%), e mais baixas nas substâncias psicoativas ilícitas, principalmente, nos casos das anfetaminas e dos cogumelos alucinógenos (entre 0 e 1%). São mais elevadas entre os homens, exceto no que diz respeito ao consumo de cocaína e heroína, e entre a população jovem adulta, exceção feita no caso do álcool e medicamentos. Comparativamente a 2012, subiram as taxas de continuidade do consumo de tabaco, medicamentos, cannabis, heroína e das novas substâncias psicoativas.

## **TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DE CONSUMO**

20. A grande maioria da população geral em Portugal é abstinente do consumo de substâncias psicoativas ilícitas (90% no que diz respeito a qualquer substância ilícita; chegando aos 99,8% no que diz respeito aos cogumelos alucinógenos e novas substâncias psicoativas). No caso dos medicamentos, a percentagem de abstinentes cai para os 87,5%. Quando consideramos o tabaco, a abstinência ocorre em cerca de metade da população, descendo para 13% da população quando consideramos o consumo de álcool. É nesta última substância onde encontramos a maior percentagem de consumidores correntes – 48% e de consumidores recentes – 10%. De frisar, no entanto, que entre 2012 e a atual aplicação os desistentes subiram de 13% para 27%.

## **FREQUÊNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

21. De todas as substâncias, é o tabaco aquela que é mais vezes consumida com uma frequência diária (mais de 90% dos consumidores). Seguem-se a ele, na ordem de um consumo mais frequente, os medicamentos e, depois, o álcool. Ao nível do álcool, no entanto, e nos consumos nos últimos 12 meses, verificamos a situação de maior heterogeneidade da medida das frequências de consumo. De entre as substâncias ilícitas, a cannabis é a que apresenta um maior número de declarações de consumo com uma frequência mais regular. Ainda no caso da cannabis, quando consideramos os consumos no último mês e no último ano, observamos duas orientações diferentes: nos consumos durante o último mês, 31,3% declaram consumir “raramente”, quando no último ano metade dos consumidores declaram um consumo diário. A cocaína destaca-se, por seu lado, por apresentar entre os consumidores uma maior diversidade das frequências de consumo. Observa-se uma redução, entre 2012 e 2016/17, da frequência de consumo de ecstasy e heroína nos últimos 12 meses.
22. As tendências de frequência de consumo nos últimos 30 dias são semelhantes às dos últimos 12 meses, quando comparamos as substâncias e os resultados dos dois estudos. Também nos últimos 30 dias predomina o tabaco como a substância consumida numa base mais regular, seguido dos medicamentos. Assinale-se ainda, comparando com os resultados de 2012, uma maior frequência de consumo de cannabis e de cocaína nos últimos 30 dias.

## **PREVALÊNCIAS DE JOGOS DE FORTUNA OU AZAR**

23. A prevalência de jogos de fortuna ou azar (jogos a dinheiro) é de 48,0% na população residente em Portugal. A prevalência é mais elevada entre os homens (51,0%) do que entre as mulheres (45,2%). Comparativamente a 2012 há uma



descida de quase 20 pontos percentuais para o total da população. Encontramos entre a população mais jovem (15-34 anos) uma prevalência de jogadores um pouco inferior (42,8%) à encontrada na população total.

## **PREVALÊNCIAS DE CONSUMOS DE RISCO E DEPENDÊNCIAS**

### **Álcool – CAGE<sup>1</sup> e AUDIT<sup>2</sup>**

24. Segundo o CAGE, é de 1,0% a prevalência da população residente em Portugal consumidora abusiva ou dependente de álcool. O consumo abusivo ou dependente é bastante mais elevado entre os homens (1,7%) que entre as mulheres (0,4%). Entre 2012 e 2016/17 verifica-se um aumento da prevalência em ambos os géneros. Atendendo aos grupos de idade, os consumidores com idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos apresentam prevalências de consumo de álcool abusivo ou dependente acima das verificadas para a população total.
25. Segundo o teste AUDIT, 4,9% da população apresenta um consumo de bebidas alcoólicas sem risco, 37,1% um consumo de baixo risco e 12,6% um consumo de risco médio. É de 3,6 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. O consumo de risco elevado ou dependência é superior entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 35 e os 74 anos.

---

<sup>1</sup> Desenvolvido em 1968 por Ewing J. A., in (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. 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)

<sup>2</sup> Teste Alcohol Use Disorders Identification Test, com base no documento Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool (Ministério da Saúde/ Instituto da Droga e da Toxicodpendência, 2011)

## **Cannabis – CAST<sup>3</sup>**

26. Segundo o CAST, 0,6% da população apresenta um risco moderado ou elevado associado ao consumo de canábis. Já 0,8% apresenta um risco baixo e 3,0% não apresenta quaisquer riscos associados ao consumo desta substância. Os consumos de risco moderado e elevado são superiores entre os homens e os mais jovens.

## **Jogo a dinheiro – SOGS<sup>4</sup>**

27. Segundo o teste SOGS, é de 46,2% a população que não apresenta quaisquer problemas de dependência no que aos jogos de fortuna ou azar diz respeito. Apresentam alguns problemas 1,2% da população, enquanto outros 0,6% têm probabilidade de ser jogadores patológicos. Comparativamente a 2012, as prevalências de jogadores com alguns problemas e com probabilidade de serem jogadores patológicos subiu de 0,3% para 1,2% e de 0,3% para 0,6%, respetivamente.

---

<sup>3</sup> Teste Cannabis Abuse Screening Test (CAST), desenvolvido pelo Observatório Francês da Droga e Toxicodependência.

<sup>4</sup> South Oaks Gambling Screen (SOGS) é um questionário com 20 questões com base em critérios do DSM-III para o jogo patológico. Adaptado 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.

