



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
PNDCV – Programa Nacional das Doenças Cerebro-Cardiovasculares
PNDO – Programa Nacional das Doenças Oncológicas
PNDR – Programa Nacional das Doenças Respiratórias
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos
PND – Plano Nacional para a Diabetes
PNSM – Programa Nacional de Saúde Mental
PNSIDA – Programa Nacional da Infecção VIH/SIDA
PNPAS – Programa Nacional de 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 impacto 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 (15,2% 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).

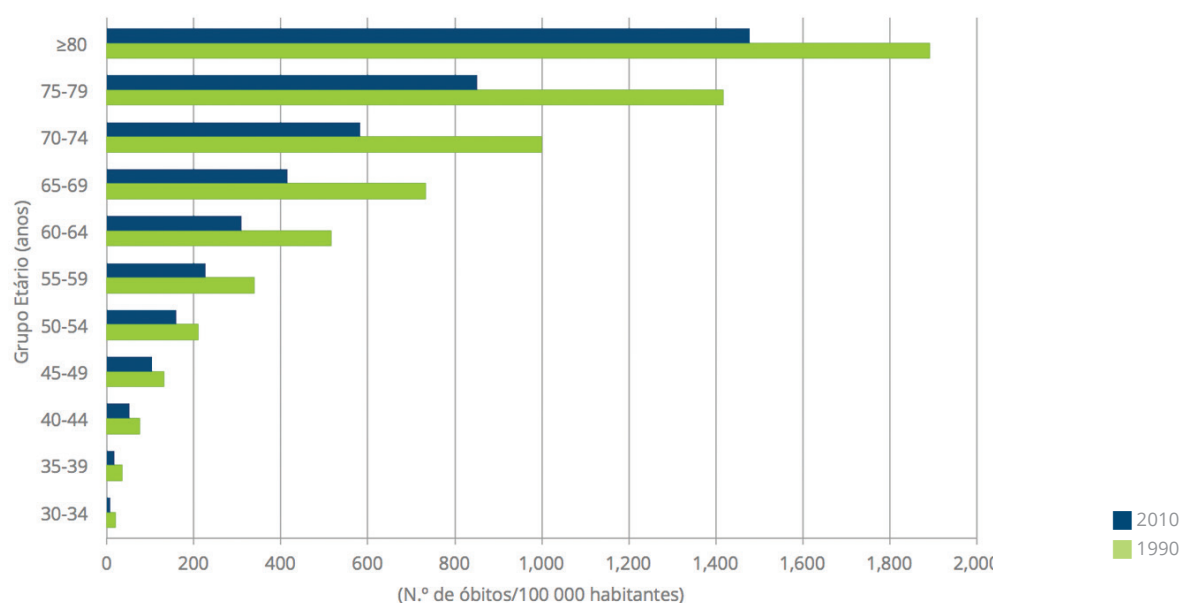
No sexo masculino, a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por 100 000 habitantes, registou uma diminuição em todos os grupos etários, entre 1990 e 2010, conforme se observa no quadro 2 e figura 1.

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).

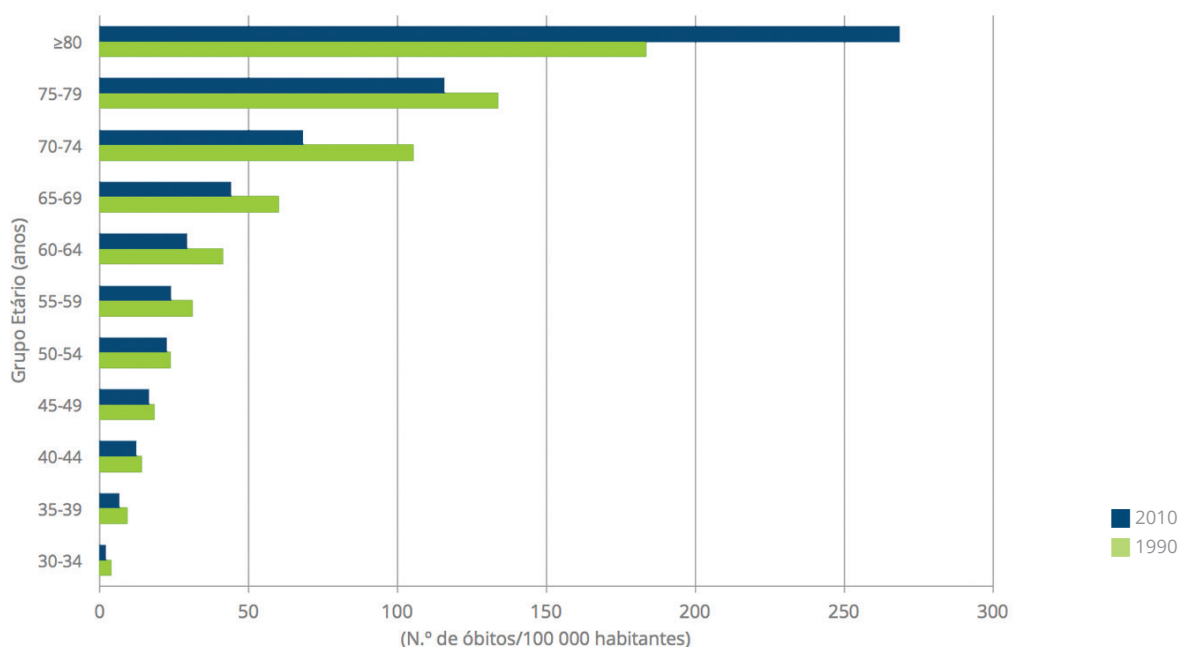
No sexo feminino, a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, por 100 000 habitantes, registou uma diminuição em todos os grupos etários, à exceção do grupo dos 80 ou mais anos, conforme se observa no quadro 3 e figura 2.

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).

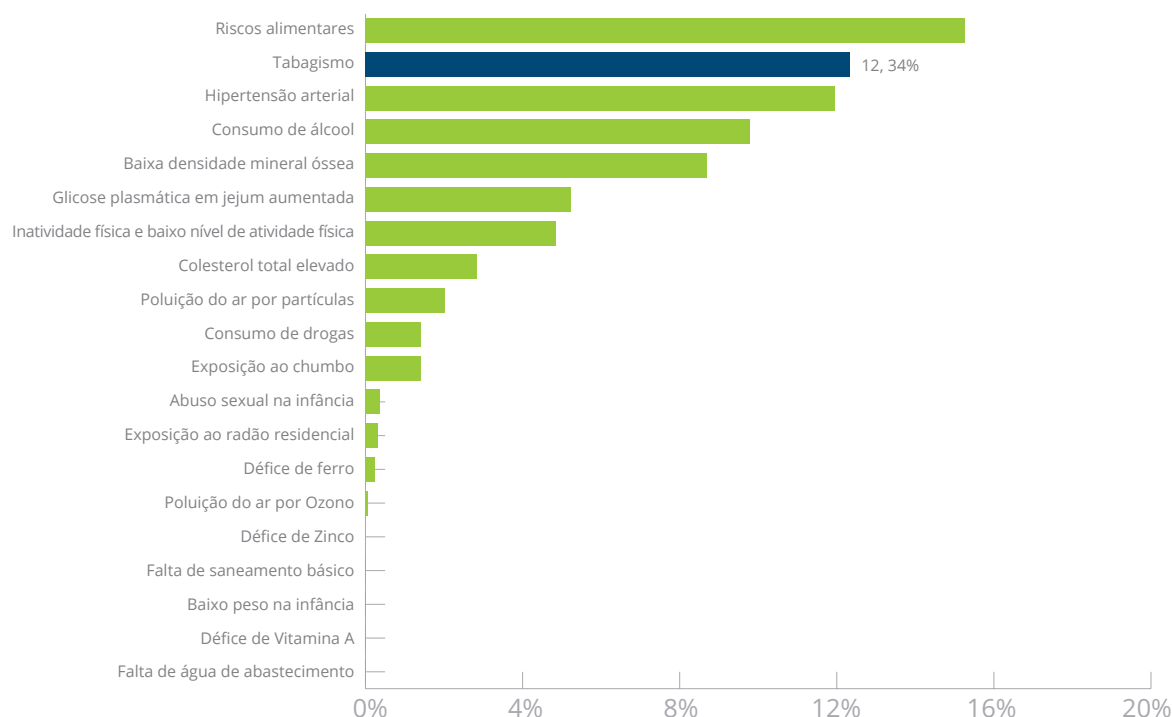
4. CARGA DA DOENÇA ATRIBUÍVEL AO TABACO

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).

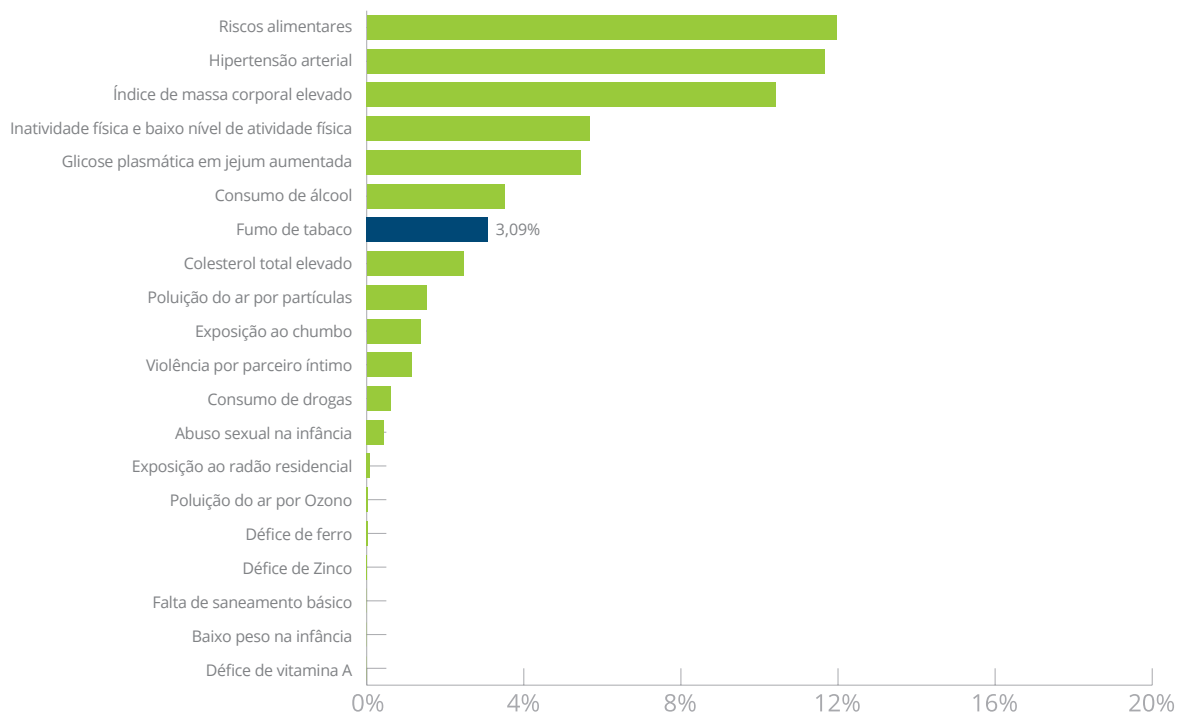
No sexo masculino, fumar é a segunda causa, a seguir aos riscos alimentares, de perda de anos de vida saudável, expressos em DALY. No sexo feminino, que tem apresentado consumos de tabaco inferiores aos do sexo masculino, fumar constitui a 7.ª causa de perda de anos de vida saudável, a seguir aos riscos 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.health-data.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).

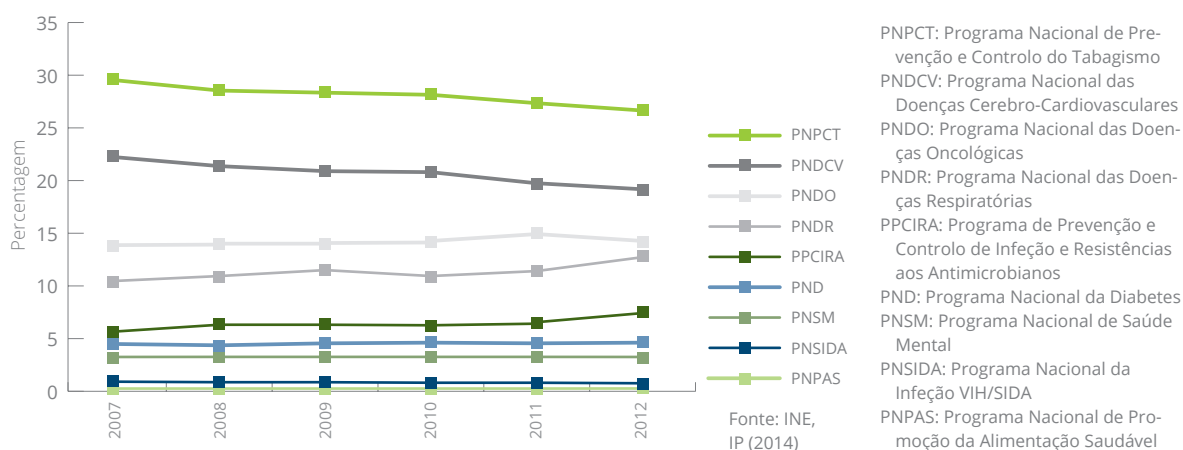
5. MORTALIDADE E MORBILIDADE POR DOENÇAS ASSOCIADAS AO TABACO

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

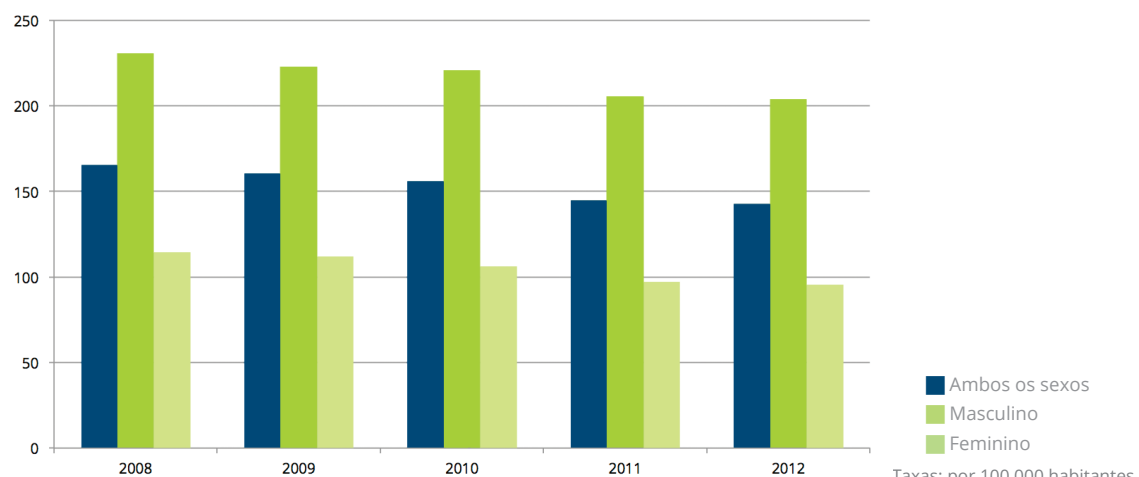
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	15293	15111	15333	14552	14856
Taxa de mortalidade	317,1	313,7	318,7	303,5	311,7
Taxa de mortalidade padronizada	230,8	222,9	220,8	205,4	203,7
Taxa de mortalidade padronizada < 65 anos	70,0	67,3	67,5	66,6	62,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1531,7	1481,5	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)

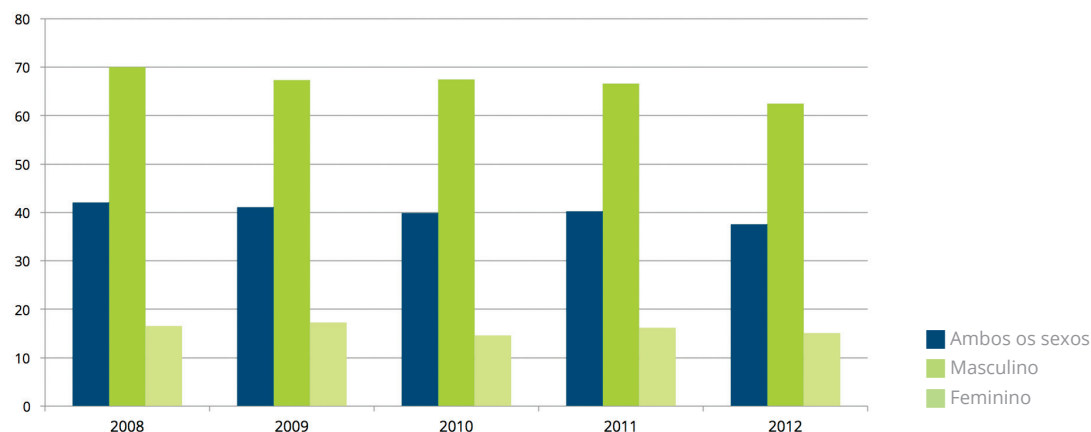
Figura 6. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (todas as idades), por sexo, em Portugal Continental (2008 a 2012)



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 CEREБROVASCULARES

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.

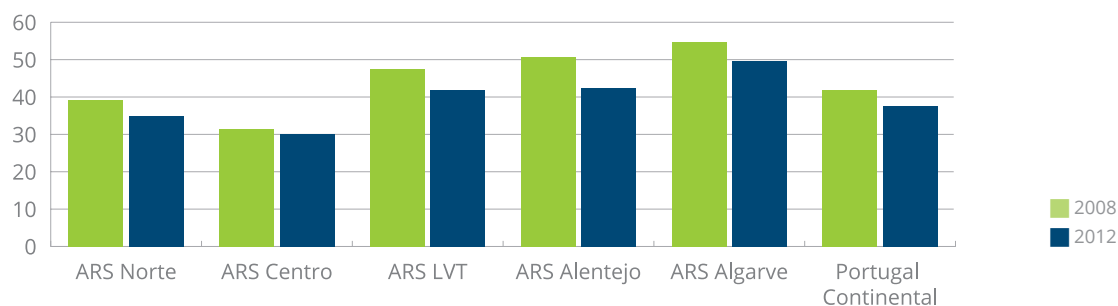
Quadro 34. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doenças relacionadas com o tabaco (< 65 anos, ≥ 65 anos e todas as idades), em Portugal Continental e por ARS (2008 e 2012)

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
PORTUGAL CONTINENTAL			
2009	4063	45845	8,86
2010	4180	47067	8,88
2011	4044	46733	8,66
2012	4116	48517	8,48
2013	3919	48067	8,15
ARS NORTE			
2009	1271	14306	8,88
2010	1304	14329	9,10
2011	1265	14398	8,79
2012	1329	14863	8,94
2013	1278	14810	8,63
ARS CENTRO			
2009	693	9467	7,32
2010	679	9474	7,17
2011	644	9442	6,82
2012	661	9692	6,82
2013	706	9730	7,26
ARS LISBOA E VALE DO TEJO			
2009	1816	18617	9,75
2010	1777	18473	9,62
2011	1741	18220	9,56
2012	1756	19009	9,24
2013	1580	18635	8,48
ARS ALENTEJO			
2009	179	1921	9,32
2010	240	2601	9,23
2011	216	2472	8,74
2012	190	2597	7,32
2013	182	2561	7,11
ARS ALGARVE			
2009	104	1534	6,78
2010	180	2190	8,22
2011	178	2201	8,09
2012	180	2356	7,64
2013	173	2331	7,42

*relativos a todas as doenças. Códigos da CID 9MC das doenças associadas ao tabagismo – ver Notas metodológicas. Fonte: GDH – ACSS/DGS

6. CONSUMO DE TABACO

6.1. Comportamentos da população adolescente face ao consumo de tabaco

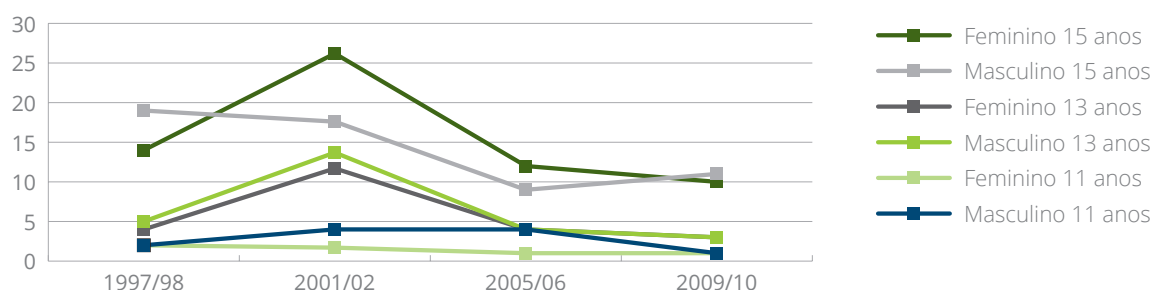
Tendo por base os estudos Health Behaviour School-aged Children (HBSC) verifica-se que o consumo semanal de tabaco entre os adolescentes dos 11 aos 15 anos registou os valores mais elevados em 2001/02, e uma tendência decrescente em ambos os sexos, a partir desse ano, mais acentuada em 2005/06. De notar, 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.

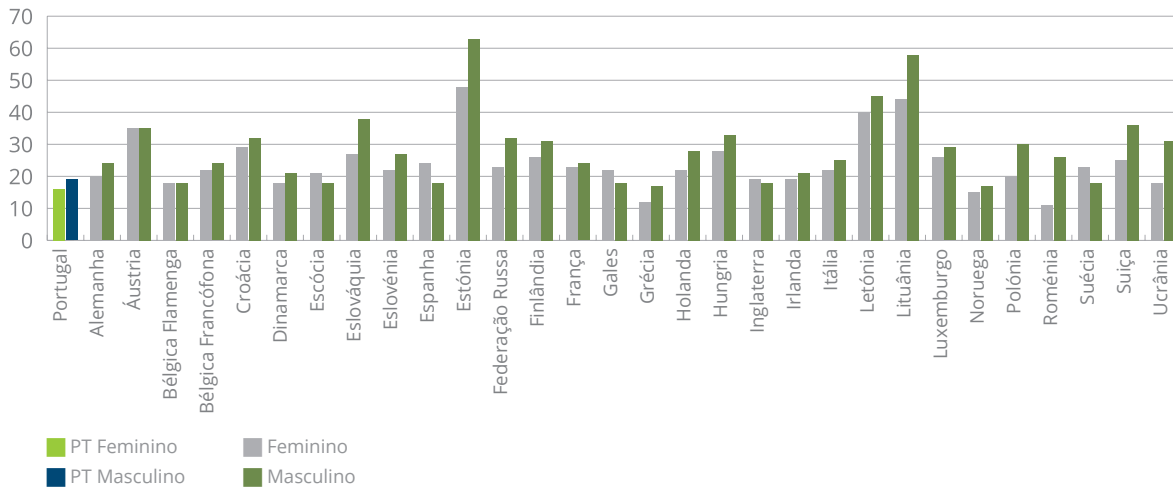
Figura 9. Evolução do consumo de tabaco (%) em adolescentes portugueses que fumam uma vez por semana, por sexo e grupo etário (1997/98, 2001/02, 2005/06 e 2009/10).



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.

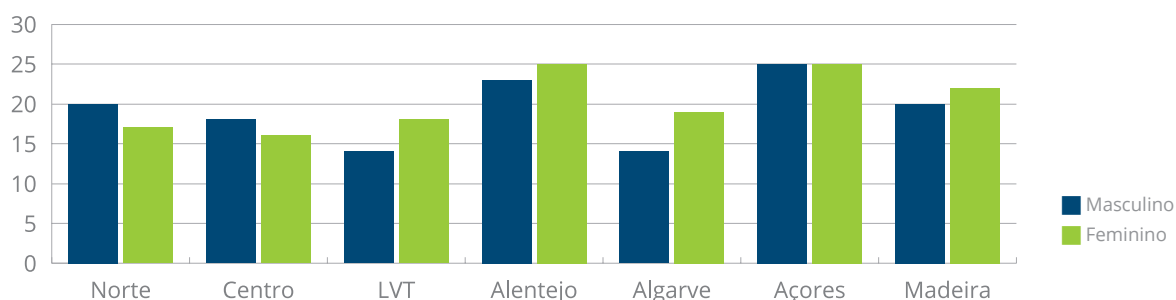
Quadro 37. Prevalência (%) do consumo de tabaco no 3.º ciclo do ensino público, ambos os sexos, por região NUTS1 e NUTS2 (2011)

	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.

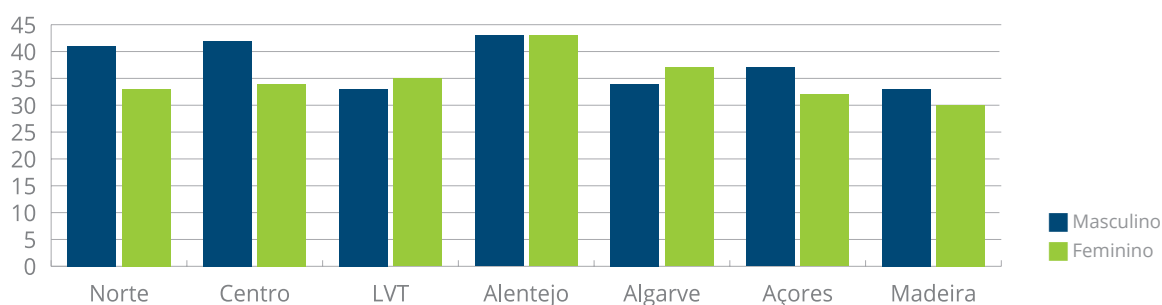
De acordo com os dados do Inquérito Nacional em Meio Escolar (SICAD, 2011), 39% dos rapazes e 34% das raparigas do ensino secundário público declararam ter fumado nos 30 dias anteriores ao estudo. A Região do Alentejo apresentou a percentagem mais elevada (43%) de alunos do ensino secundário público, 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)

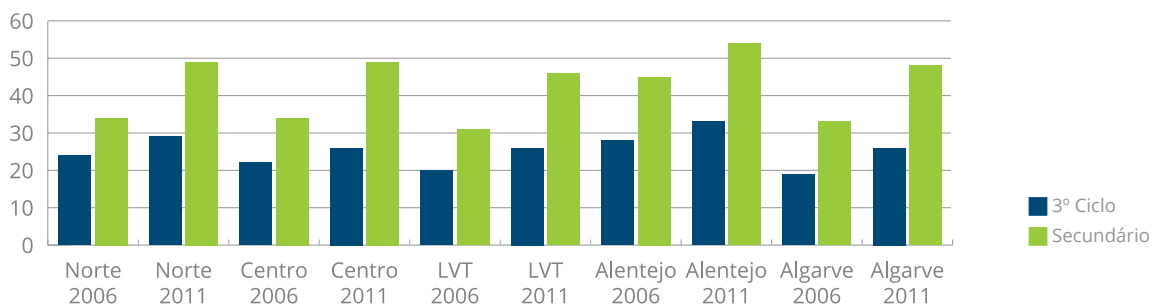


Fonte: Feijão F. Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 (Secundário). Consumo de Drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada - Síntese de resultados. SICAD, Ministério da Saúde.

6.2.1. EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE TABACO NOS JOVENS ESCOLARIZADOS DO ENSINO PÚBLICO, POR REGIÃO, 2006-2011

Analizados 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)

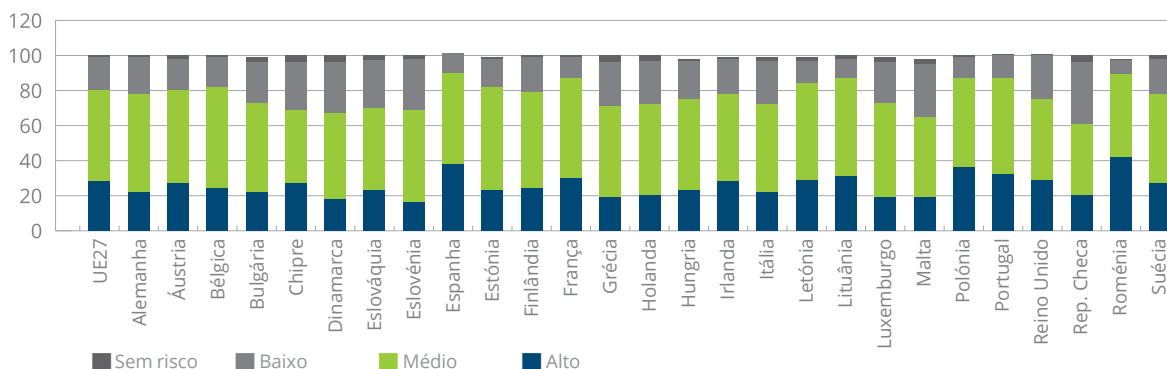
NUTS III	3º Ciclo		Ensino Secundário	
	2006	2011	2006	2011
Região Norte				
Minho Lima	19	25	33	49
Cávado	20	26	33	49
Ave	26	29	42	52
Grande Porto	22	29	29	47
Tâmega	25	30	34	49
Entre Douro-Vouga	20	25	27	44
Douro	31	35	43	53
Alto Trás-Montes	29	32	41	56
Total Região	24	29	34	49
Região Centro				
Baixo 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)



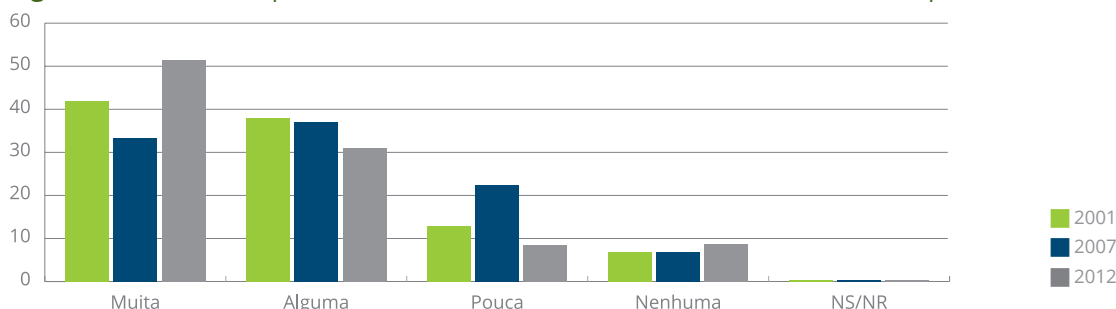
Fonte: European Commission, Flash Eurobarometer 233, Analytical report. "Young people and drugs among 15-24 year-olds". The Gallup Organization for European Commission, May 2008. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf

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, 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

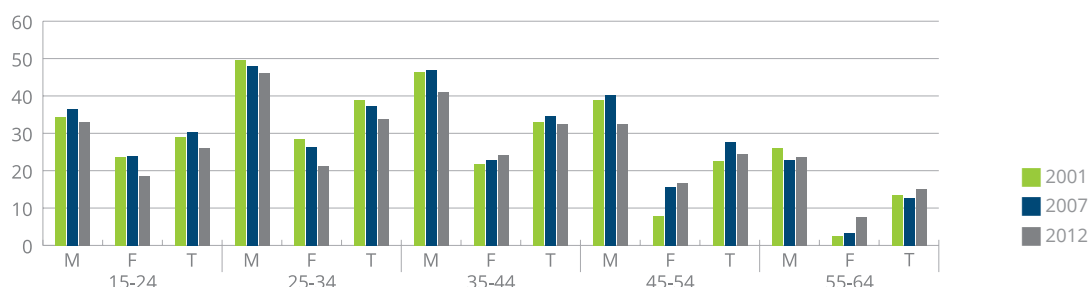
	PLV			12M			30D		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
2001	56,0	25,0	40,2	40,4	17,7	28,8	40,1	17,6	28,6
2007	63,3	34,8	48,9	41,8	20,3	30,9	40,1	19,0	29,4
2012	60,2	32,8	46,2	36,9	19,9	28,2	35,1	18,0	26,3

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.

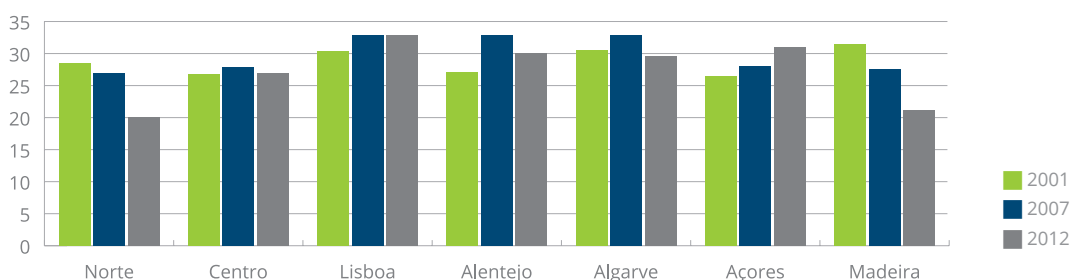
Relativamente à prevalência do consumo no último mês, por Região, na população dos 15 aos 64 anos, verificou-se que, em 2012, a Região de Lisboa e Vale do Tejo apresentou o valor mais elevado (32,9%), seguida dos Açores (31,0%) e do Alentejo (30,0%). A Região Norte apresentou a prevalência mais baixa. 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).

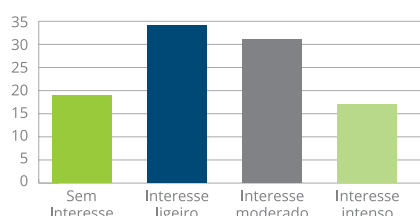
Como motivos para não ter consumido tabaco no último ano ou no último mês, 28,4% dos inquiridos desistentes referiram que o tabaco estava a afetar a sua saúde, 48,7% a consciencialização dos riscos, 9,8% o preço elevado, 4,5% o aconselhamento médico, 4,2% o pedido de familiares ou amigos, 3,5% a gravidez ou planos para formar família e 0,09% 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	32
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	116

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 nas Regiões Norte e 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	1248
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	5377

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.

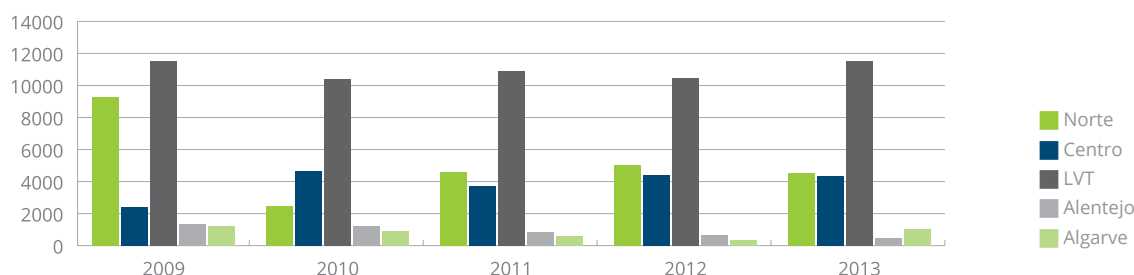
Quadro 46. Total de consultas de cessação tabágica efetuadas, em Portugal Continental e por ARS (2009 a 2013)

Total de Consultas de Cessação tabágica					
ARS	2009*	2010*	2011*	2012*	2013
Norte	9278	2458	4589	5038	4500
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	21577

*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	3082
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	14056
%	33,30%	66,70%	50%	50%	31,90%	68,10%	34,42%	65,57%

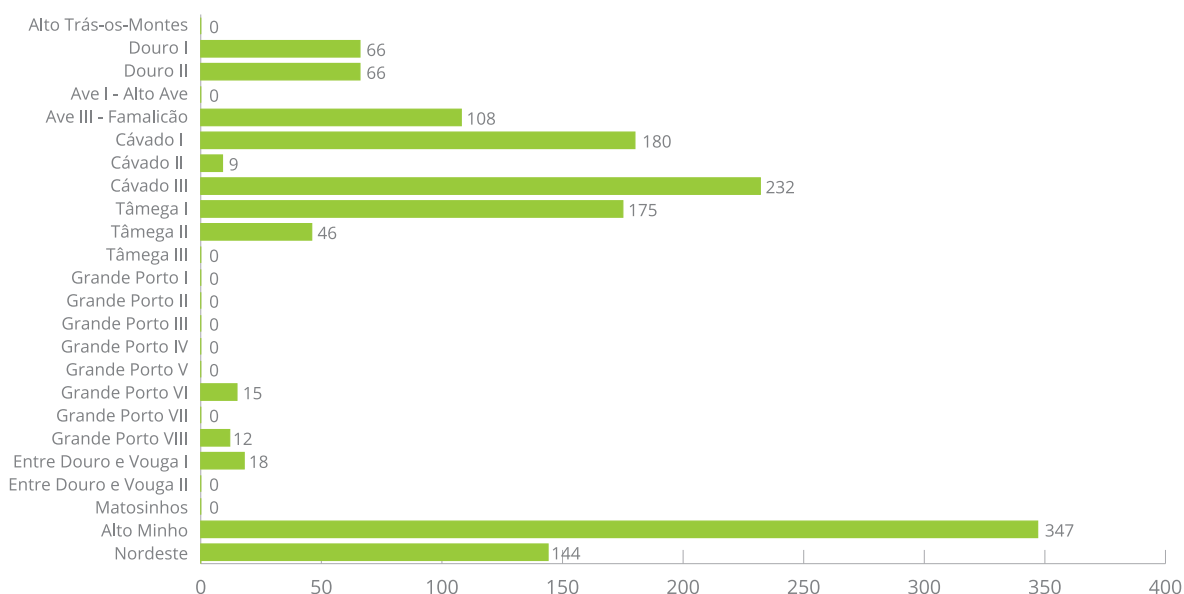
*Informação atualizada pelas ARS em janeiro 2013

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.

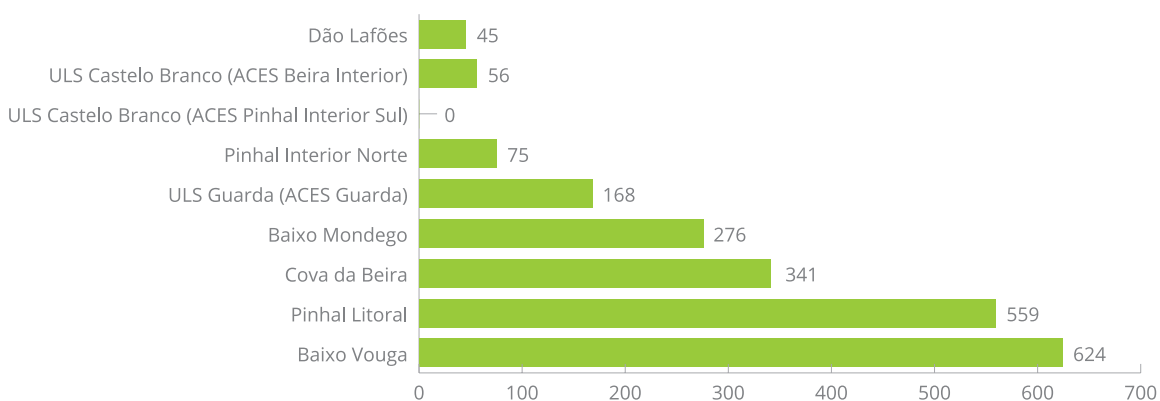
Assim, observa-se ausência deste tipo de atendimento, em 17 ACES (30,9% do total), em particular nas ARS Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, conforme se confirma nas figuras 20 a 24.

Figura 20. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES, Administração Regional de Saúde do Norte



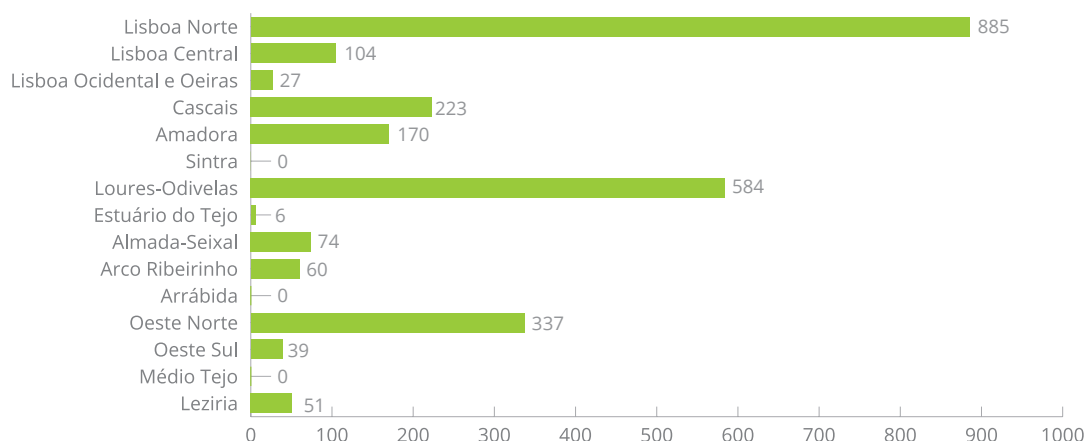
Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte.

Figura 21. Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, em 2013, por ACES da Administração Regional de Saúde do Centro



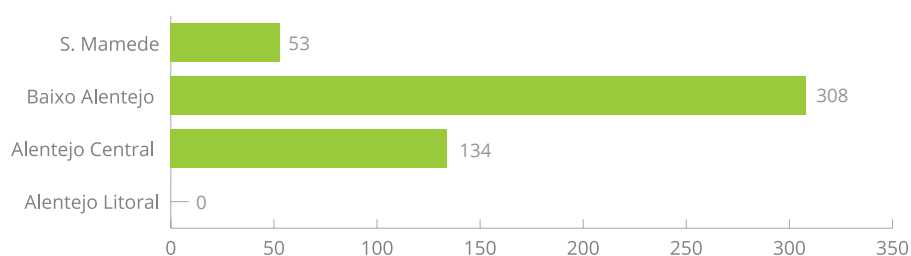
Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro.

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



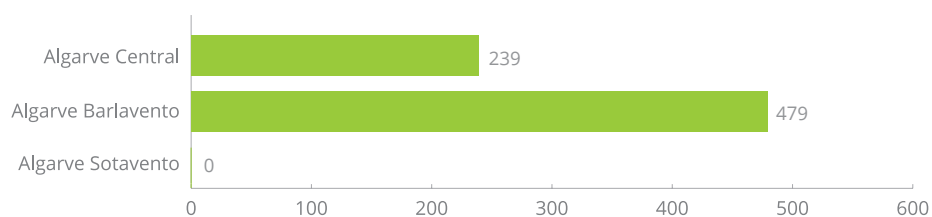
Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) de LVT.

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

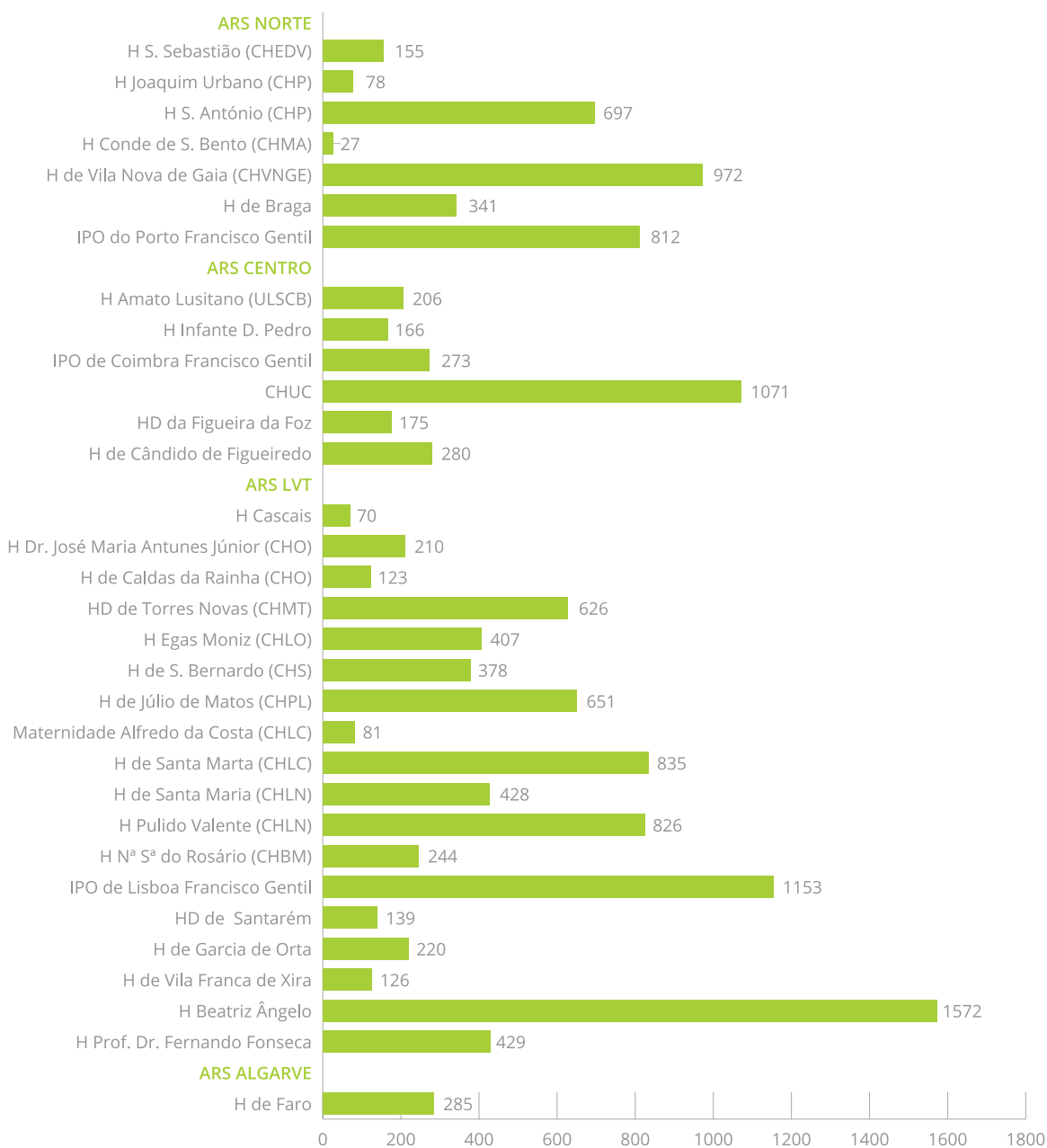


Fonte: Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve.

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 bupropion e os substitutos de nicotina foram os medicamentos de apoio à cessação tabágica mais comercializados. De notar o aumento gradual da comercialização de bupropion., 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)

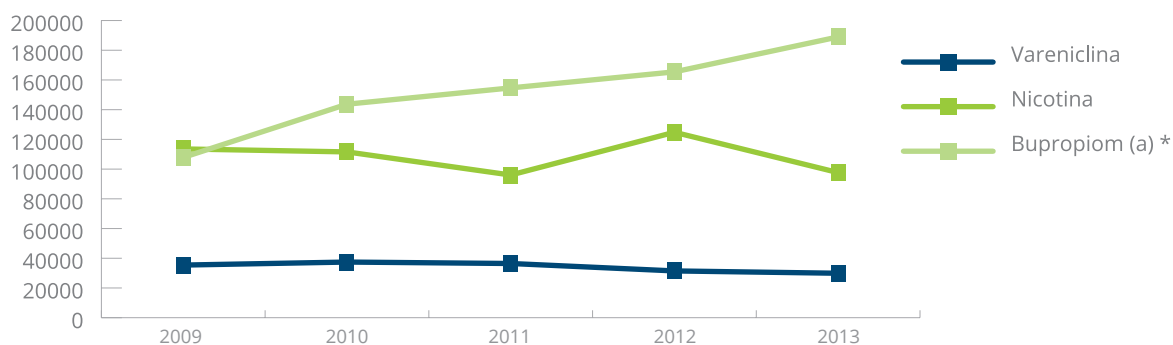
DCI	Embalagens de antidepressivos (n.º)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Bupropiom** (a)	106730	142773	153930	164824	188322
Bupropiom (Zyban)	1132	908	722	623	631
Bupropiom (a)	107,862	143,681	154,652	165,447	188,953
Vareniclina	35409	37440	36469	31469	29906

(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%
Sexo	Total	26,6	25,5-27,7
	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).

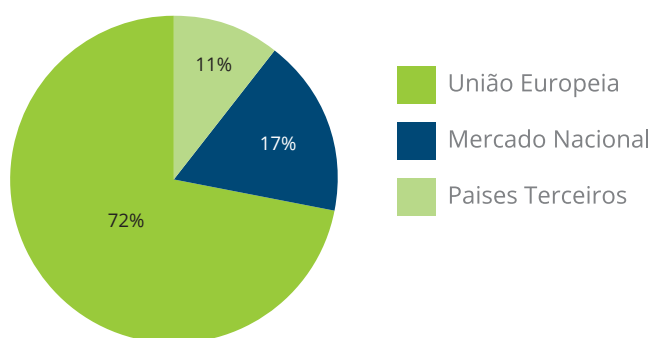
Quadro 51. Produção de tabaco na Região Autónoma dos Açores (2011-2013)

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.

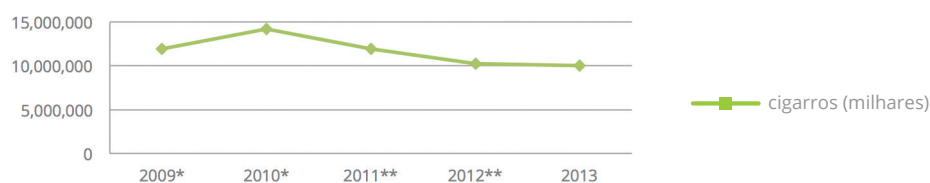
Ministério das Finanças. DGAIEC. Consult. 14 set. 2014. Disponível em www.dgaiec.min-financas.pt

* 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)

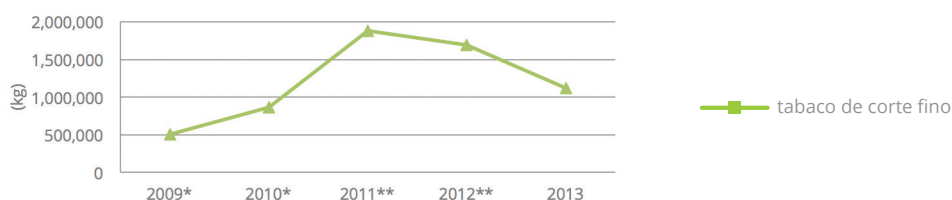


Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira (2014)

*Total Nacional

**Total Portugal Continental

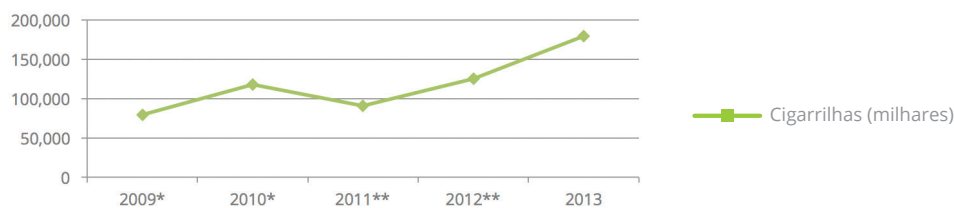
Figura 29. Evolução das entradas no consumo de tabaco de corte fino (Kg)



Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira (2014)

*Total Nacional

**Total Portugal Continental

Figura 30. Evolução das entradas no consumo de cigarrilhas (milhares)

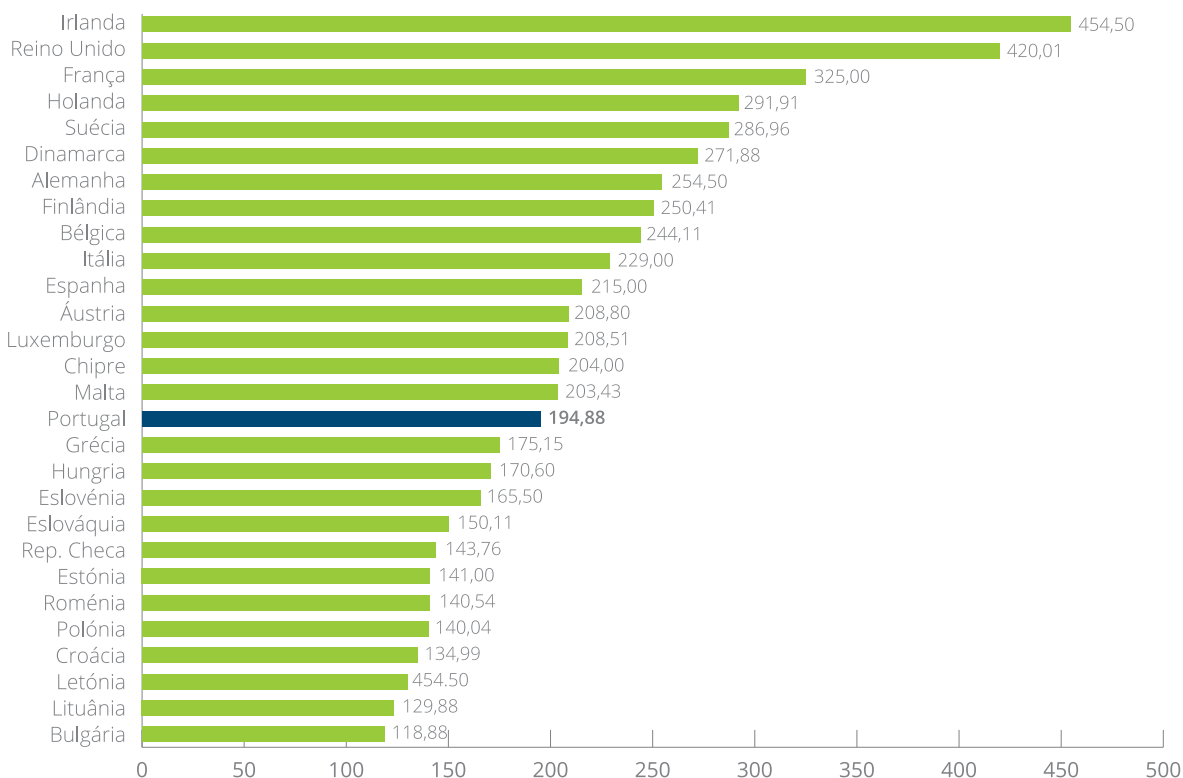
Fonte: Autoridade Tributária e Aduaneira (2014)

*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%
Cigarilhas	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)

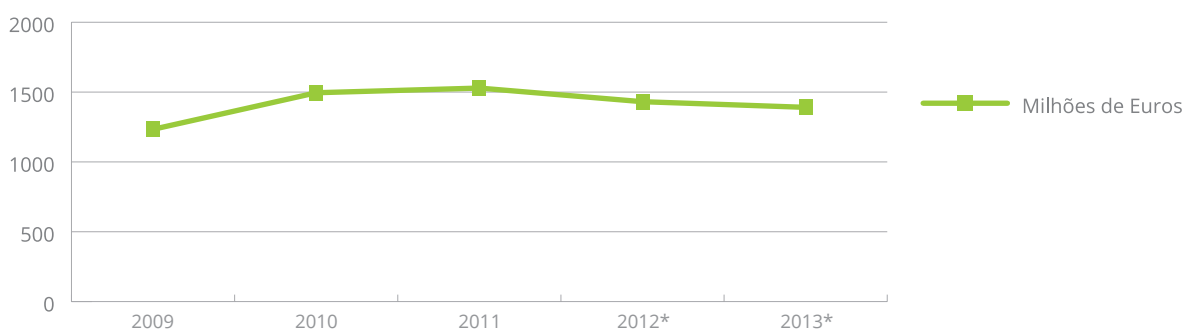
Receitas fiscais do tabaco					
	2009	2010	2011	2012*	2013*
Milhões de Euros	1.232,4	1.496,1	1.529,8	1431,5	1390,7
Taxa de variação anual	-3,8%	21,4%	2,3%	-6,4%	-2,9%

*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_destaques&DESTAQUESpagenum=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_destaques&DESTAQUESpagenum=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 (15% 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 ita, 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)

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 de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos	
Septicemia estreptocócica	A40
Outras septicemias	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 da Infecção VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24
Programa Nacional das 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 da Diabetes	
Diabetes	E10-E14
Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
Programa Nacional das Doenças Cerebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional das Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional de 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 de 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)
	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's) - 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 da Infecção VIH/SIDA
Tuberculose
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]
Programa Nacional das 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 da Diabetes
Diabetes
Programa Nacional das Doenças Cerebro-Cardiovasculares
Doenças isquémicas do coração
Doenças cerebrovasculares
Programa Nacional das Doenças Respiratórias
Asma
Doença pulmonar obstrutiva crónica
Doenças do interstício pulmonar
Programa Nacional de 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 Homogêneos, 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_destaques&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