



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MIGUEL ÂNGELO GONÇALVES VENTURA

***Internet, Jogo e Consumo de Substâncias Psicoativas na
População Universitária***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA LEGAL

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROF. DOUTORA HELENA TEIXEIRA

DR. JOSÉ DA ROCHA ALMEIDA

MARÇO/2016

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| RESUMO/ABSTRACT | 2 |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 4 |
| I – INTRODUÇÃO | 5 |
| II – OBJECTIVOS | 8 |
| III – DESENVOLVIMENTO | 9 |
| 1 – Revisão da Literatura | 9 |
| A. Breves Conceitos e descrição das Substâncias Psicoativas | 9 |
| B. Legislação | 15 |
| 2 – Contribuição Pessoal | 19 |
| 2.1. Material e Métodos | 19 |
| 2.1.1. Amostra | 19 |
| 2.1.2. Instrumento de recolha de dados | 20 |
| 2.1.3. Procedimento de recolha de dados | 21 |
| 2.1.4. Procedimento de análise de dados | 21 |
| IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO | 22 |
| V – NOTAS CONCLUSIVAS | 35 |
| VI – AGRADECIMENTOS | 37 |
| VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| VIII – ANEXO | 42 |

RESUMO

A internet ganhou, nos últimos anos, uma importância fundamental no nosso quotidiano, sendo hoje largamente utilizada tanto por jovens como por mais velhos. Com esta realidade, também os jogos tiveram outra acessibilidade. No entanto, ainda é bastante difícil definir o que poderá ser um uso excessivo destas tecnologias, bem como se conhece pouco acerca dos efeitos negativos do mesmo. É, pois, importante perceber estas novas “adições” e qual a relação que poderão ter com o consumo de substâncias psicoativas, tema largamente estudado e conhecido.

Neste contexto, o presente trabalho pretendeu caracterizar a realidade portuguesa num contexto estudantil universitário, no que respeita à utilização da internet, jogo e consumo de substâncias e qual a relação existente entre eles. Pretendeu-se, igualmente, com este estudo entender e saber alertar a comunidade científica para este problema, pouco investigado até à data.

Foi inicialmente efetuada uma revisão bibliográfica para enquadramento teórico. Numa segunda parte do trabalho, foi realizada uma análise estatística de um inquérito distribuído a estudantes do ensino superior português.

Os resultados obtidos confirmam que a internet é largamente utilizada pelos estudantes universitários, sendo parte importante do seu dia-a-dia. Relativamente ao jogo, destaca-se o facto do jogo a dinheiro ser ainda pouco frequente. O álcool, o tabaco e os canabinóides são as substâncias psicoativas com maior percentagem de consumidores, tendo as restantes substâncias consumos marginais. Para além destes resultados não foi possível, tal como pretendido, estabelecer uma relação entre o uso de internet, jogo e consumo de substâncias psicoativas.

Com a realização deste trabalho foi possível concluir que o tema da internet necessita de maior investigação, nomeadamente na definição do que pode ser considerado uso excessivo.

Palavras-chave: Estudantes, internet, jogo, consumo, substâncias.

ABSTRACT

Internet won, in the past years, a crucial importance in our daily life, and it's today widely used by youth as well as elderly. With this reality, games also gain another accessibility. However, it is still difficult to define what could be an excessive use of this technologies, as well as there is still little knowledge about its negatives consequences. It is, therefore, important to know this new "addictions" and what is the correlation between the substances abuse, subject widely studied and known.

The present work intended to characterize the Portuguese reality, in a student university context, in terms of the use of internet, game and substance abuse and what is the relationship between them. It was also another objective to alert the scientific community for this problem, with few investigation until our days.

We started with a bibliographic revision, in order to give a theoretical framework about the subject. In a second part, a statistic analysis of an inquiry, distributed to Portuguese university students, was made.

The results confirm that internet it's widely used today by university students, being an important part of their days. About game, it stands out that gamble is not frequent in our study. Alcohol, tobacco and cannabis are the most consumed psychoactives substances. The others substances as shown to be lot less frequent in terms of consume. Beyond this results, it was not possible to stablish any relation between the use of internet, game and psychoactives substances consume.

With this study it was possible to conclude that internet subject needs to be more investigated, including the definition of what could be an excessive use.

Key-words: students, internet, game, consumption, substances.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SNC – Sistema nervoso central

Δ 9-THC – Δ 9-tetrahidrocanabinol

CB1 – Recetores canabinoides tipo 1

CB2 – Recetores canabinoides tipo 2

MDMA – 3,4-metilenodioximetanfetamina

ACTH – Hormona adrenocorticotrófica

GHB – Ácido gama-hidroxibutírico

LSD – “Lysergsäurediethylamid”, palavra alemã para dietilamida do ácido lisérgico

GABA – Ácido gama-aminobutírico

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

PISA – Programme for Interventional Student Assessment

OCDE – Organização para a cooperação e desenvolvimento económico

SICAD – Serviço de intervenção em comportamentos aditivos e dependências

I – INTRODUÇÃO

Vivemos num mundo em constante mudança e com complexa e vasta tecnologia capaz de influenciar o nosso quotidiano. A internet é um exemplo disso, tendo alcançado nos últimos anos uma importância bastante relevante em termos tecnológicos, pois se é certo que há cerca de 20 anos eram poucas as pessoas que recorriam a esta inovação, hoje a sua utilização é comum, ou mesmo diária. São várias as vantagens que podemos obter com esta ferramenta, nomeadamente na área da saúde, onde existem já plataformas bastante desenvolvidas, como por exemplo, em doentes psiquiátricos, que tendem a estar mais afastados da sociedade, podendo as redes sociais apresentarem-se como uma ferramenta útil (K. Anderson *et al.*, 2015).

No entanto, são pouco conhecidos e estudados os efeitos negativos da utilização abusiva da internet. O tema é complexo e gera controvérsia, nomeadamente ao nível da sua nomenclatura e classificação. Poderemos falar em adição? A adição à internet é ainda um “limbo” científico, uma vez que é difícil diferenciar um comportamento normal do patológico. Echeburúa, em 1999, já assinalava a falta de classificação para as adições comportamentais. A ausência de critérios de diagnóstico e consenso científico também são apontados como fatores dificultadores (J. Garcia del Castillo, 2013).

Tal como a internet, os jogos ganham nesta nova realidade virtual um novo espaço e importância. O jogo é um dos comportamentos adaptativos e formativos na infância, ajudando no desenvolvimento mental das crianças (Garcia del Castillo, 2013). No entanto, nos últimos anos tem tido, na opinião pública e pesquisa científica, um papel de relevo (J. Kneer e R. Diana, 2015).

Por último, as adições e o processo fisiopatológico adjacente a elas deve ser sempre alvo de uma preocupação por parte dos cuidados de saúde. Concretamente, as adições podem relacionar-se com qualquer substância, desde as mais conhecidas (álcool, opiáceos, tabaco e cocaína) a todos os psicofármacos que podem ser suscetíveis de consumo com fim não

terapêutico (G. Calabuig, 2004) e com a capacidade de induzir alterações ao nível do funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), podendo levar a fenómenos de tolerância e dependência física e psíquica. Se isto já acontece amplamente em Portugal para as toxicodependências, ainda não há o reconhecimento necessário desta problemática em termos de abuso de internet ou jogo. Este facto faz com que os profissionais de saúde, particularmente os médicos, sejam peças fundamentais na resolução de alguns destes problemas, nomeadamente a nível de acompanhamento psiquiátrico. Viñas (2009) assinala mesmo que os adolescentes que passam mais tempo na internet tendem a ser emocionalmente instáveis, introvertidos e pessimistas. Será este um problema passível de diagnóstico e tratamento? Haverá possibilidade de estabelecer legislação para prevenir situações de abuso?

Apesar da importância que este tema tem, são relativamente poucos os dados estatísticos sobre o uso da internet, o jogo patológico e o consumo de substâncias na população universitária, seja em Portugal ou no resto da Europa.

Efetivamente, em Portugal, existe uma falta de dados relativos às vivências estudantis no ensino superior, nomeadamente ao nível dos seus hábitos. Em relação aos consumos, embora existam estudos sobre esta matéria, a informação referente à população universitária é inferida a partir de dados retirados de estudos relativos à população geral ou de inquéritos aplicados ao meio escolar.

Tal como concluído por Garcia del Castillo (2013), é necessário aprofundar mais o conhecimento sobre as adições tecnológicas, nomeadamente com a relação que poderão ter com o abuso de substâncias, e de que forma poderemos preveni-las e combatê-las.

Assim considerámos importante analisar, através de um inquérito realizado a estudantes universitários, quais os seus hábitos no que diz respeito ao uso de internet, associado ou não ao jogo e/ou a substâncias psicoativas, de forma a enaltecer a necessidade de se realizar um esforço adicional para entender os mecanismos aditivos/patológicos, perceber como

poderemos prevenir este problema, nomeadamente entre a população mais jovem, e como podemos lutar terapêuticamente contra as consequências para a saúde de cada indivíduo.

II – OBJECTIVO

Com este trabalho pretende-se, em primeiro lugar, conhecer a realidade acerca do uso da internet, jogos e substâncias psicoativas na comunidade universitária, bem como esclarecer a existência ou não de uma relação entre estas três temáticas. Nomeadamente, perceber se a utilização abusiva da internet está associada um maior risco de desenvolver problemas com o jogo ou com o abuso de substâncias psicoativas.

Um outro objetivo é introduzir este tema na discussão pública e científica, uma vez que a informação e investigação na área ainda é escassa. É importante, numa altura em que o acesso à internet é praticamente universal, que a comunidade científica, particularmente a classe médica, reflita sobre os problemas psíquicos, físicos e sociais que podem advir da sua utilização desadequada e, em última análise, que medidas poderão ser tomadas pelos diferentes profissionais de saúde para lidar com este assunto.

III – DESENVOLVIMENTO

1 – REVISÃO DA LITERATURA

A - Breves conceitos e descrição das substâncias psicoativas

Uma vez que este estudo incide sobre variadas substâncias, considera-se importante fazer uma resumida descrição das características de diferentes substâncias, tais como a sua definição, mecanismo de ação e efeitos no organismo.

Álcool

O álcool etílico ou etanol pertence ao grupo químico dos álcoois que são essencialmente depressores do sistema nervoso central (SNC). Existem vários mecanismos moleculares envolvidos no efeito do álcool no SNC, nomeadamente a alteração funcional de alguns canais iónicos, levando a uma depressão de todas as áreas e funções do cérebro, dependente da concentração no sangue (W. Osswald e S. Guimarães, 2001). O álcool etílico é uma substância de elevada toxicidade, sendo que a dose tóxica oscila entre 5 e 8 g/Kg, e na criança é de 3 g/Kg, podendo uma intoxicação ser mortal a partir de alcoolémias superiores ou igual a 4,5 g/L. Esta substância produz variados efeitos no Homem quando consumida. Como depressor do SNC, provoca, entre outros, descoordenação motora, redução da força muscular, diminuição da capacidade de compreensão, diminuição dos reflexos, podendo ainda promover uma certa desinibição social. A longo prazo, provoca cirrose hepática, danos cerebrais, depressão, psicose e alteração da dinâmica das relações familiares e pessoais, e são passíveis de provocar dependência, tanto psíquica como física (Guevara J, 1995; G. Calabuig, 2004).

Tabaco

Um cigarro pode conter mais de quatro mil substâncias químicas; no entanto, a nicotina é o principal agente responsável pelo desenvolvimento do tabaco. Para além da nicotina destaca-se o monóxido de carbono, dióxido de carbono, alcatrão, óxidos de nitrogénio e compostos voláteis contendo enxofre que contribuem para os efeitos positivos do tabaco. No sistema nervoso central a nicotina atua como ativadora do sistema dopaminérgico meso-corticolímbico, parte do sistema de recompensa e responsável pelo mecanismo de dependência. No sistema nervoso periférico a nicotina é responsável por uma ativação simpática neuronal que pode provocar aumento da frequência cardíaca, vasoconstrição coronária, aumento da pressão arterial. (G. Cunha *et al*, 2007). O tabaco, pelos seus diversos compostos, aumenta o risco de desenvolvimento de várias neoplasias malignas de que se destaca o cancro do pulmão.

Canábis (grupo toxicológico: Canabinóides)

Os canabinoides, obtidos a partir da planta *Cannabis sativa L.*, têm como princípio ativo o Δ^9 -tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), que determina a potência dos produtos da planta. Existem várias formas de apresentação desta substância tais como resina, haxixe, óleo e marijuana, todas elas dependentes da percentagem existente de Δ^9 -THC.

Os canabinoides atuam ao nível do SNC através de recetores CB1, provocando alterações do comportamento motor, perceção, aspetos cognitivos, memória, aprendizagem, função endócrina, regulação da temperatura corporal e regulação da energia e apetite. Para além dos recetores CB1 existem também, a nível periférico, recetores CB2 que parecem desempenhar um papel importante na imunomodulação, exercendo atividade anti-inflamatória e imunossupressora. (H. Teixeira, 2015)

Os canabinóides provocam efeitos alucinogénicos e depressores no SNC, podendo um indivíduo apresentar midríase, conjuntivite com lacrimejo e fotofobia, hipotensão moderada

e taquicardia, assim como pseudopercepções, alterações da percepção temporal e espacial, alucinações, reações de pânico, delírio tóxico agudo e estados paranóides agudos. A longo prazo, podem provocar perturbações psicóticas. Os efeitos secundários destas substâncias são extremamente variáveis consoante as características ambientais e individuais, provocando, essencialmente, dependência psíquica. (W. Dewey, 1986; R. Jones, 1987; I. Adams e B. Martin, 1996; G. Calabuig, 2004)

Ectasy

O MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina), mais conhecido por ecstasy, é uma substância química sintética pertencente ao grupo das feniletilaminas, um dos grupos mais amplos de substâncias psicoativas conhecidas. Este composto é uma variante da metanfetamina, partilhando, portanto, várias características das anfetaminas. Atua ao nível dos recetores serotoninérgicos e dopaminérgicos, quer diretamente com efeito agonista, quer indiretamente, impedindo a recaptação de serotonina e dopamina. De entre os vários efeitos conhecidos, destacam-se o aumento da pressão arterial e do ritmo cardíaco, arritmias, hipertermia, aumento dos níveis plasmáticos de ACTH e prolactina, midríase e desvios oculares. Em doses elevadas poderá provocar a morte, devido a uma associação de vários fatores como a desidratação, hipertermia, rabdomiólise, insuficiência renal aguda, entre outras. (G. Calabuig, 2004)

Anfetaminas

As anfetaminas correspondem a uma série de substâncias obtidas por síntese química, semelhantes às feniletilaminas, sendo consideradas alucinogénicas. Elas atuam inibindo a recaptação de dopamina e noradrenalina, estimulando, assim, partes do SNC que utilizam estes neurotransmissores. Afetam o centro hipotalâmico do sono e o centro regulador da fome, apresentando atividade simpático-mimética. De entre os vários efeitos fisiológicos

destacam-se a excitação, desorientação, anorexia, palpitações, aumento da pressão arterial, náuseas, vômitos e midríase. A dose letal encontra-se entre os 20 e os 25mg/kg, no entanto, esta poderá variar uma vez que as anfetaminas também causam tolerância. Assim, um consumidor habitual poderá suportar doses superiores (G. Calabuig, 2004).

Os consumidores destas substâncias desenvolvem uma intensa tolerância e uma forte dependência, tanto física como psíquica. A intoxicação aguda pode provocar efeitos muito vastos, tais como, agitação, hiperatividade, insónia, angústia, irritabilidade, taquicardia, hipertermia, sudorese abundante, midríase e crises convulsivas. Com uma maior dose pode também surgir um quadro confusional com sintomas de ansiedade, alucinações, delírio e alterações comportamentais, simulando um quadro esquizofrénico do tipo paranoide. Além de todos estes sinais e sintomas, pode haver, concomitantemente, hiperestesias, xerostomia, náuseas, vômitos, nistagmus, vertigens, ataxia e convulsões e, caso seja administrada uma concentração suficientemente grande, poderá, eventualmente, levar à morte do indivíduo. Quanto a complicações psíquicas, é passível o surgimento de alterações que se enquadram em 4 quadros clínicos, como psicose anfetamínica, reação ansiosa aguda, comportamento violento e agressivo e síndrome de abstinência. Acidentes vasculares agudos com trombozes cerebrais e hemorragias intracerebrais poderão, ainda, complicar todos estes quadros (L. Seiden e G. Ricaurte, 1987; J. Guevara e V. Pueyo, 1995; W. Melega *et al*, 1997; A. Kalechstein *et al*, 2003; T. Nordahl *et al*, 2003; G. Calabuig, 2004; J. Scott *et al*, 2007; C. Cruickshank e K. Dyer, 2009)

LSD

O LSD é um derivado do ácido lisérgico. É um dos alucinogénicos mais potentes que se conhece, sendo que doses de 25 a 50µg já produzem efeitos psicóticos. Pode ser obtido por extração direta a partir do fungo de *Claviceps purpurea* ou sintetizado laboratorialmente, no entanto é um dos alucinogénicos mais difíceis de produzir. O seu mecanismo de ação

prende-se com a atividade agonista para os recetores serotoninérgicos no sistema nervoso central, responsável pelas alucinações. O quadro clínico caracteriza-se principalmente por alucinações visuais e auditivas, sinestésias e alteração da percepção temporal. Provoca também hipertensão arterial, taquicardia, midríase, hiperreflexia e hipertermia (J. Guevara e V. Pueyo, 1995).

Cogumelos mágicos

Os cogumelos mágicos ou cogumelos alucinogénicos, como são também conhecidos, possuem como princípio ativo a psilocibina e psilocina. Existem uma variedade de cogumelos com estas substâncias tais como o *Gymnopilus*, *Psilocybe* ou *Galerina*. Quimicamente pertencem ao grupo das indolaminas. A ações da psilocibina e psilocina são muito parecidas às do LSD sendo, no entanto bastante mais potentes, sendo que 1µg de psilocibina corresponde a 10µg de LSD. Também os efeitos destas substâncias se aproxima muito dos produzidos pelo LSD, nomeadamente taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia e tolerância, para além dos efeitos alucinogénicos (J. Guevara e V. Pueyo, 1995)

GHB

O ácido γ -hidroxibutírico, mais conhecido como GHB, é um análogo do neurotransmissor inibitório GABA, atuando nos gânglios da base, hipotálamo, estriado e *substantia nigra* como depressor do sistema nervoso central. Apesar desta ação depressora, inicialmente pode levar a euforia e estimulação e só mais tarde a sedação. Dos vários efeitos fisiológicos destacam-se a hipotensão, bradicardia sinusal, hipotermia, bradipneia, miose, tolerância e dependência. Esta droga tem tido particular relevância por ser utilizado como facilitadora de agressões sexuais (R. Dinis-Oliveira e T. Magalhães, 2015).

Cocaína

A cocaína é o princípio ativo encontrado nas folhas da planta *Erythroxylum coca* e é considerada uma substância estimulante. O seu consumo data de períodos anteriores aos descobrimentos e está, atualmente, associada a um nível socioeconómico elevado. O seu mecanismo de ação baseia-se no aumento das concentrações de noradrenalina e adrenalina, por inibição da sua recaptação pré-sináptica, tendo portanto um efeito simpático-mimético. De entre os vários sinais e sintomas decorrentes do consumo de cocaína destacam-se a euforia, diminuição da fadiga, hipertensão arterial, taquicardia, taquipneia, hipertermia, midríase, tolerância e dependência física e psíquica. Em doses elevadas pode ainda provocar delírio persecutório e alucinações visuais e tácteis (J. Guevara e V. Pueyo, 1995).

Clinicamente, a intoxicação aguda por cocaína, apesar de variável, evolui caracteristicamente em três fases sintomatológicas: a primeira consiste em sintomas de excitação do SNC, com instabilidade emocional, ansiedade, cefaleias, náuseas, vômitos, midríase, bradicardia, hipertensão arterial, taquipneia, arritmias, alucinações; numa segunda fase, poderá ocorrer convulsões tónico-clónicas, taquicardia, cianose, dispneia, acidose láctica; e numa fase final, assiste-se a uma depressão dos centros vasomotores e respiratórios, podendo, eventualmente, surgir coma, seguida da morte do indivíduo. As consequências do abuso crónico da cocaína traduzem-se em lesões tróficas da mucosa nasal e numa resultante perfuração do septo nasal, e ainda psicose, depressão, sensações paranoides, alucinações tácteis e insónia (Guevara e V. Pueyo, 1995; G. Calabuig, 2004 J.)

Heroína

A heroína (3.6-diacetilmorfina) é uma substância pertencente ao grupo dos opióides, sintetizada a partir da morfina. É considerada um agonista puro, ou seja tem ação estimuladora sobre vários neuroreceptores do sistema nervoso. O quadro clínico depende da dose e do grau de pureza da substância, mas apresenta-se geralmente numa fase inicial com

euforia, xerostomia, náuseas, hiperestésias sensoriais, miose punctiforme, entre outros. Segue-se uma fase de depressão, caracterizada por perda progressiva de consciência, diminuição de reflexos, hipotermia, cianose e bradicardia. O edema do pulmão é a complicação mais frequente associada ao consumo de heroína (G. Calabuig, 2004).

A longo prazo, o consumo abusivo pode levar a conseqüente desadaptação social, problemas de relação interpessoal, e ainda, a deterioração orgânica, com problemas médicos frequentes nestes casos (e também em todos os toxicod dependentes de DA parenterais), como por exemplo, abscessos, endocardite, úlceras gastrintestinais, anemias, pneumonias, tuberculose e, inclusive, mortes por *overdose*, disseminação do VIH e do vírus da Hepatite C (G. Calabuig, 2004, M. Brugal *et al*, 2009, M. Hellard *et al*, 2009).

Novas substâncias psicoativas

Este é um termo que foi definido pela União Europeia em 2005 como forma de tentar controlar o aparecimento de substâncias químicas que não se encontravam identificadas nas convenções relacionadas com esta temática. Assim enquadram vários grupos químicos como os canabinóides sintéticos, catinonas sintéticas, derivados de piperazina, fenetilaminas, cetamina e substâncias baseadas em plantas. São muitas vezes análogos de neurotransmissores endógenos mimetizando portanto os seus mecanismos de ação e efeitos (A. Machado, 2014).

B - Legislação

No que respeita às diversas substâncias psicoativas apresentadas no inquérito é importante reconhecer, para retirar possíveis conclusões, a divisão entre aquelas que são legais e ilegais. Neste contexto, considera-se fundamental fazer uma revisão da legislação existente em Portugal no concerne às diferentes substâncias psicoativas.

Álcool

Como é do nosso conhecimento, o consumo de bebidas alcoólicas é permitido por lei no nosso país, tendo uma relativa aceitação social e estando presente de forma mais ou menos vincada na nossa cultura. No entanto, existem penalizações previstas por lei em relação ao seu consumo específico que apresentamos em seguida. Destacam-se duas áreas onde a lei é clara como é o caso da condução sob a sua influência e as restrições à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas.

No artigo 81º do Código da Estrada, aprovado pelo Decreto-Lei nº 44/2005, de 23 de Fevereiro, institui-se a proibição da condução sob a influência do álcool ou de substâncias psicotrópicas. A Lei nº 18/2007, de 17 de Maio, aprova o regulamento de fiscalização da condução sob a influência do álcool e de substâncias psicotrópicas. Mais recentemente, com as alterações introduzidas no Código da Estrada pela Lei n.º 72/2013, de 3 de setembro, os limites na taxa de alcoolémia no sangue passaram dos 0,5g/L e 0,8g/L para os 0,2g/L e 0,5g/L, respetivamente, para os condutores em regime probatório, condutores de veículos de socorro ou de serviço urgente, de transportes coletivo de crianças e jovens até aos 16 anos, de táxis, de automóveis pesados de passageiros ou de mercadorias ou de transporte de mercadorias perigosas.

Em relação à disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas houve nos últimos anos alterações assinaláveis. Em 2013, o Decreto-Lei n.º 50/2013 de 16 de abril veio proibir a disponibilização de bebidas espirituosas ou equiparadas a quem não tenha completado 18 anos de idade e de bebidas alcoólicas, espirituosas ou não espirituosas, a quem não tenha completado 16 anos de idade. Proibiu ainda o consumo, pelas pessoas referidas anteriormente, em locais públicos ou abertos ao público. A disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas passaram ainda a ser proibidos em cantinas, bares ou outros estabelecimentos localizados em estabelecimentos de saúde, entre vários outros locais como máquinas automáticas. No entanto, é em 2015 que o Decreto-Lei n.º 106/2015 de 16 de

junho passa a proibir qualquer consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. Ou seja, deixa de haver distinção entre bebidas espirituosas e não espirituosas, passando o consumo de bebidas alcoólicas a ser proibida a pessoas com idade inferior a 18 anos.

Tabaco

Em relação ao tabaco, apesar do seu consumo ser também legal, a partir de 2007 passou a ser proibido fumar em recintos fechados destinados a utilização coletiva como forma de garantir a proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco. Assim, a Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto proíbe o consumo de tabaco, por exemplo, em locais de trabalho, locais de atendimento direto ao público ou estabelecimentos em que sejam prestados cuidados de saúde. Esta lei vem ainda proibir a venda a menores de 18 anos. Em 2015, a Lei n.º 109/2015, de 26 de Agosto vem fazer a primeira alteração à Lei de 2007, introduzindo no artigo 3.º a proibição da utilização de cigarros eletrónicos com nicotina nos locais dispostos anteriormente.

Outras substâncias psicotrópicas

Em Portugal, o tráfico de drogas é proibido, o seu consumo é descriminalizado e o consumo associado à condução rodoviária é condenável e punível por lei.

O regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas é definido no **Decreto-Lei n.º 15/93**, de 22 de Janeiro, parte integrante do Código Penal, e vulgarmente denominado de “**Lei da Droga**”. Esta lei revê a legislação de combate à droga, submete a controlo todas as plantas, substâncias e preparações referidas nas convenções relativamente a estupefacientes ou substâncias ou substâncias psicotrópicas validadas por Portugal e respetivas alterações e proíbe o tráfico deste tipo de substâncias.

No ano de 2000, o consumo de estupefacientes é **descriminalizado** pela Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, substituindo as penas por sanções de mera ordenação social. Esta nova

lei cria também os órgãos necessários à institucionalização do novo regime e distribui as competências necessárias pelos serviços e organismos do Estado envolvidos nessa problemática. Estas alterações visam uma diferente conceção da toxicodependência, deixando o toxicodependente de ser visto como um criminoso e passando a ser tratado como um doente. Apesar da descriminalização, é importante realçar que o tráfico das substâncias ao abrigo desta lei sejam proibido.

Tal como acontece com o álcool, o Código da Estrada também proíbe a condução sob a influência de substâncias psicotrópicas.

As novas substâncias psicoativas surgem no mercado a um ritmo de inovação que ultrapassa os meios previstos no Decreto-lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Surgiu portanto a necessidade de criar o Decreto-lei n.º 54/2013, de 17 de Abril, que veio definir o regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das novas substâncias psicoativas. O artigo 2º deste decreto-lei define as novas substâncias psicoativas como *“substâncias não especificamente enquadradas e controladas ao abrigo de legislação própria que, em estado puro ou numa preparação, podem constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias previstas naquela legislação”*.

2 – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

Introdução Ao Estudo Empírico

O interesse que subsiste na contribuição pessoal deste trabalho surgiu após breves encontros com o tema durante o Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Coimbra, mais particularmente com as unidades curriculares de Toxicologia Clínica e Forense, Psiquiatria e Medicina Legal.

Por conseguinte, este trabalho teve como primordial objetivo uma revisão sobre a realidade portuguesa num contexto estudantil universitário, pretendendo-se avaliar o seu envolvimento ao nível do uso de internet, jogo e consumo de substâncias.

Tal como já mencionado, a metodologia em que este estudo se baseou consiste em duas etapas, uma breve revisão bibliográfica e um estudo atual através da implementação de um inquérito a uma população estudantil.

2.1 Material e Métodos

Delimitados os objetivos do presente estudo, apresentamos agora as características da amostra, bem como os instrumentos e procedimentos da recolha e análise dos dados.

2.1.1 Amostra

Foi utilizada uma amostra de conveniência, constituída por 390 estudantes do Ensino Superior Português, em diferentes áreas de formação. Dos 390 estudantes, cujas respostas ao questionário foram analisadas, 42,3% (n=165) foram de indivíduos do género masculino e 57,7% (n=225) do género feminino, com uma média de 22,6 anos de idade (DP=3,4), com idades compreendidas entre os 17 e os 53 anos.

Em relação ao ano do ensino superior a frequentar obteve-se um maior número de respostas entre o 4º (64 respostas), 5º (66 respostas) e 6º (83 respostas) anos, aproximadamente 60% do total da amostra.

Na pergunta relacionada com o número de matrículas, a distribuição de respostas em termos percentuais aproximou-se muito da resposta anterior, sendo que os estudantes com 4, 5 e 6 matrículas correspondem a maior parte da amostra, cerca de 65%.

Pelos dados obtidos podemos também afirmar que apenas 43 dos inquiridos tem o estatuto de trabalhador-estudante, 11,1% do total da amostra.

À pergunta “Com quem vive” a amostra distribui-se principalmente por duas variáveis: 143 respostas para “Família de origem (pais ou irmãos)”, 36,6% do total da amostra e 155 respostas para “Amigos(as)”, o que corresponde a cerca de 39,7% do inquiridos.

As variáveis “Universidade que frequenta” e “Curso que frequenta” não foram abordadas pela enorme dispersão de respostas, isto porque eram de resposta aberta. Realçamos, no entanto, que obtivemos respostas de várias universidades de Norte a Sul do país.

2.1.2 Instrumento de Recolha de Dados

Foi utilizado como instrumento de recolha de dados um questionário (Parte VIII - Anexo), composto por vinte e quatro questões, divididas em 4 grandes grupos: dados sociodemográficos, internet, jogo e substâncias psicoativas. Foram utilizadas, maioritariamente, perguntas fechadas do tipo escolha múltipla e escalas nominais (nomeadamente, escala de Likert) e numéricas. Apenas nos dados demográficos se colocaram 5 perguntas abertas.

No início do questionário apresentou-se um pequeno texto explicativo onde se identificou quais os destinatários (estudantes universitários), contato no caso de dúvidas e informação quanto à confidencialidade e durabilidade do mesmo.

2.1.3 Procedimento de Recolha de Dados

O questionário foi colocado numa plataforma online (Google docs) e divulgado através das redes sociais. Optou-se por inquirir os participantes desta forma para que pudessemos obter o maior número de respostas possível, mantendo a fiabilidade das mesmas. Teve ainda como vantagens a rápida recolha dos dados e os baixos custos económicos associados. Como desvantagem deste método aponta-se a dificuldade de controlo da amostra.

2.1.4 Procedimentos de Análise de Dados

O software estatístico utilizado para a análise de dados foi o *IBM SPSS software*, um programa analítico preditivo.

As variáveis em estudo foram analisadas em função das respostas diretas dos estudantes ao questionário, nomeadamente: sexo; idade; local (cidade) residência; universidade, curso e ano que frequenta; número de matrículas no ensino superior; trabalhador/estudante; profissão que exerce; com quem vive; qual o dispositivo que mais frequentemente utiliza para ter acesso à internet e qual o local onde acede mais frequentemente; quanto tempo está ligado, em média, à internet (de 2ª a 6ª feira e ao fim de semana) e qual o horário mais utilizado de ligação; quanto tempo passa a jogar (de 2ª a 6ª feira e ao fim de semana); quais das substâncias consome ou já consumiu ao longo da vida e nos últimos 30 dias; que consumo de álcool fez nos últimos 30 dias; qual o número de situações de embriaguez e consumo “Binge Drinking” nos últimos 30 dias; consumo de bebidas energéticas nos últimos 30 dias. Por fim outras 3 questões relativas à internet, jogo e consumo de substâncias psicoativas, com pedido para concordar ou discordar de acordo com uma escala de Likert.

IV – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Feita a caracterização da amostra, apresentam-se, agora, os resultados e uma breve discussão dos mesmos. Após esta primeira parte, far-se-á uma discussão focando os três principais temas (internet, jogo e substâncias psicoativas).

• Internet

Dos resultados obtidos podemos constatar que o uso da internet faz parte da experiência de vida da totalidade desta população estudantil, quer durante a semana, quer aos fins de semana, com 78,6% a afirmar que recorre à internet, entre 1 a 6 horas, para estudar.

No entanto, a maioria, 61,6%, passa mais horas nas redes sociais, entre 3-6 horas e mais de 6 horas, não havendo grande diferenciação entre os dias de semana e os fins de semana (Fig. 1).

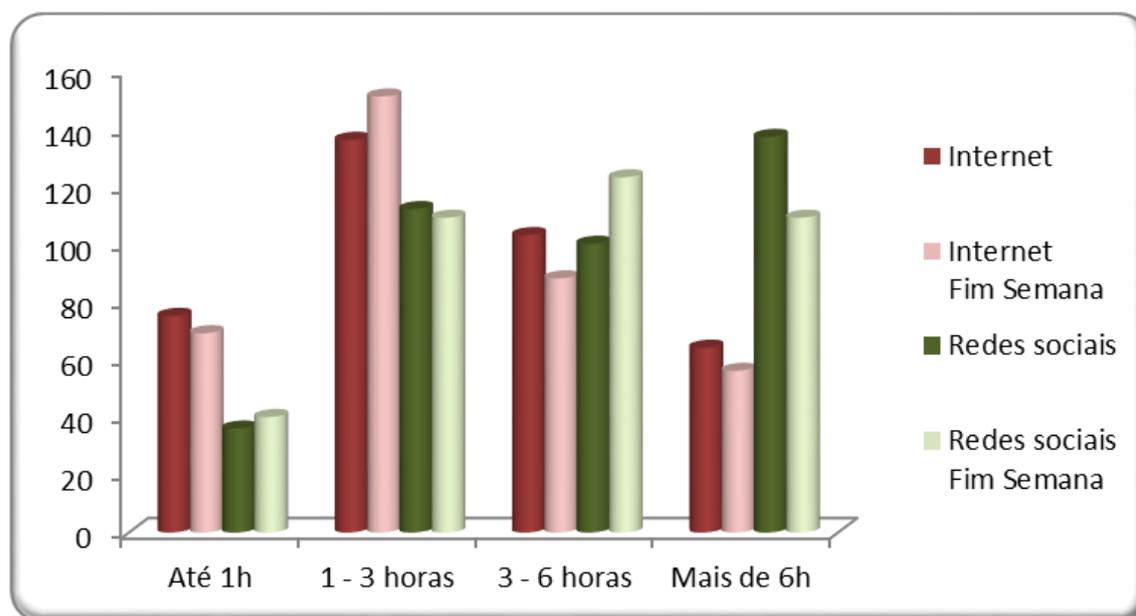


Fig. 1 – Tempo médio de horas ligado à internet em redes sociais.

Apesar da importância que este tema possa ter, são relativamente poucos os dados estatísticos sobre o uso da internet em Portugal, e muito menos sob a forma de publicações,

tornando mais difícil a comparação com outros estudos nacionais. Note-se, no entanto, que em Espanha, este tema tem suscitado uma maior investigação nos últimos anos e dados recentes do instituto nacional de estatística espanhol, identificaram em 2014 que 92% dos jovens entre os 10 e os 15 anos eram utilizadores da internet (A. Boubeta *et al.*, 2014).

O sexo feminino apresenta um maior uso das redes sociais durante todas as horas do dia, embora o sexo masculino apresente uma maior tendência para estar mais de seis horas ligado às redes. Apesar de não podermos falar em uso problemático, este dado está de acordo com Garcia de Castillo (2013), no que se refere à inexistência de uma relação entre o uso da internet e o género.

No nosso estudo, percebemos que a grande maioria dos jovens **accede com maior frequência à internet em casa**, correspondendo a 90,5% (n=353) dos inquiridos. No que respeita ao dispositivo mais utilizado, apesar do computador portátil corresponder a 58,7% (n=229) das respostas, percebemos que o *Smartphone* começa a ganhar uma importância relativa, sendo utilizado como o dispositivo de eleição para aceder à internet por 29,7% (n=116) dos inquiridos.

Estes dados levam-nos a perceber que a internet é hoje uma realidade universal e comum a todos os jovens. No entanto, chegado a este ponto, torna-se complicado definir quais aqueles que poderão estar a fazer um uso excessivo, abusivo ou problemático desta ferramenta. A ausência de critérios de diagnóstico e consenso científico são apontados como fatores dificultadores (J. Garcia del Castillo, 2013). Outro dos problemas encontrados no estudo deste tipo de situações é a multiplicidade de termos que existem para nos referirmos a esta nova realidade (A. Boubeta *et al.*, 2014). Efetivamente, alguns autores consideram o uso abusivo, numa fase inicial, e adição quando o problema atinge maior dimensão. No entanto, os limites entre uma e outra são difíceis de estabelecer (J. Garcia del Castillo, 2013).

No entanto, é um facto que encontramos muito frequentemente na literatura a expressão “uso problemático da internet”, que pode ser caracterizado pela preocupação excessiva com a

sua utilização e a dificuldade em controlar comportamentos relacionados com a internet (J. Atwal *et al.*, 2012).

Para tentar estabelecer alguns limites, alguns autores utilizam a frequência do uso, o dinheiro investido, a necessidade de compulsão e as interferências provocadas no quotidiano como parâmetros importantes na avaliação desta situação (J. Garcia del Castillo, 2013). Young (1996) define, inclusivamente, o conceito de adição à internet como uma deterioração centrada no controlo do seu uso, com manifestações sintomáticas a nível cognitivo, comportamental e fisiológico. Há ainda autores que apontam como critério de diagnóstico apenas o número de horas de utilização da internet, considerando “uso excessivo da internet” igual ou superior a 35 horas (J. Atwal *et al.*, 2012).

De qualquer forma, para que se considere uma adição são necessários dois componentes fundamentais, a falta de controlo e a dependência. Na verdade, qualquer atividade percebida como prazerosa pode desencadear um comportamento aditivo (E. Odriozola, 2012).

Na 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM-IV) não surgem descritos critérios de diagnóstico para o uso problemático da internet, isto porque não existem ainda evidências suficientes para estabelecer os critérios de diagnóstico e as descrições de curso necessários para identificar tais comportamentos como doenças mentais. Vários instrumentos têm sido adaptados dos critérios para o abuso de substâncias e jogo patológico.

Torna-se, assim, bastante complicado com este estudo, inferir acerca do uso problemático da internet. No entanto, no nosso questionário colocamos algumas questões sobre a forma como os jovens encaram o uso da internet. Assim, podemos ver que há um gosto associado ao uso da internet, com alguns estudantes a referir dificuldades em conseguir controlar o uso de internet, incluindo 29,8% a referir situações em que não foram capazes de controlar ou reduzir o uso de internet (Fig. 2).

É um facto que o uso pode ser positivo, desde que não deixem de fazer outras atividades próprias (estar com amigos, com a família, estudar, etc.).

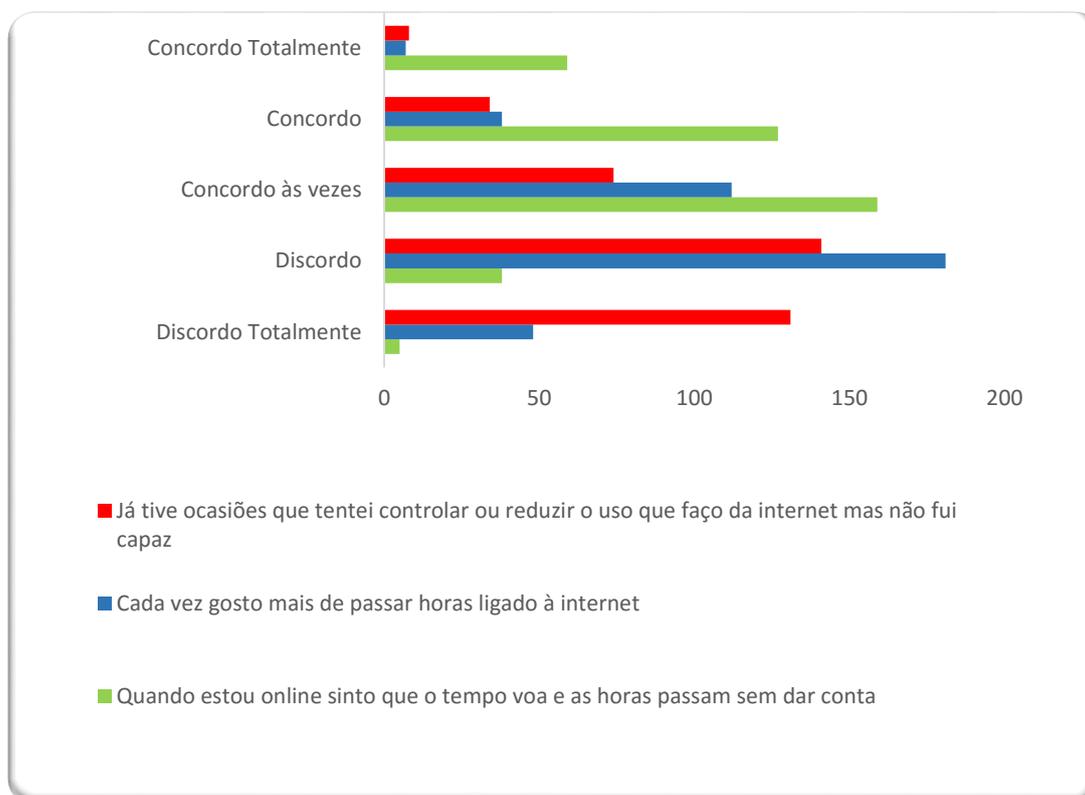


Fig. 2 – Opinião sobre ocasiões, gosto e tempo relativas à internet.

Na nossa amostra não encontramos sinais de alarme mais graves relativos ao uso de internet. A diminuição do tempo de sono, menos de 5 horas de sono, a noção de que amigos ou familiares já alertaram para o tempo excessivos que passa na internet ou a sensação de vazio e tristeza quando não está na internet, foram, efetivamente, sinais pouco frequentes na nossa amostra, como se pode constatar pela figura 3.

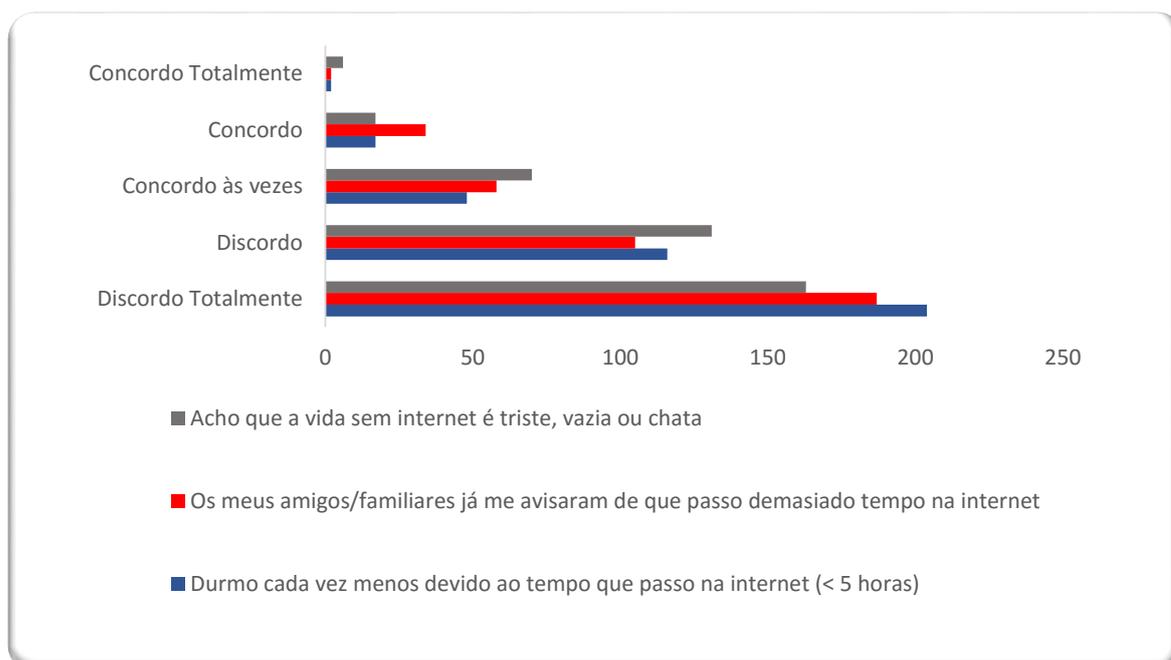


Fig. 3 – Opinião relativa a possíveis fatores de alarme na utilização da internet.

Jogo

Relativamente ao jogo constatamos que o jogo online é mais prevalente que os jogos de computador e/ou consola. De facto, 54,1% (n=211) dos jovens refere que realiza diariamente jogos online, sendo que destes, apenas 5,4% (n=21) passa mais de 5 horas a fazê-lo. Os padrões de uso são bastante semelhantes durante a semana e ao fim de semana. Em termos comparativos, concluímos que estes dados diferem de outros existentes, nomeadamente de um estudo realizado em 2012 na Universidade de Lisboa que mostrou, pela primeira vez, indicadores relativos à prática de jogos em Portugal. Segundo este estudo, 29,0% dos jovens inquiridos jogava regularmente online e 8,6% faziam-no diariamente (P. Alcântara da Silva *et al.*, 2012). Um outro estudo, PISA (2003), realizado pela OCDE, mostrou que 53% dos estudantes com 15 anos de idade jogava frequentemente (M. Claro, 2007) e o estudo “Videogames in Europe: 2012 Consumer Study”, concluiu que a percentagem de jovens, entre os 20 e os 24 anos, a jogar nos últimos 12 meses foi de 7% para os homens e 5% para

as mulheres, uma diferença significativa para o nosso estudo em que mais de metade dos jovens refere jogar diariamente, independentemente do sexo (54,1%).

Significativo é o facto de ser muito reduzido o número de estudantes que joga a dinheiro. Apenas 8,6% dos inquiridos referem ter uma prática diária de jogo a dinheiro, sendo que destes, apenas 1% referiu passar mais de 5 horas a fazê-lo.

Na DSM-V, além da patologia relacionada a substâncias, incluem-se também os transtornos relacionados com o jogo, refletindo as evidências de que os comportamentos de jogo ativam sistemas de recompensa semelhantes aos ativados por substâncias psicoativas e produzem sintomas comportamentais comparáveis aos produzidos pelo uso de substâncias. De realçar, no entanto, que os critérios de diagnóstico apresentados se referem ao jogo a dinheiro, denominado jogo patológico. Apesar deste facto, o jogo online problemático foi colocado na secção 3, ou seja, necessita de mais investigação (DSM-V). Esta decisão deve-se ao crescente número de estudos relacionados com esta problemática e as suas consequências individuais e interpessoais. Para além disto, descobriu-se recentemente que existem várias semelhanças entre o jogo online problemático e o jogo patológico (S. Jiménez-Murcia *et al*, 2014).

Sobre os problemas e as consequências ligadas ao jogo, o estudo mostra-nos haver uma perceção elevada dos estudantes quanto aos riscos que o jogo pode trazer. Nomeadamente em questões como “Alguma vez sentiu que pode ter um problema com o jogo?”, “Você precisa apostar mais e mais dinheiro para conseguir o mesmo entusiasmo” ou “O jogo já lhe causou problemas de saúde, incluindo stress ou ansiedade?” verifica-se que a grande maioria dos estudantes responde “Nunca”, não sendo portanto os comportamentos de risco frequentes.

Substâncias psicoativas

Relativamente ao consumo de substâncias, distingue-se o consumo ao longo da vida e o consumo nos últimos trinta dias, revelador do consumo atual. Destacam-se, de entre as várias substâncias, o álcool, o tabaco e os canabinóides, por serem aquelas que apresentaram padrões de consumo mais relevantes. Estes dados vêm ao encontro dos vários estudos epidemiológicos realizados a nível nacional pelo SICAD.

Álcool

Cerca de 98,5% (n=384) dos estudantes admitem ter consumido pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo que 49% (n=191) referem fazê-lo quase semanalmente. Em relação ao consumo dos últimos 30 dias, 26,7% (n=104) referem ter consumido uma a três vezes e 46,4% (n=181) fizeram um consumo praticamente semanal.

Parte dos inquiridos (23,3%; n=91) refere ter tido um a dois episódios de embriaguez e 25,4% (n=99) admite ter tido consumo de *binge drinking* entre 1 a 2 vezes, nos últimos 30 dias. Este tipo de consumo é caracterizado pelo consumo de 5 a 6 copos de uma bebida alcoólica, no caso masculino e de 4 a 5 copos no caso feminino, na mesma ocasião e num curto espaço de tempo. Os resultados mostram já uma elevada prevalência deste tipo de consumo na nossa amostra (Fig. 4).

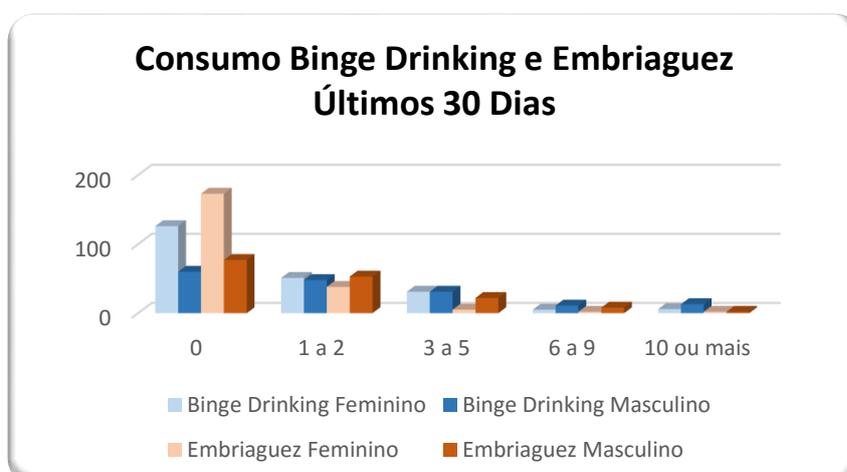


Fig. 4 – Consumo *Binge Drinking* e Embriaguez nos últimos 30 dias em função do sexo.

Efetivamente, em 25,4% (n=99) dos estudantes aconteceu uma ou duas vezes nos últimos 30 dias e em 24,9% (n=97) aconteceu mais de três vezes. Já no que respeita à embriaguez verifica-se que em 64,1% (n=250) não houve qualquer episódio de embriaguez nos últimos 30 dias, m 23,3% (n=91) afirma ter ocorrido uma a duas vezes, 6,9% (n=27) 3 a 5 vezes, 2,6% (n=10) seis a nove vezes e 1% (n=4) mais de 10 vezes no mês (Fig. 4). O sexo masculino é mais preponderante na frequência de embriaguez.

A cerveja é a bebida mais consumida pelos estudantes, sendo que 70% (n=273) admitiram ter consumido mais do que uma nos últimos 30 dias. Cerca de 37,4% (n=146) consomem bebidas destiladas com alguma regularidade. No que respeita ao consumo de shots verifica-se haver uma prática regular deste tipo de consumo, sendo que 31% (n=121) admitiu fazê-lo três ou mais vezes nos últimos 30 dias.

Apesar de haver uma elevada perceção do risco relativamente ao consumo de álcool essa percentagem não é traduzida pelos consumos regular (últimos trinta dias) de bebidas alcoólicas, como se pode constatar pela figura 5.

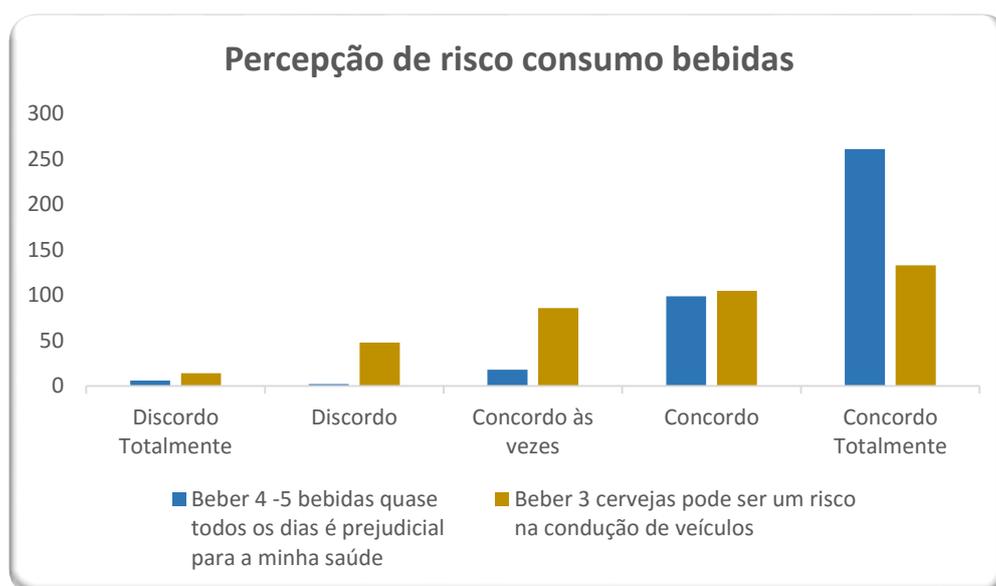


Fig. 5 – Percepção de risco relativo ao consumo de bebidas.

Tabaco

No consumo de tabaco verifica-se que 73,8% (n=288) dos estudantes admitem já ter experimentado pelo menos uma vez. Destes, 23% (n=90) referem fumar várias vezes ao dia. Em relação ao consumo dos últimos 30 dias, 55,9% (n=218) não apresentam consumo de tabaco, no entanto 21,5% (n=84) fumou várias vezes por dia. Estes dados são concordantes com os resultados do estudo efetuado na Universidade de Lisboa (2012) com 73,5% dos estudantes a declararem não consumir e 26,4% que admitem fumar.

Canabinóides

O padrão de consumo dos canabinóides tende a aproximar-se dos consumos de álcool e de tabaco, relativamente às restantes substâncias psicoativas ilegais (Fig. 6). Assim, vemos que ao longo da vida cerca de 56,1% (n=219) dos inquiridos refere já ter consumido pelo menos uma vez.

Relativamente ao consumo dos últimos 30 dias, 73,6% (n=287) refere não ter feito qualquer consumo e apenas 4,4% (n=17) refere tê-lo feito várias vezes ao dia. Assim poderemos afirmar que os canabinóides fazem parte de um grupo largamente aceite socialmente, ainda que o seu consumo regular seja pouco significativo.

Outras substâncias psicoativas

As restantes substâncias apresentadas no inquérito têm padrões de consumo bastante menos frequentes (Fig. 6).

Dos estudantes que responderam ao inquérito, 8% admitem ter experimentado pelo menos uma vez ecstasy, 4,7% anfetaminas, 5,5% LSD, 3,9% Cogumelos Mágicos, 0,3% GHB, 7,5% Cocaína, 0,3% Heroína e 9,4% novas substâncias psicoativas.

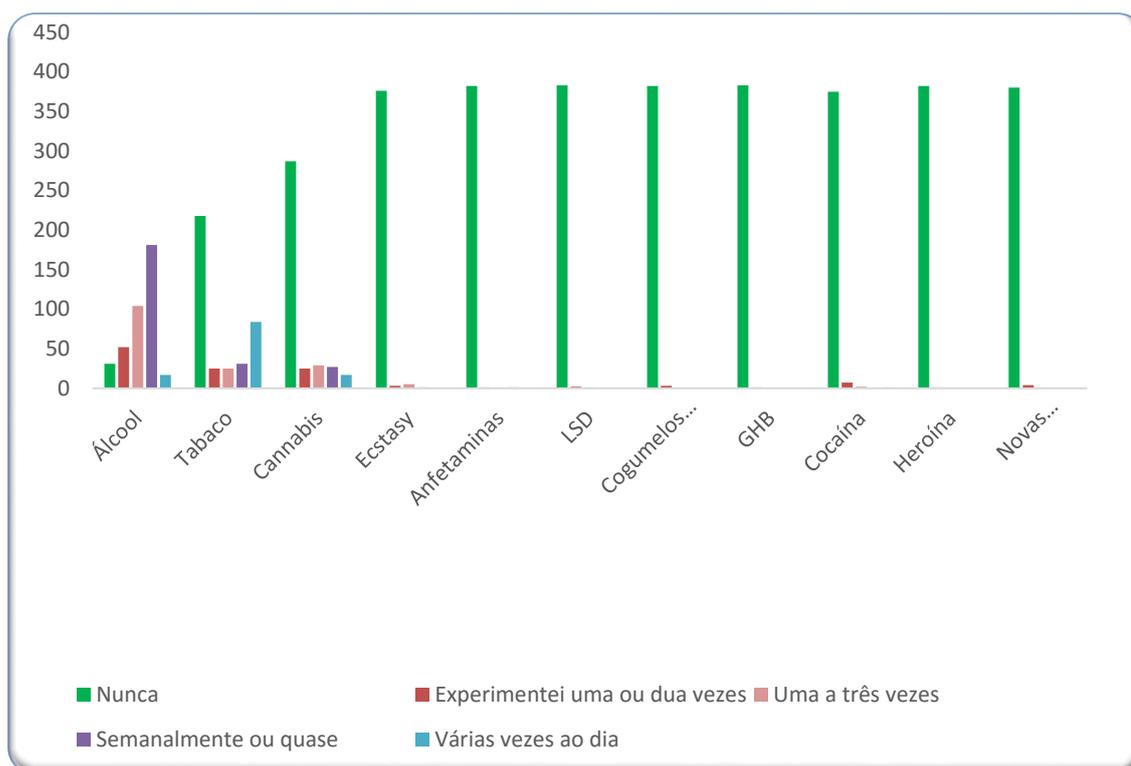


Fig. 6 – Consumo dos estudantes relativo às diversas substâncias psicoativas.

Relação entre a internet, jogo e consumo de substâncias psicoativas

Não foi possível com este estudo estabelecer uma relação entre o uso da internet, jogo e o consumo de substâncias psicoativas. Efetivamente, tentou-se estabelecer um score através das perguntas 15, 18 e 24, para se aferir sobre a relação entre estes 3 temas. No entanto, não foi possível encontrar coeficientes de correlação significativos, uma vez que a amostra, apesar de ter um universo de 390 estudantes, demonstrou-se relativamente pequena no que concerne a práticas de jogo ou consumo de substâncias para este tipo de aferições. Por outro lado, também a dificuldade em estabelecer quais os estudantes que apresentavam usos abusivos/problemáticos da internet ou dos jogos impossibilitou o tipo de relação pretendido. Considera-se, assim, necessário esclarecer primeiro o conceito de uso abusivo da internet e do jogo para, numa fase posterior, se poder relacionar com o abuso de substâncias.

É, ainda assim, fundamental distinguir os comportamentos aditivos químicos, exaustivamente estudados, e as ditas adições psicológicas/comportamentais.

Na verdade, alguns trabalhos têm vindo a ser realizados nessa área nos últimos anos. No caso das novas tecnologias, o problema parece estar relacionado com a necessidade de recorrer a elas para aliviar o mal-estar emocional. Griffiths (2005) tentou, com base num modelo biopsicossocial, comparar viciados em substâncias químicas e utilizadores abusivos da internet, tendo concluído que a sintomatologia apresentada é muito semelhante, destacando as variações de humor, tolerância, síndrome de abstinência, conflito, recaída e importância na vida quotidiana.

Um outro estudo, realizado entre adolescentes, demonstrou que o uso problemático da internet, a longo prazo, resulta em alterações estruturais no cérebro, tais como diminuição da massa cinzenta em várias áreas cerebrais responsáveis pela cognição. Estas anormalidades foram consistentes com estudos anteriores relacionados o abuso de substâncias psicoativas, sugerindo mecanismos semelhantes (K. Yuan *et al*, 2011).

Será, portanto, importante realizar mais estudos nesta área, nomeadamente numa tentativa de perceber se o uso excessivo da internet ou do jogo poderá estar associado a um maior consumo de substâncias psicoativas.

Efetivamente, no nosso país, existe uma falta de dados relativos às vivências estudantis no ensino superior, nomeadamente ao nível dos seus hábitos. Em relação aos consumos, embora existam vários estudos sobre esta matéria, a informação referente à população universitária é inferida a partir de dados retirados de estudos relativos à população geral ou de inquéritos aplicados no meio escolar. Por outro lado, no que diz respeito ao consumo de substâncias, muitos dos dados existentes sobre jovens em Portugal referem-se à população em idade escolar (3º ciclo e secundário), segundo o SICAD, não havendo, portanto, dados específicos da população universitária.

O nosso estudo teve como população alvo apenas a universitária. Um dos motivos desta escolha foi o facto de vários autores convergirem em relação à ideia de que adolescência é um período de alta vulnerabilidade para o desenvolvimento de possíveis adições, sendo nesta fase da vida que se instalam alguns dos hábitos e estilos de vida preponderantes.

É realmente um facto de que alguns estudos relacionam o papel da idade e a maior autonomia com o maior risco de desenvolver comportamentos aditivos (A. Boubeta et al, 2014), estando, portanto, os estudantes universitários, na sua maioria, numa fase de vida de transição entre a adolescência e a vida adulta, altura que marca um novo período de adaptação. Se associarmos a este factor a entrada no ensino superior, percebemos facilmente que esta é uma altura de vida particularmente complicada e de elevada importância para o estabelecimento de comportamentos patológicos. Isto porque a entrada no ensino superior corresponde a um momento de viragem, não só a nível educativo e laboral mas também em outras dimensões da vida, menos compreendidas e estudadas de um ponto de vista científico. Num contexto de novas experiências, círculos sociais diferentes, aumento da liberdade individual e, cada vez mais, de um futuro incerto há certas práticas e hábitos de consumo que podem sair reforçadas neste momento da vida de um jovem (P. Alcântara da Silva *et al.*, 2012).

As adições e o processo fisiopatológico adjacente a elas deve ser sempre alvo de uma preocupação por parte dos cuidados de saúde. Se isto já amplamente acontece em Portugal para as toxicodependências, ainda não há o reconhecimento necessário desta problemática em termos de abuso de internet ou jogo. Segundo alguns autores, o processo de adição leva a uma alta vulnerabilidade psicológica que se poderá traduzir em défices cognitivos ou das relações interpessoais, bem como de outras alterações psicopatológicas (J. Garcia del Castillo, 2013). Este facto faz com que os profissionais de saúde, particularmente os médicos, sejam peças fundamentais na resolução de alguns destes problemas, nomeadamente ao nível de acompanhamento psiquiátrico. Viñas (2009) assinala mesmo que os adolescentes

que passam mais tempo na internet tendem a ser emocionalmente instáveis, introvertidos e pessimistas. Será este um problema passível de diagnóstico e tratamento? Haverá possibilidade de estabelecer legislação para prevenir situações de abuso?

Entende-se, por todas estas razões, ser necessário um esforço adicional para entender os mecanismos aditivos/patológicos, perceber como poderemos prevenir este problema, nomeadamente entre a população mais jovem, e como podemos lutar terapêuticamente contra as consequências para a saúde de cada indivíduo (J. Garcia del Castillo, 2013).

V – NOTAS CONCLUSIVAS

O presente trabalho pretendeu caracterizar quais os hábitos estudantes universitários no que respeita à internet, jogo e consumo de substâncias. Embora a amostra deste estudo não seja muito grande verificam-se algumas tendências e que devemos considerar como conclusões principais deste trabalho e que se apresentam de forma sistemática:

- A utilização da internet é uma realidade para todos os inquiridos, sendo utilizada mais horas para o uso recreativo (redes sociais) do que para o estudar;
- O jogo a dinheiro não é frequente na nossa amostra; no entanto, mais de metade da população em estudo refere jogar online diariamente;
- As substâncias psicoativas mais consumidas neste estudo são o álcool, tabaco e os canabinóides;
- A percentagem de alunos com consumos excessivos e frequentes de algumas substâncias são relativamente elevadas e portanto passíveis de causar danos reais, como é o caso da embriaguez e consumo binge drinking.

Era também objetivo do estudo perceber se haveria ou não relação entre estes 3 temas, o que não foi conseguido. No entanto parece-nos ser um aspeto importante que poderá ser investigado em estudos posteriores. Isto porque as consequências do consumo de substâncias psicoativas são largamente conhecidas, sendo fundamental perceber se estes consumos estão relacionados à utilização de internet ou de jogos, práticas frequentes atualmente.

Por fim, foi notório ao longo da realização deste trabalho a falta de conhecimento científico relacionado ao uso da internet em termos de definição do que poderá ser uso problemático ou abusivo, quais os mecanismos fisiopatológicos subjacentes, que consequências poderão advir deste uso abusivo e que formas existem para se diagnosticar, tratar e prevenir este problema tendencialmente crescente nas sociedades atuais. Por todas estas razões, o médico tem, neste contexto, um papel fundamental para o reconhecimento

desta temática, nomeadamente ao nível do seu diagnóstico, de forma a promover mais investigação no futuro.

VI – AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, senhora Professora Doutora Helena Teixeira, por desde o primeiro dia ter mostrado uma disponibilidade inigualável, pela paciência e sacrifícios, por ter inculcido em mim um maior sentido responsável e por toda a sua simpatia, mesmo nos momentos mais difíceis. Foi sem dúvida um dos pilares deste projeto.

Ao meu coorientador, senhor Dr. Rocha Almeida, por ter partilhado comigo todas as ideias fundamentais ao desenvolvimento do tema, pelo entusiasmo com que sempre me recebeu e por toda ajuda prestada ao longo deste longo percurso.

Aos meus pais, pela educação que me deram, pela força que me dão nos momentos mais difíceis e pela forma fervorosa com que vivem os meus melhores momentos. Por me apoiarem em todo o momento e serem sempre um porto seguro. No fundo, pelo que sou hoje.

À minha irmã, que me faz querer ser cada vez mais um exemplo a seguir, por saber, à sua maneira, estar lá nos momentos difíceis e por conseguir sempre me fazer sorrir.

Aos meus tios, primos e avós pela preocupação constante, pelos momentos de convívio e por estarem sempre presentes.

À Catarina, pelo carinho e amizade ao longo de todos estes anos, pelos incontáveis momentos de felicidade e alegria genuína e por ser a pessoa extraordinária que é.

A todos os verdadeiros amigos por estarem sempre presentes física ou psicologicamente, pelas farras, pela motivação e pela força.

Finalmente, a todos os participantes neste estudo pela sua imprescindível colaboração.

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson K, Laxhman N, Priebe S. (2015). Can mental health interventions change social networks? A systematic review. *BMC Psychiatry* 2015; 15:297 (DOI 10.1186/s12888-015-0684-6).
2. Garcia del Castillo J. (2013). Adicciones tecnológicas: el auge de las redes sociales. *Health and addictions* (ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X Vol. 13, No.1, 5-14).
3. Griffiths, M.D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.
4. Echeburúa E. (1999). Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Desclée de Brouwer. 114 pp. ISBN 84-330-1378-5.
5. Young, K.S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.
6. Viñas, F. (2009). Uso autoinformado de Internet en adolescentes: perfil psicológico de un uso elevado de la red. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 109-122.
7. Boubeta A, Ferreiro S, Salgado P, Couta C. (2014). Variables asociadas al uso problemático de internet entre adolescentes. *Health and addictions* (ISSN 1578-5319 ISSNe 1988-205X Vol. 15, No.1, 25-38).
8. Atwal J, Klaus N, Daily R. (2012). Problematic Internet Use in Adolescents: An Overview for Primary Care Providers. *Kansas Journal of Medicine*.
9. Odriozola E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes.
10. Claro M. (2007). OECD Background Paper for OECD-ENLACES Expert Meeting
VIDEO GAMES AND EDUCATION.

11. Alcântara da Silva P, Borrego R, Ferreira V, Lavado E, Melo R, Rowland J, Truninger M. (2012). Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior – O Caso dos Estudantes da ULisboa.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014.
14. Osswald W, Guimarães S. (2001). Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas, 4ª Edição.
15. Cunha G, Jorge A, Fonteles M, Sousa F, Viana G, Vasconcelos S. (2007). Nicotina e tabagismo.
16. Teixeira H. (2015). Canabinoides. In: Toxicologia Forense. Edição PACTOR. Cap. 10. pp. 187-198
17. Dinis-Oliveira R, Magalhães T. (2015). Ácido γ -Hidroxibutírico e Análogos. In: Toxicologia Forense. Edição PACTOR. Cap. 18. pp. 319-325
18. Guevara JL, Pueyo VM. (1995). Alcoholes. Opioides. Psicoestimulantes. Alucinógenos. In: Toxicologia Medica – Clínica y Laboral. 1ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill. Pp. 409-432, 585-641.
19. Calabuig G. (2004). Drogas de abuso. In: Medicina Legal y Toxicología, 6.ª Edição. Barcelona: Masson, S.A. 2004. ISBN 84-458-1415-X. pp. 892-907.
20. Adams IB, Martin BR. (1996). Pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*. 1996; 91: 1585-614.
21. Cruickshank CC, Dyer KR. (2009). A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. *Addiction* 104(7):1085-1099

22. Kalechstein AD, Newton TF, Green M. (2003). Methamphetamine dependence is associated with neurocognitive impairment in the initial phases of abstinence. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 15:215-220
23. Nordahl TE, Salo R, Leamon M. (2003). Neuropsychological effects of chronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: a review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* ; 15:317-325
24. Scott JC, Woods SP, Matt GE, Meyer RA, Heaton RK, Atkinson JH, Grant I. (2007). Neurocognitive effects of methamphetamine: a critical review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*; 17:275-297
25. Seiden LS, Ricaurte G. (1987). Neurotoxicity of methamphetamine and related drugs. In: Meltzer H. Y. editor. *Psychopharmacology: The Third Generator of Progress*. New York: Raven Press. p.359-65.
26. Melega W, Raleigh M, Stout D, Lacan G, Huang S, Phelps M. (1997). Recovery of striatal dopamine function after acute amphetamine- and methamphetamine-induced neurotoxicity in the vervet monkey. *Brain Research*; 766:113-20
27. Dewey WL. (1986). Cannabinoid Pharmacology. *Pharmacol Rev*. 1986; 38: 151-78.
28. Jones RT. (1987). Drug of abuse profile: cannabis. *Clin Chem*. 1987; 33 (11 Suppl):72B-81B.
29. Brugal MT, Pulido J, Toro C, de la Fuente L, Bravo MJ e outros. (2009). Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain. 2009. *European Addiction Research* 15, pp. 171-178.
30. Hellard M, Sacks-Davis R, Gold J. (2009) Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the disponível na evidence. *Clinical Infectious Diseases* 49, pp-561-573.

31. Machado A. 2014. Novas drogas sintéticas e as smart-shops – realidade nacional no contexto internacional.
32. Yuan K, Qin W, Wang G, Zeng F, Zhao L, Yang X, Liu P, Liu J, Sun J, Deneen K, Gong Q, Liu Y, Tian J. 2011. Microstructure abnormalities in Adolescents with Internet Addiction Disorder.
33. Kneer J, Diana R. 2015. Problematic Game Play: The Diagnostic Value of Playing Motives, Passion and Playing Time in Men.
34. Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Granero R, Chóliz M, La Verde M, Aguglia E, Signorelli M, Sá G, Aymamí N, Gómez-Peña M, Pino-Gutiérrez A, Moragas L, Fagundo A, Sauchelli S, Fernández-Formoso J, Menchón J. 2014. Video Game Addiction in Gambling Disorder: Clinical, Psychopathological, and Personality Correlates.
35. Videogames in Europe: Consumer Study. Novembro 2012. Ipsos MediaCT
36. Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências. 2015. SICAD.

VIII – ANEXO I

INQUÉRITO REALIZADO

Internet, jogo e o consumo de substâncias psicoativas na população universitária

Este estudo pretende promover um melhor conhecimento em estudantes universitários sobre comportamentos aditivos ligados ao uso da internet, videojogos, jogos de azar, e consumo de substâncias psicoativas. Fala-se muito sobre estes temas, mas pouco se conhece sobre a realidade estudantil universitária portuguesa.

Para isso elaboramos um questionário com perguntas sobre o uso que faz da internet, nos estudos, na área social e cultural, o uso de videojogos e jogos a dinheiro, e perguntas sobre os consumos de tabaco, álcool, e outras substâncias psicoativas.

Esta investigação é confidencial, pois os dados serão tratados e analisados automaticamente o que não permitirá fazer qualquer juízo de valor sobre as suas respostas.

O questionário demora 20-25 minutos a preencher.

Não se trata de um teste, por isso, não há respostas certas nem erradas.

Apenas lhe pedimos que responda com sinceridade e honestidade e que responda a todas as perguntas.

Muito obrigado pela sua participação.

Para qualquer informação poderá contactar miguelventura92@gmail.com

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade:
3. Local (cidade) onde reside:
4. Universidade que frequenta
5. Curso que frequenta
6. Ano que frequenta
7. Indique o número de matrículas no ensino superior
8. É trabalhador/estudante.
9. Se sim Indique a profissão que exerce.
10. Com quem vive
 - Com a família de origem (pais e/ou irmãos)
 - Outros familiares
 - Namorado/namorada
 - Amigos/as
 - Sozinho/a
 - Numa residência de estudantes

Sobre a internet

11. Qual o dispositivo que mais frequentemente utiliza para ter acesso à internet

| Computador | portátil | Tablet | Smarthphone |
|------------|----------|--------|-------------|
| | | | |

12. Qual o local onde acede mais frequentemente à internet

| Casa | Universidade | Café |
|------|--------------|------|
| | | |

13. Em média quanto tempo está ligado à internet?

De 2ª a 6ª Feira

| | Nunca | Até 1 hora | 1 – 3 horas | 4 – 6 horas | + 6 horas |
|------------------|-------|------------|-------------|-------------|-----------|
| Estudo | | | | | |
| Redes sociais | | | | | |
| Jogos online | | | | | |
| Jogos a dinheiro | | | | | |

Ao fim de semana

| | Nunca | Até 1 hora | 1 – 3 horas | 4 – 6 horas | + 6 horas |
|------------------|-------|------------|-------------|-------------|-----------|
| Estudo | | | | | |
| Redes sociais | | | | | |
| Jogos online | | | | | |
| Jogos a dinheiro | | | | | |

14. Qual o horário mais utilizado de ligação?

Entre as:

| 8 h – 14 h | 14 h – 16 h | 16 h – 21 h | 21 h – 24 h | A partir das 24 h |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|
| | | | | |

15. Responda a cada afirmação colocando a cruz na coluna que melhor traduz a sua actual opinião sobre o uso da internet

| | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo às vezes | Concordo | Concordo Totalmente |
|--|---------------------|----------|-------------------|----------|---------------------|
| Quando estou online sinto que o tempo voa e as horas passam sem dar conta | | | | | |
| Cada vez gosto mais de passar horas ligado à internet | | | | | |
| Já tive ocasiões que tentei controlar ou reduzir o uso que faço da internet mas não fui capaz | | | | | |
| Já tive ocasiões que descuidei ou deixei de fazer algumas tarefas por estar muitas horas ligado à internet | | | | | |
| Já tive ocasiões que o meu rendimento nos estudos diminuiu por estar muitas horas | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| ligado à internet | | | | | |
| Sinto que o tempo que passo na internet não é prejudicial para a minha saúde | | | | | |
| Prefiro comunicar com as pessoas online que a comunicação face a face | | | | | |
| Tenho usado a internet para me fazer sentir melhor quando estou em baixo | | | | | |
| Tenho usado a internet para me fazer sentir melhor quando me sinto aborrecido | | | | | |
| Quando offline passo mal tentando resistir ao impulso de ficar online. | | | | | |
| Digo ou faço coisas na internet que não seria capaz de dizer/fazer em pessoa | | | | | |
| Às vezes irrita-me ou fico com mau humor por não poder ligar-me à internet ou por ter de desligar-me | | | | | |
| Durmo cada vez menos devido ao tempo que passo na internet (< 5 horas) | | | | | |
| Os meus amigos/familiares já me avisaram de que passo demasiado tempo na internet | | | | | |
| Acho que a vida sem internet é triste, vazia ou chata | | | | | |

Sobre o jogo

16. Quanto tempo passa a jogar

De 2ª a 6ª Feira

| | Nunca | Até 1 hora | 1 – 3 horas | 3 – 5 horas | + 5 horas |
|-------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Jogos online | | | | | |
| Jogos computador/ consolas | | | | | |
| Jogos a dinheiro | | | | | |

Aos fins de semana

| | Nunca | Até 1 hora | 1 – 3 horas | 3 – 5 horas | + 5 horas |
|-------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Jogos online | | | | | |
| Jogos computador/ consolas | | | | | |
| Jogos a dinheiro | | | | | |

17. Responda a cada pergunta colocando a cruz na coluna que considera mais adequada

| | Nunca | Por Vezes | A maior parte das Vezes | Quase Sempre |
|--|--------------|------------------|--------------------------------|---------------------|
| Alguma vez sentiu que pode ter um problema com | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| o jogo? | | | | |
| Já se sentiu culpado pelo seu comportamento de jogo ou pelo que acontece quando joga? | | | | |
| O jogo já lhe causou problemas de saúde, incluindo stress ou ansiedade? | | | | |
| Os amigos/familiares têm criticado as suas apostas ou já lhe disseram que tinha um problema com o jogo? | | | | |
| Já apostou mais dinheiro no jogo do que aquele que podia perder? | | | | |
| Você precisa apostar mais e mais dinheiro para conseguir obter o mesmo entusiasmo? | | | | |
| Volta a jogar num outro dia com o objetivo de recuperar o dinheiro que perdeu a jogar? | | | | |
| Já vendeu alguma coisa ou pediu dinheiro emprestado para jogar? | | | | |
| O seu comportamento de jogo já lhe causou dificuldades financeiras a si e aos que estão à sua volta? | | | | |

Sobre o consumo de substâncias

18. Quais das seguintes substâncias consome ou já consumiu ao longo da vida

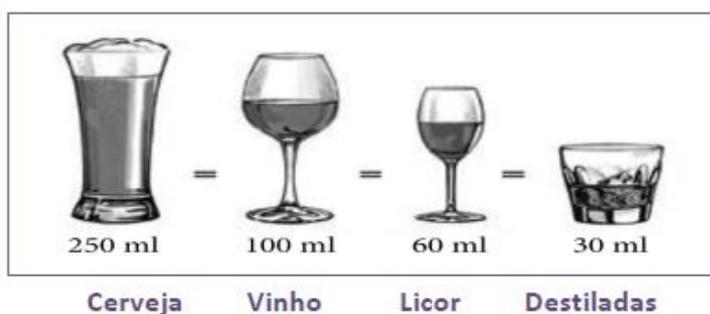
| | Nunca | Experimentei uma ou duas vezes | Uma a três vezes por mês | Semanalmente ou quase | Várias vezes ao dia |
|---|--------------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Álcool | | | | | |
| Tabaco | | | | | |
| Cannabis | | | | | |
| Ecstasy | | | | | |
| Anfetaminas | | | | | |
| LSD | | | | | |
| Cogumelos Mágicos | | | | | |
| GHB | | | | | |
| Cocaína | | | | | |
| Heroína | | | | | |
| Novas Substâncias Psicoativas (Salvia, incensos, sais de banho, etc) | | | | | |

19. Quais as substâncias que consumiu nos últimos 30 dias

| | Nunca | Experimentei uma ou duas vezes | Uma a três vezes por mês | Semanalmente ou quase | Várias vezes ao dia |
|---|-------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| Álcool | | | | | |
| Tabaco | | | | | |
| Cannabis | | | | | |
| Ecstasy | | | | | |
| Anfetaminas | | | | | |
| LSD | | | | | |
| Cogumelos Mágicos | | | | | |
| GHB | | | | | |
| Cocaína | | | | | |
| Heroína | | | | | |
| Novas Substâncias Psicoativas (Salvia, incensos, sais de banho, etc.) | | | | | |

20. Relativamente ao consumo de álcool qual o consumo que fez nos últimos 30 dias (tenha em atenção as bebidas standart da figura abaixo)

| | 0 a 1 | 3 a 5 | 6 a 9 | 10 a 19 | 20 a 40 |
|---|-------|-------|-------|---------|---------|
| Copo de vinho (12%) | | | | | |
| Cerveja (5%) | | | | | |
| Aperitivo (20%) | | | | | |
| Bebida destilada (40%) | | | | | |
| Shot (40%) | | | | | |
| Alcolpops (associação de álcool forte com bebidas açucaradas, sumos, soda, etc) (40%) | | | | | |



21. Nos últimos trinta dias

Número de vezes

| | 0 | 1 a 2 | 3 a 5 | 6 a 9 | 10 ou mais |
|--|---|-------|-------|-------|------------|
| Embriaguei-me (cambaleiar, dificuldade em falar, vomitar, não recordar depois o que aconteceu) | | | | | |
| Consumo <i>Binge Drinking</i> (consumo 5-6 copos de uma bebida alcoólica na mesma ocasião e num curto espaço de tempo) | | | | | |

22. Indique o consumo de bebidas energizantes (Redbull®, Monster®, etc) que fez nos últimos 30 dias

| | Número de vezes | | | | |
|--|------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|
| | 0 a 1 | 2 a 3 | 4 a 5 | 6 a 9 | 10 ou mais |
| Bebida energizante | | | | | |
| Bebida energizante associada com bebida alcoólica | | | | | |

23. Responda a cada pergunta colocando a cruz na coluna que considera mais adequada

| | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo às vezes | Concordo | Concordo Totalmente |
|---|----------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|----------------------------|
| Beber 4 -5 bebidas quase todos os dias é prejudicial para a minha saúde | | | | | |
| Fumar cannabis prejudica o meu rendimento escolar | | | | | |
| Beber 3 cervejas pode ser um risco na condução de veículos | | | | | |
| Fumar cannabis pode ser um risco na condução de veículos | | | | | |
| Consumir drogas é prejudicial para a minha saúde | | | | | |
| Consumir álcool ou drogas torna-me mais sociável e sinto-me mais integrado na sociedade | | | | | |
| Consumir álcool e/ou drogas melhora o meu desempenho escolar | | | | | |
| Com os comportamentos que estou a ter posso ficar dependente | | | | | |

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO