



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



**Comportamentos aditivos nos alunos do ensino secundário do
ACES Estuário do Tejo: Jogo Eletrónico**



XVIII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Liliana Ciobanu

Lisboa, 2017



Universidade Nova de Lisboa
Escola Nacional de Saúde Pública



**Comportamentos aditivos nos alunos do ensino secundário do
ACES Estuário do Tejo: Jogo Eletrónico**



**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação
científica do *Professor Doutor Pedro Manuel Vargues de Aguiar***

Lisboa, 2017

Resumo

Introdução: os comportamentos aditivos sem substância, relacionados com a utilização excessiva de tecnologias de informação e comunicação são cada vez mais foco de interesse das autoridades de saúde pública nacionais e internacionais. Contudo, o que se conhece sobre hábitos do jogo eletrónico em população escolar portuguesa é insuficiente dado a escassa monitorização destes comportamentos no país.

Objetivo: caracterizar o hábito do jogo eletrónico e do consumo de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco) e ilícitas (drogas) nos alunos do 12º ano do ACES Estuário do Tejo, em 2016. Determinar alguns fatores associados aos comportamentos aditivos para jogo eletrónico.

Material/Métodos: estudo observacional, descritivo, transversal, de prevalência, com componente analítica de associação sobre os comportamentos aditivos numa amostra de 380 alunos do 12º ano, das escolas secundárias dos 5 concelhos, do ACES Estuário do Tejo (Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira). Foi aplicado um questionário de autopreenchimento, anónimo, voluntário, em contexto de sala de aula, para turmas selecionadas de forma aleatória e proporcional.

Resultados/Discussão: os resultados encontrados mostram prevalências mais elevadas do uso da Internet (99,7%) e jogo eletrónico (77,3%), comparativamente com nível nacional (Internet - 97,8% e JE - 35,0%). Apesar de não terem sido identificados casos de dependência pelo *Game Addiction Test*, a prevalência dos comportamentos aditivos ao jogo (comportamento de risco) foi mais elevada do que em outros estudos recentes. Foi encontrada associação entre comportamento aditivo ao jogo e os fatores: género masculino; mais de uma hora de jogo/dia; preferência dos jogos *on-line*; ausência do conhecimento sobre tempo diário recomendado do jogo. Em relação ao consumo de substâncias psicoativas foram encontradas prevalências elevadas de: consumo atual de álcool; embriaguez; embriaguez no género feminino e consumo atual do tabaco no género feminino. O consumo de drogas ilícitas foi mais baixo que a prevalência nacional.

Conclusão: o uso excessivo do jogo eletrónico /Internet e prevalências elevadas de alguns tipos de consumo de álcool e tabaco nos alunos, sugerem a necessidade da elaboração de estratégias de intervenção locais para prevenção dos comportamentos aditivos identificados como problemáticos e promoção de estilos de vida saudáveis na população escolar do ACES.

Palavras-Chave: Jogos Eletrónico; Adolescência; Comportamentos Aditivos; Álcool; Drogas ilícitas; Tabaco; ACES Estuário do Tejo

Abstract

Introduction: Addiction behaviours without substance related to the excessive use of information and communication technologies are a growing focus of interest for the national and international public health authorities. However, what is known on electronic gaming habits in the Portuguese school population is insufficient given the scarce monitorization of these behaviours across country.

Objective: To characterize the electronic gaming habits and the use of legal (alcohol, tobacco) and illegal (drugs) psychoactive substances on 12th grade students from the ACES Estuário do Tejo in 2016. To determine some factors associated with addiction behaviours for electronic gaming.

Material/Methods: Observational, descriptive, transversal, prevalence study with an analytical component of association for the addictive behaviours on a sample of 380 12th grade students of the 5 Municipalities of ACES Estuário do Tejo (Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira) high schools. A self-response, anonymous and voluntary inquiry was conducted in classroom context in select classes from a random and proportional sample.

Results/Discussion: The study results show that there is a higher prevalence in the use of Internet and electronic games when compared to the national level. Albeit no game addiction cases were found by the Game Addiction Test, the prevalence of addictive behaviours for gaming (risk behaviours) was higher when compared to other recent studies. A relation between addiction behaviour and these factors was found: male gender; over an hour of game per day; on-line game preference and absence of knowledge of healthy daily gaming time. Regarding the psychoactive substances consumption, higher prevalence's were found on current alcohol consumption; heavy episodic drinking; heavy episodic drinking on the female gender and current tobacco consumption on the female gender. Illegal drugs consumption was lower than national level.

Conclusion: The excessive use of electronic games/Internet and the higher prevalence's of same types of alcohol and tobacco consumption by students suggest the need to establish of new local strategies of intervention to prevent the addictive behaviours identified as problematic as well as the promotion of healthy lifestyles in the ACES Estuário do Tejo school population.

Key words: Electronic games, Adolescence; Addictive behaviors; Alcohol; Drugs; Tobacco, ACES Estuário do Tejo.

Agradecimentos

A todos que colaboraram, ajudaram e contribuíram para este trabalho - o meu mais sincero obrigado:

Ao Professor Doutor Pedro Aguiar pela disponibilidade, orientação e conhecimentos prestados;

A Doutora Judite Catarino, Coordenadora da USP do ACES Estuário do Tejo, a equipa de Saúde Escolar da USP do ACES Estuário do Tejo, ao Doutor Pompeu Balsa, as Enfermeiras Maria José Franco, Fátima Nalha e Ana Zita Antunes, aos Técnicos de Saúde Ambientai Ana Teresa Oliveira, Conceição Giraldes, Ana Paula Rego, Helena Patrício agradeço pela disponibilidade e apoio ao longo do trabalho;

Aos Diretores, Subdiretores, Coordenadores do PES e professores envolvidos neste estudo: da Escola Secundária Damião de Goes de Alenquer, EJAF de Arruda dos Vinhos, Escola Profissional Gustave Eiffel de Arruda dos Vinhos, Escola Secundária de Azambuja, Escola Secundária de Benavente, Escola Secundária de Forte da Casa, Escola Secundária Gago Coutinho de Alverca, Escola Secundária Reynaldo dos Santos de Vila Franca de Xira pela abertura e colaboração para este trabalho, apesar do seu escasso tempo disponível;

Aos alunos do ensino secundário que participaram no inquérito, pelo interesse e tempo prestado.

Índice geral

Resumo	i
Palavras-Chave.....	i
Abstract.....	ii
Key words.....	ii
Agradecimentos.....	iii
Lista de Figuras	vii
Lista e Quadros.....	viii
Lista de Siglas e de Abreviaturas.....	ix
1.Introdução.....	1
1.1. Conceitos.....	1
1.2. Epidemiologia dos CA	6
1.2.1 Jogo eletrónico.....	6
1.2.2 Álcool.....	10
1.2.3 Tabaco.....	13
1.2.4 Drogas ilícitas.....	15
1.3. Problema/Questão de investigação.....	19
1.4 Pergunta de Investigação.....	19
1.5 Finalidade.....	19
1.6 Objetivos.....	20
1.6.1. Objetivo Geral.....	20
1.6.2. Objetivos Específicos.....	20
2. Material e Métodos.....	21
2.1 Tipo de Estudo.....	21
2.2 Local (ou locais)	21

2.3	Unidade de Observação.....	21
2.4	População Alvo e População em Estudo.....	21
2.5	Crêterios de Inclusão e Exclusão.....	21
2.6	Tipo de amostragem.....	22
2.7	O Método de recrutamento dos participantes.....	22
2.8	Fonte de Informa�o e Colheita de dados.....	22
2.9	Aspetos �ticos e pedidos de autoriza�o.....	23
2.10	Classifica�o das Variáveis.....	23
2.11	Plano de análise dos dados.....	24
3.	Resultados.....	25
3.1	Amostra.....	25
3.2	Análise descritiva dos dados.....	26
3.2.1	Caracteriza�o sociodemográfica da amostra obtida.....	26
3.2.2	Caracteriza�o do hábito do JE e uso de Internet.....	28
3.2.3	Caracteriza�o do hábito de consumo do �lcool.....	31
3.2.4	Tabaco.....	33
3.2.5	Drogas ilícitas.....	34
3.2.6	Conhecimentos sobre CA como fatores de risco para saúde.....	36
3.3	Análise estatística inferencial.....	37
3.3.1	Associa�es entre adi�o ao jogo eletr�nico e algumas variáveis independentes.....	37
3.3.2	Regressão logística múltipla.....	39
4.	Discussão.....	41
4.1	Discussão dos resultados obtidos	41
4.2	Discussão da metodologia e limita�es do estudo	47
5.	Conclusão.....	51
6.	Bibliografia.....	53

ANEXOS	65
Anexo I. Questionário.....	65
Anexo II. Consentimento Informado	78
Anexo III. Plano de operacionalização dos variáveis	81
Anexo IV. Teste de Comportamento Aditivo relacionado com o Jogo Eletrónico (<i>Game Addiction Test</i>).....	88
Anexo V. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e DGE.....	90
Anexo VI. Pedidos de autorização para a realização do estudo dirigido à Direção de Agrupamentos Escolares.....	98

Lista de Figuras

Figura 1. Tipos de jogos eletrónicos preferidos pelos alunos, segundo a sua violência.....28

Figura 2. Tipo de álcool preferencialmente consumido pelos alunos das ES do parque escolar do ACeS Estuário do Tejo, em 2016.....32

Figura 3. Fonte de informação sobre a saúde a que recorrem os alunos de escolas secundárias, estando divididos por grupos em relação a nível de adição ao jogo37

Lista de Quadros

Quadro 1. Os fatores determinantes de comportamentos aditivos de substâncias.....	2
Quadro 2. Comparação das amostras, calculada e obtida, após aplicação do inquérito nos alunos das escolas secundárias do Estuário do Tejo, no ano letivo 2015/16.....	25
Quadro 3. Caracterização sociodemográfica da amostra obtida.....	26
Quadro 4. Características do hábito de jogo eletrónico dos alunos de escolas secundárias do parque escolar do ACeS Estuário do Tejo, em 2016.....	29
Quadro 5. Características do hábito de consumo de jogo eletrónico, variáveis numéricas.....	30
Quadro 6. Características do hábito de consumo de álcool nos alunos de escolas secundárias do parque escolar do ACeS Estuário do Tejo, em 2016.....	31
Quadro 7. Características do hábito de consumo de tabaco dos alunos de escolas secundárias no ACeS Estuário do Tejo, em 2016.....	33
Quadro 8. Características do consumo de drogas ilícitas dos alunos de escolas secundárias no ACeS Estuário do Tejo, em 2016.....	34
Quadro 9. Tipos de droga fumada pelos alunos indicados nas respostas da pergunta aberta.....	35
Quadro 10. Conhecimentos sobre CA como fatores de risco para saúde nos alunos de escolas secundárias no ACES Estuário do Tejo, em 2016.....	36
Quadro 11. Investigação de possíveis associações entre algumas variáveis independentes e adição ao jogo eletrónico nos alunos de escolas secundárias no ACeS Estuário do Tejo, em 2016.....	38
Quadro 12. Associação entre variáveis independentes identificadas com estatisticamente significativas face à prevalência de adição ao jogo eletrónico entre os alunos de escolas secundárias do parque escolar do ACeS Estuário do Tejo no ano letivo 2015/2016, após análise de regressão logística.....	39
Quadro 13. Plano de operacionalização dos variáveis abordados no estudo.....	82

Lista de Siglas e de Abreviaturas

ACES: Agrupamento de Centros de Saúde	INME: Inquérito Nacional em Meio Escolar
AE: Agrupamento Escolar	LSD: Dietilamida do Ácido Lisérgico
APA: <i>American Psychiatric Association</i>	LVT: Lisboa e Vale do Tejo
ARS: Administração Regional de Saúde	MGF: Medicina Geral e Familiar
CA: Comportamentos aditivos	NUTS: Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
CID-10: Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10. ^a revisão	NPS: Novas Substâncias Psicoativas
CID-9-MC: Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 9. ^a revisão	OCDE (ing. OECD): Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (Organisation for Economic Co-operation and Development)
CP: Curso profissional	OEDT (ing. EMCDDA): Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
CS: Centro de Saúde	OMS: Organização Mundial de Saúde
DALY: <i>Disability-adjusted life years (anos de vida ajustados por incapacidade)</i>	OR: <i>Odds Ratio</i>
DGS: Direção Geral de Saúde	PES: Programa de Educação para a Saúde
DiGRA: Digital Games Research Association	PHDA: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais)	PNSE: Programa Nacional de Saúde Escolar 2015
DP: Desvio Padrão	PNRCAD 2013-2020: Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020
ECATD-CAD/ESPAD-PORTUGAL: Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências	PSI: Póvoa de Santa Iria
EJAF: Externato João Alberto Faria, Arruda dos Vinhos	SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
EMCDDA: <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>	SPA: Substâncias Psicoativas
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública	SPSS: <i>Statistical Package for Social Sciences</i>
ES: escolas secundárias	SU: Serviço de Urgência
FR: fator de risco	TIC: Tecnologias da informação e comunicação
GA: Gabinete de atendimento/apoio para jovens	USP: Unidade de Saúde Pública
GAT: <i>Game Addiction Test</i>	UE: União Europeia
GSRAH: Global status report on alcohol and health	UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime
GBD: <i>Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors</i> (Peso Global da Doença, Lesões e Fatores de Risco)	VFX: Vila Franca de Xira
HBSC: <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> (Comportamentos de saúde em crianças de idade escolar)	VHC: Vírus da Hepatite C
IGD: <i>Internet Gaming Disorder</i>	VIH: Vírus de Imunodeficiência Humana
INE: Instituto Nacional de Estatística	WHO: <i>World Health Organization</i> (OMS-Organização Mundial de Saúde)
	III INCSPPG: Terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, 201

1.Introdução

1.1. Conceitos

Adolescência – «o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta, entre os 10 e os 19 anos de idade, representando uma das transições críticas do ciclo de vida, caracterizada por um elevado ritmo do crescimento e da mudança, que é apenas suplantado por intensidade ao período de infância» [OMS]. «É um período de mudanças comportamentais e neurobiológicas de rápidas alterações hormonais; formação de novas sinapses no cérebro; procura de sensações; diminuição da percepção dos riscos; aumento da relevância da interação social e dos pares e construção da identidade» [PNRCAD, McAnarney, 2008; McQueeney et al., 2009]

Os comportamentos aditivos (CA) – ou «processos de adição», são os «comportamentos com características impulsivas-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como: substâncias psicoativas (SPA), jogo, internet, sexo, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer, que com a continuidade e persistência poderá evoluir para dependência» [PNRCAD].

«Qualquer atividade, substância, objeto ou comportamento que se tornou o foco principal da vida de uma pessoa levando à exclusão de outras atividades, ou que começou a prejudicar o indivíduo ou outros fisicamente, mentalmente ou socialmente é considerado um CA» [Engs, 2012].

Os CA podem ser de dois tipos: por substância (no caso dos consumos de SPA, como álcool, tabaco, drogas lícitas e ilícitas) e sem substância ou adição comportamental (adição à internet, jogos eletrónicos, compras, trabalho, distúrbios alimentares com foco em dietas, actividade física, sexo, etc.)

Os estudos recentes mostram que há semelhanças entre a dependência física e psicológica provocada por produtos químicos (como o álcool, droga, etc.), a dependência psicológica por atividades como a internet, jogo compulsivo, etc. A literatura científica comprova a existência de mecanismos neurofisiológicos comuns nos CA por substância e sem substância, relacionados com os neurotransmissores (como a serotonina, envolvida na inibição de comportamento; a dopamina - na aprendizagem, motivação e na proeminência de estímulos; a beta-endorfina – que induz efeito de bem-estar, euforia e faz com que a pessoa se sinta "high"). As pessoas com CA tornam-se fisicamente dependentes dos seus próprios neuromediadores, levando, assim, à

repetição do comportamento, mesmo que este possa ter consequências negativas na sua saúde e vida social.

O CA é um processo multicausal, influenciado pela interação de fatores de risco e de proteção de diferentes contextos de desenvolvimento do indivíduo, tal como se pode observar na classificação dos fatores determinantes de CA apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Os fatores determinantes de comportamentos aditivos de substâncias

1.FATORES SOCIAIS/ COMUNITÁRIOS	2.FATORES FAMILIARS	3.FATORES INDIVIDUAIS	4. ESCOLA/ EDUCAÇÃO/ PARES	5. MEDIA
<p>-Quadro legislativo favorável para uso de SPA; -Disponibilidade; -Acessibilidade; -Pobreza extrema; -Comportamento antissocial em presença da criança</p>	<p>1. Infância precoce -comportamento afastado e irresponsável da mãe; -modelo parental de consumo de SPA. 2.Infância/Adolescência -pais permissivos; -conflitos pais-filhos; -baixo afeto parental; -hostilidade dos pais; -disciplina severa; -abuso/maltrato de crianças; -modelo familiar de consumo; -atitude positiva dos pais para SPA; -supervisão e monitorização desadequados; -baixa participação dos pais; -baixa aspiração dos pais para a criança -disciplina em falta ou inconsistente 3.Jovens: -deixar o lar</p>	<p>1.Preconcepção: -predisposição genética -exposição pré-natal a álcool; 2. Idade pré-escolar: -temperamento difícil 3.Idade escolar-1º ciclo: -baixo controlo de impulsos; -procura de sensações; -baixo autocontrolo comportamental; -agressividade; -comportamento antissocial; -ansiedade/depressão; -PHDA; -uso precoce de SP 4. Adolescência: -coping -emotividade negativa -perturbações comportamentais -atitude positiva em relação as SPA -comportamento antissocial -atitude rebelde -uso precoce de SP 5. Jovens: -comportamento antissocial -falta de compromisso para papel convencional de adulto</p>	<p>1.Infância/ Adolescência: -baixo rendimento e insucesso escolar; -dificuldade de relação com escola; -fazer parte do grupo de pares com comportamento desviante; -atitude positiva para SP -relação com pares consumidores; -agressividade para pares; -afastamento interpessoal; -rejeição pelos pares. 2. Jovens: -relação com pares consumidores -frequentar a faculdade</p>	<p>- Normas (exemplo: acesso a publicidade favorável para SPA)</p>

Fonte: [UNODC, 2015 em base Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders among Young People: Progress and Possibilities (Washington, 2009)]

Para compreender porque alguns indivíduos desenvolvem CA e outros não, é necessário estudar o que aconteceu com estas pessoas antes do início destes comportamentos. Exatamente por isso, todas as intervenções de prevenção dos CA devem ser iniciadas nas idades anteriores à idade de início dos comportamentos aditivos. Os CA têm como fatores determinantes não só características individuais, mas também os relacionados com contextos de desenvolvimento do indivíduo, tais como os fatores comunitários/sociais, o impacto da família, dos estabelecimentos de ensino, a influência dos pares e também dos media, classificados no quadro 1. A interação entre estes fatores potencia ou atenua a vulnerabilidade de um indivíduo para desenvolver CA. A multicausalidade dos CA também oferece muitos pontos de partida para atividades preventivas. Estas devem incluir, de facto, actividades orientadas para o desenvolvimento de aptidões que ajudem as pessoas a lidar com os desafios de cada fase da sua vida, tais como capacidades de relacionamento para adolescentes ou capacidades parentais para os pais. De facto, a prevenção dos CA deve apoiar o desenvolvimento seguro e saudável de crianças e jovens [O'Connell; UNODC, 2015; Quadro 1].

Dependência – «um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido da substância. No caso das SPA a dependência inclui um desejo intenso do consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. No que se refere ao jogo, está definido como transtorno quando assume um comportamento caracterizado por episódios repetidos e frequentes que dominam a vida do sujeito em detrimento dos valores e dos compromissos sociais, profissionais, materiais e familiares» [PNRCAD].

Jogo eletrónico (vídeo jogo ou jogo digital) – «termo genérico que se refere a jogos elaborados para serem jogados num computador, consola ou outro dispositivo tecnológico» [Pivec e Kearney, 2007].

O JE também é definido como «qualquer forma de *software* de entretenimento de forma textual ou baseado em imagens, utilizando qualquer plataforma eletrónica, tal como os computadores pessoais ou as consolas, e envolvendo um ou vários jogadores num ambiente físico ou em rede» [Frasca G., 2001].

Os JE foram classificados por K. Berens e G. Howard em sete categorias diferentes como:

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Ação e Aventura | 4. Plataforma e Puzzle |
| 2. Condução e corrida | 5. <i>Roleplaying</i> |
| 3. <i>First-person shooter</i>
(Atirador em primeira pessoa) | 6. Estratégia e Simulação |
| | 7. Desporto |

Embora estas sete categorias cubram a maioria dos géneros do JE, uma única estrutura de JE pode abranger vários géneros e alguns JE não se encaixam perfeitamente em parâmetros de uma categoria específica [Newman, 2013].

Em relação à Internet, os JE são classificados em *on-line* e *off-line*. Os JE *on-line* são os jogos que, para serem jogados, precisam de conexão numa rede local ou internet.

Comportamento aditivo (CA) ao JE – os primeiros estudos que relataram o carácter aditivo do uso problemático do JE em jovens e crianças foram publicados ainda nos anos oitenta [Ross, 1982; Soper, 1983]. Durante algum período tentou-se esclarecer, através de vários estudos, se o uso problemático do jogo era uma entidade nosológica separada ou um sintoma subjacente a uma perturbação já existente. Entretanto o JE problemático foi considerado como um padrão comportamental não-adaptativo, com carácter compulsivo, semelhante aos outros CA [Smohai, 2015]. Em maio de 2013 a *American Psychiatric Association* (APA) publicou a 5ª edição de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), onde, na Seção III, as perturbações relacionadas com CA ao JE *on-line* foram incluídos na *Internet Gaming Disorder* (IGD). A classificação recebeu várias críticas no meio académico internacional sendo considerada limitada e pouco explícita para a compreensão dos outros padrões de JE problemáticos para além do JE *on-line*. Também menciona que a nova classificação induz o risco de sobrediagnóstico dos CA para o jogo *on-line*, classificando como patológicos os comportamentos normais relacionados com atividade recreativa das pessoas. Há autores que recomendam a reconceptualização do diagnóstico de IGD para perturbações do jogo problemático (*gaming*), com revisão dos critérios diagnósticos DSM-5 para IGD [Kuss, 2016; Starcevic, 2017; Müller, 2017].

Mesmo que esta classificação nosológica seja ainda uma questão em debate, este foi um primeiro passo para o reconhecimento do JE patológico como uma forma de CA sem substância.

Substâncias psicoativas (SPA) – vulgarmente conhecidas como drogas, «são as substâncias lícitas e ilícitas que, quando ingeridas ou administradas, alteram os processos mentais, tais como a função cognitiva ou o afeto» [OMS].

Novas Substâncias Psicoativas (NSP) – «um novo estupefaciente /psicotrópico, puro ou numa preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias Psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções» [PNRCAD]; baseado na Decisão de 2005/387/JAI do Conselho da EU e no Decreto-Lei n.º 54/2013]. “**Legal highs**” (drogas legais) são definidas como as NSP que imitam os efeitos das drogas ilícitas, termo usado como sinónimo vulgar de NSP [OEDT, 2015].

1.2. Epidemiologia dos CA ao Jogo Eletrónico e ao consumo de substâncias: Álcool, Tabaco e Drogas ilícitas

1.2.1 Jogo eletrónico

O jogo é uma actividade lúdica e de divertimento que o ser humano tem usado desde pré-história. Atualmente, com o avanço e acessibilidade as tecnologias da informação e comunicação (TIC) e as imensas ofertas da indústria dos videojogos, enfrentamos uma nova realidade: a era digital, onde o jogo eletrónico (JE) ocupa uma posição de um passatempo e um meio de recreação dominante para todos os grupos etários [Sim, 2012; Griffiths, 2015], sendo predominante entre as crianças e os jovens. O JE implica desafio, sensação de aventura e prazer. Por isso, o uso excessivo e compulsivo do JE aumenta o risco de tornar esta actividade num CA e o jogador num utilizador problemático do JE.

O interesse para estudo dos JE nasceu nos anos oitenta e aumentou com mesma velocidade que os JE evoluíram. Ainda assim, 2001 é considerado o ano em que o JE passou a ser o foco de interesse do meio académico internacional. Várias áreas científicas contribuíram para estudo do JE, como a sociologia, etnografia, historia da cultura, *software disign*, psicologia comportamental, saúde pública, etc. [Egenfeldt-Nielsen, 2016].

Na área de saúde pública surgiu o interesse em estudos sobre o impacto do JE na saúde dos utilizadores, especialmente na faixa etária mais vulnerável para o JE, ou seja, as crianças e os jovens.

Os JE podem ter múltiplos efeitos sobre a saúde dos seus utilizadores, que podem ser benéficos como influenciar negativamente. Os estudos sobre os benefícios do JE referem a melhoria da memória visual de curto prazo, o aumento da qualidade da amizade, a melhoria função cognitiva e mais sucesso escolar [Willoughby, 2008; Przybylski, 2014, 2016; Kovess-Masfety, 2016], sendo reconhecido o seu potencial como uma ótima ferramenta para fins educacionais [Hamari, 2016] e de reabilitação neuro-motora [Kanitkar 2017].

Há outros estudos que indicam o contrário, isto é, os efeitos negativos do JE sobre a saúde mental como a disforia, irritabilidade e até agressividade, perturbações do comportamento alimentar, problemas psicológicos de interiorização e exteriorização, baixo nível de comportamento pró-social, baixa satisfação de vida, distúrbios do sono, problemas de atenção, menos sucesso académico, menos inteligência verbal [Brunborg. 2014; van Rooij, 2014; Muller, 2014; Drummond, 2014; Przybylski, 2014,2016; Brooks. 2016; Takeuchi, 2016; Carras, 2017]. O JE está associado também a doenças somáticas como problemas do sistema músculo-esquelético (tendinites,

deformidades, síndrome do túnel cárpico ao nível dos mãos e punhos e problemas de coluna), excesso de peso e problemas de visão (*Computer Vision Syndrome*) [Polski, 2016; Naser, 2016; Nazario-Rodriguez, 2016].

Por outro lado, um estudo de 2014 realizado em alunos de 22 países envolvidos no Programa de Avaliação Internacional de Estudantes de 2009 (PISA) da OCDE, estima que o uso do JE teve pouco impacto no desempenho acadêmico do adolescente [Drummond, 2014].

Outros estudos mostraram que os efeitos benéficos do JE estão associados a níveis baixos e moderados de JE e apenas o JE excessivo tem impacto negativo sobre a saúde [Hofferth, Moon, 2012; Przybylski, 2014, 2016; Borgonovi, 2016].

Cerca de 97% dos adolescentes ingleses, 93% chineses, 60.5 % europeus e 35,0 % dos adolescentes com 18 anos em Portugal jogam regularmente (4 dias por semana, segundo o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD)). A idade de iniciação no JE é sempre na infância e na adolescência. [Przybylski, 2014; Muller, 2014; Wang, 2014, ECATD-CAD/ESPAD-PORTUGAL-2015].

Observou-se também que os jogos *on-line* têm uma maior prevalência entre os adolescentes do que os jogos *off-line*, independentemente do método de medição [Ferguson, 2011; EMCDDA, ESPAD-2015].

A nível europeu, mais do que um em cada cinco adolescentes (23 %) de 35 países europeus, com idade de 15-16 anos, usa a internet com regularidade (pelo menos 4 vezes durante últimos 7 dias) com o objectivo de jogar *on-line*, sendo este fenómeno mais frequente em alunos da Dinamarca (45%) e com menor frequência em alunos da Georgia (13%). É mais prevalente nos rapazes (39 %) do que nas raparigas (7 %). [EMCDDA, ESPAD-2015].

Tendo por base um estudo de meta-análise da *Texas A&M International University*, calculou-se uma taxa de prevalência de 3.1% jogadores patológicos na população em geral. A prevalência da dependência do JE entre adolescentes varia internacionalmente entre 15,6 % em Hong Kong, 10,3% na China, 8.7% em Singapura, 8% nos EUA, 7,5% em Taiwan, 3,3% a 5,7 % na Holanda, 0,2 % a 3,0 % em várias amostras populacionais de adolescentes alemães, 2,7% na Áustria e 1,6% nos adolescentes europeus em geral, sendo a prevalência máxima encontrada na Grécia (2.5 %) e a mínima em Espanha (0.6 %)). [Festl, 2013; Muller, 2014; Wang, 2014; Mérelle, 2016].

Os estudos sobre os fatores associados ao JE salientam alguns fatores de risco para desenvolvimento dos CA ao JE como o género masculino [Rehbein, 2010; Gentile,

2011; Haagsma, 2012; Wang, 2014; Muller, 2014; ESPAD – PT, 2015; Toker, 2016; Mérelle, 2016]; estilo parental mais restritivo ou, pelo contrário, mais permissivo [O’Connell, 2009; Xiuqin, 2010; Smith, 2015; Květon P, 2016; Brooks, 2016]; acessibilidade tecnológica [Thomas, 2011; Smith, 2015]; tempo excessivo dedicado ao JE [Willoughby, 2008; Przybylski, 2014; Takeuchi, 2016]; preferência por jogos *on-line* [Muller, 2014; Wang, 2014; Lee, 2015; Toker, 2016], início precoce do JE [Brooks, 2016] etc.

Para o estudo científico do JE a comunidade académica apoia-se na *Digital Games Research Association* (DiGRA), uma sociedade internacional com sede na Finlândia cujo trabalho se concentra em estudos sobre JE e atividades associadas e nas revistas científicas como a *Game Studies* e *Games and Culture* [Egenfeldt-Nielsen, 2016].

A primeira iniciativa de monitorização estatística sistemática do hábito de JE em adolescentes na Europa foi incluída no projecto *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), promovido pelo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), tendo sido aplicado no seu último inquérito, de 2015, realizado em escolas de 35 países europeus.

A problemática do JE é abordada pelas diversas instituições da UE (Comissão Europeia, Conselho e Parlamento Europeus), sendo de salientar o Plano de Ação para o Jogo aprovado pela Comissão Europeia em outubro de 2012, o qual inclui uma série de iniciativas a desenvolver com o objetivo de esclarecer a regulamentação do jogo *on-line* desde a proteção dos consumidores, à publicidade no setor e ainda à prevenção da adição relacionada com apostas [PNRCAD 2013-2020].

Em Portugal a iniciativa de monitorização do JE e Internet em crianças e adolescentes foi proposta pelo PNRCAD 2013-2020, onde um dos objetivos por etapas do ciclo de vida é alargar o estudo nacional de identificação dos fatores de risco para CA sem substâncias nos adolescentes. O novo PNSE de 2015 já inclui, nas suas áreas de intervenção, a prevenção de CA sem substância em simultâneo com a prevenção do consumo de SPA. Deste modo, o estudo internacional periódico promovido pelo OEDT e SICAD - ECATD-CAD/ESPAD-PORTUGAL- 2015 já incluiu os CA para Internet e JE.

Em Portugal, conforme os resultados do ESPAD-2015, os alunos de 15-16 anos usam a internet cerca de 5,9 dias por semana, valor ligeiramente maior que a média de 35 países europeus (5,8 dias por semana). A actividade preferida no uso da internet entre os jovens europeus, incluindo os portugueses, é o uso das redes sociais, seguido pelo *Streaming* (transmissão contínua de informação) / *downloading* (descarregamento

de dados) de música, filmes, entre outros, seguido pela procura de informação. O JE *on-line* também é a quarta actividade preferida entre os alunos europeus portugueses. Uma percentagem inferior de alunos portugueses (20 %) refere usar a internet regularmente para JE *on-line* (pelo menos 4 dias por semana) comparativamente com prevalência europeia (23%).

1.2.2 Álcool

Em todo o mundo o uso nocivo de álcool é responsável por cerca de 3,3 milhões de mortes por ano (5,9% de todas as mortes): 7,6% nos homens e 4% nas mulheres; 25 % na faixa etária dos 20 - 39 anos. A Europa é uma das regiões da OMS com maior taxa de mortalidade atribuída ao álcool, representando o terceiro fator de risco de doença e morte a seguir ao tabaco e HTA. É um fator determinante para mais de 200 doenças e lesões, determinando 5,1% da carga global de doenças e de lesões como transtornos mentais/comportamentais, doenças não transmissíveis (doenças hepáticas, tumores malignos, doenças cardio-vasculares), lesões (incluindo as relacionadas com acidentes rodoviários), doenças infecciosas como a tuberculose e VIH/ SIDA, entre outros. A exposição do feto ao álcool durante a gravidez está associada a malformações e alterações cognitivas. Para além das consequências para saúde, o uso nocivo de álcool traz prejuízos socioeconómicos significativos aos indivíduos e à sociedade, com aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária etc. [OMS, GSRAH, 2014; OCDE, 2016].

Na adolescência o consumo de álcool associa-se aos comportamentos de risco, entre os quais relações sexuais desprotegidas, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, acidentes de viação e baixo rendimento escolar (por problemas de atenção, aprendizagem, memória) e perspectiva de dependência na idade adulta [OMS, GSRAH, 2014; DGS, 2015].

O consumo de álcool entre adolescentes constitui um grande problema de saúde pública na maioria dos países europeus e da América de Norte [ESPAD-2015; HBSC, 2016].

Na Europa, em média quatro em cada cinco adolescentes com idade entre 15-16 anos relatam que já consumiram álcool ao longo da vida, entre quais cerca de metade refere consumo de álcool nos últimos 30 dias sem discrepância importante entre géneros. Os países nórdicos, como Islândia, Noruega e Suécia, registam as menores taxas de consumo atual de álcool e também de embriaguez entre adolescentes. Os países com taxas mais elevadas são a Áustria, Bulgária, Croácia, Dinamarca, Hungria, Liechtenstein e Mónaco [ESPAD-2015].

Apesar das altas prevalências de consumo de álcool entre os adolescentes europeus, a dinâmica temporal nas últimas duas décadas indica uma diminuição dos consumos. Por exemplo, as prevalências do consumo ao longo da vida (PLV ou experimentação) e nos últimos 30 dias (P30D ou consumo atual) diminuíram entre 1995 e 2015 de 89% para 81% e de 56% para 47%, respectivamente. Por outro lado, a

prevalência de embriaguez diminuiu menos, de 36% para 35%, e só no género masculino (de 42% a 37%). Os fatores que condicionaram a redução das taxas de consumo de álcool entre adolescentes europeus foram as alterações das políticas governamentais e da legislação sobre o álcool (como por exemplo, limitar o acesso a álcool em menores) e mudanças registadas na prevalência de consumo de álcool em adultos, na cultura de consumo e controlo parental [ESPAD-2015; OECD, 2016].

Em Portugal a evolução das taxas de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool na população geral não apresenta uma variação substancial entre os anos 2010 e 2014, diminuindo ligeiramente na taxa padronizada, no mesmo período, de 17,4% até 15,8%. Portugal situa-se em 12º lugar entre os países da OCDE com consumo *per capita* de 10,3 litros de etanol por ano por cidadão, com idade igual ou superior a 15 anos [OCDE, 2016; Saude Mental em Numeros, DGS, 2015].

Quando à população escolar em Portugal existem vários estudos epidemiológicos periódicos com representatividade nacional, como o HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) da OMS (nos alunos de 6.º/8.º/10.º anos de escolaridade), o INME (no 3.º Ciclo e Secundário) e o ESPAD (nos alunos de 16 anos) / ECATD (nos alunos dos 13 aos 18 anos).

Em Portugal, a percentagem de adolescentes entre 15-16 anos (71%) que refere experimentar álcool pelo menos uma vez ao longo da vida é inferior ao verificado na Europa (80% dos alunos de 35 países). Portugal regista também menos situações de embriaguez entre adolescentes na mesma faixa etária (16%) quando comparado com a Europa (18%)[ESPAD-2015]. A dinâmica do consumo de álcool em adolescentes portugueses nos últimos 5 anos mostrou uma discreta tendência de subida da prevalência de consumo de álcool ao longo da vida em adolescentes de 18 anos (de 90,6 % para 91,1%) [ECATD-CAD/ESPAD-PORTUGAL-2015]. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na comparação entre géneros [INME, 2011; HBSC, 2014].

Quanto ao tipo de álcool preferido entre adolescentes portugueses, regista-se maior consumo de bebidas destiladas (51,7 % entre alunos com 18 anos e 53% nos 15-16 anos), sendo a cerveja o segundo tipo de álcool mais consumido (45,9% os 18 anos), com uma dinâmica de diminuição de consumo de ambos nos últimos 5 anos. Apenas o consumo de vinho se mantém estável [ESPAD-2015; ESPAD – PT, 2015; SICAD, 2015].

O SICAD evidencia uma redução progressiva da idade do início de consumo, com adesão progressivamente maior das raparigas, e da prática do *bing drinking* (intoxicação intencional muito violenta e súbita, mais de 5 doses de álcool por uma ocasião) e

redução da idade do aparecimento de doenças digestivas, sobretudo hepáticas. A DGS alerta que as situações de intoxicação alcoólica aguda são um preocupante problema de saúde pública pelo crescente número de jovens envolvidos e pelas idades mais precoces em que isso acontece. No entanto, há limitações na estimativa destes dados por desconhecimento do número total de episódios e eventuais complicações clínicas pós-intoxicação registados nos sistemas de informação utilizados nos serviços de saúde. Por outro lado, a acessibilidade fácil ao álcool é referida por cerca de oito em cada dez dos adolescentes portugueses (79% vs 78 % dos adolescentes europeus) [ESPAD-2015].

Ao nível regional, em 2011, a prevalência de embriaguez recente (últimos 12 meses) nas escolas secundárias (ES) da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) foi igual à média nacional (37%), sendo mais alta nas sub-regiões que constituem as NUT III: Lezíria do Tejo (47,0%) e Oeste (43%), que correspondem a área geográfica de abrangência do ACES Estuário do Tejo [INME, 2011]. Também foi encontrada entre alunos de ES da região LVT uma prevalência da embriaguez ao longo da vida de 14,6%, situando, assim, a região LVT no segundo lugar depois do Alentejo [HBSC 2014].

1.2.3 Tabaco

A epidemia de tabaco é um dos maiores problemas de saúde pública ao nível mundial, matando mais de 7 milhões de pessoas por ano, 6 milhões como resultado do consumo direto do tabaco e cerca de 890 000 por exposição passiva ao fumo [OMS, 2017]. O consumo de tabaco contribui para seis das oito principais causas de morte verificadas anualmente, sendo fator determinante de doenças não transmissíveis como tumores malignos (de pulmão, boca, laringe, pancreas etc.), doenças respiratórias, cérebrocardiovasculares e da diabetes. Apresenta ainda efeitos nocivos a nível da saúde sexual e reprodutiva, com diminuição da fertilidade e aumentando da mortalidade fetal e perinatal. Os fumadores apresentam um risco de morte duas a três vezes superior aos não fumadores, perdendo, em média, dez anos de expectativa potencial de vida. No género masculino fumar é a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis, expressos em DALY, seguida das doenças associadas a maus hábitos alimentares. No género feminino fumar constitui a sétima causa de perda de anos de vida saudáveis [GBD, 2011].

Portugal é um dos países com mais baixo consumo de tabaco à semelhança da Suécia, Luxemburgo e Finlândia [OCDE 2016]. De acordo com os dados do Eurobarómetro 2014, estima-se uma prevalência de consumo de tabaco na população portuguesa com ≥ 15 anos de 25%, o que corresponde a um aumento de 2 % relativamente a 2012. Conforme os dados do relatório da DGS "Portugal - Saúde Mental em Números 2015", baseados em resultados de três Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2001, 2007, 2012), a prevalência do consumo de tabaco apresentou um aumento entre 2001 (28,8%) e 2007 (30,9%) seguido de um decréscimo entre 2007 e 2012 (28,2%) [DGS, 2016].

A adolescência é um período de iniciação para a maioria dos comportamentos de risco, incluindo o consumo de tabaco que, nestas idades, está associado a consequências para a saúde como a adição, redução da função pulmonar e asma, [HBSC 2016]. Fumar na adolescência aumenta também o risco de desenvolvimento de doenças cardio-vasculares e cancro, como consequências tardias para a saúde [OCDE 2016; Currie 2012].

Em 2015, 46 % dos adolescentes europeus de 15-16 anos referiram fumar pelo menos uma vez ao longo da vida. Em Portugal, o interesse de experimentar tabaco nos adolescentes da mesma faixa etária é menor (37%) [ESPAD-2015].

A taxa de prevalência do consumo de tabaco (consumo de pelo menos 1 cigarro por semana) nos adolescentes europeus de 15 anos de idade regista uma tendência

decrecente, desde 2001 (24% em rapazes e 25% em raparigas), praticamente para metade (14% nos ambos géneros). Os estudos mostram que as políticas implementadas para o controlo do consumo de tabaco, como o aumento dos impostos sobre produtos de tabaco, proibição de fumar em espaços públicos, restrição de acesso de menores aos produtos de tabaco, aumento da literacia sobre efeitos do tabaco na saúde, são estratégias eficazes nos jovens fumadores [OCDE 2016].

A prevalência do consumo do tabaco em adolescentes portugueses também diminuiu em 1,7 % nos últimos 5 anos (de 60,4% em 2011 para 58,7 % em 2015) [ESPAD – PT, 2015]. A maioria dos adolescentes fumadores portugueses iniciaram o seu consumo com uma idade média de 13,04 anos [HBSC, 2014], por influência dos amigos ou por curiosidade e vontade de experimentar [DGS, 2015]. O consumo de tabaco nos adolescentes portugueses é mais prevalente no género masculino [INME 2011, ESPAD – PT/ SICAD 2015], de 12% nos rapazes e 10% nas raparigas, sendo mais baixa de que a média europeia (14% para ambos géneros) [OCDE 2016]. Outros estudos nacionais indicam o contrário: maior prevalência do consumo entre adolescentes de género feminino [Precioso, 2012; HBSC, 2014]. O estudo ESPAD-2015 também concluiu que mais raparigas de que rapazes de 15-16 anos fumaram nos últimos 30 dias no ano de 2015 (21% raparigas vs 18% nos rapazes) [ESPAD-2015].

Em Portugal, LVT tem uma prevalência de consumo de tabaco entre adolescentes abaixo do nacional (46,0% regional versus 48,0% nacional) em 2011. Dentro da região LVT, à semelhança do que se verifica para o álcool, a prevalência do consumo de tabaco nos adolescentes no ensino secundário é mais alta nas sub-regiões Lezíria do Tejo e Oeste, áreas que correspondem geograficamente ao ACES Estuário do Tejo [INME, 2011].

1.2.4 Drogas ilícitas

Em 2014, uma em cada vinte pessoas no mundo (5,2%) entre os 15 e os 64 anos experimentou pelo menos uma vez droga ilícita, mantendo-se estável nos últimos quatro anos [UNODC, 2016].

A magnitude do problema, a nível global, é mais evidente se se considerar que um em cada dez consumidores de drogas (29 milhões) tem problemas de saúde relacionados com consumo e dependência. Quase metade desses consumidores problemáticos (12 milhões) utilizam drogas endovenosas e 14% destes eram VIH positivos em 2014. Apenas um em cada seis consumidores problemáticos de droga no mundo têm acesso a cuidados de saúde [UNODC, 2016].

Dois em cada três consumidores de droga são homens. O tipo de droga mais consumida a nível mundial é a cannabis e o uso não-médico de terapêutica com opióides. Nos homens é mais prevalente o uso de cannabis, cocaína e anfetaminas. Nas mulheres é comum o abuso na prescrição de opiáceos e tranquilizantes. O início de consumo é mais tardio nas mulheres, mas depois de terem iniciado, tendem a progredir mais rapidamente para o desenvolvimento da dependência [UNODC, 2015].

Em 2014, a taxa de mortalidade relacionada com consumo de drogas a nível mundial foi de 43,5 óbitos por um milhão de pessoas com idade entre 15-64 anos (207 400 consumidores), mantendo-se relativamente estável nos últimos cinco anos. O risco de morte entre consumidores de droga injetável é 15 vezes mais elevado do que seria normalmente esperado.

A *overdose* é a principal causa de morte relacionada com o consumo de droga em todo o mundo, embora essas mortes sejam evitáveis. Três quartos das vítimas na Europa são do género masculino e com idade média de morte de 37 anos. Os opióides (heroína e opiáceos de prescrição) são os principais tipos de drogas implicadas. As outras causas de morte relacionadas com o consumo de drogas ilícitas são as doenças infecciosas de transmissão parenteral (VIH e Hepatite C), os acidentes, a violência e o suicídio.

Outro problema evitável relacionado com consumo de drogas ilícitas é o encargo para os cuidados de saúde com situações de sobredosagens não fatais (edema pulmonar, broncopneumonia, neuropatias periféricas, insuficiência renal, disfunções cognitivas e lesões traumáticas).

É alarmante o facto de que o mercado global de novas drogas sintéticas se torna ainda mais diversificado. Em 2015, um total de 560 NSP tinham sido relatadas em 95 países ao UNODC, 98 NSP só na Europa. Os canabinóides sintéticos representam a maioria dos NSP (39 %), seguidos das fenetilaminas (18 %) e das catinonas sintéticas (15 %). Para investigar o consumo de NSP foi lançado em 2014 um inquérito telefónico para os jovens adultos de 15 - 24 anos (*Flash Eurobarometer on young people and drugs*) em 28 estados-membros da EU. Referiram ter consumido *legal highs* pelo menos uma vez ao longo da vida 8 % dos inquiridos, ntre quais 3 % no último ano. A Internet constitui um mercado importante para a venda de NSP e SPA ilegais tradicionais aos europeus (um estudo do EMCDDA identificou 651 sítios *web* que vendiam *legal highs* em 2013) [EMCDDA, 2016; OEDT 2016].

Ao nível europeu, estima-se que cerca de 88 milhões de adultos (um quarto da população adulta) terão já consumido alguma substância ilícita ao longo da vida. A estimativa da UE para 2013 foi de 6 100 mortes, o que equivale a um ligeiro aumento em relação a 2012. O cannabis é a droga mais consumida na UE (cinco vezes superior à do consumo de outras SPA). Na Europa, cannabis é atualmente a droga mais utilizada entre utentes que procuram cuidados de saúde relacionados com consumo pela primeira vez [EMCDDA, 2016; OEDT 2016].

É preocupante o facto de que o consumo de drogas predomine nos jovens. Conforme os dados de OEDT 2015, a prevalência do consumo de cannabis, no último ano, foi de 5,7% na faixa etária de 15-64 anos comparativamente com 11,7 % na faixa etária dos 15-34 anos. Referem experimentar pelo menos uma vez durante a vida uma qualquer droga ilícita cerca de 18% dos jovens de 15-16 anos de 35 países que participaram no Inquérito ESPAD-2015. A prevalência de consumo de drogas nos adolescentes europeus é caracterizada por uma tendência crescente entre 1995 e 2003 com estabilização entre 2003 e 2015. O consumo de drogas é mais frequente nos rapazes de que nas raparigas (20 % vs 15% em 2015). A canábis é a droga preferida dos adolescentes europeus, tendo experimentado pelo menos uma vez ao longo da vida 16% dos jovens (19% rapazes e 14% de raparigas) e nos últimos 30 dias 7% destes (8% rapazes e 5% raparigas). Um em dez, ou seja, cerca de 30% adolescentes inqueridos, considerou a canábis uma droga facilmente acessível. A segunda droga mais consumida a seguir à canábis é o *ecstasy*, seguido pelas anfetaminas, cocaína e LSD. O consumo ao longo da vida de outras drogas é relatado por 1 a 2% dos adolescentes europeus. Quanto aos NSP, foi estimado que 4% dos adolescentes europeus já experimentaram pelo menos uma vez ao longo da vida [OEDT, UNODC 2015; ESPAD-2015].

Em Portugal, a evolução da prevalência dos consumos de drogas ilícitas na população geral foi marcada por um aumento de 7,8% para 12% entre 2001 e 2007, baixando para 9,5% em 2012. Atualmente a prevalência é mais baixa de que na Europa. Os consumos são mais elevados entre a população jovem adulta e nos homens, tendências que se mantêm em relação a estudos anteriores e às estatísticas mundiais e europeias.

Considerando qualquer experiência de consumo ao longo da vida e o consumo recente (últimos 12 meses), verifica-se que a substância ilícita mais consumida em Portugal pela população em geral é a canábis, seguida do *ecstasy* e da cocaína. O mesmo se verifica em 15% dos adolescentes de 15-16 anos (17% dos rapazes e 14% das raparigas), que referem ter experimentado canábis ao longo da vida. Um em cada 3 adolescentes portugueses (31%) refere que a canábis é uma droga de fácil acesso, dados estes comparáveis com média europeia (30% dos alunos de 35 países europeus) [III INCSPPG de 2012; ESPAD 2015].

O consumo das NSP é residual na população portuguesa entre os 15-74 anos, sendo mais prevalente no género masculino e nos adolescentes e jovens adultos. [Balsa, Vital & Urbano, 2013; ESPAD-2015]. Só 1% dos adolescentes portugueses relataram experimentar NSP pelo menos uma vez ao longo da vida, facto que situa Portugal entre os países com consumo mais baixo de NSP na Europa (4%) [INME, 2011; ESPAD 2015; ESPAD – PT, 2015].

Um dos problemas de Saúde Pública em Portugal relacionado com o consumo de drogas injetáveis são as doenças infecciosas de transmissão parenteral. Os diagnósticos de VIH atribuídos ao consumo de drogas injetadas corresponderam a 7,4 casos por milhão de habitantes em 2014, valor mais elevado comparativamente com a média da UE de 2,9 casos por milhão de habitantes. Portugal é um dos cinco países Europeus que apresentaram taxas de prevalência de anticorpos do VHC nas amostras de sangue dos consumidores de droga injetada superiores a 50 % [OEDT,2015].

Existem vários estudos epidemiológicos periódicos com representatividade nacional em populações escolares no nosso país. O HBSC/OMS, o INME, o ESPAD/ECATD evidenciaram que o consumo de drogas aumentou nos anos 90 e diminuiu em 2006 e 2007, constatando-se desde 2010 uma nova tendência de aumento (de 31,2% em 2011 para 35,2% em 2015, em adolescentes de 18 anos) [ESPAD – PT, 2015; SICAD, 2015].

A prevalência de consumo recente (nos últimos 12 meses) de canábis na região LVT foi semelhante à nacional em 2011. Assim como no caso de outros consumos de SPA, a prevalência de consumo recente de canábis foi mais elevada nas sub-regiões Lezíria do Tejo e Oeste (ACeS Estuário de Tejo) [INME, 2011].

1.3. Problema/Questão de investigação

Os CA sem substância relacionados com a utilização excessiva de tecnologias de informação e comunicação, incluindo o JE, são cada vez mais foco de interesse das autoridades de saúde pública nacionais e internacionais. Contudo, o que se conhece sobre hábitos do JE em população escolar portuguesa é insuficiente dado a escassa monitorização destes comportamentos no nosso país. Nem os CA com substância, nem sem substância foram estudados na área abrangente do ACeS Estuário do Tejo. O presente estudo propõe-se a levar a cabo um primeiro diagnóstico destes comportamentos na população em apreço.

1.4 Pergunta de Investigação

Qual é a prevalência dos CA de JE e prevalência dos consumos de substâncias psicoativas (álcool, tabaco, drogas ilícitas) em alunos de 12º ano de escolaridade do ACES Estuário do Tejo em 2016? Quais são os fatores associados aos CA de JE?

1.5 Finalidade

O presente trabalho tem como finalidade aumentar o conhecimento na área dos CA, nomeadamente dos JE e dos consumos de substâncias psicoativas, na população escolar do ACES Estuário do Tejo.

Com este estudo pretende-se também contribuir para o diagnóstico local de situação dos CA em idade escolar e conhecimento das necessidades de intervenção adequadas e dirigidas aos problemas detetados.

1.6 Objetivos

1.6.1. Objetivo Geral:

Estimar a prevalência do CA para JE e do consumo de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco) e ilícitas (drogas) nos alunos do 12º ano das escolas secundárias do ACES Estuário do Tejo, em 2016. Determinar alguns fatores associados aos CA para JE.

1.6.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio-demograficamente os alunos do 12º ano incluídos no estudo;
- Calcular a prevalência do JE e dos CA para JE nos alunos estudados;
- Caracterizar os hábitos de consumo de Internet e JE;
- Calcular a prevalência dos consumos das SP lícitas (álcool, tabaco) e ilícitas (drogas);
- Caracterizar os hábitos de consumo de SP lícitas e ilícitas;
- Estudar os conhecimentos dos alunos sobre os CA;
- Determinar as associações entre os CA ao JE com: as características sociodemográficas, os consumos de SP e conhecimentos dos alunos relativamente à problemática.

2. Material e Métodos

2.1 Tipo de Estudo: observacional, descritivo, transversal, de prevalência, com componente analítica de associação sobre os CA, com foco nos JE, em alunos do ensino secundário.

2.2 Local (ou locais): 10 escolas secundárias (ES) dos 5 conselhos do ACES Estuário do Tejo.

2.3 Unidade de Observação: alunos de 12^o ano de turmas selecionadas aleatoriamente e proporcionalmente.

2.4 População Alvo e População em Estudo

População Alvo: 1763 alunos do 12^o ano das 10 ES, dos 5 conselhos do ACES Estuário do Tejo: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira (VFX).

População em Estudo: alunos de ambos os géneros, matriculados no 12^o ano, das turmas selecionadas na amostra do estudo, presentes na escola no dia da aplicação do questionário e que entregaram o consentimento informado preenchido pelos encarregados de educação de alunos menores de 18 anos ou pelos próprios alunos com idade \geq de 18 anos.

2.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Inclusão:

1. Inclusão na lista da turma selecionada;
2. Entrega do Consentimento Informado assinado pelos encarregados de educação de alunos menores de 18 anos
3. Entrega do Consentimento Informado assinado pelos próprios alunos \geq de 18 anos;

Critérios de Exclusão:

1. Foram excluídos todos os alunos ausentes da escola no dia da aplicação do questionário;
2. Os alunos, que recusem participar no estudo.

2.6 Tipo de amostragem: aleatória e estratificada, com seleção proporcional das turmas. O cálculo da dimensão da amostra foi efetuado com recurso à Calculadora *Web Sample Size For Prevalence Surveys*, com margens de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma prevalência estimada de 50%. Considerando a população alvo de 1763 alunos obteve-se uma amostra de 316 alunos. Como medida de prevenção de incumprimento da dimensão de amostra, por causa de vieses de seleção (p.e. vieses de não participação e vieses de ausência de resposta), a amostra terá um aumento de 10% ($316+31,5=348$ alunos) (Quadro 10). Considerando que turma tem em média 21 alunos, foi calculado o número de turmas a estudar. A amostra foi construída de forma proporcional em relação ao número de alunos por escola. A seleção das turmas amostrais foi aleatória dentro das listas apresentadas pelas escolas.

2.7 O Método de recrutamento dos participantes: foi pedida aos alunos a participação no estudo através de uma informação escrita no Consentimento Informado e uma breve informação oral com esclarecimento da metodologia e finalidade da investigação.

2.8 Fonte de Informação e Colheita de dados

A fonte de dados foi a informação partilhada anonimamente pelos alunos nas respostas do inquérito aplicado. A colheita de dados foi realizada através de um questionário anónimo, de autopreenchimento, construído pelo autor usando como modelo, o I.N.M.E. 2011, III I.N.C.S.P. 2012, HBSC 2014, ESPAD – PT, 2015 e *Game Addiction Test* (baseado em *The Internet Addiction Test*, de Kimberly Young, único teste de avaliação do grau de dependência de meios eletrónicos e digitais validado).

Antes de aplicação do inquérito, foi realizado um **pré-teste**, para verificar a adequação do instrumento de recolha de informação, detetar dificuldades na recolha e registo dos dados e tempo necessário para o preenchimento do questionário (Anexo I). Foi realizado por 10 alunos do 10-11º ano da ES Reynaldo dos Santos de VFX. Como resultado surgiram alterações na formulação de algumas perguntas que necessitaram esclarecimento dos temas técnicos com adaptação para linguagem comum.

2.9 Aspetos éticos e pedidos de autorização

Toda a informação foi recolhida após uma breve informação sobre o estudo, transmitida no Consentimento Informado (art.º 3, alinha h) e art.7, alinha 2) da Lei nº 67/98). Os Consentimentos Informados foram assinados pelos alunos que atingiram os 18 anos (maioridade) ou pelos Encarregados de Educação, no caso de alunos menores de 18 anos. Os dados foram anonimizados e apresentados de forma global, para garantir a segurança da informação (art.º 7, alinha 4). Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da DGE e da ARS LVT, tendo obtido pareceres favoráveis (Anexo V). O estudo também foi autorizado pela Coordenação de 8 escolas secundárias envolvidas no mesmo.

2.10 Classificação das Variáveis

Para o desenvolvimento da base de dados, foi elaborado um plano de operacionalização das variáveis que inclui:

- Variáveis de caracterização sociodemográfica dos alunos e dos encarregados de educação
- Variáveis de caracterização de consumo de álcool
- Variáveis de caracterização de consumo de tabaco
- Variáveis de caracterização de consumo de droga
- Variáveis de caracterização de consumo de jogos *on- e off-line*
- Variáveis relacionadas com a literacia sobre consumos.

A descrição detalhada das variáveis encontra-se no plano de operacionalização das variáveis, que poderá ser consultado em Anexo III.

As variáveis dependentes deste estudo são Prevalência dos CA para JE (prevalência dos comportamentos de risco para adição ao JE) e a Prevalência da adição (dependência) do JE. Ambas as variáveis dependentes foram calculadas através do score obtido após aplicação do *Game Addiction Test (GAT)*. O teste *GAT* foi criado com base no *Internet Addiction Test (IAT)*. O *IAT* foi desenvolvido pela Dra. Kimberly Young, psicóloga internacionalmente conhecida, especialista em CA relacionados com a Internet. É um teste validado e confiável e de avaliação do comportamento aditivo em relação à Internet. O *GAT* é composto por 20 itens que medem 3 níveis do CA ao JE [ligeiro (20 - 49 pontos do *GAT*), moderado (50 - 79 pontos do *GAT*) e grave (mais 80 pontos de *GAT*)]. A avaliação das respostas está representada através da escala de 6

pontos: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Ocasionalmente; (4) Frequente; (5) Muito frequente; (6) Sempre.

A variável dependente Prevalência dos CA corresponde à prevalência dos alunos que atingiram nas respostas pelo menos o score do nível ligeiro do CA (20 - 49 pontos do GAT).

A variável dependente Prevalência da adição ao JE, corresponde a um score ≥ 70 pontos na escala *Game Addiction Test* (GAT) conforme as recomendações da autora do teste [Young 1998; Wang, 2014]. Este ponto-corte está incluído nos valores do score do grau moderado do CA para JE, no limite superior (50 – 79 pontos do GAT) e claramente inclui o nível grave do CA para JE.

Os softwares utilizados para registo e análise estatística dos dados obtidos foram o Microsoft Excel 2013 e o IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) *Statistics 22*.

2.11 Plano de análise dos dados

Através da análise estatística foi efetuada, inicialmente, a *análise descritiva* dos dados obtidos no estudo. Na análise descritiva foram calculadas as medidas de tendência central (como média, mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, amplitude de variação) para as variáveis quantitativas e para as variáveis qualitativas foram calculadas as frequências relativas e absolutas.

Na fase seguinte, foi efectuada a *análise estatística inferencial*. Sendo este estudo de prevalência, foi calculado o intervalo de confiança a 95% para o real predomínio dos CA, utilizando um nível de significância (p) de 0.05. Para determinar as associações entre a prevalência dos comportamentos aditivos estudados e algumas das variáveis independentes, foram usados os métodos de Qui-Quadrado de *Pearson*, teste exato de *Fisher* (nas comparações entre casos prevalentes versus não prevalentes face a variáveis categóricas). Para além disso, foi utilizado o Teste T e o teste *Mann-Whitney* para os dados não normais nas comparações entre prevalentes versus não prevalentes face a variáveis numéricas. Por fim, foi aplicada uma análise de regressão logística múltipla para as prevalências de adição (se aplicável) e foi calculado o *Odds Ratio* (OR) da associação de variáveis

3.Resultados

3.1 Amostra - Obtiveram-se 382 questionários preenchidos, 2 foram excluídos por preenchimento incompleto. O total de questionários válidos obtidos foi de 380, um número maior de que amostra calculada (348 alunos) (Quadro 10). Só em duas escolas das oito que participaram se obteve um número ligeiramente menor de alunos que responderam, comparativamente com o número de alunos calculados na distribuição proporcional por escola. A proporção de alunos das escolas do Forte da Casa e Reynaldo dos Santos de Vila Franca de Xira foi aumentada proporcionalmente para compensar a recusa de participação de duas outras escolas com proximidade geográfica (escolas D. Martinho Vaz Castelo Branco da Povia de Santa Iria e Alves Redol de Vila Franca de Xira). Conseguiu-se respeitar a distribuição proporcional e dimensão da amostra calculada e obtida para a população em estudo, resultando na proximidade entre a população e amostra.

Quadro 2. Comparação das amostras, calculada e obtida, após aplicação do inquérito nos alunos das escolas secundárias do parque escolar do Estuário do Tejo, no ano letivo 2015/2016

Nr.º	Escola Secundaria	Nr.º total de alunos do 12º ano	Distribuição proporcional da amostra, (em %)	Distribuição proporcional da amostra em nr.abs (alunos)	Nr.º de alunos que praticaram no inquérito	
1.	ES Damião de Goes /Alenquer	192	10,89	38	38	=
	ES/CP Damião de Goes/Alenquer	50	2,84	10	12	↑
2.	ES do EJAF/Arruda dos Vinhos	176	9,98	35	36	↑
	ES/CP do EJAF/Arruda dos Vinhos	23	1,31	5	5	=
3.	EP Gustave Eiffel/ Arruda dos Vinhos	32	1,82	6	9	↑
4.	ES Azambuja	106	6,01	21	19	↓
5.	ES Benavente	139	7,88	27	43	↑
6.	ES Alves Redol / VFX	50	2,84	10	Recusou	
	ES/CP Alves Redol/ VFX	42	2,38	8	Recusou	
7.	ES Reynaldo dos Santos /VFX	114	6,47	23	41	↑
	ES/CP Reynaldo dos Santos /VFX	30	1,70	6	13	↑
8.	ES Gago Coutinho/ Alverca	264	14,97	52	57	↑
	ES/CP Gago Coutinho/ Alverca	152	8,62	30	27	↓
9.	ES D. Martinho Vaz Castelo Branco / PSI	155	8,79	31	Recusou	
10.	ES Forte da Casa	115	6,52	23	55	↑
	ES/ CP Forte da Casa	123	6,98	24	25	↑
TOTAL		1763	100 %	Amostra = 348	380	

* ES- Escola Secundaria; CP-Curso Profissional

3.2 Análise descritiva dos dados

3.2.1 Caracterização sociodemográfica da amostra obtida. Os dados revelam uma amostra de alunos com uma idade média de 18,14 anos (mín-máx: 16-21; desvio padrão = 0, 87) (Quadro 1).

Quadro 3. Caracterização sociodemográfica da amostra obtida

Características socio-demográficas	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas, (%)	Análise estatística descritiva, para variáveis quantitativas	Total (n) respostas validas obtidas
Género do aluno	- Masculino - Feminino	181 199	47,6 52,4		380
Idade do aluno				Média - 18,14 Mediana-18,00 DP- 0,873 Min – 16 Max - 21	380
Alunos com reprovações	- Sem reprovações - Com reprovações	221 159	58,2 41,8		380
Aproveitamento escolar	- Nota média da turma -> média da turma - <média da turma	256 96 25	67,4 25,3 6,6		377
Consultas MGF	- Não - Sim	225 155	59,2 40,8		380
Grupo etário mãe	<=35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 >60	8 46 126 112 66 15 3	2,1 12,2 33,5 29,8 17,6 4,0 0,8		376
Grupo etário pai	<=35 36-40 41-45 46-50 51-55 56-60 >60	0 21 100 114 91 30 9	0 5,8 27,4 31,2 24,9 8,2 2,5		365
Escolaridade mãe	- 1ºciclo - 2ºciclo - 3ºciclo - Secund./Sec.Prof. - Superior/Pós-grad.	32 44 90 129 83	8,5 11,6 23,8 34,1 22,0		378
Escolaridade pai	- 1ºciclo - 2ºciclo - 3ºciclo - Secund./Sec.Prof. - Superior/Pós-grad.	34 47 108 111 67	9,3 12,8 29,4 30,2 18,3		367
Empregabilidade da mãe	- Desempregada - Empregada - Reformada	51 314 10	13,6 83,7 2,7		375
Empregabilidade do pai	- Desempregado - Empregado - Reformado	38 305 15	10,6 85,2 4,2		358
Estado civil	- Solteiros - Casados - União de facto - Divorciados - Viúvos	24 261 15 67 12	6,3 68,9 4,0 17,7 3,2		379

Encontrou-se igualmente uma proporção ligeiramente maior de alunos do género feminino (52,4% (n=199)).

Cerca de 6,6 % (n=25) dos alunos estudados relataram ter uma nota inferior à média da turma, 41,8 % (n=159) mencionaram que tiveram pelo menos um episódio de reprovação. Menos de metade dos alunos inqueridos (40,8% (n=155)) relataram que fazem consulta periódica de MGF

Relativamente às características sociodemográficas dos pais, a maioria das mães (33,5% (n=126)) fazem parte do grupo etário de 41-45 anos e a maioria dos pais (31,2% (n=114) – do grupo etário de 46-50 anos. A maioria dos pais completaram o ensino secundário (34,2% das mães e 30,2% dos pais), sendo na maioria trabalhadores ativos (83,7% das mães e 85,2 % dos pais). Quanto ao estado civil dos pais, a maioria dos alunos (68,9%) responderam que são casados.

3.2.2. Caracterização do hábito do JE e uso de Internet

Quando questionados sobre internet, 99,7% (n=379) dos alunos afirmaram fazer uso dessa ferramenta, entre os quais 93,7% (n=356) diariamente, sendo a atividade predominante o uso de redes sociais (58,7% (n=205)) e depois o JE (19,2% (n=67)).

Quanto ao JE, 77,3% (n=293) dos alunos inqueridos relataram que jogam (Quadro 2). Em relação à dependência de JE, não foi encontrado nenhum caso entre os adolescentes estudados (situação correspondente a um score ≥ 70 pontos na escala GAT (*Game Addiction Test*)) [Wang, 2014; Young 1998]. Por outro lado, 48,1% dos alunos estudados obtiveram pontuação correspondente a presença de CA (comportamentos de risco para desenvolver dependência ao JE) para JE (43,3 % com nível ligeiro (20 - 49 pontos do GAT) e 4,8% com nível médio (50 – 79 pontos do GAT). Todos os casos do grau médio de CA tiveram uma pontuação máxima de 69 pontos, limite do score GAT entre CA (comportamentos de risco para desenvolver dependência) e dependência para JE. Não foi identificado nenhum caso de grau avançado de adição ao jogo. Verificou-se também que os CA para JE são mais prevalentes no gênero masculino e nos alunos de CP.

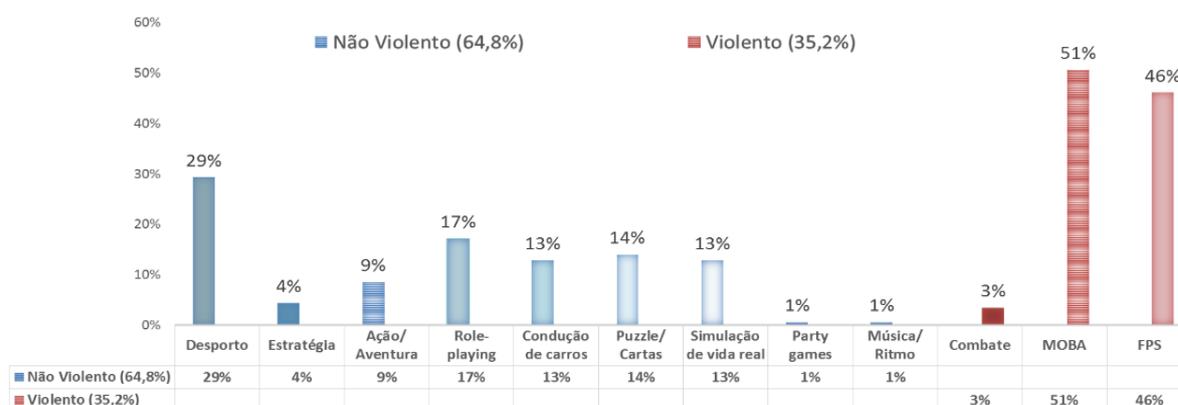


Figura 1. Tipos de jogos eletrônicos preferidos pelos alunos, segundo a sua violência

Nota: Os jogos eletrônicos considerados violentos são: MOBA (*Multiplayer online battle arena*), FPS (*First -Person Shooter*), Combate

Na maioria das vezes os alunos jogam em casa tanto em regime *on-line* (80,0% (n=224)), como no *off-line* (74,7 % (n=207)). Dos alunos que jogam, 54,6% (n=129) ultrapassam 1 hora por dia. Relativamente ao tipo de jogo, os alunos relataram que preferiam os JE *on-line* (58,2 % (n=167)) e não violentos (64,8% (n=164)) (Quadro 4, Figura 1).

Quadro 4. Características do hábito de jogo eletrónico dos alunos de escolas secundárias do parque escolar do ACES Estuário do Tejo, em 2016

Características do hábito do JE	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas, (%)	Total (n) respostas validas obtidas
Frequência do uso de Internet	- Não uso	1	0,3	380
	- Diariamente	356	93,7	
	- Algumas v/semana	20	5,2	
	- Algumas v/mês	3	0,8	
	- Muito raro (< 1 v./mês)	0	0,0	
Conteúdo mais procurado na Internet	- Redes sociais	205	58,7	349
	- Musica	51	14,6	
	- Livros	3	0,9	
	- Chamadas tel./vídeo	2	0,6	
	- Enciclopédia/c. teóricos	5	1,4	
	- Notícias	8	2,3	
	- Compras	3	0,9	
	- Jogos	67	19,2	
Prevalência do JE	- Não jogo	86	22,7	379
	- Jogo	293	77,3 [IC 95%: 73,1-81,5%]	
Prevalência do JE por género	- Não jogo	M-8; F-78	M-4,4 %; F- 39,4 %	379
	- Jogo	M-173; F-120	M - 95,6 %; F- 60,6 %	
Tempo que joga por dia	<1 hora	129	45,4	284
	De 1-3 horas	105	37,0	
	>3 horas	50	17,6	
Tipo de JE segundo a utilização da Internet	- Jogos <i>Offline</i>	120	41,8	287
	- Jogos Online	167	58,2	
Tipo de JE segundo a violência*	- Não violento	164	64,8	253
	- Violento	89	35,2	
Locais de JE <i>online</i>	- Casa de amigos	20	7,1	280
	- Sala TIC na escola	0	0,0	
	- Própria casa	224	80,0	
	- Espaço de juventude com Net	0	0,0	
	- Qualquer sítio (Net portátil)	34	12,1	
	- Outro local	2	0,7	
Locais de JE <i>offline</i>	- Sala TIC na escola	2	0,7	277
	- Casa de amigos	19	6,9	
	- Própria casa	207	74,7	
	- Espaço de juventude com Net	0	0,0	
	- Em qualquer sítio (equip. port)	46	16,6	
	- Outro local	3	1,1	
Nível de CA relacionado com JE	- Sem adição	152	51,9	293
	- Nível ligeiro de adição	127	43,3	
	- Nível médio de adição	14	4,8	
	- Nível grave de adição	0	0,0	
Prevalência de adição ao JE	- Sem adição	152	51,9	293
	- Com adição ao JE	141	48,1 [IC 95%: 42,4 % - 53,8 %]	
Prevalência de adição ao JE por género	- Sem adição	M-64; F-88	M-37,0 %; F- 73,3 %	293
	- Com adição ao JE	M-109; F-32	M - 63,0 %; F- 26,7 %	
Prevalência de adição ao JE por tipo de ensino	- Sem adição	12º ano - 120 CP - 32	12º ano - 54,5% CP - 43,8%	293
	- Com adição ao JE	12ºano - 100 CP - 41	12ºano - 45,5% CP - 56,2%	

A iniciação em JE *online* aconteceu na idade média de 11 anos, conforme relatado o pelos alunos, depois da iniciação em jogos *offline* (8 anos). O hábito de jogo diário instala-se mais cedo, também, para os JE *offline* (10,5 anos) comparativamente com os JE *on-line* (13 anos), (Quadro 5).

Quadro 5. Características do hábito de consumo do JE/ variáveis numéricas. Idade de início do JE.

Idade de início do JE	Análise estatística descritiva, variáveis quantitativas		Total (n) respostas validas obtidas
Idade de início de jogo <i>offline</i>	Média – 7,94 Mediana – 8,00	DP – 2,743 Mín - 1 Máx - 16	298
Idade de início de jogo <i>online</i>	Média – 11,38 Mediana – 2,540	DP – 11,00 Mín – 5 Máx – 19	274
Idade de início de jogo <i>offline</i> diário	Média – 10,51 Mediana – 10,00	DP – 3,342 Mín – 3 Máx – 18	239
Idade de início de jogo <i>online</i> diário	Média – 12,89 Mediana – 13,00	DP – 2,652 Mín – 5 Máx – 19	228

3.2.3. Caracterização do hábito de consumo do álcool

Referiram nunca ter consumido bebidas alcoólicas 8,4% dos alunos questionados. Os alunos que já haviam consumido bebidas alcoólicas (91,6%), relatam que o primeiro consumo ocorreu entre 14-15 anos (idade média de início -14,53 anos; mín-máx: 2-20 anos; DP = 2,17).

Quadro 6. Características do hábito de consumo de álcool nos alunos de escolas secundárias do parque escolar do ACES Estuário do Tejo, em 2016

Características do hábito de consumo de álcool	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)	Total(n) respostas validas obtidas
Prevalência do consumo de álcool	- Nunca consumiu álcool - Já consumiu álcool	32 348	8,4 91,6 [IC 95%: 88,8% - 94,4 %]	380
Prevalência do consumo de álcool por género	- Nunca consumiu álcool - Já consumiu álcool	M-14; F-18 M-167; F-181	M -7,7%; F- 9,0 % M - 92,3 %; F - 91,0 %	380
Prevalência do consumo de álcool por tipo de ensino	- Nunca consumiu álcool - Já consumiu álcool	12º ano - 22 CP – 10 12º ano - 268 CP - 80	12º ano – 7,6% CP – 11,1% 12º-ano-92,4% CP -88,9%	380
Último consumo de álcool	- Nunca consumiu - Há mais de 1 ano - Durante este ano - Últimos 30 dias	32 21 62 265	8,4 5,5 16,3 69,7	380
Principal motivo de início do consumo	- Curiosidade - Nova experiência - Por diversão - Esquecer problemas - Para socializar - Para se integrar no grupo - Convívio familiar - Outro	135 69 69 3 4 1 58 7	39,0 19,9 19,9 0,9 1,2 0,3 16,8 2,0	346
Último episódio de embriaguez	- Nunca tive - Há mais de 1 ano - Durante o último ano - Nos últimos 30 dias	153 51 77 68	43,8 14,6 22,1 19,5	349
Último episódio de embriaguez por género	- Nunca tive - Há mais de 1 ano - Durante o último ano - Nos últimos 30 dias	M-69; F-84 M-21; F-30 M-39; F-38 M-38; F-30	M -41,3%; F- 46,2 % M – 12,6 %; F – 16,5 % M – 23,4 %; F – 20,9 % M – 22,8 %; F – 16,5 %	349
Necessidade de cuidados de saúde devido ao consumo de álcool	- Nunca tive - Sim, fui no SU - Sim, no domicílio	344 3 1	98,9 0,9 0,2	348
Locais de consumo do álcool	- Discoteca - Casa de amigos - Própria casa - Restaurante - Bar - Concertos - Perto da escola - Na rua/parque - Em festas - Outro local	32 22 38 15 34 3 1 10 179 2	9,5 6,5 11,3 4,5 10,1 0,9 0,3 3,0 53,3 0,6	336

Foi encontrada uma distribuição relativamente homogênea da prevalência do consumo de álcool dentro do género, área geográfica e por tipo de ensino (CP vs Cursos não profissionais) nas ES estudadas. A maioria dos jovens (69,7 % (n=265)) referiram ter consumido pelo menos uma vez álcool durante o último mês.

O principal motivo de início de consumo foi a curiosidade (39,0% (n =135)), enquanto 19,9% (n=69) iniciaram o consumo para adquirir uma nova experiência e outros 19,9% em busca de divertimento.

Entre os alunos que consomem álcool, 56.2 % (n=196) referem ter pelo menos um episódio de embriaguez na vida (com prevalência mais alta nos rapazes (58,7%) comparativamente com as raparigas (53,8%)), 19,5 % dos alunos referem ter pelo menos um episódio de embriaguez no último mês. Só 1,1% dos alunos recorrem por este motivo aos profissionais de saúde.

O consumo mais frequente acontece em contexto festivo. Os tipos mais consumidos de bebidas alcoólicas são de baixo teor alcoólico (cerveja, sangria) (Figura 2).

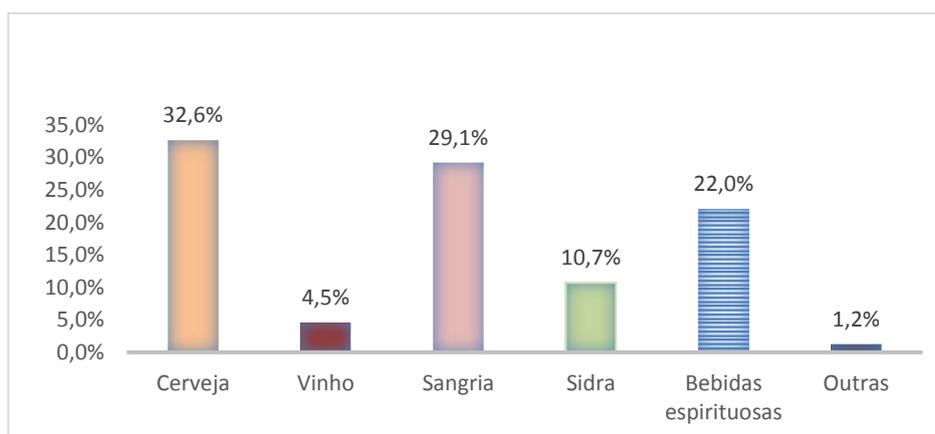


Figura 2. Tipo de álcool preferencialmente consumido pelos alunos das ES do parque escolar do ACES Estuário do Tejo, em 2016

3.2.4. Tabaco

A prevalência do consumo atual de tabaco na amostra estudada foi de 18,9% (n = 72), sendo discretamente mais alta no género feminino (19,1%) do que no masculino (18,8%).

Tendo em conta a distribuição geográfica, a maior prevalência verificou-se nos concelhos de Arruda dos Vinhos (EJAF- 29,2% dos alunos questionados) e Alenquer (26,0%); relativamente ao tipo de ensino, nos alunos dos CP (31,1% dos alunos dos CP vs 15,2% dos alunos das ES dos cursos não profissionais).

Os alunos que experimentaram fumar relatam que o primeiro consumo ocorreu entre 14-15 anos (idade média de início -14,73 anos; mín-máx: 5-19 anos; DP = 2,08) e teve como motivo principal o facto de os amigos fumarem (48,7% (n=94).

Os alunos que passaram a ter consumo regular de tabaco (≥ 1 cigarro por dia) associam este padrão comportamental com a sensação de prazer e fuga anti-stress e relatam que fumam em média 5-6 cigarros por dia (número médio por dia = 5,41 mín-máx: 1- 17; DP =4,4).

Quadro 7. Características do hábito de consumo de tabaco dos alunos de escolas secundárias no ACES Estuário do Tejo, em 2016

Características do hábito de consumo de tabaco(CT)	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)	Total(n) respostas validas obtidas
Prevalência do CT	- Fumador	72	18,9 [IC 95%: 15,0%-22,8%]	380
	- Não fumador	169	44,5	
	- Experimentei, não fumo	128	33,7	
	- Ex-fumador	11	2,9	
Prevalência do CT por género	- Fumador	M-34; F-38	M - 18,8; F - 19,1	380
	- Não fumador	M-85; F-84	M-47,0 ; F- 42,2	
	- Experimentei, não fumo	M-60; F-68	M-33,1 ; F- 34,2	
	- Ex-fumador	M-2; F-9	M -1,1 ; F- 4,5	
Prevalência do CT por tipo de ensino	- Fumador	12º ano - 44; CP - 28	12º ano – 15,2; CP - 31,1	380
	- Não fumador	12º ano - 139; CP-30	12º ano – 47,9; CP-33,3	
	- Experimentei, não fumo	12º ano - 96; CP - 32	12º ano – 31,1; CP – 35,6	
	- Ex-fumador	12º ano - 11; CP- 0	12º ano – 3,8; CP- 0,0	
Principal motivo de início do CT	- Amigos fumadores	94	48,7	193
	- Familiares fumadores	19	9,8	
	- Gosto do cheiro	15	7,8	
	- Gosto de cigarros com sabores	10	5,2	
	- É acessível	5	2,6	
	- Outro motivo	50	25,9	
Principal motivo de consumo regular do tabaco	- Convívio social	5	5,7	88
	- Prazer	34	38,6	
	- Medida anti-stress	34	38,6	
	- Gesto automático	4	4,5	
	- Aumento de autoestima	5	5,7	
	- Para não engordar	2	2,3	
	- Outro motivo	4	4,5	

3.2.5 Drogas ilícitas

Dos jovens questionados 23,7% (n=92) referiram ter consumido algum tipo de drogas ilícitas ao longo da vida, sendo a prevalência mais alta no género masculino (26,5 % (n=49)) comparativamente com o género feminino (21,7 % (n=43)). Cerca de 5,8% (n=22) dos alunos inqueridos referem ter consumos nos últimos 30 dias.

Quadro 8. Características do consumo de drogas ilícitas dos alunos de escolas secundárias no ACES Estuário do Tejo, em 2016

Características do consumo de drogas ilícitas(CDI)	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)	Total (n) respostas válidas obtidas
Prevalência do CDI	- Nunca consumiu DI - Já consumiu drogas	288 92	74,3 23,7 [IC 95%: 19,7%- 28,3%]	380
Prevalência do CDI por género	- Nunca consumiu DI - Já consumiu drogas	M-133; F-155 M-49; F-43	M -73,5 %; F - 78,3 % M - 26,5 %; F -21,7%	380
Prevalência do CDI por tipo de ensino	- Nunca consumiu DI - Já consumiu drogas	12º ano – 224; CP – 64 12º ano – 65; CP – 27	12º ano – 77,5%; CP – 71,1% 12º ano – 22,5%; CP – 28,9%	380
Hábitos do CDI	- Nunca consumi - Sim, > 1 ano - Sim, durante último ano - Sim nos últimos 30 dias	288 34 35 22	76,0 9,0 9,2 5,8	380
Consumo de droga fumada	- Sim, >1 ano - Sim, durante último ano - Sim nos últimos 30 dias	34 34 24	36,9 36,9 26,1	92
Consumo de droga inalada	- Sim, durante último ano - Sim nos últimos 30 dias	2 1	66,6 33,3	3
Tipos de droga inalada	- Pólen - Coca/Cocaína - Sem identificação	1 1 1	33,3 33,3 33,3	3
Consumo de droga injetável (Heroína)	- Sim, >1 ano - Sim, durante último ano - Sim nos últimos 30 dias	0 0 1	0,0 0,0 100,0	1
Consumo de droga engolida	- Sim, >1 ano - Sim, durante último ano - Sim nos últimos 30 dias	2 2 0	50,0 50,0 0,0	4
Tipos de droga engolida	-MD/Metanfetamina -Sem identificação	2 2	50,0 50,0	4
Principal motivo de início do CDI	- Curiosidade - Nova experiência - Por diversão - Esquecer problemas - Para socializar	53 26 9 1 1	58,9 28,9 10,0 1,1 1,1	90
Locais de CDI	- Discoteca - Casa de amigos - Própria casa - Restaurante - Bar - Concertos - Perto da escola - Na rua/parque - Em festas - Outro local	3 13 2 1 2 1 5 23 34 2	3,5 15,1 2,3 1,2 2,3 1,2 5,8 26,7 39,5 2,3	86

Relativamente a prevalência do consumo de droga ilícita por tipo de ensino, foi ligeiramente mais alta nos alunos dos CP (CP - 28,9% vs 22,5% nos alunos do secundário não profissional).

Quanto a distribuição geográfica, consumo de droga foi mais elevado nos concelhos de Arruda dos Vinhos (EJAF total - 39,02% (n=16)) e Azambuja (36,84% (n=7)).

Constatou-se que o primeiro consumo de droga ocorreu numa idade média de 16,08 anos (mín-máx: 12-19 anos; DP= 1,574), tendo como principal motivo a curiosidade (58,9% (n=53)). Já em 28,9% (n=26) verificou-se interesse numa nova experiência e outros 10,0 % procuraram divertimento.

Conforme o relatado, o consumo de droga ilícita acontece mais frequente em contexto festivo (39,5%) e também em sítios públicos (parques/ na rua) (26,7%).

Todos os alunos com experiência de consumo de droga ilícita (n=92) relataram que tiveram consumo de droga fumada, nomeadamente Cannabis, em várias formas de apresentação (Quadro 9). Entre os 92 alunos com antecedentes de consumos de droga, 3,3% (n=3) referem consumir também droga inalada (Cocaína), outros 4,4%, ainda, droga ingerida (de quais metade MD (Metanfetamina)) e 1,1% (n=1) refere consumir também Heroína(Cavalo) endovenoso, consumo que aconteceu nos últimos 30 dias.

Quadro 9. Tipos de droga fumada indicados nas respostas dos alunos(pergunta aberta)

Características do consumo de drogas ilícitas	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)	Total (n) respostas validas obtidas
Tipos de droga fumada (respostas da pergunta aberta)	- Erva	23	25,3	91
	- Haxixe	18	19,8	
	- Marijuana	9	9,9	
	- Pólen	13	14,3	
	- Bolota	3	3,3	
	- Ganza	3	3,3	
	- Canábis	2	2,2	
	- Sem identificação	20	22,0	

Nota: Todas as formas indicadas nas respostas são nomes comuns/sinónimos de Cannabis: Erva, Haxixe, Marijuana, Pólen, Bolota, Ganza

3.2.6 Conhecimentos sobre CA como fatores de risco para saúde

Quanto questionados sobre consumos de álcool, tabaco e droga ilícita como fatores de risco para saúde, verificou-se que a maioria dos alunos inqueridos têm conhecimentos adequados.

Cerca de 10% dos alunos ainda consideram que se pode conduzir depois de consumir álcool, se não se sente embriagado.

Menos de metade dos alunos (46,4% (n=176)) possuíam conhecimentos adequados relativamente ao impacto do JE como fator de risco para a saúde. Também menos de metade dos alunos (47,9% (n= 182)) têm conhecimento relativamente ao tempo de jogo recomendado (Quadro 10).

Quadro 10. Conhecimentos sobre CA como fatores de risco para saúde nos alunos de escolas secundárias no ACES Estuário do Tejo, em 2016

Características do conhecimento	Categoria da variável	Frequências absolutas	Frequências relativas (%)	Total (n) respostas validas obtidas
Tabaco – fator de risco para saúde	- Não	3	0,8	380
	- Provavelmente não	3	0,8	
	- Sim	321	84,5	
	- Provavelmente sim	50	13,2	
	- Não sei	3	0,8	
Tabaco e álcool – fatores de risco para saúde de futuros filhos	- Não	5	1,3	380
	- Não, se parar de consumir na gravidez	19	5,0	
	- Provavelmente não	8	2,1	
	- Provavelmente sim	67	17,6	
	- Sim	274	72,1	
- Não sei	7	1,8		
Conduzir um veículo após consumir álcool	- Não pode conduzir	339	89,9	377
	- Pode conduzir, desde que não se sinta embriagado(a)	38	10,1	
Drogas ilícitas – fator de risco para saúde	- Não, se consumir de vez em quando	18	4,7	379
	- Sim, há riscos sempre	336	88,7	
	- Não sei	25	6,6	
O jogo eletrónico – fator de risco para saúde	- Não	24	6,3	379
	- Não há risco, se jogar um tempo limitado	176	46,4	
	- Sim, há riscos sempre	158	41,7	
	- Não sei	21	5,5	
É recomendável limitar o tempo diário de jogo?	- Não	34	8,9	380
	- Sim, <= 1 hora/dia	182	47,9	
	- Sim, 1-3 horas/dia	129	33,9	
	- Não sei	35	9,2	
Entidade acessível de atendimento e apoio a jovens	- Não conheço	280	74,5	376
	- GA aos jovens na escola	43	11,4	
	- GA dos jovens no CS	50	13,3	
	- Outra entidade de atendimento dos jovens	3	0,8	
Fonte de informação sobre saúde	- Profissionais de saúde	152	42,0	362
	- Familiares	72	19,9	
	- Amigos/pares	8	2,2	
	- Média (TV, Rádio, etc.)	8	2,2	
	- Internet: sítos sobre saúde	109	30,1	
	- Internet: redes sociais, fórum, chats	3	0,8	
	- Livros	10	2,8	

Quando questionados sobre conhecimento de alguma entidade de atendimento e apoio aos jovens, a maioria dos alunos (78,5% (n=280)) relatam que desconhecem.

O profissional de saúde foi identificado como a fonte mais procurada pelos jovens para tirar dúvidas sobre saúde, sendo a Internet a segunda fonte preferida pelos alunos.

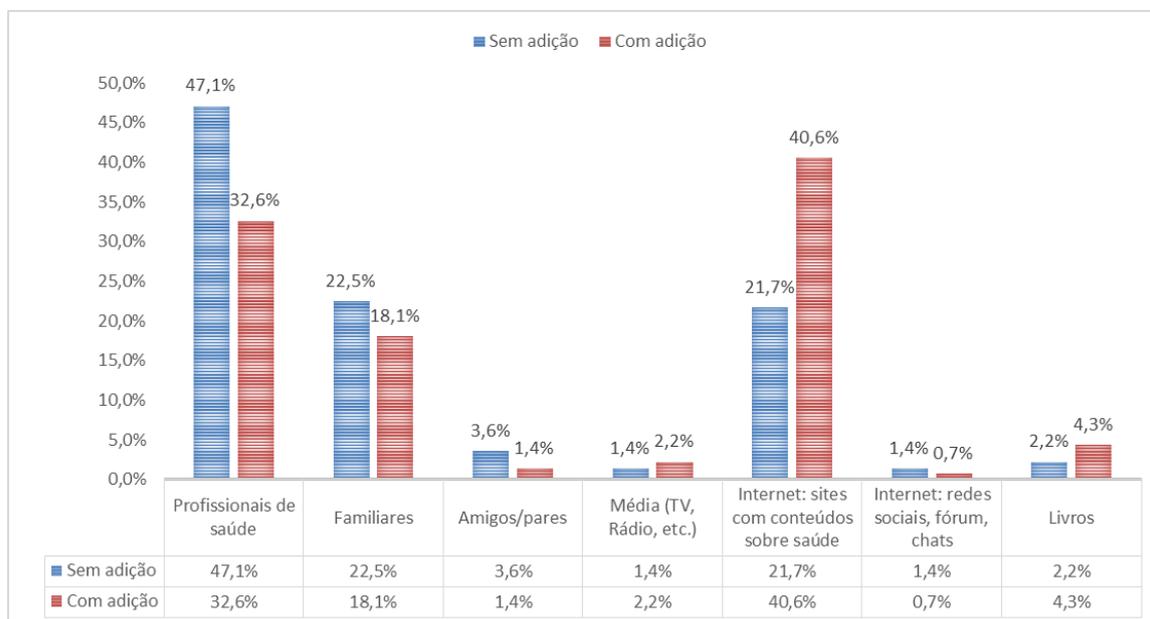


Figura 3. Fonte de informação sobre a saúde a que recorrem os alunos de escolas secundárias, estando divididos por grupos em relação a nível de adição ao jogo (alunos com e sem adição)

3.3 Análise estatística inferencial

3.3.1 Associações entre adição ao jogo eletrónico e algumas variáveis independentes

A investigação de possíveis associações entre variáveis independentes e a prevalência de adição ao JE, revelou a existência de associações estatisticamente significativas para: o género do aluno, o grupo etário do pai, a idade de início de jogo *offline*, a idade de início de jogo diário *offline*, o tempo que joga por dia, o tipo de jogo segundo a utilização da Internet, o tipo de jogo segundo a violência, o conhecimento sobre as recomendações do tempo diário de jogo, a fonte de informação sobre saúde a que recorrem os alunos (Quadro 7)

Verificou-se também que a maioria dos alunos que não têm adição ao JE (47,1%) procuram opinião do profissional de saúde sobre as dúvidas nos assuntos relacionados com a saúde, já os alunos com adição para jogo usam como fonte de informação a Internet.

Quadro 11. Investigação de possíveis associações entre algumas variáveis independentes e adição ao JE nos alunos de secundário, no ACES Estuário do Tejo, em 2016

Variável em análise	Categoria da variável	Alunos <i>com</i> adição ao JE	Alunos <i>sem</i> adição ao JE	Valor p
Género do aluno	- Masculino - Feminino	109 (77,3%) 32 (22,7%)	64 (42,1%) 88 (57,9%)	p <0,001^a
Tipo de ensino	- 12º ano - Curso profissional	100 (70,9%) 41 (29,1%)	120 (78,9%) 32 (21,1%)	p =0,113^a
Reprovações	- Sem reprovações - Com reprovações	84 (59,6%) 57 (40,4%)	84 (55,3%) 68 (44,7%)	p =0,456^a
Aproveitamento escolar	- Nota média da turma -> média da turma -<média da turma	96 (68,6%) 31 (22,1%) 13 (9,3%)	107 (71,3%) 38 (25,3%) 5 (3,3%)	p =0,104^a
Grupo etário mãe	<=45 >45	58 (41,7%) 81 (58,3%)	79 (52,3%) 72 (47,7%)	p =0,071^a
Grupo etário pai	<=50 >50	75 (55,1%) 61 (44,9%)	109 (75,2%) 36 (24,8%)	p <0,001^a
Escolaridade mãe	- Até ao 3º ciclo - Acima do 3º ciclo	60 (42,9%) 80 (57,1%)	67 (44,4%) 84 (55,6%)	p =0,795^a
Escolaridade pai	- Até ao 3º ciclo - Acima do 3º ciclo	74 (54,0%) 63 (46,0%)	75 (51,4%) 71 (48,6%)	p =0,656^a
Empregabilidade da mãe	- Trabalhadora ativa (Empregada) - Trabalhadora inativa (Desempregada/Reformada)	111 (79,9%) 28 (20,1%)	128 (85,3%) 22 (14,7%)	p =0,219^a
Empregabilidade do pai	- Trabalhador ativo (Empregado) - Trabalhador inativo (Desempregado/Reformado)	117 (86,7%) 18 (13,3%)	120 (83,3%) 24 (16,7%)	p =0,437^a
Estado civil dos pais	-Casados/União de facto -Outro estado (Solteiros, Divorciados, Viúvos)	106 (75,7%) 34 (24,3%)	109 (71,7%) 43 (28,3%)	p =0,438^a
Prevalência do consumo de álcool	- Já consumiu álcool - Nunca consumiu álcool	130 (92,2%) 11 (7,8%)	139 (91,4%) 13 (8,6%)	p =0,815^a
Prevalência do consumo de tabaco	- Fumador - Outra relação com consumo de tabaco	26 (18,4%) 115 (81,6%)	30 (19,7%) 122 (80,3%)	p =0,778^a
Prevalência do consumo de droga	- Já consumiu drogas - Nunca consumiu drogas	31 (20,4%) 121 (79,6%)	41 (29,3%) 99 (70,7%)	p =0,078
Frequência do uso de Internet	-Diariamente -Outra frequência	138 (97,9%) 3 (2,1%)	142 (93,4%) 10 (6,6%)	p =0,064^a
Idade de início de jogo <i>offline</i>		Mediana -7,0 Mín - 1 Máx -14	Mediana -8,0 Mín - 3 Máx -16	p =0,002^b
Idade de início de jogo <i>online</i>		Mediana -11,0 Mín - 5 Máx -19	Mediana -12,0 Mín - 6 Máx -18	p =0,253^b
Idade de início de jogo <i>offline</i> diário		Mediana -10,0 Mín - 3 Máx -16	Mediana -11,0 Mín - 5 Máx -18	p =0,008^b
Idade de início de jogo <i>online</i> diário		Mediana -13,0 Mín - 5 Máx -19	Mediana -14,0 Mín - 7 Máx -19	p =0,144^b
Tempo que joga por dia	<1 Hora ≥ 1 Hora	30 (21,7%) 108 (78,3%)	99 (68,3%) 46 (31,7%)	p<0,001^a
Tipo de jogo segundo a utilização da Internet	- Jogos <i>offline</i> - Jogos <i>online</i>	40 (28,6%) 100 (71,4%)	79 (54,1%) 67 (45,9%)	p<0,001^a
Tipo de jogo segundo a violência*	- Violento - Não violento	64 (47,4%) 71 (52,6%)	25 (21,2%) 93 (78,8%)	p<0,001^a
Seguimento em consultas MGF	-Não -Sim	94 (66,7%) 47 (33,3%)	86 (56,6%) 66 (43,4%)	p =0,076^a
Fonte de informação sobre saúde a que recorrem os alunos	- Internet - Outras fontes	57 (41,3%) 81 (58,7%)	32 (23,2%) 106 (76,8%)	p =0,01^a

Nota: a) Teste Qui-quadrado de Pearson, b) Teste Mann-Whitney ; FR - Factor de risco

3.3.2 Regressão logística múltipla

Foi estabelecido um modelo final, que incluiu associações estatisticamente significativas relevantes entre a adição ao jogo e as variáveis independentes como: o género do aluno, o grupo etário do pai, o grupo etário da mãe, a prevalência do consumo de droga, a idade de início de jogo *offline*, a idade de início de jogo diário *offline*, o tempo que joga por dia, o tipo de jogo segundo a utilização da Internet, o tipo de jogo segundo a violência, o conhecimento sobre as recomendações do tempo diário de jogo, a fonte de informação sobre saúde a que recorrem os alunos.

Quadro 12. Associação entre variáveis independentes identificadas com estatisticamente significativas face à prevalência de adição ao jogo eletrónico entre os alunos de escolas secundárias do parque escolar do ACES Estuário do Tejo no ano letivo 2015/2016, após análise de regressão logística

Variáveis independentes em análise vs á prevalência de adição ao JE	Categoria de variável	OR	IC 95%	Valor p
Género do aluno	- Feminino	(Ref.)		0,018
	- Masculino	2,227	1,149 - 4,317	
Grupo etário pai	<=50	(Ref.)		0,025
	>50	2,093	1,099 - 3,984	
Tempo que joga por dia	<1 Hora	(Ref.)		<0.001
	≥ 1 Hora	3,548	1,845 - 6,821	
Tipo de jogo segundo a utilização da Internet	- Jogos <i>offline</i>	(Ref.)		0,005
	- Jogos <i>online</i>	2,424	1,304 - 4,505	
Conhecimento sobre as recomendações do tempo diário de jogo	- Têm conhecimento	(Ref.)		0,038
	- Não têm conhecimento	2,008	1,041 - 3,872	
Fonte de informação sobre saúde a que recorrem os alunos	- Internet	2,762	1,417 - 5,390	0,003
	- Outras fontes	(Ref.)		

Nota: As variáveis de entrada do modelo são: o género do aluno, o grupo etário do pai, o grupo etário da mãe, a prevalência do consumo de droga, a idade de início de jogo *offline*, a idade de início de jogo diário *offline*, o tempo que joga por dia, o tipo de jogo segundo a utilização da Internet, o tipo de jogo segundo a violência, o conhecimento sobre as recomendações do tempo diário de jogo, a fonte de informação sobre saúde a que recorrem os alunos.

Modelo de regressão logística com $p < 0,001$ no teste de verosimilhanças e validade confirmada pelo teste de Hosmer and Lemeshow ($p = 0,93$). A taxa de validade do modelo é de 76,4 %.

Com a finalidade de verificar as variáveis associadas a adição ao jogo, foi realizada uma análise de Regressão Logística Binária através da variável dicotômica “Prevalência de adição ao JE” (com e sem adição).

As variáveis presentes no modelo final que aumentaram a probabilidade de adição ao JE de forma independente e significativa são apresentadas no Quadro 12.

No modelo descrito, foram estimadas as razões de Chance (Odds Ratio) para cada variável. Assim, determinou-se que ser do gênero masculino aumenta a possibilidade de desenvolver adição ao jogo eletrônico em 2,23 vezes.

Ter um pai mais velho de 50 anos também aumenta em 2,09 vezes a possibilidade dos alunos do secundário desenvolverem adição ao jogo.

Jogar mais de 1 hora por dia aumenta em 3,55 vezes a possibilidade de desenvolver adição ao JE.

A preferência por jogo *on-line* aumenta a possibilidade de ter adição ao jogo em 2,42 vezes.

Ter conhecimento sobre o tempo recomendado para o JE reduz em cerca 50% a possibilidade de desenvolver adição.

Alunos com adição ao JE usam 2,76 vezes mais frequentemente a internet como fonte de informação sobre saúde.

4. Discussão

4.1. Discussão dos resultados obtidos

A amostra válida obtida (380 alunos), ficou acima do tamanho da amostra calculada (348 alunos), respeitando a proporção de turmas conforme o tipo de ensino: CP e 12ºano dos cursos não profissionais. Só em duas das ES não se conseguiu atingir a proporção necessária de alunos calculada previamente (ES de Azambuja e de Alverca), com pequenas diferenças relativamente ao número previsto (Quadro 2).

- **A caracterização sociodemográfica** revelou uma amostra com uma idade compreendida entre 16 e 21 anos, um dado que foi espectável para uma amostra de alunos do último ano de secundário.

Quanto ao aproveitamento escolar, só 6,6 % (n=25) dos alunos estudados relatam ter uma nota inferior à média da turma, quando 41,8 % (n=159) de alunos mencionam ter pelo menos um episódio de reprovação. O facto de identificar mais alunos com reprovações do que com aproveitamento geral inferior à nota média, faz pressupor que aconteceu um erro de mensuração, e que os alunos entenderam que foram questionados sobre reprovações pontuais em qualquer uma das disciplinas e não reprovações anuais pretendidas pelo investigador.

Apesar de o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil elaborado pela DGS recomendar uma consulta planeada de vigilância da saúde dos jovens entre 15-18 anos nos CS, só 40,8% (n=155)) relatam que fizeram esta consulta.

Relativamente à caracterização dos pais dos alunos: a maioria fazem parte do grupo etário 41-50 anos, completaram o ensino secundário, sendo atualmente na maioria trabalhadores ativos e são casados (Quadro 3). Estes dados na globalidade, são semelhantes à realidade de Portugal Continental divulgada pelo INE para esta faixa etária.

- No que concerne a **caracterização do hábito uso de internet**, verificou-se um maior número de alunos do que ao nível nacional (99,7% de alunos questionados versus 97,8% a nível nacional em 2015) que afirmaram fazer uso dessa ferramenta [ESPAD – PT, 2015]. O resultado obtido é sobreponível à realidade nacional, conforme Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nas Famílias de 2015 (99,3 % de jovens com idade 6-24 anos a nível nacional usam Internet). Também, mais alunos referem usar Internet diariamente (93,7 % versus 76,1% ao nível nacional em 2015 e 80 % ao nível de EU conforme Eurostat, 2015).

A atividade predominante na Internet entre alunos do ACES é o uso de redes sociais (58,7%). A tendência encontrada é compatível com as estatísticas nacionais e europeias, mas num nível inferior (94,7% de alunos numa amostra nacional de 18 anos em 2015, 82% de jovens da EU em 2014, conforme o Eurostata e 70% de todos os utilizadores de internet em Portugal, 2015) [INE, 2015; ESPAD – PT, 2015].

– Relativamente a **caracterização do hábito uso do JE**, verificou-se que a segunda atividade predominante relacionada com acesso à Internet entre os alunos estudados foi o JE (Quadro 4). Conforme os resultados obtidos, 77,3% dos alunos inquiridos (95,6 % alunos de género masculino e 60,6 % de feminino) relataram que jogam, sendo esta prevalência 2 vezes mais alta do que a nível nacional em 2015 (35,0%) e europeu, conforme um estudo realizado em 7 países europeus (60.5 % no total: 84.7 % no género masculino e 42.8 % no feminino) [projeto NET ADB, Muller, 2014].

Verificou-se, também, que o género masculino está mais envolvido no JE, o que está de acordo com as tendências nacionais e internacionais. A prevalência encontrada neste estudo foi ultrapassada pelos resultados dos estudos realizados nos adolescentes ingleses (97%) [Przybylski, 2014] e 93 % chineses [Wang, 2014].

Em relação à dependência de JE (situação correspondente a um score ≥ 70 pontos na escala GAT (*Game Addiction Test*)), não foi encontrado nenhum caso entre os adolescentes estudados [Wang, 2014; Young 1998].

É de salientar a variabilidade da prevalência de dependência do JE nos adolescentes em outras regiões geográficas: 15,6 % em Hong Kong, 8,7% em Singapura, 8% nos EUA, 3,3% - 5,7 % na Holanda, 0,2 % - 1,7% em 2 amostras populacionais de adolescentes alemães [Wang, 2014] e 1,6% nos adolescentes europeus (sendo máxima na Grécia (2.5 %) e mínima em Espanha (0.6 %)). [Muller, 2014; Wang, 2014; Mérelle, 2016]. A baixa prevalência de dependência do JE no nosso estudo, poderá estar relacionada com o *timing* de aplicação do inquérito - final do 12º ano, maio-junho 2016, muito próximo dos exames finais do ensino secundário, quando os alunos estão envolvidos em processo de avaliação académica com menos tempo para qualquer forma de lazer. Este facto provocou, provavelmente, um viés de seleção da amostra e determinou a prevalência mais baixa do que a esperada de dependência do JE. A tendência para jogar menos nos últimos anos de escolaridade relativamente à adolescência precoce é também confirmada pelos resultados do estudo nacional de 2015 (jogam regularmente 48,0% dos jovens de 14 anos comparativamente com 35,0% de 18 anos) [ESPAD – PT, 2015] e alguns estudos internacionais [Willoughby, 2008; Terroso, 2016]. Os alunos incluídos neste estudo também mencionaram oralmente que

jogaram mais antes do secundário, mesmo não tendo sido questionados no estudo sobre a dinâmica do hábito do JE durante as várias fases do percurso escolar.

Por outro lado, em praticamente metade (48,1%) dos alunos estudados foi identificada presença do CA para JE. Este resultado foi muito mais elevado de que o esperado. O estudo realizado em 7 países europeus dentro do projeto NET ADB, 2014 identificou 5,1% de adolescentes em risco de IGD (*Internet Gaming Disorder*). Esta discrepância pode ser explicada devido aos instrumentos de medição diferentes (*The Scale for the Assessment of Internet and Computer game Addiction—Gaming Module (AICA-S-gaming)* e *The Youth Self-Report (YSR)* no estudo europeu e GAT no presente estudo) [Muller,2014]. Também poderia ser explicada como um fenómeno compensatório, relacionado com a hipótese referida anteriormente sobre o *timing* de aplicação do inquérito. Neste caso a descida da prevalência do JE intenso no fim do secundário, favoreceu aumento de CA de nível medio-ligeiro.

Na investigação de possíveis associações entre CA para JE e algumas variáveis independentes verificou-se seis fatores com associação estatisticamente significativa. Assim, conforme esperado, verificou-se que os alunos do género masculino jogam mais do que os do género feminino. Encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre **género masculino** e CA para JE, resultados compatíveis com estudos recentes [Rehbein, 2010; Gentile, 2011; Haagsma, 2012, Wang, 2014; Muller, 2014; ESPAD – PT, 2015; Toker, 2016; Mérelle, 2016].

O impacto do estilo parental como fator de risco/protetor familiar na saúde mental dos adolescentes, inclusivamente no desenvolvimento de CA, é um assunto muito discutido atualmente na literatura científica. O fator familiar é classificado como um dos principais fatores determinantes para CA [UNODC, 2015]. Neste estudo o **grupo etário do pai**, nomeadamente a idade mais avançada (> 50 anos) foi identificado como fator de associação estatisticamente significativa relacionado com CA para JE. Não foram encontrados dados comparáveis dentro dos estudos na área do JE, que possam explicar esta associação. Este resultado poderá estar relacionado com menor controlo dos conteúdos e tempo de uso do Internet e JE por parte dos pais mais velhos, que podem ter menos conhecimento das modernas tecnologias? Ou poderá estar relacionado com o estilo parental nesta categoria etária dos pais? [O’Connell 2009; Xiuqin, 2010; Smith, 2015; Květon P, 2016] Ou será por causa do maior rendimento dos pais mais velhos que permite maior acessibilidade as tecnologias? [Thomas 2011; Smith, 2015]

Outro fator de associação estatisticamente significativa com CA para JE encontrado foi o **tempo dedicado ao JE**. Mais de metade dos alunos estudados (54,6%)

ultrapassam 1 hora de jogo por dia. Há que ter em conta estudos recentes que mostram uma associação positiva entre o nível ligeiro (menos de 1 hora de jogo por dia) e moderado (1-3 horas por dia) de uso de internet e JE e sucesso académico, satisfação da vida e comportamento pró-social dos jovens, comparativamente aos jovens que não usam estas ferramentas ou as usam excessivamente. Pelo contrário, os jogadores com um padrão intenso do jogo (mais de 3 h de jogo por dia) desenvolvem problemas psicológicos de interiorização, como de exteriorização, baixo nível de comportamento pró-social, baixa satisfação de vida e menos sucesso académico [Willoughby, 2008; Przybylski, 2014, Takeuchi, 2016].

Quanto ao tipo de JE, verificou-se preferência por jogos em regime *on-line* comparativamente com *off-line*. A preferência por **jogos on-line** foi o quarto fator de associação estatisticamente significativo relacionado com CA para JE, resultado compatível com tendências encontradas em estudos recentes [Muller, 2014; Wang, 2014, Lee 2015, Toker, 2016].

Como fator de proteção com forte associação para os CA para JE foi encontrado o conhecimento sobre as recomendações de limitação do tempo diário de JE, que sugere necessidade da promoção da literacia para saúde na área dos CA para JE em população escolar estudada. Por outro lado, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre CA para JE e opção de usar Internet como principal fonte de informação sobre saúde a que recorrem os alunos com CA para JE. Será que este resultado está relacionado com a utilização de fontes menos fidedignas da Internet com impacto negativo sobre nível de literacia em saúde? [Christensen, 2000; Benigeri, 2003].

– No que concerne a caracterização do **hábito de consumo de álcool** em alunos de secundário do ACES Estuário do Tejo, verificou-se uma prevalência de experimentação de álcool (consumo ao longo da vida) (91,65 %) *comparável* com os dados nacionais de 2015 (91,1%) e 2011 (93,0%), mas mais alta comparativamente com a prevalência nacional de 2014 (61,6%).

Igual aos estudos nacionais, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa na comparação entre géneros [ESPAD – PT, 2015; HBSC, 2014; INME, 2011].

O consumo atual de álcool (nos últimos 30 dias) encontrado no presente estudo é discretamente *mais alto* (69,7%) comparativamente com no estudo nacional de 2015 (67,5%) e 2011 (68,0%) [INME, 2011; ESPAD – PT, 2015].

A idade média de experimentação do consumo de álcool foi identificada como *mais tardia* do que ao nível nacional (14,53 anos versus 12,80 anos no estudo HBSC de 2014).

A prevalência de episódios de embriaguez ao longo da vida neste estudo, foi *mais alta* do que nos estudos nacionais (56,2% versus 53,3% no estudo nacional de 2015 e 29,5% de 2014), com maior prevalência nos rapazes, correspondendo a realidade nacional. No género *feminino* identificou-se uma prevalência de embriaguez ao longo da vida *mais elevada* do que a nível nacional (53,8% versus 49,2% ao nível nacional em 2015 e 37,0 % em 2011).

A prevalência dos episódios recentes (últimos nos 12 meses) e atuais (nos últimos 30 dias) de embriaguez nos alunos estudados foi identificada como *mais baixas* do que aos níveis nacional e regional, com distribuição por género equivalente ao nacional. Este resultado poderia ser relacionado também com o *timing* de realização deste estudo – último ano do secundário com maior carga académica e menos episódios festivos, contexto mais frequente de consumo de álcool conforme os resultados deste estudo. [INME, 2011; ESPAD – PT, 2015].

As bebidas alcoólicas mais consumidas eram de baixo teor alcoólico, nomeadamente cerveja, facto correspondente à realidade nacional de 2011. Os estudos nacionais mais recentes apontam as bebidas destiladas como as mais consumidas nos alunos das ES, estando em segundo lugar a cerveja. É importante mencionar que a preferência por bebidas espirituosas neste estudo é muito mais baixa do que a identificada ao nível nacional em 2015 e 2011 (22,0% em estudo recente versus 51,7 % em 2015 e 81,0% em Portugal, 2011), mas é mais elevada em comparação com os dados nacionais de 2014 (5,4%) [ESPAD – PT, 2015; HBSC, 2014; INME, 2011].

Neste estudo, como em outros estudos nacionais, o motivo predominante para iniciar o consumo de bebidas alcoólicas é a curiosidade e desejo de adquirir nova experiência [Marques, 2013].

– Os alunos do ACES Estuário do Tejo relataram uma prevalência de experimentação do **tabaco** ao longo da vida (55,5%) *mais baixa* do que a registada ao nível nacional (58,7% em 2015 e 64,0% em 2011), mas, por outro lado mais alta do que ao nível nacional em 2014 (32,9%) [ESPAD – PT, 2015; HBSC, 2014; INME, 2011].

Como no caso do álcool, foi encontrada uma idade média de experimentação de tabaco mais tardia (14,73 anos) comparativamente com os dados nacionais de 2014 (13,04 anos) [HBSC, 2014].

À semelhança dos dados nacionais, o motivo principal de início do consumo em amostra estudada de adolescentes foi o facto de ter amigos que fumam, seguido da

curiosidade e vontade de experimentar. A prevalência do consumo atual (nos últimos 30 dias) na amostra estudada foi *mais baixa* (18,9%) do que ao nível nacional em 2015 (32%) e em 2011 (36%).

Quanto á distribuição por género, identificou-se uma prevalência do consumo atual do tabaco *mais elevada* nas raparigas, tendência encontrada nos dados nacionais de 2014 e ao nível regional LVT no estudo em adolescentes escolarizados realizados pela Universidade do Minho [Precioso, 2012]. Os dados nacionais e regionais de 2011 indicam o contrário - maior prevalência no género masculino, enquanto o estudo mais recente de 2015 não verifica uma diferença por género [ESPAD – PT, 2015; HBSC, 2014; INME, 2011].

– Encontrou-se uma prevalência de experimentação de **droga ilícita** ao longo da vida nos alunos do nosso ACES (24,0%) *mais baixa* do que ao nível nacional em 2015 (35,2%) e 2011 (29,0%), mas mais alta comparativamente com os dados nacionais de 2014 (10,7 %).

Tal como para os outros consumos de substância, a idade média de experimentação de droga entre os adolescentes estudados foi *mais tardia* (16,08 anos) do que ao nível nacional em 2014 (13,76 anos). Estará esta tendência de iniciação tardia de consumos no nosso ACES relacionada com viés de memória?

Apesar de os últimos dados nacionais constatarem que o consumo dos solventes inalados é ainda mais prevalente ao nível nacional do que consumo de Canábis (droga mais consumida ao nível mundial e europeu), os alunos da amostra estudada não mencionaram este tipo de consumo na pergunta aberta sobre o tipo de droga experimentada. O consumo de Canábis foi encontrado em 100% de alunos que alguma vez na vida experimentaram drogas ilícitas (24,0 % da amostra), sendo mais baixo do que no nível nacional em 2015 (34,1%) e 2011 (28,0%), mas 2 vezes mais elevado do que ao nível nacional de 2014 (10,7%)

O consumo de Metanfetaminas foi identificado como *mais alta* (2,2%) em comparação com o estudo nacional de 2015 (1,1%), mas comparável com os dados nacionais de 2011, 2014 (2,3% e 3%).

A prevalência do consumo de drogas injetáveis, nomeadamente Heroína (1,1%) foi *comparável* com os dados nacionais de 2015 e 2011 (1,0%), mas mais baixa do que ao nível nacional de 2014 (2,1%). Conforme esperado, a maior prevalência de consumo verificou-se no género masculino [ESPAD – PT, 2015; HBSC, 2014; INME, 2011].

– No que concerne aos **conhecimentos sobre CA como fatores de risco para a saúde** verificou-se que a maioria dos alunos inqueridos têm conhecimentos adequados sobre os riscos de consumo de substâncias.

Também se constatou que há mais alunos na amostra estudada com percepção do risco de conduzir depois de consumir álcool do que em outros estudos nacionais (89,9 % de alunos neste estudo vs 84,6 % e alunos do distrito Leiria em 2013) [Marques, 2013].

Mais de metade dos alunos não têm conhecimento relativamente o tempo de jogo recomendado, sendo de salientar que o conhecimento sobre as recomendações do tempo diário de jogo foi identificado como um forte fator de associação aos CA para JE.

Constatou-se também que mais de 2/3 dos alunos estudados desconhecem alguma entidade acessível para atendimento e apoio aos jovens. Só 11.4% dos alunos referiram ter um Gabinete de Apoio aos Jovens na escola, quando mais de metade dos alunos ao nível nacional referem ter este tipo de apoio nas escolas [HBSC, 2014].

4.2. Discussão da metodologia e limitações do estudo

O estudo realizado foi descritivo, transversal e com componente analítica na área dos CA relacionados com os JE. Foi o primeiro estudo sobre a prevalência dos CA, com enfoque na caracterização dos hábitos do JE nos alunos de escolas secundárias (ES) da área de abrangência do ACES Estuário do Tejo.

A população em estudo foi conhecida através dos dados sobre o parque escolar do ACES, fornecidos pela equipa de Saúde Escolar da USP.

O estudo foi autorizado pelas duas Comissões de Ética - da ARSLVT e DGE. O estudo também foi autorizado pelas Direções das ES com exceção das seguintes, Alves Redol de Vila Franca de Xira (VFX) e ES de Povoia de Santa Iria (PSI), que recusaram telefonicamente a colaboração neste estudo. Para conseguir manter a amostra optou-se por pedir colaboração das ES das mesmas áreas geográficas. Assim aumentou-se a proporção da amostra para cada uma das ES mencionadas com o número de alunos em falta, e, deste modo, conseguiu-se atingir o tamanho e a proporção da amostra calculada. Esta forma de recuperar a amostra prevista poderá provocar algum viés de amostragem, ou seja, as turmas escolhidas para compensar a falta de turmas das ES que recusaram a participação no estudo podem ser diferentes das selecionadas aliatoriamente.

O processo de recolha da amostra foi dificultado, também, pelo facto de que em algumas ES, no 2º trimestre do ano letivo, os alunos do 3º ano dos CP (correspondentes

ao 12º do ensino secundário) estão colocados em várias entidades profissionais externas à escola, para realização dos estágios. A exclusão destes alunos, poderia tornar a amostra desproporcional e não representativa, induzindo um outro viés de seleção da amostra. Para completar a amostra com representantes dos CP, correspondendo aos cálculos da distribuição proporcional da amostra, optou-se por incluir em algumas ES identificadas com este problema, turmas do 2º ano dos CP. Esta decisão também poderia provocar vieses de seleção da amostra, se partir da ideia que o estudo optou por ter como população alvo os alunos do último ano do secundário, com objetivo de recolher a máxima informação sobre o histórico dos CA em alunos do ensino pré-universitário. Quanto aos alunos do 2º ano dos CP, falta a experiência de 1 ano, tempo suficiente para a mudança do padrão dos CA. Mesmo assim, a opção tomada foi justificada pelo facto que os alunos dos CP terem uma idade média maior do que os colegas do 12º ano, o que permite considerá-los da mesma faixa etária. Para além disso, a amostra foi colhida nas últimas semanas do ano letivo, facto que aproxima ainda mais as idades dos alunos do 2º ano do CP com a idade média dos alunos do 12º ano.

O questionário utilizado neste estudo foi construído pelo autor do estudo, dado o interesse de combinar dentro do questionário um breve diagnóstico de situação sobre os hábitos de consumos de substâncias (nomeadamente álcool, tabaco e droga ilícita) entre jovens do ACES Estuário do Tejo e uma análise mais detalhada sobre a mais nova ameaça entre os CA – a adição aos JE. O questionário construído contém blocos de perguntas sobre: as condições sociodemográficas; hábitos de consumo de álcool, tabaco, droga ilícita e JE, o bloco com perguntas do Teste de Comportamento Aditivo relacionado com o JE (*Game Addiction Test*); e perguntas sobre literacia em saúde (conhecimentos dos alunos) na área dos CA.

Uma das limitações deste estudo foi a utilização de uma escala (*Game Addiction Test*(GAT)) que não foi validada para população portuguesa. A escala GAT foi traduzida para português pelo autor, com verificação posterior de um profissional docente especialista em línguas português e inglês. O teste GAT foi criado com base no *Internet Addiction Test (IAT)*. O IAT foi desenvolvido pela Dra. Kimberly Young, psicóloga internacionalmente conhecida, especialista em CA relacionados com a Internet. Com o objetivo de validar a escala *Game Addiction Test* e para prevenir erros sistemáticos de medição no estudo, optou-se pela realização de um pré-teste em alunos de 11º ano da escola Reynldo dos Santos de Vila Franca de Xira. Surgiram algumas alterações nos blocos de perguntas construídos pelo autor, nomeadamente, a adaptação dos alguns termos técnicos para linguagem comum. No bloco do questionário relacionado com *Game Addiction Test*, não foram necessárias alterações devido ao ótimo nível de

compreensão dos participantes. Apesar de alterações surgidas após o pré-teste, o autor assume que poderia haver algumas perguntas não completamente claras para os alunos.

É possível que tenha ocorrido um erro de classificação (mensuração) na pergunta sobre estado civil dos pais, que não foi discriminada para a mãe e o pai separadamente. Fica não muito claro sobre que tipo de pais se questiona (biológicos ou cuidadores atuais, sem relação de parental), aspeto importante que pode ser um fator determinante familiar para algumas alterações psicoemocionais que pode induzir CA em adolescentes [UNODC, 2015].

A pergunta sobre reprovações escolares, também pode induzir a um erro sistemático de classificação, pois não é bem explícito sobre o tipo de reprovação que se pretende saber (por disciplina curricular ou por ano letivo). A informação pretendida era reprovação anual (que indica uma forma mais grave de baixo aproveitamento escolar), sendo a informação sobre o aproveitamento escolar geral já recolhida por pergunta sobre a nota média do aluno.

Finalmente, o investigador não exclui os viéses de memória, que podem sempre ocorrer em estudos com recolha de informação sobre experiências do passado. Este facto poderia justificar a idades média de iniciação do consumo mais tardia, encontrada neste estudo, comparativamente com o nível nacional.

5. Conclusão

- Foi identificada uma prevalência mais alta de uso de Internet e JE nos alunos das ES do parque escolar do ACeS Estuário do Tejo do que ao nível nacional;
- Apesar de não terem sido identificados casos de dependência para JE, a prevalência dos CA para JE encontrada foi muito mais alta do que nos estudos recentes;
- Os CA para JE estão associados a fatores como: género masculino, mais de 1 hora de JE por dia, JE *on-line*, fatores já descritos na literatura científica;
- Outro fator de associação aos CA para JE encontrado, foi o facto de não ter conhecimento sobre as recomendações do tempo diário do JE, facto que induz a hipótese sobre necessidade de promoção da literacia para saúde na área do JE na população escolar;
- Relativamente ao álcool: consumo atual (últimos 30 dias), a frequência da embriagues total nos ambos genros e no género feminino foram mais elevadas do que a média nacional;
- O consumo de tabaco foi mais baixo do que a média nacional, com exceção do consumo atual no género feminino, que se verificou mais elevado do que a média nacional;
- Verifica-se um consumo mais baixo de drogas ilícitas nos alunos do ACeS Estuário do Tejo do que a média nacional;
- Mais de metade de alunos não faz consulta de vigilância com MGF e não tem conhecimento sobre existência de entidade acessível para atendimento e apoio aos jovens.

6. Bibliografia

1. Anderson P, Moller L, Galea G. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
2. Balsa C, Vital C, Urbano C. Relatório final do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. Lisboa: CESNOVA. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa; 2013.
3. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia básica. Lisboa: OMS. ENSP; 2003.
4. Benigeri M, Pluye P. Shortcomings of health information on the Internet. *Health Promot Int.* 2003; 4: 381- 6.
5. Brunborg GS, Mentzoni RA, Frøyland LR. Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *J Behav Addict.* 2014 Mar; 3(1): 27–32.
6. Carras MC, Van Rooij AJ, Van de Mheen D, Musci R, Xue Q L, Mendelson T. Video gaming in a hyperconnected world: a cross-sectional study of heavy gaming, problematic gaming symptoms, and online socializing in adolescents. *Comput Human Behav.* 2017; 68: 472-9.
7. Christensen H, Griffiths K. The Internet and mental health literacy. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000 Dec;34(6):975-9.
8. Cordeiro R, Claudino J, Arriaga M. Suporte social e comportamentos aditivos em adolescentes pré-universitários. *Rev Port Sau Púb.* 2006; 24(1) 91-102.
9. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C. Social determinants of health and well-being among young people: HBSC international report from the 2009/2010 survey; Copenhagen: WHO; 2012. (*Health Policy for Children and Adolescents*; 6).

10. Eurostat. Eurostat information: main tables and databases: being young in Europe today: digital world. Brussels: European Union; 2015. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Being_young_in_Europe_today_-_digital_world#A_digital_age_divide
11. Delfabbro P, King DL, Derevensky JL. Adolescent gambling and problem gambling: prevalence, current issues, and concerns. *Curr Addict Rep.* 2016; 3(3): 268-74.
12. Decisão 2005/387/JAI do Conselho da EU, relativa ao intercâmbio de informações, avaliação de riscos e controlo de substâncias psicoativas.
13. Decreto-Lei n.º 54/2013 de 17 de abril relativa ao regime jurídico da prevenção e proteção contra a publicidade e comércio das novas substâncias psicoativas.
14. Portugal. Ministério da Educação. DGE. Procedimento de aplicação de pedidos de autorização para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar. Lisboa: DGE; 2016. Disponível em: <http://www.dge.mec.pt/inqueritos-em-meio-escolar>
15. Portugal. Ministério de Saúde. DGS_ Portugal Saúde Mental em Números, 2015. Lisboa: DGS; 2016.
16. Drummond A, Sauer, JD. Video-games do not negatively impact adolescent academic performance in science, mathematics or reading. *PLoS One.* 2014; 9(4): e87943.
17. Engs RC. *Alcohol and Other Drugs: Self Responsibility.* Bloomington: Tichenor Publishing Company; 2012.
18. Egenfeldt-Nielsen S, Smith JH, Tosca SP. *Understanding video games: the essential introduction.* New York: Routledge, 2016.

19. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2016: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
20. Ferguson CJ, Coulson M, Barnett J. A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. *J Psychiatr Res.* 2011 Dec;45(12):1573-8.
21. Feijão F. Estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências 2015 (Sumário Executivo). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência; 2011.
22. Festl R, Scharnow M, Quandt T. Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction.* 2013; 108:592–599.
23. Frasca G. Videogames of the oppressed: Videogames as a means for critical thinking and debate. Georgia: Georgia Institute of Technology; 2001.
24. Gentile DA, Choo H, Liau A, Sim T, Li D, Fung D, Khoo A (2011) Pathological video game use among youths: a 2-year longitudinal study. *Pediatrics.* 2011 Feb;127(2):e319-29.
25. Kimberly Y. Internet Addiction Test. England: Young Global Addiction Association; 1998. Disponível em: <http://www.globaladdiction.org/>
26. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to Behavioral Addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2010 Sep;36(5):233-41
27. Griffiths MD, Király O, Pontes HM, Demetrovics Z. Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise. Oxford: Oxford University Press; 2015.
28. Haagsma MC, Pieterse ME, Peters O. The prevalence of problematic video gamers in the Netherlands. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2012 Mar;15(3):162-8.

29. Hamari J, Shernoff DJ, Rowe E, Coller B, Asbell-Clarke J, Edwards, T. Challenging games help students learn: An empirical study on engagement, flow and immersion in game-based learning. *Comput Human Behav.* 2016; 54, 170-179.
30. WHO. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being.* Geneva: World Health Organization; 2016.
31. Hibell B, Guttormsson U, Ahström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A et al. The 2011 ESPAD Report: substance use among students in 36 european countries. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012.
32. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011. Lisboa: INE; 2012. Disponível em:http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_populacao
33. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. Sociedade da Informação e do Conhecimento. Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nas Famílias. Lisboa: INE; 2015.
34. Sandra L, Hofferth, Moon, UJ. Electronic Play, Study, Communication, and Adolescent Achievement, 2003 to 2008. *J Res Adolesc.* 2012 Jun 1; 22(2): 215–224.
35. Inchley J, Currie D. Health Policy for Children and Adolescents No. 7. *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children Study: International Report from the 2013/2014 Survey.* Geneva: World Health Organization; 2016.
36. Kaess M, Durkee T, Brunner R, Carli V, Parzer P, Wasserman C, et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014 Nov;23(11):1093-102.

37. Kanitkar A, Szturm T, Parmar S, Gandhi DB, Rempel GR, Restall G et al. The Effectiveness of a Computer Game-Based Rehabilitation Platform for Children With Cerebral Palsy: Protocol for a Randomized Clinical Trial. *JMIR Res Protoc.* 2017 May 18;6(5):e93.
38. King DL, Haagsma MC, Delfabbro PH, Gradisar M, Griffiths MD. Toward a consensus definition of pathological video-gaming: A systematic review of psychometric assessment tools. *Clin Psychol Rev.* 2013 Apr;33(3):331-42.
39. Kovess-Masfety V, Keyes K, Hamilton A, Hanson G, Bitfoi A, Golitz D. Is time spent playing video games associated with mental health, cognitive and social skills in young children? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016 Mar;51(3):349-57.
40. Kuss D. Internet gaming addiction: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag.* 2013 Nov 14;6:125-37.
41. Kuss DJ, Griffiths MD, Pontes HM. Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *J Behav Addict.* 2017 Jun 1;6(2):103-109.
42. Květon P, Jelíne NM. Parenting Styles and Their Relation to Videogame Addiction. *IJPBS.* 2016 Vol:3, No6.
43. Lee C, Kim O. Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addict Res Theory;* 2016.
44. Lemmens JS, Patti MV, Jochen P. Development and validation of a game addiction scale for adolescents. *Media Psychology* 2009; 12.1, 77-95.
45. Lei n.º 67/98 de 26 de outubro referente à Lei da Proteção de Dados Pessoais.
46. Lemos IL, Conti MA, Sougey EB. Evaluation of semantic equivalence and internal consistency of the Game Addiction Scale (GAS): Portuguese version. *J Bras Psiquiatr,* 2015; 64.1: 8-16.

47. Lemos IL. Dependência de jogos eletrônicos: adaptação transcultural, validação e aferição de fidedignidade das versões brasileiras da game addiction scale e do video game addiction test. Pernambuco: repositório da Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
48. Manual diagnóstico e estatístico de transtorno Mental 5. DSM-5 da American Psychiatric Association. Porto Alegre: Artmed, 2014. xlv, 948 p.
49. Matos MG. A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2014. Lisboa: Equipa Aventura Social; 2014.
50. McAnarney ER. Adolescent brain development: forging new links? *J Adolesc Health*. 2008 Apr;42(4):321-3.
51. Marques M, Viveiro C, Passadouro R. Uma velha questão numa população jovem: o consumo do álcool nos adolescentes escolarizados. *Acta Med Port*. 2013 Mar-Apr;26(2):133-8.
52. Mérelle SYM, Kleiboer AM, Schotanus M, Cluitmans TLM, Waardenburg CM, Kramer D et al. Which health-related problems are associated with problematic video-gaming or social media use in adolescents? A large-scale cross-sectional public health study. *Clin Neuropsychiatry*; 2017: 14(1). p.11-19.
53. Daria JK, Mark DG, Halley MP. Under the umbrella: Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder: Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field. *J Behav Addict*. 2017 Jun; 6(2): 103–109.
54. Müller KW, Janikian M, Dreier M, Wölfling K, Beutel ME, Tzavara C et al. Regular gaming behavior and internet gaming disorder in European adolescents: results from a cross-national representative survey of prevalence, predictors, and psychopathological correlates. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 May;24(5):565-74.

55. Nazario-Rodriguez L, Colón-de Martí L N, Rodriguez-Figueroa L. Physical activity, obesity, and videogame use in hispanic adolescents from an ambulatory psychiatric clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 2016; T.55. №. 10.– C.S119.
56. Naser SSA, Al-Bayed MH. Detecting Health Problems Related to Addiction of Video Game Playing Using an Expert System. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*. 2016; 2(9): 7-12.
57. Newman J. Videogames. Abingdon: Routledge, 2012.
58. O'Connell ME, Boat T, Warner KE. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington, D.C.: National Academies Press; 2009.
59. OECD. Health at a glance. Paris: OECD; 2016.
60. OECD. Society at a glance 2016: OECD social indicators. Paris: OECD; 2016.
61. OEDT. EMCDDA. Relatório europeu sobre drogas, tendências e evoluções, 2015. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência; 2015.
62. OMS. Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006.
63. Portugal. Ministério de Saúde. Perfil de saúde do ACES Estuário do Tejo. Forete da Casa: USP do ACES Estuário do Tejo; 2015.
64. Polski A, Iwaniak K, Sobotka-Polska K, Rogowska M, Poleszak E. The relationship between the physical activity of students from Lublin's universities, and video games. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*. 2016; T. 29. №.1.–C. 21-23.
65. Portugal. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Lisboa: DGS, 2015.

66. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Saúde Mental em Números 2015. Lisboa: DGS, 2016.
67. Portugal. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Lisboa: SICAD, 2013.
68. Portugal. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2014: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: SICAD, 2014.
69. Porter G, Starcevic V, Berle D, Fenech P. Recognizing problem video game use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010 Feb;44(2):120-8.
70. Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008 Oct 12;363(1507):3181-9.
71. Przybylski AK. Electronic Gaming and Psychosocial Adjustment. *Pediatrics*. 2014 Sep;134(3):e716-22.
72. Przybylski AK, Weinstein N. How we see electronic games. *PeerJ*. 2016 Apr 11;4:e1931.
73. Przybylski AK, Mishkin AF. How the quantity and quality of electronic gaming relates to adolescents' academic engagement and psychosocial adjustment. *Psychol Pop Media Cult*. 2016; T.5.№. 2.C.145.
74. Precioso J, Samorinha C, Macedo M, Antunes H. Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas? *Rev Port Pneumol* 2012; 18.4: 182-187.
75. Portugal. Direção-Geral da Saúde. Norma DGS nr. ° 010/2013 de 31/05/2013. Lisboa: DGS; 2013.

76. Rehbein F, Kleimann M, Mössle T. Prevalence and risk factors of video game dependency in adolescence: results of a German nationwide survey. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2010 Jun;13(3):269-77.
77. Portugal. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual, 2014 - A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: SICAD, 2015.
78. Regier AD, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry*. 2013 Jun; 12(2): 92–98.
79. Ross DR, Finestone DH, Lavin GK. Space Invaders Obsession. *JAMA*. 1982 Sep 10;248(10):1177.
80. Sample size for prevalence surveys. Disponível em: <http://sampsizе.sourceforge.net/iface/index.html>
81. Santos M.C. Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes, Ed. Sílabo, Lisboa: Ed. Sílabo, 2013.
82. Serrano P. Redação e apresentação dos trabalhos científicos 2ª Edição. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2004.
83. Sim T, Gentile DA., Bricolo F, Serpelloni G, Gulamoydeen F. A conceptual review of research on the pathological use of computers, video games, and the Internet. *Int J Ment Health Addict*. 2012; 10(5), 748–769.
84. Smith LJ, Gradisar M, King DL. Parental influences on adolescent video game play: a study of accessibility, rules, limit setting, monitoring, and cybersafety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2015; 18(5): 273.
85. Smohai M. The psychological correlates and temporal development of problematic video-game use. Budapest: Eötvös Loránd University Faculty of Education and Psychology 2015.

86. Soper WB, Miller MJ. Junk-time junkies: An emerging addiction among students. *The School Counselor*, American School Counselor Association 1983; 31(1): 40–43.
87. Starcevic V. Internet gaming disorder: inadequate diagnostic criteria wrapped in a constraining conceptual model. Commentary on: Chaos and confusion in DSM-5 diagnosis of Internet Gaming Disorder. Issues, concerns, and recommendations for clarity in the field (Kuss et al.). *J Behav Addict*. 2017 Jun; 6(2): 110–113.
88. Takeuchi H, Taki Y, Hashizume H, Asan K, Asano M, Sassa Y, Kawashim R. Impact of videogame play on the brain's microstructural properties: cross-sectional and longitudinal analyses. *Mol Psychiatry*. 2016; 21(12): 1781-9.
89. Tejeiro Salguero RA1, Morán RM. Measuring problem video game playing in adolescents. *Addiction*. 2002 Dec; 97(12):1601-6.
90. Tavares B., Bériab J, Silva de Lima M. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev. Saúde Pública*. 2001;35(2):150-158.
91. Terroso LB, Lima Argimon II. Dependência de internet e habilidades sociais em adolescentes. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*.2016; 16(1): 200-19.
92. Thomas AC1, Allen FL, Phillips J, Karantzas G. Gaming machine addiction: the role of avoidance, accessibility and social support. *Psychol Addict Behav*. 2011 Dec;25(4):738-44.
93. Toker S, Baturay MH. Antecedents and consequences of game addiction. *Comput Human Behav*. 2016; 55:. 668-79.
94. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2015. Vienna: UNODC publication, 2015
95. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2016. Vienna: UNODC publication, 2016
96. VAN Rooij AJ1, Kuss DJ2, Griffiths MD3, Shorter GW4, Schoenmakers MT1, VAN DE Mheen D. The (co-) occurrence of problematic video gaming, substance

use, and psychosocial problems in adolescents. *J Behav Addict.* 2014 Sep;3(3):157-65.

97. Wang CW, Chan CLW, Mak KK, Ho SY, Wong PWC, Ho RTH. Prevalence and Correlates of Video and Internet Gaming Addiction among Hong Kong Adolescents: A Pilot Study. *ScientificWorldJournal*; 2014.

98. Willoughby T. A short-term longitudinal study of Internet and computer game use by adolescent boys and girls: prevalence, frequency of use, and psychosocial predictors *Dev Psychol.* 2008 Jan;44(1):195-204.

99. World Health Organization, World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. Genève: WHO; 2014.

100. World Health Organization, World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. Genève: WHO; 2014.

101. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Genève: WHO; 2015.

102. World Health Organization. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Genève: WHO; 2013.

103. Wood RTA. Problems with the concept of video game "addiction": Some case study examples. *Int J Ment Health Addict.* 2008; 2: 169-78.

104. Wu XS1, Zhang ZH2, Zhao F1, Wang WJ1, Li YF1, Bi L Et al. Prevalence of Internet addiction and its association with social support and other related factors among adolescents in China *J Adolesc.* 2016 Oct; 52:103-11.

105. Young K. S. Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction--and a winning strategy for recovery. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 1998.

106. Young K. S., Yue X. D., Ying L. Prevalence estimates and etiologic models of internet addiction, in internet addiction: a handbook and guide to evaluation and treatment. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2011.
107. Young, K. S. Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *Am J Fam Ther.* 2009; 37, 355-72.
108. Xiuqin H1, Huimin Z, Mengchen L, Jinan W, Ying Z, Ran T. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2010 Aug;13(4):401-6.

Anexos

Anexo I

Questionário

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

QUESTIONÁRIO

ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTOS ADITIVOS EM ALUNOS DE 12º ANO DE ESCOLARIDADE

Este questionário faz parte de um estudo que pretende saber o que os alunos pensam sobre os consumos de drogas, álcool, tabaco e jogos digitais *on-* e *offline*. O questionário demora 30 minutos para responder.

Irei salientar e relembrar que antes de preencher este questionário, é importante entregar ao investigador o Consentimento Escrito assinalado pelo próprio, se tem mais de 18 anos ou pelo encarregado de educação se tem menos de 18 anos.

O questionário será anónimo e apenas o investigador terá acesso às suas respostas, estando obrigado ao sigilo profissional. Não deve escrever, em nenhum local do questionário, o seu nome ou qualquer outro elemento de identificação pessoal, para além daqueles que são pedidos.

Para cada pergunta, assinale com um X no quadrado respetivo a opção correspondente à resposta escolhida. Caso se engane, risque a resposta errada e assinale novamente a correta. Todas as perguntas só podem ter uma resposta, aquela que é mais próxima da própria realidade.

Agradeço desde já a vossa colaboração!

Se necessitar de qualquer esclarecimento adicional, por favor contacte o investigador: **e-mail** – liliana.ciobanu@arslvt.min-saude.pt

Nº QUESTIONÁRIO _____

1. Género		2. Idade (indique)	
a) Masculino		b) Feminino	_____ anos

2. Teve alguma reprovação escolar durante os seus estudos na escola?			
Nunca tive reprovações escolares		Sim, já tive reprovações escolares	

3. O teu aproveitamento escolar corresponde a:	
a) Uma nota média na turma	
b) Uma nota superior à média na turma	
c) Uma nota inferior à média na turma	

4. Faz consultas periódicas com o médico de família?			
Sim		Não	

5. Qual é a idade dos seus pais /encarregados de educação?			
Mãe		Pai	
≤35 A		≤35 A	
36-40 A		36-40 A	
41-45 A		41-45 A	
46-50 A		46-50 A	
51-55 A		51-55 A	
56-60 A		56-60 A	
≥60 A		≥60 A	

6. Qual é a escolaridade dos seus pais/encarregados de educação?			
Mãe		Pai	
sem escolaridade		sem escolaridade	
ensino básico 1º ciclo		ensino básico 1º ciclo	
ensino básico 2º ciclo		ensino básico 2º ciclo	
ensino básico 3º ciclo		ensino básico 3º ciclo	
ensino secundário		ensino secundário	

ensino secundário profissional		ensino secundário profissional	
ensino superior (estudos universitários)		ensino superior (estudos universitários)	
pós-graduados (mestrado, doutoramento)		pós-graduados (mestrado, doutoramento)	

7. Atualmente os seus pais/encarregados de educação estão:			
Mãe		Pai	
Empregada		Empregado	
Desempregada		Desempregado	
Reformada		Reformado	

8. Qual é o estado civil dos seus pais?	
a) Solteiros	
b) Casados	
c) Vivem em união de facto	
d) Divorciados	
e) Viúvos	

9. Qual foi a última vez que consumiu alguma bebida alcoólica?	
a) Nunca consumiu	
b) Mais de 1 ano	
c) Durante o último ano	
d) Nos últimos 30 dias	

! Se nunca consumiu pode ignorar as perguntas 10-15!

10. Que idade tinha quando consumiu álcool pela 1ª vez?	-----anos
--	-----------

11. Qual foi o principal motivo para beber álcool pela primeira vez?			
a) Curiosidade		b) Para socializar – me com pares	
c) Nova experiência		d) Para me integrar no grupo	
e) Por diversão		f) Convívio familiar	
g) Esquecer problemas		Outro (qual?):	

12. Teve algum episódio de embriaguez (estar bêbedo(a))?	
a) Nunca tive	
b) Há mais de 1 ano	
c) Durante o último ano	
d) Nos últimos 30 dias	

13. Teve alguma vez necessidade de cuidados médicos após consumir álcool?	
a) Nunca tive	
b) Sim, fui ao Serviço de Urgência do hospital	
c) Sim, fui ao Centro de Saúde	
d) Sim, tive atendimento médico no domicílio	

14. Qual o tipo de álcool que consome com maior frequência?	
Cerveja	Sidra
Vinho	Bebidas espirituosas (alto teor alcoólico: aguardente, licor, brandy, etc.)
Sangria	Outro (qual?)

15. Onde é mais frequente consumir álcool?	
Na discoteca	Nos concertos
Em casa de amigos	Perto da escola
Na própria casa	Na rua/no parque
No restaurante	Em festas
No bar	Outro (qual?)

16. Já fumou alguma vez?	
Nunca fumei	Sim, fumo
Sim, experimentei, mas não fumo	Sim, mas há já mais de 1 ano que não fumo

! Se nunca fumou pode ignorar as perguntas 17-20!

17. Que idade tinha quando experimentou fumar pela primeira vez?	_____ anos
---	------------

18. Quantos cigarros em média fuma por dia?	_____ cigarros/dia
--	--------------------

19. Acha que a principal causa para começar a fumar foi:			
a) Ter amigos fumadores		e) Gostar de cigarros com sabores	
b) Ter familiares fumadores		c) Ser acessível	
c) Gostar do cheiro do cigarro		d) Outra(qual ?)	

20. Se fuma, qual foi o principal motivo para passar a fumar diariamente?			
a) Para manter o convívio social		e) Por ser um gesto automático	
b) Por sentir prazer a fumar		f) Para aumentar a autoestima	
c) Por ser uma medida anti-stress		g) Por não querer engordar	
d) Para ajudar a concentrar		h) Outro (qual?)	

21. Já experimentou alguma vez uma droga ilícita (substância psicoativa que seja proibida por lei)?			
a) Nunca consumi		b) Sim, durante o último ano	
c) Sim, há mais de 1 ano		d) Sim, nos últimos 30 dias	

Se nunca experimentou qualquer droga ilícita, ignore as perguntas 22-25!

**Nas próximas perguntas «a droga ilícita» vai ser chamada simplesmente de «droga»!*

22. Qual foi a droga que já experimentou?			
<i>Droga fumada</i>	<i>Substância inalada</i>	<i>Droga injetável</i>	<i>Substância engolida</i>
Se conhece o nome indique _____ _____	Se conhece o nome indique _____ _____	Se conhece o nome indique _____ _____	Se conhece o nome indique _____ _____
Nunca consumi	Nunca consumi	Nunca consumi	Nunca consumi
Sim, consumi há mais de 1 ano	Sim, consumi há mais de 1 ano	Sim, consumi há mais de 1 ano	Sim, consumi há mais de 1 ano
Sim, consumi durante o último ano	Sim, consumi durante o último ano	Sim, consumi durante o último ano	Sim, consumi durante o último ano
Sim, consumi nos últimos 30 dias	Sim, consumi nos últimos 30 dias	Sim, consumi nos últimos 30 dias	Sim, consumi nos últimos 30 dias

23. Que idade tinha quando experimentou drogas pela primeira vez?	_____ anos
--	------------

24. Qual foi o principal motivo para experimentar droga?			
Curiosidade		Para socializar com pares/amigos	
Nova experiência		Para me integrar no grupo	
Por diversão		Outro (qual?)	
Esquecer problemas			

25. Onde é mais frequente experimentar drogas?			
Na discoteca		Nos concertos	
Em casa de amigos		Perto da escola	
Na própria casa		Na rua/no parque	
No restaurante		Em festas	
No bar		Outro (qual?)	

26. Com qual frequência usa a Internet?			
Diariamente		Muito raro (menos de 1 vez por mês)	
Algumas vezes por semana		Não uso	
Algumas vezes por mês			

27. Qual é o conteúdo que mais procura na Internet?			
Redes sociais (<i>Facebook</i> , blogs, chats, etc.)		Enciclopédia/ conteúdos teóricos para trabalhos de casa	
Musica		Notícias	
Livros		Saúde	
Correio eletrónico		Compras	
Chamadas telefónicas/vídeo		Jogos	
Outro (qual?)			

28. Com que frequência joga os jogos digitais?			
Diariamente		Muito raro (menos de 1 vez por mês)	
Algumas vezes por semana		Não jogo	
Algumas vezes por mês			

! Se nunca jogou jogos digitais, ignore as perguntas 29- 55!

29. Que idade tinha quando experimentou um jogo digital (ou jogo eletrónico, videojogo) pela primeira vez?

<i>Offline (consola, no PC, etc.)</i>	<i>Online</i>
_____anos	_____anos

30. Que idade tinha quando começou a jogar diariamente (ou quase diariamente, sem restrições por parte de familiares adultos)?

<i>Offline (consola, no PC, etc.)</i>	<i>Online</i>
_____anos	_____anos

31. Quanto tempo por dia passa a jogar jogos digitais?

Menos de 1 hora	Mais de 3 horas
De 1 a 3 horas	

32. Atualmente joga mais *offline* ou *online*?

<i>Offline (consola, no PC, etc.)</i>	<i>Online</i>
---------------------------------------	---------------

33. Qual é o nome do jogo eletrónico que joga mais?

(usa, por favor, a letra maiúscula de imprensa para resposta)

--

34. Onde joga com maior frequência jogos eletrónicos *online* ?

Em casa de amigos	Num espaço da juventude com acesso a Internet	
Na sala de computadores da escola	Em qualquer sitio (tenho equipamento portátil com acesso a Internet – <i>smartphone, tablet, computador</i>)	
Em casa	Outro (qual?)	

35. Onde joga com maior frequência jogos eletrónicos *offline* ?

Na sala de computadores da escola	Num espaço da juventude com equipamento para jogos eletrónicos (computadores, consolas de jogo, <i>smart TV</i>)	
Em casa de amigos	Em qualquer sitio (tenho equipamento portátil – telemóvel, <i>smartphone</i> , consola portátil, <i>tablet, computador, etc.</i>)	
Em casa	Outro (qual?)	

36. Quantas vezes achou que estava a jogar mais tempo do que pretendia?

--

a) Nunca ultrapasso o tempo planeado para jogar		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

37. Quantas vezes ignorou as tarefas domésticas para passar mais tempo a jogar?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

38. Quantas vezes preferiu jogar em vez de estar com os amigos ou a família?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

39. Costuma criar relacionamentos <i>online</i> com outros jogadores?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

40. Já aconteceu outras pessoas reclamarem sobre o seu hábito de jogar jogos <i>on e offline</i>?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

41. Já aconteceu as suas notas ou tarefas escolares serem afetadas por causa do tempo que usa para jogar?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

42. Quantas vezes joga jogos <i>on e offline</i> antes de começar qualquer outra atividade que precisa de fazer?			
---	--	--	--

a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

43. Quantas vezes é que o seu desempenho e rendimento escolar foram afetados por estar a jogar?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

44. Ficou alguma vez em posição de defesa ou constrangido(a) quando alguém lhe perguntou o que fazia no computador (<i>tablet</i>, telemóvel, em frente da consola)?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

45. Costuma bloquear pensamentos perturbadores (negativos) sobre problemas da própria vida com pensamentos sobre um jogo?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

46. Costuma planear /antecipar quando é que vai jogar de novo?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

47. Pensa frequentemente que a vida sem jogos <i>on</i> e <i>offline</i> seria chata, vazia e sem alegria?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

48. Sente-se irritado(a), agitado(a) e com vontade de gritar se alguém o(a) incomodar enquanto joga?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

49. É frequente limitar o seu tempo de sono para jogar?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

50. Já aconteceu sentir-se preocupado(a) (ansioso(a)) com o jogo?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

51. Quantas vezes já pensou e disse: "vou jogar apenas mais alguns minutos e acabo"?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

52. Quantas vezes tentou reduzir o tempo de jogo?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

53. É frequente a tentativa de esconder o facto que está a jogar?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

54. Prefere passar o tempo a jogar do que sair com outras pessoas conhecidas/amigas?			
---	--	--	--

a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

55. Sente-se triste, mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando fica <i>offline</i> (sem ligação à net) durante o jogo?			
a) Nunca		d) Frequente	
b) Raramente, mas acontece		e) Muito frequente	
c) Ocasionalmente (de vez em quando)		f) Sempre	

56. Acha que o consumo de tabaco pode provocar doenças graves e morte?			
Não		Provavelmente sim	
Provavelmente não		Não sei	
Sim			

57. O consumo do tabaco e álcool podem pôr em risco a saúde dos vossos futuros filhos?			
Não		Provavelmente sim	
Não, se parar de consumir na gravidez		Sim	
Provavelmente não		Não sei	

58. Acha que é aceitável conduzir um veículo após consumir álcool?			
Não se pode conduzir			
Pode-se conduzir, desde que não se sinta embriagado(a)			

59. O consumo de drogas ilícitas apresenta riscos para saúde?			
Não há grandes riscos, se consumir de vez em quando			
Sim, há riscos sempre			
Não sei			

60. Os jogos <i>on</i> e <i>offline</i> podem prejudicar a saúde?			
Não		Sim, há riscos sempre	

Não há risco, se jogar um tempo limitado		Não sei	
--	--	---------	--

61. Acha que é recomendável limitar o tempo diário de jogo?			
Não		Sim, de 1 a 3 horas por dia	
Sim, até 1 hora por dia		Não sei	

62. Conhece alguma entidade de atendimento e apoio a jovens que seja acessível para si?			
Sim, o gabinete de apoio aos jovens na escola		Sim, noutra sítio (indicar)	
Sim, o gabinete de atendimento dos jovens no Centro de Saúde ou outra entidade médica		Não conheço	

63. Para esclarecer as dúvidas sobre assuntos relacionados com saúde prefere informar-se através de?			
Profissional de saúde		Internet: <i>sites</i> com conteúdos sobre saúde	
Familiares		Livros	
Amigos/pares		Internet: redes sociais, fórum, <i>chats</i> etc	
Média (TV, Rádio, Jornais, Revistas, etc)		Outas fontes (Quais?)	

Anexo II

Consentimento Informado

INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Consentimento Informado

Título do estudo: Comportamentos aditivos de substâncias psicoativas e sem substância em alunos de 12º ano de escolaridade

Um estudo de prevalência nas escolas secundárias da área de abrangência do ACES Estuário do Tejo, em 2016

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Se necessitar de esclarecimentos adicionais, pode contactar o responsável de investigação através do contacto: *e-mail* – liliana.ciobanu@arslvt.min-saude.pt

– Lmciobanu@gmail.com

Enquadramento: A adolescência é um período de transições críticas no ciclo de vida, caracterizado pelas mudanças comportamentais como a procura de sensações; diminuição da perceção dos riscos; aumento da relevância da interação social e dos pares e construção da identidade. É caracterizada pela prevalência aumentada de vários comportamentos de risco. A magnitude do problema é determinada pelo facto dos comportamentos aditivos serem determinantes para a mortalidade e morbilidade prematura evitável, alvo de intervenção deste estudo.

Explicação do estudo: Neste estudo propõe-se investigar o problema dos comportamentos aditivos com substâncias psicoativas legais (álcool e tabaco), ilegais (drogas) e sem substâncias (nomeadamente os jogos digitais *on-* e *offline*) entre os jovens no seu último ano do secundário. O objetivo do estudo é caracterizar os comportamentos aditivos anteriormente indicados e alguns fatores associados a este tipo de comportamento, reportados pelos adolescentes. Para atingir esse fim, será realizado um estudo observacional, descritivo e transversal. Como metodologia de recolha de dados, será aplicado um questionário de autopreenchimento, anónimo e voluntário, em contexto de sala de aula, aos alunos das turmas selecionadas na amostra. O estudo será produzido

tendo como perspectiva que os resultados obtidos possam ser úteis na elaboração de estratégias de intervenção para a prevenção de comportamentos aditivos e promoção de estilos de vida saudáveis na população de alunos do parque escolar do ACES Estuário do Tejo.

Confidencialidade e anonimato: O investigador do presente estudo compromete-se a garantir confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, servindo-se dos mesmos exclusivamente para a elaboração do relatório final do estudo.

Autoria e responsabilidade: Liliana Ciobanu, Médica Interna de Saúde Pública, na Unidade de Saúde Pública do ACES Estuário do Tejo.

Assinatura e número de cédula profissional de quem pede consentimento:

Liliana Ciobanu CP : 55577 Assinatura_____

Se concorda com as condições de estudo em desenvolvimento, agradeço a assinatura deste documento pelo próprio aluno (se tem 18 ou mais anos de idade) ou pelo Encarregado de Educação (em caso do aluno não ter atingido a idade de 18 anos).

Agradeço, desde já, a sua colaboração!

Eu, _____

Aluno do 12º ano / Encarregado de Educação do aluno (sublinha a sua identificação SFF)_____ (nome do aluno em caso de assinatura pelo EE), declaro que li e compreendi a informação fornecida através deste Consentimento Informado. Foi-me garantida a possibilidade de recusar a participação em qualquer fase da investigação, sem qualquer consequência. Através da minha assinatura neste documento aceito participar/permito participar (sublinha aquilo que pretende) no estudo em desenvolvimento, de forma voluntária, confiando a informação e recebendo as garantias mencionadas.

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ /2016

Anexo III

Plano de operacionalização dos variáveis

Quadro 13. Plano de operacionalização dos variáveis abordados no estudo

Nome informático da variável	Variável	Valores a assumir	Tipo de Variável
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS COM ALUNO			
Gen	<i>Género</i>	0 - Feminino 1 - Masculino	Nominal
Id	<i>Idade</i>	Em anos	Numérica
Esc	<i>Nome de Escola Secundaria</i>	1. ES Alenquer 2. ES Alenquer 3. CP Alenquer 4. EJAF ES Arruda 5. EJAF CP Arruda 6. EP GE Arruda 7. ES Azambuja 8. ES Benavente 9. ES Alverca 10. CP Alverca 11. ES Forte da Casa 12. CP Forte da Casa 13. ES VFX 14. CP VFX	Nominal
ES_vs_CP	<i>Turmas 12º ano não profissionais vs CP</i>	1-12ª 2-CP	Nominal
Ins_esc	<i>Insucesso escolar</i>	0-sem reparações escolares 1-com reparações escolares	Nominal
Aprov	<i>Sucesso escolar/aproveitamento</i>	0-nota média da turma 1-acima da média da turma 2-inferior à média da turma	Nominal
Cons_MGF	<i>Inscrição no CS (se tem médico de família?)</i>	0-não 1-sim	Nominal
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS COM OS PAIS (ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO) DOS ALUNOS			
ID_mãe/pai	<i>Idade da mãe/pai</i>	1. ≤ 35 anos 2. 36-40 3. 41-45 4. 56-50 5. 51-55 6. 56-60 7. ≥60	Nominal
Es_mãe/pai	<i>Escolaridade mãe/pai</i>	0-sem escolaridade 1-ensino básico 1º ciclo 2-ensino básico 2º ciclo 3-ensino básico 3º ciclo 4-ensino secundário 5-ensino pós secundário profissional 6 -ensino superior 7- pós-graduados	Nominal
Emp_mãe/pai	<i>Empregabilidade dos pais</i>	0-Desempregado 1-Empregado	Nominal

EST_civil	<i>Estado civil dos pais</i>	0-solteiros 1-casados 2-união de facto 3-divorciados 4-viúvos	Nominal
VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DE CONSUMO DE ÁLCOOL			
Prev_Alc	<i>Prevalência do álcool</i>	0- Nunca consumiu álcool 1- Já consumiu álcool	Nominal
U_Cons_Al	<i>Último consumo de álcool</i>	0- Nunca consumiu 1- Há mais de 1 ano 2- Durante este ano 3- Últimos 30 dias	Nominal
Id_alc	<i>Idade de início do consumo</i>	Em anos	Numérica
Motiv_a	<i>Principal Motivo de início do consumo</i>	0-Curiosidade 1- Nova Experiência 2-Por diversão/ esquecer problemas 3-Para socializar 4-Para se integrar no grupo 5-Convívio familiar 6-Outro	Nominal
Embr	<i>Último episódio de embriaguez</i>	0-nunca tive 1- há mais de 1 ano 2-durante este ano 3-nos últimos 30 dias	Nominal
Cuid_med	<i>Necessidade de cuidado médico para situação de embriaguez</i>	0-não 1-sim, foi no SU do hospital 2-sim foi no CS 3-sim, atendimento médico ao domicílio	Nominal
Tip_alc	<i>Tipo de álcool preferencial</i>	0-Cerveja 1-Vinho 2-Sangria 3 Sidra 4-Bebidas Espirituosas 5-Outro(Qual?)	Nominal
Loc_alc	<i>Locais de consumo</i>	0-Bar 1-Discoteca 2-Casa de amigos 3-Festa privada 4-Restaurante 5-Casa própria 6-Concertos 7-Perto da escola 8-Rua/Parque 9-Outro (qual?)	Nominal
VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DE CONSUMO DE TABACO			
Hab_tab	<i>Hábitos tabágicos</i>	0-Não fumador 1-Provei mas não fumo 2- Fumador 3-Ex-fumador (≥1 ano que não fuma)	Nominal
Id_tabac	<i>Idade de início do consumo</i>	Em anos	Numérica
Nº_DIA	<i>N.º de cigarros por dia</i>	Em número de cigarros/dia	Numérica

Motiv_t	<i>Principal Motivo de início de consumo</i>	0-amigos 1-familiares 2-gosto do cheiro 3-gosto de cigarros com sabores 4-é acessível	Nominal
Mot_crt	<i>Principal Motivo de consumo regular do tabaco</i>	1-convívio social 2-prazer 3-anti-stress 4-para concentração 5-aumentar autoestima 6-não engordar 7-gesto automático	Nominal
VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DE CONSUMO DE DROGA			
Prev_drog	<i>Prevalência do consumo de drogas ilícitas</i>	0- Nunca consumiu droga 1- Já consumiu droga	Nominal
Cons_dr	<i>Hábitos de consumo de drogas</i>	0-nunca consumiu 1-há mais de 1 ano 2-último ano 3-últimos 30 dias	Nominal
Dr_fum	<i>Consumo de droga fumada</i>	0-nunca consumiu 1-há mais de 1 ano 2-último ano 3-últimos 30 dias	Nominal
Tip_fum	<i>Tipos de droga fumada</i>	Pergunta aberta	Nominal
Dr_inj	<i>Consumo de droga injetada</i>	0-nunca consumiu 1-há mais de 1 ano 2-último ano 3-últimos 30 dias	Nominal
Tip_inj	<i>Tipos de droga injetada</i>	Pergunta aberta	Nominal
Dr_inhal	<i>Consumo de droga inalada</i>	0-nunca consumiu 1-há mais de 1 ano 2-último ano 3-últimos 30 dias	Nominal
Tip_inhal	<i>Tipos de droga inalada</i>	Pergunta aberta	Nominal
Dr_eng	<i>Consumo de droga engolida</i>	0-nunca consumiu 1-há mais de 1 ano 2-último ano 3-últimos 30 dias	Nominal
Tip_eng	<i>Tipos de droga engolida</i>	Pergunta aberta	Nominal
Id_drog	<i>Idade de início de consumo</i>	Em anos	Numérica
Motiv_dr	<i>Motivo de consumo</i>	0-Curiosidade 1- Nova experiência 2-Por diversão/esquecer problemas 3-Para socializar com pares/amigos 4-Para se integrar no grupo 5-Outro (qual?)	Nominal
Loc_dr	<i>Locais de consumo</i>	0-Bar 1-Discoteca 2-Casa de amigos 3-Festa privada 4-Restaurante 5-Casa própria 6-Concertos	Nominal

		7-Perto da escola 8-Rua/Parque 9-Outro (qual?)	
VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DE CONSUMO DE JOGOS ON- E OFFLINE			
Freq_Net	<i>Frequência do uso de Internet</i>	0 - Não uso 1 - Diariamente 2 - Algumas vezes por semana 3 - Algumas vezes por mês 4 - Muito raro (<de 1 vez/mês)	Nominal
Cont_Net	<i>Conteúdo mais procurado na Internet</i>	1 - Redes sociais 2 - Música 3 - Livros 4 - Correio eletrônico 5 - Chamadas telefônicas/vídeo 6 - Enciclopédia/conteúdos teóricos 7 - Notícias 8 - Saúde 10 - Compras 11 - Jogos 12 - Outros conteúdos	Nominal
Freq_Jog	<i>Frequência de uso do JE</i>	0 - Não uso 1 - Diariamente 2 - Algumas vezes por semana 3 - Algumas vezes por mês 4 - Muito raro (<de 1 vez/mês)	Nominal
Prev_Jogo	<i>Prevalência do JE</i>	0- Não jogo 1 - Jogo JE	Nominal
Id_off	<i>Idade de início do JE off-line</i>	Em anos	Numérica
Id_on	<i>Idade de início do JE on-line</i>	Em anos	Numérica
Id_off_diar	<i>Idade de início do JE off-line diário</i>	Em anos	Numérica
Id_on_diar	<i>Idade de início do JE on-line diário</i>	Em anos	Numérica
Tempo_j	<i>Tempo por dia utilizado para jogar</i>	0-≤ 1 h 1 1-3 h 2 mais de 3 h 3-não jogo	Numérica
Joga_mais	<i>Atualmente joga mais</i>	1-JE off-line 2-JE on-line	Nominal
Tip_jogo	<i>Classificação de tipo de jogo mas frequente usado</i>	0-ação 1-condução/competição 2-disporto 3-avntura 4-role-playing 5-estrategia 6-educacional 7-simulação	Nominal
Tip_Jog_Viol	<i>Tipo de JE conforme a violência</i>	1- violento 2-não violento	Nominal
Loc_Jog_on	<i>Locais de jogo on- line</i>	1 - Casa de amigos 2 - Sala TIC na escola	Nominal

		3 – Própria casa 4 – Espaço para juventude com acesso ao Internet 5 – Em qualquer sítio (equipamento portátil com acesso ao Internet) 6 – Outro sítio	
Loc_Jog_off	<i>Locais de jogo off-line</i>	1 – Casa de amigos 2 – Sala TIC na escola 3 – Própria casa 4 – Espaço para juventude com acesso aos equipamentos de JE <i>off-line</i> 5 – Em qualquer sítio (equipamento portátil) 6 – Outro sítio	Nominal
	<i>20 perguntas do Game Addiction Test</i>	0 Nunca 1 Raramente 2 Ocasionalmente 3 Frequente 4 Muito frequente 5 Sempre	Nominal
GAT_score	<i>Pontuação na Escala do GAT</i>	Número de pontos acumulados no test	Numérica
Grau_Ad	<i>Nível de adição ao JE</i>	0 –Sem adição 1 - Nível ligeiro de adição 2 - Nível médio de adição 3 - Nível grave de adição	Nominal
Preval_Adicao_Jogo	<i>Prevalência de adição ao JE</i>	0 – Sem adição 1 – Com adição	Nominal
VARIÁVEIS RELACIONADAS COM LITERACIA SOBRE OS CONSUMOS			
Tabac_fr	<i>O consumo de tabaco - factor risco de doenças graves e morte.</i>	0-não 1-provável 2-sim 3- não sei	Nominal
Fr_fil	<i>O consumo de tabaco e álcool - factores de risco para saúde de futuros filhos</i>	0-não 1-não, se parar na gravidez 2-provavelmente 3-sim 4-não sei	Nominal
Alc_auto	<i>Relação entre consumo de álcool e condução do veículo</i>	0-não pode conduzir 1-pode conduzir desde que não se sinta embriagado	Nominal
Drog_FR	<i>As consequências das drogas na saúde</i>	0-não há grande risco se consumir raramente 1--há riscos sempre 2- não sei	Nominal
Jog_FR	<i>Risco para saúde do jogo</i>	0-não 1-Não há riscos, se jogar tempo limitado 2-Sim, há riscos	Nominal

		3- não sei	
T_J_Recom	<i>Conhecimento sobre o tempo admissível de exposição ao jogo</i>	0-não há restringimentos temporais 1-3 h e mais 2-de 1h até 3h 3-até 1h 4- não sei	Nominal
Atend_jov	<i>Conhecimento de alguma entidade de atendimento e apoio aos jovens que seja acessível</i>	0-sim, gabinete de apoio aos jovens na escola 1-sim, gabinete de atendimento dos jovens no CS ou outra entidade medica 2-sim, noutra sítio (indicar) 3-não conheço	Nominal
Inf_saude	<i>Fonte de informação para esclarecer duvidas em assuntos de saude</i>	1 - Profissional de saúde 2 - Internet: sites com conteúdos sobre saúde 3 – Familiares 4 – Livro 5 - Amigos/pares 6 - Internet: redes sociais, fórum, chats etc 7 - Média (TV, Rádio, Jornais, Revistas, etc) 8 -Outas fontes (Quais?)	Nominal

Anexo IV

**Teste de Comportamento Aditivo relacionado com o
Jogo Digital (*Game Addiction Test*)**

Teste de Comportamento Aditivo relacionado com o Jogo Digital

(Game Addiction Test)

Game Addiction Test (GAT) está baseado no Teste de CA relacionado com a Internet (*Internet Addiction Test (IAT)*). É um teste validado e confiável e de avaliação do comportamento aditivo em relação à Internet. *IAT* foi desenvolvido pelo Dra. Kimberly Young, psicóloga internacionalmente conhecida, especialista em CA relacionados com a Internet. *IAT* é composto por 20 itens que medem 3 níveis (ligeiro, moderado e grave) da adição à Internet. A avaliação das respostas está representada através da escala apresentada em baixo:

0	Nunca
1	Raramente
2	Ocasionalmente
3	Frequente
4	Muito frequente
5	Sempre

Nº	Pergunta	Escala					
		5	4	3	2	1	0
1	Quantas vezes achou que estava a jogar mais tempo do que pretendia?	5	4	3	2	1	0
2	Quantas vezes ignorou as tarefas domésticas para passar mais tempo a jogar?	5	4	3	2	1	0
3	Quantas vezes preferiu jogar em vez de estar com os amigos ou a família?	5	4	3	2	1	0
4	Costuma criar relacionamentos <i>online</i> com outros jogadores?	5	4	3	2	1	0
5	Já aconteceu outras pessoas reclamarem sobre o seu hábito de jogar jogos on e offline?	5	4	3	2	1	0
6	Já aconteceu as suas notas ou tarefa escolares serem afetadas por causa do tempo que usa para jogar?	5	4	3	2	1	0
7	Quantas vezes jogou antes de começar qualquer outra coisa que precisava de fazer?	5	4	3	2	1	0
8	Quantas vezes é que o seu desempenho e a produtividade no trabalho foram afetados por estar a jogar?	5	4	3	2	1	0
9	Fica alguma vez em posição de defesa ou segredo quando alguém lhe pergunta o que faz no computador (<i>tablet</i> , telemóvel, em frente da consola)	5	4	3	2	1	0
10	Costuma bloquear os pensamentos perturbadores (negativos) sobre problemas da própria vida com pensamentos sobre um jogo?	5	4	3	2	1	0
11	Costuma planear /antecipar quando é que vai jogar de novo?	5	4	3	2	1	0
12	Pensa frequentemente que a vida sem jogos on e offline é chata, vazia e sem alegria?	5	4	3	2	1	0
13	Sente-se irritado, agitado e com vontade de gritar se alguém lhe incomoda quando joga?	5	4	3	2	1	0
14	É frequente limitar o seu tempo de sono para que faça sessões de jogo à noite?	5	4	3	2	1	0
15	Já aconteceu sentir-se preocupado com o jogo?	5	4	3	2	1	0
16	Quantas vezes já pensou e disse: "vou jogar apenas mais alguns minutos e acabo" ?	5	4	3	2	1	0
17	Quantas vezes tentou reduzir o tempo que usa para o jogo?	5	4	3	2	1	0
18	É frequente a tentativa de esconder o fato de que estava a jogar?	5	4	3	2	1	0
19	Prefere passar o tempo jogando do que sair com outras pessoas do seu ambiente?	5	4	3	2	1	0
20	Sente-se triste, mal-humorado ou nervoso quando fica <i>offline</i> (sem ligação a <i>net</i>) durante o tempo do seu jogo?	5	4	3	2	1	0

*Nota: tradução e adaptação própria de Inglês; Fonte: *Global Addiction Association*

Após a realização do teste totaliza-se a pontuação para cada item. Quanto maior o índice, maior nível de dependência e adição. Pontuação:

20 - 49 pontos:	50 - 79 pontos:	80 - 100 pontos:
Nível ligeiro de adição	Nível médio de adição	Nível grave de adição

É considerada como dependência para JE a pontuação ≥ 70 pontos.

Anexo V

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT e DGE

Autorização do estudo pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Exma. Senhora

Dr.ª Lílíana Ciobanu

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
4060/CES/2016

Data
11.04.2016

Assunto: "Comportamentos aditivos de substâncias psicoativas e sem substância em alunos de 12º ano de escolaridade."

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 08.04.2016, o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido deliberado um parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo



Luís Pisco

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

Parecer

Proc.019/CES/INV/2015

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

a. Título do projecto (de estudo, investigação, etc.)

Comportamentos aditivos de substâncias psicoativas e sem substância em alunos de 12º ano de escolaridade

b. Promotor

Escola Nacional de Saúde Pública

Investigador principal (juntar resumo CV)

Liliana Ciobanu

Colaboradores (juntar resumo CV)

c. Tipo de estudo:

Estudo observacional, descritivo e transversal

Local (ou locais). O estudo será realizado nas 10 escolas secundárias dos 5 conselhos do ACES Estuário do Tejo.

Descreva sucintamente o(s) objectivo(s) da investigação

Caracterizar de forma sociodemográfica os casos de comportamentos aditivos (CA) de substâncias psicoativas (SP) ilícitas (drogas), lícitas (álcool, tabaco), sem substância (jogos digitais *on-* e *offline*) e alguns fatores associados nos alunos de 12º ano de escolaridade na área de abrangência do ACES Estuário do Tejo em 2016.

Objetivos Específicos

- Caracterizar socio-demograficamente os alunos de 12º ano com hábitos de consumo de SP e de jogo *on-* e *offline*;
- Estimar a prevalência das experiências de CA de substâncias psicoativas, nomeadamente SP ilícitas (drogas), lícitas (álcool, tabaco) e sem substâncias (jogo digital) nos alunos de 12º ano das turmas selecionadas em amostra de estudo;
- Caracterizar os hábitos de consumo de SP lícitas, ilícitas e de jogos digitais (data de início, tipo de substância consumida, local de consumo, tempo de exposição ao jogo, nível de dependência de jogo etc.)
- Caracterizar os conhecimentos dos alunos sobre os CA;
- Determinar se há associação entre os CA estudados e as características sociodemográficas dos alunos, e também conhecimentos relativamente à problemática

JUSTIFICAÇÃO CIENTÍFICA DA INVESTIGAÇÃO

Descreva sucintamente os fundamentos científicos da investigação. Indique em particular:

Atualmente tem vindo a aumentar o interesse pelos comportamentos aditivos sem substância, área ainda pouco investigada e relatada nos estudos. Assim, o novo plano nacional de saúde escolar (PNSE) de 2015 já inclui nas suas áreas de intervenção a prevenção de comportamentos aditivos sem substância a par da prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas. Também, o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (PNRCAD) 2013-2020 tem como objetivo específico o alargamento do estudo dos comportamentos aditivos sem substância na faixa etária dos adolescentes.

Adolescência - o período de crescimento e desenvolvimento humano que ocorre após a infância e antes da idade adulta, entre os 10 e os 19 anos de idade, representa uma das transições críticas do ciclo de vida, caracterizada por um elevado ritmo do crescimento e da mudança, que é apenas suplantado por intensidade ao período de infância [OMS]. A adolescência é um período de mudanças comportamentais e neurobiológicas de rápidas alterações hormonais; formação de novas sinapses no cérebro; procura de sensações; diminuição da perceção dos riscos; aumento da relevância da interação social e dos pares e construção da identidade [PNRCAD, McAnarney, 2008; McQueeney et al., 2009]

Os comportamentos aditivos (CA), entendidos como "processos de adição", são comportamentos com características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas, como por exemplo: substâncias psicoativas, jogo, internet, sexo, compras, etc. envolvendo também um potencial de prazer, que com continuidade e persistência poderá evoluir para dependência [PNRCAD]. Qualquer atividade, substância, objeto ou comportamento que se tornou o foco principal da vida de uma pessoa à exclusão de outras atividades, ou que começou a prejudicar o indivíduo ou outros fisicamente, mentalmente ou socialmente é considerado um CA [Engs, 2012].

Os estudos recentes mostram que há semelhanças entre a dependência física por vários produtos químicos, como o álcool e a droga, e a dependência psicológica por atividades como o jogo compulsivo, o trabalho, as compras, sexo ou distúrbios alimentares. A literatura científica comprova a existência de mecanismos neurofisiológicos comuns nos CA, particularmente, os neurotransmissores como a serotonina, envolvida na inibição de comportamento, a dopamina, envolvida na aprendizagem, motivação e na proeminência de estímulos e beta-endorfina, o que faz com que a pessoa se sinta "high". As pessoas com CA tornam-se fisicamente dependentes dos seus próprios neuromediadores cerebrais, levando assim à repetição do comportamento, mesmo que este possa ter consequências negativas na sua saúde e vida social. O CA é um processo multicausal, influenciado pela interação de muitos fatores de risco e de proteção de diferentes contextos de desenvolvimento do indivíduo. O início de CA tem com fatores determinantes não só características individuais do adolescente, mas também fatores comunitários ou sociais, o papel da família, o papel de estabelecimentos de ensino, a influência dos pares e também a influência da média [O'Connell].

A dependência - um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido da substância. No caso das Substâncias Psicoativas, a dependência inclui um desejo intenso do consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. No que se refere ao jogo, está definido como transtorno quando assume um comportamento caracterizado por episódios repetidos e frequentes que dominam a vida do sujeito em detrimento dos valores e dos compromissos sociais, profissionais, materiais e familiares [PNRCAD].

Jogo digital (ou vídeo jogo ou jogo eletrónico), termo genérico que se refere a jogos eletrónicos desenhados para serem jogados num computador, numa consola ou outro dispositivo tecnológico [Pivec e Kearney, 2007].

As substâncias psicoativas (SP), mais vulgarmente conhecidas como drogas psicoativas, são as substâncias lícitas e ilícitas que, quando ingeridas ou administradas alteram os processos mentais, tais como a função cognitiva ou o afeto [OMS].

As Novas Substâncias Psicoativas (NSP) – «um novo estupefaciente ou um novo psicotrópico, puro ou numa preparação, que não seja controlado pela Convenção Única das Nações Unidas de 1961 sobre os estupefacientes, nem pela Convenção das Nações Unidas de 1971 sobre substâncias Psicotrópicas, mas que possa constituir uma ameaça para a saúde pública comparável à das substâncias enumeradas nessas convenções» [PNRCAD]; baseado na Decisão de 2005/387/JAI do Conselho da EU e no Decreto-Lei n.º 54/2013].

“*Legal highs*” (drogas legais) são definidas como as NSP que imitam os efeitos das drogas ilícitas, termo usado como

Não há estudos sobre a prevalência de jogos *on-* e *offline* em Portugal. Assim, um dos objetivos por etapas do ciclo de vida do PNRCAD 2013-2020 é alargar o estudo nacional para identificação dos fatores e processos que aumentem o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos sem substâncias entre os adolescentes, nomeadamente dar mais atenção ao assunto do jogo. A nova PNSE de 2015 já inclui, nas suas áreas de intervenção, a prevenção de CA sem substância em simultâneo com a prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras SP.

Fundamentação do estudo

Considerando a magnitude do problema a nível Mundial, Europeu e Nacional, os CA têm de ser encarados como uma prioridade na investigação em Saúde Pública. A adolescência, sendo um período de mudanças comportamentais, é o período do ciclo da vida mais vulnerável para início de CA. Os estudos realizados em contextos específicos, nomeadamente escolares e recreativos, apontam para prevalências e padrões de consumo de SP mais preocupantes no grupo etário de 15-24 anos, evidenciando mesmo tendências de agravamento de alguns consumos nos últimos anos [Calado & Lavado, 2010; Feijão, 2012; Feijão, Lavado & Calado, 2012; Guerreiro, Costa & Dias, 2013].

Atualmente enfrentamos uma nova realidade: a era digital, onde o jogo digital é definitivamente o divertimento preferido dos jovens. O aumento do uso dos jogos e as suas respetivas consequências na saúde, têm aumentado o interesse das autoridades de saúde pública nacionais e internacionais pelos CA sem substância. Alargar o estudo para identificação dos fatores e dos processos que aumentem o risco de desenvolvimento de CA sem substâncias a esta idade é uma prioridade no PNRCAD 2013-2020. A nova PNSE de 2015, já completou a sua área de intervenção incorporando a prevenção dos consumos de SP com elementos relativos a CA sem substância.

Mesmo que as características sociodemográficas dos 5 conselhos da área de abrangência do ACES Estuário do Tejo sejam semelhantes à da população portuguesa em geral [Perfil de Saúde, ACES ET, 2014], facto que não revela condições sociais predisponentes para o aumento de estilos de vida não saudáveis e nomeadamente de CA entre os jovens, este assunto não foi ainda estudado na população jovem desta área geográfica e assim não se conhece qualquer informação epidemiológica local que possa orientar sobre as necessidades e o tipo de intervenção adequada.

Com este estudo pretende-se contribuir para o aumento do conhecimento na área dos CA de substâncias psicoativas e sem substância dentro da população de jovens de escolas secundárias abrangidas pelo ACES Estuário do Tejo, facto que poderá ajudar a futuras ações de planeamento e intervenção adequadas e dirigidas aos problemas detetados.

Pergunta de Investigação

Qual é a prevalência e os fatores que levaram à CA de substâncias psicoativas e sem substância em alunos de 12º ano de escolas secundárias da área geográfica de abrangência do ACES Estuário do Tejo em 2016?

Apreciação

Estudo do maior interesse para o conhecimento dos comportamentos aditivos dos adolescentes, com substâncias psicotrópicas legais (álcool e tabaco, ilegais (canábis, opiáceos e novas substâncias psicotrópicas e de comportamentos aditivos, sem substância: jogos eletrónicos.

Protocolo de estudo muito bem concebido fundamentado e alicerçado numa ampla e cuidada pesquisa bibliográfica.

O Protocolo está escrito de uma forma clara e contempla pergunta a responder, racional, critérios de inclusão e exclusão bem explicitados, cálculo da amostra, folha de informação ao participante e CI para pais/encarregados de educação.

Foi ainda presente cronograma, CV, declarações e pedidos de autorização aos setores e instituições envolvidas e declaração de responsabilidade pela confidencialidade dos dados. Autorização da CNPD.

Assim sendo, Propõe-se a emissão de um parecer favorável.

Lisboa, 8 de Abril de 2016

A relatora declara ausência de conflitos de interesse

Autorização do estudo pela Comissão de Ética da DGE/Plataforma MEME da DGE



Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

[Início](#) » [Consultar inquéritos](#) » **Ficha de inquérito**

Identificação da Entidade / Interlocutor

Nome da entidade:

Liliana Ciobanu

Nome do Interlocutor:

Liliana Ciobanu

E-mail do interlocutor:

lmciobanu@gmail.com

Dados do Inquérito

Número de registo:

0543800001

Designação:

Comportamentos aditivos de substâncias psicoativas e sem substância em alunos de 12º ano de escolaridade. Um estudo de prevalência nas escolas secundárias da área de abrangência do ACES Estuário do Tejo, em 2016

Dados adicionais

Estado:

Aprovado

Avaliação:

Exmo.(a) Senhor(a) Liliana Ciobanu

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vitor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

- A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito onerosos e tratam de matérias sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar ou tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.
- No caso de se utilizar uma plataforma tecnológica para a recolha dos dados, deve acautelar-se que as questões colocadas pelo instrumento de inquirição devem ser respondidas apenas pelo destinatário pretendido (proceder-se à inquirição através de um único acesso - link da plataforma a utilizar - utilizando-se um ou mais computadores com IP institucional a disponibilizar para o efeito na escola/agrupamento, ou outra forma considerada adequada àquele propósito). Para efeitos de garantia de anonimato dos visados, não poderá o link da plataforma ser enviada por e-mail diretamente aos sujeitos do estudo, via web ou redes sociais, devendo o link do inquérito ser enviado para cada Direção do Agrupamento/Escola a contactar. Em caso de ser instrumento de livre acesso, não é da competência da DGE autorizar a sua aplicação, uma vez que qualquer pessoa pode responder.
- Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Confirmação por e-mail da Autorização do estudo pela Comissão de Ética da DGE

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0543800001

Входящие x



mime-noreply@gepe.min-edu.pt

11:04 (1 ч. назад)



кому: мне

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0543800001, com a designação *Comportamentos aditivos de substâncias psicoativas e sem substância em alunos de 12º ano de escolaridade. Um estudo de prevalência nas escolas secundárias da área de abrangência do ACES Estuário do Tejo, em 2016*, registado em 07-05-2016, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Liliana Ciobanu

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos

José Vítor Pedroso

Diretor-Geral

DGE

Observações:

- a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque muito onerosos e tratam de matérias sensíveis, devendo fazer-se em estreita articulação com a Direção do Agrupamento.
- b) Deve considerar-se o disposto na Lei nº 67/98 em matéria de garantia de anonimato dos sujeitos, confidencialidade, proteção e segurança dos dados, (não identificar ou tornar identificável) sendo necessário solicitar o consentimento informado e esclarecido do titular dos dados. No caso presente de inquirição de alunos menores (menos de 18 anos) este deverá ser atestado pelos seus representantes legais. As autorizações assinadas pelos Encarregados de Educação devem ficar em poder da Escola/Agrupamento ao qual pertencem os alunos. Não deve haver cruzamento ou associação de dados entre os que são recolhidos pelos instrumentos de inquirição e os constantes das declarações de consentimento informado.
- c) No caso de se utilizar uma plataforma tecnológica para a recolha dos dados, deve acautelar-se que as questões colocadas pelo instrumento de inquirição devem ser respondidas apenas pelo destinatário pretendido (proceder-se à inquirição através de um único acesso - link da plataforma a utilizar - utilizando-se um ou mais computadores com IP institucional a disponibilizar para o efeito na escola/agrupamento, ou outra forma considerada adequada àquele propósito). Para efeitos de garantia de anonimato dos visados, não poderá o link da plataforma ser enviada por e-mail diretamente aos sujeitos do estudo, via web ou redes sociais, devendo o link do inquérito ser enviado para cada Direção do Agrupamento/Escola a contactar. Em caso de ser instrumento de livre acesso, não é da competência da DGE autorizar a sua aplicação, uma vez que qualquer pessoa pode responder.
- d) Informa-se, ainda, que a DGE não é competente para autorizar a realização de estudos/aplicação de inquéritos ou outros instrumentos em estabelecimentos de ensino privados e para autorizar a realização de intervenções educativas/desenvolvimento de projetos e atividades/programas de intervenção/formação em meio escolar junto de alunos em contexto de sala de aula, dado ser competência da Escola/Agrupamento.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

Anexo VI

**Pedido de autorização para a realização do estudo
dirigido à Direção de Agrupamentos Escolares**

Pedidos de autorização para a realização do estudo dirigido à Direção de Agrupamentos Escolares

Exmo.Sr(a). Diretor(a) do Agrupamento Escolar _____

Eu, Liliana Ciobanu, Médica Interna de Saúde Pública, na Unidade de Saúde Pública, colocada na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Estuário do Tejo, venho por este meio, solicitar à Direção deste Agrupamento, autorização para realizar um estudo de investigação epidemiológica nas Escolas Secundárias de 5 conselhos abrangidos pelo ACES do Estuário do Tejo: Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente, Vila Franca de Xira.

Neste estudo propõe-se investigar o problema dos comportamentos aditivos com substâncias psicoativas legais (álcool e tabaco), ilegais (drogas); e sem substâncias (nomeadamente os jogos digitais *on-* e *offline*) entre os jovens no seu último ano do secundário. O objetivo do estudo é caracterizar os comportamentos aditivos anteriormente indicados e alguns factores associados a este tipo de comportamento, reportados pelos adolescentes. Para atingir esse fim, será realizado um estudo observacional, descritivo e transversal. Como metodologia de recolha de dados (que decorrerá entre Fevereiro e Abril de 2016), será aplicado um questionário de autopreenchimento, anónimo e voluntário, em contexto de sala de aula, aos alunos das turmas seleccionadas na amostra. O estudo será produzido tendo como perspectiva que os resultados obtidos possam ser úteis na elaboração de estratégias de intervenção para a prevenção de comportamentos aditivos e promoção de estilos de vida saudáveis na população de alunos do parque escolar do ACES Estuário do Tejo. O investigador do presente estudo compromete-se a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, servindo-se dos mesmos exclusivamente para a elaboração do relatório final do estudo.

Envio, juntamente com este documento, o Protocolo da Investigação que me proponho desenvolver e autorizações das Comissões de Ética de ARS LVT e DGE.

Estou à disposição para qualquer esclarecimento adicional e necessário.

Forte da Casa, _____ de _____/2016

O INVESTIGADOR/PROMOTOR Liliana Ciobanu, _____

Médica Interna de Saúde Pública, USP do ACES Estuário do Tejo

E-mail: – liliana.ciobanu@arslvt.min-saude.pt / lmciobanu@gmail.com

Telf. 219535204/5 / Telm. 932413369