



Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

MANUAIS

PT

# Currículo Europeu de Prevenção

Manual para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção do consumo de substâncias com base em evidência científica

11





Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência

# Currículo Europeu de Prevenção

Manual para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção do consumo de substâncias com base em evidência científica

## Advertência jurídica

A presente publicação é propriedade do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) e encontra-se protegida por direitos de autor. O EMCDDA declina qualquer responsabilidade, real ou implícita, por eventuais consequências resultantes da utilização que venha a ser feita das informações contidas no presente documento. O conteúdo da presente publicação não reflete necessariamente as opiniões oficiais dos parceiros do EMCDDA, dos Estados-Membros da UE ou de qualquer agência ou instituição da União Europeia.

A presente publicação foi desenvolvida por um projeto europeu intitulado UPC-Adapt, cofinanciado pela Comissão Europeia (projeto JUST-2015-AG-DRUG).

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2019

© Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2019  
Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

Print	ISBN 978-92-9497-575-1	doi:10.2810/206595	TD-MA-19-001-PT-C
PDF	ISBN 978-92-9497-577-5	doi:10.2810/73041	TD-MA-19-001-PT-N

Citação recomendada: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2019), *Currículo Europeu de Prevenção: manual para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção do consumo de substâncias com base em evidência científica*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.



Observatório Europeu da  
Droga e da Toxicodependência



Financiado pela  
União Europeia

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal

Tel.: +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcddal | facebook.com/emcdda

## Índice

- 5 | Agradecimentos
- 6 | Abreviaturas
- 7 | Preâmbulo
- 9 | Utilização do presente manual
- 10 | Prefácio
- 13 | Introdução

### PARTE I

#### **Conceitos gerais subjacentes a uma prevenção eficaz**

- 23 | Capítulo 1  
**Epidemiologia — compreender a natureza e a extensão do consumo de substâncias**
- 41 | Capítulo 2  
**Bases da ciência da prevenção e de intervenções preventivas baseadas em evidência científica**
- 51 | Capítulo 3  
**Intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica**
- 71 | Capítulo 4  
**Monitorização e avaliação**

### PARTE II

#### **Abordagens de prevenção em diferentes contextos**

- 89 | Capítulo 5  
**Prevenção em contexto familiar**
- 101 | Capítulo 6  
**Prevenção em contexto escolar e no meio laboral**

115	Capítulo 7
	<b>Prevenção ambiental</b>
127	Capítulo 8
	<b>Prevenção baseada nos meios de comunicação social</b>
137	Capítulo 9
	<b>Prevenção baseada na comunidade</b>
147	Capítulo 10
	<b>Advocacy da prevenção</b>
150	Reflexões finais
151	Referências
158	Anexos

## Agradecimentos

O EMCDDA e o UPC-Adapt gostariam de agradecer a Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Femke Dewulf, Marjolein De Pau (líder do projeto na HoGent, Universidade de Gante, Bélgica), e aos seguintes colaboradores:

- Michal Mioviský, Roman Gabrhelík, Michaela Malinová (CUNI, Universidade de Praga, Chéquia)
- Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino (ASL Savona, Agência de Saúde Local n.º 2 de Savonese, Itália)
- Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic (ERF, Faculdade de Ciências da Educação e da Reabilitação, Universidade de Zagrebe, Croácia)
- Sanela Talić, Matej Košir (UTRIP, Instituto de Investigação e Desenvolvimento, Eslovénia)
- Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel (TAI, Instituto Nacional de Desenvolvimento da Saúde, Estónia)
- Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Gren (IPIN, Instituto de Psiquiatria e Neurologia, Polónia)
- Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, Maria Antònia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava (UIB, Universidade das Ilhas Baleares, Espanha)
- Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle (FINDER, Instituto de Investigação em Prevenção, Alemanha)
- Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek (PARPA, Agência Estatal para a Prevenção de Problemas Relacionados com o Álcool, Polónia)
- Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati (ATS Milano, Agência de Proteção da Saúde de Milão, Itália)

Esta publicação foi elaborada em cooperação com Gregor Burkhart (EMCDDA), Zili Sloboda (Applied Prevention Science International) e Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals).

## Abreviaturas

APSI	Applied Prevention Science International
CID-II	Classificação Internacional de Doenças
COM-B	<i>capability, opportunity, motivation and behaviour</i> , capacidade, oportunidade, motivação e comportamento
CTC	<i>Communities That Care</i> , Comunidades que cuidam
DSM-5	Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais
ECA	ensaio controlado e aleatorizado
ECDC	Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
EDPQS	Standards europeus de qualidade na prevenção do consumo de droga
EMCDDA	Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência
ESPAD	Projeto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
EUPC	<i>European Prevention Curriculum</i> , Currículo Europeu de Prevenção
GBG	<i>Good Behaviour Game</i> , Jogo do Bom Comportamento
ID	identificação
MDMA	3,4-metilenodioximetilamfetamina
NAMLE	National Association for Media Literacy Education
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROSPER	<i>Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience</i> , Promoção de parcerias entre universidades, escolas e comunidades para reforçar a resiliência
SNC	sistema nervoso central
SRBA	serviço responsável de bebidas alcoólicas
STAD	Estocolmo contra a droga
TCP	teoria do comportamento planeado
UNODC	Gabinete das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UPC	<i>Universal Prevention Curriculum</i> , currículo europeu de Prevenção Universal



## Preâmbulo

Tenho o prazer de apresentar este manual do Currículo Europeu de Prevenção, que foi concebido como uma pedra angular da formação dos decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos locais e regionais que trabalham com questões relacionadas com o consumo de substâncias.

Nas últimas décadas, registaram-se grandes progressos, tanto na Europa como a nível internacional, no desenvolvimento de intervenções preventivas responsáveis e baseadas em dados científicos. No entanto, subsistem muitos desafios e, em muitos países, continuamos a ver práticas de prevenção para as quais existem poucas ou nenhuma evidências de eficácia na aplicação em contextos escolares e comunitários. Nos piores casos, as intervenções preventivas mal concebidas podem até ser prejudiciais. Por esta razão, é vital para o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA) apoiar a educação e a formação de elevada qualidade das pessoas encarregadas de escolher e financiar intervenções adequadas com vista a garantir a saúde e o bem-estar dos nossos jovens e comunidades.

Aqui encontrará uma introdução de elevada qualidade às opções baseadas em dados científicos que podem promover comportamentos mais saudáveis. No entanto, o objetivo é também despertar o seu interesse pelas ciências que testam empiricamente a melhor forma de a prevenção alcançar e manter um comportamento mais saudável e de que forma essas estratégias podem ser alargadas e integradas nas práticas de rotina.

A prestação de apoio aos decisores e aos profissionais é um objetivo fundamental da Estratégia 2025 do EMCDDA e a publicação do presente manual representa um passo importante para alcançar este objetivo. Baseia-se nos resultados dos standards europeus de qualidade na prevenção do consumo de droga (EDPQS), publicados pelo EMCDDA em 2011 com vista a melhorar a qualidade, a eficácia e o alcance das medidas de prevenção, e acompanha o documento *Health and social responses to drug problems: a European guide* [Respostas sanitárias e sociais aos problemas da droga: um guia europeu] do EMCDDA, publicado pela primeira vez em 2017. A agência está bem posicionada para promover e divulgar tanto o presente manual como a formação que o acompanha, uma vez que a nossa rede de pontos focais nacionais Reitox e de peritos nacionais permite o intercâmbio eficaz de informações e boas práticas, bem como a promoção da excelência científica.

Gostaria de agradecer aos nossos parceiros na Europa e nos EUA que contribuíram amplamente para este trabalho, em especial à equipa do Universal Prevention Curriculum (UPC), responsável pelo currículo europeu internacional, e ao grupo UPC-Adapt, que elaborou a primeira versão deste manual europeu.

Estou firmemente convicto de que a Europa beneficiará grandemente de um conjunto de profissionais da prevenção que valorizem a ciência da prevenção, tenham o apoio das instituições públicas e possuam formação e conhecimento sobre abordagens testadas empiricamente e suscetíveis de produzir resultados — resultados que contribuem para o desenvolvimento positivo dos nossos jovens e, em última análise, para uma Europa mais saudável e segura.

**Alexis Goosdeel**

Diretor do EMCDDA

## | Utilização do presente manual

O presente manual do Currículo Europeu de Prevenção foi elaborado com o objetivo principal de fornecer material de referência específico para os cursos de formação do Currículo Europeu de Prevenção (EUPC, do inglês *European Prevention Curriculum*). Serve igualmente para apresentar a qualquer leitor interessado uma introdução mais geral à ciência da prevenção e, em especial, às intervenções baseadas em dados científicos.

O presente manual destina-se a ser utilizado exclusivamente para efeitos de formação por pessoas que tenham concluído um curso exigido.

Os critérios para a realização dos cursos do EUPC podem ser consultados em <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>, juntamente com informações sobre os atuais organismos de formação. Contacte [EUPC@emcdda.europa.eu](mailto:EUPC@emcdda.europa.eu) para pedidos de informação e comentários a este respeito.

## | Prefácio

O EUPC é um currículo europeu desenvolvido para ser utilizado na formação em matéria de prevenção destinada aos decisores e aos responsáveis políticos. O principal objetivo da formação do EUPC é reduzir os problemas de saúde, sociais e económicos associados ao consumo de substâncias através de um reforço da capacidade internacional de prevenção baseado na expansão do número de profissionais europeus no domínio da prevenção.

Este programa de formação foi desenvolvido por um projeto europeu intitulado UPC-Adapt, cofinanciado pela Comissão Europeia. O projeto contou com a colaboração de onze parceiros de nove países europeus, que adaptaram o UPC a um público europeu. O UPC foi originalmente desenvolvido pela Applied Prevention Science International (APSI), com financiamento do Departamento de Estado dos EUA, para o programa de aconselhamento em matéria de droga do Plano Colombo. A adaptação do UPC ao contexto europeu baseou-se nas orientações da European Prevention Standards internacionais Partnership sobre a adaptação e divulgação de normas de qualidade em diferentes contextos [*Toolkit 4* dos EDPQS <sup>(1)</sup>]. O anexo 1 apresenta informações pormenorizadas sobre a metodologia adotada e os países envolvidos no projeto.

O currículo europeu é mais curto e mais acessível do que o UPC original. Pode ser realizado em cinco dias, ao contrário do UPC original, que exige até nove semanas de formação.

O EUPC pode ser realizado de diferentes formas. Existe um curso de formação introdutório em linha, um módulo para inclusão na formação em prevenção levada a cabo em contextos escolares e um módulo de formação para decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos. A estrutura da formação para os dois últimos módulos utiliza uma abordagem em cascata de «formação de formadores», segundo a qual os formadores formados podem continuar a divulgar a formação. Os formadores recebem material de formação do EUPC, incluindo um guia do formador e apresentações em PowerPoint. O presente manual destina-se a servir de material de referência tanto para os formandos como para os formadores.

---

<sup>(1)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>

## A quem se destina o EUPC?

Este currículo europeu foi concebido especificamente para fornecer aos decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos conhecimentos essenciais em matéria de prevenção sobre as intervenções e abordagens de prevenção baseadas em evidência científica mais eficazes. Este grupo, que designamos por «profissionais da prevenção», inclui coordenadores da prevenção, especialistas em prevenção e decisores políticos com funções gerais e especializadas que incluem a responsabilidade pelos programas de prevenção. Em alguns países, este grupo pode também incluir profissionais de alto nível com influência na tomada de decisões e no desenvolvimento profissional. Podem estar localizados a nível da comunidade, da região ou do país. Podem ser dirigentes de organizações não governamentais envolvidas na realização da prevenção, coordenadores de prevenção numa administração regional, funcionários públicos que desenvolvem estratégias e contratam intervenções preventivas num município, parceiros ou membros de coligações comunitárias. O EUPC concentra-se especificamente neste grupo devido ao papel fundamental que pode desempenhar para influenciar o desenvolvimento de sistemas de prevenção. Este grupo pode salientar a importância do trabalho de prevenção na sociedade e influenciar as culturas e atividades de prevenção nas suas regiões e entre as suas comunidades. Estes profissionais podem já possuir alguns conhecimentos em matéria de prevenção e, nesse caso, este currículo europeu reforçará os seus conhecimentos especializados.

A divulgação de abordagens inovadoras e baseadas em dados científicos nos sistemas de prevenção europeus financiados por fundos públicos exige mudanças na tomada de decisões sobre o financiamento e as prioridades, incluindo a supressão de abordagens generalizadas mas ineficazes. É também cada vez mais reconhecido que é essencial dar formação aos decisores e líderes de opinião antes mesmo da formação de profissionais de primeira linha a jusante, ou ao mesmo tempo que esta. Caso contrário, as tentativas de inovação e melhoria das práticas de prevenção por parte do pessoal de primeira linha devidamente formado, como professores, educadores para a saúde e técnicos de desenvolvimento comunitário, podem ser bloqueadas, uma vez que a prevenção baseada em dados científicos é muitas vezes considerada contraintuitiva e contrária à prática estabelecida.

Registaram-se outros desenvolvimentos para fazer face a esta questão. O Gabinete das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) desenvolveu ações de formação destinadas aos decisores políticos a nível nacional relativas aos seus Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas, a fim de preparar o terreno político para a adoção de abordagens de prevenção baseadas em evidência científica. Além disso, a série UPC original para coordenadores da prevenção também contém um programa de formação abrangente para as pessoas que trabalham abaixo do nível nacional. No entanto, na Europa, é pouco provável que os decisores, os líderes de opinião e os responsáveis políticos a nível regional e local possam (ou queiram) participar num curso de formação longo e intensivo sobre prevenção. Por conseguinte, a formação do EUPC foi desenvolvida para fornecer os conhecimentos de prevenção necessários a este grupo, respeitando simultaneamente as suas limitações de tempo. Fornece uma panorâmica concisa mas informativa, prática e útil sobre temas como a etiologia e a epidemiologia, a prevenção em contexto escolar, a prevenção em contexto familiar, a prevenção ambiental e a avaliação. A realização da formação em contextos escolares contribuirá igualmente para assegurar que a próxima geração de decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos dispõe de conhecimentos específicos sobre os progressos e a utilidade da ciência da prevenção.

O pressuposto subjacente a esta abordagem é que proporcionar aos atuais e futuros decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos conhecimentos e compreensão suficientes sobre os princípios científicos da prevenção, por um lado, incentivará a aplicação de abordagens baseadas em dados científicos e defenderá a supressão de abordagens ineficazes e, por outro, criará um ambiente em que os profissionais da prevenção na primeira linha são incentivados a melhorar os seus conhecimentos e competências.

O EUPC constitui uma introdução à ciência da prevenção. Para os profissionais que desejem aprofundar os seus conhecimentos sobre esta área, estão disponíveis cursos completos do UPC.

## Introdução

### Por que razão é importante a prevenção?

As melhorias na saúde não só têm um impacto direto no bem-estar das pessoas, como também estão relacionadas com o aumento dos níveis de rendimento nacional através da educação das crianças, da produtividade dos trabalhadores e da redução dos encargos para os sistemas nacionais de saúde e de assistência social.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças não transmissíveis são responsáveis atualmente por 60 % das mortes em todo o mundo. Estas mortes não se devem a infeções, mas sim a condições ambientais e socioeconómicas, práticas industriais e decisões relativas ao estilo de vida, incluindo o consumo de substâncias. O reconhecimento crescente das doenças não transmissíveis relacionadas com as práticas industriais e as escolhas de estilo de vida levou os países a definir e pôr em prática políticas e intervenções preventivas para abordar o consumo de substâncias, a nutrição e a saúde física.

Neste contexto, as estratégias de promoção da saúde são uma forma importante de envolver e capacitar pessoas e comunidades para escolherem comportamentos saudáveis e introduzirem mudanças que reduzam o risco de desenvolver essas doenças e diminuam quaisquer outros problemas de saúde.

É reconhecida a importância de introduzir e manter intervenções preventivas do consumo de substâncias com base em evidência científica junto dos pais, escolas, empresas e meios de comunicação social. As atividades de prevenção complementam a promoção da saúde, mas diferem desta na medida em que realizam ações específicas centradas em fatores de risco e de proteção modificáveis considerados causadores ou atenuantes de problemas de saúde.

A prevenção do consumo de substâncias visa impedir ou atrasar o início do consumo de substâncias psicoativas. Pode também ajudar as pessoas que já começaram a consumir a evitar o desenvolvimento de perturbações por consumo de substâncias e problemas de saúde e sociais conexos. A prevenção também tem uma intenção mais ampla: incentivar o desenvolvimento saudável e seguro das crianças e dos jovens, para que possam concretizar os seus talentos e potencialidades. Para tal, ajuda-os a interagir positivamente com as suas famílias, escolas, pares, meios laborais e sociedade.

### O Currículo Europeu de Prevenção de Prevenção (EUPC)

Este currículo europeu centra-se na aplicação das principais conclusões constantes dos Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas desenvolvidos pelo UNODC e dos EDPQS, desenvolvidos pelo EMCDDA e pela European Prevention Standards Partnership, aos contextos «do mundo real» na Europa. Este aspeto é importante para a aplicação na Europa das conclusões do Conselho sobre normas mínimas de qualidade <sup>(?)</sup> adotadas pelo Conselho da União Europeia. A tónica é colocada na prevenção do consumo de substâncias e dos problemas com este relacionados, embora o conteúdo deste currículo europeu seja, regra geral, aplicável a outros comportamentos de risco (por exemplo, violência, comportamento antissocial, *gambling*, *gaming* excessivo) e possa também servir de inspiração para abordagens preventivas destes comportamentos. A aprendizagem sobre a prevenção baseada em evidência científica proporciona ferramentas valiosas e eficazes, que podem fazer a diferença nas intervenções junto das populações afetadas em diferentes países e contextos.

<sup>(?)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en)

Este currículo europeu destina-se principalmente aos decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos que trabalham no domínio da prevenção na Europa e visa fornecer aos participantes:

- uma introdução às bases da ciência da prevenção;
- uma panorâmica das informações necessárias para a seleção e a implementação das intervenções preventivas;
- as ferramentas para informar os parceiros sobre as bases da prevenção do consumo de substâncias com base em evidência científica;
- as ferramentas para coordenar a implementação e a avaliação de intervenções baseadas em evidência científica;
- uma introdução aos princípios e práticas de prevenção em contexto familiar, em contexto escolar, no meio laboral, baseada na comunidade, ambiental e baseada nos meios de comunicação social.

Os objetivos de aprendizagem dos participantes que concluem a formação com base neste currículo europeu são os seguintes:

- compreender a evolução do consumo de substâncias e o papel da prevenção como resposta;
- explicar os fundamentos científicos das intervenções preventivas, incluindo:
  - o quem, o quê, quando, onde e como do consumo de substâncias em contextos definidos,
  - as influências de fatores pessoais e ambientais na vulnerabilidade e no risco,
  - o papel dos fatores comportamentais e de desenvolvimento, tanto para direcionar as intervenções como para adaptar as mensagens e as estratégias de intervenção,
  - como aplicar teorias de mudança comportamental de base empírica,
  - a importância da investigação para compreender a eficácia das intervenções;

- descrever o contexto e os princípios subjacentes à elaboração dos Standards Internacionais do UNODC sobre a Prevenção do Uso de Drogas e dos EDPQS ;
- descrever a importância da fidelidade da implementação e da monitorização da realização de intervenções preventivas, bem como da aplicação de políticas de prevenção;
- compreender os componentes essenciais da intervenção e das políticas baseadas em evidência científica em diferentes contextos, tais como a família, a escola, o meio laboral, a comunidade, o ambiente e os meios de comunicação social.

### Utilização do presente manual

O presente manual destina-se a servir de documento de referência de base tanto para os formandos como para os formadores.

Permite uma leitura mais pormenorizada dos temas abordados no curso do EUPC, que podem ser consultados conforme forem sendo necessários durante a aplicação prática da aprendizagem.

A introdução descreve o EUPC e apresenta uma descrição geral do papel dos profissionais da prevenção na Europa. As questões éticas no trabalho de prevenção são também objeto de uma breve análise.

O capítulo 1 descreve a relação entre a epidemiologia e as teorias etiológicas e permite compreender o papel que a prevenção pode desempenhar na abordagem do desenvolvimento de perturbações por consumo de substâncias.

O capítulo 2 resume algumas teorias comuns utilizadas pelos cientistas da prevenção na elaboração e avaliação de intervenções e políticas de prevenção eficazes. O conhecimento destas teorias é importante para compreender que elementos são necessários ou úteis no desenvolvimento e/ou na adaptação das intervenções preventivas em diferentes contextos e condições.

O capítulo 3 aprofunda as intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica e centra-se nos Standards



Internacionais do UNODC e nos EDPQS do EMCDDA. Além disso, compara as abordagens baseadas em evidência científica, que preconizam a utilização de intervenções estandardizadas, com as abordagens personalizadas, baseadas amiúde na experiência profissional e nas necessidades apresentadas. Este debate destaca a forma como as diferentes abordagens são utilizadas em toda a Europa.

O capítulo 4 é dedicado à monitorização e à avaliação. Apresenta uma panorâmica dos diferentes tipos de estudos de avaliação que podem ser utilizados para acompanhar ou avaliar os efeitos de uma intervenção ou política.

Os capítulos seguintes descrevem as características mais importantes das intervenções preventivas em contexto familiar (capítulo 5), em contexto escolar e no meio laboral (capítulo 6), ambientais (capítulo 7), baseadas nos meios de comunicação social (capítulo 8) e baseadas na comunidade (capítulo 9). Relativamente a cada tema, debatem-se as questões ou os desafios específicos em relação a cada tipo de abordagem (por exemplo, a dificuldade de envolver as famílias, a resistência às mensagens de prevenção dos meios de comunicação social e os obstáculos à implementação de intervenções preventivas em ambientes recreativos noturnos). Há também um enfoque nas práticas baseadas em evidência científica na Europa e uma análise mais pormenorizada das intervenções.

A formação e os materiais do EUPC destacam vários temas fundamentais. O primeiro é a definição de consumo de substâncias, que é o consumo de substâncias psicoativas que afetam os sentimentos, as perceções, os processos de raciocínio e/ou o comportamento quando consumidas. As substâncias podem incluir produtos do tabaco, álcool, substâncias voláteis (inalantes) e outras substâncias, tais como a heroína, a cocaína, a canábis e os medicamentos psicoativos sujeitos a receita médica quando utilizados para fins não médicos. As substâncias incluem as regulamentadas ao abrigo das Convenções das

Nações Unidas e as que não o são — por exemplo, novas substâncias psicoativas — embora este último grupo possa ser controlado ao abrigo da legislação nacional dos Estados-Membros. No EUPC, evitamos deliberadamente a utilização da expressão «abuso de substâncias», uma vez que se trata de um conceito ambíguo e que pode ser considerado um juízo de valor. Em vez disso, quando se pretende fazer referência ao consumo de substâncias associado a danos significativos, utiliza-se a expressão «perturbações por consumo de substâncias». O EUPC também introduz outros termos que descrevem padrões de consumo de substâncias que podem não estar necessariamente associados a danos significativos. Estes temas são analisados mais pormenorizadamente no capítulo 1.

Outro tema é a ciência da prevenção, que permite compreender os fatores associados ao início e à progressão do consumo de substâncias: o modo como o consumo de substâncias afetou pessoas, famílias, escolas, comunidades e países, e como pode ser abordado através de estratégias, políticas e intervenções eficazes. O UNODC realizou uma análise exaustiva das atividades de prevenção a fim de identificar as abordagens mais eficazes (ou seja, Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas, UNODC, 2013).

Estão atualmente disponíveis para implementação intervenções eficazes, também conhecidas como intervenções, práticas e políticas de prevenção baseadas em evidência científica. A formação do EUPC destina-se a ajudar os profissionais da prevenção a selecionar as intervenções e políticas mais suscetíveis de responder às necessidades das populações-alvo, a aplicá-las corretamente, a controlar a qualidade da implementação e a avaliar os resultados para os participantes.

A ciência da prevenção identificou também o consumo de substâncias e questões comportamentais semelhantes como questões de desenvolvimento. Por outras palavras, os fatores que levam à adoção destes comportamentos de risco para a saúde começam cedo e, em geral, estes comportamentos materializam-se

no final da infância e na adolescência. Consequentemente, é necessário compreender como intervir em diferentes idades, começando com os lactentes e as crianças de muito tenra idade, avançando ao longo dos anos mais vulneráveis da adolescência e do início da vida adulta e prosseguindo ao longo da idade adulta.

Outro tema analisado é o facto de o consumo de substâncias e outros comportamentos de risco serem geralmente consequência de interações entre fatores ambientais e as características das pessoas e, eventualmente, consequência de uma socialização falhada. Por exemplo, os jovens que procuram sensações fortes e que eventualmente não tenham beneficiado de uma parentalidade positiva podem reagir de forma diferente a ambientes de comercialização favoráveis ao álcool, como os patrocínios desportivos, relativamente aos que não apresentam este traço de personalidade ou que eventualmente tenham beneficiado de uma parentalidade positiva suscetível de direcionar a sua procura de sensações para comportamentos construtivos. As intervenções preventivas baseadas em evidência científica destinam-se a intervir positivamente nestes diferentes ambientes — por exemplo, a família, a escola, o meio laboral, a comunidade e o ambiente — para melhorar as interações entre as crianças e os pais, as crianças e a escola, os trabalhadores e o meio laboral, bem como os residentes e a sua comunidade e ambiente, a fim de reforçar o sentimento de segurança e apoio. É por esta razão que produzimos programas curriculares que visam ajudar os profissionais da prevenção em todos estes contextos.

Os profissionais da prevenção com formação têm de ter conhecimento das informações provenientes de uma vasta gama de disciplinas, incluindo a epidemiologia, a sociologia e a psicologia. O presente manual e a formação que o acompanha mostram como estas competências podem ser aplicadas pelos profissionais da prevenção, a fim de:

- avaliar a natureza e a extensão do consumo de substâncias na sua zona, incluindo a recolha e a análise de dados;

- identificar as populações de maior risco e fazer uma avaliação adequada das necessidades;
- reunir grupos de pessoas pertinentes para resolver o problema;
- convencer os parceiros do valor dos programas e políticas baseados em evidência científica;
- apoiar a seleção e a avaliação de intervenções preventivas e escolher as intervenções adequadas que tenham em conta as conclusões/os resultados da avaliação das necessidades;
- selecionar as intervenções necessárias para fazer a diferença;
- executar e acompanhar os esforços com base em evidência científica e avaliar os resultados, frequentemente em colaboração com uma equipa de investigação;
- promover a fidelidade e a sustentabilidade das intervenções, mas também ter em mente a viabilidade e aceitabilidade da intervenção.

## | O papel do profissional da prevenção

Até há pouco tempo, existiam poucas fontes de informação disponíveis que congregassem as competências e tarefas necessárias aos decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos no domínio da prevenção para desempenharem as suas funções a par dos processos envolvidos na seleção e implementação das intervenções e políticas de prevenção adequadas, adaptadas às necessidades específicas da sociedade. Os programas europeus de educação para a prevenção são diversificados, o que conduziu a uma descrição deficiente e incoerente do profissional da prevenção (Gabrhelik et al., 2015). Com este currículo europeu e a formação do EUPC, pretendemos normalizar a educação e a formação, a fim de reforçar o conjunto de profissionais da prevenção em toda a Europa. Trata-se apenas de uma das etapas necessárias para continuar a formalizar o papel e o reconhecimento do profissional da prevenção.

Utilizamos a expressão «profissional da prevenção» para nos referirmos a decisores, líderes de opinião e responsáveis políticos encarregados do planeamento, da implementação e da

monitorização das intervenções e/ou políticas de prevenção numa zona geográfica definida. Estas pessoas podem supervisionar outros trabalhadores da prevenção na linha da frente que ajudam a realizar ou acompanhar intervenções preventivas e que podem também servir de rosto e voz da prevenção na sociedade.

Vários grupos nacionais e internacionais já publicaram materiais para descrever as competências necessárias para realizar intervenções preventivas de qualidade. Entre estes recursos contam-se os Standards Internacionais do UNODC sobre a Prevenção do Uso de Drogas (2013), os EDPQS do EMCDDA (2011) e as normas do Consórcio Internacional de Certificação e Reciprocidade para os profissionais da toxicodependência e prevenção ([www.internationalcredentialing.org](http://www.internationalcredentialing.org)). Grande parte do conteúdo apresentado neste currículo europeu proveio destas fontes.

O manual EDPQS inclui normas de qualidade para os profissionais da prevenção. Enumera quatro domínios de competências relacionados com a realização da intervenção:

- 1) competências gerais, 2) competências básicas de intervenção, 3) competências específicas de intervenção e 4) metacompetências.

- As competências gerais dizem respeito a pessoas que realizam atividades de prevenção — por exemplo, competências de comunicação, gestão da intervenção e competências sociais e pessoais.
- As competências básicas de intervenção incluem as competências necessárias para realizar uma intervenção de prevenção — por exemplo, conhecimento de abordagens e componentes eficazes de prevenção do consumo de substâncias, estratégias pedagógicas interativas e questões de desenvolvimento.
- As competências de intervenção específicas incluem os conhecimentos e aptidões específicos para uma intervenção selecionada — por exemplo, estratégias de parentalidade eficazes e ensino de competências em matéria de tomada de decisões.

- As metacompetências são transversais aos domínios anteriormente referidos e incluem as competências necessárias para adaptar eficazmente as intervenções preventivas a fim de colmatar as necessidades específicas do público-alvo — por exemplo, sensibilidade cultural — mas incluem também a organização comunitária, o planeamento e o desenvolvimento de recursos, bem como a monitorização e a avaliação.

## Ética e prevenção do consumo de substâncias

Embora seja relativamente comum debater a ética do tratamento do consumo de substâncias, da redução de danos e da investigação, é menos comum examinar a ética da prevenção do consumo de substâncias. As atividades de prevenção do consumo de substâncias podem não exigir intervenção física ou clínica, mas representam uma forma de intervenção na vida das pessoas. Todas as intervenções preventivas do consumo de substâncias assentam em apreciações sobre o que é «bom» ou «mau» para os participantes (expresso, por exemplo, nos objetivos da intervenção). Podem também ser introduzidas intervenções preventivas do consumo de substâncias em consequência das perceções da sociedade quanto à aceitabilidade de um determinado comportamento, que podem não ser partilhadas pela população-alvo. Além disso, a prevenção é normalmente dirigida aos jovens e, no caso de uma prevenção específica, estes jovens podem estar entre os mais vulneráveis da população e podem já encontrar-se excluídos da sociedade. Uma vez que todos os países dispõem de legislação que controla o consumo de algumas substâncias, a garantia de que, por exemplo, as intervenções «não prejudicam», por aumentarem a probabilidade de consumo, é também uma consideração ética importante.

Por conseguinte, colocam-se questões éticas a vários níveis, a começar pela justificação do próprio trabalho de prevenção do consumo de substâncias. Os profissionais não devem presumir que as atividades de prevenção do consumo de substâncias

são, por definição, éticas e benéficas para os participantes. Os princípios das atividades éticas de prevenção do consumo de substâncias emanados dos EDPQS e aplicados ao nosso currículo europeu são os seguintes:

- cumprir os requisitos legais;
- respeitar os direitos e a autonomia dos participantes (por exemplo, os definidos nos quadros internacionais em matéria de direitos humanos e direitos das crianças);
- proporcionar benefícios reais aos participantes (ou seja, garantir que a intervenção é útil e aceite pelos participantes);
- não prejudicar ou causar danos substanciais aos participantes (por exemplo, efeitos iatrogénicos — efeitos nocivos inadvertidos e imprevistos, doença ou ferimento, exclusão, estigma);
- fornecer informações transparentes, exatas, neutras e completas;
- obter o consentimento dos participantes antes da participação;
- assegurar que a participação é voluntária;
- tratar os dados dos participantes de forma confidencial;
- tratar a participação em atividades de prevenção de forma confidencial, sempre que necessário;
- adaptar a intervenção às necessidades e preferências dos participantes;
- envolver os participantes como parceiros no desenvolvimento, na implementação e na avaliação da intervenção;
- proteger a saúde e a segurança dos participantes e dos membros do pessoal.

Dependendo do tipo de intervenção, pode ser difícil ou inviável cumprir todos os princípios de prevenção ética do consumo de substâncias. Nas intervenções preventivas universal ou, por exemplo, nas intervenções no âmbito da justiça penal, em que os participantes podem ser obrigados legalmente a participar, é por vezes difícil obter o consentimento informado e garantir a participação voluntária. Em relação ao princípio de não prejudicar, vale a pena salientar que as abordagens de prevenção específicas também podem estigmatizar os participantes (EMCDDA, 2009, p. 48).

Diferentes princípios podem entrar em conflito. Por exemplo, os participantes podem querer enveredar por comportamentos que lhes são prejudiciais (por exemplo, consumo de substâncias) ou, enquanto parceiros no desenvolvimento da intervenção, podem solicitar abordagens de intervenção que se tenham revelado potencialmente ineficazes ou mesmo nocivas (por exemplo, falar com um antigo consumidor de substâncias ou com um outro consumidor de substâncias). Pode também ser difícil avaliar a ética da intervenção antes da sua implementação (por exemplo, previsão de benefícios e danos). Por último, todos os princípios da prevenção estão, em certa medida, sujeitos a interpretação (por exemplo, o que constitui um benefício e para quem?) e as alterações na legislação relativa às drogas em alguns países (por exemplo, a posse de canábis) podem sugerir que alguns tipos de comportamento de consumo de substâncias são mais aceitáveis na sociedade do que outros.

Não existe uma resposta clara para todas as considerações ou conflitos de ordem ética que possam surgir no trabalho de prevenção, mas o debate e a reflexão sobre estes aspetos aumenta a sensibilização e facilita um diálogo aberto sobre a forma como podem afetar o trabalho de prevenção. A abordagem ética deve ser claramente evidente em todas as fases da intervenção. Os profissionais devem considerar o que é possível no âmbito da intervenção (por exemplo, se o consentimento por escrito não for possível, a obtenção de consentimento verbal pode ser suficiente) e prestar especial atenção a quaisquer questões específicas decorrentes da intervenção (por exemplo, questões de segurança familiar que têm de ser comunicadas a uma autoridade responsável). Devem também ter em conta que os diferentes parceiros (por exemplo, membros do pessoal, participantes, público em geral, governo) podem ter pontos de vista diferentes sobre o que é «ético». No entanto, os participantes devem estar sempre no centro das atenções (EMCDDA, 2011).





## PARTE I

# Conceitos gerais subjacentes a uma prevenção eficaz

### CAPÍTULO 1

**Epidemiologia — compreender a natureza  
e a extensão do consumo de substâncias**

### CAPÍTULO 2

**Bases da ciência da prevenção e de intervenções  
preventivas baseadas em evidência científica**

### CAPÍTULO 3

**Intervenções e políticas de prevenção  
baseadas em evidência científica**

### CAPÍTULO 4

**Monitorização e avaliação**

# 1

## | Índice

- 23 | **Consumo de substâncias na Europa**
- 26 | **Farmacologia e fisiologia**
- 29 | **Perturbações por consumo de substâncias**
- 31 | **O modelo etiológico**
- 34 | **Quadro de desenvolvimento a vários níveis**
- 36 | **Necessidade de serviços de apoio compreensivos e interdisciplinares durante as fases de desenvolvimento**



## CAPÍTULO 1

# Epidemiologia — compreender a natureza e a extensão do consumo de substâncias

As intervenções preventivas eficazes baseiam-se numa boa compreensão da natureza e da extensão do consumo de substâncias numa comunidade. Esta é habitualmente a função da epidemiologia do consumo de drogas. A OMS define a epidemiologia como o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou acontecimentos relacionados com a saúde (incluindo as doenças), do início do estado/acontecimento relacionado com a saúde ou da doença (incidência), dos casos existentes do estado/acontecimento relacionado com a saúde ou da doença (prevalência) e aplicação deste estudo ao controlo das doenças e de outros problemas de saúde <sup>(?)</sup>. Compreender a natureza e a extensão do consumo de substâncias é fundamental para intervir em programas de prevenção baseados em evidência científica e ajudará os profissionais da prevenção no seu trabalho.

Em relação aos esforços de prevenção, os dados epidemiológicos:

- ajudam-nos a compreender a forma como os estados relacionados com a saúde se distribuem entre uma população e os determinantes do problema de saúde em questão;
- identificam novos casos de um problema de saúde específico («incidência») e os níveis de consumo entre a população (prevalência);
- implicam a utilização de uma série de métodos de recolha de informações, incluindo sistemas de vigilância e inquéritos;
- incluem estudos analíticos para compreender os determinantes do problema de saúde.

(?) <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

Este capítulo analisará os tipos de dados disponíveis a partir de inquéritos epidemiológicos e estudos analíticos. Para clarificar algumas das causas e fatores que contribuem para o consumo de substâncias, analisaremos um modelo etiológico, que mostra como as influências ambientais interagem com características individuais para colocar as pessoas em maior ou menor risco de problemas de consumo de substâncias e outros comportamentos de risco. Neste contexto, teremos em conta o processo de socialização, que ajuda as crianças a adquirir atitudes, normas, crenças e comportamentos culturalmente aceites que as ajudam a ter sucesso na vida. Embora nos concentremos, neste caso, nas crianças e nos jovens, importa ter presente que a prevenção é importante ao longo de toda a vida e que os adultos também estão em risco devido a influências ambientais no comportamento.

## Consumo de substâncias na Europa

A prevenção do consumo de substâncias pode centrar-se numa ou em várias substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, nomeadamente:

- álcool;
- produtos do tabaco (incluindo cigarros eletrónicos);
- outras drogas, frequentemente ilícitas, incluindo canábis, anfetaminas e cocaína, ou drogas que são produzidas legalmente mas utilizadas exclusivamente pelos seus efeitos psicoativos ou não médicos (por exemplo, medicamentos autorizados e novas substâncias psicoativas).

As consequências negativas do seu consumo para a saúde e a sociedade e o impacto destas substâncias na sociedade são motivo de preocupação.

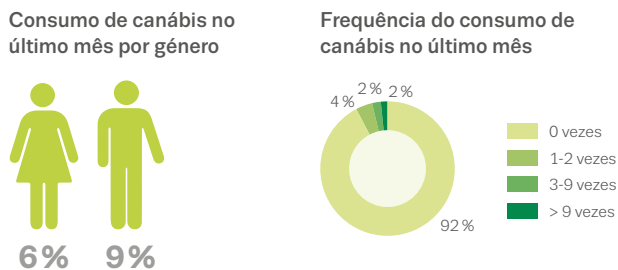
O Projeto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas (ESPAD) (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) informou que 83 % dos estudantes europeus consumiram álcool pelo menos uma vez ao longo da sua vida (figura 1). Metade dos alunos declarou ter consumido álcool pelo menos uma vez no último mês. Pouco menos de metade (47 %) dos alunos fumaram cigarros, 23 % dos alunos declararam fumar um ou mais cigarros por dia e 3 % fumaram mais de 10 por dia (EMCDDA, 2015). Também é interessante verificar que um em cada dez europeus (não apenas estudantes) tinha experimentado ou utilizado cigarros eletrónicos ou dispositivos semelhantes (Comissão Europeia, 2015).

O perfil do consumo de substâncias na Europa engloba atualmente um maior leque de substâncias do que no passado. Entre os consumidores de substâncias, o consumo de várias drogas é comum e os padrões individuais de consumo variam entre o consumo experimental e de curta duração e o consumo mais regular, consumo intensivo e dependência. Em relação a

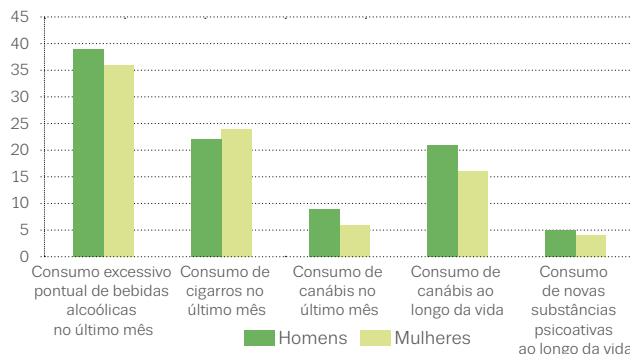
todas as substâncias, o consumo é normalmente mais elevado entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino, sendo esta diferença frequentemente mais vincada nos padrões de consumo mais intensivo ou mais regular. A prevalência do consumo de canábis é cerca de cinco vezes superior à do consumo de outras substâncias ilícitas. Embora o consumo de heroína e de outros opiáceos continue a ser relativamente raro, estas substâncias continuam a ser as mais comumente associadas às formas mais nocivas de consumo, incluindo o consumo de drogas injetáveis.

A análise dos padrões de consumo, declarados nos inquéritos nacionais à população em geral, também pode ser útil. Estima-se que mais de 92 milhões de pessoas, ou seja, um pouco mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos de idade da União Europeia, tenham experimentado substâncias ilícitas pelo menos uma vez durante as suas vidas. A experiência de consumo de substâncias verifica-se com mais frequência no sexo masculino (56 milhões) do que no feminino (36,3 milhões). A canábis é a substância ilícita mais experimentada (53,5 milhões de homens e 34,3 milhões de mulheres), seguida da cocaína, que apresenta estimativas de consumo ao longo da vida muito inferiores (11,8 milhões de homens e 5,2 milhões de mulheres),

FIGURA 1  
Prevalência do consumo de substâncias nos alunos das escolas europeias



Consumo de substâncias (percentagens)

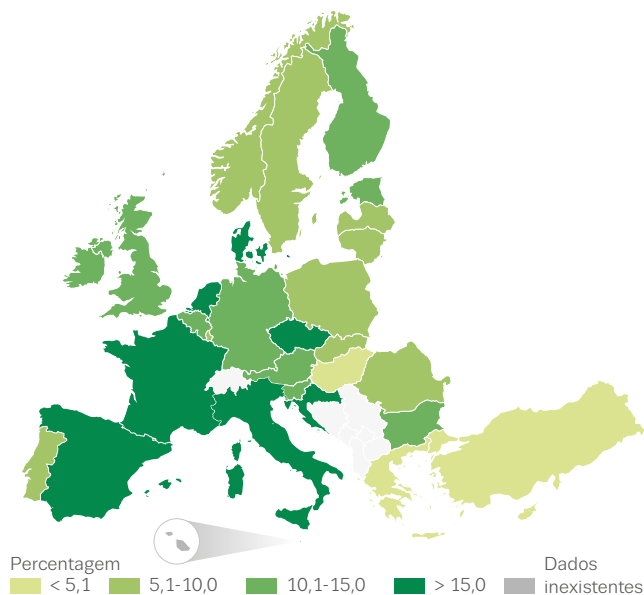


Nota: Com base nos dados dos 23 Estados-Membros da UE e da Noruega que participaram na ronda de 2015 do ESPAD.

Fonte: EMCDDA, 2017a

da 3,4-metilenodioximetilamfetamina (MDMA; 9 milhões de homens e 4,5 milhões de mulheres) e das anfetaminas (8 milhões de homens e 4 milhões de mulheres). Os níveis de consumo de canábis ao longo da vida variam consideravelmente entre países, de cerca de 41 % dos adultos em França para menos de 5 % em Malta (figura 2). Os valores referentes ao consumo de substâncias no ano anterior permitem avaliar o consumo recente de substâncias e revelam que o consumo atinge principalmente a população adulta jovem. Estima-se que 18,9 milhões de jovens adultos (15-34 anos) na Europa tenham consumido substâncias no último ano, com uma proporção de dois para um entre os consumidores do sexo masculino e do sexo feminino.

FIGURA 2  
**Prevalência do consumo de canábis no último ano entre jovens adultos (15-34 anos): dados mais recentes**



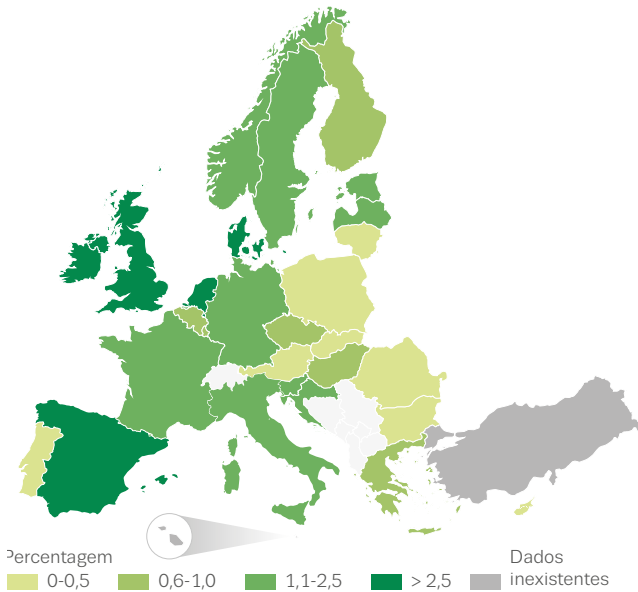
Fonte: EMCDDA, 2018a

A canábis é a substância ilícita mais suscetível de ser consumida em todas as faixas etárias. É geralmente fumada e, na Europa, normalmente misturada com tabaco. Os padrões de consumo de canábis vão do ocasional ao regular e à dependência. Estima-se que 87,6 milhões de adultos europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, ou 26,3 % deste grupo etário, tenham consumido canábis pelo menos uma vez nas suas vidas. Destes, estima-se que 17,2 milhões de jovens europeus com idades compreendidas entre 15 e 34 anos, ou 14,1 % deste grupo etário, 9,8 milhões dos quais com idades compreendidas entre 15 e 24 anos (17,4 % da faixa etária entre 15 e 34 anos), tenham consumido canábis no último ano. As taxas de prevalência no último ano na faixa etária dos 15 aos 34 anos variam entre 3,5 % na Hungria e 21,5 % em França. Entre os jovens que consumiram canábis no último ano, verificou-se uma proporção de dois consumidores do sexo masculino para cada um do sexo feminino.

A cocaína é o estimulante ilícito mais consumido na Europa e o seu consumo é mais prevalente nos países do sul e do ocidente (figura 3). Em traços gerais, podem distinguir-se duas categorias de consumidores regulares: os mais bem integrados socialmente, que frequentemente inalam cocaína em pó (cloridrato de cocaína), e os marginalizados, que consomem cocaína injetável ou fumam *crack* (cocaína base), por vezes juntamente com o consumo de opiáceos. Estima-se que 17 milhões de adultos europeus com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, ou 5,1 % deste grupo etário, tenham experimentado cocaína em algum momento das suas vidas. Destes, cerca de 2,3 milhões de jovens adultos com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos (1,9 % deste grupo etário) terão consumido esta substância no último ano (EMCDDA, 2018a).

FIGURA 3

**Prevalência do consumo de cocaína no último ano entre jovens adultos (15-34 anos): dados mais recentes**



Fonte: EMCDDA, 2018a

Todas as substâncias podem ser nocivas devido a efeitos tóxicos a curto e a longo prazo, mas, uma vez que não existe controlo de qualidade no fabrico e na venda de substâncias ilícitas, o seu consumo comporta riscos adicionais. Nos últimos anos, registou-se um aumento da disponibilidade de substâncias psicoativas e drogas ilícitas novas e/ou inovadoras, potentes, adulteradas e contaminadas, o que aumentou o risco de ocorrência de resultados nocivos. Também podem ser introduzidos contaminantes nas drogas como subprodutos de processos de fabrico, fornecimento e armazenamento de má qualidade, e estes podem incluir microrganismos e outros agentes biológicos e infecciosos. É possível acrescentar deliberadamente adulterantes às preparações das drogas, a fim de alterar os seus efeitos, aumentar o peso de

venda dos produtos ou dissimular uma diminuição da potência (por exemplo, o acréscimo de anestésicos locais para imitar os efeitos de entorpecimento da cocaína). Podem também ser utilizados produtos químicos não psicoativos (mas potencialmente tóxicos) para aumentar o volume da droga, a fim de permitir reduções na quantidade do ingrediente ativo e, assim, aumentar o lucro dos vendedores. No entanto, outros efeitos nocivos das drogas podem ser imprevisíveis e surgir devido a diferenças biológicas individuais subjacentes ou ser afetados por problemas de saúde coexistentes, fatores socioeconómicos ou comportamentos relacionados com a droga, tais como o local onde a droga é consumida, a via de administração e a higiene na administração (por exemplo, partilha de equipamento e outros riscos associados à injeção).

O EMCDDA publica relatórios anuais sobre as tendências e a evolução do consumo de substâncias na Europa. Publica igualmente relatórios nacionais sobre as drogas (*Country Drug Reports*), que fornecem os dados mais recentes sobre o consumo de substâncias nos Estados-Membros da UE, na Turquia e na Noruega. Todas as publicações estão disponíveis em [www.emcdda.europa.eu/publications](http://www.emcdda.europa.eu/publications).

## Farmacologia e fisiologia

A compreensão da ciência subjacente ao consumo de substâncias e aos resultados nocivos (incluindo perturbações por consumo) deverá ajudar os profissionais da prevenção a perceber a importância de abordar precocemente o consumo de substâncias e os problemas associados através de intervenções preventivas baseadas em evidência científica. Esta informação ajudará também os responsáveis políticos e decisores a compreenderem que as várias intervenções preventivas compreensivas destinadas às famílias, aos jovens e aos meios laborais são essenciais para combater o consumo de substâncias e as suas consequências. Além disso, esta compreensão reforça a necessidade de definir programas de prevenção no âmbito de um quadro de desenvolvimento com intervenções específicas para todas as faixas etárias.

## Consumo de substâncias

Em geral, quando falamos de uma substância neste currículo europeu, referimo-nos a um produto químico que altera a estrutura ou o funcionamento biológicos quando administrado e absorvido. Concentramo-nos nas substâncias psicoativas, sobretudo as que afetam sentimentos, percepções, processos de raciocínio e/ou comportamentos. As substâncias psicoativas produzem estes efeitos porque alteram o funcionamento do sistema nervoso. As pessoas que estudam a forma como as substâncias afetam o comportamento e os processos psicológicos são designadas por psicofarmacologistas. O estudo do efeito das substâncias nos sistemas vivos é a farmacologia.

As substâncias demoram tempos diferentes a decompor-se (metabolizar) e ser eliminadas do organismo. O tempo necessário para eliminar metade da dose original de uma substância do organismo é designado por semivida. A semivida de uma substância afeta a duração dos seus efeitos e o tempo necessário para ser completamente eliminada do organismo. Quando uma pessoa deixa de consumir uma substância, pode ser importante conhecer a semivida da substância para saber quanto tempo levará a pessoa a eliminar completamente a substância do seu organismo.

Há outros fatores, além da semivida da substância, que afetam o tempo necessário para a sua metabolização. A idade, o sexo, o consumo de outras substâncias, o período durante o qual a pessoa consumiu regularmente a substância e a quantidade que é regularmente consumida afetam a forma como o organismo absorve, metaboliza e elimina as substâncias psicoativas. Se uma pessoa consumir uma substância frequentemente e de forma intensiva, esta pode ser metabolizada e eliminada mais rapidamente. As crianças de tenra idade e os adultos mais velhos metabolizam e eliminam as substâncias mais lentamente do que os adultos jovens e de meia idade. Em geral, as mulheres são mais sensíveis aos efeitos das drogas do que os homens, devido a diferenças em fatores como o tamanho, a gordura corporal e a função hepática.

Foram realizadas tentativas para classificar as substâncias psicoativas com base nos seus efeitos farmacológicos e psicofarmacológicos. Não existe um sistema de classificação único e universalmente aceite, mas as drogas podem ser agrupadas em termos gerais da seguinte forma:

- Os estimulantes do sistema nervoso central (SNC) — por exemplo, anfetaminas, cocaína, modafinilo, nicotina, cafeína — aumentam a atividade do SNC. Tendem a aumentar a frequência cardíaca e respiratória, proporcionam uma sensação de euforia e excitação e, em alguns casos, aumentam as sensações de sociabilidade.
- Os empato géneos (por vezes conhecidos como entactogéneos) — por exemplo, MDMA, mefedrona, 6-APB — têm efeitos estimulantes, mas também produzem experiências de ligação emocional e empatia com outros. Dependendo da droga e da dose, podem também ter efeitos psicadélicos.
- Os psicadélicos — por exemplo, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), dimetilriptamina (DMT), psilocibina, mescalina — provocam alterações acentuadas no raciocínio, nas percepções sensoriais e nos estados de consciência.
- Os dissociativos — por exemplo, cetamina, óxido nitroso, dextrometorfano (DXM), fenciclidina (PCP) — provocam alterações nas percepções sensoriais e produzem sensações de desconexão (dissociação) em relação ao ambiente, aos outros e à própria pessoa que os consome.
- Os canabinoides — por exemplo, a canábida — têm efeitos desejados, incluindo um estado de relaxamento e melhorias no humor, com ligeiras alterações sensoriais.
- Os depressores do SNC — por exemplo, álcool, benzodiazepinas, gama-hidroxi butirato (GHB) — deprimem ou reduzem a excitação ou estimulam o sistema nervoso para induzir sono e relaxamento e reduzir a ansiedade. Os depressores do SNC, como o álcool, provocam melhorias no humor e na sociabilidade.
- Os opiáceos — por exemplo, heroína, morfina, tramadol — provocam relaxamento e, por vezes, melhorias no humor. São utilizados clinicamente como analgésicos (para aliviar a dor) e, por vezes, esta é também a origem do consumo não médico.

Dada a gama crescente de novas substâncias psicoativas consumidas, listas como esta nunca estarão completas e os profissionais da prevenção podem ter dificuldade em manter atualizados os seus conhecimentos sobre as diferentes substâncias. No entanto, existe uma série de ferramentas disponíveis em linha, como a Drugs Wheel <sup>(4)</sup>, que fornecem informações sobre a gama de drogas em diferentes classes.

É importante ter presente que o facto de uma substância ser legal não a torna mais segura do que uma substância ilegal. Em geral, a legalidade de uma substância resulta mais das tradições, da cultura e de fatores políticos ou religiosos do que do facto de a substância ser mais ou menos nociva do que outra. O álcool e o tabaco são bons exemplos disso. Algumas previsões indicam que o consumo de tabaco irá provocar anualmente mais de 8 milhões de mortes a nível mundial em 2030. De acordo com a OMS <sup>(5)</sup>, em 2018, cerca de 3 milhões de mortes, ou seja, 5,3 % de todas as mortes a nível mundial, eram imputáveis ao consumo de álcool.

A forma como uma substância é consumida é designada por método ou via de administração. As substâncias psicoativas podem entrar no organismo através de diferentes vias de administração, incluindo (mas não exclusivamente) oralmente/deglutição; cheirar/aspirar (inalação pelo nariz, por vezes designada por insuflação); fumar; inalação de fumos ou vapores; injeção intramuscular (injeção num músculo); injeção subcutânea (injeção da substância imediatamente sob a pele); injeção endovenosa (injeção da substância numa veia); tópica (aplicação da substância na camada superior da pele); e sublingual (dissolver a substância sob a língua e absorvê-la através dos tecidos da boca). A via de administração é importante porque afeta a rapidez com que a substância chega ao cérebro; quanto mais rapidamente a substância atingir o cérebro, maior e mais reforçador será o seu efeito. A administração endovenosa é mais rápida do que as formas de inalar ou fumar, que, por sua vez, são vias mais rápidas do que a administração oral.

A velocidade de transição do primeiro consumo de substâncias para problemas como as perturbações por consumo de substâncias (analisadas na secção seguinte do presente capítulo) é complexa e determinada por fatores como a idade de início, a substância consumida e as experiências de consumo, a exposição a intervenções e ambientes preventivos e a influência de fatores de risco e de proteção, como os analisados mais adiante neste capítulo. Os investigadores em prevenção descreveram esta transição de diferentes formas através do desenvolvimento de modelos de transição no consumo de substâncias. Embora nenhum modelo seja aplicável a todos os consumidores de substâncias, os modelos ajudam-nos a refletir sobre a forma como o consumo de substâncias pode evoluir de um consumo pontual e experimental para um consumo mais regular e desordenado. O modelo desenvolvido por Piazza e Deroche-Gamonet (2013) é aqui apresentado a título de exemplo geral. O modelo é aplicável a muitos padrões comportamentais de consumo de substâncias, embora se centre em interesses sociais e recreativos associados ao consumo de substâncias. Para outras pessoas, as razões iniciais para o consumo de substâncias podem não ser recreativas; algumas pessoas podem, por exemplo, automedicar-se no caso de uma doença psiquiátrica ou física não tratada ou consumir substâncias de forma diferente da indicada na receita médica. Piazza e Deroche-Gamonet explicam que a transição para perturbações por consumo de substâncias pode decorrer em três fases. As três fases são consecutivas, mas independentes — a entrada numa fase é necessária mas não é suficiente para avançar para a fase seguinte, uma vez que tal implica vulnerabilidades individuais específicas.

1. No consumo recreativo e esporádico, a utilização é moderada e esporádica, sendo ainda uma das muitas atividades recreativas da pessoa.
2. Num consumo intensificado, sustentado e aumentado, o consumo da substância intensifica-se, torna-se mais sustentado e frequente e torna-se a principal atividade recreativa da pessoa. Embora o funcionamento social e pessoal comece a diminuir, o comportamento ainda está, em

<sup>(4)</sup> <http://www.thedrugswheel.com/>

<sup>(5)</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

## QUADRO 1

## Comparação dos critérios CID-11 e DSM-5 para perturbações por consumo de substâncias

Critério	CID-11	DSM-5
Substâncias consumidas em quantidades superiores ou durante mais tempo do que o previsto	✓	✓
Desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir o consumo de substâncias		✓
Necessidade compulsiva ou forte vontade de consumir substâncias		✓
Muito tempo ocupado com o consumo de substâncias e a recuperação do consumo de substâncias	✓	✓
Tolerância aos efeitos da substância	✓	✓
Sintomas de abstinência		✓
Atividades sociais, profissionais e outras afetadas pelo consumo de substâncias		✓
Continuação do consumo de substâncias apesar dos problemas sociais recorrentes causados pelo mesmo		✓
Continuação do consumo de substâncias apesar de problemas físicos ou psicológicos relacionados com o mesmo		✓
Continuação do consumo de substâncias que conduz ao incumprimento de obrigações essenciais da sua função	✓	✓
Consumo recorrente de substâncias apesar de problemas jurídicos	✓	
Consumo recorrente de substâncias em situações perigosas	✓	✓
Família prejudicada pelo facto de a pessoa consumir substâncias	✓	

grande medida, organizado e a pessoa consegue desempenhar a maior parte das suas funções e responsabilidades.

- Devido à perda de controlo no consumo de drogas e ao desenvolvimento de uma perturbação por consumo de substâncias, as atividades relacionadas com a substância passam a ser o principal objeto de atenção da pessoa.

## Perturbações por consumo de substâncias

A maioria das pessoas que consomem substâncias psicoativas fazem-no sem sofrer danos severos relacionados com o consumo. No entanto, alguns consumidores de substâncias têm problemas relacionados com o consumo que prejudicam significativamente a sua saúde, o seu funcionamento social e o seu bem-estar. Estes problemas são conhecidos por *perturbações por consumo de substâncias*. Esta expressão substituiu termos desatualizados, como «abuso» ou «dependência», que eram difíceis de definir e caíram em desuso

devido à mudança de atitudes da sociedade <sup>(6)</sup>. A medição e o diagnóstico destas perturbações por consumo de substâncias mudaram ao longo do tempo, mas atualmente utilizam-se dois grandes sistemas de classificação, publicados pela OMS (Classificação Internacional de Doenças ou CID-11) e pela American Psychiatric Association (o *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* ou DSM-5). Existem algumas diferenças entre os dois sistemas, mas estes contêm critérios comuns, tais como o consumo de substâncias em quantidades maiores ou por mais tempo do que o previsto, a priorização do consumo de substâncias em detrimento de outras atividades e funções sociais e a continuação do consumo de substâncias apesar das evidências de que está a causar danos à pessoa (por exemplo, danos físicos e psicológicos). O quadro 1 apresenta os tipos de critérios incluídos nos dois sistemas de classificação.

<sup>(6)</sup> Reconhecemos e respeitamos o facto de algumas pessoas valorizarem a utilização do termo «dependência» quando se autotransferem, mas desincentivamos a sua utilização pelos profissionais da prevenção.

Tal como indicado no quadro 1, o DSM-5 inclui um total de 11 critérios, e é necessário que uma pessoa cumpra dois destes critérios para ser classificada como tendo uma perturbação ligeira por consumo de substâncias; o cumprimento de mais critérios implica que a perturbação por consumo seja classificada como moderada ou grave.

A CID-11 refere-se a perturbações por consumo de substâncias, mas estabelece uma distinção entre o consumo nocivo de substâncias (um padrão de consumo de substâncias que causa danos à saúde física ou mental, incluindo a dos familiares) e a dependência, que inclui quatro critérios principais (necessidade compulsiva e dificuldade em controlar o consumo; consumo persistente apesar das consequências adversas; tolerância; abstinência). As pessoas têm de cumprir, pelo menos, dois critérios para serem classificadas como dependentes. Para satisfazer os critérios de consumo nocivo, deve estar presente pelo menos um aspeto nocivo, sem estarem preenchidos os critérios de dependência.

As intervenções preventivas desempenham um papel significativo na redução das possibilidades de progressão para o consumo problemático de substâncias. Embora estes dois sistemas de classificação sejam instrumentos especialistas úteis, é importante recordar que as pessoas podem enfrentar problemas relacionados com o seu consumo de substâncias mesmo que não cumpram estes limiares clínicos. A maioria dos grupos-alvo da prevenção não está em risco imediato de perturbações por consumo de substâncias, mas é suscetível a outros danos, tais como danos para a saúde e psicológicos, problemas com as autoridades policiais, abandono escolar ou comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias (por exemplo, correr riscos sexuais, entrar num automóvel com um condutor embriagado). Estes problemas podem ser igualmente severos e importantes e podem afetar qualquer pessoa que consuma substâncias.

## Problemas de saúde causados pelo consumo de substâncias

De acordo com o estudo «Global Burden of Disease» [O peso global das doenças] da OMS, as perturbações por consumo de álcool contribuem para cerca de 10 % dos anos de vida saudáveis perdidos todos os anos devido a doenças e riscos, tanto nos jovens como nos adultos (Degenhardt et al., 2013).

Estas perturbações incluem os problemas diretamente relacionados com o consumo de álcool (ver acima «Perturbações por consumo de substâncias»), bem como as perturbações que se verificou estarem associadas ao consumo de álcool, como a síndrome alcoólica fetal.

No entanto, décadas de investigação demonstraram que existem outras doenças e lesões que se verificou estarem relacionadas com o consumo de álcool, quer para o consumidor quer para terceiros. Tal inclui perturbações neuropsiquiátricas, doenças gastrointestinais, cancro, consumo intensivo de álcool, perturbações associadas ao suicídio e à violência, ferimentos não intencionais, como acidentes de viação, quedas, afogamento e envenenamento, doenças cardiovasculares, síndrome alcoólica fetal e nascimento prematuro, e diabetes. O consumo regular de álcool tem estado fortemente associado a sete tipos diferentes de cancro, estimando-se que, em 2016, 6,2 % de todas as mortes por cancro na Europa tenham estado relacionadas com o consumo de álcool (OMS, 2018).

A relação entre o tabagismo e os problemas de saúde está bem documentada. O tabaco mata até metade dos seus consumidores, mais de 7 milhões de pessoas por ano, estimando-se que, até 2030, se registem anualmente 8 milhões de mortes a nível mundial em consequência do tabagismo (7). Foi demonstrado que o tabagismo provoca doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, dificuldades

(7) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>



de concepção e parto prematuro, baixo peso à nascença e baixa densidade óssea. Além deste risco acrescido de problemas de saúde para os fumadores, os estudos concluíram que as pessoas expostas ao fumo passivo devido ao consumo de produtos do tabaco enfrentam graves problemas de saúde, em especial os familiares e os colegas de trabalho dos fumadores.

Sabe-se que o consumo de substâncias psicoativas contribui para o peso global das doenças. As estimativas da OMS sugerem que, a nível mundial, as perturbações por consumo de substâncias são a sexta causa principal de anos de vida saudável perdidos em pessoas com menos de 25 anos de idade. Há problemas de saúde crónicos e agudos associados ao consumo de substâncias, que são agravados por vários fatores como as propriedades das substâncias, a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que as substâncias são consumidas. Nos problemas crónicos, incluem-se a dependência e as doenças infecciosas relacionadas com as substâncias. Por outro lado, as *overdoses* são o problema mais visível dos danos agudos. Apesar de relativamente raro, o consumo de opiáceos continua a ser responsável por uma grande parte dos casos de morbilidade e mortalidade associados ao consumo de substâncias. O consumo de substâncias injetáveis constitui também um exponenciador dos riscos. Em comparação, apesar de os problemas de saúde associados ao consumo de canábis serem claramente menores, a prevalência elevada do consumo desta substância pode ter implicações na saúde pública. A variação do teor e da pureza das substâncias agora ao dispor dos consumidores aumenta os danos potenciais e cria um ambiente problemático para as respostas aos problemas de consumo de substâncias (EMCDDA, 2017b).

O consumo de substâncias também representa um encargo para a sociedade. Se a saúde, a segurança e o bem-estar dos jovens não forem abordados, os resultados adversos do consumo de substâncias podem diminuir a produtividade da mão de obra e são dispendiosos para os serviços de

saúde, sociais e de justiça penal. Em muitos casos, os custos financeiros da prestação destes serviços são mais elevados para a sociedade do que os custos da realização de programas eficazes de prevenção e tratamento.

## O modelo etiológico

Etiologia é um termo médico que descreve as causas ou origens de doenças ou de outras perturbações e os fatores que as suscitam ou que predispõem as pessoas para as mesmas. A etiologia é importante para a prevenção, uma vez que ajuda a identificar os fatores ou mecanismos associados ao aparecimento de um problema de saúde ou social, como um problema associado ao consumo de substâncias. Os programas de prevenção podem depois ser concebidos ou escolhidos de forma a dar resposta a estes fatores.

O conceito de fatores de risco e de proteção para o consumo de substâncias foi universalmente acolhido e, nas últimas duas décadas, tem servido de base para as intervenções preventivas. Os fatores de proteção, ou os fatores que reduzem a vulnerabilidade das pessoas, são características que compensam ou atenuam o impacto dos fatores de risco existentes.

Em geral, os fatores de risco são definidos como medidas de comportamento ou de funcionamento psicossocial (incluindo atitudes, crenças e personalidade) que se considera estarem associadas a um risco acrescido de consumo de substâncias. Incluem:

- fatores contextuais — por exemplo, leis e normas favoráveis a comportamentos de consumo de substâncias, incluindo os relacionados com a comercialização e a disponibilidade, a privação económica e a desorganização da vizinhança;
- fatores individuais e interpessoais — por exemplo, predisposição genética e outras medidas fisiológicas, antecedentes familiares de consumo de substâncias

e atitudes a favor do consumo de substâncias, gestão familiar deficiente/incoerente, conflitos familiares e vínculos familiares precários (Hawkins et al., 1992).

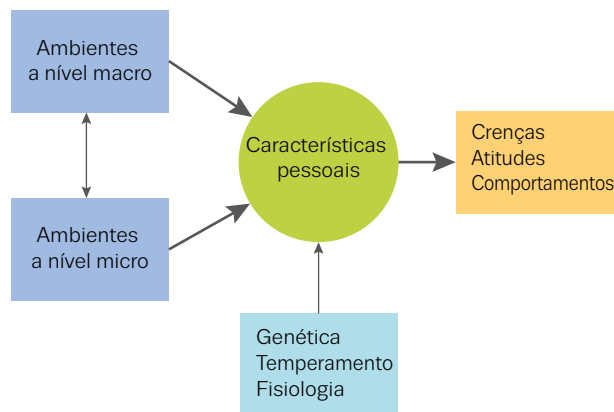
Embora os fatores contextuais (por exemplo, leis e normas, disponibilidade, pares) desempenhem um papel significativo no início do consumo de substâncias, os fatores individuais e interpessoais, em especial os fatores fisiológicos, neurológicos e genéticos, têm uma influência importante na progressão para padrões mais regulares de consumo de substâncias, consumo nocivo de substâncias e perturbações por consumo de substâncias (Glantz e Pickens, 1992).

No entanto, estudos mais recentes consideram os fatores de risco e de proteção como indicadores de outros mecanismos de desenvolvimento suscetíveis de aumentar a vulnerabilidade individual ao consumo de substâncias, sendo a interface da vulnerabilidade individual com os ambientes a nível micro (por exemplo, interações sociais e interpessoais) e macro (por exemplo, fatores comunitários, institucionais e societais) que coloca a pessoa em risco ou a protege da participação em comportamentos de risco, como o consumo de substâncias.

O consumo de substâncias começa geralmente no final da infância e na adolescência. Trata-se de um processo que inclui muitas vias diferentes e não tem uma causa simples, sendo principalmente impulsionado por decisões influenciadas por fatores biológicos internos e fatores externos, ambientais e sociais. A teoria do desenvolvimento constitui um enquadramento importante para a compreensão destes processos. Cada fase de desenvolvimento, desde a primeira infância até à idade adulta, está associada ao aumento da capacidade intelectual, das competências linguísticas e do funcionamento cognitivo, emocional e psicológico, bem como à aquisição permanente de competências sociais e de controlo de impulsos pessoais (ver anexo 2). Qualquer disrupção significativa deste crescimento pode levar ao desenvolvimento de perturbações, como problemas

FIGURA 4

O modelo etiológico



Fonte: Com base em UNODC, 2013

devido ao consumo de substâncias, através da interação com outros acontecimentos ou fatores ambientais.

Os estudos sobre as origens de comportamentos de risco, como o consumo de substâncias, mostram que o início do consumo de substâncias implica uma interação entre características pessoais individuais, como a predisposição genética, o temperamento e o tipo de personalidade, as diferenças no modo como se vê, ouve e «sente» o ambiente circundante ou as pessoas, e experiências externas à pessoa. O modelo etiológico (figura 4) mostra estas interações, que são bidirecionais tanto a nível micro como macro. Este modelo servirá de base às análises sobre as causas do consumo de substâncias em cada capítulo.

À medida que as crianças crescem, os seus ambientes alargam-se, passando de uma interação a nível micro, por exemplo, com familiares, pares e a escola, para ambientes a nível macro, incluindo ambientes físicos e sociais (ou seja, a vizinhança e a sociedade e a sua condição física, bem como as atitudes, as crenças e os comportamentos dos seus residentes).

Ao longo da vida, as pessoas passam por momentos muito importantes desde o nascimento, incluindo o início da escolaridade, o começo da puberdade, a realização de escolhas profissionais, o início de uma relação e a parentalidade. Em cada fase, são guiadas ou influenciadas pelas suas famílias, escolas, laços religiosos, clubes desportivos, organizações de jovens e pares, que constituem os seus ambientes a nível micro, e a sociedade em que vivem, que constitui o seu ambiente a nível macro. Quando não conseguem atingir objetivos de desenvolvimento importantes, as crianças ficam vulneráveis a atrasos nos objetivos de desenvolvimento subsequentes e são mais suscetíveis de adotar comportamentos inseguros e pouco saudáveis. A consecução destes objetivos de desenvolvimento é influenciada pelas interações das pessoas com os seus ambientes a nível micro e macro à medida que crescem, pelo que as intervenções preventivas se centram na resposta às vulnerabilidades dentro destes ambientes a nível micro e macro.

A socialização das crianças é uma das funções mais importantes da família, da escola e do ambiente, e os agentes de socialização, como os professores ou os pais e avós, desempenham um papel importante. As crianças têm de aprender as atitudes, os valores morais e os comportamentos aceitáveis da sua cultura para se tornarem adultos avessos ao risco.

Estes fatores ambientais a nível micro e macro podem servir para proteger as pessoas do risco ou aumentar o risco para as pessoas vulneráveis. A relação funciona em ambos os sentidos. Por exemplo, uma criança desenvolve um temperamento difícil pouco depois do nascimento e tem dificuldade em adaptar-se ao mundo que a rodeia. A criança pode ser considerada «irrequieta» e exigir atenção. Se os pais tiverem dificuldades em lidar com esta criança, é possível que ela tenha problemas em ajustar-se a novos ambientes à medida que cresce, nomeadamente na escola, com os seus pares e no meio laboral. No entanto, se os pais desenvolverem as competências necessárias para gerir esta criança de forma adequada e

compreensiva, reforçam o seu potencial para uma adaptação mais fácil a esses ambientes.

O mesmo se aplica ao impacto da interação entre o ambiente a nível macro e a pessoa. Considere-se, por exemplo, uma outra criança que é chegada aos pais, mas que vive num bairro pobre com muitas casas abandonadas. O nível de desemprego é elevado, existe uma elevada densidade de lojas que vendem álcool e tabaco e, durante o dia, jovens de ambos os sexos passam tempo na rua, por vezes a consumir substâncias. A criança tem de passar por estes jovens a caminho da escola. Apesar de ter pais afetuosos e compreensivos, a criança pode acabar por se juntar ao grupo e ficar exposta a oportunidades de consumo de substâncias.

Uma outra interação que pode afetar pessoas vulneráveis é o impacto que o ambiente a nível macro pode ter no ambiente a nível micro. Alguns estudos sugeriram que tal pode conduzir a um aumento ou a uma diminuição do consumo de drogas por parte das populações e das pessoas. Estudos realizados na Europa sugerem que, após a crise económica de 2008, por cada aumento de 1 % das taxas de desemprego regional, houve um aumento de 0,7 % no consumo de canábis pelos jovens (Ayllón e Ferreira-Batista, 2018). A nível individual, as pessoas podem ter menos rendimento disponível, como salários ou mesadas para gastar em substâncias, mas, quando as taxas de desemprego aumentam em consequência de uma crise económica, as pessoas podem recorrer à automedicação devido à maior probabilidade de desemprego ou à falta de oportunidades no mercado de trabalho local. Esta situação provoca um aumento do consumo de substâncias. Se os postos de trabalho forem escassos e os salários forem mais baixos, o tempo gasto a consumir drogas em vez de trabalhar ou de procurar emprego tem menos impacto a nível da exclusão social do que se existissem muitos postos de trabalho disponíveis e os salários fossem mais elevados. Além disso, por vezes, um ou ambos os pais têm de trabalhar fora da zona de residência ou

no estrangeiro e não estão disponíveis com regularidade para atender aos seus filhos. Se não forem supervisionadas por um adulto responsável e afetuoso, estas crianças podem encontrar conforto em grupos que consomem substâncias.

Nenhum fator isolado é suficiente para levar ao consumo de substâncias ou ao desenvolvimento de padrões de consumo mais arriscados. É provável que haja alguma conjugação crítica do número e tipo de influências e experiências que leve a pessoa a atravessar algum limiar de responsabilidade, a começar a consumir substâncias e a evoluir para uma perturbação por consumo de substâncias. O limiar pode ser atingido por qualquer número de combinações destes fatores, que podem ser únicas para cada pessoa.

O processo de socialização é utilizado na prevenção baseada em evidência científica. Há tipos específicos de intervenções preventivas que visam as pessoas diretamente ou através dos seus ambientes. Isto significa que as intervenções se destinam a alterar diretamente as crenças, as atitudes e os comportamentos da pessoa (por exemplo, intervenções escolares que ensinam competências de resistência aos pares), ajudar os agentes de socialização a melhorar as suas competências (por exemplo, melhorando as competências parentais ou pedagógicas) ou modificar o contexto da pessoa para dificultar a participação em comportamentos de risco (por exemplo, solicitar comprovativo de idade para impedir os jovens menores de terem acesso ao álcool). O processo de socialização torna-se a influência positiva que supera as exposições negativas e serve de força principal na prevenção baseada em evidência científica. A investigação demonstrou que é possível ajudar os jovens a tomar decisões adequadas para a sua saúde e bem-estar no que diz respeito ao consumo de substâncias, e esse continua a ser o objetivo da prevenção.

Estas intervenções preventivas são também concebidas para ajudar os profissionais da prevenção a tornarem-se eles próprios agentes de socialização, através da interação direta

com os grupos-alvo no processo de socialização ou da formação de agentes de socialização essenciais, como pais e professores, a fim de melhorar as suas competências de socialização (por exemplo, parentalidade, gestão de salas de aula).

## Quadro de desenvolvimento a vários níveis

Este quadro de desenvolvimento a vários níveis salienta a forma como a vulnerabilidade ao risco de uma pessoa ou os riscos a que a pessoa está exposta podem resultar da interação entre características pessoais e ambientais. Mais especificamente, define os fatores de risco que são essenciais para o quadro.

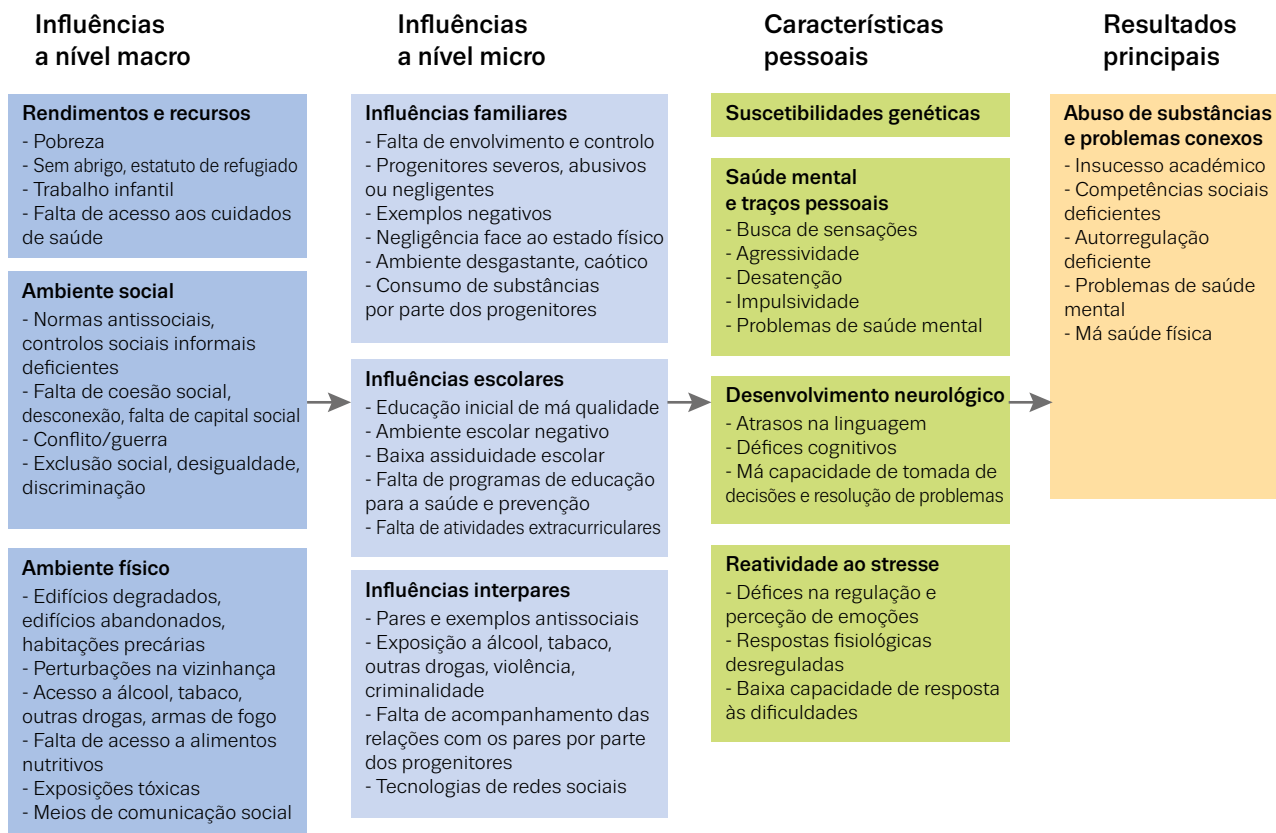
No início deste capítulo, analisámos a vulnerabilidade dos jovens com fortes influências negativas. Estas influências negativas são fatores de risco, nomeadamente as características individuais (psicológicas), ambientais ou sociais que aumentam a probabilidade de resultados negativos. Os fatores de risco, incluindo o consumo de substâncias, podem variar entre grupos etários no que se refere à sua natureza e influência. Os fatores de risco podem ter efeitos cumulativos, mas também são afetados por influências a nível macro e micro, características pessoais e ambientes familiares, escolares, laborais e comunitários.

As intervenções preventivas eficazes abordam os fatores de risco antes do aparecimento de comportamentos de risco. A figura 5 apresenta exemplos de fatores de risco com origem em cada um destes ambientes, que podem ser abordados através de intervenções preventivas.

Os fatores de proteção, ou os fatores que reduzem a vulnerabilidade das pessoas, são características que compensam ou atenuam o impacto dos fatores de risco existentes. Por outras palavras, os fatores de proteção reduzem a vulnerabilidade dos jovens. Seguem-se alguns exemplos de fatores de proteção com origem em cada nível:

FIGURA 5

Fatores de risco que podem ser abordados por intervenções preventivas



Fonte: Com base em UNODC, 2013

- no caso das pessoas, ter um temperamento equilibrado e autorregulação;
- no caso das famílias, estabelecimento de vínculos com cuidadores;
- no caso das escolas, competências pró-sociais, desenvolvimento (por exemplo, tomada de decisões e resolução de problemas) e participação na educação;
- no caso das comunidades, qualidade do ensino e outros fatores relacionados com a escola e normas comunitárias positivas.

As intervenções baseadas em evidência científica executadas numa determinada fase de desenvolvimento podem influenciar as fases de desenvolvimento posteriores e até produzir efeitos a mais longo prazo. Este «efeito em cascata» ajuda a produzir resultados positivos em fases posteriores da vida adulta. Por outras palavras, um resultado positivo pode ter repercussões noutros domínios da vida e criar uma dinâmica que proporcione proteção complementar contra futuros fatores de risco. Por exemplo, os efeitos de uma das intervenções baseadas em

evidência científica no documento sobre as normas do UNODC, o *Good Behaviour Game* (GBG, ou Jogo do Bom Comportamento), revelaram que a intervenção não só resultou numa redução do consumo de substâncias, como também se traduziu numa redução a longo prazo dos problemas de saúde mental ao longo da vida.

Ficou demonstrado que as intervenções baseadas em evidência científica destinadas a prevenir o consumo de substâncias nos jovens não só reduzem a probabilidade de consumo de substâncias em fases posteriores da vida, mas também têm efeitos positivos em resultados não previstos. A investigação sobre o programa «Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14» [Programa de reforço das famílias para pais e jovens dos 10 aos 14 anos], por exemplo, também demonstrou (através de aplicações nos EUA) que se produziram resultados não previstos, incluindo reduções da atividade criminosa, depressão, ansiedade e comportamentos sexuais de risco para a saúde, bem como melhores resultados escolares. Os «efeitos cruzados», como o sucesso escolar e a redução dos problemas de comportamento, contribuem para aumentar os benefícios económicos e para a saúde pública da comunidade.

Resumindo, os estudos epidemiológicos e etiológicos ajudam os profissionais da prevenção a considerar e a decidir:

- onde centrar as intervenções preventivas, que podem mesmo ser necessárias numa zona geográfica específica;
- quais as substâncias a visar — para algumas populações, o álcool e os produtos do tabaco podem ser mais problemáticos do que a canábis;
- a quem as intervenções devem ser dirigidas e quais os grupos que parecem estar mais expostos ao risco ou mais suscetíveis, como os filhos de consumidores de substâncias;
- quando realizar as intervenções — se a idade de início for de 14 anos, as intervenções devem começar mais cedo, por exemplo aos 12;

- quais devem ser os mediadores da intervenção de prevenção — quais os objetivos e mensagens que devem ser motivo de preocupação, por exemplo, abordando as atitudes em relação ao consumo, as crenças normativas sobre a prevalência do consumo e as perceções dos riscos associados ao consumo (ver capítulo 3).

## Necessidade de serviços de apoio compreensivos e interdisciplinares durante as fases de desenvolvimento

Para os profissionais da prevenção, é importante compreender que o consumo de substâncias pode começar como um comportamento de risco relativamente baixo, mas a continuação da atividade pode levar a um aumento da quantidade e frequência do consumo de substâncias, bem como a um aumento da probabilidade de sofrer danos associados. Por vezes, como referido anteriormente, o consumo de substâncias pode dominar a vida dos consumidores, levando-os a negligenciar outras atividades e responsabilidades sociais, e provocar, subsequentemente, problemas sociais e de saúde. A referência a fatores de risco e de proteção no modelo etiológico permite-nos compreender melhor as vias que as pessoas podem seguir no desenvolvimento de problemas relacionados com as substâncias (figura 6) e também contribui para o desenvolvimento e a orientação de intervenções adequadas de prevenção (e de tratamento e redução dos danos).

Tal como indicado na figura 6, os fatores ambientais (macro e micro) e, em menor grau, as características pessoais são determinantes importantes para saber se alguém começará ou não a consumir substâncias. É o caso, por exemplo, dos fatores que podem preceder imediatamente um episódio de consumo de substâncias, tais como a disponibilidade de substâncias

ou uma oferta para consumir substâncias, e, eventualmente, a vulnerabilidade precoce e os fatores de risco e de proteção que afetam o desenvolvimento saudável e aumentam a probabilidade de o consumo de substâncias ocorrer.

Tal como sugerido pelos estudos de prevalência, a maioria das pessoas que iniciam o consumo de substâncias não continua a consumir e a sua exposição limitar-se-á a um pequeno número de episódios pontuais de consumo de substâncias. Há vários fatores adicionais que diferenciam estas pessoas das que continuam a consumir, incluindo uma resposta psicofarmacológica ao consumo de substâncias (por exemplo, a experiência subjetiva que a droga produz), o facto de este ser ou não gratificante e agradável e o facto de cumprir ou não uma função específica para o consumidor (por exemplo, ajudá-lo a socializar ou a automedicar-se para uma necessidade fisiológica ou psicológica [sentida]). As pessoas que continuam a consumir substâncias podem não sofrer necessariamente danos e a maioria deixa de consumir, mesmo após períodos de consumo mais longos. No entanto, algumas

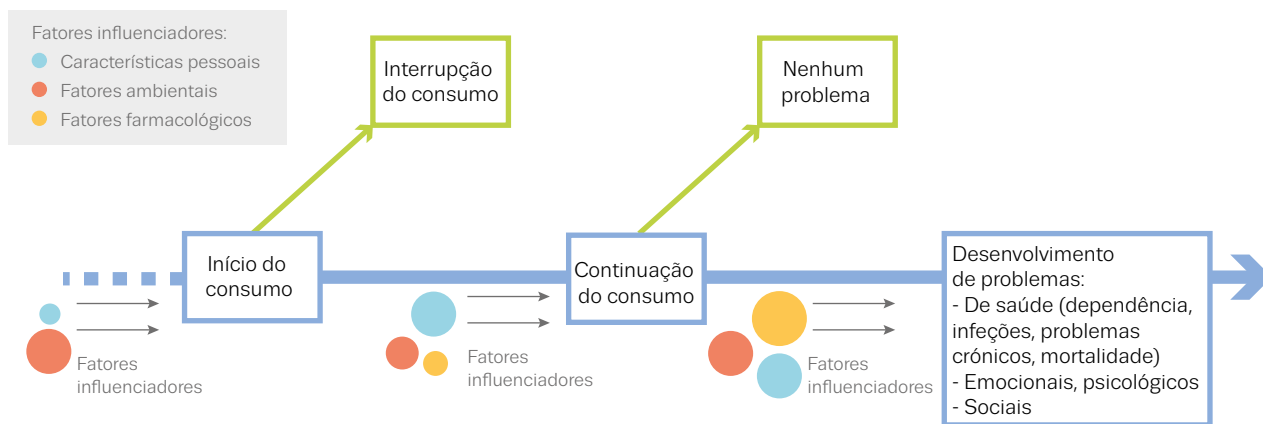
pessoas que continuam a consumir substâncias enfrentam problemas relacionados com a saúde, o bem-estar emocional e psicológico e o funcionamento social (incluindo o envolvimento no sistema de justiça penal). As ações de prevenção seletiva e indicada, bem como as intervenções de redução dos danos e de tratamento, são particularmente importantes quando se tenta evitar a transição para padrões de consumo mais nocivos e reduzir os danos daí resultantes.

As vias e as transições entre diferentes tipos de comportamento de consumo de substâncias são por vezes referidas como o «historial natural» do consumo de substâncias e das perturbações por consumo de substâncias. Os fatores de risco e de proteção, bem como os potenciais danos, diferem em diferentes pontos do percurso.

Os fatores que determinaram o início serão diferentes dos que determinam a continuação do consumo, e os danos relacionados com o consumo diferirão em conformidade. Importa igualmente recordar que as pessoas que atualmente não consomem

FIGURA 6

**Percursos de consumo de substâncias**



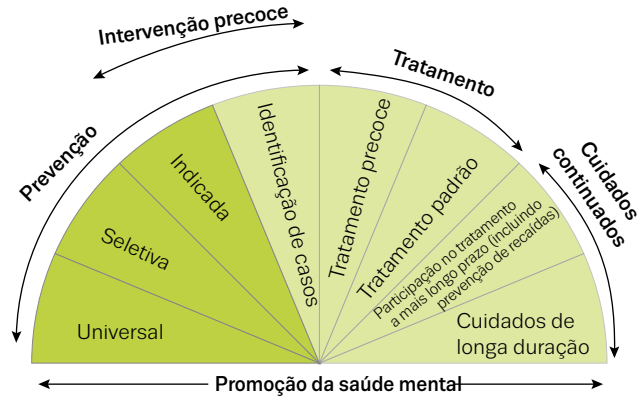
substâncias não constituem um grupo único, uma vez que podem incluir pessoas que tenham experimentado o consumo ou que tenham tido problemas de consumo no passado.

Por conseguinte, é necessário um vasto leque de serviços sociais, emocionais, físicos e profissionais compreensivos para dar resposta às necessidades das pessoas que consomem substâncias, independentemente do ponto onde se encontram no percurso de consumo de substâncias (figura 7). Em geral, o espetro de programação da prevenção visa três grupos.

- As intervenções e políticas universais dirigem-se a todos os membros de um grupo-alvo, independentemente do seu risco subjacente de consumo ou historial de consumo de substâncias. No entanto, é provável que a maioria seja constituída por não consumidores. Esta categoria de intervenções englobaria a maior parte dos programas escolares e das políticas escolares e ambientais de que falaremos mais adiante.
- As intervenções seletivas visam grupos vulneráveis, nos quais se concentra frequentemente o consumo de substâncias, e centram-se na melhoria das suas oportunidades em condições de vida e sociais difíceis. Esta categoria inclui também intervenções na escola e na família, bem como políticas que mantêm as crianças nas escolas.
- As intervenções indicadas são dirigidas às pessoas e visam ajudá-las a lidar com as suas características individuais de personalidade e os fatores de risco que as tornam mais vulneráveis à escalada do consumo de substâncias.

Embora as intervenções universais sejam normalmente (embora não exclusivamente) destinadas a grupos-alvo antes do início do consumo de substâncias, é possível aplicar medidas de prevenção indicadas e seletivas em todos os pontos de transição.

FIGURA 7  
Diversidade das respostas aos problemas por consumo de substâncias



Fonte: adaptado de Mrazek e Haggerty, 1994

As intervenções breves (ou «intervenções precoces») estão associadas à prevenção indicada e não são amplamente aplicadas nas práticas de prevenção europeias, embora sejam mais comuns no que diz respeito ao consumo de álcool. As intervenções breves destinam-se a prevenir ou atrasar o consumo de substâncias e a evitar o aparecimento de problemas relacionados com esse consumo. Estas intervenções são limitadas no tempo e funcionam, como se vê na figura 7, no domínio da transição entre prevenção e tratamento. Geralmente, destinam-se a jovens ou pessoas em risco (EMCDDA, 2017b).





# 2

## | Índice

- 41 | **Definições e princípios**
- 44 | **Base teórica da prevenção**
- 48 | **Estrutura, conteúdo e realização**

## CAPÍTULO 2

# Bases da ciência da prevenção e de intervenções preventivas baseadas em evidência científica

O presente capítulo apresenta os conceitos de «prática baseada em evidência científica» e de «boas práticas», uma vez que estes implicam diferenças significativas nas abordagens do trabalho de prevenção. Apresenta igualmente uma panorâmica de teorias importantes, destacando teorias globalmente aceites e introduzindo a Roda da Mudança de Comportamento, que é uma forma de classificar os tipos de intervenção de prevenção e as funções políticas. Por último, o capítulo introduz o conceito de adaptação das intervenções e a importância da fidelidade da implementação.

### Definições e princípios

A prevenção do consumo de substâncias visa evitar que as pessoas iniciem esse consumo e pode ajudar a evitar que as pessoas que já começaram a consumir desenvolvam problemas. No entanto, a prevenção do consumo de substâncias tem uma intenção mais ampla: manter as pessoas saudáveis e seguras e ajudá-las a concretizar os seus talentos e potencialidades. A conceção e a aplicação de respostas eficazes baseadas em evidência científica aos problemas do consumo de substâncias constituem um aspeto fundamental das políticas europeias de combate ao consumo de substâncias e implicam diversas medidas.

Assim, o que significa a prevenção «baseada em evidência científica»? Segue-se uma definição do Evidence Based Practice Institute da Universidade de Washington (2012):

A prática «baseada em evidência científica» é a utilização de processos de tomada de decisão sistemáticos ou a prestação de serviços que tenham demonstrado, através dos dados científicos disponíveis, melhorar de forma coerente os resultados mensuráveis dos clientes. Em vez de tomar decisões com base na tradição, nas reações instintivas ou em observações isoladas, a prática baseada em evidência científica recorre a dados recolhidos através de investigação experimental e tem em conta as características individuais dos clientes e os conhecimentos dos clínicos.

Esta definição contém dois aspetos fundamentais: a tomada sistemática de decisões com base em evidência científica concreta, associada a resultados melhores ou positivos, e o recurso a dados recolhidos através de uma investigação experimental rigorosa. Trata-se de uma questão complexa, e é necessário perceber as suas especificidades para compreender por que razão os peritos estão muitas vezes em desacordo — e muito legitimamente — quanto aos programas e práticas de prevenção que podem ser classificados como «baseados em evidência científica» em vez de «promissores» ou equivalentes a «boas práticas».

A definição de «boa prática» utilizada pelo EMCDDA no seu sítio Web é «a melhor aplicação dos dados disponíveis às atividades em curso no domínio da droga». O EMCDDA acrescenta que:

- a evidência de eficácia deve ser pertinente para os problemas e as questões com que se deparam as

pessoas afetadas pelo consumo de substâncias, incluindo profissionais, decisores políticos, consumidores de substâncias e respetivas famílias;

- todos os métodos de determinação das boas práticas devem ser «transparentes, fiáveis e transferíveis»;
- toda a evidência científica adequada deve ser tida em conta;
- tanto as evidências de eficácia como de viabilidade da implementação devem ser tidas em conta no processo de tomada de decisões.

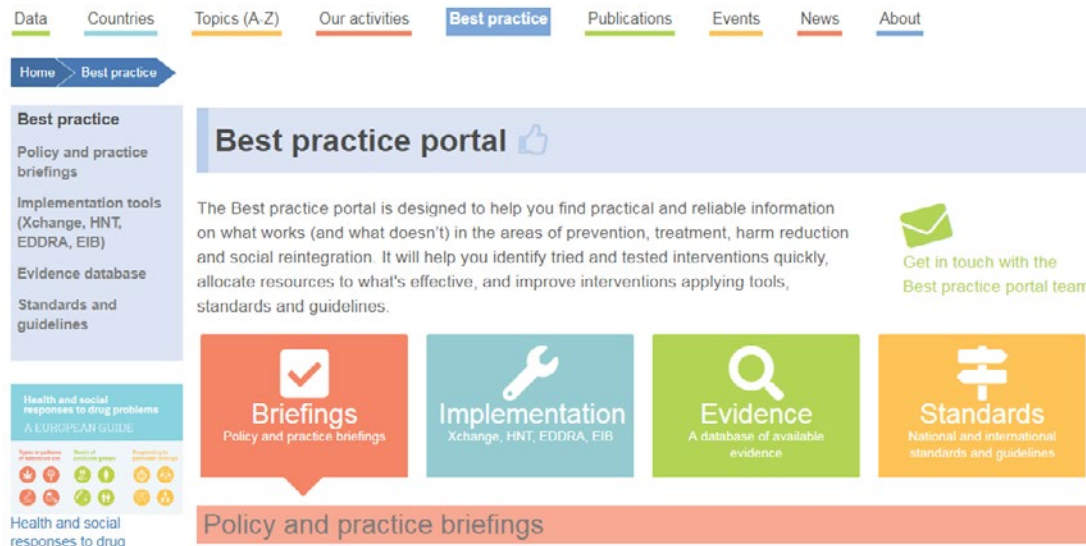
Os investigadores e os profissionais no domínio da prevenção acumularam uma grande quantidade de informação que serviu para orientar o desenvolvimento e a realização de intervenções e políticas de prevenção eficazes para uma variedade de comportamentos, incluindo o consumo de substâncias. O

EMCDDA centralizou muitas destas intervenções no seu sítio Web (figura 8), onde é possível encontrar informações sobre as boas práticas relativamente a diferentes contextos, tipos de substâncias e tratamentos, que estão disponíveis para consulta (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>).

A Sociedade Europeia de Investigação em Prevenção define a ciência da prevenção como um esforço multidisciplinar para considerar a etiologia, a epidemiologia, os modelos de intervenção, a eficácia e a implementação na prevenção de uma série de problemas sociais e de saúde <sup>(8)</sup>. Entre esses problemas contam-se os problemas por consumo de substâncias, a saúde sexual e a gravidez na adolescência, o VIH/SIDA, a violência, os acidentes, o suicídio, a doença mental, a delinquência, a obesidade, a má alimentação/nutrição, a falta de exercício

FIGURA 8

Portal de boas práticas do EMCDDA



<sup>(8)</sup> [www.euspr.org/prevention-science/](http://www.euspr.org/prevention-science/)

físico e as doenças crônicas. Uma característica comum é a importância do comportamento como fator determinante dos problemas de saúde e da desigualdade na saúde.

Os fatores de risco comportamentais são causas importantes das doenças não transmissíveis. A ciência da prevenção abrange o estudo sistemático de intervenções destinadas a reduzir a incidência de comportamentos mal-adaptativos e a promover comportamentos adaptativos nas populações. Para tal são necessários conhecimentos especializados numa variedade de abordagens teóricas e metodológicas para realizar investigação no âmbito dos sistemas sociais e societais da família, da saúde e da educação, do meio laboral, da comunidade, da assistência social, do planeamento ambiental, do urbanismo e da política orçamental.

A US Society for Prevention Research definiu princípios orientadores para o domínio da prevenção. Estes princípios constituem a base do EUPC e sublinham a importância dos fatores seguidamente indicados para o êxito das atividades de prevenção.

- Atenção ao desenvolvimento: significa que, enquanto profissionais da prevenção, temos de compreender que os fatores que influenciam os comportamentos variam consoante as idades ao longo da vida. Significa também que há várias tarefas relacionadas com o desenvolvimento ou a idade que têm de ser cumpridas à medida que as crianças crescem (ver anexo 2). A perturbação no cumprimento destas tarefas pode conduzir à ocorrência de perturbações ou comportamentos de risco em determinadas fases de desenvolvimento. Tudo isto tem de ser tido em conta quando analisamos as potenciais intervenções preventivas que pretendemos utilizar nas nossas comunidades.
- A epidemiologia do desenvolvimento da população-alvo desempenha um papel fundamental na prevenção. Reconhecemos de que forma as transições entre diversas idades colocam as crianças em vários riscos, por exemplo, a

transição da criança que passa a maior parte do tempo em casa e que passa depois a ir para a escola e a desenvolver subsequentemente uma independência, nomeadamente também ao sair da casa da família. É igualmente necessário reconhecer que existem diferentes fatores relacionados com o consumo de substâncias dentro das populações e entre estas, o que significa que os fatores ou processos que conduzem ao início e ao consumo continuado de substâncias variam consoante as pessoas, os grupos e as populações.

- Os fatores transacionais e ecológicos são compostos pelas várias influências ambientais nas nossas crenças, valores, atitudes e comportamentos. Incluem a interação entre as características da pessoa e da sua família, escola e comunidade e os ambientes sociopolíticos e físicos mais alargados. Estas interações não só influenciam as nossas crenças, atitudes e comportamentos, como também são interdependentes, afetando-se mutuamente.
- Compreender a motivação humana e os processos de mudança ajuda a conceber intervenções eficazes que procuram induzir alterações nas pessoas e nos ambientes a fim de prevenir ou tratar o consumo de substâncias. Muitos fatores contribuem para influenciar comportamentos e afetar a tomada de decisões, nomeadamente no que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas ou à adoção de outros comportamentos de alto risco.
- A natureza transdisciplinar da ciência da prevenção significa que precisamos de envolver equipas multidisciplinares com uma panóplia de conhecimentos especializados para fazer face à complexidade das questões abordadas pela ciência da prevenção.
- As normas éticas profissionais assentam em valores. Os valores são as crenças fundamentais que uma pessoa considera verdadeiras e são também vistos como princípios orientadores na sua vida ou como a base em que essa pessoa toma decisões. A prevenção implica decisões relativas ao tratamento de terceiros nos contextos mais importantes da vida da pessoa — família, escola e meio

laboral. Contudo, envolve também a sociedade, onde as políticas e a legislação regulamentam os comportamentos desejados ou antissociais/ilegais.

- A interação constante entre as investigações teóricas e empíricas procura explicar os mecanismos que justificam um resultado comportamental descoberto através de investigações epidemiológicas ou de avaliações de intervenções preventivas.
- Melhorar a saúde pública é uma visão que a ciência da prevenção pode alcançar através do trabalho colaborativo de cientistas e profissionais no domínio da prevenção, recorrendo às suas competências coletivas e aos seus conhecimentos específicos.
- A justiça social está relacionada com o movimento dos direitos humanos e os cuidados de saúde são um direito humano. A justiça social é o imperativo ético e moral para compreender por que razão a doença, a deficiência e a morte afetam de forma desproporcionada determinados subgrupos da população e é importante para conceber e executar programas e sistemas de prevenção e alterações políticas com vista a combater as causas profundas das desigualdades.

## Base teórica da prevenção

Várias teorias importantes contribuíram para o desenvolvimento de intervenções preventivas baseadas em evidência científica e de objetivos de investigação. Quando os cientistas e os profissionais da prevenção falam da teoria, referem-se a um conjunto de conceitos inter-relacionados que são utilizados para descrever, explicar e prever a relação entre os vários aspetos do comportamento humano. Na maioria dos casos, as teorias baseiam-se em dados empíricos ou de investigação e são aperfeiçoadas em investigação contínua.

Um passo importante na construção de uma intervenção baseada em evidência científica consiste em escolher um quadro teórico para a intervenção. Esse quadro:

- permite compreender os determinantes ambientais e/ou comportamentais relacionados com um problema de saúde específico;
- clarifica os mecanismos potenciais para produzir o resultado de interesse que se pretende alcançar;
- ajuda a escolher a estratégia ou abordagem de intervenção que permitirá alcançar estes resultados (Bartholomew e Mullen, 2011).

No domínio da prevenção, existem teorias da etiologia (as causas do consumo de substâncias), do desenvolvimento humano e dos comportamentos humanos. As teorias do comportamento humano aplicadas nas intervenções preventivas incluem as que incidem na forma como os seres humanos aprendem e as que se centram na forma como os seres humanos podem mudar os seus comportamentos, em especial os comportamentos que têm resultados sociais e de saúde arriscados, como o consumo de substâncias.

A ciência da prevenção assenta fortemente em teorias desenvolvidas noutros domínios, como a economia comportamental, a neuropsicologia e a ciência comportamental. O quadro 2 destaca algumas das teorias que têm uma influência importante na prevenção, bem como algumas teorias que são exclusivas da ciência da prevenção.

É importante conhecer estas teorias, ainda que numa forma sucinta, para compreender que o desenvolvimento de intervenções eficazes se baseia numa teoria empírica. Uma das teorias comumente aplicadas à ciência da prevenção tem sido a teoria do comportamento planeado (TCP; figura 9). Esta última é apresentada a seguir como exemplo da forma como a teoria pode contribuir para o desenvolvimento e o conteúdo da intervenção. Os fatores considerados na TCP incluem os descritos abaixo.

## QUADRO 2

## Panorâmica de algumas teorias importantes em matéria de prevenção

Teoria	Índice
<b>Teorias gerais</b>	
Teoria da aprendizagem social de Bandura (1977)	Os seres humanos aprendem comportamentos ao observar outros e imitar e seguir estes comportamentos
Teoria do comportamento problemático de Jessor e Jessor (1977)	Vários comportamentos de risco têm a mesma origem ou base comum e são influenciados pela interação da pessoa com o seu ambiente
Ecologia do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979)	Sistemas ou contextos externos à pessoa e modo como influenciam o comportamento individual
Teoria do comportamento planeado de Ajzen (1991)	Existe uma ligação entre atitudes e comportamentos, e três conjuntos de perceções/atitudes orientam o comportamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ crenças sobre os resultados ou consequências do comportamento</li> <li>■ crenças sobre as expectativas normativas dos outros (ou aceitabilidade social) em relação ao comportamento</li> <li>■ crenças sobre os obstáculos ao comportamento e os seus potenciadores</li> </ul>
<b>Teorias específicas da prevenção</b>	
Teoria da influência triádica de Flay e Petraitis (2003)	Três influências contribuem para o comportamento de risco: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ fatores culturais (por exemplo, tolerância percecionada quanto ao consumo de álcool pelos adolescentes)</li> <li>■ fatores sociais ou interpessoais (por exemplo, pais que consomem substâncias)</li> <li>■ fatores intrapessoais (por exemplo, mau controlo dos impulsos)</li> </ul>
Fatores de risco e de proteção de Hawkins e colaboradores (1992)	Os riscos do consumo de substâncias dividem-se em fatores sociais e culturais que definem as expectativas jurídicas e normativas de comportamento e fatores intra e interpessoais (famílias, salas de aula e pares)
Desenvolvimento positivo dos jovens de Catalano e colaboradores (1999)	É importante realçar e reforçar o desenvolvimento positivo
Teoria da resiliência de Werner e Smith (1982)	Algumas pessoas têm capacidades especiais para se adaptarem a situações e acontecimentos de tensão
Ambientes acolhedores de Biglan e Hinds (2009)	Esta teoria conjuga muitos aspetos das outras teorias e centra-se na redução dos riscos e na promoção da resiliência e de outros atributos positivos

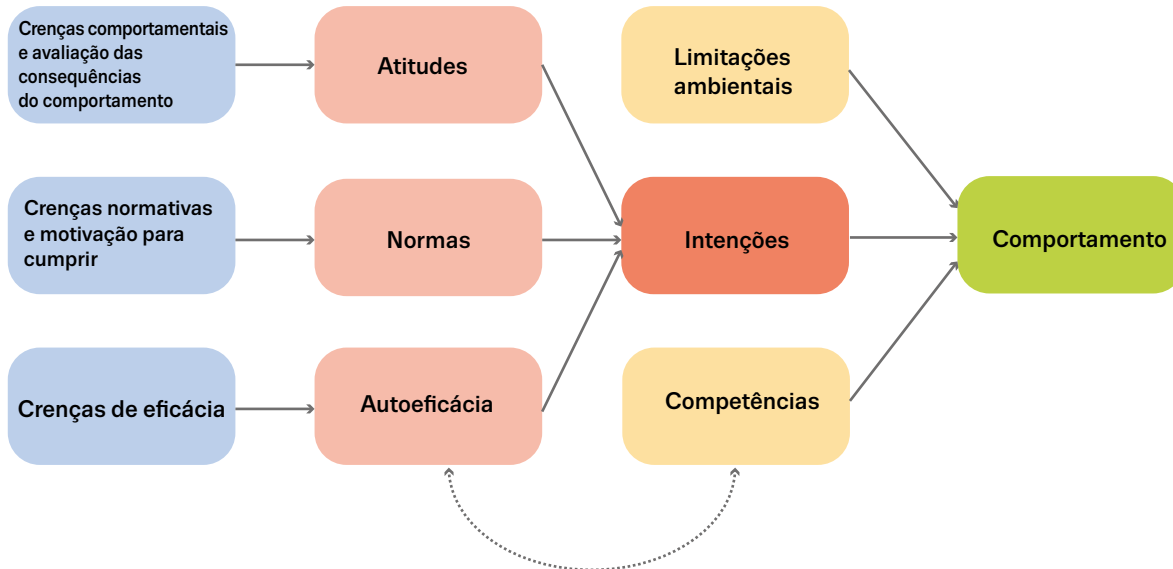
- Atitudes em relação ao comportamento — crenças quanto à associação de consequências positivas ou negativas ao comportamento de interesse e ao valor atribuído a essas consequências como, por exemplo, «O que aconteceria se eu fumasse cigarros? Quais são as consequências para a saúde? São reais? Tal afetará a minha vida e as vidas das pessoas que me rodeiam?»
- Perceções das consequências do comportamento e da natureza normativa do comportamento por parte de terceiros influentes como, por exemplo, «Se eu começasse a fumar, o que diriam os meus pais? O que diriam os meus amigos?»
- Crenças quanto às competências que impediriam ou facilitariam o comportamento e à percepção da capacidade de controlar o próprio comportamento como, por exemplo, «Tenho as competências necessárias para resistir ao consumo de álcool na festa do meu amigo?»

A interação entre estes componentes está na base da intenção da pessoa de realizar o comportamento, como o consumo de substâncias, e, evidentemente, indica se a pessoa possui ou não as competências e os recursos necessários para facilitar o comportamento. O passo seguinte na adoção de uma base teórica para uma intervenção é o desenvolvimento de objetivos da intervenção.

A dificuldade em construir uma intervenção de base teórica consiste em converter a teoria em prática. De que forma se transita dos objetivos identificados para as boas intervenções e políticas? Uma ferramenta útil para orientar o leitor ao longo deste processo é a Roda da Mudança de Comportamento, desenvolvida por Susan Michie e colaboradores (2011), que se baseia no modelo global COM-B (capacidade, oportunidade, motivação e comportamento).

FIGURA 9

**Teoria do comportamento planeado**

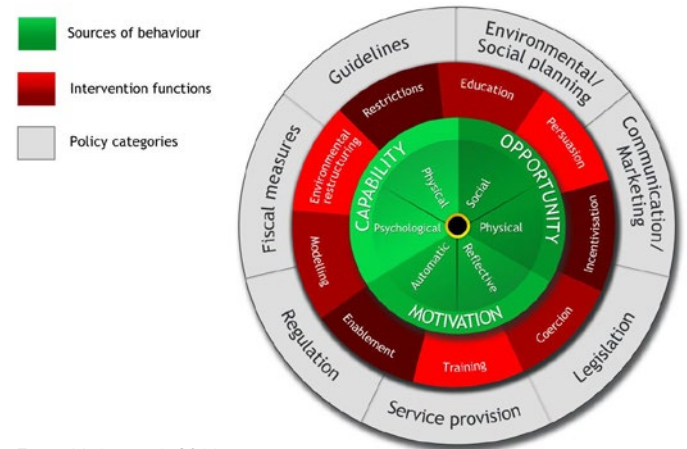




O modelo COM-B reflete as possíveis origens do comportamento, como se vê no círculo interior da Roda da Mudança de Comportamento (figura 10). As grandes categorias de abordagens que podem ser utilizadas para obter uma mudança de comportamento estão ilustradas nos círculos exteriores da roda. Os círculos exteriores fornecem métodos de intervenção e de política para alterar comportamentos e tipos de intervenções que foram utilizadas para influenciar o comportamento. Embora a Roda da Mudança de Comportamento não permita identificar as intervenções específicas a executar, é útil para limitar e escolher o tipo de abordagem que poderá ser útil.

A motivação é considerada um aspeto automático e reflexivo, ao passo que a capacidade implica estar apto tanto do ponto de vista psicológico como físico. A oportunidade refere-se às possibilidades oferecidas no contexto social ou físico para

FIGURA 10  
A Roda da Mudança de Comportamento



Fonte: Michie et al., 2011

## Exemplo do Programa X

Apliquemos este exemplo a uma intervenção de prevenção em contexto escolar para verificar como a teoria pode contribuir para o desenvolvimento de uma intervenção. Neste caso, temos um hipotético Programa X: um programa escolar de prevenção baseada em evidência científica. Que características queremos que esta intervenção tenha?

O primeiro objetivo de prevenção do modelo TCP consiste nas atitudes em relação ao comportamento e às suas consequências, as percepções das consequências do consumo de substâncias para os adolescentes visados e as crenças normativas (percepções sobre a natureza normativa do consumo de substâncias entre os seus pares). Estas atitudes e percepções ajudarão o grupo-alvo a tomar decisões sobre o consumo de substâncias; em geral, o grupo-alvo tenciona não as consumir. Uma vez tomada essa decisão, a participação na intervenção ajudará o grupo-alvo a desenvolver as competências de

que necessita para apoiar essa decisão. Estas incluem competências de comunicação e de resistência e podem também incluir outras competências de vida associadas à consecução de metas e objetivos pró-sociais e positivos.

A intervenção ajuda os estudantes a atingir estes objetivos e metas, incentivando-os a recolher informações e a utilizar a tomada de decisões e outras competências para interpretar essas informações e aplicá-las às suas próprias vidas. Tal pode ser conseguido através de atividades em pequenos grupos e grupos de debate.

A intervenção tem de fazer mais do que aumentar a percepção da autoeficácia na resistência ao consumo de substâncias. Para isso, uma boa intervenção ensinará estratégias comportamentais através do seguimento de exemplos, da formação de competências, de práticas direcionadas com *feedback* e reforço.

a realização de um determinado comportamento. O círculo vermelho resume abordagens de intervenção adequadas que visam estes determinantes comportamentais e o círculo exterior cinzento inclui mecanismos políticos que apoiam a realização das intervenções.

## Estrutura, conteúdo e realização

As intervenções preventivas têm três aspetos importantes: estrutura, conteúdo e realização. Os três aspetos são orientados pela teoria.

O componente estrutural reflete a forma como a intervenção ou política de prevenção é organizada e definida, por exemplo, o número e a duração das sessões de intervenção (por exemplo, o programa X será composto por 10, 15 ou 20 sessões? Qual a duração das sessões — 30 minutos, 45 minutos? Serão repartidas ao longo de uma ou várias semanas?).

A categoria «conteúdo» está relacionada com os objetivos da intervenção e tem que ver com as informações, competências e estratégias que são utilizadas para alcançar os objetivos pretendidos. Por exemplo, pode envolver a inclusão de competências de recusa entre pares e o desenvolvimento de normas sociais na intervenção, para além da formação em comunicação familiar.

A categoria «realização» analisa a forma como a intervenção ou política deve ser executada e como se espera que seja recebida pelo público-alvo. Exemplos deste aspeto da intervenção são a utilização de estratégias pedagógicas interativas para adolescentes e adultos, a oferta de intervenções em matéria de competências parentais em momentos convenientes para as famílias e a monitorização da implementação de uma intervenção ou política destinada a reforçar a fidelidade aos elementos essenciais da intervenção.

## Populações-alvo

Com base no modelo etiológico acima discutido, podemos identificar várias áreas-chave em que uma intervenção pode ser eficaz na prevenção da formação de crenças, atitudes e comportamentos que podem conduzir ao consumo de substâncias e a comportamentos de risco conexos. Estes pontos de intervenção não se referem apenas diretamente às pessoas, mas também aos seus ambientes a nível micro e macro. Ao longo deste currículo europeu, ouvirá falar das intervenções preventivas realizadas junto de pais, professores, crianças e adolescentes, bem como no seio da família, na escola e a nível comunitário.

Ao definir a população-alvo da intervenção/política, há que ter em conta várias características importantes.

- A idade está relacionada com as competências de desenvolvimento, com a situação «de risco» e com o nível de gravidade das consequências do consumo de substâncias. A idade é também um meio de direcionar as intervenções e deve ser tida em conta no planeamento da realização. Na prevenção em contexto escolar, por exemplo, foi demonstrado que diferentes tipos de atividade são mais eficazes para diferentes grupos etários e de desenvolvimento. As comunidades/culturas podem também diferir quanto aos tipos de comportamentos que consideram aceitáveis para diferentes faixas etárias. Por exemplo, para além das leis que impõem limites de idade na compra de produtos como o álcool, o consumo controlado de álcool em celebrações familiares importantes pode ser aceitável para adolescentes mais velhos, mas não para crianças mais jovens.
- O género pode ter influência na situação «de risco» de uma pessoa e pode ser importante para o contexto em que a intervenção tem lugar. Além disso, as sociedades/culturas podem ter expectativas diferentes para mulheres e homens, que devem ser abordadas na intervenção. No entanto, é

importante que as intervenções preventivas não reforcem os estereótipos de género contraproducentes que permitem alguns tipos de comportamentos prejudiciais para a saúde aos homens, e não às mulheres.

- A localização geográfica é importante não só em relação às substâncias que podem estar disponíveis, mas também em relação aos recursos e serviços de apoio que podem estar disponíveis e facilmente acessíveis.
- Alcance significa até que ponto a intervenção ou a política se destina a atingir vários grupos.
- Por último, a tónica de uma intervenção ou política poderá centrar-se em populações com diferentes níveis de vulnerabilidade e de risco.

Para identificar a população-alvo e as suas necessidades específicas, teremos de proceder a uma avaliação das necessidades, analisada no capítulo 3.

# 3

## | Índice

- 51 | **Os Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas**
- 57 | **Os standards europeus de qualidade na prevenção do consumo de droga**
- 65 | **Programas adaptados baseados em evidência científica**

## CAPÍTULO 3

# Intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica

O presente capítulo apresenta uma panorâmica mais aprofundada de dois documentos importantes que constituem a base principal deste currículo europeu. O primeiro documento intitula-se Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas (UNODC, 2013) <sup>(9)</sup> e sintetiza a ciência subjacente às intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica para prevenir ou reduzir o consumo de substâncias. As Normas foram elaboradas pelo UNODC e pela OMS, em colaboração com investigadores no domínio da prevenção, especialistas em prevenção e decisores políticos de todo o mundo. Além disso, fornecemos informações sobre os registos de programas baseados em evidência científica, que podem ser utilizados para encontrar e selecionar intervenções com base em evidência científica adequadas à sua situação, em conformidade com as recomendações das Normas do UNODC.

A segunda fonte são os EDPQS publicados pelo EMCDDA. Estas constituem um quadro europeu para a realização de intervenções de elevada qualidade em matéria de prevenção do consumo de substâncias. Ao contrário dos Standards Internacionais, que se centram no conteúdo, na estrutura e na estratégia pedagógica mais adequada das intervenções, os EDPQS centram-se na forma de planear, escolher e executar intervenções preventivas a fim de garantir a qualidade (EMCDDA, 2013a).

## Os Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas

Os Standards Internacionais foram concebidas para reunir os resultados da investigação em matéria de prevenção e identificar as principais características das intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica que demonstraram reduzir o consumo de substâncias.

Os Standards Internacionais têm por objetivo ajudar os decisores a apoiar intervenções ou políticas que tenham demonstrado ser eficazes através de uma investigação rigorosa. Além disso, as Normas oferecem aos líderes de opinião e decisores, aos investigadores no domínio da prevenção e a terceiros que compreendem a importância de uma prevenção eficaz a oportunidade de planear programas de prevenção eficazes para a sua sociedade.

O grupo de análise do UNODC fez uma análise sistemática dos artigos e estudos sobre o consumo de substâncias, selecionando os que eram mais pertinentes para as intervenções preventivas do consumo de substâncias. Em seguida, estes artigos e estudos foram categorizados em função dos métodos utilizados para avaliar os resultados das intervenções preventivas do consumo de substâncias. Foi desenvolvida uma avaliação da «qualidade dos dados», utilizada para classificar os dados como «excelentes» (cinco estrelas), «muito bons» (quatro estrelas), «bons» (três estrelas), «adequados» (duas estrelas) ou «limitados» (uma estrela).

<sup>(9)</sup> Em março de 2018, foi publicada a segunda edição.

Uma vez concluídas as análises, os artigos e estudos foram categorizados utilizando três dimensões, que descrevem as intervenções e políticas analisadas em matéria de prevenção do consumo de substâncias:

- períodos de desenvolvimento relacionados com a idade — primeira e segunda infância, terceira infância, adolescência e final da adolescência e idade adulta;
- o contexto em que a intervenção ou política é executada — família, escola, meio laboral ou comunidade;
- população-alvo — universal, seletiva ou indicada.

Segue-se uma breve descrição dos resultados por cada período de desenvolvimento relacionado com a idade. Utilizando um quadro de desenvolvimento humano, as Normas reconhecem que as pessoas em várias fases de desenvolvimento (primeira e segunda infância, terceira infância, adolescência e final da adolescência e idade adulta) têm necessidades diferentes e reagem a tipos diferentes de estratégias pedagógicas. Além disso, o documento reconhece que as intervenções e políticas podem ser realizadas em diferentes contextos, como no seio da família, na escola, no meio laboral ou na comunidade, e podem visar quer aqueles que influenciam a vida das pessoas (pais, professores, supervisores no trabalho), quer as próprias pessoas. Reconhece igualmente que o nível de risco das diferentes populações (universal, seletiva ou indicada) é importante para a realização adequada das intervenções.

### QUADRO 3

#### intervenções preventivas baseadas em evidência científica durante a primeira e a segunda infância

Intervenção	Nível de risco avaliado	Indicação de eficácia
Intervenção destinada a mulheres grávidas com perturbações por abuso de substâncias	<b>Seletivo</b> Grupos em risco	<b>*</b> Limitada
Visita pré-natal e de infância	<b>Seletivo</b> Grupos em risco	<b>**</b> Adequada
Educação na primeira infância	<b>Seletivo</b> Grupos em risco	<b>****</b> Muito boa
Multicomponentes de base comunitária		

A primeira e a segunda infância incluem crianças até aos seis anos.

Como se pode ver no quadro 3, constatou-se que três tipos de intervenção tiveram algum efeito sobre este grupo etário, embora a qualidade dos dados variasse entre tipos de intervenção.

As intervenções destinadas a mulheres grávidas com perturbações por consumo de substâncias deram poucas provas de eficácia. Os estudos com bons resultados diziam respeito a intervenções realizadas por profissionais de saúde com formação. O conteúdo das intervenções eficazes incluía:

- terapia farmacológica e/ou psicossocial adaptada às necessidades do doente;
- tratamento de quaisquer perturbações físicas e/ou mentais concomitantes evidentes;
- disponibilização de competências parentais para reforçar uma vinculação calorosa;
- serviços prestados num contexto de tratamento integrado.

As intervenções que implicam visitas sanitárias a novas mães com problemas de consumo de substâncias ou problemas conexos foram avaliadas como apresentando provas adequadas de eficácia:

- quando foram realizadas por profissionais de saúde com formação adequada para a prestação destes serviços no

âmbito da estrutura recomendada — incluindo visitas regulares ao bebê até aos dois anos de idade, inicialmente prestando serviços e apoio de duas em duas semanas e depois mensalmente;

- quando proporcionaram competências parentais básicas;
- quando prestaram apoio às mães no que se refere à sua saúde física e mental, habitação, alimentação e emprego, se necessário.

Estes são os tipos de intervenção que podem ser integrados noutros programas existentes para novas mães ou mesmo em programas de bem-estar para recém-nascidos ou lactentes.

Verificou-se que as intervenções seletivas no ensino pré-escolar dirigidas a crianças com idades compreendidas entre os dois e os cinco anos que vivem em ambientes desfavorecidos dão boas provas de eficácia. Estas intervenções não só têm impacto no consumo de canábis na adolescência, como também previnem outros comportamentos de risco e apoiam o sucesso escolar, a inclusão social e a saúde mental. Foram vários os aspetos essenciais destas intervenções.

- Para poderem realizar as intervenções, os professores e os facilitadores necessitam de formação.
- As intervenções dão destaque às competências cognitivas, sociais e linguísticas adequadas para as crianças e preparam-nas para o contexto escolar e para o seu papel enquanto alunos, bem como para desafios escolares.
- Consistem em sessões diárias durante longos períodos de tempo.

A terceira infância inclui crianças com idades compreendidas entre os seis e os dez anos.

Relativamente a este grupo etário, verificou-se que as intervenções apresentadas no quadro 4 apresentavam provas de eficácia «adequadas» a «muito boas». Três intervenções visaram grupos universais e uma visava grupos seletivos ou de risco, embora as abordagens adotadas para manter as crianças na escola se centrassem principalmente nas crianças em risco

As intervenções em matéria de competências parentais prestam apoio aos pais e melhoram os seus estilos e competências parentais. Foram consideradas eficazes para a população geral de crianças, bem como para crianças em risco.

#### QUADRO 4

##### intervenções preventivas baseadas em evidência científica durante a terceira infância

Intervenção	Nível de risco avaliado	Indicação de eficácia
Programas de competências parentais	<b>Universal e seletivo</b> População geral e grupos em risco	<b>****</b> Muito boa
Educação para competências pessoais e sociais	<b>Universal</b> População geral	<b>***</b> Boa
Programas de melhoria do ambiente na sala de aula	<b>Universal</b> População geral	<b>***</b> Boa
Políticas para manter as crianças na escola	<b>Seletivo</b> Grupos em risco	<b>**</b> Adequada
Multicomponentes de base comunitária		

Existiam provas robustas da importância das intervenções que desenvolvem competências parentais para esta fase de desenvolvimento. O conteúdo das intervenções que se considerou estarem associadas a resultados positivos centrou-se no reforço da vinculação familiar e na disponibilização aos pais/cuidadores das competências necessárias para:

- educarem as crianças de forma calorosa;
- estabelecerem regras para um comportamento aceitável;
- acompanharem os tempos livres e os padrões de amizade;
- aplicarem uma disciplina positiva e adequada ao desenvolvimento;
- participarem na aprendizagem e educação dos filhos;
- tornarem-se modelos a seguir.

As intervenções em matéria de competências parentais com resultados positivos incluíram várias sessões interativas com a participação de pais e crianças. Mais uma vez, todos os profissionais receberam formação especializada.

As intervenções em matéria de competências parentais que não tiveram impacto ou que geraram resultados negativos foram as que se concentraram apenas na criança ou as que foram realizadas essencialmente sob a forma de palestras. Verificou-se igualmente que as intervenções em matéria de competências parentais que apenas forneceram aos pais ou cuidadores informações sobre drogas, ou que comprometeram a autoridade dos pais, não conduziram a resultados positivos nem negativos.

As intervenções para desenvolvimento de competências pessoais e sociais são geralmente realizadas em contextos escolares. As provas da sua eficácia são boas. Estas intervenções proporcionam às crianças oportunidades para aprenderem competências que as ajudarão a lidar com várias situações que surgem na sua vida quotidiana. Apoiam o desenvolvimento de competências sociais gerais e abordam as crenças e atitudes normativas em relação às substâncias e aos comportamentos relacionados com estas.

Trata-se, em grande medida, de intervenções que:

- são realizadas por professores com formação, que utilizam métodos interativos para ministrar os conteúdos;
- incidem, em primeiro lugar, no desenvolvimento de competências, nomeadamente competências de resposta às dificuldades e competências pessoais e sociais;
- são geralmente ensinadas nos primeiros anos de escolaridade e envolvem ativamente os alunos;
- consistem numa série de sessões;
- reforçam as competências dos professores em matéria de gestão da sala de aula e apoiam a socialização das crianças, para que estas possam assumir com êxito o seu papel de alunos.

Também são importantes estratégias que melhorem a experiência escolar e aumentem os sentimentos positivos em relação à escola e à educação. Estas intervenções melhoram simultaneamente a aprendizagem académica e socioemocional. A prevenção em contexto escolar será analisada em maior pormenor mais adiante neste currículo europeu.

A adolescência abrange as idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos e é um período de muitos desafios, uma vez que o cérebro continua a desenvolver-se no contexto de processos hormonais e outros processos biológicos normais. No entanto, muitas funções cerebrais continuam a desenvolver-se depois da adolescência, o que realça a importância das intervenções após os 18 anos de idade.

Existem muitos estudos de avaliação das intervenções orientadas para a adolescência (quadro 5). As intervenções em matéria de competências parentais foram analisadas anteriormente e são pertinentes para este grupo etário, como o são os programas curriculares de competências pessoais e sociais e as políticas escolares positivas dirigidas a populações universais. Para a população em maior risco, as intervenções que prestam atenção individual, tais como as que abordam vulnerabilidades psicológicas e a orientação, deram provas adequadas de eficácia.



## QUADRO 5

## intervenções preventivas baseadas em evidência científica durante a adolescência

Intervenção	Nível de risco avaliado	Indicação de eficácia
Educação para a prevenção baseada nas competências pessoais e sociais e na influência social	<b>Universal e seletivo</b> População geral e grupos em risco	<b>***</b> Boa
Política e cultura da escola	<b>Universal</b> População geral	<b>**</b> Adequada
Dar resposta a vulnerabilidades psicológicas individuais	<b>Indicada</b> Pessoa em risco	<b>**</b> Adequada

As intervenções em matéria de competências parentais para este grupo centram-se em programas eficazes de competências parentais relativamente a adolescentes e incluem:

- intervenções que reforçam a vinculação familiar e as competências parentais, nomeadamente na definição de regras, na monitorização do tempo livre e dos padrões de amizade e na continuação da participação na experiência educativa da criança;
- intervenções que apresentam materiais, situações e questões pertinentes para as crianças mais velhas, incluindo várias sessões de grupo altamente interativas.

Tais intervenções requerem instrutores com formação e devem ser organizadas de modo a facilitar a plena participação.

As intervenções no domínio da educação para as competências pessoais e sociais são também muito importantes para este grupo etário.

- Promovem competências que possibilitem a recusa de substâncias e a recusa entre pares para contrariar as pressões sociais em relação ao consumo de substâncias e para lidar de forma saudável com situações de vida difíceis.
- Os componentes adicionais abordam a perceção de riscos ou de danos associados ao consumo de substâncias, com especial incidência nas consequências particularmente pertinentes para a adolescência.

- Estas intervenções abordam as ideias erradas que os adolescentes geralmente têm quanto à natureza normativa do consumo de substâncias, já que muitos sobreavaliam o número de pares que fumam, bebem ou consomem outras substâncias.
- Estas intervenções fornecem informações precisas para ajudar os adolescentes a ponderar as consequências percebidas do consumo de substâncias em função da sua perceção das expectativas associadas ao consumo de substâncias.
- A participação ativa em atividades de prevenção requer professores ou profissionais com formação que funcionem mais como facilitadores e orientadores do que como professores.

As políticas escolares oferecem outras oportunidades para intervenções preventivas baseadas em evidência científica em contexto escolar, em especial as relacionadas com o consumo de substâncias, e abordam a forma de lidar com as violações dessas políticas. Políticas bem concebidas podem também criar um ambiente mais positivo em que os alunos se sentem seguros, confortáveis e bem-sucedidos. Foram consideradas eficazes, e existem provas adequadas de que produziram um impacto positivo no consumo de substâncias entre todos os alunos e o pessoal escolar.

Durante este período, é adequado um aconselhamento psicológico individual ou uma intervenção breve no caso de crianças com vulnerabilidades psicológicas, tais como a procura de sensações fortes, a impulsividade, a sensibilidade à ansiedade ou o desespero, que, quando não são abordadas, estão

comprovadamente associadas ao consumo de substâncias. Os jovens deste grupo também podem ter problemas na escola, com os pais ou com os seus pares. De um modo geral, aqueles que se identificam com estes tipos de problemas:

- são rastreados por profissionais que utilizam instrumentos validados;
- são alvo de intervenções que lhes proporcionam as competências necessárias para lidar de forma positiva com as suas emoções e vulnerabilidades psicológicas;
- são alvo de intervenções realizadas por profissionais com formação e que consistem em duas a cinco sessões breves.

Os programas de orientação, em especial para os jovens suscetíveis a comportamentos de risco, não apresentam provas sólidas de eficácia. No entanto, a bibliografia científica indica que os orientadores com formação que executam um programa de atividades muito estruturado podem dar origem a resultados positivos. Em geral, estes tipos de programas juntam um jovem a um adulto empenhado em apoiar esse jovem regularmente e durante um longo período de tempo.

O final da adolescência e a idade adulta incluem os jovens adultos a partir dos 18 anos de idade.

As políticas em matéria de álcool e tabaco têm uma excelente base científica no que se refere à sua eficácia (quadro 6). Uma vez que o consumo de tabaco e álcool é mais frequente do que o consumo de drogas ilícitas e que o impacto associado na saúde da população é maior, atrasar o consumo destas substâncias entre os jovens pode ter um impacto social significativo.

- As políticas em matéria de tabaco e álcool baseadas em evidência científica são aquelas que reduzem o acesso a crianças e adolescentes menores e reduzem a disponibilidade de produtos do tabaco e do álcool.
- As políticas bem-sucedidas são aquelas que aumentam a idade mínima para a venda destes produtos e também aumentam os preços através da tributação.
- A proibição da publicidade ao tabaco e a restrição da publicidade aos produtos alcoólicos dirigida aos jovens também demonstraram reduzir o consumo.
- A aplicação ativa e coerente destas políticas e o envolvimento dos retalhistas através de programas educativos fazem parte das abordagens eficazes em matéria de consumo de tabaco e álcool.

Os níveis de eficácia de outras intervenções que serão analisadas no presente manual são apresentados no quadro 7.

## QUADRO 6

### intervenções preventivas baseadas em evidência científica durante o final da adolescência e a idade adulta

Intervenção	Nível de risco avaliado	Indicação de eficácia
Educação para a prevenção baseada nas competências pessoais e sociais e na influência social		
Política e cultura da escola		
Dar resposta a vulnerabilidades psicológicas individuais		
Orientação		
Políticas em matéria de álcool e tabaco	<b>Universal</b> População geral	<b>*****</b> Excelente

## QUADRO 7

## intervenções preventivas baseadas em evidência científica em diferentes contextos

Intervenção	Nível de risco avaliado	Indicação de eficácia
Multicomponentes de base comunitária	<b>Universal e seletivo</b> População geral e grupos em risco	<b>***</b> Boa
Campanhas nos meios de comunicação social	<b>Universal</b> População geral	<b>*</b> Limitada
Prevenção no meio laboral	<b>Universal, seletivo e indicado</b> Todos os componentes	<b>***</b> Boa
Espaços recreativos	<b>Universal</b> População geral	<b>*</b> Limitada
Intervenção breve	<b>Indicada</b> Pessoa em risco	<b>****</b> Muito boa

## Os standards europeus de qualidade na prevenção do consumo de droga

Os EDPQS foram concebidos para melhorar o desenvolvimento e a realização de políticas e intervenções preventivas, reduzir a aplicação de abordagens que foram consideradas ineficazes e assegurar que as atividades de prevenção são realizadas por organizações e profissionais competentes e se adequam a um determinado contexto ou grupo-alvo. Estas normas visam estimular uma mudança na cultura profissional de prevenção rumo a uma abordagem do trabalho de prevenção mais sistemática e baseada em evidência científica.

Os EDPQS descrevem um ciclo de projeto com oito fases (ver figura 11). Embora o ciclo do projeto sugira uma sequência de atividades designada, na prática, algumas fases podem ser concluídas numa ordem diferente e nem todas as fases serão pertinentes para todos os tipos de atividade de prevenção. Além disso, os EDPQS apresentam algumas considerações transversais que devem ser tidas em conta em cada fase do projeto. A descrição seguinte do ciclo do projeto baseia-se no guia rápido dos EDPQS (EMCDDA, 2013a).

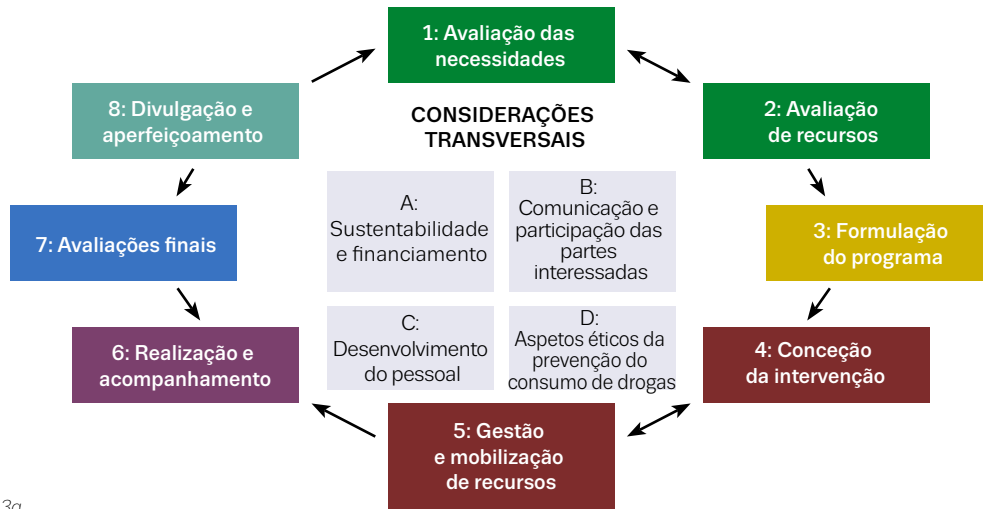
As considerações transversais são temas recorrentes que dizem respeito a todo o ciclo do projeto e não apenas a uma fase do projeto. Há quatro temas deste tipo, que são descritos a seguir: sustentabilidade e financiamento, comunicação e participação dos parceiros, desenvolvimento do pessoal e prevenção ética do consumo de substâncias.

### A: Sustentabilidade e financiamento

As intervenções devem ser integradas num quadro mais vasto de atividades de prevenção do consumo de substâncias. A viabilidade a longo prazo dos trabalhos de prevenção deve ser assegurada na medida do possível. Idealmente, se for caso disso, as intervenções devem prosseguir para além da sua implementação inicial e/ou após o termo do financiamento externo. No entanto, a sustentabilidade depende não só da disponibilidade permanente de financiamento, mas também do empenhamento duradouro do pessoal e de outros parceiros na organização e/ou no domínio da prevenção do consumo de substâncias. Embora algumas intervenções individuais possam ser limitadas no tempo, outras podem fazer parte de uma estratégia de prevenção a longo prazo em que a longevidade é importante.

FIGURA 11

Ciclo do projeto de prevenção do consumo de substâncias



Fonte: EMCDDA, 2013a

**B: Comunicação e participação dos parceiros**

Os parceiros são pessoas, grupos e organizações que têm um interesse efetivo nas atividades e nos resultados das intervenções e/ou são direta ou indiretamente afetados pelos mesmos, tais como a população-alvo, a comunidade, os financiadores e outras organizações que trabalham no domínio da prevenção do consumo de substâncias. Devem ser contactadas e envolvidas no planeamento e na conceção de intervenções e/ou políticas, a fim de coordenar esforços, partilhar os ensinamentos retirados e estabelecer um planeamento e uma orçamentação conjuntos.

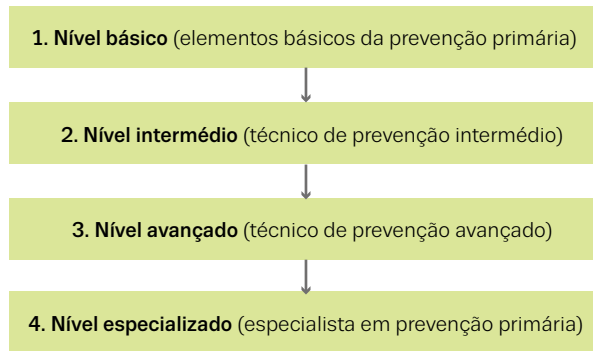
avaliadas antes da implementação e os membros do pessoal devem receber formação para garantir que a intervenção/política é realizada segundo padrões elevados. O desenvolvimento contínuo do pessoal é um meio de recompensar e manter os membros do pessoal e de assegurar a atualização dos seus conhecimentos e competências. Durante a implementação das intervenções e/ou políticas, é importante dar aos membros do pessoal a oportunidade de refletirem sobre o seu trabalho e melhorarem-no.

**C: Desenvolvimento do pessoal**

Este componente consiste em três pilares: formação do pessoal, desenvolvimento contínuo do pessoal e apoio profissional e emocional. As necessidades formativas do pessoal devem ser

A qualidade do pessoal tem uma influência importante na qualidade das intervenções e está estreitamente ligada à formação ou educação recebida. Infelizmente, em muitos países europeus não existe um sistema unificado de formação para os profissionais da prevenção. Charvat e colaboradores (2012) propuseram um sistema de qualificação para profissionais da prevenção no sistema escolar (figura 12), numa tentativa de normalizar os diferentes níveis de formação e educação, que, por sua vez, reflete os conhecimentos e competências específicos exigidos ao pessoal.

FIGURA 12

**Níveis de formação e educação**

Fonte: Adaptado de Charvat et al., 2012

Assim, por exemplo, o professor de uma escola que ministre um programa de ensino simples ou uma sessão de sensibilização relativa às drogas terá apenas de ter o nível básico de competências, ao passo que um especialista em educação responsável pelo rastreio dos alunos e pela realização de um programa de prevenção indicada deverá demonstrar competências avançadas. O EUPC, e o projeto UPC-Adapt em geral, é mais uma tentativa de melhorar e normalizar a formação em toda a Europa.

### | D: Prevenção ética do consumo de substâncias

As atividades de prevenção do consumo de substâncias têm impacto na vida das pessoas e são geralmente orientadas para os jovens; no caso da prevenção seletiva e indicada, estes jovens podem estar entre os mais vulneráveis da sociedade. Os profissionais não devem presumir que as atividades de prevenção do consumo de substâncias são, por definição, éticas e benéficas para os participantes. Embora nem sempre possa ser possível cumprir todos os princípios da prevenção ética do consumo de substâncias, deverá ser claramente visível uma abordagem ética em todas as fases do projeto. Por conseguinte,

devem ser desenvolvidos protocolos para proteger os direitos dos participantes, e os riscos potenciais devem ser avaliados e atenuados.

Passamos agora às diferentes fases do ciclo do projeto.

### | Fase 1: Avaliação das necessidades

Para que a intervenção possa ser planeada em pormenor, é importante explorar previamente a natureza e a extensão das necessidades relacionadas com o consumo de substâncias, bem como as possíveis causas e os fatores que contribuem para essas necessidades. Essa avaliação garante que a intervenção é necessária e que abordará as necessidades e as populações-alvo corretas. Distinguem-se quatro tipos de necessidades: necessidades políticas, necessidades comunitárias (gerais), necessidades definidas por lacunas na prestação de prevenção e necessidades (específicas) da população-alvo.

1.1 Conhecimento de políticas e legislação relacionadas com o consumo de substâncias: a política e a legislação relacionadas com o consumo de substâncias devem orientar todas as atividades de prevenção neste domínio. A equipa deve ter conhecimento e trabalhar em conformidade com as políticas e a legislação relacionadas com o consumo de substâncias a nível local, regional, nacional e/ou internacional. Sempre que as intervenções respondam a necessidades que não sejam prioridades políticas atuais, devem, ainda assim, apoiar a agenda mais vasta de prevenção do consumo de substâncias, tal como definida pelas estratégias nacionais ou internacionais. Se for caso disso, devem também ser consideradas outras orientações, como normas e orientações vinculativas.

1.2 Avaliação do consumo de substâncias e das necessidades comunitárias: o segundo componente desta fase do projeto específica o requisito de avaliar a situação do consumo de substâncias na população geral ou em subpopulações específicas. No planeamento do trabalho de prevenção, não

basta ter por base pressupostos ou ideologias. Pelo contrário, as intervenções ou políticas de prevenção devem basear-se numa avaliação empírica das necessidades das pessoas. Outras questões relevantes, como a privação e as desigualdades, devem também ser avaliadas a fim de ter em conta a relação entre o consumo de substâncias e outras necessidades.

1.3 Descrição da necessidade — justificação da intervenção: as conclusões da avaliação das necessidades da comunidade são documentadas e contextualizadas para justificar a necessidade de intervenção. A justificação deve ter em conta os pontos de vista da comunidade, a fim de garantir que a intervenção é pertinente para a mesma. Dar ênfase às «necessidades» e não aos «problemas» pode ajudar a envolver parceiros que, de outro modo, se podem sentir estigmatizadas. As intervenções ou políticas de prevenção existentes são também analisadas nesta fase, a fim de compreender de que forma a intervenção pode complementar a atual estrutura de implementação.

1.4 Compreensão da população-alvo: a avaliação das necessidades é depois aprofundada através da recolha de dados pormenorizados sobre a população-alvo potencial, tais como informações sobre os fatores de risco e de proteção, a cultura e a vida quotidiana da população-alvo. Uma boa compreensão da população-alvo e das suas realidades é um pré-requisito para uma prevenção eficaz, economicamente eficiente e ética do consumo de substâncias. Se for caso disso, pode ser necessário considerar, para além da população-alvo final (por exemplo, jovens em risco de consumo de substâncias), uma população-alvo intermédia que possa ser objeto da intervenção, embora não esteja em risco de consumo de substâncias (por exemplo, pais, professores).

## | Fase 2: Avaliação de recursos

Uma intervenção é definida não só pelas necessidades da população-alvo, mas também pelos recursos disponíveis. Enquanto a avaliação das necessidades (ver «Fase 1: Avaliação

das necessidades») indica o objetivo que a intervenção ou política deve alcançar, a avaliação de recursos fornece informações importantes sobre se e como esses objetivos podem ser alcançados.

2.1 Avaliação da população-alvo e dos recursos comunitários: as intervenções ou políticas de prevenção só podem ser bem-sucedidas se a população-alvo, a comunidade e outros parceiros estiverem «preparadas» para participar (ou seja, se forem capazes e estiverem dispostas a participar ou a apoiar a implementação). Podem também dispor de recursos aplicáveis no âmbito da intervenção (por exemplo, redes, competências). As normas deste componente descrevem o requisito de avaliar e considerar potenciais fontes de oposição e apoio à intervenção, bem como os recursos disponíveis dos parceiros pertinentes.

2.2 Avaliação das capacidades internas: a análise dos recursos e capacidades internos é importante, uma vez que a intervenção só será viável se estiver em consonância com a disponibilidade de pessoal, os recursos financeiros e outros recursos. Esta fase é realizada antes da intervenção ou da formulação de políticas, a fim de compreender quais os tipos de intervenções ou políticas que podem ser viáveis. Uma vez que o objetivo da avaliação é servir de base ao planeamento, não tem de ser uma avaliação «formal» realizada por uma organização externa, podendo consistir, por exemplo, numa discussão informal entre os membros do pessoal, a fim de identificar os pontos fortes e fracos da organização em termos de recursos.

## | Fase 3: Formulação do programa

A formulação da intervenção ou das políticas define o conteúdo e a estrutura e fornece as bases necessárias para permitir um planeamento orientado, pormenorizado, coerente e realista. Com base na avaliação das necessidades da população-alvo e dos recursos disponíveis, os elementos essenciais da intervenção ou política devem ser claramente definidos.

3.1 Definição da população-alvo: uma boa definição da população-alvo garante que a intervenção é dirigida às pessoas certas. A população-alvo pode ser constituída por pessoas, grupos, agregados familiares, organizações, comunidades, contextos e/ou outras unidades, desde que sejam identificáveis e claramente definidos. A definição deve ser específica e adequada ao âmbito das intervenções ou políticas. Por exemplo, uma consideração importante é saber se a população-alvo pode ou não ser alcançada com a abordagem pretendida.

3.2 Utilização de um modelo teórico: tal como referido anteriormente, a utilização de um modelo teórico adequado ao contexto específico da intervenção aumenta a probabilidade de esta atingir com êxito os seus objetivos. Ajuda a identificar mediadores relevantes de comportamentos relacionados com o consumo de substâncias (por exemplo, intenções e crenças que influenciam o consumo de substâncias) e a determinar metas e objetivos exequíveis. Todas as intervenções devem basear-se em modelos teóricos sólidos, especialmente se tiverem sido desenvolvidas recentemente.

3.3 Definição de finalidades, metas e objetivos: sem finalidades, metas e objetivos claros, existe um risco sério de realizar o trabalho de prevenção centrado nele próprio, em vez de o fazer em benefício da população-alvo. Os EDPQS utilizam uma estrutura com três níveis de finalidades, metas e objetivos interligados. As finalidades descrevem a direção a longo prazo, a ideia geral, o propósito ou a intenção da intervenção. Podem ou não ser alcançáveis no âmbito da intervenção específica, mas proporcionam uma orientação estratégica para as atividades. As metas são declarações claras quanto aos resultados da intervenção para os participantes (em termos de mudança de comportamento) aquando da conclusão da intervenção. Os objetivos descrevem a mudança imediata ou intermédia de comportamento dos participantes que é necessária para atingir uma meta final. Por último, os objetivos operacionais descrevem as atividades necessárias para atingir as metas e os objetivos.

3.4 Definição do contexto: o contexto é o ambiente social e/ou físico em que a intervenção tem lugar, como a família, a escola, o meio laboral, os bares e discotecas ou a comunidade. A avaliação das necessidades pode demonstrar que um ou mais contextos são pertinentes; no entanto, as considerações de ordem prática (por exemplo, facilidade de acesso, colaborações necessárias) devem também ser tidas em conta na decisão sobre o contexto. Uma definição clara do contexto é essencial para que terceiros possam compreender onde e como a intervenção foi realizada.

3.5 Referência a provas de eficácia: ao planear o trabalho de prevenção do consumo de substâncias, é importante conhecer e utilizar os conhecimentos existentes sobre «o que funciona». A base de dados científicos existentes sobre a prevenção eficaz deve ser consultada e os resultados com importância para a intervenção ou política planeada devem ser destacados. Como referido anteriormente, os Standards Internacionais do UNODC e o portal de boas práticas do EMCDDA<sup>(10)</sup> constituem boas referências relativamente às intervenções ou políticas baseadas em evidência científica. Os dados científicos devem ser conjugados com a experiência profissional dos profissionais, a fim de conceber uma intervenção que seja pertinente para o seu contexto específico. Caso não existam dados científicos sobre a eficácia, é possível consultar as experiências profissionais e os conhecimentos especializados dos parceiros. No entanto, devem ser cuidadosamente consideradas as limitações destas formas de conhecimento (por exemplo, a eventual impossibilidade de as generalizar) em comparação com evidência científica sólida da investigação.

3.6 Determinação do cronograma: um cronograma realista é essencial para o planeamento e a implementação da intervenção ou política, para que os membros do pessoal possam direcionar e coordenar os seus esforços. Apresenta o calendário de atividades previsto e os prazos aplicáveis. Um cronograma pode ser atualizado durante a implementação da intervenção, a fim de refletir a sua evolução real.

<sup>(10)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

## | Fase 4: Conceção da intervenção

Estas normas contribuem para o desenvolvimento de uma nova intervenção, bem como para a seleção e adaptação de uma intervenção existente, e incentivam igualmente a tomada em consideração dos requisitos de avaliação como parte da conceção da intervenção.

4.1 Conceção com vista à qualidade e eficácia: depois de delineadas as pedras angulares da intervenção, são especificados os pormenores da mesma. O planeamento de atividades baseadas em evidência científica que os participantes considerem motivadoras, interessantes e significativas é um aspeto importante para alcançar as metas e os objetivos definidos. Sempre que possível, a intervenção deve ser concebida como uma progressão lógica das atividades que reflita a evolução dos participantes ao longo de toda a intervenção. A consulta de várias fontes sobre intervenções ou políticas anteriormente executadas pode ajudar a evitar a realização de atividades que já se tenham revelado ineficazes ou que tenham tido efeitos iatrogénicos. Os Standards Internacionais do UNODC e o portal de boas práticas do EMCDDA constituem boas referências relativamente às intervenções ou políticas baseadas em evidência científica.

4.2 Em caso de escolha de uma intervenção existente: antes de desenvolver uma nova intervenção, deve ponderar-se se já existe uma intervenção adequada, quer na prática quer sob a forma de um manual. Deve considerar-se, por exemplo, se um programa existente é pertinente para as circunstâncias específicas da intervenção e (no caso de programas que não são gratuitos) se é acessível.

4.3 Ajustamento e adaptação da intervenção à população-alvo: quer se trate do desenvolvimento de uma nova intervenção quer da adaptação de uma intervenção existente, a intervenção deve ser ajustada à população-alvo, em conformidade com as conclusões da avaliação das necessidades. Uma competência

essencial do pessoal neste domínio é a sensibilidade cultural, ou seja, a vontade e a capacidade dos membros do pessoal para compreender a importância da cultura (nos seus diferentes tipos), valorizar a diversidade cultural, responder eficazmente a necessidades culturalmente definidas e incorporar considerações culturais em todos os aspetos do trabalho de prevenção.

4.4 Em caso de planeamento das avaliações finais: a monitorização e as avaliações finais do processo e dos resultados devem também ser planeados nesta fase. A avaliação dos resultados é um meio de avaliar se as metas e os objetivos foram alcançados, ao passo que a avaliação do processo é um meio de compreender como foram alcançados ou por que razão não o foram. A equipa de avaliação deve decidir o tipo de avaliação adequado para a intervenção ou política e definir indicadores de avaliação em consonância com as metas e os objetivos. Ter a avaliação em conta nesta fase garante que os dados necessários para a monitorização e as avaliações finais estarão disponíveis de forma satisfatória quando forem necessários.

## | Fase 5: Gestão e mobilização de recursos

Uma intervenção ou política de prevenção implica, além da intervenção propriamente dita, uma boa gestão do projeto e um planeamento pormenorizado para garantir a sua viabilidade. Os aspetos de gestão, de organização e práticos devem ser tidos em conta durante a conceção da intervenção. Para dar início à implementação, é necessário ativar os recursos disponíveis e ter acesso a novos recursos, conforme for necessário.

5.1 Planeamento do programa — elaboração do plano do projeto: um procedimento específico garante que o planeamento e a implementação são realizados de forma sistemática. Um plano escrito do projeto documenta todas as tarefas e procedimentos necessários para a boa implementação da intervenção. O plano do projeto orienta a implementação



ao criar um quadro comum rumo ao qual todos os membros do pessoal podem trabalhar. Nas fases posteriores do projeto, o plano do projeto deve ser consultado para avaliar se a intervenção ou política é executada conforme previsto e se são necessários ajustamentos.

5.2 Planeamento das necessidades financeiras: as necessidades financeiras (custos) e as capacidades financeiras (orçamento) da intervenção devem ser determinadas de modo a contextualizar os recursos necessários e disponíveis. Se forem necessários mais recursos do que os disponíveis, o plano financeiro clarifica o financiamento adicional que poderá ser necessário ou a forma como o plano do projeto poderá ter de ser alterado.

5.3 Constituição da equipa: a equipa é constituída pelas pessoas que trabalham na intervenção (por exemplo, gestão, realização, avaliação). Os membros do pessoal (incluindo voluntários) devem ser escolhidos em conformidade com os requisitos legais e as necessidades da intervenção. As funções e responsabilidades devem ser distribuídas em conformidade, garantindo que todas as tarefas necessárias foram atribuídas e são executadas pelas pessoas mais adequadas (ou seja, as pessoas com qualificações e/ou experiência pertinentes). Este componente deve ser visto em conjunto com a consideração transversal do desenvolvimento do pessoal.

5.4 Recrutamento e retenção de participantes: o recrutamento refere-se ao processo de seleção das pessoas elegíveis da população-alvo, informando-as sobre a intervenção, convidando-as a participar, inscrevendo-as e assegurando que iniciam a intervenção (por exemplo, assistem à primeira sessão). Os participantes devem ser recrutados a partir da população-alvo definida de uma forma metodologicamente correta e ética. A retenção refere-se ao processo de garantir que todos os participantes permanecem na intervenção até que esta tenha terminado e/ou até que as metas sejam atingidas (consoante o que for mais adequado). Este aspeto é particularmente importante para as intervenções que requerem

o envolvimento dos participantes durante longos períodos de tempo. Os obstáculos à participação devem ser identificados e eliminados, a fim de garantir que os participantes possam participar na intervenção e terminá-la.

5.5 Preparação dos materiais do programa: devem ser considerados os materiais necessários para a implementação de uma intervenção baseada num manual, incluindo os materiais de intervenção (se for caso disso), os instrumentos de monitorização e avaliação, o equipamento técnico e o ambiente físico (por exemplo, instalações). Tal permite à equipa finalizar o plano financeiro e tomar medidas para garantir os materiais necessários.

5.6 Apresentação de descrição da intervenção ou política: uma descrição escrita fornece uma visão clara da intervenção ou política. É elaborada de modo a que os parceiros (por exemplo, população-alvo, financiadores, outros profissionais interessados) possam obter informações antes do seu início e/ou enquanto estiver em curso. Se a descrição for utilizada no recrutamento de participantes, deve ser dada especial atenção aos riscos e benefícios potenciais para os participantes. A descrição da intervenção ou política é diferente do plano do projeto (que é um instrumento interno para orientar a implementação da intervenção) e do relatório final (que resume a intervenção ou política após a sua conclusão).

## | Fase 6: Realização e monitorização

Nesta fase, os planos desenvolvidos em fases anteriores do ciclo do projeto são postos em prática. Uma questão importante neste ponto é a necessidade de manter um equilíbrio entre a fidelidade (ou seja, a adesão ao plano do projeto) e a flexibilidade (ou seja, a reação a novos desenvolvimentos que surjam). Os componentes descrevem a forma como este equilíbrio pode ser alcançado questionando a qualidade e os progressos da implementação e introduzindo alterações controladas para melhorar a intervenção.

6.1 Em caso de realização de uma intervenção-piloto: em certos casos, por exemplo, se uma intervenção tiver sido desenvolvida recentemente ou passar de uma implementação local para uma implementação nacional, a intervenção deve ser testada primeiro, através da sua aplicação a uma escala mais reduzida. Isso ajuda a identificar potenciais problemas práticos e outras deficiências que não surgiram durante a fase de planeamento e cuja resolução pode ser muito onerosa se acontecer em plena implementação. Uma intervenção-piloto (ou estudo-piloto) é um teste em pequena escala da intervenção antes da implementação plena (por exemplo, com menos participantes e em apenas um ou dois locais). Durante a intervenção-piloto, os dados relativos ao processo e aos resultados (limitados) são recolhidos e utilizados para realizar uma avaliação em pequena escala. Utilizando as conclusões da intervenção-piloto, os criadores das intervenções podem proceder a ajustamentos finais e pouco dispendiosos antes da sua implementação efetiva.

6.2 implementação da intervenção: logo que existam provas concretas suficientes de que a intervenção de prevenção do consumo de substâncias prevista será eficaz, viável e ética, a intervenção é executada da forma descrita no plano do projeto. No entanto, tal não significa que o plano do projeto deva ser rigorosamente respeitado se houver uma necessidade evidente de alterações. A fim de facilitar avaliações posteriores e a apresentação de relatórios sobre a intervenção, a implementação é documentada em pormenor, incluindo acontecimentos imprevistos, desvios e falhas.

6.3 Monitorização da implementação: enquanto a intervenção é realizada, os resultados e os dados do processo são recolhidos e analisados periodicamente, por exemplo no que diz respeito à pertinência da intervenção para os participantes, à fidelidade ao plano do projeto e à eficácia. A implementação efetiva da intervenção e outros aspetos são comparados com os pormenores estabelecidos no plano do projeto. A monitorização, ou seja, a incorporação de análises regulares dos progressos, também ajuda a determinar se é necessário alterar o plano original.

6.4 Ajustamento da implementação: a implementação deve permanecer flexível, de modo a poder reagir a eventuais problemas, à alteração das prioridades, etc. Sempre que necessário e possível, a implementação da intervenção deve ser ajustada em função dos resultados das análises de monitorização. No entanto, as alterações devem ser devidamente justificadas e o seu potencial impacto negativo na intervenção ou na política deve ser tido em conta. Por conseguinte, se forem feitos ajustamentos, estes devem ser documentados e avaliados para compreender o efeito que tiveram sobre os participantes e os resultados finais.

## | Fase 7: Avaliações finais

Uma vez concluída a intervenção, as avaliações finais avaliam os resultados e/ou o processo de realização e implementação da intervenção ou da política. Resumidamente, as avaliações dos resultados centram-se na mudança de comportamento dos participantes (por exemplo, redução do consumo de substâncias), enquanto as avaliações do processo se centram nos dados introduzidos e nos resultados, ou seja, determinam se a intervenção foi ou não executada como previsto (por exemplo, o número de sessões realizadas, o número de participantes contactados e mantidos).

7.1 Em caso de realização de uma avaliação dos resultados: no âmbito da avaliação dos resultados, os dados dos resultados são sistematicamente recolhidos e analisados para avaliar a eficácia da intervenção. Todos os resultados devem ser comunicados conforme definido na fase de planeamento (ou seja, em conformidade com os indicadores de avaliação definidos). Em função da escala da intervenção e do modelo de investigação utilizado, devem ser realizadas análises estatísticas para determinar a eficácia da intervenção na consecução dos objetivos definidos. Sempre que possível, uma declaração causal sobre a eficácia da intervenção deverá resumir as conclusões da avaliação dos resultados.

7.2 Em caso de realização de uma avaliação do processo: a avaliação do processo documenta o que aconteceu durante a implementação da intervenção. Além disso, analisa a qualidade e a utilidade da intervenção, tendo em conta o seu alcance e cobertura, a aceitação da intervenção pelos participantes, a fidelidade da implementação e a utilização dos recursos. As conclusões da avaliação do processo ajudam a explicar as conclusões da avaliação dos resultados e sublinham a forma como a intervenção pode ser melhorada no futuro ou por que razão ficou aquém das expectativas.

As conclusões da avaliação dos resultados e da avaliação do processo devem ser interpretadas em conjunto, a fim de obter uma compreensão aprofundada do êxito da intervenção. Estes conhecimentos servirão de base para a fase final do projeto (fase 8).

## | Fase 8: Divulgação e aperfeiçoamento

Na fase final do projeto, o futuro da intervenção ou política é uma preocupação importante: deverá continuar e, em caso afirmativo, de que forma? A divulgação de informações sobre a intervenção ou política pode ajudar a promover a sua continuação, mas também permite que terceiros aprendam com a experiência adquirida através da implementação da intervenção ou política.

8.1 Decisão de manter ou não a intervenção ou política: idealmente, uma intervenção ou política de prevenção de elevada qualidade pode prosseguir para além da sua implementação inicial e/ou após o termo do financiamento externo. Com base nos dados empíricos produzidos através da monitorização e das avaliações finais (em função dos dados disponíveis), é possível decidir se vale a pena continuar o programa. Caso se determine que a intervenção deve ser mantida, devem ser especificadas e executadas medidas adequadas e ações de monitorização.

8.2 Divulgação de informações sobre o programa: a divulgação pode beneficiar a intervenção de muitas formas,

por exemplo, obtendo o apoio dos parceiros pertinentes para a sua continuação ou melhorando a intervenção através de comentários. Além disso, complementa a base factual para a prevenção do consumo de substâncias, contribuindo assim para a política, a prática e a investigação futuras em matéria de consumo de substâncias. A fim de dar a outros profissionais a oportunidade de reproduzirem a intervenção, os materiais da intervenção e outras informações pertinentes (por exemplo, informações sobre o cálculo dos custos) devem também ser disponibilizados o mais pormenorizadamente possível (em função dos requisitos em matéria de direitos de autor, etc.).

8.3 Em caso de elaboração de um relatório final: o relatório final é um exemplo de um produto de divulgação. Pode ser apresentado como um registo da implementação, no âmbito de uma convenção de financiamento ou simplesmente para informar terceiros sobre a intervenção. Frequentemente, o relatório final resume a documentação produzida durante as fases anteriores do projeto. Descreve o âmbito e as atividades da intervenção e, quando disponíveis, os resultados das avaliações finais. Uma vez que nem sempre é exigido um relatório final e que outros meios de divulgação podem ser mais adequados (por exemplo, apresentações orais), este componente só é pertinente se for elaborado um relatório final.

## | Programas adaptados baseados em evidência científica

Tal como mencionado anteriormente, os EDPQS centram-se no «como» do trabalho de prevenção (ou seja, na implementação significativa), enquanto os Standards Internacionais do UNODC sobre a Prevenção do Uso de Drogas se centram no «quê» (ou seja, no conteúdo de intervenções ou políticas bem-sucedidas). Na Europa, os programas «baseados em evidência científica» podem, por vezes, ser vistos com desconfiança e suscitar reservas junto dos profissionais da prevenção, que os podem considerar demasiado prescritivos

e indiferentes à experiência profissional. Estes profissionais podem também preferir trabalhar «da base para o topo», a partir das necessidades da sua população-alvo, em vez do que consideram ser intervenções «do topo para a base».

Esses serviços ou intervenções criados e desenvolvidos a nível local baseiam-se na compreensão e na integração da situação, dos recursos, dos intervenientes e das mentalidades locais. Tendem a ser menos complexos do que as intervenções baseadas em manuais, no sentido em que tendem a basear-se mais no fornecimento de informações do que na formação de competências ou na regulamentação, promoção ou limitação direta de comportamentos. Exigem também profissionais da prevenção muito motivados e qualificados que estejam cientes de que a prevenção não se limita a educar as pessoas sobre os riscos, a informá-las sobre os perigos, a prestar aconselhamento, a utilizar táticas de medo ou a organizar jornadas de sensibilização para as substâncias ou palestras externas por agentes da polícia e antigos consumidores. Em suma, exigem que os profissionais

utilizem técnicas diferentes das estratégias cognitivas para alterar comportamentos. A resolução destas tensões pode constituir um desafio, razão pela qual o EUPC é necessário.

Existem muitos motivos para executar uma intervenção ou política baseada em evidência científica, mas também podem existir obstáculos ideológicos e contextuais que impedem a sua utilização. Estes fatores são apresentados no quadro 8.

No entanto, os dois conceitos de intervenção baseada num manual e em evidência científica e de experiência pertinente a nível local não se excluem mutuamente e podem ser conjugados, como demonstra a experiência com as Comunidades que cuidam (*Communities that Care, CTC*) em alguns países europeus <sup>(11)</sup>. Este sistema permite às comunidades, em primeiro lugar, analisar objetivamente as suas necessidades específicas e o seu perfil de problemas e, em seguida, escolher a intervenção ou as intervenções mais adequadas para dar resposta à sua situação específica.

## QUADRO 8

### Obstáculos e vantagens da implementação de intervenções baseadas em evidência científica

Obstáculos à implementação de intervenções baseadas em evidência científica	Vantagens da implementação de intervenções baseadas em evidência científica
Muitas vezes, parecem contrariar a sabedoria convencional	Proporcionam aos grupos-alvo e às populações-alvo as melhores intervenções, técnicas e políticas disponíveis
Desafiam as crenças culturais e religiosas no que diz respeito à parentalidade, à estrutura familiar, aos papéis de género, etc.	Oferecem a possibilidade de prestar serviços de forma mais eficaz e eficiente
Exigem novas competências e formação especializada	Proporcionam uma base mais racional para as decisões políticas
Dificuldade em manter a fidelidade da implementação e, simultaneamente, ter em conta as necessidades específicas do grupo-alvo e da população-alvo	Proporcionam uma linguagem comum
Disponibilidade limitada de recursos	Dão a oportunidade de desenvolver um conceito comum para a avaliação da investigação científica
Exigem monitorização e avaliações	Constituem uma nova base para a educação e a formação, oferecem a possibilidade de assegurar a continuidade e uma maior uniformidade na prestação de serviços e dão mais esclarecimentos sobre os elos em falta e as lacunas nos nossos conhecimentos científicos atuais.

<sup>(11)</sup> <http://www.ctc-network.eu/>

Neste currículo europeu, analisamos tanto as abordagens ascendentes como os programas existentes baseados em evidência científica, uma vez que acreditamos firmemente que estas duas abordagens não são necessariamente contraditórias. A combinação de ambas as abordagens pode ser uma situação vantajosa para todos. Os EDPQS, que permitem uma abordagem ascendente, asseguram um processo de implementação de elevada qualidade, ao passo que os Standards Internacionais do UNODC, nos quais são enumerados as intervenções baseadas em evidência científica, ajudam a selecionar uma intervenção de prevenção de elevada qualidade.

### | Equilíbrio entre adaptação e fidelidade

À medida que construímos a intervenção, temos de considerar a possibilidade de adaptar as mensagens da intervenção às necessidades e características dos participantes. Essa adaptação aumenta a probabilidade de os participantes considerarem a intervenção pertinente, participarem ativamente na mesma e alcançarem os resultados desejados. A adaptação implica abordar as crenças culturais, os valores, a linguagem, o contexto social e as imagens visuais, mas não significa alterar a base teórica da intervenção.

Uma vez que a maior parte das intervenções ou políticas de prevenção baseadas em evidência científica foram desenvolvidas em diferentes países ocidentais, pode ser necessário adaptar a intervenção ou política ao contexto nacional, regional ou local. No entanto, é importante recordar, em especial no caso de intervenções baseadas em evidência científica, que é necessário manter a intenção do programa preservando os princípios fundamentais da intervenção. Tal representa um equilíbrio entre a fidelidade — a realização de uma intervenção de prevenção da forma prescrita ou concebida por quem a desenvolveu — e a adaptação — a alteração do conteúdo da intervenção para atender às necessidades de um determinado grupo de consumidores ou grupo-alvo.

Por que razão é importante ter em atenção o equilíbrio entre fidelidade e adaptação? Algumas razões são evidentes. Por exemplo, se a intervenção estiver redigida em inglês e for realizada em inglês mas o grupo-alvo não incluir falantes nativos de inglês, o conteúdo não será compreendido. Outras razões são menos evidentes: por exemplo, se o programa for avaliado entre uma população branca ou ocidental e o grupo-alvo não for nem branco nem ocidental, poderão existir conflitos de crenças, valores e, eventualmente, normas (Castro et al., 2004; Castro et al., 2010). O quadro 9 apresenta exemplos de algumas das questões que devem ser tidas em conta aquando da adaptação dos programas.

O EMCDDA publicou um documento temático que examinou se os programas de prevenção norte-americanos poderiam ser executados em culturas e contextos europeus (EMCDDA, 2013b). Este documento descreve as especificidades do GBG, do programa Strengthening Families e das CTC.

Algumas indicações são apresentadas no *Toolkit 4* dos EDPQS (Brotherhood et al., 2015) e descritas num artigo escrito por Van der Kreeft e colaboradores (2014).

- Alterar a capacidade antes de alterar a intervenção. Pode ser mais fácil alterar o programa, mas alterar a capacidade local para o realizar da forma como foi concebido é uma escolha mais segura.
- Consultar o criador da intervenção para saber se tem experiência e/ou conselhos a dar para a adaptação da intervenção a um determinado contexto ou circunstância.
- Manter os componentes fundamentais. Existe uma maior probabilidade de eficácia quando a intervenção mantém os componentes fundamentais da intervenção original. Os componentes fundamentais são características da intervenção identificadas como motivadoras de um mecanismo de mudança de comportamento e são, por conseguinte, a razão pela qual uma intervenção funciona. Um dos componentes fundamentais do programa europeu

QUADRO 9

Exemplos de questões que podem ter um impacto negativo na adaptação dos programas de prevenção

	Características da avaliação do programa	Novo grupo-alvo	Consequências
Língua	Inglês	Outra	Incapacidade para compreender o conteúdo do programa
Etnia	Branca	Outra	Conflitos de crenças, valores e/ou normas
Urbano/rural	Urbano	Rural	Obstáculos logísticos e ambientais que afetam a participação
Número e gravidade dos fatores de risco	Poucos fatores/gravidade moderada	Vários fatores/gravidade elevada	Efeito insuficiente em vários fatores de risco ou nos fatores de risco mais graves
Estabilidade familiar	Sistemas familiares estáveis	Sistemas familiares instáveis	Cumprimento limitado
Consulta da comunidade	Consulta da comunidade sobre a conceção e/ou administração do programa	Não consultada	Ausência de adesão da comunidade, resistência, baixas taxas de participação
Preparação da comunidade	Moderada	Reduzida	Ausência de infraestruturas e organizações para resolver os problemas relacionados com o abuso de substâncias e executar programas

Fonte: Castro et al., 2004

de prevenção da toxicod dependência Unplugged <sup>(12)</sup> era «reagir à pressão dos amigos». Este componente fundamental não pôde ser excluído no processo de adaptação.

- Ser coerente com os princípios baseados em evidência científica. Existe uma maior probabilidade de êxito se a adaptação não violar um princípio de prevenção assente em evidência científica.
- Acrescentar em vez de subtrair. É mais seguro acrescentar algo a uma intervenção do que alterá-la ou retirar-lhe elementos.

O seu papel enquanto profissional da prevenção consiste em analisar a forma de adaptar uma intervenção baseada em evidência científica sem perder o seu impacto (ver quadro 10).

<sup>(12)</sup> O termo «programa» é utilizado quando falamos de intervenções específicas com base em manuais. O termo «intervenção» é mais genérico.

Os debates com os seus colegas durante a formação ou no seu meio laboral ajudarão a esclarecer a melhor forma de efetuar as adaptações necessárias para a sua sociedade.

QUADRO 10

Adaptação versus adaptação com fidelidade

Adaptação	Adaptação com fidelidade
Para serem aceitáveis para o público-alvo, as intervenções baseadas em evidência científica devem ser culturalmente adequadas, abordando a língua, os costumes, as expectativas e as normas	Os elementos fundamentais da intervenção baseada em evidência científica devem ser mantidos para garantir a eficácia da intervenção, atendendo simultaneamente às necessidades da comunidade



# 4

## | Índice

- 72 | **Avaliação e investigação**
- 74 | **Sistema de avaliação e modelos de investigação**
- 75 | **Componentes do modelo de investigação ou avaliação**
- 76 | **Tipos de modelos de investigação**
- 80 | **Amostragem e medição**
- 81 | **Recolha de dados, análise e estatísticas**
- 82 | **Trabalhar com um investigador de avaliação — o modelo colaborativo**
- 83 | **Utilização de registos de programas de prevenção**
- 84 | **Avaliações *ex ante***



## CAPÍTULO 4

# Monitorização e avaliação

A avaliação é um tipo de investigação que proporciona uma forma sistemática de avaliar os resultados a curto e a longo prazo de uma intervenção de prevenção e os fatores relacionados com esses resultados. As avaliações podem ser realizadas no decurso da intervenção, desde as fases de planeamento e desenvolvimento inicial até à implementação e à monitorização após a conclusão da intervenção. Na realidade, todas as fases da intervenção de prevenção devem ser avaliadas, uma vez que se pode obter informações valiosas para melhorar o trabalho e ajudar a decidir se a intervenção deve ou não prosseguir.

Neste capítulo, ficará a conhecer os principais objetivos de uma avaliação: medir o impacto e os resultados, verificar quais as populações e os segmentos da população que responderam e quais os que não o fizeram, comparar os custos com os benefícios e comparar a eficácia de uma intervenção com a de outra. A monitorização e a avaliação são etapas importantes no ciclo do projeto dos EDPQS, conforme descrito mais adiante no presente capítulo.

O presente capítulo não tem por objetivo dotar o leitor das competências necessárias para realizar o seu próprio projeto de avaliação ou de investigação. Em vez disso, apresentar-lhe-á alguns dos principais conceitos pertinentes. Desta forma, melhorará a sua compreensão dos artigos e relatórios de investigação sobre prevenção e, por conseguinte, permitir-lhe-á começar a refletir sobre formas de realizar uma avaliação do seu próprio trabalho ou o tipo de elementos a ter em conta se decidir contactar equipas externas de investigadores para realizar uma avaliação em seu nome.

As avaliações utilizam vários modelos de investigação robustos. Analisaremos as definições, bem como as vantagens e desvantagens, de algumas das abordagens mais generalizadas: o ensaio controlado e aleatorizado (ECA), o modelo de série temporal interrompida e o modelo de grupo pré/pós-teste (ver «Exemplos de modelos comuns de avaliação» mais abaixo).

Analisaremos sucintamente outros componentes da avaliação, por exemplo, a amostragem e as medições dos resultados, para observar a forma como a população é definida e selecionada e as medidas desenvolvidas para avaliar as suas atitudes, crenças, intenções e comportamentos relacionados com o consumo de substâncias. Além disso, é provável que qualquer avaliação necessite de medidas quantitativas e qualitativas. As medidas quantitativas dizem essencialmente respeito a números objetivos de aspetos concretos, como os níveis de consumo, enquanto as medidas qualitativas tratam dos aspetos subjetivos e abordam questões do tipo «porquê?» e «o que significa?». Por último, analisaremos os métodos de recolha de dados e a análise dos dados, para que perceba melhor a sua importância nos relatórios de avaliação.

Embora não se peça que os destinatários deste programa de formação realizem avaliações, este capítulo inclui também uma breve descrição das avaliações *ex ante*, que têm em conta os resultados suscetíveis de serem alcançados antes do início de um programa. Tal ajudará os formandos a compreender melhor os recursos necessários para executar um programa de prevenção e os tipos de análises necessários para gerar as informações que permitem determinar se um programa foi ou não bem-sucedido.

Para leitores interessados, recomendamos uma série de recursos de avaliação suplementares. O EMCDDA publicou o *Prevention and Evaluation Resources Kit* (PERK, Kit de Recursos de Prevenção e Avaliação <sup>(13)</sup>) e as *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (Linhas orientadoras para avaliação de ações de prevenção da droga: manual para planificadores e avaliadores de programas)* <sup>(14)</sup>. Além disso, o UNODC elaborou um guia para avaliar programas de prevenção do abuso de substâncias dirigidos aos jovens <sup>(15)</sup>. Para uma leitura mais avançada, a Society for Prevention Research publicou os seus *Standards of efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science* [Normas de eficácia, eficiência e de expansão da investigação na ciência da prevenção] <sup>(16)</sup>. Por fim, o quadro RE-AIM (alcance, eficiência, adoção, implementação e manutenção) proporciona uma abordagem da avaliação que estende a avaliação das intervenções, para além da eficácia, a vários critérios que podem identificar melhor a aplicabilidade e o impacto das intervenções <sup>(17)</sup>. No entanto, este é apenas recomendado para formandos avançados muito familiarizados com a investigação em matéria de avaliação e com ligações estreitas a investigadores.

## Avaliação e investigação

Os estudos sobre o comportamento humano incluem uma série de questões e abordagens de investigação, nomeadamente a investigação etiológica com o contributo da genética e das neurociências, bem como as atitudes, as crenças e os comportamentos associados que contribuem para a doença. A investigação é definida como uma investigação sistemática concebida para desenvolver ou contribuir para um conhecimento generalizável. Tal como referido no início do presente capítulo, a

avaliação é um tipo de investigação, definida como uma forma sistemática ou estruturada de avaliar os resultados desejados de uma intervenção de prevenção a curto e a longo prazo e os fatores que estão relacionados com esses resultados.

Existem vários motivos para realizar uma avaliação. Entre eles está a compreensão dos elementos que se seguem.

- Impacto ou resultados. A intervenção alcançou os resultados pretendidos e estes foram significativamente melhores do que se não tivesse sido realizada qualquer intervenção?
- Consequências não intencionais da intervenção. Assegurar que as intervenções preventivas não prejudiquem os destinatários é uma prioridade ética fundamental.
- Alcance. A intervenção envolveu de forma diferenciada todos os participantes ou apenas determinados grupos? A intervenção produziu os mesmos resultados para todos os participantes ou apenas para determinados grupos? Os resultados para os rapazes foram semelhantes aos das raparigas, por exemplo?
- Custos. Em que medida os benefícios obtidos devido à intervenção superam os custos da própria intervenção?
- Comparação. A intervenção foi mais eficaz do que outras, em termos de resultados, tendo em conta os custos envolvidos?

As avaliações podem ser realizadas ao longo do ciclo de vida da intervenção, desde as fases de planeamento e desenvolvimento inicial até à implementação, reflexão e avaliação do impacto (figura 13). São técnicas úteis para uma melhor compreensão não só das novas intervenções preventivas, mas também das que têm um maior historial de implementação, como as intervenções realizadas pelos serviços gerais, que podem ser consideradas estáveis e plenamente desenvolvidas. As avaliações também podem ser valiosas mesmo quando a intervenção já não está a ser realizada, uma vez que permitem avaliar alguns dos seus impactos a longo prazo. Assim, idealmente, todas as fases da intervenção de prevenção devem ser avaliadas.

<sup>(13)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en)

<sup>(14)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention\\_update\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en)

<sup>(15)</sup> <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/monitoring-and-evaluation.html>

<sup>(16)</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

<sup>(17)</sup> <http://www.re-aim.org/>

Por exemplo, a avaliação de uma nova intervenção de prevenção exigiria, em primeiro lugar, garantir que os componentes da intervenção — conteúdo, estrutura e realização — estão associados ao efeito pretendido. Por exemplo, as lições sobre a tomada de decisões melhoram efetivamente as competências de tomada de decisões dos participantes? É possível ministrar a sessão sobre tomada de decisões no âmbito de um período de aula de 40 minutos? Os formatos de realização, nomeadamente as técnicas interativas utilizadas para ministrar a lição sobre tomada de decisões, são eficazes ou há outras formas mais adequadas? Estes tipos de avaliações, denominadas avaliações da eficácia, estudos de eficácia ou ensaios de eficácia, colocam a questão: a intervenção está a alcançar os seus objetivos em condições controladas? A avaliação da intervenção nesta fase contribuirá para revisões e melhorias que podem ser introduzidas para continuar a desenvolver a intervenção antes da sua aplicação integral (figura 14).

A avaliação de uma intervenção de prevenção estável e plenamente desenvolvida que é realizada em condições «reais», ou quase, é designada por avaliação da eficácia ou ensaio de eficácia. Os resultados da avaliação destes tipos de estudos podem ser utilizados para acompanhar a intervenção e dar *feedback* sobre os resultados a curto prazo imediatamente ou poucos meses após a implementação. A avaliação pode ajudar a destacar realizações bem-sucedidas e domínios que requerem melhorias. Os resultados a mais longo prazo também

FIGURA 13  
Pontos temporais para a avaliação

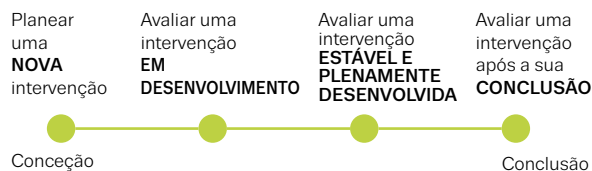


FIGURA 14

### Diferentes tipos de avaliação



podem ser avaliados, com períodos de monitorização que vão de seis meses a vários anos após a intervenção. No caso do consumo de substâncias, a monitorização estende-se, de um modo geral, às fases intermédias e finais da adolescência.

No final da intervenção de prevenção, a avaliação ajuda a aferir o valor da intervenção, bem como a documentar os ensinamentos retirados para o futuro. Nesta fase, uma avaliação pode aferir a adoção e a sustentabilidade da intervenção. Trata-se de um momento em que também é possível avaliar os resultados inesperados.

Os estudos de eficácia das intervenções em condições «reais» têm um interesse primordial para os profissionais da prevenção. Fornecem dados sobre os resultados da intervenção e abordam também as questões: para quem foi a intervenção mais eficaz e em que condições de implementação?

## Sistema de avaliação e modelos de investigação

A intenção geral de uma avaliação é não só compreender o que foi feito durante a intervenção, mas também determinar se a intervenção cumpriu o que lhe era pedido. Estas avaliações abordam diversas questões.

- A intervenção/política de prevenção alcançou os seus resultados de curto prazo? Por exemplo, a perceção que as crianças têm do risco está a evoluir na direção certa? Os pais utilizam competências de monitorização adequadas? As novas mães atendem às necessidades dos seus recém-nascidos?
- A intervenção/política alcançou o(s) efeito(s) pretendido(s) para a população-alvo? Houve respostas diferentes de cada subgrupo — género, grupo étnico, consumo de substâncias ou estatuto socioeconómico? A intervenção reduziu ou produziu desigualdades nos resultados de alguns grupos em comparação com outros?
- Que características da intervenção/política estiveram associadas aos resultados alcançados? Deveram-se a mudanças de atitudes e crenças? Foram uma combinação de mudanças de atitudes e competências?
- Em que medida a fidelidade da realização esteve associada a resultados positivos/negativos?

Por conseguinte, antes de proceder a uma avaliação, é importante clarificar determinados fatores.

- Quais são as questões de investigação? Qual é a finalidade da avaliação? Será verificar por que razão um programa é eficaz? Será determinar se a avaliação deve ou não ser mantida? Será satisfazer um financiador?
- O que vai ser avaliado? Quais são os resultados?
- Quem estaria interessado nos resultados da avaliação e porquê? Trata-se de uma informação importante para um

governo local? Existe interesse em reproduzir o programa no resto da região ou mesmo do país?

- Qual é o calendário? É realista e o utilizador dispõe dos fundos e de outros recursos necessários para o cumprir? Se estiver interessado no consumo de substâncias como resultado de uma intervenção em contexto escolar destinada a jovens de 12 anos, mas também sabe que a idade normal de início do consumo para a maioria dos participantes é de 16 anos, a avaliação teria de acompanhar estas crianças ao longo de quatro a cinco anos para verificar se o resultado pretendido (prevenção ou redução do início) é alcançado. Também teria de considerar se será fácil acompanhar os participantes durante um período tão longo. Se o seu grupo de participantes tiver abandonado o ensino obrigatório no momento em que pretende fazer o seguimento, como voltará a contactá-los para realizar a avaliação?
- Como serão resumidos e comunicados os resultados? Quem terá acesso a estes resultados? Que tipo de informações, e com que nível de pormenor, serão comunicadas aos participantes e a outros parceiros? Como tenciona evitar que os resultados da avaliação sejam utilizados em prejuízo de algum dos seus participantes?
- Que recursos estão disponíveis para a avaliação? Que nível de experiência e de conhecimentos especializados estão disponíveis? Quanto custará? Quanto tempo demorará a avaliação?

Uma avaliação deve ser vista como um sistema integrado que inclui dois componentes principais: avaliação do processo (monitorização) e avaliação dos resultados.

A finalidade de uma avaliação de processo é caracterizar os processos através dos quais uma intervenção ou política é executada. Centra-se nos contributos para a intervenção e nos seus resultados, quantificando a escala da intervenção, a fidelidade da implementação e a sua capacidade para afetar a mudança. Mais importante ainda, é uma forma de acompanhar o que está a acontecer, para ter a certeza de que a intervenção

ou política é executada conforme pretendido, não apenas de acordo com um manual ou orientações, mas também de acordo com o plano estratégico de prevenção. Como abordagem de monitorização, trata-se de um instrumento administrativo muito importante a utilizar por qualquer prestador de serviços.

A avaliação ou a monitorização de um processo coloca várias questões.

- O que fizemos?
- Quanto fizemos?
- Quem participou?
- Quem executou os componentes da intervenção/política?
- A intervenção/política foi executada conforme previsto e, em caso afirmativo, porquê?

Enquanto profissional da prevenção, terá de contribuir de forma significativa para realçar a importância da avaliação. Será vantajoso colaborar com uma instituição de investigação na elaboração e no desenvolvimento do modelo da avaliação, uma vez que estas instituições lhe podem proporcionar aconselhamento sobre uma boa estrutura de investigação e orientá-lo nas estatísticas. Os principais componentes do modelo são as questões de investigação, o tipo de modelo de investigação necessário, a população-alvo, os critérios de seleção da população, as medidas relacionadas com as questões de avaliação, os métodos de recolha de dados e a análise.

O objetivo de uma avaliação dos resultados é ilustrar em que medida os conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas (muitas vezes considerados como resultados a curto e a médio prazo) mudaram para as pessoas ou entidades que foram objeto da intervenção ou que foram visadas pela política, em comparação com as pessoas que não foram objeto da intervenção ou que não foram visadas pela política. Os resultados a longo prazo dizem respeito ao produto final pretendido da intervenção, como a redução ou eliminação do consumo de substâncias.

Um sistema completo de monitorização e avaliação deve incluir componentes de avaliação do processo e dos resultados, a fim de documentar os contributos e as realizações da implementação ou da intervenção, bem como os resultados a curto, médio e longo prazo. Note-se que a avaliação ou a monitorização do processo é muito importante, mesmo quando não está prevista uma avaliação dos resultados, uma vez que documenta a realização da intervenção de prevenção. Qualquer nova intervenção de prevenção deve ser acompanhada para determinar o que está a ocorrer durante a intervenção, quem está a ser alcançado e até que ponto a intervenção de prevenção foi recebida.

## Componentes do modelo de investigação ou avaliação

O que se entende por modelo de investigação? Em geral, um modelo de investigação é um roteiro, um guia ou um plano para investigar uma questão ou hipótese de investigação. O modelo de um estudo é definido pelas questões ou hipóteses de investigação abordadas. O tipo de estudo, o tipo de população em estudo, a amostragem, etc., dependem de questões ou hipóteses de investigação muito claras.

- Questões de investigação. O passo mais importante no desenvolvimento de um modelo de investigação é, provavelmente, a elaboração de questões de investigação claras. Enquanto profissional da prevenção, poderá ter interesse em saber e documentar se a intervenção de prevenção que a sua organização tem em curso está efetivamente a chegar ao grupo-alvo e a ter os efeitos pretendidos. Além disso, poderá querer determinar se a intervenção pode ser realizada com diferentes grupos-alvo gerando os mesmos efeitos. As questões do alcance e dos efeitos dos resultados orientarão o planeamento da avaliação.

- Tipo de estudo. Depois de se chegar a acordo quanto às questões de investigação, o próximo componente do modelo consiste em decidir qual será o tipo de estudo, por exemplo, se será descritivo, experimental ou quase experimental e se se tratará de um estudo transversal, longitudinal ou de caso.
- População do estudo. Quem será incluído na população do estudo? Que faixas etárias serão incluídas? Qual será o género? Serão apenas as pessoas que vivem em agregados familiares ou também as pessoas que não dispõem de habitação estável ou que se encontram num ambiente seguro ou num hospital? Estas orientações são designadas por critérios de inclusão. No entanto, importa também considerar quem não será incluído no estudo. Por vezes, o estudo limita-se a pessoas com um nível de literacia elevado ou a pessoas que conseguem compreender as questões de investigação que estão a ser colocadas. Estes requisitos são designados por critérios de exclusão.
- Critérios de seleção e amostragem. Uma vez determinada a população a estudar, como serão selecionadas as pessoas para o estudo? O estudo incluirá todas as pessoas que cumprem os critérios de inclusão e exclusão ou será necessário recorrer a um subgrupo mais pequeno do grupo maior? O subgrupo é conhecido por amostra. No entanto, é importante que esta amostra seja representativa do grupo maior. Foram desenvolvidos vários métodos de amostragem para assegurar a representatividade.
- Medidas. É importante traduzir as questões de investigação em variáveis, conceitos ou palavras, também denominados «atributos», que possam ser medidos. Na transformação de atributos em medidas, podemos, por exemplo, repartir o estado civil simplesmente entre pessoas casadas ou não casadas ou podemos preferir uma classificação mais pormenorizada. Questões como a validade devem ser tidas em conta na decisão sobre as medidas: estas medidas representam realmente o que queremos saber?
- Recolha de dados. Depois de determinadas as medidas, é necessário decidir a forma como estas medidas ou os dados serão recolhidos. Por vezes, estas medidas ou dados já foram

recolhidos por escrito. Exemplos disso são os formulários preenchidos para obter a carta de condução ou os formulários que podem ser preenchidos por terceiros, como o pessoal hospitalar num serviço de urgência ou agentes da polícia. Existem vários métodos para recolher dados diretamente junto da população estudada. Os dados podem ser solicitados às pessoas através de um formato normalizado, como um questionário ou um inquérito. Estes formulários de recolha de dados podem ser preenchidos presencialmente, por telefone, por correio ou pela Internet e cada vez mais através de aplicações para *smartphone* e *tablet*. Deve ser dada especial atenção às questões do anonimato e da confidencialidade, bem como à veracidade e fiabilidade das respostas.

- Análise dos dados. Por último, o modelo de investigação inclui um plano de análise dos dados recolhidos. Como podemos reunir todos os dados para começar a responder às questões de investigação originais?

## Tipos de modelos de investigação

Há muitos tipos de modelos de investigação referidos na literatura, mas apenas alguns deles são utilizados com maior frequência nas avaliações das intervenções preventivas. Nenhum é perfeito, nem sequer o modelo experimental clássico «de referência» (por exemplo, ECA). Todos têm vantagens e desvantagens. Alguns são mais aplicáveis em determinadas situações do que outros.

## Questões de qualidade a ter em conta na apreciação dos resultados da avaliação

Ao considerar os resultados de uma avaliação e os tipos de conclusões que deles podem ser retiradas, há uma série de fatores que devem ser tidos em conta, independentemente do modelo de investigação. Devem também ser tidos em conta aquando da conceção de uma avaliação.

**Validade**

Em todas as avaliações, as principais preocupações prendem-se com a validade dos resultados. O que significa a validade? No caso de uma avaliação, a validade significa que os efeitos verificados resultaram da intervenção. No entanto, há dois tipos de validade que devem ser tidos em conta.

- Validade interna: as conclusões são realmente resultado da participação ou da exposição à intervenção ou resultam de outros fatores?
- Validade externa: as conclusões da avaliação da intervenção de prevenção são aplicáveis a outras situações e a outras populações? Por outras palavras, se a intervenção de prevenção for considerada eficaz com crianças norte-americanas, será também aplicável às crianças da Europa?

É fácil perceber a importância destas questões. Ainda que se constate que a intervenção foi eficaz para adolescentes de classe média, isso não significa que seja eficaz para os adolescentes que vivem em situação de pobreza.

**Validade interna**

Há uma série de ameaças à validade interna de uma avaliação da investigação.

- Maturação: impacto da passagem do tempo.
- Historial: outro aspeto da passagem do tempo; o que aconteceu antes ou entretanto.
- Seleção da amostra: se o investigador responsável pela avaliação não puder realizar a intervenção a todos os participantes num grupo, terá de selecionar um grupo mais pequeno, ou uma amostra de estudo, que represente o grupo maior. Isto significa que o grupo mais pequeno tem de refletir as principais características do grupo maior para que as conclusões lhes possam ser aplicadas.
- Atrito (ou abandono): o termo refere-se aos participantes no estudo que o abandonam ou cuja monitorização tenha sido interrompido.

- Instrumentos de medição: existem algumas provas de que os participantes podem aprender apenas por responderem às perguntas de avaliação.

**Validade externa**

A validade externa significa que as conclusões da avaliação da intervenção de prevenção podem ser generalizadas (ou aplicadas) a outras situações e populações.

- Possibilidade de generalização: as conclusões são aplicáveis à população maior de onde provém a amostra de avaliação?
- Possibilidade de reprodução: é provável que as conclusões sejam reproduzidas por outras pessoas interessadas em realizar a intervenção?
- Contexto ou realização da intervenção: podem incluir as condições de intervenção, bem como a hora do dia ou o momento do ano, a localização, a iluminação e o ruído associados à intervenção.
- Efeitos pré/pós-teste: existe um efeito de aprendizagem que ocorre apenas por fazer o pré-teste ou pós-teste.
- Outra ameaça à validade é a chamada «reatividade à investigação» ou «reatividade à intervenção». Isto acontece quando o facto de o participante saber que está a participar numa intervenção no âmbito de um estudo de investigação afeta a forma como reage à intervenção (por exemplo, tentando deliberadamente «ter êxito» ou «falhar») ou a forma como responde a instrumentos de investigação como os questionários. Há vários termos relacionados, como o efeito do placebo (quando uma intervenção só tem um efeito positivo nos resultados porque os destinatários acreditam que esse é o caso), o efeito de novidade (quando as pessoas tendem a reagir melhor à introdução inicial de uma intervenção porque é uma novidade e difere do habitual, e não porque é mais eficaz) e os efeitos de Hawthorne (quando as pessoas modificam o seu comportamento habitual por saberem que fazem parte de um estudo de investigação ou que estão a ser acompanhadas por pessoal da intervenção).

### Grupo de controlo ou de comparação

O mais desejável em qualquer avaliação é constatar que, na intervenção, houve uma forte relação entre a participação na mesma e o resultado de interesse: no nosso caso, o consumo de substâncias. Para garantir que a intervenção é a «causa» do resultado, é importante garantir que não houve um contributo de outros fatores para esse resultado. Tais fatores incluem os acima referidos, como a maturidade, o historial, etc. Como podemos garantir que tal aconteça? Incluindo um grupo de pessoas que não participa na intervenção mas é semelhante ao grupo que participou. Este grupo é designado por grupo de controlo ou de comparação.

O grupo de controlo é também designado por «tratamento habitual» ou «condições habituais». Por outras palavras, o grupo de controlo representa o que aconteceria ao grupo de intervenção se não participasse na intervenção. «Tratamento habitual» pode referir-se à ausência de intervenção ou à prática habitual. Tal acontece, por exemplo, quando um novo

programa de prevenção em contexto escolar é comparado com as sessões gerais sobre saúde e sociedade lecionadas normalmente aos estudantes. Esta é a essência de um modelo robusto de investigação.

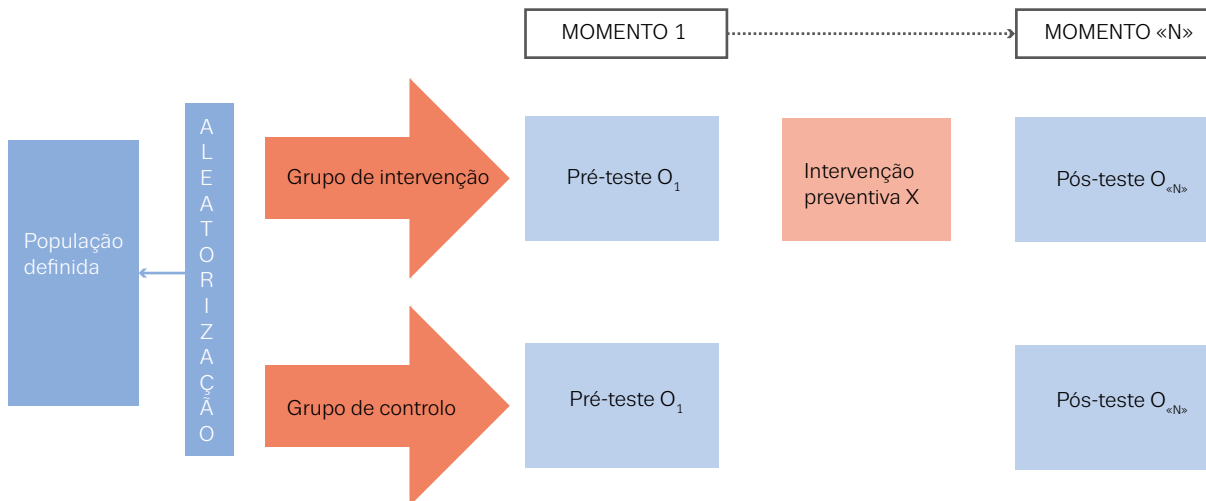
### Exemplos de modelos de avaliação comuns

Existem vários bons modelos de investigação utilizados para avaliar a eficiência das intervenções preventivas. Cada um tem vantagens e desvantagens.

O modelo experimental clássico é mais vulgarmente conhecido por ECA (figura 15). É considerado o modelo de investigação mais rigoroso e é frequentemente utilizado na investigação clínica, bem como na investigação de elevada qualidade no domínio da prevenção. Os principais elementos deste modelo são os seguintes:

FIGURA 15

### Modelo experimental clássico ou ECA





- medidas de resultados adequadas;
- seleção de um grupo sem exposição/não participante (grupo de controlo) que tenha as mesmas características que os participantes na intervenção;
- atribuição aleatória de participantes aos grupos de intervenção e de controlo;
- dados recolhidos antes da participação na intervenção e em vários pontos após a participação na intervenção para os que nela participam e em períodos semelhantes para os que não participam;
- compreensão clara da exposição/participação na intervenção;
- tempo suficiente e adequado após a participação na intervenção para a obtenção de medidas de resultado (por exemplo, para o início do consumo de substâncias aos 16 anos de idade).

Um ECA tem pontos fortes e fracos.

- Ajuda a demonstrar as relações de causa e efeito entre a realização de um programa de prevenção e os resultados.
- A equipa de investigação pode atribuir ou recusar a intervenção de forma precisa.
- Reduz alguns tipos de enviesamentos através da atribuição aleatória de participantes aos grupos de intervenção e de controlo.
- Muitas vezes, implica que uma amostra de grandes dimensões seja estudada durante um longo período de tempo, pelo que pode ser muito dispendioso e demorar muito tempo a produzir resultados.
- Os resultados podem não reproduzir as condições reais de implementação na prática corrente.
- Podem ainda existir algumas diferenças ocultas entre os grupos estudados que não são tidas em conta pelo processo de aleatorização.
- Nem sempre responde a questões importantes, como «o que funciona?», «para quem?» e «em que circunstâncias?».

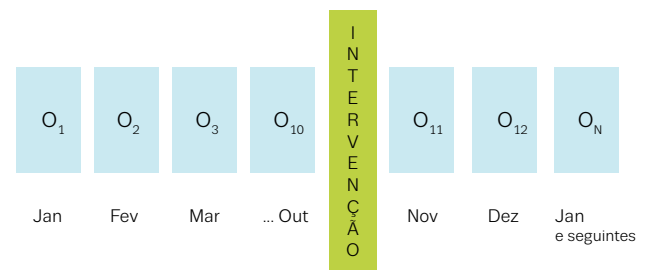
Serão necessários outros tipos de modelos de estudo (por exemplo, estudos qualitativos) para obter este tipo de entendimento.

### Modelo de série temporal interrompida

Um modelo alternativo utilizado quando é difícil desenvolver um grupo de comparação ou de controlo é o modelo da série temporal interrompida (figura 16). Neste modelo, são efetuadas até 100 medições antes e depois da intervenção na população-alvo. Este tipo de modelo foi utilizado com êxito para examinar a introdução de intervenções preventivas ambiental. Por exemplo, um governo pode decidir introduzir um novo imposto sobre o álcool. Neste caso, não é possível designar um grupo-alvo (ou seja, elementos do público) para participar ou não na intervenção, como aconteceria num ECA, uma vez que todos os produtos do álcool são afetados. No entanto, o modelo de série temporal interrompida permite ao investigador estudar o que aconteceu às tendências dos resultados de interesse antes e depois da introdução do novo imposto.

FIGURA 16

### Série temporal interrompida



As séries temporais interrompidas têm pontos fortes e fracos.

- São relativamente fáceis de realizar quando os dados já são recolhidos por rotina (por exemplo, denúncias de crimes, hospitalizações).
- As boas análises podem excluir tendências sazonais que já existiam antes da introdução da intervenção (por exemplo, aumento do consumo de álcool durante as férias escolares) ou alterações na população em geral (por exemplo, uma tendência a longo prazo para a diminuição do consumo de álcool na população em geral).
- Não podem confirmar, mas também não podem excluir totalmente, a possibilidade de outros fatores ocorridos ao mesmo tempo que a intervenção serem responsáveis pelas conclusões.
- Pode ser necessário muito tempo para obter dados suficientes para realizar a análise.
- Os resultados são por vezes difíceis de interpretar quando o resultado do interesse raramente ocorre antes da implementação de uma intervenção.

### Modelo de grupo pré/pós-teste

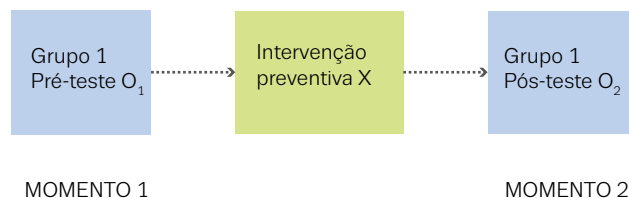
O modelo de grupo pré/pós-teste (por vezes designado por modelo «intragrupo») é o modelo que se encontra mais frequentemente na investigação de avaliação (figura 17). Antes da intervenção de prevenção, os dados são recolhidos junto do grupo-alvo, este participa na intervenção e, em seguida, são recolhidos dados semelhantes aos recolhidos antes da intervenção. A recolha de dados após a intervenção pode ir desde imediatamente após a intervenção até um ano depois.

O modelo de pré/pós-teste tem pontos fortes e fracos.

- A sua realização é rápida e prática, é pouco dispendioso e pode ser incorporado nas atividades de monitorização de rotina de uma organização de prevenção.
- Podem ser utilizadas ferramentas simples, como os inquéritos, para recolher todos os dados.

FIGURA 17

### Modelo de grupo pré/pós-teste



- Este modelo pode ser utilizado para descrever o que acontece a um determinado grupo quando participa numa intervenção.
- Não pode ser utilizado para demonstrar relações de causa e efeito.
- Só pode revelar alterações a curto prazo.
- Não exclui quaisquer explicações alternativas para eventuais alterações observadas.

## Amostragem e medição

A amostragem é um procedimento comum utilizado na investigação e ajuda a aplicar a informação recolhida de um subgrupo mais pequeno à população maior de que este faz parte. Os investigadores adotam o método de amostragem quando os recursos temporais, financeiros e humanos são limitados.

O processo de amostragem inclui várias fases.

- Definição e descrição da população. Quais são as características da população? Qual é a repartição por género? Quantos são homens? Quantas são mulheres? Podemos também querer saber se vivem em cidades, subúrbios ou zonas rurais.

- Acesso à população. Na realidade, podemos não conseguir chegar a todos, o que suscita a seguinte pergunta: a que população posso ter acesso? Regra geral, se estiver a realizar um inquérito nacional, este pode ser limitado a pessoas que vivem em agregados familiares ou a pessoas que têm computadores com acesso à Internet.
- Critérios de inclusão/exclusão. Defina quem participará no seu estudo e amostra e quem não será incluído na amostra dentro da mesma população.

Quando falamos de medição, preocupamo-nos com a fiabilidade e validade da medição. Qual é o nível de estabilidade das medições quando repetidas ao longo do tempo? Tal representa a coerência ou fiabilidade. Estamos a medir o que queremos medir? Tal representa a validade. Felizmente, o domínio da prevenção do consumo de substâncias desenvolveu instrumentos para avaliar a eficácia das intervenções preventivas que têm sido utilizadas em muitas situações diferentes e para muitas populações diferentes. O EMCDDA publicou pormenores sobre muitos destes instrumentos no seu Banco de Instrumentos de Avaliação <sup>(18)</sup>.

Tal como referido anteriormente, existem dois tipos de dados que deverá recolher: quantitativos e qualitativos. Existem muitas definições destes tipos de dados. Apresentam-se a seguir alguns exemplos.

Regra geral, os dados quantitativos:

- proporcionam medidas quantitativas, por exemplo, «quantas pessoas com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos consumiram canábis/marijuana/haxixe nos últimos 30 dias?» ou, para as pessoas que consumiram canábis nos últimos 30 dias, «em média, quantas vezes consumiram canábis nos últimos 30 dias?»;

- medem os níveis de comportamento e as tendências ao longo do tempo;
- são objetivos, normalizados e analisados através de técnicas estatísticas especializadas e, uma vez que são normalizados, podem ser recolhidos entre comunidades e grupos.

Regra geral, as medidas qualitativas:

- são subjetivas e abordam perguntas do tipo «porquê?» e «o que significa?»;
- fornecem informações sobre o comportamento, as tendências e as perceções;
- são mais explicativas e ajudam a interpretar dados quantitativos.

## Recolha de dados, análise e estatísticas

Depois de recolhidas, as medidas têm de ser transformadas em dados, num formato que permita um exame ou uma análise mais aprofundados. A análise dos dados permite ao avaliador descrever sistematicamente a população do estudo e começar a responder às questões de investigação que serviram de base à avaliação. Este processo de descrição e análise mais aprofundada é apoiado pela utilização de métodos estatísticos.

As estatísticas descritivas são utilizadas para descrever, mostrar e sintetizar os dados recolhidos de forma significativa, como a média da idade ou a distribuição por géneros. Os dados são frequentemente apresentados através de uma combinação de quadros, descrições gráficas (por exemplo, gráficos de barras) e comentários estatísticos (por exemplo, uma análise dos resultados que explica qual pode ser o seu significado). As estatísticas descritivas são também utilizadas para sintetizar o consumo de substâncias em populações de interesse.

<sup>(18)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

O relatório ESPAD é um bom exemplo de estatísticas descritivas informativas e significativas <sup>(19)</sup>.

As estatísticas inferenciais são mais complexas do que as estatísticas descritivas e utilizam dados recolhidos a partir de uma pequena amostra para tirar conclusões sobre a população maior de onde a amostra foi extraída. As estatísticas inferenciais são valiosas quando não é prático ou possível examinar todos os membros de uma população. Estes tipos de estatísticas permitem, por exemplo, prever a probabilidade de resultados observados ou determinar se as diferenças encontradas dentro das populações e entre estas ocorreram ou não por acaso. As abordagens estatísticas inferenciais são muito importantes em qualquer estudo de avaliação da prevenção. No entanto, dada a complexidade do trabalho, aconselhamo-lo a trabalhar com um estatístico de uma instituição de investigação, como uma universidade, quando realizar estas análises. Seguem-se alguns conselhos sobre a forma de colaborar com estas pessoas.

## Trabalhar com um investigador de avaliação — o modelo colaborativo

Na abordagem tradicional, o avaliador externo é independente da intervenção (por exemplo, um departamento universitário especializado) e toma decisões sobre todos os aspetos da avaliação, com exceção dos relativos ao pessoal da intervenção. A interação entre o pessoal da intervenção e a equipa de avaliação é geralmente mantida ao nível essencial e mínimo para evitar enviesamentos.

Em contrapartida, a avaliação colaborativa é desenvolvida com o contributo do pessoal da intervenção e o avaliador trabalha com o pessoal da intervenção ao longo de toda a avaliação.

Uma abordagem colaborativa implica a formação de uma equipa composta pelo pessoal da intervenção e pelo pessoal da avaliação. No âmbito de um modelo colaborativo, a equipa pode também incluir intervenientes com interesse nos resultados da intervenção de prevenção. No entanto, é importante que as funções, atividades, responsabilidades e interações da equipa estejam bem definidas; caso contrário, haverá inevitavelmente expectativas que não serão cumpridas. Em especial, é fundamental estabelecer reuniões regulares com os principais parceiros para analisar os progressos realizados e resolver os problemas à medida que estes surjam, a fim de evitar que o avaliador e o pessoal da intervenção sigam rumos diferentes. O quadro 11 mostra a forma como as funções podem ser assumidas por ambas as partes, utilizando, para o efeito, os seus conhecimentos especializados.

O avaliador externo deve prestar serviços que ofereçam uma boa relação qualidade/preço e possuir a experiência pertinente e as competências necessárias para realizar uma avaliação. Além disso, o avaliador deve ter conhecimento de questões de desenvolvimento e organização, experiência na avaliação de projetos, intervenções ou organizações, um bom historial com clientes anteriores e um historial de publicações de resultados de avaliações.

Um avaliador externo deve também estar empenhado em assegurar padrões elevados de investigação e prática e estar apto a trabalhar com prazos rigorosos. Deve também comunicar bem com o pessoal da intervenção e os parceiros e adotar os valores e as normas éticas da organização responsável pela realização.

<sup>(19)</sup> [www.espad.org](http://www.espad.org)

## QUADRO 11

## Funções do pessoal do programa e do avaliador externo

Fase da avaliação	Pessoal do programa	Avaliador externo
1. Envolver os parceiros	<b>Papel de liderança</b> Conheça bem os parceiros e quem deve participar na avaliação	<b>Função de apoio</b> Demonstre interesse em envolver os parceiros e envolva-as de forma eficaz
2. Descrever a intervenção de prevenção	<b>Função partilhada</b> Partilhe conhecimentos sobre a intervenção de prevenção	<b>Função partilhada</b> Interaja com o pessoal do programa para descrever a intervenção de prevenção. Assuma um papel de liderança na descrição da intervenção
3. Centrar a avaliação	<b>Função partilhada</b> Identifique as questões de avaliação mais importantes	<b>Função partilhada</b> Direcione a avaliação e ajude a desenvolver boas questões de avaliação e o modelo de avaliação
4. Recolher evidência científica credível	<b>Função de apoio</b> Ajude a obter acesso aos dados existentes ou a solicitar a participação em novas atividades de recolha de dados	<b>Papel de liderança</b> Assuma um papel de liderança em todas as atividades de recolha de dados, mas faça-o juntamente com o pessoal do programa
5. Justificar as conclusões	<b>Função partilhada</b> Ajude o avaliador a interpretar os dados e a formular recomendações	<b>Função partilhada</b> Assuma um papel de liderança em todas as atividades de análise de dados, trabalhando com o pessoal do programa
6. Garantir a utilização e partilhar os ensinamentos retirados	<b>Papel de liderança</b> Assegure-se de que os resultados são utilizados para contribuir para o programa	<b>Função de apoio</b> Apresente resultados de avaliação que promovam a utilização

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention, 2010

## Utilização de registos de programas de prevenção

Na maior parte dos casos, não é necessário inventar um novo programa de prevenção; em vez disso, procuramos trabalhar com os programas eficazes existentes. Assim, como se podem encontrar intervenções preventivas do consumo de substâncias que funcionem? Felizmente, existem vários registos que compilaram as intervenções baseadas em evidência científica no domínio da prevenção do consumo de substâncias. Estes registos identificam intervenções com uma sólida base empírica ou comprovativa

e os melhores destes registos dispõem de uma base de dados pesquisável, onde é possível introduzir termos-chave relacionados com as intervenções e com os interesses de quem faz a pesquisa.

No entanto, os registos também têm problemas, e as intervenções que apresentam devem ser selecionadas com prudência. Os critérios utilizados para incluir uma intervenção num registo podem não preencher os requisitos de qualidade dos Standards Internacionais do UNODC. Os registos podem basear-se em todos os dados de eficácia apresentados pela pessoa ou organização que solicitou a análise. Consequentemente, os dados analisados podem não incluir

os resultados de avaliações que não tenham produzido dados sobre a eficácia e as avaliações publicadas podem também não incluir novos dados que fiquem entretanto disponíveis. Os registos também variam quanto à forma como apresentam os dados. Não obstante, continuam a ser uma importante fonte de informação, enumerando muitas intervenções preventivas avaliadas com descrições de conteúdos e resultados.

Existem registos que poderá querer consultar quando tenta encontrar a intervenção de prevenção mais adequada para a sua população-alvo e para os problemas com que esta se depara no que diz respeito ao consumo de substâncias. No Europa, estes registos incluem o Xchange <sup>(20)</sup>, a «Lista Verde» na Alemanha <sup>(21)</sup>, o registo espanhol <sup>(22)</sup> e o registo da Mentor UK <sup>(23)</sup>. Nos EUA, incluem o Blueprints for Healthy Child Development <sup>(24)</sup> e o *Preventing Drug Use among Children and Adolescents* <sup>(25)</sup>.

O Xchange é um novo registo europeu em linha de programas de prevenção baseados em evidência científica. Todos os programas de prevenção incluídos abordam problemas relacionados com o consumo de substâncias. O registo Xchange tem em conta tanto estudos de avaliação europeus que mostram resultados benéficos relacionados com o consumo de substâncias como as classificações Blueprint, no caso dos programas de origem norte-americana. Este registo fornece informações sobre a eficácia dos programas de prevenção na Europa e mais pormenores sobre as adaptações locais nas línguas nacionais. Todas estas informações contribuem, no seu conjunto, para que os utilizadores tomem decisões informadas.

<sup>(20)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

<sup>(21)</sup> <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

<sup>(22)</sup> <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

<sup>(23)</sup> <http://cayt.mentor-adepris.org/cayt-database/>

<sup>(24)</sup> <https://www.blueprintsprograms.org>

<sup>(25)</sup> [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse\\_2.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf)

Os critérios para a inclusão de um programa neste registo são os seguintes:

- tem de estar ativo (atualmente utilizado em, pelo menos, um país da UE);
- tem ser considerado benéfico para a Europa por, pelo menos, um estudo de avaliação europeu.

Uma outra forma de conhecer a investigação sobre o trabalho de prevenção consiste em consultar revistas científicas, por exemplo, a *Prevention Science* <sup>(26)</sup>. A publicação de investigação é um aspeto fundamental da prevenção moderna. As revistas científicas podem ajudar a encontrar publicações mais recentes, uma vez que pode ser necessário algum tempo até que os registos incorporem as informações provenientes de novos estudos.

## Avaliações *ex ante*

Ao contrário das intervenções baseadas na investigação, que têm lugar durante e após a realização de uma intervenção de prevenção, uma avaliação *ex ante* é um instrumento de gestão de projetos aplicado antes da implementação e concebido para ajudar a planear projetos e a avaliação. Os resultados das avaliações *ex ante* são frequentemente utilizados para otimizar o plano do projeto e determinar a pertinência das ações previstas na resposta às necessidades relacionadas com o consumo de substâncias em comparação com outras abordagens que possam ser adotadas. A avaliação *ex ante* fornece igualmente informações importantes que servem de base à monitorização e à avaliação e que ajudam a definir objetivos e a identificar os resultados que são importantes, o impacto que se pode esperar da realização do programa e o tipo de informações necessárias para avaliar se o projeto foi ou não bem-sucedido. Os decisores e

<sup>(26)</sup> <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

## Requisitos essenciais de informação para a avaliação *ex ante*

- Análise do problema e avaliação das necessidades
  - Qual é o problema a resolver, quais são os principais fatores e quais são os parceiros envolvidas?
  - Qual é o grupo-alvo e quais são as suas necessidades relacionadas com as substâncias?
- Definição de objetivos
  - Os objetivos gerais, específicos e operacionais da intervenção de prevenção foram definidos em termos de resultados esperados?
  - Quais são os indicadores de avaliação previstos para medir os recursos, as realizações, os resultados e os impactos?
- Mecanismos alternativos de realização e avaliação do risco
  - Que medidas preventivas alternativas foram consideradas (incluindo não intervir) e por que razão foi escolhida a proposta?
  - Que riscos (por exemplo, custos de oportunidade, potenciais resultados negativos) estão envolvidos na implementação da intervenção e que contramedidas foram tomadas?
- Valor acrescentado da intervenção
  - A intervenção proposta é complementar e coerente com outras ações associadas?
- Produz sinergias com estas?
- Ensinamentos do passado
  - Que evidência científica e informações de avaliações, auditorias ou resultados de estudos/experiências anteriores com ações semelhantes estão disponíveis?
  - Como podem ser aplicados para melhorar o modelo da intervenção?
- Planeamento da monitorização e avaliação futuros
  - Os métodos propostos para a recolha, a conservação e a análise dos dados do sistema de monitorização/avaliação são sólidos?
  - O sistema de monitorização/avaliação está plenamente operacional desde o início da implementação da intervenção?
  - Que tipos de avaliações são necessárias, quando devem ser realizadas e quem deve fazê-las?
- Contributo para uma boa relação custo-eficácia
  - Quais são as diferentes implicações em termos de custos da opção de intervenção proposta?
  - Os mesmos resultados poderiam ser alcançados a um custo inferior ou poderiam ser alcançados melhores resultados com o mesmo custo, fazendo algo diferente?

financiadores recorrem, por vezes, às conclusões das avaliações *ex ante* para avaliar o valor das propostas que receberam de prestadores de prevenção externos.

O trabalho pode ser realizado internamente ou, à semelhança de outros tipos de avaliação, é possível recorrer aos conhecimentos especializados suplementares de um avaliador

externo. A Comissão Europeia forneceu princípios gerais e orientações úteis para compreender e realizar este tipo de trabalho, embora o guia não diga diretamente respeito às avaliações *ex ante* dos programas de prevenção <sup>(27)</sup>. Os principais requisitos de informação deste tipo de abordagem de avaliação são resumidos na caixa seguinte.

<sup>(27)</sup> [http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex\\_ante\\_guide\\_2001\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf)





## PARTE II

# Abordagens de prevenção em diferentes contextos

CAPÍTULO 5

**Prevenção em contexto familiar**

CAPÍTULO 6

**Prevenção em contexto escolar e no meio laboral**

CAPÍTULO 7

**Prevenção ambiental**

CAPÍTULO 8

**Prevenção baseada nos meios de comunicação social**

CAPÍTULO 9

**Prevenção baseada na comunidade**

CAPÍTULO 10

**Advocacy da prevenção**

# 5

## | Índice

89 | **Definições**

90 | **Tipos de intervenções em contexto familiar**

93 | **Conteúdo geral das intervenções em contexto familiar**

95 | **Programas baseados em evidência científica**

97 | **Desafios**

## CAPÍTULO 5

# Prevenção em contexto familiar

A família é apenas um dos contextos (a nível micro) da prevenção. A tónica é colocada nos tipos de intervenções familiares existentes, juntamente com o conteúdo geral e as especificidades dessas intervenções.

Neste capítulo, são apresentados a título de exemplo diferentes programas baseados em evidência científica para a prevenção em contexto familiar, tais como o EFFEKT, o Functional Family Therapy programme and Triple P — Positive Parenting Program (*programa de Terapia Familiar Funcional e o Triplo P — Programa de Parentalidade Positiva*). No final, apresentamos uma análise dos desafios do trabalho com as famílias e a forma de os superar.

### Definições

«Família» significa coisas diferentes para pessoas diferentes e pode, por conseguinte, ser definida de formas diversas. Diferentes grupos de escolares, como antropólogos, sociólogos, psicólogos e economistas, podem definir e estudar as famílias de formas diferentes. As pessoas de países ou culturas diferentes também podem definir a família de formas diferentes. Por exemplo, nos EUA, no Canadá e em muitos países europeus, a «família» é geralmente definida como a «família nuclear», ou seja, dois parceiros e os seus filhos, famílias monoparentais ou paternidade-maternidade coexistente (famílias «mistas»). Noutras partes do mundo, a «família» é frequentemente definida como a família alargada que inclui avós, tias, tios,

primos e outros parentes. As elevadas taxas de divórcio e de novo casamento na Europa ao longo das últimas décadas contribuíram para um aumento do número de famílias «mistas» e famílias monoparentais.

### As famílias enquanto sistemas

Uma das formas que os escolares utilizam para considerar as estruturas familiares consiste em pensar nas famílias como sistemas, ou seja, mais do que um mero grupo de pessoas que podem viver juntas. As famílias são, em muitos sentidos, grupos únicos de pessoas, diferentes dos grupos de pares ou outros grupos sociais. Ao contrário da maioria dos grupos sociais, as famílias contêm geralmente membros relacionados por parentesco e com fortes laços sociais. Devido à proximidade das relações e às tarefas específicas das famílias, estas criam padrões de interação distintos, que as definem.

Existem algumas formas comuns de interação entre a maioria das famílias, mas há também muitos aspetos que distinguem as famílias umas das outras. Tal como não existem duas pessoas exatamente iguais, não há duas famílias com o mesmo tipo de relação entre si. As famílias desenvolvem a sua própria identidade e uma forma específica de comportamento entre os seus membros e com pessoas que não fazem parte da família. Muitas vezes, os membros de uma família dizem e fazem entre si coisas que nunca diriam ou fariam com pessoas de fora da sua família.

As famílias podem prestar apoio social aos seus membros e proporcionar-lhes um sentimento de pertença. Este sentimento é importante para o nosso desenvolvimento humano e ajudamos a sermos pessoas resilientes, com menos possibilidades de desenvolver problemas comportamentais. As formas como as famílias se organizam — as atitudes, crenças e valores que defendem — definirão a sua identidade e influenciarão a forma como os membros da família interagem com terceiros e a forma como esperam que os outros interajam com eles.

A socialização da criança é uma função familiar muito importante. A família é geralmente o contexto em que as crianças aprendem as normas, os valores, as atitudes e os comportamentos do seu grupo. De um modo geral, a família constitui o principal contexto para a socialização, uma vez que é no seio da família que as crianças aprendem coisas importantes, tais como a fala, formas adequadas de interagir com os outros e formas de partilhar e gerir frustrações. Os pais incutem estas regras através de várias formas de ensino, desenvolvimento e disciplina.

## Tipos de intervenções em contexto familiar

As intervenções em contexto familiar, à semelhança de outras intervenções preventivas, podem ser definidas como universais, seletivas ou indicadas.

As intervenções preventivas em contexto familiar também foram caracterizadas com base nos membros da família que participam e nas partes da família que a intervenção pretende mudar.

As intervenções parentais centram-se apenas na alteração de práticas de parentalidade específicas, como a disciplina e a comunicação eficaz, e podem envolver apenas os pais. As crianças da família podem ou não assistir à intervenção.

As intervenções em matéria de competências familiares têm, em geral, um âmbito mais vasto e envolvem a formação dos pais para melhorar e reforçar as suas competências parentais e a formação dos filhos em competências pessoais ou sociais, envolvendo também formação direta e prática de competências para toda a família. Neste contexto, a ênfase vai além da parentalidade, centrando-se na forma como os pais e as crianças da família se influenciam mutuamente e funcionam em conjunto enquanto família.

As intervenções em matéria de competências familiares são por vezes realizadas em combinação com outras intervenções (por exemplo, uma intervenção em contexto escolar na mesma comunidade) no âmbito de uma estratégia de prevenção mais ampla e abrangente. Esta estratégia é muitas vezes aplicada a nível societal, devido aos muitos fatores macro e micro que influenciam o consumo de substâncias pelos jovens. Alguns dados sugerem que uma combinação de abordagens pode ser eficaz na redução do consumo de substâncias na população.

Algumas intervenções foram concebidas com o objetivo de constituírem intervenções de terapia familiar intensiva que alterarão os comportamentos problemáticos precoces, de modo a que estes não se agravem, chegando ao consumo de substâncias e a comportamentos problemáticos mais graves. Podem existir indícios diferentes de que uma família pode beneficiar da intervenção. Por vezes, estes refletem-se em aspetos da vida familiar, como a violência, ou, noutras vezes, refletem-se no comportamento dos jovens fora do contexto familiar, como na escola ou na comunidade. As intervenções familiares intensivas, como as intervenções de terapia familiar para jovens que já começaram a dar sinais de alguns problemas, podem também ter efeitos significativos na infância e na adolescência.

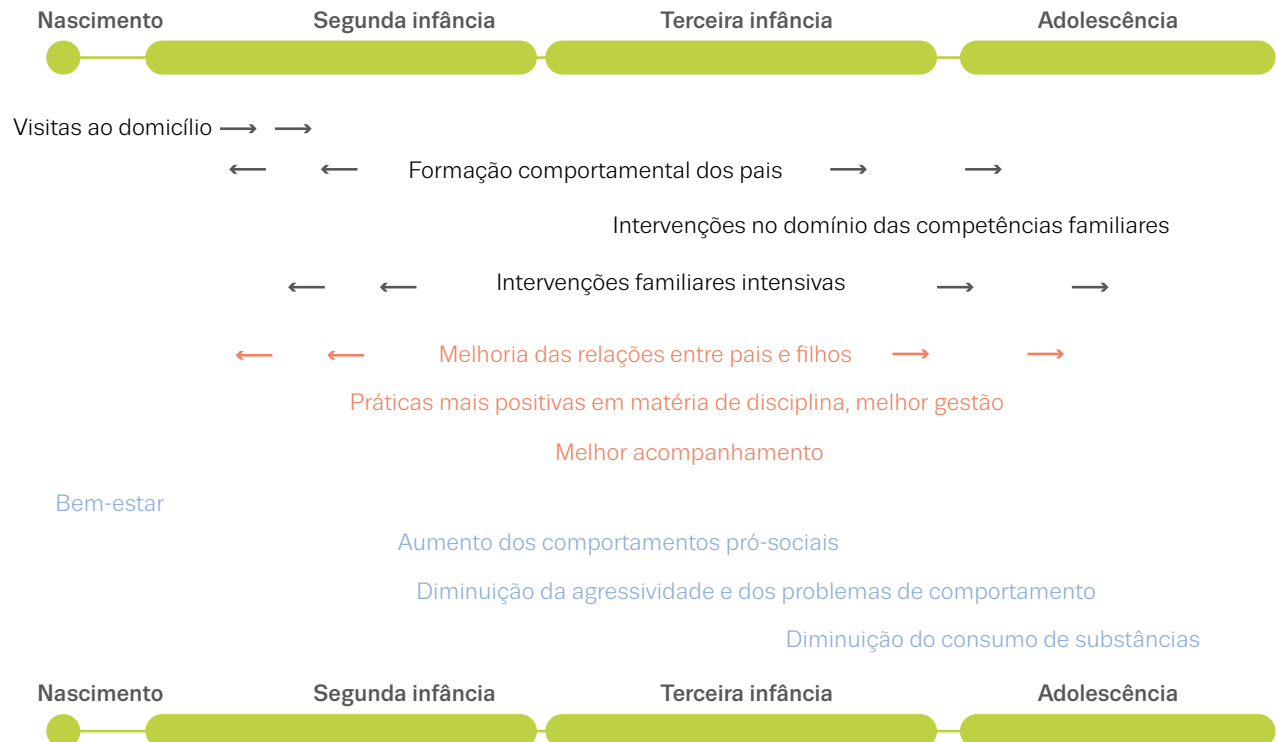
As estratégias de parentalidade e os padrões das interações familiares serão diferentes à medida que as crianças da família atingirem diferentes idades. Por conseguinte, as intervenções para famílias com filhos de idades diferentes têm de incluir

o ensino sobre diferentes processos parentais e familiares. Os resultados dos programas familiares estão também relacionados com o período de desenvolvimento. Os resultados no início do ciclo de vida estarão relacionados com a saúde, o bem-estar e os comportamentos pró-sociais. No fim da infância e na adolescência, os efeitos adicionais incluem a redução ou a prevenção de comportamentos problemáticos, como o consumo de substâncias.

A figura 18 mostra estratégias eficazes (a preto), metas de mudança (a vermelho) e resultados positivos (a azul) para intervenções realizadas desde o nascimento até à adolescência.

Está subjacente às intervenções familiares a teoria de que, ao influenciarem os processos familiares, como a parentalidade, as intervenções promoverão um comportamento saudável dos jovens e evitarão o desenvolvimento de problemas de comportamento. A família é uma das mais importantes influências a nível micro sobre as características individuais de uma pessoa que, em última análise, a podem levar ao consumo de substâncias. A família é um contexto importante para o desenvolvimento e, quando funciona mal, deixa as crianças mais suscetíveis a problemas. No entanto, quando as famílias funcionam bem, podem diminuir a probabilidade de ocorrência de problemas. As estratégias de intervenção centradas na

FIGURA 18  
intervenções preventivas em contexto familiar, em função das fases de desenvolvimento



família podem começar antes do nascimento, por exemplo, com programas de visitas ao domicílio para futuras mães em situação de pobreza e grávidas pela primeira vez. Estes tipos de intervenção centram-se na alteração dos comportamentos parentais, na melhoria do bem-estar das mães, na melhoria da relação entre a mãe e a criança e na melhoria dos resultados de desenvolvimento a longo prazo para os jovens.

Alguns dos fatores familiares mais importantes que influenciam o desenvolvimento das crianças e dos jovens são os seguidamente indicados.

- Boas relações entre pais e filhos. A qualidade das relações entre pais e filhos começa na infância, quando os cuidadores e os lactentes criam uma forte ligação, e continuam a ser uma influência importante no desenvolvimento durante a adolescência. Embora algumas qualidades da relação se alterem ao longo do tempo, quando a relação se caracteriza por um apoio emocional caloroso e positivo, tende a proteger os jovens contra problemas de comportamento. Os pais que passam tempo com os filhos e participam ativamente e positivamente na sua vida ajudam a construir este tipo de relações. As intervenções comportamentais de formação dos pais podem produzir boas práticas de parentalidade, relações mais saudáveis entre pais e filhos, comportamentos mais positivos e menos negativos por parte de crianças ou adolescentes e resultados a mais longo prazo, como a diminuição do consumo de substâncias na adolescência e no início da idade adulta.
- Estratégias de gestão comportamental eficazes. A socialização do comportamento positivo dos jovens e a resposta adequada a comportamentos de risco para os jovens são elementos importantes da função dos pais. O objetivo da utilização de estratégias eficazes é permitir que os pais ajudem os jovens a seguir e interiorizar padrões de comportamento adequados. Há muitas estratégias de parentalidade que são utilizadas para apoiar este processo,

mas o recurso a uma disciplina eficaz — uma disciplina clara e firme, mas não severa (uma abordagem «com autoridade», mas não «autoritária» ou severa) — comunicando regras e expectativas claras e utilizando técnicas para controlar onde e com quem a criança passa tempo também pode proteger os jovens de influências negativas a nível macro.

- Comunicar valores pró-família. As famílias que cultivam valores pró-família e tentam comunicá-los claramente aos seus filhos ajudam a promover comportamentos positivos e a reduzir os comportamentos de risco. Desta forma, é possível contrariar valores fortemente negativos que podem ser evidentes em alguns ambientes sociais.
- Participar na vida da criança. Os pais que participam ativamente na vida dos seus filhos, passando tempo com eles em atividades positivas e divertidas, ajudam a construir uma relação positiva entre pais e filhos. Este tipo de atividades transmite à criança que o progenitor se preocupa com o seu bem-estar social, emocional e pessoal e que a sua relação não diz exclusivamente respeito à gestão do comportamento, incluindo o cumprimento de regras.
- Os pais que prestam apoio emocional, cognitivo e financeiro proporcionam uma multiplicidade de recursos para o desenvolvimento saudável dos seus filhos.

Se conseguirmos reforçar alguns destes fatores familiares críticos através da implementação de uma intervenção, poderemos ser capazes de reduzir comportamentos como o consumo de substâncias.

Um dos desafios de algumas intervenções centradas na família é o facto de estas se realizarem numa idade em que muito poucas famílias estão a fazer o tipo de coisas que a intervenção visa prevenir. Ou seja, a intervenção pode ter por objetivo mudar a parentalidade a curto prazo, mas impedir o consumo de substâncias a longo prazo. Mais uma vez, a lógica é que a mudança dos processos familiares e parentais irá alterar o desenvolvimento dos jovens.

A questão que se coloca é a seguinte: «Quais são as principais características de uma intervenção que funciona?». Um estudo identificou várias características importantes de intervenções eficazes de formação em matéria de competências parentais, para pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 7 anos, que produziram resultados melhores. Concluiu-se que as intervenções tinham resultados melhores quando:

- se centravam nas interações positivas entre pais e filhos — ou seja, quando ensinavam os pais a passar tempo com os filhos em situações não disciplinares, como em momentos de diversão, explicando-lhes como demonstrar entusiasmo e dar uma atenção positiva, com ênfase em atividades criativas e livres;
- explicavam aos pais as emoções e as formas de as comunicar, nomeadamente o modo de utilizar as competências de escuta ativa para refletir o que a criança diz, ajudando os pais a ensinar os filhos a reconhecer, rotular e expressar adequadamente as emoções e ensinando os pais a reduzir a comunicação negativa, como o sarcasmo;
- ensinavam uma disciplina eficaz sob a forma da utilização do «intervalo» e de uma reação coerente;
- estavam estruturadas de modo a que os pais pudessem exercer as competências acima referidas com os seus próprios filhos nas sessões e em casa. Não se tratava de simulações, mas sim de interações reais entre pais e filhos.

## Conteúdo geral das intervenções em contexto familiar

As intervenções preventivas em contexto familiar implicam mais do que o acima descrito. Analisaremos de forma aprofundada como pode moldar o conteúdo da sua intervenção especificamente aos pais, às crianças e à família em geral.

## Conteúdo para os pais

As diferentes intervenções em matéria de competências familiares têm diferentes tipos de atividades, mas o painel de análise do UNODC concluiu que as intervenções mais eficazes em matéria de competências familiares incluem uma série de elementos específicos.

As intervenções eficazes ensinam os pais a serem reativos e a reagirem adequadamente às necessidades e aos pedidos dos filhos.

Os pais devem ser ensinados a mostrar afeto e empatia um pelo outro, pelos filhos e por outras pessoas. Devem:

- utilizar a atenção positiva e informar os filhos quando estes estão a agir bem — e não apenas quando estão a infringir as regras;
- falar tanto sobre as suas emoções como sobre as emoções dos filhos para ajudar os filhos a reconhecerem e manifestarem emoções;
- ensinar a importância de exemplificar comportamentos adequados — se os pais não querem que as crianças e os adolescentes consumam drogas, devem dar o exemplo nesse comportamento;
- adquirir novas competências de resposta às dificuldades e de gestão da agressividade para lidar com a inevitabilidade do stress e da mudança na família e no seu ambiente social em geral;
- aprender a brincar de forma reativa — ou seja, permitir que os filhos tenham algum controlo e dirijam a brincadeira enquanto os pais acompanham;
- ter expectativas adequadas à idade e ao nível de desenvolvimento dos filhos (ver anexo 2).

Os conteúdos e atividades adicionais devem ensinar os pais a promover uma estrutura. A estrutura tem muitos significados, mas pode incluir:

- ensinar os pais a utilizarem estratégias disciplinares adequadas à idade, ajudando-os especialmente a ensinar os filhos sobre as consequências do seu comportamento;
- estabelecer e comunicar regras claras para o lar e ajudar os filhos a compreenderem as regras e os valores da sociedade;
- reconhecer formas de proteger as crianças de eventuais situações problemáticas na família e na sociedade (que podem ser a vizinhança, mas também os meios de comunicação social);
- tentar chegar a acordo sobre as principais questões relacionadas com a educação dos filhos nas famílias em que exista mais do que um progenitor e pô-las em prática;
- pais que sabem como controlar eficazmente a localização dos filhos, com quem estão e o que estão a fazer;
- gerir conflitos, resolver discussões e praticar o perdão — o que criará um ambiente emocional caloroso e aberto para a família e ajudará a afastar as crianças das discussões entre os pais;
- rotinas específicas, tais como fazer as refeições em conjunto e rotinas da hora de deitar, que podem ser divertidas e criar oportunidades para falar com os filhos, sem os repreender, sobre temas importantes que valorizem.

As boas intervenções podem também ensinar os pais a participarem na vida escolar dos seus filhos. A par da família, a escola é uma das mais importantes estruturas socializadoras da criança. Alguns pais mostram-se relutantes em interagir com a escola, mas a investigação mostra que, quando os pais ajudam os filhos a formar laços fortes na escola, as crianças têm melhores experiências escolares. Para isso, os pais podem, nomeadamente:

- acompanhar e ajudar os filhos com os trabalhos da escola, sempre que possível;
- manter-se ligados à escola e estar a par do que acontece na escola dos seus filhos.

## Conteúdos para as crianças

Há muitas competências de vida importantes que as crianças e os jovens têm de aprender, e os pais podem ser ensinados a ensinar essas competências aos seus filhos.

Um dos conjuntos de competências que as intervenções podem ajudar as crianças a desenvolver são as capacidades emocionais. As intervenções ajudam também os pais a reforçar estas competências:

- reconhecendo as suas próprias emoções e as de outras pessoas;
- expressando adequadamente as suas emoções;
- gerindo emoções difíceis;
- sentindo e demonstrando empatia pelos outros quando estes estão a sofrer;
- sendo capazes de receber *feedback* sobre si próprios sem serem defensivos — esta é uma boa forma de aprenderem sobre si próprios e sobre as suas relações.

Outra competência útil a desenvolver pelos jovens é a orientação para o futuro. As crianças, em particular os adolescentes, que são capazes de refletir sobre o futuro têm uma visão positiva do mesmo e são capazes de definir objetivos realistas e de compreender de que forma alguns tipos de comportamentos, como o consumo de substâncias, as podem impedir de atingir os seus objetivos.

As crianças e os jovens podem desenvolver competências eficazes de resolução de problemas que as ajudarão quando tiverem de enfrentar situações sociais difíceis com os seus pares e tiverem de encontrar a melhor solução para o problema.

As crianças e os jovens também podem aprender a cuidar de si próprios de forma saudável — incluindo a alimentação, a saúde física e a forma como o consumo de substâncias afetará



o cérebro, o desenvolvimento físico, o comportamento, as emoções, o desenvolvimento cognitivo, a vida social com amigos e familiares, o desempenho escolar e as oportunidades futuras.

As intervenções eficazes devem ensinar os jovens a interagirem de forma positiva com outras pessoas, nomeadamente revezando-se e trabalhando em conjunto. Isto pode ajudá-los a começar a compreender como se enquadram na perspetiva mais alargada do mundo, como as relações podem ser boas para eles e como se podem manter afastados de maus relacionamentos.

As intervenções podem também reforçar valores, como o respeito — o respeito pelas diferenças individuais e o respeito pelos grupos que são importantes na sociedade, como os idosos e as autoridades.

Os jovens podem aprender a comunicar eficazmente através de uma escuta ativa e da manifestação clara das suas próprias necessidades. A utilização eficaz destas competências pode ajudar a dissipar conflitos.

Muitas intervenções eficazes centram-se em ensinar aos jovens competências para resistirem à pressão dos pares, para que consigam recusar as propostas de alguns dos seus amigos, que tentarão influenciar as suas decisões e envolvê-los no consumo de substâncias.

### | Conteúdo para as famílias

Nas intervenções em matéria de competências familiares, é importante que as famílias possam praticar em conjunto competências que as ajudem a aprender a reagir, apoiar-se e incentivar-se mutuamente de forma positiva e sensível, recorrendo a elogios e recompensas.

Para comunicar eficazmente, as famílias podem aprender a ouvir cuidadosamente, comunicar claramente sobre funções e responsabilidades e debater com calma temas que muitas vezes são difíceis para os pais e os filhos debaterem em conjunto, como o consumo de substâncias e a sexualidade.

As famílias também podem organizar e estruturar a sua vida familiar em conjunto, sendo claras, coerentes e justas quanto à disciplina, resolvendo os inevitáveis conflitos inerentes à vida familiar através de um debate aberto e de outros métodos recomendados pela intervenção.

## | Programas baseados em evidência científica

De acordo com várias avaliações realizadas em diferentes países europeus, as intervenções a seguir apresentadas têm resultados promissores. A seleção destes programas baseia-se nas classificações constantes do registo Xchange do EMCDDA. Incluímos estes programas como exemplos que poderão orientar a sua própria procura de uma intervenção adequada ao seu contexto. Aqui, analisamos o EFFEKT, a Terapia Familiar Funcional e o Triplo P.

O EFFEKT é uma intervenção classificada como «benéfica» no registo Xchange. Trata-se de uma intervenção de prevenção universal destinada a jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos, que tenta prevenir o consumo de álcool entre os adolescentes, alterando as atitudes dos pais. Os pais são incentivados a comunicar aos seus filhos políticas de tolerância zero relativamente ao consumo de álcool. As informações são divulgadas aos pais nas reuniões escolares no início de cada semestre e através de cartas enviadas regularmente para casa ao longo do ano letivo. Os pais recebem igualmente

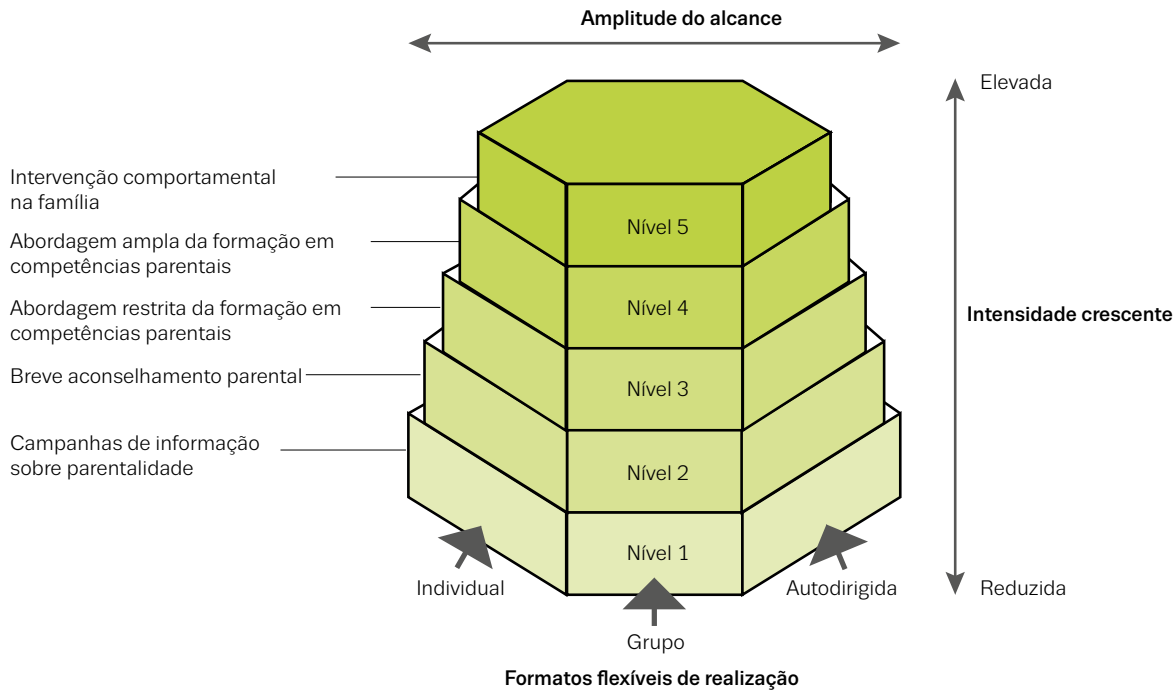
catálogos com informações pormenorizadas sobre as atividades organizadas que têm lugar na comunidade, para que as crianças tenham uma forma construtiva de passar o seu tempo.

O programa Terapia Familiar Funcional é uma intervenção de prevenção indicada para jovens em risco entre os 11 e os 18 anos. Está classificada como «suscetível de ser benéfica» no registo Xchange. O programa visa reduzir a participação na criminalidade ou delinquência, prevenir o consumo de substâncias e manter boas relações entre os participantes e os pais. As competências parentais, o cumprimento de regras por parte dos jovens e toda a gama de domínios cognitivos,

emocionais e comportamentais são alvos de mudança com base no perfil específico de fatores de risco e de proteção de cada família.

O Triple P — Positive Parenting Program <sup>(28)</sup> é uma estratégia de apoio à parentalidade e à família orientada para a prevenção e concebida para prevenir problemas comportamentais, emocionais e de desenvolvimento graves nas crianças através do reforço dos conhecimentos, das competências e da confiança dos pais (figura 19). O Triplo P ainda não está incluído no Xchange, mas outro registo, o Blueprints, classifica-o como «promissor». Embora existam várias versões do programa, há

FIGURA 19  
Triplo P



<sup>(28)</sup> Para mais informações, consultar: <http://www.triplep.net/glo-en/home/>

cinco princípios fundamentais da parentalidade positiva que constituem a base do programa e abordam fatores específicos de risco e de proteção conhecidos por serem indicativos de resultados positivos em termos de desenvolvimento e saúde mental nas crianças. Estes princípios fundamentais consistem em 1) garantir um ambiente seguro e envolvente, 2) criar um ambiente de aprendizagem positivo, 3) utilizar uma disciplina assertiva, 4) ter expectativas realistas e 5) cuidar de si próprio enquanto progenitor.

Outro programa comumente utilizado é o Strengthening Families Programme 10-14. Este programa deu muito boas provas de eficácia nos EUA, tendo sido classificado pelo Blueprint como «promissor», mas, até à data, não existem dados suficientes para uma aplicação eficaz na Europa, pelo que o Xchange não o classifica como um programa eficaz.

## Desafios

Existem muitos desafios e obstáculos à aceitação deste tipo de intervenções pelas organizações e pelas famílias. Alguns destes desafios dizem respeito apenas à implementação da intervenção, mas muitos deles estão relacionados com uma implementação suficientemente ampla da intervenção para produzir um efeito significativo. Descreveremos alguns dos desafios e daremos alguns conselhos sobre a forma de os superar.

Os maiores obstáculos à implementação eficaz de intervenções preventivas centradas na família, em especial intervenções familiares universais e seletivas, são o recrutamento e a retenção das famílias. A investigação mostra que, normalmente, as intervenções familiares têm baixas taxas de participação. No recrutamento para intervenções universais, estas taxas situam-se frequentemente entre 10 % e 30 % das famílias elegíveis. As intervenções específicas, como as intervenções indicadas para famílias de jovens que já apresentam alguns problemas de

comportamento, podem atingir taxas mais elevadas, entre 40 % e 60 %. No entanto, sabemos também que as taxas de participação podem ser mais baixas entre as famílias desfavorecidas. Taxas reduzidas podem significar que a intervenção não tem alcance suficiente para influenciar a saúde pública.

A investigação identificou alguns dos obstáculos mais comuns à participação nos tipos habituais de intervenções familiares em formato de grupo.

- Os pais não têm conhecimento da intervenção. A informação sobre a intervenção pode não estar a chegar às famílias que dela necessitam.
- A opinião e o sentimento das famílias em relação ao programa influenciará também a sua participação ou não na intervenção.
- As famílias estão muito ocupadas e dividem o seu tempo entre muitos afazeres. Conseguir participar numa intervenção que pode durar duas ou três horas, uma noite por semana, pode ser difícil para algumas famílias devido aos seus horários ocupados.
- Por vezes, as intervenções são realizadas em locais que dificultam a participação das famílias. Por vezes, não dispõem de meios de transporte ou têm de percorrer longas distâncias.

É possível desenvolver estratégias para superar estes desafios (ver figuras 20-22).

As estratégias serão diferentes para cada comunidade, devido aos recursos disponíveis, mas, de um modo geral, existem boas formas de transmitir informações sobre a intervenção.

Uma forma excelente de o fazer consiste em envolver os meios de comunicação social. Sempre que possível, as organizações podem incentivar jornais ou rádios a fazerem reportagens sobre a intervenção. As redes sociais também têm transmitido eficazmente esta mensagem a algumas comunidades.

FIGURA 20

**Obstáculos para as famílias 1**



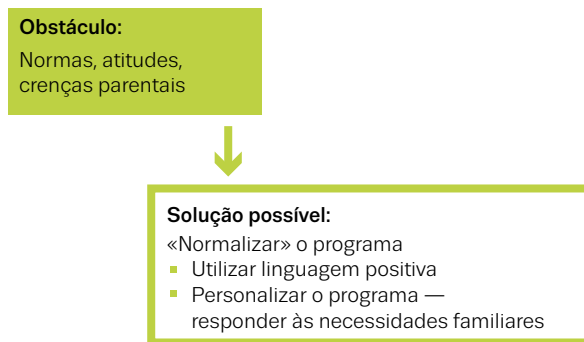
O programa Triplo P utilizou-as de forma muito eficaz para aumentar a sensibilização para a existência do programa. Um estudo concluiu que, quando estes tipos de estratégias mediáticas foram utilizados, até 80 % dos pais da comunidade tinham ouvido falar da intervenção.

Utilizar a sua rede pessoal e profissional para ajudar a passar a palavra é também uma excelente estratégia. É igualmente útil tirar partido das suas ligações a outras organizações que servem os jovens e as famílias para ajudar a informar as famílias. As famílias sentem-se mais à vontade se a referência tiver origem numa fonte de confiança.

Por vezes, os pais têm uma opinião generalizada de que a intervenção é apenas para os pais «maus», ou têm a percepção de que a sua família não beneficiaria da intervenção porque não é necessária, ou podem ter tido experiências anteriores negativas com os prestadores de serviços, o que diminui a probabilidade de quererem participar noutra intervenção. Na sua comunicação com as famílias, é importante garantir que utiliza uma linguagem positiva e que «normaliza» o que a intervenção faz. A forma como descreve a intervenção nas brochuras e nos meios de comunicação social pode ajudar a

FIGURA 21

**Obstáculos para as famílias 2**



moldar os pontos de vista das famílias sobre a adequação ou não da intervenção à sua realidade.

Por vezes, os pais podem não considerar necessária uma intervenção e pensar que não retirarão grandes benefícios da mesma. Ser capaz de comunicar às famílias de que forma a intervenção responde às suas necessidades específicas pode aumentar a aceitabilidade da intervenção. Por vezes, é possível consegui-lo com anúncios bem redigidos que destacam aspetos específicos da intervenção. Contudo, noutras ocasiões, pode ser mais útil debater a intervenção diretamente com as famílias, quer visitando-as nas suas casas, quer disponibilizando formatos de grupo onde possam obter mais informações sobre o que a intervenção proporciona.

Alguns dos obstáculos mais comuns referidos pelas famílias são simplesmente os desafios logísticos de inserir uma sessão de intervenção familiar de duas horas num horário familiar atarefado. Programar as sessões de forma a poder receber o maior número possível de famílias ajudará a manter uma participação elevada. É importante ser flexível aquando do planeamento do horário das sessões, para que os pais possam inserir as sessões no seu horário familiar. O recurso a momentos

FIGURA 22

**Obstáculos para as famílias 3****Obstáculo:**

Logística: horários incompatíveis e deslocação até ao programa

**Soluções possíveis:**

- Ser flexível no agendamento
- Encontrar os dias/horas mais convenientes
- Localização conveniente e ajuda no transporte
- Incentivos: refeições, acolhimento de crianças, financiamento

naturais de encontro, nomeadamente em momentos próximos de eventos escolares como as reuniões de pais, como acontece no programa EFFEKT acima descrito, pode ajudar a acomodar horários preenchidos. No entanto, é importante respeitar o tempo familiar positivo, que é, afinal, um dos objetivos que estas intervenções tentam promover.

Encontrar um local conveniente e ajudar a obter meios de transporte facilitará uma melhor participação. A escolha estratégica de um local que as pessoas já visitam frequentemente seria a solução ideal. Idealmente, deve tratar-se de um local próximo de casa das famílias, mas, nas grandes cidades ou em zonas mais rurais, tal poderá não ser possível, pelo que os transportes podem constituir um problema. Algumas intervenções ajudarão a pagar o transporte até ao local da intervenção.

Os incentivos à participação podem ser úteis para motivar as famílias e ajudar a ultrapassar outros obstáculos logísticos. Por exemplo, a disponibilização de uma refeição noturna e de estruturas de acolhimento de crianças para as famílias pode tornar mais fácil para os pais organizarem as suas famílias e participarem em sessões noturnas. É útil consultar peritos locais para saber que tipo de incentivos poderão ser mais úteis.

Para recrutar famílias não basta anunciar a intervenção e depois esperar que as famílias compareçam. Refletir cuidadosamente sobre as características das famílias, as suas necessidades e a forma como estão interligadas entre si e com outros ambientes sociais, como escolas, bairros e serviços, pode ajudá-lo a criar um plano claro para o recrutamento e a retenção de famílias. Por exemplo, se as famílias tiverem um estatuto socioeconómico baixo, os incentivos financeiros poderão ser úteis. A criação de relações fortes e respeitadas com as famílias que possam estar interessadas na intervenção, a manutenção do contacto com as famílias mesmo que não compareçam inicialmente e o cumprimento das promessas podem criar confiança junto das famílias e melhorar a reputação da intervenção na sociedade, o que ajudará a recrutar famílias. A utilização de várias estratégias diferentes e não de apenas uma também se revelará mais eficaz. Utilize várias mensagens, transmitidas de várias formas e em várias ocasiões. As intervenções recomendam frequentemente que faça chegar a mensagem às famílias de, pelo menos, três formas diferentes, uma vez que podem ser necessárias muitas tentativas para captar a sua atenção.

# 6

## | Índice

101 | **Prevenção em contexto escolar**

108 | **Meio laboral e prevenção**

## CAPÍTULO 6

# Prevenção em contexto escolar e no meio laboral

Outros contextos para o trabalho de prevenção incluem a escola e o meio laboral, ambos contextos a nível micro. Começamos por analisar as características das intervenções preventivas em contexto escolar e os seus objetivos, bem como a forma de aplicar a teoria à prática. No que diz respeito à prevenção em contexto escolar, salientamos a utilização dos dados dos alunos no trabalho relativo a uma intervenção. Os programas Unplugged, GBG e KiVa são programas baseados em evidência científica apresentados neste sentido como intervenções eficazes para a prevenção em contexto escolar.

Infelizmente, não existem muitas intervenções preventivas no meio laboral na Europa e ainda menos são baseadas em evidência científica. Espera-se que este capítulo sirva de inspiração para as pessoas que trabalham no domínio da prevenção no meio laboral. Descrevemos as características do trabalho de prevenção no meio laboral e analisamos os obstáculos que poderá encontrar.

### QUADRO 12

#### Tipos e eficácia das intervenções preventivas em contexto escolar

Intervenção	Nível de risco avaliado	Indicação de eficácia
Educação para a prevenção baseada nas competências pessoais e sociais e na influência social	<b>Universal e seletivo</b> População geral e grupos em risco	<b>***</b> Boa
Política e cultura da escola	<b>Universal</b> População geral	<b>**</b> Adequada
Dar resposta a vulnerabilidades psicológicas individuais	<b>Indicada</b> Pessoa em risco	<b>**</b> Adequada

### Prevenção em contexto escolar

No caso das crianças e dos adolescentes, os dois locais principais para a prevenção do consumo de substâncias são a família e a escola. Com efeito, é provável que muitas crianças passem mais tempo na escola do que com ambos os pais ou mesmo com um deles. Uma das vantagens das escolas (quadro 12) reside no facto de as intervenções poderem ser realizadas com todas as crianças (uma população universal) e não apenas com as que pertencem a um grupo de alto risco (uma população seletiva) ou que são vulneráveis (uma população indicada). Todas as crianças podem potencialmente beneficiar de intervenções universais nas escolas, uma vez que todas enfrentam um certo grau de risco. Além disso, a transmissão de mensagens a todas as crianças nas escolas pode ser feita sem estigmatizar os destinatários, uma vez que a intervenção não se baseia na identificação e no isolamento potencial dos jovens que já começaram a consumir substâncias. Com efeito, foi demonstrado que colocar essas crianças de alto risco juntas num grupo aumenta o seu comportamento de risco (Poulin e Dishion, 2001).

As escolas têm múltiplas formas, tamanhos e configurações, mas, em quase todos os países, ajudam a preparar os jovens para se tornarem membros plenamente integrados das suas famílias, dos meios laborais e da sociedade no seu conjunto. No entanto, as escolas e a educação fazem muito mais do que isso. Um relatório estratégico de 2007 do Banco Mundial (Hanushek e Wößmann, 2007) concluiu, através de análises de dados educativos e das economias nacionais, que há evidência de que as competências cognitivas da população — e não apenas o sucesso escolar — estão fortemente relacionadas com o rendimento individual, a distribuição do rendimento e o crescimento económico. As competências cognitivas dizem respeito à capacidade dos alunos para:

- pensarem por si próprios e abordarem os problemas de forma fundamentada e cuidadosamente ponderada, tanto isoladamente como em colaboração com terceiros;
- raciocinarem, conceptualizarem e resolverem problemas através de informações desconhecidas ou de novos procedimentos;
- tirarem conclusões e encontrarem soluções analisando as relações entre determinados problemas, questões ou condições.

A escola, à semelhança da família, é um dos ambientes a nível micro que serve de instituição fundamental para moldar o desenvolvimento das crianças e as suas atitudes e comportamentos pró-sociais. Existem muitas interações complexas entre as características biológicas, pessoais, sociais e ambientais que afetam o comportamento humano. Estas interações moldam os valores, as crenças, as atitudes e os comportamentos das crianças e dos jovens e são particularmente importantes para o desenvolvimento físico, emocional e social desde a infância à adolescência e desde a adolescência à idade adulta. A escola pode influenciar a forma como as crianças e os jovens percebem a aceitabilidade e a inaceitabilidade de vários comportamentos positivos e negativos. Por conseguinte, as intervenções escolares

podem afetar, em particular, a vulnerabilidade e o risco de comportamentos específicos e do consumo de substâncias.

A prevenção em contexto escolar pode ser do interesse de uma universidade ou de outros contextos de formação contínua ou do ensino superior. Estes estudantes estão muitas vezes particularmente expostos ao risco de consumo de substâncias. Isto deve-se ao facto de terem mudado da casa da família para um ambiente em que têm mais independência e se espera que tenham controlo sobre uma série de comportamentos sociais e relacionados com a saúde. Além disso, no ambiente escolar, certas substâncias podem estar disponíveis para consumo e pode existir uma cultura de consumo de substâncias nas organizações e nos eventos de estudantes.

Embora seja especialmente importante criar e manter um clima escolar positivo, as escolas desempenham também um papel importante na prevenção do consumo de substâncias em, pelo menos, três domínios adicionais:

- abordagens comportamentais — prevenir ou, pelo menos, atrasar o consumo de substâncias pelos jovens, tentando inculcar valores, normas, crenças e atitudes contra o consumo de substâncias e conferindo-lhes as competências necessárias para lidarem eficazmente com os pares que os possam convidar a consumir substâncias;
- prevenção ambiental — desenvolvimento de políticas razoáveis, claras e aplicadas de forma coerente que visem o consumo e a venda de todas as substâncias, incluindo o álcool e o tabaco, nas escolas e nas suas proximidades e em todos os eventos patrocinados pela escola;
- redução das consequências adversas associadas ao consumo — tratar os alunos que consomem substâncias de forma sensível e compassiva, remetendo-os para serviços de aconselhamento e apoio adequados (incluindo o tratamento, se necessário) e ajudando-os a reduzir ou parar o consumo de substâncias.



A investigação científica em matéria de intervenções preventivas em contexto escolar demonstrou igualmente que estas intervenções contribuíram para a obtenção de resultados escolares e a prevenção do abandono escolar (Gasper, 2011), dois grandes objetivos escolares. Por conseguinte, os coordenadores da prevenção têm de ser capazes de argumentar que é do interesse das escolas, bem como dos seus alunos, reservar tempo para a prevenção do consumo de substâncias.

### | Preparação das escolas

Em primeiro lugar, deve avaliar-se a preparação das escolas para adotar e executar programas e estratégias de prevenção do consumo de substâncias (Greenberg et al., 2005). Seguem-se algumas questões fundamentais a ter em conta. Todos estes fatores devem ser avaliados antes de se selecionar uma abordagem de prevenção.

- Existe apoio administrativo para permitir a programação da prevenção do consumo de substâncias durante o horário escolar?
- Existe capital humano com as competências necessárias à implementação dos programas?
- Existem recursos para pagar os materiais relacionados com a programação, a formação de professores e os professores substitutos para ficarem nas salas de aula durante a formação e para prestarem assistência técnica de monitorização?
- Existem formação e assistência técnica de elevada qualidade disponíveis para orientar o pessoal escolar na boa implementação dos programas de prevenção e na resposta aos desafios à medida que estes surgem?

É importante que a administração da escola e as autoridades educativas competentes prestem apoio a um programa específico e a liderança necessária para assegurar a eficácia da sua adoção e implementação (Sloboda et al., 2014;

Wandersman et al., 2008). No entanto, devem também existir muitos outros fatores. A escola deverá ter articulado uma visão do tipo de ambiente que procura para apoiar o desenvolvimento educativo e social dos seus alunos. Esta visão deve ser acompanhada de objetivos conexos, nomeadamente garantir um ambiente escolar sem álcool, produtos do tabaco e outras substâncias.

São necessários planos para clarificar as funções e responsabilidades na implementação das políticas e intervenções preventivas, a forma como o desempenho será avaliado e a forma como a avaliação estará associada à progressão profissional. O plano deve incluir uma avaliação da capacidade da escola para executar a intervenção.

### | Objetivos da prevenção em contexto escolar

As estratégias eficazes de prevenção do consumo de substâncias são concebidas para abordar as diferentes fases de desenvolvimento de crianças, adolescentes e outros estudantes (Ginsburg, 1982; UNODC, 2013). Tal como referido nos Standards Internacionais do UNODC, nem todas as atividades e programas de prevenção em contexto escolar serão eficazes para toda a população em idade escolar, pelo que as intervenções devem ser executadas apenas com os grupos etários para os quais haja provas de eficácia.

Por exemplo, para as crianças do primeiro ciclo de ensino, as estratégias de prevenção do consumo de substâncias devem ser relativamente simples e centrar-se em instruções simples e diretas — por exemplo, os médicos receitam medicamentos quando estamos doentes para ficarmos bem; o medicamento pode fazer mal se o tomarmos sem indicações do médico para o fazer; dar medicamentos aos outros é perigoso, mesmo que eles os peçam. Os professores podem também aplicar estratégias destinadas a recompensar comportamentos pró-sociais e punir comportamentos impulsivos ou inadequados.

Com orientação, os jovens no início da adolescência podem desenvolver valores e atitudes positivos pouco propícios ao consumo de substâncias e nos quais podem basear as suas decisões sobre o consumo ou não de substâncias. Os estudantes podem familiarizar-se com as políticas da sua escola em matéria de substâncias psicoativas e as consequências das infrações. Podem compreender de que forma a publicidade tenta influenciá-los para consumirem álcool e outras substâncias e podem obter ensinamentos sobre as consequências adversas do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias nos sentimentos, percepções e saúde comportamental, bem como nos seus cérebros em desenvolvimento. Devem também continuar a desenvolver e a praticar uma série de competências pessoais e sociais relacionadas com a idade.

No final da adolescência, os alunos devem ser capazes de utilizar os seus valores, as suas competências de tomada de decisão e várias competências de vida — em especial as suas competências de assertividade ou de «resistência» — em situações em que são consumidas substâncias ou em que podem ser convidados a consumir substâncias. Devem também conhecer as sanções sociais relacionadas com o consumo ilícito de substâncias. Por último, podem ser-lhes ensinadas várias estratégias para reduzir os efeitos adversos do consumo de substâncias (Marlatt et al., 2011). Como vimos, estas estratégias podem pôr em evidência os perigos de conduzir sob o efeito do álcool ou de andar de automóvel com um condutor que tenha estado a beber.

É evidente que, para serem eficazes, as intervenções preventivas baseadas em evidência científica devem ser cuidadosamente adaptadas à fase de desenvolvimento das crianças. A ciência da prevenção assenta, assim, no desenvolvimento das crianças e na melhor forma de chegar às crianças em cada fase de desenvolvimento.

## Dados sobre o consumo de substâncias entre estudantes

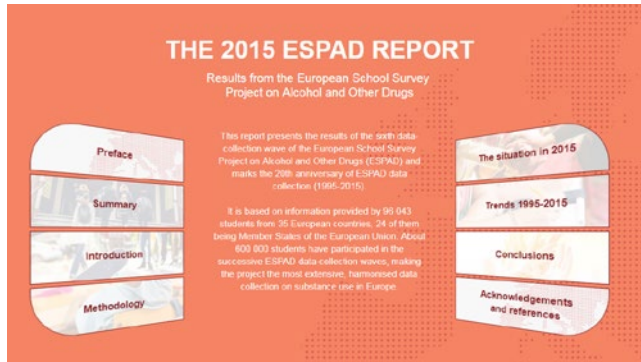
Os dados relativos ao consumo de substâncias entre estudantes são úteis para compreender o grau e a natureza do consumo de substâncias, incluindo os tipos de substâncias psicoativas consumidas pelos estudantes. Capítulos anteriores deste currículo europeu analisaram a realização de avaliações das necessidades, que envolvem a recolha e/ou análise dos dados existentes para descrever o problema do consumo de substâncias. As avaliações das necessidades para descrever o consumo de substâncias pelos estudantes incluem dados sobre os tipos de substâncias consumidas, a frequência do seu consumo e o modo de administração; as origens das substâncias consumidas; as características de quem consome substâncias, incluindo género, idade, etnia, bairro, absentismo escolar e saúde física e emocional; e a idade aquando do primeiro consumo, bem como a primeira substância consumida.

Os inquéritos aos alunos realizados em contexto escolar são geralmente considerados o melhor método global de recolha de dados sobre o consumo de substâncias entre estudantes. Estes dados constituem o núcleo dos esforços de recolha de dados que podem incluir outros tipos de dados qualitativos e quantitativos. Embora a realização de inquéritos junto dos alunos seja relativamente barata e forneça as melhores informações sobre os padrões atuais de consumo de substâncias e sobre as respetivas percepções, estes inquéritos podem ser difíceis de desenvolver, administrar e classificar, e os dados podem ser difíceis de analisar e interpretar.

As escolas podem também optar por utilizar os resultados de inquéritos realizados por outras organizações. Neste sentido, recomendamos, em especial, o inquérito ESPAD<sup>(29)</sup> (ver figura 23) e o inquérito transnacional colaborativo da OMS sobre o comportamento de saúde em crianças em

<sup>(29)</sup> <http://www.espad.org/>

FIGURA 23  
Relatório ESPAD 2015



Fonte: <http://www.espad.org/>

idade escolar<sup>(30)</sup>. Alguns países também podem recorrer a inquéritos nacionais. Embora alguns destes inquéritos (e, por conseguinte, os seus resultados) sejam antigos, podem, ainda assim, fornecer parâmetros de referência úteis para comparar os resultados de inquéritos realizados localmente. Podem também ser utilizados, com grande cuidado, como um indicador para o inquérito da própria escola, em especial se os resultados forem repartidos por região ou (eventualmente) por nível de densidade populacional (ou seja, urbana *versus* suburbana *versus* rural). No entanto, os dados locais são quase sempre mais úteis para os responsáveis políticos e decisores locais do que os dados de inquéritos regionais ou nacionais. As pessoas podem muito facilmente desprezar os resultados preocupantes de um estudo sobre o consumo de substâncias realizado a nível nacional ou regional, afirmando que não representa as crianças da «nossa» comunidade.

<sup>(30)</sup> <http://www.hbsc.org/>

## Aplicação da teoria

As teorias da cognição e da aprendizagem e a teoria do comportamento planeado (TCP) podem ser aplicadas a intervenções preventivas do consumo de substâncias em contexto escolar. Uma escola não é apenas um local de aprendizagem, antes inclui pessoas — estudantes e pessoal escolar — que interagem ao longo de grande parte do dia. Assim, tal como a casa, onde os pais interagem com os filhos em intervenções preventivas em contexto familiar, o pessoal da escola interage com os alunos na realização de intervenções eficazes de prevenção do consumo de substâncias. Estas intervenções incluem programas curriculares, políticas escolares e o ambiente escolar. Os programas escolares foram considerados os mais eficazes na produção de resultados de prevenção a longo prazo e são analisados no presente capítulo. As políticas escolares e o ambiente escolar são analisados mais adiante, no capítulo 7.

Um currículo europeu de prevenção do consumo de substâncias refere-se a uma intervenção em contexto de sala de aula com um conjunto de atividades baseado num manual para cumprir objetivos de aprendizagem específicos. As políticas escolares de prevenção do consumo de substâncias referem-se a um conjunto de regras ou regulamentos escritos relativos ao consumo de substâncias na escola e em instalações escolares. Estas regras incluem a definição de eventuais infrações (o que acontece quando alguém viola as regras) e as consequências das infrações. Por último, o clima escolar é definido como a qualidade e o caráter da vida escolar. O clima escolar baseia-se nos padrões da experiência dos alunos, dos pais e do pessoal escolar na vida escolar e reflete normas, objetivos, valores, relações interpessoais, práticas de ensino e aprendizagem e estruturas organizacionais.

Duas décadas de investigação e avaliação nas escolas demonstram quais as intervenções que funcionam e as que não são apoiadas por evidência científica (quadro 13).

QUADRO 13

O que funciona e não funciona na prevenção em contexto escolar

O que funciona	O que não funciona
<b>Realização e estrutura</b>	
Métodos interativos Lições altamente estruturadas e trabalho de grupo Segue um currículo europeu	Métodos didáticos, como palestras Debates espontâneos e não estruturados Confiança na apreciação e intuição dos professores
Ministrada por um facilitador/professor com formação	Os dados relativos a programas de prevenção dirigidos por pares <i>versus</i> programas de prevenção liderados por adultos são insuficientes
Executada através de 10-15 sessões semanais	Quaisquer atividades autónomas e isoladas
Programas multicomponentes	Os dados quanto ao valor das sessões de reforço em anos sucessivos são insuficientes Cartazes e panfletos
<b>Conteúdo</b>	
Competências de decisão, comunicação e resolução de problemas	Aumentar o conhecimento dos estudantes através do fornecimento de factos relativos a substâncias específicas, o que pode simplesmente torná-los consumidores mais informados
Relações entre pares e competências pessoais e sociais	Os ex-consumidores de drogas que dão o seu testemunho podem acabar por louvar ou sensacionalizar o consumo de droga
Autoeficácia e assertividade	Centrar a atenção apenas no desenvolvimento da autoestima
Competências em matéria de resistência às drogas e reforço dos compromissos pessoais contra o abuso de drogas	Testes aleatórios de deteção de drogas
Reforço das atitudes e normas antidroga	Táticas de medo e histórias assustadoras que exageram e deturpam os perigos do consumo de substâncias e que muitas vezes contradizem as experiências dos alunos e dos seus pares
Apoio aos hábitos de estudo e ao sucesso escolar	

Além disso, muitas intervenções preventivas mostram efeitos positivos imediatamente após a sua conclusão, ao passo que um número menor apresenta efeitos, se avaliados, em ações de monitorização a mais longo prazo, designadamente após um ano. Em que medida isto constitui um problema? Naturalmente, é desejável que os efeitos durem vários anos, em vez de meses (ou mesmo semanas), e, em igualdade de circunstâncias, é sempre preferível escolher intervenções que tenham demonstrado efeitos a longo prazo. No entanto, mesmo as intervenções que apenas têm efeitos a curto prazo podem

ser consideradas bem-sucedidas se atrasarem a adoção ou o início do consumo de substâncias em fases essenciais do desenvolvimento. Os grupos-alvo também podem beneficiar da exposição repetida a diferentes tipos de atividades de prevenção em diferentes fases do desenvolvimento.

Além disso, foi também defendido que pode ser inadequado esperar que os programas de prevenção tenham efeitos duradouros quando os estudantes são regularmente expostos a incentivos para consumir substâncias nos seus ambientes

sociais (por exemplo, através de representações na cultura popular, publicidade e outras práticas de *marketing*) e veem adultos que consomem e desfrutam de substâncias, como o álcool e os produtos do tabaco, sem efeitos adversos evidentes. Por conseguinte, pode não ser razoável esperar que uma intervenção isolada seja suficiente para fazer face ao consumo de substâncias. Os defensores da prevenção devem tentar argumentar que, em conformidade com os EDPQS (capítulo 3), as atividades de prevenção devem fazer parte de uma estratégia a mais longo prazo e podem ter mais hipóteses de ser bem-sucedidas quando são aplicadas também políticas de prevenção ambiental (ver capítulo 7), a fim de promover um contexto comportamental mais saudável.

As intervenções preventivas do consumo de substâncias adequadas à idade e ao desenvolvimento têm de ser integradas em todo o contexto escolar, desde a creche até ao final do ensino secundário, tanto dentro como fora da sala de aula.

### | Programas baseados em evidência científica

De acordo com várias avaliações realizadas em diferentes países europeus, as intervenções a seguir apresentadas têm resultados promissores. A seleção destes programas baseia-se nas classificações constantes do registo Xchange do EMCDDA. Incluímos estes programas como inspiração para a sua própria procura de uma intervenção adequada ao seu contexto.

O programa Unplugged é um programa em contexto escolar que inclui componentes centrados no pensamento crítico, na tomada de decisões, na resolução de problemas, no pensamento criativo, na comunicação eficaz, nas competências de relacionamento interpessoal, na autoconsciência, na empatia, na resposta às emoções e ao stress, nas crenças normativas e no conhecimento sobre os efeitos nocivos das substâncias para a saúde. O programa é composto por

12 unidades de uma hora lecionadas uma vez por semana por professores da turma que frequentaram previamente um curso de formação de 2,5 dias. O registo Xchange classifica o Unplugged como «benéfico», o que significa que é suscetível de ser eficaz em diferentes contextos.

O GBG é uma estratégia de gestão do comportamento em contexto de sala de aula para as escolas primárias, utilizada pelos professores juntamente com os programas de ensino regulares da escola. O GBG está classificado como «suscetível de ser benéfico» no Xchange, o que significa que, embora a investigação o tenha considerado eficaz, é necessário realizar mais trabalho na Europa para o confirmar. O GBG recorre a um formato de jogo à escala da sala de aula, com equipas e recompensas, para socializar as crianças no papel de estudante e reduzir o comportamento agressivo e perturbador na sala de aula, que constitui um fator de risco para o consumo de substâncias por adolescentes e adultos, a perturbação de personalidade antissocial e o comportamento violento e criminoso. Nas salas de aula GBG, o professor divide as crianças em equipas, que são equilibradas em termos de género, comportamentos agressivos e perturbadores e comportamentos de timidez e de isolamento social. As regras básicas do comportamento dos alunos na sala de aula são publicadas e analisadas. Quando se joga ao GBG, cada equipa é recompensada se os membros da equipa cometerem no total quatro ou menos infrações às regras da sala de aula durante os períodos de jogo.

Durante as primeiras semanas da intervenção, joga-se ao GBG três vezes por semana, 10 minutos de cada vez, durante os períodos do dia em que o ambiente na sala de aula está menos estruturado e os alunos trabalham independentemente do professor. Os períodos de jogo vão sendo aumentados em duração e frequência a intervalos regulares; em meados do ano, o jogo pode ser jogado todos os dias. Inicialmente, o professor anuncia o início de um período de jogo e dá recompensas no

final do jogo. Mais tarde, o professor adia as recompensas para o final do dia ou semana escolar. Ao longo do tempo, o GBG é jogado em diferentes momentos do dia, em diferentes atividades e em diferentes locais, pelo que o jogo evolui, deixando de ser altamente previsível em termos de calendário e de ocorrência, com reforço imediato, para ser imprevisível, com reforço diferido, para que as crianças aprendam que se espera delas um bom comportamento em todas as circunstâncias e em todos os locais.

O KiVa é um programa de luta contra a intimidação (*bullying*), que teve avaliações promissoras na Finlândia e foi também adotado na Estónia. Este programa visa os alunos entre os 5 e os 11 anos de idade e utiliza estratégias universais e indicadas. Procura reforçar o comportamento pró-social e o bem-estar emocional. O KiVa ainda não se encontra no registo Xchange, mas é classificado como «promissor» no registo Blueprints, o que significa que a investigação de alta qualidade o considerou eficaz.

## Meio laboral e prevenção

Na sociedade, o «meio laboral», ou o ambiente de trabalho, é o local físico onde as pessoas trabalham, ou seja, instalações, explorações agrícolas, escolas, organizações governamentais e não governamentais, unidades industriais e fábricas, lojas e armazéns, organizações de cuidados de saúde, instituições militares, grandes empresas, etc. Para algumas pessoas, como as que trabalham no comércio, nos transportes ou no transporte rodoviário, pode não existir um meio laboral físico propriamente dito. Na experiência de muitas nações industrializadas, o meio laboral é uma das principais instituições da sociedade, uma vez que uma percentagem significativa de adultos está empregada e participa em algum tipo de ambiente de trabalho. Além disso, o trabalho e os contextos laborais estimulam a economia e fomentam o crescimento económico. Os problemas de consumo de substâncias são altamente pertinentes nos setores em que existem problemas de segurança ou em que as falhas

de desempenho individuais podem ter um impacto significativo. Estes incluem, entre outros, os setores da construção, agricultura, transportes, energia, tecnologias da informação e comunicação e serviços financeiros (EMCDDA, 2017b, p. 143).

Os contextos laborais podem também proporcionar formação e educação adicionais aos trabalhadores, dando continuidade na idade adulta ao que as famílias e as escolas proporcionam às crianças e aos jovens adultos. Além disso, os contextos laborais proporcionam um espaço para novas experiências, novas normas e novos comportamentos que podem ser diferentes dos aprendidos na família ou na escola.

Uma vez que o meio laboral é normalmente um local onde os adultos passam uma quantidade significativa do seu tempo, o nível de gratificação e satisfação conferido pela experiência de trabalho, por oposição ao nível de stress ou incapacitação, pode ter um enorme impacto na saúde e no bem-estar do trabalhador e, por sua vez, na sua suscetibilidade a problemas de consumo de substâncias.

Frone (2013) também faz uma distinção entre consumo de substâncias e incapacidade no meio laboral e dos trabalhadores.

- O consumo de substâncias e a incapacidade no meio laboral referem-se ao consumo de substâncias e à incapacidade que ocorrem no trabalho ou durante o horário de trabalho. Isto pode significar o consumo de substâncias no ambiente de trabalho ou imediatamente antes do trabalho, em que a incapacidade ocorre durante o horário de trabalho e/ou quando o trabalhador está a trabalhar, mesmo que não esteja no ambiente de trabalho.
- O consumo de substâncias e a incapacidade do trabalhador referem-se ao consumo de substâncias e à incapacidade que ocorrem fora do ambiente de trabalho e não durante o horário de trabalho.

Há fatores do meio laboral que podem promover um clima mais favorável ao consumo de substâncias no trabalho. Estes incluem três fatores principais:

- a (perceção da) disponibilidade de substâncias no trabalho, incluindo a facilidade de acesso (por exemplo, álcool disponível numa cantina do trabalho, álcool regularmente disponível no âmbito de comemorações no meio laboral, trabalhadores que facilitam o acesso a substâncias ilícitas);
- normas descritivas segundo as quais uma elevada percentagem da rede social da pessoa no trabalho consome substâncias, ou trabalha enquanto está incapacitada por estas;
- normas injuntivas que remetem para a obrigatoriedade ou aprovação ou desaprovação normativa do consumo de substâncias e incapacidade no estandardizadas por parte dos membros da rede social da pessoa no trabalho.

Este último fator também inclui culturas no meio laboral que promovem o consumo de substâncias para melhorar o desempenho e fazer face a grandes volumes de trabalho e horários muito ocupados, ou em que as substâncias são consideradas parte integrante da construção de relações com colegas e (potenciais) clientes.

Para além dos fatores de risco gerais para o consumo de substâncias que afetam toda a população, os fatores de stress relacionados com o emprego, tais como um elevado nível de exigências no trabalho, a falta de controlo do emprego e a precariedade, podem também aumentar a probabilidade de um trabalhador consumir substâncias. Nesta perspetiva, as substâncias são consumidas como técnicas de redução da tensão e do stress, para ajudar o trabalhador a lidar com a sua situação laboral. Considera-se que uma exposição mais frequente e a expectativa de fatores de stress no trabalho conduzem a um consumo mais frequente e mais intensivo de substâncias, muitas vezes imediatamente antes, durante ou imediatamente após o dia de trabalho. No entanto, a maioria dos problemas de consumo de substâncias está relacionada com o

consumo de substâncias pelos trabalhadores, o que significa que o consumo de substâncias ocorre, na sua maioria, fora do posto de trabalho, embora esse comportamento possa, ainda assim, afetar negativamente o desempenho profissional. Os efeitos negativos do consumo de substâncias pelos trabalhadores podem incluir absentismo, atrasos, perda de emprego, doença e custos médicos mais elevados. O consumo de substâncias no meio laboral pode também conduzir a níveis mais baixos de perceção da segurança no meio laboral, a um elevado stress relacionado com o trabalho e a menos ânimo entre os trabalhadores que não consomem substâncias no trabalho.

Não existem estimativas à escala da UE relativas ao impacto do consumo de substâncias na força de trabalho nem estimativas a nível nacional que utilizem metodologias coerentes. Além disso, o EMCDDA não recolhe dados sobre a dimensão da prevenção no meio laboral na UE. No entanto, alguns estudos ilustrativos dos Estados-Membros são úteis. Por exemplo, no Reino Unido, estimou-se que o consumo de álcool resulta na perda de 11-17 milhões de dias de trabalho, com um custo anual de 1,8 mil milhões de libras esterlinas (Plant Work, 2006).

O consumo de substâncias pelos trabalhadores é uma preocupação especial nas funções críticas de segurança, em que os trabalhadores têm responsabilidade pela saúde e pelo bem-estar de terceiros (por exemplo, pilotos, médicos, técnicos de segurança) e em que as incapacidades causadas pelas substâncias ou por outras razões podem ter consequências graves. Em França, entre 15 % e 20 % dos acidentes de trabalho no sistema ferroviário francês estiveram diretamente relacionados com o consumo nocivo de álcool ou de outras substâncias (Ricordel e Wenzek, 2008).

## Preparação das organizações

Um elemento da avaliação das necessidades é a compreensão da posição do meio laboral no que respeita ao seu próprio percurso rumo à mudança organizacional ou à vontade de adotar uma determinada prática de promoção da saúde — neste caso, a prevenção do consumo de substâncias. Foram desenvolvidas várias teorias para compreender a mudança organizacional. Por exemplo, a teoria das fases defende que é importante saber em que ponto se encontra a organização no percurso rumo à mudança organizacional antes de aplicar políticas e intervenções preventivas.

A teoria das fases (Kaluzny e Hernandez, 1988) descreve quatro fases por que as organizações passam antes de uma mudança ou inovação ser adotada e institucionalizada.

1. A primeira fase consiste em tomar consciência de que existe um problema e que existem soluções possíveis para resolver o problema. É evidente que o objetivo das atividades nesta fase é sensibilizar a organização para a existência de um problema a resolver.
2. A segunda fase é a adoção, durante a qual a organização inicia o planeamento e a adoção das políticas e intervenções destinadas a resolver o problema reconhecido na primeira fase. Pode implicar a identificação de recursos e adaptações das intervenções que podem ser executadas.
3. A terceira fase é a implementação, que envolve todos os aspetos práticos da realização das políticas e das intervenções.
4. Por último, a quarta fase é a institucionalização, durante a qual uma nova política ou prática se torna parte integrante das atividades do meio laboral.

## Características da prevenção no meio laboral em relação às formas de prevenção

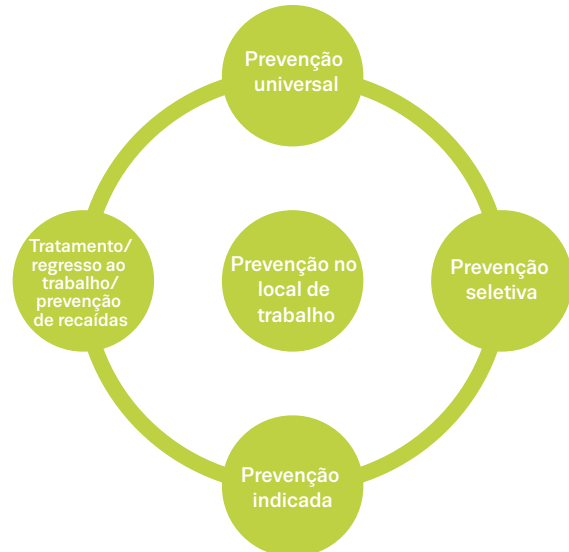
Há quatro aspetos a considerar no que diz respeito à prevenção no meio laboral (figura 24), que abordaremos mais pormenorizadamente nesta secção.

### Prevenção universal

- Políticas no meio laboral. As políticas no meio laboral são uma estratégia de prevenção universal, uma vez que, de um modo geral, abordam questões relacionadas com o consumo de substâncias para todos os trabalhadores.
- Educação em matéria de prevenção do consumo de substâncias. Todos os trabalhadores e a direção recebem formação em matéria de prevenção do consumo de substâncias. Estas informações devem incluir informações

FIGURA 24

### Tipos de prevenção no meio laboral





sobre as substâncias psicoativas e a forma como o seu consumo pode afetar negativamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.

- Reforço do apoio social. Ao promover a coesão dos grupos de trabalho e o apoio entre trabalhadores, é possível aumentar as normas sociais no meio laboral contra o consumo de substâncias.

### Prevenção seletiva

- Rastreio confidencial. O rastreio confidencial inclui, geralmente, o rastreio de trabalhadores que estão em risco de consumo de substâncias e que podem apresentar problemas de comportamento no meio laboral.
- Programas de assistência aos trabalhadores. Os programas de assistência aos trabalhadores são concebidos para ajudar a identificar e resolver problemas de produtividade que afetam os trabalhadores incapacitados por preocupações pessoais.

### Prevenção indicada

- Avaliações confidenciais do consumo de substâncias. O objetivo é identificar os trabalhadores que necessitam de ser referenciados para intervenções breves ou tratamentos a mais longo prazo. Estas avaliações são realizadas por especialistas com formação em saúde mental ou toxicod dependência.
- Intervenções breves. As intervenções breves são processos sistemáticos e focalizados que visam investigar potenciais problemas de consumo de substâncias e motivar as pessoas a alterar o seu comportamento.

Ao falar de prevenção em contexto laboral, é importante incluir políticas e intervenções centradas nos trabalhadores que precisam de tratamento, concluem-no e regressão à sua atividade e são integrados na força de trabalho. Este currículo europeu inclui o tratamento, o regresso ao trabalho e a prevenção de recaídas como parte essencial de uma

FIGURA 25

### Prevenção abrangente no meio laboral



abordagem abrangente do consumo de substâncias no meio laboral, embora, do ponto de vista técnico, estas fases não constituam prevenção. O objetivo não é punir, mas sim prevenir o início e o agravamento do consumo de substâncias e, se necessário, identificar os trabalhadores que consomem substâncias e proporcionar um percurso claro para o seu tratamento e reintegração na força de trabalho. Uma vez reintegrados nos meios laborais, estes trabalhadores necessitarão de um apoio contínuo para evitar a recaída no consumo de substâncias. O portal de boas práticas do EMCDDA inclui uma secção sobre prevenção no meio laboral, que dá uma perspetiva geral das abordagens recomendadas <sup>(31)</sup>. O EMCDDA publicou igualmente um guia sobre as abordagens de reintegração social para melhorar os resultados no emprego das pessoas sujeitas a tratamento da toxicod dependência, que inclui secções sobre as atividades no meio laboral <sup>(32)</sup>. Os EUA publicaram um conjunto de ferramentas para meios laborais sem drogas, que, embora tenha sido desenvolvido em resposta à legislação nacional, inclui orientações sobre desenvolvimento de políticas no meio laboral, educação dos trabalhadores, formação dos dirigentes, programas de assistência aos trabalhadores para as pessoas com problemas mais graves e testes de deteção de drogas (ver «Testes de deteção de drogas» *infra* para obter informações sobre debates importantes a nível da UE sobre este tema) <sup>(33)</sup>.

<sup>(31)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace\\_pt](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_pt)

<sup>(32)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en)

<sup>(33)</sup> <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

As políticas globais de prevenção no meio laboral centram-se normalmente em três objetivos principais: 1) ambiente de trabalho, 2) interação social e apoio interpares e 3) consumo individual de substâncias (figura 25). Por outras palavras, as políticas e intervenções no meio laboral podem centrar-se na alteração dos fatores pessoais, sociais e ambientais que afetam a probabilidade de consumo de substâncias. Os componentes de uma abordagem abrangente da prevenção devem abordar os três objetivos da forma seguidamente indicada.

Ambiente de trabalho:

- Estabelecer políticas por escrito sobre o consumo de substâncias no meio laboral.
- Alterar o ambiente de trabalho para ter em conta a qualidade da vida profissional e o acesso ao álcool e a outras substâncias.
- Introduzir formação para os responsáveis de supervisão e gestão.
- Visar todo o ambiente de trabalho.
- Ser coerente com a cultura organizacional.

Interações sociais/apoio interpares:

- Desenvolver programas de apoio interpares.
- Criar políticas de controlo social claras no que respeita ao consumo no meio laboral e estabelecer normas no meio laboral em matéria de consumo de álcool.

Consumo individual de substâncias:

- Disponibilizar programas de assistência aos trabalhadores.
- Abordar o consumo de substâncias como um problema de saúde e segurança.
- Integrar o consumo de substâncias no bem-estar geral.
- Efetuar o rastreio confidencial e a identificação dos consumidores de substâncias, o que também permite o

encaminhamento para tratamento e a reintegração na força de trabalho.

- Incluir testes confidenciais de deteção de drogas apenas no âmbito de uma intervenção multicomponentes abrangente.

## | Obstáculos

Apesar das razões imperiosas para que os meios laborais apliquem políticas e intervenções preventivas do consumo de substâncias, muitas organizações continuam a mostrar-se relutantes em levar a cabo tais intervenções. Embora a prevenção de outras questões de saúde e segurança seja ativamente tida em conta, o consumo de substâncias continua a ser ignorado. A principal razão para esta relutância e o principal obstáculo à implementação é o estigma associado este assunto.

Os meios laborais mostram-se igualmente relutantes em considerar a necessidade de investigar o grau de consumo de substâncias entre os seus trabalhadores e em lançar intervenções para resolver ou prevenir o problema. Em muitas culturas, o álcool e o consumo de substâncias são considerados falhas morais ou sobretudo questões jurídicas, e não questões de saúde e segurança.

Outros obstáculos à implementação incluem:

- tolerância não declarada entre os supervisores e terceiros em relação a alguns comportamentos de consumo de substâncias;
- os custos associados à implementação de uma intervenção de prevenção;
- o facto de o consumo de substâncias ser frequentemente considerado mais uma questão pessoal do que uma questão laboral e dos meios laborais evitarem dizer às pessoas o que podem e não podem fazer na sua vida pessoal.

## | Testes de deteção de drogas

Embora os testes de deteção de drogas existam há décadas, continuam a ser considerados controversos em muitos locais. Na Europa, é frequentemente adotada uma resposta proporcionada, pelo que os testes de deteção de drogas podem ser justificadas para papéis/funções críticas em termos de segurança, mas não em funções para as quais os níveis físicos e mentais determinados pelos testes de deteção de drogas (ou seja, ausência de drogas) não são relevantes. Para muitas organizações e até países, uma questão primordial é tentar equilibrar a segurança dos trabalhadores com as preocupações em matéria de privacidade e discriminação. Uma outra questão importante é o facto de os testes de deteção de drogas fornecerem, na realidade, provas limitadas de incapacidade, uma vez que os metabolitos das substâncias podem permanecer numa amostra biológica muito depois de a substância ter sido consumida (com efeito, no caso do

cabelo, a droga pode permanecer na amostra por muitos meses). Antes de decidirem aplicar um programa de testes de deteção de drogas, as organizações devem também ter em conta a legislação nacional pertinente, uma vez que esta varia consoante os países.

Independentemente da abordagem adotada pelos empregadores, os testes de deteção de drogas não constituem, por si só, prevenção. Embora a investigação tenha revelado alguns efeitos positivos dos testes de deteção de drogas no consumo de substâncias pelos trabalhadores, estes testes, em si mesmos, não constituem uma intervenção de prevenção, uma vez que não abordam a etiologia comportamental e as necessidades adicionais relacionadas com o consumo de substâncias. Por conseguinte, os testes de deteção de drogas só devem ser realizados no âmbito de uma política e abordagem compreensivas de prevenção do consumo de substâncias.



## | Índice

115 | **O ambiente e as suas influências**

116 | **Definições**

118 | **Abordagens de prevenção ambiental nas escolas e nos meios laborais**

121 | **Políticas ambientais/populacionais em matéria de tabaco e álcool**

123 | **Estratégias em espaços recreativos**

## CAPÍTULO 7

# Prevenção ambiental

Este capítulo apresenta uma definição de prevenção ambiental, descreve abordagens pertinentes e apresenta orientações sobre a forma de desenvolver políticas de prevenção ambiental para escolas e meios laborais. São analisadas as características e as provas de eficácia das políticas relativas ao tabaco e ao álcool, a fim de explorar as boas práticas na elaboração das políticas. Os ambientes recreativos noturnos são um contexto ambiental importante, embora frequentemente ignorado, onde se pode realizar trabalho de prevenção. São também analisadas as intervenções preventivas em ambientes recreativos noturnos e as suas características.

O EMCDDA publicou um relatório sobre as abordagens ambientais em matéria de prevenção, que pode ser consultado no seu sítio Web <sup>(34)</sup>.

### O ambiente e as suas influências

Que influência tem o ambiente social nas crenças, atitudes e comportamentos individuais? Ele molda as normas sociais e influencia as crenças sobre os riscos e as consequências dos comportamentos, como o consumo de substâncias e a forma de lidar com situações de stress. O comportamento observado, como o consumo de substâncias entre pares e/ou outros grupos

influentes, é visto como uma norma. Além disso, a forma como uma comunidade aplica leis ou regulamentos tem impacto na forma como os seus residentes avaliam a tolerância ou a aprovação de comportamentos como o consumo de substâncias.

As intervenções preventivas ambiental visam limitar a exposição a oportunidades comportamentais pouco saudáveis e de risco e promover a disponibilidade de oportunidades mais saudáveis. Este aspeto é particularmente importante nos ambientes que contêm fatores desencadeadores de comportamentos de risco. Em termos simples, tal é conseguido alterando o contexto em que o comportamento, como o consumo de substâncias, ocorre na sociedade ou em locais específicos, como revendedores de bebidas alcoólicas, espaços públicos ou espaços recreativos. Ao contrário das abordagens que visam desenvolver competências e cognições em pessoas ou grupos, as intervenções ambientais são dirigidas a hábitos e comportamentos familiares, pelo que não dependem de escolhas deliberadas e conscientes (mais saudáveis) dos grupos-alvo. O objetivo é transformar a escolha saudável na opção mais fácil. Por exemplo, uma sociedade pode aumentar os seus impostos sobre o tabaco para que seja mais caro comprar cigarros, impedir que os menores comprem substâncias estabelecendo leis de limitação de idade e requisitos de verificação da identidade, baixar o preço das bebidas não alcoólicas em ambientes recreativos noturnos ou simplesmente impedir que as lojas de venda a retalho que vendem álcool se situem nas proximidades das escolas.

<sup>(34)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en)

Estes tipos de intervenções utilizam o ambiente para visar indiretamente uma população específica. Não implicam um contacto direto com essa população, como aconteceria num programa em contexto escolar ou em intervenções em contexto familiar. A vantagem das intervenções ambientais é o facto de, se forem executadas corretamente, poderem ter um alcance mais vasto do que as intervenções comportamentais isoladamente. No entanto, para maximizarem os efeitos positivos sobre o consumo de substâncias na sociedade, tanto as intervenções comportamentais como as ambientais devem ser realizadas de forma coordenada e complementar. Uma análise dos exemplos apresentados na secção «Definições» *infra* sugere que é necessária uma abordagem «integrada» para o êxito das intervenções preventivas ambiental. Os profissionais de diferentes setores, muitos dos quais consideram que a prevenção do consumo de substâncias não é da sua competência, devem ser persuadidos de que têm um papel importante na prevenção e de que as decisões que tomam podem alterar o ambiente de forma positiva e saudável.

## Definições

As intervenções ambientais podem dividir-se em três categorias principais — regulamentares, físicas e económicas — embora exista uma relação estreita entre elas (EMCDDA, 2018b).

As abordagens regulamentares dizem respeito a alterações do quadro jurídico que define os comportamentos permitidos. Pode tratar-se de leis que controlam o acesso a substâncias, tais como limitações em termos de idade, regulamentação em matéria de medicamentos e controlos de drogas ilícitas, e ações que controlam o comportamento após o consumo de substâncias, tais como leis sobre a condução sob o efeito do álcool ou que proíbem que seja servido álcool a pessoas visivelmente embriagadas. As abordagens regulamentares abrangem igualmente práticas como o fabrico e a venda a retalho de

produtos potencialmente nocivos ou a comercialização de bens de uma forma que não exponha os consumidores (vulneráveis) a publicidade enganosa ou pró-consumo. As limitações em termos de idade, os horários de interdição de venda, as embalagens genéricas estandardizadas de produtos do tabaco e a proibição do patrocínio de bebidas alcoólicas no desporto são bons exemplos disso mesmo. Alguns países intervêm, por exemplo, exigindo que os estabelecimentos forneçam água potável gratuita como condição para a concessão de uma licença de entretenimento ou de venda a retalho de álcool. No entanto, não há regulamentação do fabrico, distribuição ou venda da maioria das substâncias ilegais. O único controlo consiste nas leis que visam dissuadir a disponibilidade e nas mensagens fortes que sublinham as normas sociais contra o seu consumo. Uma vez que o seu fabrico não é controlado, estas substâncias podem também ser misturadas com outras substâncias que sejam, elas próprias, perigosas para a saúde. Os produtos naturais que constituem a base de algumas destas substâncias, como a canábis, a papoila-dormideira e as plantas de coca, podem ser erradicados quando detetados, ou os agricultores que mantêm estas «culturas» podem receber dinheiro para não o fazer (políticas de substituição das culturas).

As abordagens físicas visam alterar o ambiente físico em que as escolhas são feitas e os comportamentos ocorrem. Podem incluir quer o ambiente a nível micro, como a conceção de bares e discotecas (por exemplo, para desencorajar o consumo excessivo e rápido de álcool), quer o ambiente a nível macro, como o planeamento urbano e o paisagismo (por exemplo, oferta de transportes gratuitos durante a noite, uma política de transportes públicos abrangente, renovação de bairros em zonas desfavorecidas). As intervenções físicas podem também ser pertinentes para os elementos e estruturas no ambiente. Atualmente, há muito interesse, por exemplo, na forma como os copos das bebidas podem ser concebidos de modo a que as pessoas consumam menos álcool do que pensam (por exemplo, fazendo-os altos e finos, mas com um volume total inferior).

As abordagens económicas centram-se nos consumidores e potenciais consumidores, através de impostos, políticas de fixação de preços e subsídios para incentivar escolhas saudáveis. Por exemplo, a maioria dos países europeus introduziu impostos elevados sobre os produtos do tabaco e alguns introduziram um preço unitário mínimo para o álcool, a fim de reduzir a capacidade de compra dos produtos nocivos. Do mesmo modo, as escolhas mais saudáveis podem ser incentivadas através da redução do preço das bebidas não alcoólicas, incluindo a água em locais recreativos como bares e cafés.

Um dos documentos informativos de *Health and social responses to drug problems: a European guide* [Respostas sanitárias e sociais aos problemas da droga: um guia europeu] (EMCDDA, 2017b) apresenta uma panorâmica das perceções comportamentais<sup>(35)</sup> que estão na base da prevenção ambiental.

## | Socialização e intervenções ambientais

Os profissionais da prevenção promovem a socialização positiva das crianças na sociedade. Inicialmente exemplificado e reforçado pela família, o processo de socialização é prosseguido pelas escolas e, depois, por outros ambientes que ajudam a orientar comportamentos adequados através de normas, leis e regulamentos, que são aplicados para promover o cumprimento. Estas intervenções comportamentais combinam uma abordagem de socialização e de prevenção e são concebidas para ajudar as pessoas a interpretar informações ou indícios, no seu contexto social e emocional, sobre o que se espera delas e o que é adequado. Ajudam-nas a tomar decisões sobre os resultados ou as consequências da adoção de comportamentos dentro destes contextos e a aprender e a praticar novas competências ou comportamentos, tais como competências parentais solidárias ou competências de resistência.

<sup>(35)</sup> [http://www.emcdda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges_en)

Como funciona este processo no caso das intervenções ambientais? A natureza das intervenções preventivas ambiental consiste em identificar ameaças e oportunidades no ambiente e abordá-las através de intervenções que possam afetar todas as pessoas expostas a essas ameaças. Os ambientes saudáveis são locais positivos que maximizam os pontos fortes de uma sociedade e minimizam as influências negativas que possam existir. Estas intervenções destinam-se a alterar o contexto em que as pessoas tomam decisões:

- ambiente físico — limitar o acesso e a disponibilidade de álcool, produtos do tabaco e outras substâncias;
- ambiente social — reforçar as normas e atitudes de não consumo.

Para além de alguns dos condicionalismos físicos, foram adotadas leis e políticas para controlar o acesso ao álcool. A nível internacional, a maioria dos países tem uma idade mínima para a compra de álcool de 18 ou 19 anos. Alguns não têm limite de idade e outros proibiram totalmente a sua aquisição, principalmente por motivos religiosos.

Evidentemente, as pessoas podem procurar álcool fora dos ambientes regulamentados e controlados, e algumas delas podem produzir elas próprias bebidas alcoólicas. Por este motivo, é importante pôr também em prática intervenções preventivas comportamental do consumo de substâncias, a fim de aumentar a probabilidade de as pessoas controlarem o seu consumo de álcool.

Para afetar o comportamento no ambiente social, é muitas vezes necessário promover iniciativas políticas, campanhas e outros esforços de sensibilização centrados no reforço das normas de não consumo de substâncias. Estas campanhas e iniciativas políticas destinam-se a influenciar a sensibilização e as atitudes do público em relação ao consumo de substâncias e a promover ações e legislação que previnam o consumo ou

as suas consequências. Muitas vezes, estes esforços resultam numa alteração das normas de comportamento dos grupos afetados. Por exemplo, as campanhas de prevenção que promovem o controlo parental criam uma «nova norma» para o público-alvo da campanha. Os esforços de saúde pública em relação ao tabagismo passivo, frequentemente executados através de regulamentos, foram também aplicados por novas normas sociais que reforçaram a mensagem de que «não se pode fumar aqui».

## Abordagens de prevenção ambiental nas escolas e nos meios laborais

Nesta secção, analisamos as intervenções ambientais que envolvem políticas em ambientes a nível micro — principalmente nas escolas e no meio laboral — para ver de que forma contribuem para garantir ambientes seguros, saudáveis e produtivos para a aprendizagem e o trabalho. Enquanto contextos a nível micro, são mais propícios à medição do impacto das políticas e, por conseguinte, há mais investigação subjacente às suas abordagens para prevenir o consumo de substâncias do que a geralmente disponível a nível da sociedade e de outros ambientes a nível macro.

Como vimos anteriormente, estes dois níveis ambientais não são independentes um do outro, antes interagem entre si para influenciar valores, crenças, atitudes e comportamentos, incluindo o consumo de substâncias. Por último, as intervenções ambientais oferecem a oportunidade de criar políticas coerentes em todos os contextos, de modo a que as políticas contra o consumo de substâncias estejam presentes em casa, na escola, no meio laboral e na sociedade, reforçando assim uma norma social contra o consumo de substâncias pelos jovens.

## Políticas escolares

As políticas escolares relacionadas com o consumo de substâncias são parte integrante e vital de uma abordagem global das intervenções preventivas. Infelizmente, são muitas vezes desenvolvidas de forma casual e não sistemática, encaradas como um exercício de «preenchimento de quadrículas» e, por isso, ficam esquecidas entre o manual de políticas da escola. As políticas escolares devem, por conseguinte, incluir ações que possam ser aplicadas em toda a escola com relativa facilidade e que demonstrem uma resposta coordenada e abrangente ao consumo de substâncias no contexto da promoção da saúde e do bem-estar.

As políticas compreensivas são importantes por várias razões e devem incluir ações-chave e prioridades que não se centrem apenas no consumo de substâncias, mas abrangem também abordagens que sirvam para criar um ambiente escolar saudável e de apoio.

- As políticas que limitam o consumo de substâncias ajudam a estabelecer a norma social de que o consumo de substâncias não será tolerado. Se os alunos considerarem que o tabagismo ou o consumo de álcool não são tolerados nas instalações escolares, ou em eventos patrocinados pela escola, a sua exposição a potenciais modelos de referência que exibem esse comportamento diminuirá. As suas crenças normativas de que o consumo de substâncias é inadequado veem-se, por conseguinte, reforçadas.
- As ações das políticas podem também impor limitações ambientais, na medida em que podem reduzir o acesso a substâncias.
- Num contexto mais vasto, devem ser desenvolvidas políticas que ajudem os estudantes a perceber que a escola se preocupa com o seu bem-estar e que é adotada uma abordagem escolar global para apoiar o desenvolvimento emocional e o desenvolvimento social positivo com os pares



e com os adultos do contexto escolar. As políticas podem também incluir ações que facilitem o contributo dos alunos para a organização e o funcionamento da escola, ajudando a promover um sentimento de comunidade e uma maior ligação entre o pessoal e os estudantes.

- A censura e os castigos em caso de incidentes relacionados com o consumo de substâncias podem ter um papel a desempenhar nas políticas escolares em matéria de consumo de substâncias, mas devem ser proporcionados e aplicados de forma coerente, sem se sobrepor a outros aspetos. Os incidentes relacionados com o consumo de substâncias constituem uma oportunidade para prestar apoio individualizado aos alunos ou para introduzir ou reforçar os esforços de prevenção na sala de aula.

A estrutura das políticas escolares em matéria de consumo de substâncias inclui frequentemente uma declaração de objetivos, que pode incluir referências à necessidade de criar e manter um ambiente seguro, saudável e sem consumo de substâncias, a fim de apoiar o desenvolvimento saudável de todos os alunos e de garantir que estes concretizem o seu potencial escolar. Muitas políticas também vinculam a escola à implementação de intervenções e políticas que representem princípios conhecidos de eficácia e, sempre que possível, sejam apoiadas por evidência científica. Um dos objetivos mais importantes da política escolar consiste em assegurar que a mesma seja comunicada a todas as pessoas da comunidade escolar que seriam afetadas. Quem é abrangido pelas políticas — estudantes, pessoal, visitantes? Aplica-se apenas à vida no recinto da escola? O que acontece em relação às atividades apoiadas pela escola? Todas estas questões devem ser tidas em conta e amplamente comunicadas a todos.

As políticas devem especificar a gama e os tipos de substâncias que incluem. Por exemplo, como irá a escola responder à popularidade crescente dos cigarros eletrónicos? Devem também abranger o consumo e a posse de substâncias, não só

na escola, mas também em eventos patrocinados pela escola. Além disso, a política deve incluir o consumo de substâncias nas instalações escolares e em eventos por professores e pessoal, bem como por estudantes.

A política deve também clarificar os tipos de incidentes relacionados com as substâncias que serão punidos, por exemplo, a posse ou venda de vários tipos de substâncias ou uma suspeita razoável de que um estudante entrou na escola sob a influência de substâncias, e como lhes será dada uma resposta de apoio.

As políticas devem igualmente ser claras sobre quem — famílias e autoridades responsáveis pela aplicação da lei — será notificado de um eventual incidente relacionado com o consumo, a posse ou a venda, e em que momento do processo isso acontecerá. Estas políticas devem também especificar consequências claras, aplicadas coerentemente, das violações cometidas pelos estudantes. Devem ainda evitar um caráter punitivo e procurar manter os alunos na escola mesmo que consumam substâncias.

Os estudantes podem necessitar de aconselhamento ou tratamento. Se um estudante estiver envolvido em comportamentos de risco, poderá ser necessário um rastreio e uma intervenção breve. A maioria das escolas não dispõe internamente de conhecimentos especializados para realizar este tipo de atividades, pelo que os prestadores externos de elevada qualidade, que trabalham com base em evidência científica e partilham o espírito e os valores da escola, podem estar em melhor posição para realizar este trabalho. De um modo geral, os estudantes que consomem substâncias devem ter a oportunidade de deixar de as consumir num ambiente de apoio em que os seus comportamentos — incluindo a assiduidade e pontualidade, a realização dos trabalhos de casa e o desempenho escolar — sejam acompanhados de perto.

Um documento de política escolar pode incluir os seguintes conteúdos (mas não deve necessariamente limitar-se aos mesmos):

- Declaração de objetivos. A estrutura típica de uma política escolar define os objetivos e os elementos. Muitas vezes, começa por uma declaração de objetivos, geralmente relacionada com a necessidade de um ambiente seguro, saudável e sem consumo de substâncias.
- A quem se aplica. As políticas especificam o grupo ou grupos visados pelas políticas.
- Apoio a abordagens de prevenção baseadas em evidência científica. Muitas políticas também obrigam a escola a executar programas e políticas baseados em evidência científica. Tal coaduna-se claramente com a tónica deste currículo europeu, que se orienta pelos Standards Internacionais.
- Quais são as substâncias abrangidas. As políticas devem especificar a gama e os tipos de substâncias que incluem, as circunstâncias especiais, como eventos desportivos e visitas de estudo, e os comportamentos do pessoal.
- Especificação de sanções. A política deve também especificar os tipos de incidentes relacionados com substâncias que serão punidos e em que circunstâncias.
- Comunicações. A política deve ser comunicada a todas as pessoas afetadas.

Comunicar com os pais de um aluno, informando-os de que o seu filho ou filha está envolvido no consumo de substâncias, pode ser particularmente difícil. Uma forma de ajudar a reduzir potenciais mal-entendidos e respostas negativas por parte dos pais é fazendo referência a uma política que define com precisão as medidas que serão tomadas pela escola e por que ordem.

Tais políticas em matéria de infrações são fundamentais para preservar uma cultura escolar em que os alunos se sintam seguros e protegidos e sejam apoiados na obtenção de ajuda quando dela necessitam.

## Políticas no meio laboral

Existem muitas semelhanças entre as políticas no meio laboral e no contexto escolar. O objetivo destas políticas é o mesmo — criar um ambiente saudável, seguro e sem consumo de substâncias — mas o público-alvo são adultos e não crianças e pessoas que trabalham com crianças.

Em primeiro lugar, tal como referido anteriormente, as intervenções ambientais são universais, na medida em que se centram num público tão vasto quanto possível, que inclui consumidores e não consumidores de substâncias, embora a maior parte sejam não consumidores. Consequentemente, as políticas no meio laboral abordam o consumo de substâncias para todos os trabalhadores. Essas políticas devem ser compreensivas e abordar a educação e a prevenção, bem como a identificação, o tratamento, a reabilitação e a reintegração dos trabalhadores com problemas de consumo de substâncias. Além disso, o desenvolvimento destas políticas deve envolver todas as principais parceiras na organização.

Como o nome implica, as intervenções orientadas para o ambiente de trabalho podem centrar-se em características específicas do meio laboral passíveis de afetar a probabilidade de os trabalhadores se envolverem no consumo de substâncias. As características do meio laboral incluem a disponibilidade e o acesso ao álcool ou a outras substâncias, condições de trabalho precárias e uma cultura no meio laboral que reforce o consumo de substâncias.

As intervenções eficazes no meio laboral abordam o consumo de substâncias como um problema de saúde e segurança. Desta forma, podem incentivar a disponibilidade de serviços de intervenção para pessoas e famílias, promovendo simultaneamente um ambiente seguro e produtivo. Podem ainda reduzir o estigma associado à procura de ajuda.

Uma abordagem global da prevenção do consumo de substâncias num ambiente de trabalho começa por uma política escrita de prevenção do consumo de substâncias. Uma política de prevenção do consumo de substâncias é uma descrição escrita da posição da empresa em relação ao consumo de substâncias. O seu objetivo não é ser punitiva, mas sim reconhecer que o consumo de substâncias é um problema de saúde que, muitas vezes, exige tratamento para ajudar os consumidores de substâncias a recuperar e evitar consequências negativas adicionais. As políticas devem ser dirigidas a todos os trabalhadores, independentemente do seu estatuto na empresa.

Como em qualquer ambiente, é essencial que a política seja amplamente divulgada a todos os trabalhadores e outros parceiros. É igualmente importante que haja uma comunicação clara sobre as sanções aplicáveis em caso de violação da política. A tónica na forma como a nova política promoverá a saúde e a segurança gerais de todos os trabalhadores é um componente importante da estratégia de divulgação.

## Políticas ambientais/populacionais em matéria de tabaco e álcool

Os Standards Internacionais analisaram a investigação sobre as políticas em matéria de tabaco e álcool e determinaram que havia vários tipos de iniciativas eficazes para reduzir o início e a continuação do consumo de substâncias, principalmente nos jovens. Estas iniciativas centravam-se na prevenção do acesso dos jovens e noutros esforços para desencorajar o início do consumo, bem como na prevenção da evolução para o consumo regular. Com estas orientações, começamos a identificar os componentes que podem ser utilizados para criar intervenções ambientais que funcionam.

De acordo com os Standards Internacionais, o aumento do preço do álcool e do tabaco reduz o seu consumo na população geral. Por conseguinte, o aumento do preço do tabaco e do álcool através da tributação é uma importante intervenção baseada em evidência científica para o consumo de substâncias. Outras estratégias que demonstraram reduzir o consumo incluem o aumento da idade mínima de compra dos produtos do tabaco e do álcool e a aplicação coerciva desta regra. A limitação e a proibição da publicidade e de outras formas de promoção do tabaco e do álcool junto dos jovens também demonstraram ser eficazes.

Tal como acontece com muitas intervenções preventivas, a combinação de intervenções ambientais pode ter um impacto mais forte do que as intervenções isoladas. Por conseguinte, as intervenções preventivas compreensivas para impedir que os menores comprem tabaco e álcool incluem:

- a aplicação ativa e permanente da lei;
- a formação dos retalhistas através de uma série de estratégias (contacto pessoal, meios de comunicação social e material informativo);
- intervenções preventivas nos meios de comunicação social e nas escolas para reforçar estas mensagens.

Especificamente, a análise da investigação sobre as intervenções ambientais no domínio do consumo de substâncias, realizada durante o desenvolvimento dos Standards Internacionais, concluiu que o aumento do preço do álcool teve vários resultados positivos. Teve impacto nos consumidores moderados e nos consumidores intensivos, nomeadamente nos jovens universitários que consumiam álcool em excesso. Além disso, constatou que um aumento do preço do álcool em apenas 10 % conduziu a uma diminuição de 7,7 % do consumo de álcool na população geral e que o aumento dos preços do álcool também conduziu a uma diminuição da violência.

Por último, os dados mostraram que as intervenções multicomponentes foram eficazes quando incluíram várias estratégias, tais como:

- limitação da distribuição de produtos do tabaco;
- regulamentação dos mecanismos de venda;
- aplicação da legislação em matéria de acesso a menores;
- ensino e formação dos retalhistas quando realizados em conjugação com a mobilização da comunidade.

Uma análise das atitudes em relação às políticas em matéria de álcool, realizada na Noruega e na Finlândia, permitiu uma melhor compreensão das medidas que é necessário adotar para garantir o apoio a intervenções ambientais destinadas a reduzir o consumo de álcool e os danos consequentes. No primeiro estudo, uma equipa de investigação examinou os resultados de uma série de inquéritos nacionais realizados na Noruega e na Finlândia durante o período de 2005-2009.

Os investigadores constataram que, ao longo dos quatro anos, houve um maior apoio na Noruega e na Finlândia a medidas restritivas da política em matéria de álcool. Os resultados foram comparados com os de inquéritos semelhantes realizados na América do Norte e na Austrália durante o mesmo período. No entanto, estes constataram uma situação diferente: o apoio a tais medidas diminuiu. Os investigadores analisaram os fatores relacionados com o aumento do apoio a estas políticas na Noruega e na Finlândia (Stovall et al., 2014).

Verificaram que o aumento do apoio às políticas restritivas foi, em parte, mediado por alterações nas crenças quanto à eficácia de tais medidas e aos danos causados pelo consumo de álcool. Por outras palavras, constataram que o aumento da perceção da eficácia das medidas mais restritivas da política em matéria de álcool estava associado ao aumento das crenças quanto à

associação entre o consumo de álcool e resultados nocivos. Por conseguinte, os investigadores sugeriram que o reforço da crença das pessoas quanto à eficácia das medidas restritivas e aos danos causados pelo consumo de álcool pode aumentar o apoio público a medidas políticas restritivas em matéria de álcool. Esta pode ser uma parte crítica da definição de prioridades necessária para reforçar o apoio a medidas eficazes.

Um outro exemplo de êxito na elaboração de políticas é a proibição de fumar em espaços públicos em França. A proibição de fumar nos meios laborais, centros comerciais, aeroportos, estações ferroviárias, hospitais e escolas entrou em vigor em França em fevereiro de 2007. Em janeiro de 2008, foi alargada a locais de encontro (cafés, restaurantes, hotéis, casinos, bares e discotecas). Foi feito o seguimento de um grupo de 1 500 fumadores e 500 não fumadores imediatamente antes da entrada em vigor da proibição — dezembro de 2006 a fevereiro de 2007 — e duas vezes após a sua entrada em vigor, em 2008 e 2012. As taxas de consumo de tabaco nestes locais (cafés, restaurantes e meios laborais) diminuíram consideravelmente entre a primeira e a terceira vagas:

- restaurantes — de 64,7 % (vaga 1) para 2,3 % (vaga 2) e para 1,4 % (vaga 3);
- meios laborais — de 42,6 % (vaga 1) para 19,3 % (vaga 2) e para 12,8 % (vaga 3);
- cafés — de 95,9 % (vaga 1) para 3,7 % (vaga 2) e para 6,6 % (vaga 3).

Os resultados mostram que as políticas antitabaco podem conduzir a reduções substanciais e sustentadas do consumo de tabaco em locais públicos, conduzindo simultaneamente a elevados níveis de apoio por parte do público (Fong et al., 2013). Cinco anos após a sua introdução, 88 % dos não fumadores e 78 % dos fumadores eram a favor da proibição de fumar.

## Estratégias em espaços recreativos

Alguns investigadores estudaram a prevenção do consumo de substâncias em espaços recreativos, tais como cafés, bares, restaurantes e espaços exteriores ou especiais onde se realizam eventos em larga escala. Embora estes locais proporcionem oportunidades para reuniões sociais e apoio à economia local, também criam oportunidades de envolvimento em comportamentos de alto risco, como o consumo nocivo de álcool, o consumo de substâncias, a condução sob a influência do álcool e a agressividade. Para mais informações e recursos sobre questões relacionadas com ambientes recreativos noturnos, ver o guia de respostas do EMCDDA (2017b, p. 136).

Este prevê quatro princípios fundamentais para uma ação local eficaz, a saber, um conhecimento sólido das questões relacionadas com a ambientes recreativos noturnos local, o empenhamento na criação de ambientes recreativos noturnos seguros e saudáveis, a criação de parcerias entre as principais agências locais e respostas baseadas em evidência científica. Se não estiver familiarizado com intervenções específicas baseadas em evidência científica em ambientes recreativos noturnos, pode sempre consultar a Healthy Nightlife Toolbox (figura 26) <sup>(36)</sup>. Trata-se de um conjunto de ferramentas que fornece três bases de dados: uma para as intervenções, uma para a literatura sobre estas intervenções e outra para a literatura geral sobre a prevenção em ambientes recreativos noturnos.

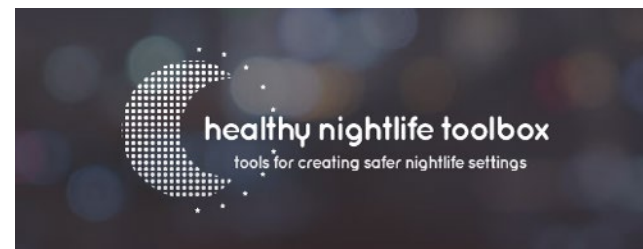
Em geral, a maioria das intervenções preventivas nestes ambientes utiliza vários componentes, incluindo a formação do pessoal <sup>(37)</sup> e a gestão de clientes embriagados, bem como alterações na legislação e nas políticas relacionadas com o fornecimento de bebidas alcoólicas a menores ou pessoas embriagadas ou relacionadas com a condução sob o efeito do álcool, etc.

<sup>(36)</sup> <http://www.hntinfo.eu/>

<sup>(37)</sup> Consultar, por exemplo, Mendes e Mendes (2011).

FIGURA 26

Healthy Nightlife Toolbox (Caixa de ferramentas para ambientes recreativos noturnos saudáveis)



Fonte: <http://www.hntinfo.eu/>

Miller e colaboradores (2009) propuseram uma estratégia ambiental para fazer face ao consumo de substâncias em eventos de música de dança eletrónica (onde os níveis de consumo tendem a ser mais elevados do que noutros tipos de eventos). Estes eventos atraem jovens adultos e estão frequentemente associados ao consumo de álcool e de outras substâncias. A estratégia tem três componentes e baseia-se em intervenções semelhantes da prevenção do alcoolismo concebidas para utilização em bares:

- mobilização;
- estratégias para o ambiente exterior;
- estratégias para o ambiente interior.

A mobilização dos principais parceiros — motivando a participação e a ação de vários setores da comunidade, como os próprios proprietários e gestores de clubes, a polícia ou as autoridades responsáveis pela concessão de licenças de venda de bebidas alcoólicas, os representantes da saúde pública e os líderes políticos — é importante, embora seja, muitas vezes, complexa. No entanto, há algumas motivações comuns que podem ajudar a promover um sentido de objetivo comum em toda a comunidade:

- manter um ambiente seguro e lícito para os clubes e clientes que não consomem substâncias;
- manter boas práticas comerciais e cumprimento da legislação em matéria de licenciamento da venda de bebidas alcoólicas;
- ter presente que o consumo de substâncias reduz os lucros dos produtos alimentares e das bebidas não alcoólicas.

O segundo componente, centrado no ambiente físico exterior do clube, incluindo a iluminação e o estacionamento, diz respeito a características de segurança e proteção. As intervenções externas ao local do clube abrangem os seguintes aspetos:

- pessoal de segurança ou porteiros que vigiam o espaço exterior em torno do clube, como o parque de estacionamento, para impor o cumprimento;
- segurança à entrada para verificar os clientes à medida que entram;
- identificação de pessoas sob o efeito de drogas ou do álcool;
- políticas escritas que limitam o acesso ao clube.

As estratégias para o ambiente interior — terceiro componente — também se referem a características de segurança e proteção. Este aspeto da intervenção acompanha muito de perto as intervenções preventivas do consumo de álcool. A formação sobre o serviço responsável de bebidas alcoólicas (SRBA) visa proporcionar aos empregados do bar uma gama de competências para ajudar a reduzir os efeitos nocivos do álcool, incluindo:

- verificar a identificação para garantir o cumprimento das limitações relativas à idade para consumo de álcool e de outros regulamentos;
- promover práticas de serviço que reduzam a probabilidade de consumo excessivo;
- identificar e reagir a sinais precoces de consumo excessivo nos clientes (por exemplo, consumo rápido);
- identificar os clientes embriagados e recusar servir-lhes mais bebidas;
- intervir para evitar que clientes embriagados conduzam.

As outras ações necessárias incluem as seguintes:

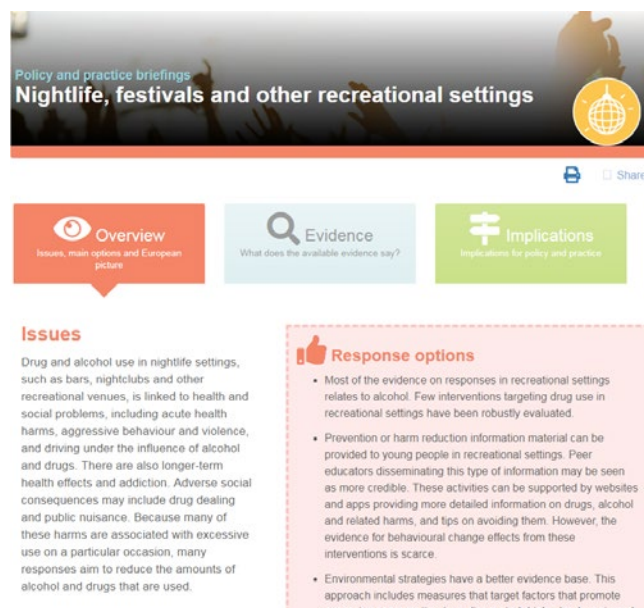
- Políticas escritas do clube. Os clubes devem ser promovidos como um ambiente divertido e seguro, estabelecendo simultaneamente uma política de tolerância zero relativamente ao consumo e à venda de substâncias ilícitas. Esta abordagem deve ser expressa através de políticas internas por escrito que sustentem as ações dos membros do pessoal quando detetam problemas e intervêm.
- Controlo do espaço físico interior. Devem evitar-se zonas de estrangulamento e ocultas, bem como o excesso de calor. A melhoria das condições físicas reforça as condições de saúde dos clientes e do pessoal.
- Ação da administração e do pessoal. Tanto o pessoal como a administração devem ser capazes de empreender ações de apoio às políticas do clube. Tal inclui a formação do pessoal em matéria de reconhecimento de drogas e estratégias de intervenção adequadas, tais como abordagens ambientais externas, e tanto os porteiros como o pessoal que trabalha no interior devem receber esta formação.

O Club Health desenvolveu um conjunto de normas para estabelecimentos com licença de venda de bebidas alcoólicas, gestores e promotores, mas estas também funcionam como um guia de referência para as agências responsáveis pelo licenciamento e pelo policiamento dos ambientes recreativos noturnos. Identificam as principais prioridades da economia noturna para pôr termo à comercialização e promoção irresponsável de bebidas alcoólicas, garantir a segurança dos consumidores e do pessoal e reduzir o incómodo causado às comunidades onde os clubes se inserem.

Apesar da base científica que sustenta a eficácia das intervenções ambientais (figura 27), subsistem obstáculos à sua aplicação; no entanto, existem também fatores que reforçam a atratividade das intervenções ambientais (quadro 14).

FIGURA 27

## Ambientes recreativos noturnos, festivais e outros contextos recreativos



Fonte: Portal de boas práticas, EMCDDA

QUADRO 14

## Obstáculos e potenciadores da aplicação de estratégias de prevenção em ambientes recreativos noturnos

Obstáculos	Potenciadores
O setor e os interesses económicos militam contra as políticas de prevenção — por exemplo, produtores de tabaco, indústria dos serviços, empresas farmacêuticas	Utilizar dados e investigações para construir a «argumentação a favor da prevenção»
Os defensores ignoram muitas vezes as intervenções baseadas em evidência científica, por exemplo, a tributação do tabaco foi recentemente considerada como «subutilizada» pela OMS	Utilizar intervenções baseadas em evidência científica e/ou adaptar modelos bem-sucedidos da prevenção do tabagismo ou do consumo de álcool para aplicá-los aos problemas de consumo de substâncias
A adoção de legislação e de novas políticas implica um saber-fazer político e a capacidade de ter defensores de causas do seu lado — extremamente difícil!	Reforçar o apoio à prevenção baseada em evidência científica: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ aumentando as crenças quanto à eficácia da estratégia proposta;</li> <li>■ documentando os danos e os custos para terceiros afetados pelo consumo de substâncias — por exemplo, tabagismo passivo</li> </ul>
O setor enquadra frequentemente a questão como uma preocupação de comportamento individual — se uma pessoa quiser beber, tem esse direito	Enquadrar a questão como um problema de saúde pública e com base na população, o que significa que o consumo de substâncias afeta mais do que apenas o consumidor de substâncias



## | Índice

- 127 | **Porquê utilizar os meios de comunicação social na prevenção do consumo de substâncias?**
- 128 | **Teorias sobre a forma como os meios de comunicação social afetam o público**
- 131 | **Evidência científica**
- 134 | **Como utilizar os meios de comunicação social no trabalho de prevenção**



## CAPÍTULO 8

# Prevenção baseada nos meios de comunicação social

A realização de uma campanha nos meios de comunicação social é muitas vezes a primeira ideia para fazer face a uma crise nova e difícil de consumo de substâncias. Tal acontece frequentemente porque as campanhas são consideradas soluções imediatas e, ao contrário dos esforços de prevenção nas escolas, na família ou no meio laboral, são normalmente muito visíveis e transmitem aos diferentes parceiros a mensagem de que «estão a ser tomadas medidas». No entanto, como aprendemos neste currículo europeu, os profissionais da prevenção sabem que a realização de campanhas eficazes pode ser complicada e difícil, pelo que é necessário dedicar tempo e atenção ao desenvolvimento de abordagens de prevenção.

Neste capítulo, analisaremos as conclusões da investigação que podem ser aplicadas ao planeamento de campanhas eficazes: características dos meios de comunicação social que podem apoiar a prevenção do consumo de substâncias; dados úteis derivados de estratégias eficazes sobre o que fazer e o que não fazer; teorias da investigação em matéria de comunicações que orientam o desenvolvimento de mensagens; e como aplicar alguns destes princípios à programação da prevenção. Por último, analisamos de forma mais aprofundada a literacia mediática, que proporciona aos profissionais da prevenção e aos grupos de destinatários as competências necessárias para aceder, analisar de forma crítica, avaliar e criar meios de comunicação social. Prestamos também alguns conselhos sobre a forma de colaborar com os meios de comunicação

social enquanto profissional da prevenção, uma vez que tal ajudá-lo-á a reforçar o apoio ao seu trabalho na comunidade e a promover a prevenção baseada em evidência científica junto de diferentes tipos de parceiros.

### Porquê utilizar os meios de comunicação social na prevenção do consumo de substâncias?

Os meios de comunicação social desempenham muitas funções. Podem ajudar a definir a agenda social e política — por exemplo, transmitindo a importância da prevenção baseada em evidência científica, a necessidade de investir em serviços de prevenção e advertências sobre a segurança e as ameaças à saúde pública. Podem também servir para coordenar os esforços de prevenção do consumo de substâncias realizados em vários contextos a nível micro e macro em toda a comunidade. Estes esforços com vários componentes podem ser mais poderosos do que intervenções preventivas com um único componente.

Os meios de comunicação de massas têm muitas características que os tornam atrativos para a prevenção.

- Economia e alcance: uma boa campanha mediática pode chegar a um público vasto com despesas relativamente reduzidas — o custo por pessoa alcançada numa campanha é frequentemente inferior ao das abordagens em contexto comunitário ou escolar.
- Capacidade para direcionar: uma campanha pode ser programada e difundida de modo a que o grupo que mais necessita do material de prevenção (por exemplo, jovens adolescentes, estudantes universitários, clientes de ambientes recreativos noturnos) possa ser alcançado de forma mais eficaz.
- Resposta rápida: pode ser criada rapidamente uma mensagem de prevenção para responder a uma necessidade emergente — por exemplo, uma nova droga que está a causar danos na comunidade.
- Entretenimento: se a comunicação for realizada corretamente, os meios de comunicação social podem proporcionar entretenimento ao mesmo tempo que transmitem a mensagem de prevenção principal.
- Influenciar os líderes de opinião: os meios de comunicação social podem também contribuir para o debate político e público e ajudar a educar e influenciar os líderes de opinião quanto às respostas mais adequadas e eficazes para o consumo de substâncias.
- Influenciar a agenda de prevenção: os meios de comunicação social podem também ajudar a enquadrar positivamente as questões relacionadas com as substâncias para moldar indiretamente as atitudes individuais e comunitárias. Tal poderá servir para incentivar o apoio comunitário ao investimento na prevenção baseada em evidência científica. Os meios de comunicação social podem ajudar a reduzir as atitudes negativas em relação aos consumidores de substâncias, para que estes sejam considerados merecedores de ajuda e apoio tanto quanto quaisquer outros grupos em risco. Tal terá igualmente como efeito incentivar os consumidores de substâncias a participar em serviços de prevenção ou tratamento e incentivar os profissionais a entrar no domínio da prevenção.
- Papel de coordenação: os meios de comunicação social são mais eficazes quando combinados com outras abordagens orientadas para a prevenção, como as abordagens já aprendidas neste currículo europeu, e utilizados para coordenar diferentes grupos (por exemplo, escolas, empregadores, dirigentes) no âmbito de uma estratégia de campanha coordenada. É desta forma que as campanhas de prevenção baseadas nos meios de comunicação social podem ter o máximo impacto.
- Boa relação custo-eficácia: a utilização dos meios de comunicação social nas campanhas de prevenção do consumo de substâncias não tem de ser extremamente dispendiosa. Por vezes, quando apresentados no âmbito de uma estratégia global, cartazes simples expostos em locais públicos podem dar início a diálogos úteis centrados na prevenção e contribuir para o esforço de prevenção do consumo de substâncias.

## Teorias sobre a forma como os meios de comunicação social afetam o público

As campanhas e outras intervenções bem-sucedidas na escola, por exemplo, dependem das teorias que orientam as atitudes, as intenções e os comportamentos individuais, nomeadamente o consumo de substâncias. Estas teorias abrem caminho a intervenções com mensagens persuasivas que podem servir para reforçar o não consumo, desencorajar a continuação do consumo por parte daqueles que já o iniciaram ou incentivar e orientar os consumidores para serviços de tratamento.

A TCP (Fishbein, 2011) e outras teorias apresentadas na literatura sobre comunicação e persuasão sugerem que todas as atitudes são aprendidas. Por conseguinte, para mudar uma atitude, o promotor da campanha deve fornecer informações que substituam os conhecimentos em que assenta a atitude

antiga. Esta «teoria da aprendizagem da mensagem» especifica os fatores que devem estar presentes para que a comunicação possa persuadir e a forma como estes fatores trabalham em conjunto para gerar uma mudança de atitude.

A teoria da persuasão por aprendizagem da mensagem de Carl Hovland, à semelhança da TCP, contribuiu grandemente para a compreensão do desenvolvimento da mensagem. Sendo uma das teorias que afirmam que as pessoas aprendem as suas atitudes — não nascem com elas —, sugere que, para mudar as atitudes das pessoas, estas têm de aprender uma crença alternativa que tomará o lugar da que está a ser alterada (Hovland e Weiss, 1951; Hovland et al., 1953).

O princípio do reforço é simples e tem sido uma característica importante da psicologia quase desde o seu início. A teoria do reforço sugere que, se um objeto neutro for associado a um estado de espírito, sentimento ou resultado agradável, os sentimentos da pessoa em relação a esse objeto neutro tornar-se-ão uma forma de reforçar o seu comportamento. Ou seja, o objeto anteriormente neutro tornar-se-á uma fonte de prazer para a pessoa, mesmo na ausência do reforço.

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas, na maioria dos casos, o «público» pode estar familiarizado com o «produto». Conhece a substância e seria natural que o modelo de reforço previsse insucesso neste caso. No entanto, antes de aceitarmos esta interpretação, temos de analisá-la de forma mais aprofundada. Frequentemente, em públicos jovens, o consumo de substâncias está associado a um resultado (popularidade) ou grupo (os líderes ou os membros mais populares da turma) altamente desejável. Se os líderes consumirem uma substância e forem avaliados positivamente, é provável que a substância «absorva» algum deste sentimento positivo. Será estabelecida uma associação entre os líderes e o produto (neste caso, uma substância como a canábica, a cocaína ou o álcool).

A aplicação da teoria à prática é, muitas vezes, complexa. No entanto, os profissionais da prevenção têm a responsabilidade de utilizar práticas baseadas em evidência científica no seu trabalho de prevenção nas comunidades, que podem incluir intervenções nos meios de comunicação social. A maior parte das intervenções nos meios de comunicação social baseadas em evidência científica implicam a aplicação da teoria da persuasão e seguem uma série de orientações e componentes que se revelaram importantes em investigações empíricas anteriores sobre a persuasão.

A «fórmula» clássica da persuasão (Lasswell, 1949) enumera todos os componentes a ter em conta ao criar uma comunicação persuasiva ou ao avaliar a sua qualidade.

- «QUEM» refere-se à fonte da comunicação (ou seja, quem emite a mensagem persuasiva). Existem características fundamentais da fonte da mensagem que reforçam o seu caráter persuasivo — principalmente a credibilidade da fonte, que consiste, no mínimo, em conhecimentos especializados e fiabilidade. Os conhecimentos especializados da fonte têm que ver com a perceção de que o comunicador possui informações válidas e é capaz de fazer afirmações válidas.
- «O QUÊ» refere-se ao conteúdo da comunicação, incluindo a utilização de palavras e imagens específicas para transmitir a mensagem. A qualidade da informação é importante. Baseia-se em evidência científica? É pertinente para a questão em apreço (ou seja, o consumo de substâncias) e é pertinente para o destinatário específico da mensagem? Além disso, a linguagem é compreensível para o público-alvo?
- «A QUEM» refere-se ao público. Os promotores têm de estar cientes das variações nos públicos e dos segmentos do público que se revestem de especial interesse. É evidente que, em alguns casos, os promotores pretendem dirigir-se a todos os que estão expostos à mensagem; noutras ocasiões, o alvo é constituído por subgrupos específicos do público

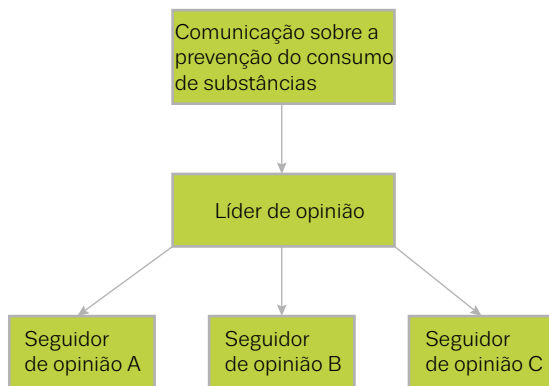
mais vasto, como os jovens adolescentes, as mulheres grávidas ou os idosos.

- «COMO» diz respeito ao envio de mensagens, ao contexto e às variações subtis no conteúdo das mensagens utilizadas para abordar o público ou públicos e ao meio específico através do qual a mensagem será transmitida. Por meio, entende-se a forma como a mensagem é transmitida ao público. Embora alguns públicos possam interagir melhor com plataformas em linha, como as redes sociais (por exemplo, sítios de redes sociais, como o Facebook, meios de comunicação por vídeo em linha, como o YouTube), outros podem não o fazer, sendo adequados, nesses casos, os meios de comunicação social mais tradicionais, como a rádio, a televisão, os jornais, os cartazes e os painéis publicitários.
- «EFEITO» refere-se à forma de medir o sucesso ou o insucesso das mensagens de prevenção do consumo de substâncias. Sem uma boa estimativa do efeito, não haverá uma ideia clara do sucesso ou insucesso destes esforços de persuasão.

O modelo de fluxo de comunicação em duas fases sugere as formas como os meios de comunicação social exercem

FIGURA 28

**Modelo de fluxo de comunicação em duas fases**



influência (figura 28). Este modelo especifica o modo de funcionamento dos meios de comunicação social e também a forma como os efeitos mediáticos devem ser avaliados. No caso do consumo de substâncias pelos adolescentes, o modelo sugere que os pais podem ser transmissores eficazes de informações de prevenção do consumo de substâncias com origem nos meios de comunicação social. Por outras palavras, os meios de comunicação social funcionam através dos pais, que interpretam e transmitem as informações aos seus filhos.

Muitas vezes, as pessoas podem ter expectativas irrealistas quanto ao que a prevenção do consumo de substâncias baseada nos meios de comunicação social pode alcançar. É importante compreender o que os meios de comunicação social podem ou não fazer para prevenir o consumo de substâncias. O modelo de fluxo em duas fases ajuda a proporcionar essa compreensão.

A teoria desenvolvida por Paul Lazarsfeld e colaboradores (1944) sugere que os meios de comunicação de massas não são particularmente eficazes na persuasão das pessoas, sendo a comunicação presencial e interpessoal muito mais eficaz. Assim, como funciona a persuasão pelos meios de comunicação social? Estes persuadem líderes de opinião individuais, as pessoas que os outros ouvem. Estes líderes de opinião, por sua vez, transmitem a mensagem dos meios de comunicação social a quem lhes dá atenção. A investigação sugere que a comunicação presencial pode muitas vezes ser mais eficaz do que os meios de comunicação de massas tradicionais (televisão, rádio), especialmente no caso dos adolescentes.

Os pais (ou pares) podem ser os líderes de opinião ideais para os seus filhos. No entanto, é aconselhável que tenham algum conhecimento sobre as substâncias e o consumo de substâncias e que tenham confiança suficiente para iniciar uma conversa com os seus filhos sobre estes temas. Os meios de comunicação social devem, por conseguinte, motivar e informar os pais para que transmitam a informação aos seus filhos.

Trata-se de um contexto ideal para a persuasão, partindo do princípio de que as mensagens mediáticas são claras e informativas e que também motivam o progenitor a assumir esta tarefa difícil.

Existem provas consideráveis de que os pais podem ser colaboradores ideais nos nossos esforços de prevenção do consumo de substâncias. Poderá pensar-se que os adolescentes se afastam dos pais e confiam nos seus pares; no entanto, a influência parental mantém-se durante uma parte significativa do início da vida adulta (Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

## Evidência científica

Quais é a evidência científica disponível que sustenta as campanhas nos meios de comunicação social? Os criadores dos Standards Internacionais do UNODC encontraram várias análises da literatura de investigação sobre a eficácia das campanhas nos meios de comunicação social. As conclusões mais fortes resultaram dos estudos que analisaram o consumo de tabaco; no entanto, não se verificaram resultados semelhantes para o álcool ou outras substâncias.

As razões para esta falta de evidência científica baseiam-se principalmente na dificuldade em realizar avaliações rigorosas das campanhas nos meios de comunicação social. Um facto importante a ter em conta é que a investigação sobre a questão da persuasão e a forma como esta se relaciona com a influência de vários tipos de comportamentos tem vindo a ser realizada nos últimos 50 anos. Existem conhecimentos empíricos sobre as melhores formas de persuadir e de construir mensagens persuasivas que possam ter um impacto eficaz nas atitudes e nos comportamentos.

Infelizmente, muitas campanhas nos meios de comunicação social não utilizam esta informação sobre métodos de

persuasão eficazes. Em vez disso, baseiam-se em ideias que intuitivamente podem parecer boas, mas que não assentam em qualquer teoria ou dado concreto.

Os Standards Internacionais fornecem a lista de características das campanhas com resultados positivos seguidamente apresentada.

- Identificam com precisão o grupo-alvo da campanha. A investigação em matéria de comunicação concluiu que «o tamanho único não serve a todos».
- As campanhas assentam numa base teórica sólida.
- As mensagens são concebidas com base numa investigação formativa sólida. Isto significa que as mensagens, os materiais e as plataformas de comunicação social são testados antes do lançamento da campanha.
- Se possível, as campanhas mediáticas articulam-se com outras intervenções preventivas do consumo de substâncias em curso em casa, na escola e na sociedade. Os esforços de prevenção multicomponentes podem ser mais eficazes.
- A exposição adequada do grupo-alvo é conseguida por um período de tempo adequado.
- As campanhas mediáticas bem-sucedidas são avaliadas sistematicamente.
- As campanhas de prevenção dirigidas às crianças visam os pais.
- As campanhas procuram alterar as normas culturais sobre o consumo de substâncias e/ou educar o público sobre as consequências do consumo de substâncias e/ou sugerir estratégias para resistir ao consumo de substâncias.

Há também investigação e evidências sobre os motivos pelos quais certas campanhas mediáticas falham.

- As campanhas não se centram nos determinantes mais importantes do comportamento. Transmitir às pessoas que «basta dizer não» ou tentar assustá-las não produz bons resultados. Embora o consumo de substâncias seja um comportamento de risco e todos os consumidores enfrentem

alguma possibilidade de danos, as consequências extremas, como a morte, a deficiência e a *overdose*, são ainda muito raras. Assim, se os membros do público conhecerem pessoas que consumiram uma substância psicoativa sem terem tido os efeitos graves apresentados nas campanhas dos meios de comunicação social, perde-se a credibilidade da campanha e a próxima tentativa de persuasão é menos suscetível de ter êxito.

- As campanhas são consideradas «exageradas». A maioria dos jovens não acredita em imagens horríveis de pessoas com graves perturbações por consumo de substâncias, uma vez que estas consequências são raras. Estas apresentações revelam-se geralmente demasiado extremas e a sua apresentação pode ser mais prejudicial do que útil. De um modo geral, essas mensagens centram-se nos aspetos negativos, sem dar qualquer conselho sobre a forma como a pessoa se deve comportar para evitar as consequências ameaçadas. Desta forma, os públicos-alvo podem ignorar conselhos subsequentes mais úteis e pertinentes. A tentativa de assustar as pessoas deve ser tratada com grande cuidado.
- As conclusões da investigação em matéria de comunicação dizem-nos que, perante mensagens que causam um medo excessivo, os grupos-alvo centram-se na resposta aos seus sentimentos de medo e não no comportamento para o qual estão a ser alertados. Por conseguinte, os destinatários podem ignorar a mensagem e adotar o comportamento sobre o qual estão a ser avisados, para provarem a si próprios (e ao comunicador) que têm «controlo» sobre o comportamento e que não sofrerão danos. Não deixa de ser útil tentar aumentar os sentimentos de medo e de suscetibilidade aos danos em grupos-alvo, mas apenas a ponto de os motivar a mudar o seu comportamento ou a procurar mais apoio. A investigação diz-nos que as campanhas de mensagens bem-sucedidas incluem o «envio de mensagens de eficácia», que fornecem informações práticas e pertinentes que ajudam a melhorar a autoeficácia (a crença de que é possível realizar uma ação recomendada) e a eficácia da resposta (a crença de que uma ação recomendada terá o resultado desejado).

Quando as estratégias de campanha ineficazes acima descritas têm alguma influência, esta consiste geralmente num efeito a curto prazo em membros do público que já estavam determinados a não consumir substâncias. No entanto, mesmo estas pessoas podem reagir às mensagens de forma contrária à prevista, pelo que, nesse caso, não fazer uma campanha seria melhor do que «fazer algo» (Barden e Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green e Witte, 2006). É este contexto que torna a conceção de campanhas e mensagens tão importante nas campanhas de prevenção nos meios de comunicação social e torna fundamental testar previamente todas as mensagens com representantes do grupo-alvo mais vasto, a fim de aumentar a confiança de que terão o efeito pretendido.

A ascensão das redes sociais e dos serviços de televisão e cinema a pedido alterou a forma como as pessoas consomem os meios de comunicação social. O público já não é parte passiva numa relação de visualização unidirecional e a responsabilidade e as dimensões éticas da escolha do que é visualizado e dos meios de visualização são transferidas para o cidadão e consumidor individuais, com base na literacia mediática (O'Neill, 2008, p. 13). Bergsma e Carney (2008) acrescentam que a educação para a literacia mediática surgiu nos últimos 20 anos como uma alternativa promissora à censura (por exemplo, regulamentação da programação «não saudável») ou a outros métodos de limitação da utilização dos meios de comunicação social (p. 523). No âmbito do debate sobre a influência dos meios de comunicação social nas atitudes e nos comportamentos, quase todas as fontes parecem concordar com a necessidade de literacia mediática ou educação mediática. As únicas diferenças de opinião significativas residem na forma e no conteúdo da educação mediática.

Bergsma e Carney (2008) definem a literacia mediática como a capacidade de aceder, analisar, avaliar e criar meios de comunicação sob diversas formas (p. 523). Nos EUA, a National Association for Media Literacy Education (NAMLE, 2010) estabelece alguns princípios fundamentais da educação para a literacia mediática.

- A educação para a literacia mediática exige uma indagação ativa e um pensamento crítico em relação às mensagens que recebemos e criamos.
- A educação para a literacia mediática amplia o conceito de literacia (ou seja, leitura e escrita) a fim de incluir todas as formas de comunicação social.
- A educação para a literacia mediática constrói e reforça as competências dos aprendentes de todas as idades. À semelhança da literacia impressa, essas competências exigem uma prática integrada, interativa e repetida.
- A educação para a literacia mediática desenvolve participantes informados, refletidos e empenhados, essenciais para uma sociedade democrática.
- A educação para a literacia mediática reconhece que os meios de comunicação social fazem parte da cultura e funcionam como agentes de socialização.
- A educação para a literacia mediática afirma que as pessoas utilizam as suas competências, crenças e experiências individuais para construir os seus próprios significados a partir de mensagens mediáticas.

Foram formuladas boas práticas no que diz respeito ao conteúdo, aos conceitos e às competências ensinadas. Nos EUA, a NAMLE disponibilizou alguns conceitos e competências úteis para o desenvolvimento da intervenção e educação no domínio da literacia mediática, que são igualmente importantes para a Europa e outras zonas geográficas.

- Todas as mensagens mediáticas são «construídas». As intervenções ensinam o público-alvo sobre a forma como os meios de comunicação social diferem da realidade, avaliando o que é mostrado em comparação com as experiências reais ou avaliando o contexto do produtor/da produção de mensagens mediáticas.
- As mensagens mediáticas são criadas utilizando uma linguagem criativa que tem as suas próprias regras. As intervenções ensinam o público-alvo a reconhecer técnicas

de publicidade/produção ou a criar/produzir mensagens mediáticas.

- Pessoas diferentes veem a mesma mensagem de forma diferente. As intervenções exploraram a forma como os meios de comunicação social afetam as pessoas, o que as pessoas podem fazer para evitar os efeitos negativos dos meios de comunicação social e/ou a forma como as pessoas podem tomar medidas para mudar os meios de comunicação social.
- Os meios de comunicação social incorporam valores e pontos de vista. As intervenções ensinam o público-alvo a identificar estereótipos, mitos, preconceitos, valores, estilos de vida e/ou pontos de vista representados ou omitidos nas mensagens dos meios de comunicação social.
- A maioria das mensagens mediáticas é construída com vista a obter lucro e/ou poder. As intervenções ensinam o público-alvo sobre a finalidade da publicidade ou das estratégias de marketing e incentivam o ceticismo em relação à publicidade ou à criação de contra-publicidade.

Tal como verificámos noutras abordagens de prevenção analisadas neste currículo europeu, a educação para a literacia mediática é pertinente para todos os grupos etários e em diferentes contextos de implementação. Por exemplo, os jovens podem frequentemente ter mais conhecimento das tecnologias dos meios de comunicação social em linha do que as gerações mais velhas, mas podem não ter desenvolvido competências de literacia mediática para os ajudar a navegar, avaliar e compreender a representação das substâncias com que se deparam. Do mesmo modo, as gerações mais velhas podem dar contributos importantes para ajudar os jovens a manterem-se seguros em linha mas sentir-se excluídas das tecnologias e plataformas orientadas para os jovens. Ajudar a desenvolver ligações digitais entre gerações pode ser uma forma de partilhar esses conhecimentos especializados.

## Como utilizar os meios de comunicação social no trabalho de prevenção

Quando utilizamos os meios de comunicação social no nosso trabalho de prevenção, temos de ter em mente alguns princípios essenciais. Estes princípios estão presentes, por exemplo, nas orientações sobre os meios de comunicação social no âmbito de ambientes recreativos noturnos para os profissionais de saúde pública, publicadas pela rede Club Health <sup>(38)</sup>. Estas orientações descrevem questões importantes a ter em conta no contexto da participação nos meios de comunicação de massas e dão conselhos sobre formas de visar os clientes de ambientes recreativos noturnos. As orientações também fornecem exemplos e referências interessantes para ajudar a explorar melhor a forma de utilizar os meios de comunicação social na prevenção, podendo ser uma fonte de inspiração para a interação com os meios de comunicação social em geral.

No âmbito da interação com os meios de comunicação de massas, o Club Health tem uma série de sugestões para profissionais da prevenção.

- Estabelecer prioridades claras entre os seus objetivos, fazendo uma distinção entre ações mediáticas no local e o debate público e a publicidade em geral.
- Prever, ou mesmo incluir, outros pontos de vista nas comunicações. Estas perspetivas são, no mínimo, igualmente importantes para a definição ou rejeição de uma medida política.
- Reconhecer que as considerações de segurança e jurídicas em ambientes recreativos noturnos são importantes, mas que deve ser sempre apresentada e promovida uma perspetiva de saúde pública.

- Fazer um bom comunicado de imprensa que possa ser resumido facilmente:
  - Redija um comunicado de imprensa que seja breve (uma página) e direto e que contenha uma mensagem-chave. Se necessário, publique mais do que um comunicado de imprensa.
  - Mantenha o comunicado de imprensa simples — não recorra excessivamente a adjetivos, jargão ou termos técnicos especializados. Mantenha um esquema simples.
  - Responda a pelo menos três das cinco perguntas clássicas (quem, o quê, quando, onde e porquê) no título.
  - Se possível, utilize citações e estatísticas.
  - Forneça informações essenciais sobre a organização emissora e inclua os respetivos contactos.
  - Inclua hiperligações para ferramentas e recursos suplementares.
  - Mantenha disponível uma descrição geral dos seus conhecimentos especializados e eventualmente uma breve biografia.
  - Promova o comunicado em linha e faça a sua monitorização. Os meios de comunicação social tradicionais recolhem cada vez mais histórias em linha e distribuem-nas em maior escala.
- Nomear um porta-voz da instituição, credível aos olhos dos jovens clientes dos ambientes recreativos noturnos, acessível aos intervenientes locais e nacionais dos meios de comunicação social.
- Manter os textos distribuídos pela Internet curtos e compreensíveis.
- Acompanhar as tendências dos ambientes recreativos noturnos, de modo a que as suas mensagens sejam atuais e não pareçam desatualizadas.
- Ter em atenção que os jornalistas à procura de uma história podem sensacionalizar qualquer informação que publique, o que poderá afetar negativamente os parceiros de ambientes recreativos noturnos.

<sup>(38)</sup> [http://newip.safenightlife.org/pdfs/digital\\_library/Media\\_influence\\_guidelines.pdf](http://newip.safenightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf). Para mais informações, consultar o sítio Web do Club Health: [www.club-health.eu](http://www.club-health.eu)



- Respeitar a integridade jornalística mas, se possível, perguntar se pode rever qualquer artigo que resulte da sua atividade de comunicação social antes da publicação. Deverá certificar-se de que não foi citado incorretamente ou de que as suas palavras ou comunicado de imprensa não foram retirados do respetivo contexto.

Tendo em conta este aconselhamento, poderá influenciar eficazmente o debate público e/ou a opinião pública sobre a prevenção ou o consumo de substâncias. Neste caso, pode ainda conseguir um vasto alcance sem lançar uma grande campanha mediática de prevenção do consumo de substâncias.

# 9

## | Índice

137 | **Definições**

139 | **Programas baseados em evidência científica**

142 | **Constituição de uma equipa comunitária eficaz**

## CAPÍTULO 9

# Prevenção baseada na comunidade

Para chegarem ao público geral e terem impacto na saúde pública, as intervenções devem ser executadas com uma parte significativa da população e devem também visar as pessoas que se encontram nas subpopulações difíceis de alcançar e, muitas vezes, vulneráveis. Este tipo de abordagem justifica a implementação de várias intervenções preventivas.

No entanto, quer se trate de uma intervenção de prevenção ou de várias, é necessário criar um sistema ou uma infraestrutura de implementação para obter o apoio da população e manter o esforço de prevenção e a qualidade da implementação ao longo do tempo, a fim de otimizar o impacto na população total.

Para ter impacto é também necessário que os principais parceiros, com interesses na comunidade, valorizem abordagens baseadas em evidência científica. Aumentar a probabilidade de as intervenções preventivas baseadas em evidência científica poderem beneficiar o público a que se destinam é um dos elementos fundamentais para a eficácia dos sistemas de implementação comunitários. A outra razão reside no facto de permitirem o estabelecimento de uma prevenção múltipla, abrangente e integrada e até mesmo de serviços de tratamento precoce que estão disponíveis para uma série de populações, grupos vulneráveis e pessoas.

O presente capítulo define conceitos básicos fundamentais para compreender como criar sistemas de prevenção com intervenções e políticas baseadas em evidência científica que envolvam vários intervenientes, parceiros e recursos disponíveis.

As intervenções baseadas em evidência científica, como os projetos Estocolmo contra a droga (STAD), Northland, Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience (PROSPER) e CTC, são apresentadas a título de exemplo.

### Definições

Neste currículo europeu, consideramos a «comunidade» como um local onde podem ser desenvolvidos e executados sistemas de prevenção eficazes. A maioria dos profissionais da prevenção trabalha a vários níveis da comunidade. Estes podem incluir a sociedade em geral, que engloba o ambiente a nível macro — por exemplo, intervenções regionais seletivas destinadas a pessoas com percursos migratórios — bem como muitos contextos a nível micro, como as organizações de jovens e os clubes desportivos.

Small e Supple (1998) estabelecem uma distinção entre bairro e comunidade. Consideram que um bairro é um local físico, muitas vezes definido por limites socialmente partilhados. Estes limites podem estar relacionados com o estatuto socioeconómico ou a proximidade física. A comunidade, por outro lado, é definida não tanto por limites físicos, mas por um sentimento de ligação, identidade e confiança.

As iniciativas multicomponentes combinam várias intervenções e políticas baseadas em evidência científica para produzir

impacto nas populações ao nível de toda a comunidade (figura 29). Alguns dos componentes podem incluir intervenções e políticas de prevenção executadas na escola e em ambientes recreativos noturnos, bem como as que respondem às necessidades dos pais e das famílias. Podem também incluir os meios de comunicação social, que podem ser utilizados para fornecer eficazmente comunicações de prevenção, quer sob a forma de mensagens de prevenção, quer para reforçar a implementação da prevenção numa comunidade. O mais importante neste contexto é que nos devemos centrar nas intervenções e políticas que demonstraram ser eficazes. Quando combinadas para dar resposta a várias populações em diversos contextos, constituem um poderoso instrumento de prevenção.

Tal como indicado pela nossa abordagem, quando os profissionais da prevenção planeiam intervenções, têm de considerar a

FIGURA 29  
Iniciativas multicomponentes para uma comunidade



possibilidade de abordar as pessoas em todos os seus ambientes a nível micro e macro. Na maioria das situações, apenas uma ou duas intervenções ou políticas de prevenção são executadas a nível micro ou macro. A força destas diversas intervenções e políticas, que abordam influências relacionadas com a família, a escola, o meio laboral e a sociedade, poderá influenciar significativamente o número de adolescentes e adultos que iniciariam o consumo de substâncias ou adotariam outros comportamentos nocivos para a sua saúde social e física. Em geral, as intervenções ou estratégias que abordam vários domínios (pessoas e pares, família, escola e comunidade) em matéria de fatores de risco e de proteção são mais suscetíveis de ser eficazes.

Por exemplo, o programa Unplugged, uma intervenção de prevenção do consumo de substâncias em contexto escolar, foi concebido para reduzir o consumo de substâncias em adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos. É provável que tenha um impacto positivo se for realizado com fidelidade junto dos jovens numa altura da sua vida mais propícia ao início do consumo de substâncias. Esta intervenção baseada em evidência científica é realizada na escola, pelo que aborda duas influências a nível micro: a escola e os pares. Se for combinada com uma intervenção baseada em evidência científica oportuna e centrada na família, orientada para o mesmo grupo etário, como o EFFEKT, os resultados positivos poderão ser reforçados, uma vez que, em conjunto, os dois programas abordam uma gama mais vasta de influências a nível micro e de agentes de socialização (pares e familiares) em momentos adequados do desenvolvimento.

Ambos poderiam ser ainda mais reforçados através da utilização de alterações de políticas e estratégias ambientais conexas a nível comunitário (ver capítulo 7). Através da implementação simultânea destas intervenções, tanto a nível micro como a nível macro, uma equipa poderia reforçar os efeitos de cada uma nos resultados visados por ambas. Por exemplo, os efeitos de intervenções baseadas em evidência científica centradas na influência interpares poderiam ser reforçados através de

estratégias ambientais, como as políticas escolares ou as estratégias municipais locais, que aumentam as normas contra o consumo de substâncias ou alteram as crenças dos jovens e diminuem as suas intenções de consumir substâncias.

## Programas baseados em evidência científica

De acordo com várias avaliações realizadas nos EUA e em diferentes países europeus, as intervenções a seguir apresentadas revelam resultados promissores. Incluímos estes programas como inspiração para a sua própria procura de uma intervenção adequada ao seu contexto. Aqui, debatemos os projetos Northland, STAD, CTC e PROSPER.

O projeto Northland é um programa de prevenção universal para jovens entre os 12 e os 18 anos. Visa vários contextos e foi adaptado e avaliado na Croácia. Ao intervir a vários níveis, o projeto Northland procura ensinar aos alunos competências que os ajudem a encarar eficazmente a pressão social para consumir bebidas alcoólicas, ao mesmo tempo que altera diretamente o ambiente social dos jovens (ou seja, pares, pais, escola e comunidade). Os seus principais componentes de intervenção incluem os programas escolares, a liderança interpares, as atividades extracurriculares orientadas para os jovens, os programas de envolvimento dos pais e o ativismo comunitário. O projeto Northland foi classificado no Xchange como «suscetível de ser parcialmente benéfico», o que significa que, embora existam provas significativas de que é eficaz nos EUA, se aconselha alguma prudência, uma vez que é necessária mais investigação para demonstrar que também é eficaz em contextos europeus.

O programa STAD é uma abordagem multicomponentes baseada na comunidade para ambientes recreativos noturnos. Inicialmente executado e avaliado na Suécia, está agora a ser

adaptado para mais seis países europeus<sup>(39)</sup> com as suas diferentes condições de ambientes recreativos noturnos, tais como grandes festivais, muitas vezes no sul da Europa.

A versão original do programa STAD consiste em três ações-chave estratégicas, que são descritas a seguir.

- Mobilização comunitária: criação de um comité para aumentar a sensibilização e o conhecimento sobre os efeitos nocivos do álcool na comunidade. O comité é composto por parceiros importantes da comunidade, tais como a polícia local, a assembleia local, a comissão de licenciamento, os proprietários de estabelecimentos autorizados, as autoridades sanitárias e os sindicatos das instalações autorizadas e do respetivo pessoal. Este comité funciona como um grupo consultivo, reunindo-se regularmente para debater questões relacionadas com o álcool e procurando melhorar e desenvolver políticas.
- Formação em SRBA: implementação de programas de SRBA.
- Aplicação da lei: colaboração entre a comissão de licenciamento e a polícia local para se reunirem e debaterem métodos para melhor regular e fazer cumprir as leis estabelecidas e a formação em SRBA. No âmbito do projeto STAD, uma comissão de licenciamento envia cartas aos estabelecimentos autorizados informando-os de eventuais ocorrências comunicadas (principalmente pelas autoridades policiais) de casos em que foram servidas bebidas alcoólicas em excesso aos clientes no seu estabelecimento.

Outra abordagem para a criação de sistemas de prevenção completos numa comunidade é o CTC, um programa de prevenção baseado na comunidade local, que se resume a seguir. Embora sejam aqui fornecidos alguns pormenores gerais, aconselhamo-lo a obter mais informações no sítio Web do programa CTC<sup>(40)</sup>, uma vez que a aplicação diferirá em função do contexto de cada sociedade, região e país.

<sup>(39)</sup> <http://stadineurope.eu/for-who/european-level/>

<sup>(40)</sup> <http://www.communitiesthatcare.net/>

O CTC é um quadro baseado em dados que utiliza dados de inquéritos e arquivos locais para ajudar as comunidades a identificar e a hierarquizar as necessidades com base em fatores de risco e de proteção. Depois de hierarquizadas as necessidades e de identificado o público-alvo, uma coligação comunitária criada para o efeito escolhe e executa intervenções baseadas em evidência científica que tenham demonstrado ser eficazes na resposta às suas necessidades específicas. O CTC ainda não está incluído no Xchange, mas o registo Blueprints classifica-o como «promissor», o que significa que deu boas provas de eficácia.

A iniciativa é constituída por cinco componentes essenciais (figura 30):

- arranque — realizar uma avaliação do grau de preparação da comunidade;
- organização — envolver os principais parceiros e formar uma coligação de parceiros comunitários para supervisionar as atividades do CTC;
- desenvolvimento de um perfil comunitário — utilizar dados epidemiológicos para identificar fatores de risco e de proteção;
- criação de um plano — utilizar dados para rever intervenções baseadas em evidência científica destinadas a reduzir os fatores de risco identificados pela comunidade, reforçar os fatores de proteção e selecionar a melhor opção a partir de um conjunto de intervenções eficazes para as pessoas, as suas famílias, as escolas e as comunidades;
- implementação de intervenções de elevada fidelidade e avaliação regular da implementação — utilizar dados para introduzir melhorias.

Os investigadores constataram que, quando as comunidades dos EUA cumpriam estas etapas, os seus esforços davam origem a mudanças positivas nos dados do comportamento dos jovens, incluindo reduções significativas no início do consumo de álcool e tabaco, delinquência e violência, e melhorias significativas nos fatores de proteção correspondentes para os jovens nas comunidades CTC em comparação com as comunidades de

FIGURA 30

*Communities That Care, Comunidades que cuidam*



controlo. No estudo inicial, estas reduções mantiveram-se durante quatro anos e a diferença significativa no início do comportamento delinvente persistiu até aos 19 anos de idade.

Este modelo sugere que, com uma forte formação e assistência técnica, as coligações CTC podem desenvolver e reforçar as capacidades de planeamento da ciência da prevenção, o que conduz à transformação do sistema.

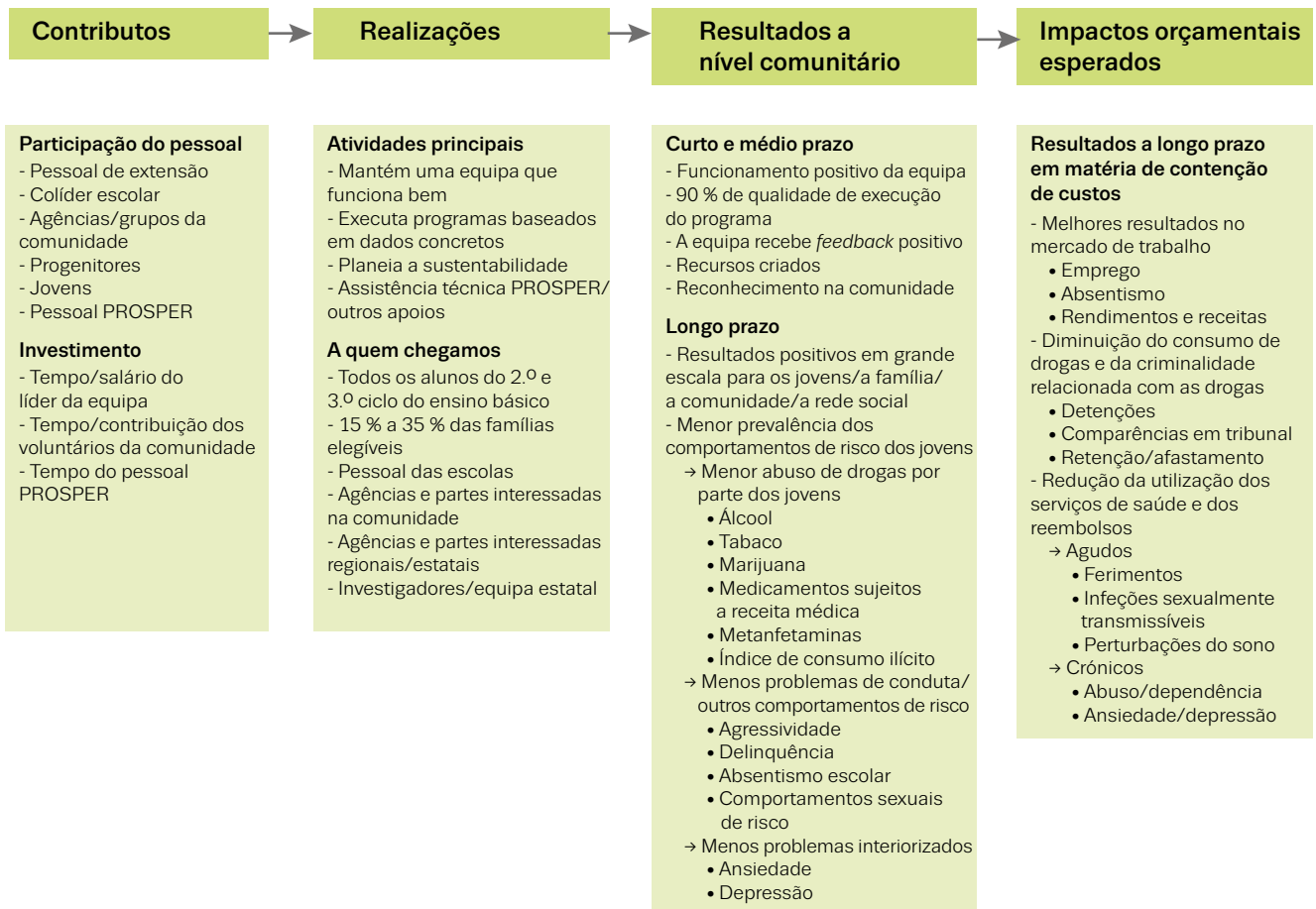
Normalmente, as comunidades demoram cerca de um ano a 18 meses a desenvolver o seu plano. Uma vez concluído o planeamento, as comunidades são capazes de executar programas e políticas de prevenção eficazes para dar resposta aos seus fatores de risco e de proteção prioritários. Daqui resulta uma redução mensurável dos fatores de risco e um aumento dos fatores de proteção num período de dois a quatro anos.

Por último, o PROSPER é outra intervenção de base comunitária que foi classificada como «promissora» pelo Blueprints. A principal tarefa da equipa de realização é a implementação sustentada e de elevada qualidade das intervenções familiares e escolares baseadas em evidência científica, selecionadas

a partir de um conjunto de programas que são aprovados pelos cientistas do PROSPER. Os cientistas contribuem com os seus conhecimentos especializados para limitar a seleção de intervenções baseadas em evidência científica para as comunidades e recomendam apenas os programas da mais elevada qualidade. Os cientistas também fazem uma revisão

permanente da literatura para garantir que a investigação subsequente continue a sustentar estes programas como sendo as melhores opções para as populações-alvo. O modelo lógico abaixo apresenta um exemplo da forma como o PROSPER pode ser planeado e concretizado e dos impactos que a comunidade pode esperar (figura 31).

FIGURA 31  
Modelo lógico do PROSPER



Foi concebido um modelo de sustentabilidade com oito estratégias para atingir as metas da equipa e cumprir os objetivos relacionados com as metas. Segue-se uma descrição geral das oito estratégias.

- Geração de recursos para os programas: o objetivo desta estratégia é gerar apoio financeiro, em dinheiro ou em suporte de voluntariado para manter os programas em contexto familiar e escolar e aumentar a oferta de programas com o passar do tempo.
- Posicionamento comunitário/escolar: esta estratégia garante que a equipa e os programas PROSPER são vistos positivamente na comunidade e que a escola e a comunidade no seu conjunto reconhecem a forma como a equipa contribui para a melhoria dos jovens e das famílias.
- Gestão/planeamento da qualidade do programa: esta estratégia inclui todas as etapas necessárias para acompanhar os programas de implementação da qualidade, incluindo assegurar observadores, calendarizar as observações, recolher dados, dar *feedback*, etc.
- Reforço das parcerias com escolas/outras organizações: esta estratégia inclui atividades de equipa que criam uma relação interdependente entre a equipa, a escola e os grupos comunitários, de modo a que as atividades e os programas do PROSPER sirvam para alcançar objetivos mutuamente benéficos.
- Planeamento estratégico da comunicação: esta estratégia centra-se no desenvolvimento de planos de comunicação que envolvam os meios de comunicação social e outros esforços de sensibilização para aumentar a visibilidade das atividades do PROSPER, o apoio financeiro aos programas e a participação no programa familiar.
- Planeamento do reconhecimento e recompensas: trata-se de uma estratégia importante para manter o interesse e o apoio às atividades e programas da equipa PROSPER. As recompensas e os reconhecimentos podem incluir membros da equipa, participantes no programa e apoiantes na escola e na comunidade.
- Estrutura, funções e participação da equipa de monitorização: para assegurar que a equipa continua a funcionar eficazmente e que os membros da equipa continuam entusiasmados com os esforços do PROSPER, os chefes de equipa e os coordenadores da prevenção ponderam formas de melhorar o funcionamento da equipa. Juntamente com a equipa, o chefe da equipa e o coordenador da prevenção desenvolvem um plano de melhoria contínua que aborda todas as estratégias do modelo de sustentabilidade, conforme adequado.
- Realização de reuniões regulares e eficazes: uma vez que o bom funcionamento da equipa é parte integrante da sustentabilidade dos programas, o PROSPER promove reuniões agendadas com regularidade. A eficácia destas reuniões é discutida no âmbito de um plano de melhoria contínua.

## Constituição de uma equipa comunitária eficaz

Este capítulo demonstrou a utilidade de recorrer às equipas comunitárias para apoiar os esforços de prevenção. Equipas comunitárias eficazes ajudam a garantir o seu êxito, reunindo muitas pessoas e as respetivas competências, experiências e redes pessoais e profissionais para se concentrarem nesses esforços. Equipas comunitárias eficazes também asseguram a sustentabilidade, uma vez que os esforços já não estão «dependentes de uma pessoa», mas têm o apoio de muitas.

O conceito de trabalho em equipa não é novo. No entanto, desenvolver uma equipa eficaz e garantir que os membros estão envolvidos e trabalham bem no seu conjunto não é tão fácil quanto parece. Existem vários fatores que podem impedir o êxito da equipa comunitária, nomeadamente a falta de objetivos/missão ou a falta de orientação, expectativas pouco claras, má liderança, reuniões irregulares com pouco ou nenhum retorno sobre o sucesso ou insucesso dos esforços da equipa, sub-



representação na equipa das populações servidas e conflitos entre os membros relacionados com agendas incompatíveis.

Para além dos obstáculos a nível local ou da equipa, os ambientes comunitários, as políticas e outros fatores criam obstáculos à eficácia dos esforços de programação de intervenções com base em evidência científica. Os grupos nacionais e internacionais e as organizações governamentais podem apoiar a utilização de intervenções baseadas em evidência científica, mas estas não são amplamente utilizadas. Algumas das razões pelas quais estas intervenções não foram utilizadas nas comunidades têm que ver com os desafios com que se deparam os decisores políticos e os ambientes dentro das próprias comunidades. As políticas e as decisões de financiamento podem ser limitadas no tempo (desencadeadas por um acontecimento trágico, como uma morte relacionada com a droga na comunidade que tenha sido muito mediatizada) e de curto prazo.

As equipas comunitárias bem intencionadas podem também ser postas em causa pela falta de infraestruturas ou de sistemas de apoio. As prioridades podem mudar antes de as intervenções estabilizarem ou os recursos podem ser de curto prazo ou inconstantes. Além disso, a manutenção da intervenção a longo prazo exige uma estratégia de angariação de fundos que inclua *marketing*, promoção e a criação de uma carteira diversificada de recursos (financeiros e não financeiros) que se mantenham de ano para ano. A maioria das intervenções baseadas em evidência científica não inclui este tipo de informação na sua formação e os responsáveis pela implementação podem não ter previamente este conjunto de competências.

As equipas eficazes podem atenuar ou superar esses obstáculos se abordarem componentes fundamentais como as funções, as responsabilidades e as qualidades dos chefes de equipa e dos membros, a estrutura da equipa e o trabalho da equipa a longo prazo.

Ao formar uma equipa, é importante pensar no grupo coletivamente. As principais organizações da comunidade devem estar representadas, especialmente se estes grupos tiverem acesso à maioria dos jovens e das famílias da comunidade que são potenciais participantes na intervenção. É igualmente útil encontrar pessoas que possam representar o público que a equipa procura alcançar, de modo a que as necessidades da comunidade sejam bem compreendidas. As equipas eficazes incluem membros com um conjunto diversificado de competências, conhecimentos e experiências, de modo a que todos possam e sejam necessários para contribuir para estes esforços. O grupo deve dispor de um conjunto de redes sociais e profissionais que assente numa base ampla e represente perspectivas diferentes na comunidade. Além disso, tendo em conta que este grupo é uma equipa de trabalho, uma equipa representativa da comunidade deve ser suficientemente pequena para que todos os membros possam participar ativamente.

As equipas eficazes têm papéis claramente identificados para os membros individuais que lhes permitam utilizar os seus pontos fortes e as suas competências pessoais.

## | Mobilização de recursos e aumento da capacidade

Os EDPQS ajudam a identificar os pontos fortes e os recursos na comunidade. Uma vez identificados, o estabelecimento de ligações locais com pessoas e grupos da comunidade levará algum tempo. Os tipos de ligações a estabelecer dependerão do objetivo do esforço de aproximação. A ligação destina-se a estabelecer uma relação com os planos dos prestadores existentes para reforçar os esforços de intervenção local ou recrutar participantes para o programa, ou poderá o objetivo ser aumentar a sensibilização local para a necessidade de intervenções baseadas em evidência científica? A intenção da ligação será construir uma parceria ou envolver pessoas com competências e talentos para realizar um esforço de angariação de fundos?

A intenção ou o objetivo da colaboração ajudarão a determinar o tipo de ligação a estabelecer. Não obstante, estas ligações devem ser consideradas positivas para manter a reputação favorável da equipa e dos seus esforços. Para estabelecer ligações locais positivas com pessoas e grupos, o esforço da equipa comunitária deve alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar «polos» comunitários. Os polos são os locais da comunidade onde as pessoas se reúnem naturalmente, como um centro comunitário ou os escritórios de uma organização de prevenção que se encontram num local acessível.
- Ser criativo nas formas de envolver as pessoas. Oferecer uma variedade de oportunidades de participação às pessoas. Estas oportunidades devem ser convenientes para a pessoa e ter em conta os seus interesses e competências.
- Apoiar as pessoas que são as «impulsionadoras» do trabalho comunitário. Em todas as comunidades, há pessoas que são líderes, reunindo os outros em torno de uma causa, e pessoas que são as «impulsionadoras».
- Oferecer oportunidades de trabalho a curto prazo ou específicas. Algumas pessoas não poderão ou não estarão dispostas a empenhar-se num esforço de prevenção a longo prazo. Estas pessoas podem ter a sua disponibilidade limitada, ter horários de trabalho incompatíveis e/ou compromissos pessoais. Em vez de abdicar desta grande reserva de recursos, é importante considerar que oportunidades podem existir para estas pessoas, contanto que sejam muito específicas, se centrem numa tarefa e possam ser concluídas dentro de um determinado prazo.

Quando os recursos são limitados, é importante ter em conta a forma como esses recursos podem ser utilizados mais eficaz e eficientemente. Em primeiro lugar, uma equipa comunitária pode associar o seu esforço a um esforço existente. Todas as entidades comunitárias, escolas, organizações governamentais e grupos cívicos têm planos que orientam o seu trabalho. Analise a forma como estes planos podem relacionar-se com o esforço da equipa comunitária e identifique oportunidades mutuamente benéficas para trabalharem em conjunto.

Em segundo lugar, podem surgir oportunidades específicas que reflitam preocupações ou problemas locais, como a expansão do turismo local, a reconversão da economia noturna ou a prevenção da criminalidade na comunidade. Estas questões, por vezes prementes, podem ser um veículo para motivar as pessoas e proporcionar oportunidades para mobilizar as competências e os recursos comunitários a fim de obter benefícios mais vastos.



10

## CAPÍTULO 10

# Advocacy da prevenção

Não é fácil nem simples influenciar a elaboração de políticas para dar prioridade à prevenção ou para ajudar as pessoas a apoiarem a implementação da sua intervenção. Na maior parte do tempo, é necessário muito trabalho prévio coordenado, a chamada «advocacy de causas». O Triangle Research Group (Silvestre et al., 2014), um consórcio de investigação sobre a política em matéria de álcool na Eslovénia, descreve a advocacy de causas como um processo político por parte de uma pessoa ou de um grupo, que visa influenciar as decisões de política pública e de afetação de recursos no âmbito dos sistemas e institutos políticos e sociais (p. 14). O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2014) identifica a advocacy de causas como uma estratégia fundamental para a promoção da saúde e para a saúde pública (p. 1).

Os esforços de advocacy de causas com base em evidência científica têm de fazer parte de qualquer intervenção. Embora os esforços sejam frequentemente dedicados a persuadir os órgãos de decisão a introduzir novas políticas, leis e regulamentos de promoção da saúde, é igualmente necessário continuar a apoiar essas ações após a sua aplicação. De um modo geral, pode ser apresentado um argumento que documente os danos causados pelo consumo de substâncias

(para a pessoa, terceiros e a sociedade) e que analise a forma como os programas e políticas de prevenção podem reduzir algumas destas consequências (quadro 15). Tais esforços podem contribuir para mudar as crenças, atitudes e normas sobre o consumo de substâncias e ajudar os decisores a compreender melhor as respostas eficazes.

O ECDC (2014) descreve a forma como a advocacy de causas ocorre simultaneamente a vários níveis (regional, local, nacional), ao passo que VeneKlasen e Miller (2002) acrescentam uma perspetiva multidimensional em que são utilizadas diferentes estratégias para alcançar os mesmos objetivos. As estratégias de advocacy de causas devem também prosseguir em colaboração com representantes dos grupos afetados, decisores políticos e outros parceiros (Peloza, 2014). As ações pertinentes podem ser diversas e incluir atividades como persuasão, marchas de protesto ou litígios (por exemplo, processos judiciais devidamente publicitados), mas também a educação pública e a utilização dos meios de comunicação social para influenciar a opinião pública (ver também o capítulo 8). Embora a advocacy de causas possa ser uma atividade autónoma, pode também fazer parte de uma intervenção de prevenção complexa (ECDC, 2014).

## QUADRO 15

## Como apresentar um argumento

## Como apresenta o argumento

1. Indicar o problema
2. Descrever o impacto no consumidor de substâncias
3. Descrever o impacto no resto do público ou nos não consumidores, em especial os jovens
4. Incluir intervenções e políticas baseadas em evidência científica que tenham demonstrado a sua eficácia

Para uma advocacy eficaz das políticas, Mercer e colaboradores (2010) sugerem o valor de:

- descrever claramente as relações entre problemas de saúde, intervenções e resultados;
- avaliar e sintetizar sistematicamente a evidência científica;
- utilizar um grupo credível e um processo rigoroso para avaliar a evidência científica;
- envolver os principais parceiros e parceiros na produção e divulgação da evidência científica e das recomendações;
- proceder a uma divulgação personalizada, orientada e convincente dos evidência científica e das recomendações;
- envolver vários parceiros no incentivo à adoção e adesão às recomendações políticas;
- abordar a questão da sustentabilidade.

No entanto, as conclusões de estudos sobre políticas sugerem que nem sempre existe uma relação clara entre a realização dos tipos de atividade descritos por Mercer e as alterações na política ou na definição de prioridades nos programas de prevenção. É importante ser realista quanto ao que pode ser alcançado apenas através da advocacy de causas e retirar ensinamentos das análises do processo de elaboração de políticas. Cairney (2016), por exemplo, descreve de que forma o processo de elaboração de políticas pode, muitas vezes, parecer irracional e complexo para quem está de fora. Ao tomarem decisões, os decisores políticos têm amiúde uma

visão diferente daquilo que constitui um dado pertinente e útil. Embora os profissionais da prevenção e os defensores da prevenção com base em evidência científica possam considerar os dados obtidos em ensaios de investigação rigorosos e sínteses de evidência científica como uma base racional para a tomada de decisões, os decisores políticos considerá-los juntamente com outras fontes de «evidência científica» e considerações, como o *feedback* de consultas públicas, a opinião e os valores públicos, os conselhos de colegas de confiança, os manifestos e compromissos políticos e as suas próprias histórias e experiências profissionais. Embora alguns decisores possam ter uma boa compreensão da prevenção e da necessidade de responder ao consumo de substâncias com base em evidência científica, é invulgar que as figuras mais altas tenham o mesmo nível de sensibilização, ou sequer de interesse, nestas matérias. As mais elevadas instâncias políticas de decisão também têm de agir por consenso, o que, muitas vezes, implica contrabalançar as exigências e expectativas de vários interesses concorrentes, em especial em domínios de atividade que podem ser controversos, como as respostas ao consumo de substâncias. Este consenso estende-se igualmente ao equilíbrio que tem de ser alcançado no seio dos órgãos de governo, onde pode haver concorrência por recursos limitados ou por destaque e poder nas estratégias nacionais.

A análise destes desafios não se destina a desencorajar as atividades de advocacy de causas, mas sim a salientar que, ao compreender as realidades do processo de tomada de decisão, é possível otimizar os resultados, identificar pontos-chave e reduzir a frustração de que os decisores «simplesmente não escutam». Por exemplo, Cairney sugere que, em vez de se limitarem a apresentar soluções para problemas sociais, como a implementação de programas de prevenção, os defensores de causas devem trabalhar no sentido de uma maior sensibilização para estes problemas e apresentar as razões pelas quais os decisores políticos lhes devem dar prioridade. Os defensores de causas também devem ser capazes de apresentar respostas prontas e baseadas em evidência científica a estes problemas

assim que captam a atenção, assegurando que tais respostas sejam específicas e viáveis do ponto de vista técnico e político. Depois de captada a atenção e quando os decisores políticos tiverem um motivo para agir, os defensores de causas têm de agir rapidamente, uma vez que as «janelas de oportunidade» num ambiente político favorável são frequentemente raras e breves. Por exemplo, se a administração local estiver motivada para agir devido a uma morte relacionada com as substâncias que tenha tido grande visibilidade, os defensores da prevenção devem também estar preparados para agir rapidamente no sentido de promover a utilização de programas baseados em evidência científica como parte de uma estratégia a longo prazo, antes de terminar a janela de oportunidade ou antes de ser dada prioridade a outras abordagens não baseadas em evidência científica. Os críticos das políticas centram frequentemente a sua atenção nas insuficiências das novas propostas, especialmente se as sugestões perturbarem o *statu quo*, pelo que os defensores devem já ter procedido a uma autoanálise crítica para antever os problemas que poderão surgir.

As abordagens de advocacy de causas bem-sucedidas tendem a conjugar dados científicos pertinentes com apelos emocionais que dão um «rostro humano» a uma história e exploram de forma inteligente as oportunidades emergentes, enquadrando as respostas sugeridas de modo a serem coerentes com as crenças políticas e pessoais dos decisores e com o que já se sabe sobre as suas preocupações. É pouco provável que seja bem-sucedido se bombardear os parceiros com dados científicos e esperar que isso mude mentalidades e granjeie apoio. Deve influenciar a forma como compreendem um problema político e fornecer os dados concisos mais pertinentes para essa compreensão. Além disso, não deve esquecer que, embora os profissionais da prevenção ou outros peritos possam possuir excelentes conhecimentos técnicos sobre a forma de reduzir os impactos sociais ou sanitários do consumo de substâncias na sociedade, tal não significa necessariamente que possuam as competências necessárias para persuadir os decisores políticos a apoiarem uma determinada resposta. É

por esta razão que os grupos mais eficazes de advocacy de causas desenvolvem uma vasta gama de competências numa coligação de diferentes parceiros e organizações.

Uma consideração importante é a avaliação dos esforços de advocacy de causas. O ECDC (2014) recomenda a utilização de uma abordagem de teoria da mudança para ajudar neste processo, uma vez que esta explica como e por que motivo se espera que as atividades conduzam aos resultados pretendidos.

Os princípios gerais de avaliação das intervenções/políticas de prevenção podem ser aplicados à advocacy de causas. Estas avaliações baseiam-se em dados e são sistemáticas, além de que utilizam métodos conhecidos, como entrevistas ou inquéritos. À semelhança da avaliação do processo ou dos resultados, podemos também avaliar os nossos esforços de advocacy de causas para fundamentar as nossas estratégias, analisar os resultados ou reforçar as capacidades dos nossos profissionais no domínio da advocacy de causas. A dificuldade em avaliar os esforços em matéria de advocacy de causas reside na rápida evolução das atividades e dos resultados de uma estratégia de advocacy de causas. Esta situação é também facilmente influenciada por fatores contextuais imprevisíveis. Por conseguinte, Coffman (2007) aconselha a que sejam apresentados relatórios mais regulares, em «tempo real», após qualquer acontecimento ou ação significativos.

## Reflexões finais

Este currículo europeu apresentou uma introdução sobre o significado da ciência da prevenção e do trabalho de prevenção baseado em evidência científica e sobre a sua importância. Analisou a epidemiologia do consumo de substâncias na Europa para compreender o âmbito do nosso trabalho, apresentando uma introdução às teorias da prevenção e às técnicas de mudança de comportamento para compreender os mecanismos de mudança de comportamento.

Os EDPQS e os Standards Internacionais (UNODC, 2013) foram analisadas como instrumentos fundamentais para orientar o nosso trabalho de prevenção e selecionar e executar as melhores intervenções e/ou políticas com base em evidência científica disponíveis atualmente. Aprendemos também a avaliar as nossas intervenções e políticas.

Foram apresentados diversos contextos, como a família, a escola, o meio laboral, a comunidade, os meios de comunicação social e o ambiente mais vasto, no que respeita às suas especificidades no trabalho de prevenção. Isto ajudar-nos-á a criar ou selecionar intervenções e/ou políticas de prevenção eficazes relativamente à nossa população-alvo e tendo em conta os desafios e os obstáculos existentes.

É nossa esperança e objetivo que, com estes conhecimentos e formação, o leitor seja um elemento valioso para reforçar o trabalho de prevenção na sua região e contexto, reforçando o sólido conjunto de profissionais europeus que trabalham no domínio da prevenção.

Estes profissionais são fundamentais para fazer face a desafios futuros e à tarefa de transpor os dados disponíveis para práticas de prevenção generalizadas e de rotina na Europa. O guia de respostas do EMCDDA (EMCDDA, 2017b) e a estratégia de apoio à prática do EMCDDA visam, por conseguinte, dotar os decisores políticos e os profissionais de ferramentas, recursos e estratégias para uma aplicação bem-sucedida da prevenção baseada em evidência científica na Europa. Esta tônica na implementação oferecerá aos decisores alternativas viáveis que são mais eficazes do que algumas abordagens generalizadas mas têm menos potencial para causar danos.



## Referências

- | Ajzen, I. (1991), «The theory of planned behavior», *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50, pp. 179-211.
- | Ayllón, S. e Ferreira-Batista, N. N. (2018), «Unemployment, drugs and attitudes among European youth», *Journal of Health Economics* 57, pp. 236-248.
- | Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, General Learning Press, Nova Iorque.
- | Barden, J. e Tormala, Z. L. (2014), «Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective», *Social and Personality Psychology Compass* 8(1), pp. 17-29.
- | Bartholomew, L. K. e Mullen, P. D. (2011), «Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions», *Journal of Public Health Dentistry* 71(1), pp. 20-33.
- | Bergsma, L. J. e Carney, M. E. (2008), «Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review», *Health Education Research* 23(3), pp. 522-542.
- | Biglan, A. e Hinds, E. (2009), «Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities», *Annual Review of Clinical Psychology* 5, pp. 169-196.
- | Bronfenbrenner, U. (1979), *The ecology of human development: experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- | Brotherhood, A., Sumnall, H. R. e a European Prevention Standards Partnership (2015), *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts («Adaptation and Dissemination Toolkit»)*. Step 3: Undertaking the adaptation, Centre for Public Health, Liverpool.
- | Cairney, P. (2016), *The politics of evidence-based policy making*, Springer Berlin, Nova Iorque.
- | Castro, F. G., Barrera, Jr., M. e Martinez, Jr., C. R. (2004), «The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit», *Prevention Science* 5, pp. 41-45.
- | Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S. e Kopak, A. (2010), «A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses», *Journal of Mixed Methods Research* 4, pp. 342-360.
- | Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S. e Hawkins, J. D. (1999), *Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs*, DHHS e NICHD, Washington, DC.

- | Centers for Disease Control and Prevention (2010), *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and Respiratory Health Branch, Atlanta, GA.
- | Charvat, M., Jurystova, L. e Miovsky, M. (2012), «Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system», *Adiktologie* 12(3), pp. 190-211.
- | Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D. e Dugan, R. G. (2013), «The malleable influence of social consensus on attitude certainty», *Journal of Experimental Social Psychology* 49(6), pp. 1019-1022.
- | Clarkson, J. J., Tormala, Z. L. e Rucker, D. D. (2008), «A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis», *Journal of Personality and Social Psychology* 95(4), pp. 810-825.
- | Coffman, J. (2007), «What's different about evaluating advocacy and policy change?», *Evaluation Exchange* 13, pp. 2-4.
- | Comissão Europeia (2015), *Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., Freedman, G. e Burstein, R. (2013), «Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010», *Lancet* 382, pp. 1564-1574.
- | ECDC (Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças) (2014), *A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases*, ECDC, Estocolmo.
- | Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E. e Wells, K. C. (2014), «Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school», *Psychology of Addictive Behaviors* 28(2), pp. 475-486.
- | EMCDDA (2011), *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*, EMCDDA Manuals, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (2013a), *European drug prevention quality standards: a quick guide*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (2013b), *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (2015), *New psychoactive substances in Europe: an update from the EU Early Warning System*, EMCDDA Rapid Communication, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (2017a), *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (2017b), *Health and social responses to drug problems: a European guide*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.

- | EMCDDA (2018a), *Relatório Europeu sobre Drogas 2018: Tendências e evoluções*, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (2018b), *Environmental substance use prevention interventions in Europe*, Technical Report, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | EMCDDA (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência) (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic Papers, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.
- | Evidence Based Practice Institute (2012), <https://www.ebp.institute/>
- | Federal Office of Public Health (2006), *Lessons learned — vulnerable young people and prevention*, Federal Office of Public Health, Berna (disponível em [https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049\\_vulnerabilitaet\\_xen\\_bag\\_2006.pdf](https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf)).
- | Fishbein, M. (2011), «Predicting and changing behavior: a reasoned action approach» in: *Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach*, Psychology Press, pp. 3-21.
- | Flay, B. R. e Petraitis, J. (2003), «Bridging the gap between substance use prevention theory and practice», in Sloboda, Z. e Bukoski, W. J. (editores), *Handbook on drug abuse prevention: theory, science, and practice*, Kluwer Academic/ Plenum Publishers, Nova Iorque, pp. 239-306.
- | Fong, G. T., Graig, L. V., Guignard, R., Nagelhout, G. E., Tait, M. K., Driezen, P., Kennedy, R. D. et al. (2013), «Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: findings from the ITC France survey», *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire* 20, pp. 217-223.
- | Frone, M. R. (2013), *Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace*, American Psychological Association, Washington, DC.
- | Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A. M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L. et al. (2015), *Quality plan for prevention science education and training in Europe*, Science for Prevention Academic Network (SPAN), Oxford.
- | Gasper, J. (2011), «Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout», *Journal of Drug Issues* 41(4), pp. 587-618.
- | Ginsburg, I. (1982), «Jean Piaget and Rudolf Steiner: stages of child development and implications for pedagogy», *Teachers College Record* 84(2), pp. 327-337.
- | Glantz, M. D. e Pickens, R. W. (1992), «Vulnerability to drug abuse: introduction and overview», in Glantz, M. D. e Pickens, R. W. (editores), *Vulnerability to drug abuse*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 1-14.
- | Green, E. C. e Witte, K. (2006), «Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence?», *Journal of Health Communication* 11, pp. 245-259.

- | Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A. e Zins, J. E. (2005), *The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice*, Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC.
- | Hanushek, E. A. e Wößmann, L. (2007), «The role of education quality in economic growth», World Bank Policy Research Working Paper 4122 (disponível em <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1>).
- | Hawkins, J. D., Catalano, R. F. e Miller, J. Y. (1992), «Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention», *Psychological Bulletin* 112, pp. 64-105.
- | Hovland, C. I., Janis, I. e Kelley, H. H. (1953), *Communication and persuasion*, Yale University Press, New Haven, CT.
- | Hovland, C. I. e Weiss, W. (1951), «The influence of source credibility on communication effectiveness», *Public Opinion Quarterly* 15, pp. 635-650.
- | Jessor, R. e Jessor, S. L. (1977), *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*, Academic Press, Nova Iorque.
- | Kaluzny, A. P. e Hernandez, S. R. (1988), «Organizational change and innovation», in Shortell, S. e Kaluzny, A. (editores), *Health care management: a text in organizational theory and behavior*, 2.ª edição, John Wiley and Sons, Nova Iorque, pp. 379-417.
- | Lasswell, H. D. (1949), «The structure and function of communication in society», in Bryson, L. (editor), *The communication of ideas*, Harper, Nova Iorque, pp. 37-51.
- | Lazarsfeld, P. F., Berelson, B. e Gaudet, H. (1944), *The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign*, Columbia University Press, Nova Iorque.
- | Marlatt, G. A., Larimer, M. E. e Witkiewitz, K. (editores), (2011), *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*, Guilford Press, Nova Iorque.
- | Mendes, F. J. F. e Mendes, M. R. (2011), *Healthy and safer nightlife of youth project: staff training for nightlife premises*, Club Health (disponível em [https://www.club-health.eu/docs/EN/Club\\_Health\\_training\\_of\\_staff\\_manual\\_EN.pdf](https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf)).
- | Mercer, S. L., Sleet, D. A., Elder, R. W., Cole, K. H., Shults, R. A. e Nichols, J. L. (2010), «Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers», *Annals of Epidemiology* 20, pp. 412-420.
- | Michie, S., Van Stralen, M. M. e West, R. (2011), «The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions» *Implementation Science*, doi:10.1186/1748-5908-6-42.
- | Miller, B. A., Holder, H. D. e Voas, R. B. (2009), «Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs», *Journal of Substance Use* 14(1), pp. 19-38.
- | Mrazek, P. J. e Haggerty, R. J. (1994), *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*, National Academy Press, Washington, DC.
- | NAMLE (National Association for Media Literacy Education) (2010), *The core principles of media literacy education*, <http://namle.net/publications/core-principles/>.
- | OMS (Organização Mundial da Saúde) (2018), *Global status report on alcohol and health*, OMS, Genebra.

- | OMS (s.d.), *Substance abuse*, [http://www.who.int/topics/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/) (consultado em 30 de setembro de 2017).
- | O'Neill, B. (2008), «Media literacy and the public sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland», artigo apresentado na conferência Media@lse Fifth Anniversary Conference, 21-23 de setembro, Londres (disponível em [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE\\_Paper\\_ONeill\(LSEROverseas\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill(LSEROverseas).PDF)).
- | Pelozo, J. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Infokart, Liubliana.
- | Piazza, P. V. e Deroche-Gamonet, V. (2013), «A multistep general theory of transition to addiction», *Psychopharmacology* 229(3), pp. 387-413.
- | Plant Work (2006), «Coming clean: drug and alcohol testing in the workplace», *World of Work: The Magazine of the ILO* 57, pp. 33-36.
- | Poulin, F. e Dishion, T. (2001), «3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions», *Applied Developmental Science* 5(4), pp. 214-224.
- | Ricordel, I. e Wenzek, M. (2008), «Cannabis and safety of work: evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF», *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, pp. 255-260.
- | Scull, T. M., Kupersmidt, J. B. e Erausquin, J. T. (2014), «The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use», *Journal of Youth and Adolescence* 43(5), pp. 717-728.
- | Silvestre, S., Liutkutė, V., Pelozo, J., Talić, S., Kokole, D., Ribeiro, S., Galkus, L. et al. (2014), *Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*, Alcohol Policy Youth Network (APYN) e No Excuse Slovenia, Liubliana.
- | Sloboda, Z., Dusenbury, L. e Petras, H. (2014), «Implementation science and the effective delivery of evidence-based prevention», in Sloboda, Z. e Petras, H. (editores), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, Nova Iorque, pp. 293-314.
- | Small, S. e Supple, A. (1998), «Communities as systems: is a community more than the sum of its parts?», apresentado no fórum nacional sobre «A community effects on children, adolescents and families», Penn State University, State College, PA.
- | Stovall, E. E., Rossow, I. e Rise, J. (2014), «Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs», *Journal of Substance Use* 19, pp. 38-43.
- | UNODC (Gabinete das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) (2013), *Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas*, UNODC, Viena (disponível em <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>).
- | Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. e Van Havere, T. (2014), «Factors affecting implementation: cultural adaptation and training», in Sloboda, Z. e Petras, H. (editores), *Advances in prevention science: defining prevention science*, Springer Publishing, Nova Iorque, pp. 315-334.
- | VeneKlasen, L. e Miller, V. (2002, rev 2007), «Planning moment #5: Mapping parceiros strategies», in *A new weave of power, people & politics: the action guide for Progrrmaa and citizen participation*, Practical Action Publishing, pp. 185-208.

- | Wandersman, A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. e Saul, J. (2008), «Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation», *American Journal of Community Psychology* 41(3-4), pp. 171-181.
  
- | Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L. e Kaljee, L. (2013), «The influence of parental monitoring and parent–adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination», *Social Science and Medicine* 97, pp. 161-169.
  
- | Werner, E. E. e Smith, R. S. (1982), *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*, McGraw-Hill Book Co., Nova Iorque.



# Anexos

## | Índice

159 | **Anexo 1 Síntese da metodologia**

160 | **Anexo 2 Fases do desenvolvimento entre os 3 e os 16 anos de idade**

161 | **Anexo 3 Glossário**

166 | **Anexo 4 Ficha informativa**



## Anexo 1

### Síntese da metodologia

A nossa metodologia baseou-se nas orientações da European Prevention Standards Partnership sobre a adaptação e divulgação de normas de qualidade em diferentes contextos [Toolkit 4 dos EDPQS <sup>(41)</sup>]. Estas descrevem a forma de proceder a uma adaptação e o que deve ser tido em conta neste processo.

A equipa HoGent, sediada no Departamento de Investigação em Prevenção da Universidade de Gante, foi definida como grupo de trabalho. O «grupo de base» era constituído pelo grupo de trabalho e por Zili Sloboda (Applied APSI), Michael Miovsky (Universidade de Praga), Gregor Burkhart (EMCDDA) e Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals), todos peritos no domínio da prevenção do consumo de substâncias. O principal objetivo do grupo de base era evitar, sempre que possível, alterações nos componentes essenciais do UPC original, realizando simultaneamente importantes adaptações superficiais ao contexto europeu. Um grupo de projeto final, o «grupo de referência», era composto por todos os 11 parceiros envolvidos no projeto UPC-Adapt. Entre estes contam-se representantes da Bélgica, Alemanha, Estónia, Espanha, Croácia, Itália, Polónia e Eslovénia.

O processo de adaptação começou pela leitura atenta do Manual do Formador do UPC, elaborado pela APSI. Depois de ler o programa curricular 1, ou seja, o programa introdutório geral do EUPC, o grupo de trabalho criou um documento de trabalho que

descrevia o produto adaptado e a categorização preliminar de possíveis adaptações. Esta categorização estabeleceu distinções entre adaptações «profundas» e «superficiais», juntamente com a fundamentação de eventuais alterações sugeridas. As adaptações superficiais são, por exemplo, adaptações de locais, exemplos, dados, expressões correntes e expressões idiomáticas. As adaptações profundas são classificadas como adaptações ao contexto (como a organização social e política), à cultura (normas e valores), aos aspetos técnicos (gráficos ou ilustrações) e ao conteúdo (remoções, alterações ou aditamentos sem alterar elementos essenciais). Este trabalho preliminar foi debatido inicialmente pelo grupo de trabalho. Uma vez alcançado consenso, esta categorização preliminar e o documento de trabalho foram analisados pelo grupo de base.

Seguiu-se um processo semelhante para a adaptação dos outros programas curriculares: farmacologia e fisiologia (programa 2), monitorização e avaliação (programa 3), prevenção em contexto familiar (programa 4), prevenção em contexto escolar (programa 5), prevenção no meio laboral (programa 6), prevenção ambiental (programa 7), prevenção baseada nos meios de comunicação social (programa 8) e prevenção baseada na comunidade (programa 9). Em primeiro lugar, chegou-se a um consenso no grupo de trabalho e, em seguida, as adaptações propostas foram debatidas com o grupo de base. O grupo de base foi consultado regularmente por videoconferência e correio eletrónico.

Em junho de 2017 foi concluída a versão preliminar do currículo europeu e o grupo de referência e o grupo de base chegaram a um consenso sobre a primeira versão em outubro de 2017.

<sup>(41)</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>

## Anexo 2

### Fases do desenvolvimento entre os 3 e os 16 anos de idade

	Social	Linguístico	Físico	Intelectual	Emocional	Comportamental
3-4 anos	Partilha, brinca bem com outros, brinca sozinha, usa colher/garfo para comer, higiene pessoal	Recita números, mas só consegue contar até 3, conversa, recita rimas e canções, tem uma história preferida	Consegue inserir contas em fios, usa a tesoura, anda em bicos de pés, consegue pedalar e guiar, consegue manter-se em equilíbrio, tem perceção espacial	Consegue construir uma torre, pinta, consegue desenhar a cabeça de uma pessoa, segura o lápis corretamente	Consegue esperar que as suas necessidades sejam satisfeitas, tem sentido de humor, compreende o passado e o presente	Tem capacidade para negociar mas não raciocinar, utiliza a imaginação, tem medo do escuro e do abandono, aprecia o humor
5-7 anos	Partilha, usa a imaginação para brincar, veste-se e despe-se	Gosta de histórias e aplica-as nas brincadeiras, compreende duplos sentidos das palavras	Brinca com brinquedos de construção, pinta, brinca com jogos, joga com bola, dança, salta, salta à corda	Consegue copiar letras, conta pelos dedos, acrescenta pormenores às imagens, tem consciência do tempo	É carinhosa com amigos e bebés, tem um melhor controlo da sua conduta e do comportamento	Exprime a agressividade e frustração menos através de ações e mais através das palavras, é mais independente
8-12 anos	É independente dos pais, tem sentido do que é certo e errado, tem sentido de futuro	Consegue ler e escrever, é mais articulado, mantém conversas, consegue debater, relaciona eventos	Variações no aspeto físico mais evidentes, puberdade precoce nas raparigas, melhor coordenação olho-mão	Conversa sobre pensamentos e sentimentos, pensa mais logicamente, desenvolveu competências matemáticas e de literacia	Aprende ao observar e falar, dá apoio em momentos de tensão, consegue enfatizar	Junta-se a clubes e associa-se mais aos seus pares, quer a aceitação dos pares
13-16 anos	Passa mais tempo com os pares, forma identidade, põe os limites à prova, segue mais exemplos adultos	Clareza de raciocínio, expressão de crenças próprias	Puberdade para ambos os sexos, crescimento musculoesquelético rápido, aumento da resistência	Mais preocupação com os outros e com a comunidade, questiona e contesta as regras, explora novas ideias	Passa por mudanças hormonais, prepara-se para a independência em relação à família, rebela-se	Aumenta o desejo de privacidade, passa mais tempo com os pares

## Anexo 3

### Glossário

Adaptação	Alteração do conteúdo do programa para atender às necessidades de um grupo específico de consumidores.
Advocacy de causas	Processo político iniciado por uma pessoa ou um grupo, que visa influenciar as decisões de política pública e de afetação de recursos nos sistemas e institutos políticos e sociais (Peloza, 2014).
Alcance	Nos meios de comunicação social, o número de espetadores expostos a uma comunicação.
Ambientes a nível macro	Por exemplo, ambiente social e físico/bairro, a economia, o ambiente político e as catástrofes sociais e naturais.
Ambientes a nível micro	Exemplos: familiares, pares, administradores escolares, líderes religiosos, administradores do meio laboral e colegas.
Avaliação	Apreciação rigorosa e independente das atividades concluídas ou em curso.
Avaliação a nível comunitário	Medições que refletem as crenças, atitudes ou valores gerais ou médios de um grande grupo (por exemplo, uma comunidade, escola, nação) por oposição às avaliações a nível individual.
Avaliação colaborativa	Abordagem colaborativa que implica trabalho em equipa entre o pessoal responsável pelo programa de prevenção e o pessoal responsável pela avaliação. No âmbito de um modelo colaborativo, a equipa pode também incluir intervenientes com interesse nos resultados da intervenção de prevenção. No entanto, é importante que as funções, atividades, responsabilidades e interações da equipa sejam claramente definidas, sendo também necessária uma diferenciação clara de funções.
Avaliação dos resultados	Processo para caracterizar em que medida os conhecimentos, atitudes, comportamentos e práticas mudaram no caso das pessoas ou entidades que foram objeto da intervenção ou que foram visadas pela política em comparação com os não destinatários (muitas vezes considerados como resultados a curto e a médio prazo). Os resultados a longo prazo dizem respeito ao produto final desejado da intervenção, que, no nosso caso, é a redução ou eliminação do consumo de substâncias. Muitas vezes, as avaliações terminam com os resultados a longo prazo.
Boa relação custo-eficácia	Viabilidade económica.
Boas práticas	A melhor aplicação dos dados disponíveis às atividades em curso no domínio das drogas.
Campanha mediática	Uma série de atividades planeadas ou uma combinação de atividades destinadas a persuadir pessoas e grupos.
Competências cognitivas	Capacidade das pessoas para pensarem por si próprias e abordarem os problemas de forma fundamentada, conceptualizarem e resolverem problemas, tirarem conclusões e encontrarem soluções através da análise.
Comunicação	Mensagem difundida pelos meios de comunicação social; pode incluir apenas palavras, apenas imagens ou uma combinação das duas. Se for corretamente desenvolvida, a comunicação transmitida e a mensagem recebida pelo público devem ser iguais.

Comunidade	Entidade geograficamente definida, onde podem ser desenvolvidos e executados sistemas de prevenção eficazes. A maioria dos coordenadores da prevenção trabalham a vários níveis da comunidade, que podem incluir a comunidade geral — que envolve o ambiente a nível macro e inclui também muitos contextos a nível micro.
Consumo de substâncias	As substâncias podem ser definidas como produtos do tabaco, álcool, inalantes e outras substâncias, tais como heroína, cocaína, canábis e medicamentos psicoativos sujeitos a receita médica (para uso não médico).
Contestação cognitiva	Contra-argumentação; reação mental de resistência a uma mensagem persuasiva contrária às crenças da pessoa.
Conteúdo da intervenção	Objetivos da intervenção e informações, competências e estratégias utilizadas para alcançar os objetivos pretendidos. Por exemplo, pode incluir competências de recusa entre pares e desenvolvimento de normas sociais, ou formação em comunicação familiar.
Controlo parental	Situação em que os pais sabem onde os filhos estão e o que estão a fazer.
Destinatário	Pessoa ou grupo a quem as comunicações são dirigidas.
Doenças não transmissíveis	Doenças que não podem ser transmitidas de uma pessoa para outra.
Eficácia	Trata-se da medida em que uma intervenção (tecnologia, tratamento, procedimento, serviço ou programa) tem mais benefícios do que os danos que causa quando realizada em condições ideais.
Empírico/a	Baseado/a em observações e experiências.
Ensaio de eficiência	Verificam se as intervenções são eficientes em condições reais ou em contextos «naturais». Os ensaios de eficiência podem também determinar para quem e em que condições a intervenção é eficiente.
Epidemiologia	Estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou acontecimentos relacionados com a saúde (incluindo as doenças), do início do estado/acontecimento relacionado com a saúde ou da doença (incidência), dos casos existentes do estado/acontecimento relacionado com a saúde ou da doença (prevalência) e aplicação deste estudo ao controlo das doenças e de outros problemas de saúde.
Escola	Local onde as crianças vão estudar (Cambridge Dictionary, 2017).
Estigma	Conjunto de crenças negativas e muitas vezes injustas que uma sociedade ou grupo de pessoas tem sobre algo; desaprovação de características pessoais ou crenças contrárias às normas culturais. O estigma conduz frequentemente à perda de estatuto, à discriminação e à exclusão de uma participação com sentido na sociedade.
Estrutura da intervenção	Forma como a intervenção ou política de prevenção é organizada e construída, por exemplo, o número necessário de sessões ou de reforços, ou a organização das sessões.
Exposição	Refere-se ao alcance dos meios de comunicação social — em que medida a comunicação chega ao público-alvo.
Família	As famílias podem ser definidas em termos simples pela sua estrutura, ou seja, por quem é considerado parte da família, e pela sua função, ou seja, a finalidade da família e o que a família faz. As definições de quem constitui a «família» podem variar consoante os países. Nos EUA, no Canadá e em muitos países europeus, por exemplo, a «família» é geralmente definida como a família nuclear, ou seja, a mãe, o pai e os filhos. Noutros países, a «família» pode incluir outros parentes, tais como avós, tias, tios e primos.
Fatores de proteção	Características que reduzem a probabilidade do consumo de substâncias.
Fatores de risco	Características que interagem com vulnerabilidades pessoais para aumentar a probabilidade de consumo de substâncias.

Fiabilidade de uma medição	Grau de estabilidade das medições quando repetidas ao longo do tempo. Também designada por «coerência».
Fidelidade da intervenção	Medida do rigor com que a intervenção foi realizada em comparação com a forma como a realização estava inicialmente prevista. A qualidade da implementação é frequentemente quantificada com medidas de fidelidade, escala, qualidade da realização e elementos acrescentados ao protocolo de intervenção.
Fonte	Pessoa ou entidade que transmite a mensagem persuasiva.
Grupo-alvo	Grupo de pessoas que os profissionais da prevenção esperam influenciar ou a que se dirigem as tentativas de persuasão.
implementação	Realização efetiva de uma intervenção de prevenção, de uma política ou, preferencialmente, de várias intervenções e políticas que a investigação demonstrou poderem ter um maior impacto nas populações.
Infraestruturas	Estruturas físicas e organizativas de base e instalações necessárias ao funcionamento de uma sociedade. Neste currículo europeu, as infraestruturas incluem as equipas comunitárias, a formação e a assistência técnica, bem como os recursos financeiros e humanos necessários para executar políticas e intervenções preventivas baseadas em evidência científica.
Iniciativas multicomponentes de base comunitária	Incluem, de um modo geral, uma vasta gama de intervenções e políticas baseadas em evidência científica que podem ter impacto em muitos grupos etários em muitos contextos. Entre os esforços típicos encontram-se o apoio à aplicação de políticas em matéria de tabaco e álcool, intervenções e políticas nas escolas e serviços familiares.
Intervenção	Ação centrada na alteração das trajetórias de consumo de substâncias, através da promoção de resultados positivos em termos de desenvolvimento e da redução dos comportamentos e resultados de risco.
Intervenções ambientais	Implicam políticas, regulamentos e leis que controlam o acesso e a disponibilidade de substâncias, especialmente para os jovens. Também afetam as normas de consumo de substâncias em resultado da própria legislação e da sua aplicação. A maior parte da investigação diz respeito aos esforços de luta contra o álcool e o tabaco. As intervenções ambientais abordam frequentemente o contexto em que o comportamento — consumo de substâncias — ocorre, seja na comunidade ou em locais específicos, como retalhistas de bebidas alcoólicas, parques ou espaços recreativos.
Intervenções breves	Processos sistemáticos e focalizados que visam investigar um potencial consumo de substâncias e motivar as pessoas a alterar o seu comportamento. O objetivo é reduzir o consumo de substâncias antes de a pessoa sofrer danos ou desenvolver comportamentos de consumo mais arriscados ou perturbações por consumo de substâncias.
Intervenções comportamentais	Estas intervenções visam a pessoa diretamente, envidando esforços para alterar as suas atitudes e comportamentos em relação ao consumo de substâncias, ou através de terceiros, como os pais, professores e empregadores. Esta situação difere das intervenções ambientais, que visam principalmente o contexto em que as substâncias são obtidas ou consumidas.
Intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica	Intervenções e políticas de prevenção que tenham demonstrado, através da investigação, serem eficazes na prevenção do início do consumo de substâncias.
Investigação	Investigação sistemática, incluindo o desenvolvimento, o ensaio e a avaliação, destinada a desenvolver ou contribuir para um conhecimento generalizável.

Investigação validada empiricamente	Investigação baseada em observações e experiências que foi confirmada e corroborada de forma sistemática.
Mediadores da intervenção	Fatores que a intervenção pretende manipular e que estão diretamente relacionados com os resultados pretendidos.
Medidas a nível individual	Medições efetuadas em inquiridos individuais e não em grupos inteiros.
Meios de comunicação de massas	Categoria geral das comunicações, incluindo a televisão, a rádio, a radiodifusão e os jornais, que chegam a um vasto grupo de pessoas.
Meios de comunicação social	Qualquer forma de comunicação de massas. Podem incluir a televisão, a rádio, as revistas, os sítios Web, os jornais, os cartazes, os painéis publicitários, as redes sociais, incluindo o Facebook, o Twitter e o YouTube, etc.
Modelo etiológico	Este modelo inclui os ambientes a nível micro e macro que influenciam as pessoas à medida que crescem, desde a infância até à idade adulta. Estes ambientes interagem com as características pessoais das pessoas que as colocam em maior ou menor risco de consumo de substâncias e de outros comportamentos problemáticos. Estes ambientes funcionam a dois níveis: o nível macro envolve o ambiente mais vasto do bairro, da comunidade, da região ou do país, ao passo que o nível micro envolve ambientes mais próximos da pessoa, como a família, os pares, a escola, as organizações comunitárias e o meio laboral.
Monitorização (avaliação do processo)	Processo contínuo através do qual os parceiros recebem regularmente retorno sobre os progressos realizados na consecução das suas metas e objetivos.
Parte interessada	Pessoa, grupo ou organização que tem interesse ou preocupação numa organização afetada por uma ação.
Persuasão	Ato de influenciar terceiros para adotarem uma crença, um conjunto de crenças ou uma posição ou para alterarem comportamentos.
Persuasor	Pessoa ou entidade que tenta alterar as opiniões, atitudes, crenças ou comportamentos de terceiros.
Perturbação por consumo de substâncias	As perturbações por consumo de substâncias abrangem uma grande variedade de problemas decorrentes do consumo de substâncias. Incluem a dependência e os danos físicos, mas também as consequências sociais adversas, como o incumprimento das obrigações sociais, familiares, educativas ou laborais. Importa salientar que a pessoa continua a consumir substâncias apesar de ter sofrido danos físicos e psicológicos recorrentes. As descrições mais conhecidas das perturbações por consumo de substâncias são fornecidas no DSM-5 da American Psychiatric Association e no CID-11 da OMS.
Prática baseada em evidência científica	Processos de tomada de decisão sistemáticos ou prestação de serviços que tenham demonstrado, através dos dados científicos disponíveis, melhorar de forma coerente os resultados mensuráveis dos clientes. Em vez de tomar decisões com base na tradição, nas reações instintivas ou em observações isoladas, a prática baseada em evidência científica recorre a dados recolhidos através de investigação experimental e tem em conta as características individuais dos clientes e os conhecimentos dos especialistas (Evidence Based Practice Institute, 2012).
Prevenção	Ato de impedir a ocorrência de algo ou de impedir alguém de fazer alguma coisa (Cambridge Dictionary, 2017).
Prevenção baseada nos meios de comunicação social	Utilização dos meios de comunicação de massas, geralmente através de campanhas coordenadas, para impedir o início do consumo de substâncias ou para incentivar as pessoas a deixarem de consumir uma determinada substância.

Programa	Intervenção específica baseada num manual e designada.
Público-alvo	Alvo de uma comunicação, a quem é dirigida uma mensagem.
Realização da intervenção	Forma como a intervenção ou política deve ser executada e como se espera que a intervenção ou política seja recebida pelo público-alvo, por exemplo, utilizando estratégias pedagógicas interativas para adolescentes e adultos, oferecendo programas de competências parentais em momentos que sejam convenientes para as famílias e acompanhando a implementação de uma intervenção ou política para reforçar a fidelidade aos elementos essenciais da intervenção.
Redução da oferta	Desenvolvimento de políticas razoáveis, claras e aplicadas de forma coerente que visem a posse, o consumo e a venda de todas as substâncias, incluindo o álcool e o tabaco, nas escolas e nas suas proximidades e em todos os eventos patrocinados pela escola.
Redução da procura	Prevenir ou, pelo menos, atrasar o consumo de substâncias por grupos-alvo, tentando promover valores, normas, crenças e atitudes contra o consumo de substâncias e melhorar as competências de resistência.
Reforço	Em persuasão, é um estímulo para aceitar a informação fornecida.
Responsável político	Pessoa que decide novas políticas para um governo, partido político, etc. (Cambridge Dictionary, 2017).
Sistemas de implementação	Vários componentes das intervenções que são interligados para alcançar um resultado específico; um sistema requer frequentemente uma sequenciação especial dos componentes para ser eficaz.
Socialização	Processo ao longo da vida através do qual são transferidas e interiorizadas atitudes, normas, crenças e comportamentos culturalmente adequados e aceitáveis.
Substâncias psicoativas	Substâncias que, quando tomadas ou administradas no sistema de uma pessoa, atuam sobre o SNC afetando os processos mentais, por exemplo, a cognição ou os sentimentos. Este termo e o seu equivalente, «fármaco psicotrópico», são os termos mais neutros e descritivos para toda a classe de substâncias, lícitas e ilícitas, de interesse para a política em matéria de droga. O termo «psicoativo» não implica necessariamente a produção de dependência e, em linguagem corrente, o termo é muitas vezes omitido, como acontece em «consumo de droga» ou «consumo de substâncias» (OMS, s.d.).
Sustentabilidade	A implementação a longo prazo e de elevada qualidade das intervenções baseadas em evidência científica e dos sistemas de implementação que apoiam a sua continuação.
Teste de deteção de drogas	Análise química de amostras biológicas (incluindo sangue, urina, cabelo e suor) para detetar a presença de drogas ou dos seus metabolitos [N.B.: não é o mesmo que o teste de medicamentos ( <i>drug checking</i> ), cujo objetivo é analisar quimicamente os medicamentos].
Transmissão de mensagens	Processo pelo qual se desenvolve uma comunicação persuasiva; diz respeito aos componentes persuasivos incorporados nas comunicações para influenciar as crenças e ações das pessoas.
UPC-Adapt	Nome do projeto que melhorou a adaptação do UPC. Este projeto foi financiado pela Comissão Europeia. Onze parceiros de nove países europeus cooperaram neste projeto.
Validade externa	A medida em que os resultados de uma intervenção de prevenção podem ser transferidos para outra população ou condição.
Validade interna	A medida em que os resultados de uma intervenção de prevenção podem ser atribuídos à própria intervenção.
Vulnerabilidade	Disposição individual, determinada por fatores genéticos, psicológicos e sociais, que torna mais provável o desenvolvimento de comportamentos de risco e perturbações mentais. O inverso é conhecido por resiliência (Federal Office of Public Health, 2006).

## Anexo 4

## Ficha informativa

## Orientações

- EMCDDA — Normas de qualidade

Os EDPQS disponibilizam um conjunto de princípios para ajudar a desenvolver e avaliar a qualidade da prevenção do consumo de drogas. Constituem um recurso abrangente que descreve todos os elementos das atividades de prevenção do consumo de drogas. Os EDPQS foram desenvolvidos pela European Prevention Standards Partnership a partir de um projeto de investigação cofinanciado pela União Europeia. A Partnership efetuou uma análise e síntese dos Standards Internacionais e nacionais existentes, bem como consultas com mais de 400 profissionais em seis países europeus, a fim de identificar as normas de qualidade que deveriam ser aplicáveis às atividades de prevenção do consumo de drogas <sup>(42)</sup>.

- Conselho da União Europeia (2015), *Conclusões do Conselho sobre a implementação do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga (2013-2016) relativamente às normas mínimas de qualidade para a redução da procura de droga na União Europeia.*

- UNODC/OMS — Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas (segunda edição atualizada)

Estes Standards Internacionais mundiais resumem os dados científicos atualmente disponíveis, descrevendo as intervenções e políticas que se verificou terem tido resultados positivos em termos de prevenção e as suas características. Simultaneamente, os Standards internacionais mundiais identificam os principais componentes e características de um sistema nacional eficaz de prevenção do consumo de drogas <sup>(43)</sup>.

- Portal de boas práticas — normas e orientações: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines>

- Health and social responses to drug problems: a European guide: <http://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

<sup>(42)</sup> <https://www.emcdda.europa.eu/keywords/edpqs>

<sup>(43)</sup> [http://www.unodc.org/documents/prevention/standards\\_180412.pdf](http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf)



## Registos

Nome	País/região	Sítio Web
Xchange	Europa	<a href="http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange">http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange</a>
Portal de boas práticas	Europa	<a href="http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_pt">http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_pt</a>
Lista Verde	Alemanha	<a href="http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information">http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information</a>
Prevenção baseada em evidência científica	Espanha	<a href="http://prevencionbasadaenlaevidencia.net">http://prevencionbasadaenlaevidencia.net</a>
Base de dados do Centre for Analysis of Youth Transitions	Reino Unido	<a href="http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/">http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/</a>
Blueprints	Estados Unidos	<a href="https://www.blueprintsprograms.org">https://www.blueprintsprograms.org</a>
National Registry of Evidence-Based Programs and Practices	Estados Unidos	<a href="https://www.samhsa.gov/nrepp">https://www.samhsa.gov/nrepp</a>
Preventing Drug Use among Children and Adolescents	Estados Unidos	<a href="https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf">https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf</a>





## Acerca da presente publicação

O presente manual foi elaborado com o objetivo principal de fornecer material de referência específico para os cursos de formação do Currículo Europeu de Prevenção (EUPC, do inglês *European Prevention Curriculum*). Serve igualmente para fazer uma introdução mais geral à ciência da prevenção e, em especial, às intervenções baseadas em dados científicos. O programa de formação foi desenvolvido por um projeto europeu intitulado UPC-Adapt, cofinanciado pela Comissão Europeia.

## Acerca do EMCDDA

O EMCDDA é a fonte central e a autoridade confirmada para as questões relacionadas com as drogas na Europa. Há mais de vinte anos que recolhe, analisa e divulga informações cientificamente rigorosas sobre as drogas e a toxicod dependência e as suas consequências, fornecendo aos seus públicos um panorama baseado em factos concretos do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações do EMCDDA são uma fonte de informação essencial para uma grande variedade de públicos, incluindo os decisores políticos e os seus consultores, os profissionais e investigadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, para os meios de comunicação social e o grande público. Com sede em Lisboa, o EMCDDA é uma das agências descentralizadas da União Europeia.

