

Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências



SICAD

Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: Linhas Gerais de Orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

GRUPO DE TRABALHO:

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS

Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção/Divisão de Planeamento e Intervenção Comunitária

Graça Vilar (Coordenadora)

Patricia Pissarra

Paula Frango

Raúl de Melo

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

Inês Abraão

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Fernando Mendes

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

Ângelo de Sousa

Carla Frazão

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.

João Sardica

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.

Paula Marujo

DATA: Setembro de 2013

Índice

Índice.....	3
INTRODUÇÃO.....	5
I. ENQUADRAMENTO	7
II. METODOLOGIA.....	10
III. LINHAS ORIENTADORAS	11
III.A. Intervenções Transversais	11
III.B. Ciclo de Vida do Indivíduo.....	18
III.C. Contextos de Intervenção.....	40
III.D. Planos/ Níveis de Intervenção	47
III.E. Monitorização.....	48
III.F. Avaliação	49
III.G. Qualificação da Intervenção	52
Bibliografia.....	53

INTRODUÇÃO

Na área da prevenção do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, verificou-se nos últimos anos, de forma crescente, a necessidade e a aposta no desenvolvimento de políticas e intervenções estruturadas e baseadas em evidência científica, que contribuam de forma consistente para o aumento da promoção da sua qualidade e eficácia de resultados. Em Portugal, foi desenvolvido um esforço crescente, protagonizado pelo IDT. I.P. em colaboração e articulação com estruturas da sociedade civil, de promover intervenções de carácter preventivo, assente numa resposta estruturada, integrada e de base local e territorial. Este esforço visa aproximar a intervenção preventiva dos critérios de qualidade, emanados pelas principais agências responsáveis por esta área, designadamente o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – (EMCDDA) ou o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) e aumentar e promover a qualidade e eficácia de resultados tendo em vista a racionalização dos recursos e sustentabilidade das ações.

O novo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013 - 2020, adiante designado por PNRCAD, atualmente em discussão pública, surge na sequência do fim do ciclo do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012 (PNCDT) e da redefinição das políticas e dos serviços de saúde, ampliando a abordagem e as respostas ao âmbito de outros Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que não incluem apenas as substâncias psicoativas. O PNRCAD, no que se refere à redução da procura, preconiza o cidadão “ (...) como o centro da conceptualização das políticas e intervenções nos CAD, tendo como pressuposto de base de que é fundamental responder às necessidades dos indivíduos, perspectivadas de forma dinâmica no contínuo do seu ciclo de vida (...), de acordo com o quadro legal em vigor no que se refere ao uso e abuso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas e ilícitas (...)” e da nova arquitetura organizacional, na qual se prevê a “componente de operacionalização das intervenções é concentrada no âmbito de atuação das Administrações Regionais de Saúde, I. P., adiante designadas por ARS, e de outras entidades e estruturas estatais e não-governamentais (PNCDT, 2013; Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro).

Nesse sentido, impõe-se um alargamento da resposta preventiva aos comportamentos aditivos sem substâncias, operacionalizado no âmbito do setor da Saúde através das estruturas regionais e locais das ARS, desafio ao qual o presente guia pretende dar resposta.

De acordo com a lei orgânica do SICAD faz parte da sua missão e atribuições “Definir as linhas de orientação técnica e normativa para a intervenção nas áreas dos comportamentos aditivos e das

dependências", concretamente no que se refere à área da prevenção "Definir as linhas de orientação técnicas e normativa para a intervenção em prevenção, baseadas na evidência científica" (Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro e Despacho n.º 8816/2012 de 3 de julho de 2012). Simultaneamente, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) recomenda aos organismos que funcionam sob a tutela do Ministério da Saúde a emissão de diretrizes e recomendações, com o objetivo de estimular o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde e controlo da doença, assim como na promoção e proteção da saúde, contribuindo para a normalização e definição de critérios promotores de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional. Segundo a DGS, estas diretrizes e orientações são entendidas como: a) normas de natureza clínica ou organizacional, ou tendentes à promoção e proteção da saúde pública, baseadas em evidência científica ou consenso de peritos, que impõem a adoção ou a abstenção de um determinado comportamento, metodologia ou prática; b) orientações, enquanto recomendações sistematizadas, incluindo as de carácter informativo (DGS - Despacho n.º 24/2010 de 16 de setembro).

O documento que apresentamos foi construído em colaboração com as cinco ARS e tem como objetivo de fornecer diretrizes e recomendações sistematizadas que permitam auxiliar os profissionais no desenho, implementação e avaliação de intervenções no âmbito da promoção da saúde e prevenção dos CAD. Este guia foi também elaborado com o objetivo de fornecer orientações que promovam a homogeneidade das práticas e ainda qualidade e eficácia na intervenção promovida e levada a cabo pelos diferentes entidades e agências que atuam nesta área. Contudo, as orientações que são propostas, não excluem outras dimensões para a intervenção que se venham a considerar pertinentes.

Numa primeira parte apresenta-se um enquadramento subjacente à construção do documento, na segunda parte a metodologia utilizada e na terceira parte os eixos e orientações para a intervenção.

I. ENQUADRAMENTO

A intervenção preventiva pretende fornecer aos indivíduos e/ou a grupos específicos informação e competências necessárias para lidarem com o risco associado ao consumo de substâncias psicoativas e outros comportamentos de risco. A prevenção e a promoção da saúde mental devem contemplar a avaliação dos fatores protetores/indicadores positivos para além dos fatores de risco e indicadores de doença mental¹, sendo as estratégias preventivas destinadas à população geral, a subgrupos e a indivíduos, com aplicação nos domínios individual e grupal desenvolvidas em diferentes contextos (Keyes, 2006; O'Connell et al, 2009; WHO, 2004;).

Os modelos compreensivos e de influência social indicam que existem fatores de risco e de proteção que influenciam as atitudes e os comportamentos dos sujeitos em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Estes fatores, de natureza biológica, psicológica e social, são internos ou externos aos indivíduos e atravessam os vários domínios da sua vida (Jessor, Turbin & Costa, 1998; Iglesias, 2002; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2002).

O enfoque atual ao nível da conceptualização e desenho da intervenção preventiva, baseado nos modelos compreensivos e de influência social referidos, centrado na avaliação da vulnerabilidade e do risco de ocorrência de uma doença, é operacionalizado em três níveis de intervenção² (IOM, 1994, 2009):

Prevenção Universal, dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco em relação ao abuso de substâncias e como podendo beneficiar dos programas de prevenção. Os programas de prevenção universal variam no tipo, estrutura e duração. Os seus componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências.

Prevenção Seletiva, dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas identificadas como de risco para o consumo de substâncias psicoativas. O risco é avaliado em função dos fatores que o grupo apresenta em relação ao abuso de substâncias, não sendo avaliado o grau de risco individual. Os programas de prevenção seletiva são de média ou

¹ Por fator de proteção entende-se uma característica biológica, psicológica, familiar ou da comunidade, que está associada a uma menor probabilidade de ocorrência de uma doença ou de problemas nos indivíduos, ou que reduz o impacto negativo de um fator de risco sobre os mesmos. Por fator de risco entende-se como uma característica biológica, psicológica, familiar ou da comunidade, que está associada a uma maior probabilidade da ocorrência de uma doença ou de problemas nos indivíduos. Entende-se como promoção da saúde mental, intervenções que visam melhorar o desenvolvimento integral dos indivíduos, no que se refere às competências para a realização de tarefas adequadas e ajustadas nas diferentes etapas do ciclo de vida, um sentido positivo de autoestima, domínio de si, bem-estar, inclusão social e da capacidade de lidar com a adversidade (O'Connell et al, 2009).

² A classificação das estratégias de prevenção em universal, seletiva e indicada, substituiu o paradigma médico anteriormente utilizado de prevenção primária, secundária e terciária (EMCDDA, 2011).

longa duração, variam no tipo e estrutura e os componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências.

Prevenção Indicada, dirigida a indivíduos com comportamentos de risco, que exibem sinais de uso de substâncias psicoativas ou que apresentam outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica. É avaliado o nível de risco individual. Os programas de prevenção indicada são de longa duração, variam no tipo e estrutura e os componentes contemplam tal como nos níveis anteriores a informação e o desenvolvimento de competências (IOM, 1994; 2009).

Paralelamente a esta conceptualização, no âmbito da intervenção preventiva tem vindo a ser desenvolvida uma outra abordagem, denominada **Prevenção Ambiental**, cujo enfoque se dirige às normas sociais, ou seja, na definição de estratégias globais que intervêm ao nível da sociedade e dos sistemas sociais. Estas estratégias visam a alteração dos ambientes culturais, sociais, físicos e económicos que influenciam as escolhas individuais do uso de SPA e outros comportamentos aditivos. Neste âmbito, inserem-se, por exemplo, medidas legislativas nacionais relativas ao uso SPA lícitas e ilícitas que se traduzem, entre outros, na definição de limites etários mínimos para a venda de SPA lícitas, a taxação fiscal dos produtos, a exposição a mensagens publicitárias, ou ainda, medidas normativas criadas em contextos específicos, como o meio escolar, que regulamentam o uso de álcool e de tabaco para todos seus elementos e definem procedimentos a utilizar para a sinalização e intervenção no uso de SPA nesses contextos (EMCDDA, 2011).

Segundo o UNODC e o EMCDDA verifica-se a necessidade de, ao nível Europeu, continuar a caminhar no sentido de garantir a qualidade e a eficácia da intervenção preventiva das toxicodependências, baseando-a na evidência científica e em *standarts* de qualidade que se constituam como orientadores para o cumprimento desse objetivo. Os critérios de qualidade são princípios ou conjuntos de regras consensualmente aceites que sistematizam e indicam qual o melhor ou mais apropriado modo de pensar e implementar e avaliar uma intervenção. Os critérios incluem aspetos formais e metodológicos que se prendem com o desenho de uma intervenção e as dimensões estruturais relativas à sua implementação e avaliação (UNODC, 2012; EMCDDA, 2011).

Do ponto de vista metodológico, quer o EMCDDA, quer a Comunidade Europeia, no âmbito dos *Quality Standards*, recomendam o Modelo Lógico como a metodologia preferencial para o desenho de projetos, na medida em que se tem revelado facilitadora da definição de intervenções com resultados positivos para os grupos-alvo (EMCDDA, 2011; W.K. Kellogg Foundation, 2004; Chinman, IMM & Wandersman, 2004).

No âmbito do PNRCAD a prevenção, surge como área de intervenção incluída no contínuo global dos cuidados de saúde que contém mecanismos de dissuasão, redução de riscos e

minimização de danos, tratamento e reinserção. São preconizados, no seu âmbito, estratégias que considerem o todo dos determinantes e fatores que interagem no desenvolvimento de fatores protetores e de risco potenciadores de comportamentos conducentes à adição e dependência.

A abordagem por ciclo de vida tem como base uma perspectiva dinâmica e bio-psico-social, do processo de desenvolvimento do Ser Humano, permitindo identificar períodos críticos e focalizar mais adequadamente as estratégias e intervenções a desenvolver de acordo com as necessidades/competências dos indivíduos nesse processo (Feldman, 2005). São consideradas as seguintes etapas do ciclo de vida:

- Gravidez e crianças até aos 3 Meses;
- Infância (dos 3 Meses aos 9 Anos);
- Pré-adolescência e adolescência (10-24);
- Adultos entre os 25 e os 65 anos;
- Adultos com mais de 65 anos.

Integrando estes elementos, as linhas orientadoras focam a intervenção no cidadão, tendo subjacente quer a transversalidade das problemáticas que atravessam o ciclo vital, quer os contextos de intervenção, quer ainda a operacionalização da intervenção segundo critérios de racionalidade e sustentabilidade, através da mobilização das estruturas governamentais e não-governamentais, com responsabilidade nesta área, tendo em conta a diferenciação das competências e atribuições, assim como os meios técnicos e humanos. Nesse sentido, é fundamental que a operacionalização destas linhas se concretize numa perspectiva de articulação e colaboração intersectorial e interinstitucional, levando em consideração as especificidades e condicionalismos setoriais, regionais, locais e territoriais.

O presente documento foi estruturado com base nos seguintes eixos:

- Intervenções transversais;
- Ciclo de Vida do Indivíduo;
- Contextos de intervenção;
- Planos/ Níveis de Intervenção;
- Monitorização e Avaliação;
- Qualificação da Intervenção.

II. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a concepção das **Linhas de orientação para a intervenção preventiva nos comportamentos aditivos e nas dependências**, teve fundamentalmente em consideração os pressupostos constantes no PNRCAD, os critérios de qualidade atuais que orientam a intervenção preventiva e as novas atribuições institucionais no âmbito dos CAD no que se refere ao setor da saúde.

Integrando estes elementos, as linhas orientadoras focam a intervenção no cidadão, tendo subjacente a transversalidade das problemáticas que atravessam o seu ciclo vital, os contextos de intervenção, a promoção da qualidade da intervenção e a articulação intersectorial e interinstitucional.

O processo de construção das linhas orientadoras foi coordenado pelo SICAD, no âmbito das suas atribuições, através da Direção de Serviços de Planeamento e intervenção e decorreu de janeiro a setembro de 2013. O grupo de trabalho criado foi composto por elementos da Divisão de Prevenção e Intervenção Comunitária (DPIC) e das Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) das cinco Administrações Regionais da Saúde.

A metodologia de trabalho adotado envolveu a participação estreita e ativa mediante a reunião de regularidade mensal, presenciais e via Skype. Procedeu-se à discussão passo a passo, dos vários conteúdos, com o envio prévio dos documentos de trabalho e a recolha posterior de opiniões e propostas de alteração, no sentido da construção de uma abordagem conjunta e de uma exequibilidade das Linhas de Orientação propostas para a intervenção preventiva nacional.

III. LINHAS ORIENTADORAS

As linhas gerais de orientação que se seguem, evoluem de uma perspetiva transversal, aplicável a qualquer fase do ciclo de vida ou contexto de intervenção, para uma maior especificidade em função dos períodos críticos do processo de desenvolvimento pessoal e dos contextos nele envolvidos e terminará centrado em aspetos estratégicos e metodológicos relativos à melhoria da estruturação das intervenções.

III.A. Intervenções Transversais

As intervenções transversais são aquelas que invariavelmente surgem como necessárias em cada fase da intervenção, independentemente da população ou contexto a que se dirigem. De modo a evitar a sua repetição optámos por lhes dar um lugar de destaque inicial. A sua concretização, cria uma base de sustentação a todas as linhas que serão elencadas para cada fase do ciclo de vida. Contudo, sendo básicas, não significa que não necessitem de estar constantemente a serem reforçadas, assumindo contornos particulares ao longo do tempo, em função da continuidade do trabalho, dos grupos-sujeito sobre as quais incidem, do conhecimento prático e científico acumulado, dos recursos disponíveis, das políticas adotadas, etc.

- **Melhorar o conhecimento e articulação entre redes de resposta dirigidas a cada fase do ciclo de vida**

No plano preventivo, a melhoria do conhecimento da rede de respostas deverá passar pela organização de um guia que decorra da rede de referência e que permita a identificação de estruturas com respostas para jovens, famílias e técnicos que necessitem de apoio face a CAD com ou sem substância, numa perspetiva de resposta seletiva ou indicada. Este guia deverá ser dirigido especificamente a parceiros que lidem diretamente com esta população, nomeadamente serviços de saúde, escolas, instituições tutelares de menores, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, forças de segurança (escola segura), etc. Esta divulgação deverá dar especial destaque à resposta proporcionada pela linha 1414.

Recomenda-se que, uma vez, disponibilizado o guia de respostas, ele possa ser objeto de divulgação junto a entidades e profissionais, não apenas de forma passiva, mas permitindo a sua discussão prática em termos do potencial e das limitações da rede existente em função das realidades locais. Este processo de reflexão conjunta deverá promover a partilha de conceitos, perceções, expectativas e recursos entre os diferentes parceiros dos múltiplos sectores envolvidos no esforço preventivo.

Ainda no âmbito da rede de respostas, deverão igualmente exploradas os limites entre a prevenção e outros tipos de intervenção, nomeadamente a diferenciação entre a abordagem de carácter indicado por comparação com a resposta clínica proporcionada pelas equipas de tratamento, a complementaridade com a intervenção de redução de riscos e minimização de danos em contexto recreativo e a diferenciação com a resposta prestada pelas Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência, centrada na informação sobre o enquadramento legal das substâncias e comportamentos, por oposição a intervenções de carácter continuado, direccionadas à consolidação de competências socio-emocionais, exploração de crenças e mudança de atitudes.

- o **Sensibilizar e capacitar para o assumir da função preventiva em abordagens comunitárias**

A intervenção preventiva requer frequentemente o suporte de processos formativos quer no sentido de permitir o domínio de metodologias específicas, quer proporcionando uma compreensão mais alargada de uma problemática ou do funcionamento de grupos específicos.

Alguns programas de intervenção preventiva integram já a formação de grupos estratégicos responsáveis pela implementação dos mesmos junto aos jovens e crianças, como pretexto para a garantia do desencadear dos processos de mudança de atitudes junto aos adultos e como garantia da eficácia da intervenção.³ Esta estratégia tem como mais-valia a possibilidade de que o conhecimento transmitido tenha uma aplicação prática imediata, permitindo a consolidação do mesmo e a possibilidade de se associar ao processo formativo momentos de supervisão, nos quais o individuo pode questionar as suas opções práticas e relacionais na condução da intervenção.

A formação direccionada à compreensão mais alargada de determinada problemática, constitui-se como um complemento ao domínio do método, permitindo que a reflexão resultante de uma

³ Esta estratégia está identificada como uma boa prática para o aumento da eficácia da intervenção (McBride, 2003, Botvin e Griffin, 2007).

determinada intervenção seja mais consistente e aprofundada. Deste modo, a exploração de temas como a sexualidade, as culturas juvenis, os comportamentos alimentares, o suicídio, entre outros, possam oferecer ao interventor bases para uma melhor adequação dos conteúdos referentes aos CAD à realidade do grupo alvo a que dirige a intervenção.

Finalmente, a aquisição de conhecimentos sobre os grupos alvo ou comunidades a que uma intervenção se destina, permite a compreensão de fatores culturais específicos que poderão ser facilitadores ou bloqueadores da intervenção. A capacidade de ler sinais específicos, ou de antecipar reações a determinados temas permitirá ao interventor, evitar adotar estratégias que poderão gerar desconforto ou serem contrárias a crenças e valores partilhados. Como exemplo, o papel desempenhado pelo álcool na cultura ocidental é diametralmente oposto ao que ocorre na cultura árabe, e muito distinto para a cultura africana, envolvendo diferenças em aspetos essenciais como o nível tolerância social face ao consumo ou a perceção de risco ou ainda o tipo de atribuições associadas ao mesmo.

A sensibilização e capacitação para assumir uma função preventiva deverão ser desdobradas em função do grupo alvo, distinguindo-se entre (1) profissionais e (2) pares. No primeiro grupo, a sensibilização deverá ter em consideração a especificidade das áreas de intervenção (saúde, educação, serviço social, forças de segurança, agentes desportivos, etc.), garantindo uma visão holística e integrada, mediante a comunhão das diferentes preocupações e perceções da realidade, estabelecendo uma base comunicacional na qual se partilhem conceitos e procedimentos metodológicos. No segundo grupo, a preocupação deverá passar pela compreensão do papel dos pares na prevenção: as competências/capacidades e limites da relação de ajuda espontânea, e áreas de aplicação da mesma na dinâmica comunitária. Os programas de formação deverão ser diferenciados consoante se dirijam a adultos (pais, trabalhadores, reclusos) ou a jovens (alunos do ensino secundário, universitários, contexto desportivo, associações juvenis, etc.). Ambas as linhas de formação poderão coexistir interpotenciando-se em momentos específicos de formação, permitindo que os profissionais possam ganhar conhecimento das dinâmicas existentes ao nível do trabalho de pares e vice-versa, reforçando práticas de referenciação mútua, isto é, os pares poderem ter canais de comunicação com profissionais mais envolvidos no processo preventivo e estes terem a noção da existência de grupos informais para os quais possam encaminhar pessoas que precisem de apoio na sua integração.

- **Fomentar a produção de conhecimento científico que reforce qualidade da intervenção preventiva, promova a eficácia e influencie as tomadas de decisão**

No que diz respeito à preocupação com o aumento da eficácia da intervenção preventiva, ela deverá passar por uma maior especificidade da mesma, dirigindo-a de forma diferenciada em função da substância, do género, de características pessoais e de contextos, tendo por base a evidência científica produzida no âmbito da eficácia dos programas preventivos, marketing social e campanhas.

Em relação às abordagens sobre as substâncias psicoativas (SPA), as meta-análises sobre a eficácia de programas de prevenção, aconselham a diferenciação das mensagens preventivas em função do tipo de substância, dando especial atenção aos objetivos do sujeito presentes na escolha dessa(s) substância(s). Deste modo, esta orientação deverá servir de base para a estruturação das intervenções, formação de profissionais e grupos de pares em intervenção de proximidade e organização de procedimentos avaliativos das intervenções.

No que diz respeito às questões de género, dando ênfase aos dados reportados no ESPAD4 2011 nos quais se verifica entre 1995 e 2011, o aumento da incidência do consumo de álcool de risco (5 ou mais bebidas) entre as raparigas (aproximando-se à prevalência nos rapazes) e dos riscos específicos associados, nomeadamente ao nível dos comportamentos sexuais de risco, situações de abuso sexual, de gravidez na adolescência, e do cancro da mama e no colo do útero (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016). Esta sensibilização deverá igualmente ser enquadrada na diferença de ritmo de transformação corporal no decurso da puberdade e nas questões resultantes dos ideais de igualdade de género face às diferenças concretas ao nível dos processos metabólicos.

Finalmente, no que diz respeito às características pessoais, é importante ter em consideração como o plano motivacional e da perceção de riscos interferem na abertura à intervenção preventiva, devendo haver a preocupação de desdobramento dos conteúdos e intervenções preventivas, por forma a atingir quer grupos mais orientados para a procura de sensações (*sensation seekers*⁵), quer grupos orientados para o evitamento de riscos. Naturalmente estas questões estão já subjacentes ao carácter seletivo e indicado da intervenção, mas poderão

⁴ European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD).

⁵ Conceito desenvolvido por Marvin Zuckerman (1979), definido enquanto traço de personalidade caracterizado pela procura de experiências e sensações variadas, intensas, diferentes e complexas com a adoção dos riscos necessários à sua vivência mas mais diversas áreas da vida do sujeito.

igualmente ser importantes em função dos contextos, nomeadamente quando se equaciona o contexto recreativo.

- **Fomentar a avaliação, reflexão e partilha de boas práticas no âmbito dos CAD, com base na investigação orientada para a ação.**

Independentemente da natureza dos CAD, é essencial que estejam disponíveis respostas diferenciadas ao nível de risco do identificado (universal, seletivo ou indicado), nas modalidades mais adequadas (individuais, familiares, pequeno grupo ou comunidade), em função da realidade envolvente e os recursos disponíveis. Para garantir esta capacidade de resposta é essencial desenvolver procedimentos de avaliação diagnóstica com base em instrumentos comuns a outros interventores de modo a permitir a organização da informação de modo comparável. O diagnóstico deve igualmente ter por base uma multiplicidade de fontes que permitam diferentes visões da problemática de modo a garantir uma definição da intervenção mais integrada. Por fim deve envolver os próprios grupos destinatários na identificação das suas necessidades e de quais as estratégias co melhor aceitação. A intervenção assim delineada não necessita de assumir um carácter inovador, inventando soluções sob o argumento de serem mais adaptadas ao seu grupo alvo, mas antes procurar em experiências anteriores, nacionais ou internacionais, programas cuja validade tem um suporte em evidência científica, procedendo então à sua adaptação à realidade e à cultura local.

- **Diferenciar as mensagens preventivas de acordo com os diferentes contextos e faixas etárias**

Numa perspetiva ecológica da prevenção, é essencial encarar cada contexto em que o indivíduo se move como um espaço de influência onde se conjugam, regras, expectativas e a interação com outros indivíduos que o partilham. Há regras de um contexto que o tornam facilitador do consumo, enquanto outros poderão ser mais protetores. Outros contextos ainda, por promoverem o encontro entre indivíduos em diferentes fases de evolução e desenvolvimento poderão ser protetores para uns e de risco para outros. As particularidades do contexto e a maneira como impactuam em cada indivíduo devem ser objeto de análise na definição de estratégias preventivas. Assim, a intervenção preventiva terá de ser diferenciada, assumindo mensagens pertinentes às vivências proporcionadas por cada um deles, e tendo em conta os múltiplos atores que interagem nos mesmos, podendo assumir mensagens integradas que enfocam diferentes faixas etárias dentro do mesmo contexto.

A intervenção preventiva, sobretudo se assumir um carácter comunitário dentro do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento de Bronfenbrenner⁶ (1974, 1977), deverá ter ainda em consideração a (in)congruência dos diferentes contextos no qual o indivíduo se move, no que diz respeito aos valores que lhes são subjacentes, às regras que os gerem, às expectativas de conduta que lhes estão associadas, devendo assumir como objetivo uma aproximação entre normativos vigentes e uma melhor conjugação das exigências, por forma a reforçar um desenvolvimento mais harmonioso do indivíduo.

A adoção de abordagens de multi-componentes reveste-se, nesta perspetiva, como uma estratégia essencial, diferenciando parceiros e interventores em função dos contextos, mas garantindo a visão integrada por parte de todos por forma a reforçar a complementaridade de mensagens e a coerência das mesmas.

- **Alargar o estudo e a identificação dos fatores e processos que aumentem o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos sem substâncias**

No plano das dependências sem substâncias, tratando-se de uma área emergente, deverá ser iniciado um processo que promova a discussão em torno dos fatores de risco e das respostas necessárias para lhes fazer face, devendo para esse efeito recorrer a especialistas nesta área. Esta discussão deverá resultar na organização progressiva de materiais de suporte, quer no plano informativo, quer na estruturação de respostas continuadas e integradas no âmbito do jogo (online e offline) e da utilização abusiva da internet (redes sociais, sites de compras, etc.) e dos ecrãs em geral (incluindo a exposição à televisão, nomeadamente no visionamento compulsivo de séries).

Esta linha de ação pode ser consolidada pelo desenvolvimento em pequena escala de levantamentos de comportamentos na área do jogo junto a populações específicas (adolescentes, reformados, militares, etc.) mobilizando parceiros do ensino superior, servindo estes estudos como ponto de partida para reflexões locais passíveis de serem alargadas progressivamente para níveis regionais e nacionais.

⁶ Este autor e seus seguidores, deram grande ênfase aos processos de transição e adaptação aos diferentes contextos em que qualquer indivíduo se move e o papel das SPA quer na redução das tensões geradas por contradições e incongruências, quer nos processos de integração em função de códigos de conduta e expectativas.

- **Promover a existência de respostas diferenciadas (universais, seletivas e indicadas) para os diferentes grupos etários, de acordo com os níveis de risco detetados no âmbito dos CAD**

Independentemente da natureza dos CAD, é essencial que estejam disponíveis respostas diferenciadas ao nível de risco identificado dos indivíduos (respostas de carácter universal, seletivo ou indicado), nas modalidades mais adequadas (individuais, familiares, pequeno grupo ou comunidade), em função da realidade envolvente e os recursos disponíveis. A intervenção deverá preferencialmente recorrer a programas já validados do ponto de vista científico, ou, em caso de serem produzidos de raiz (em função da especificidade do grupo sujeito ou das problemáticas a abordar), seguir um procedimento de validação que envolve a avaliação de processo, de resultados e impacto, de acordo com as orientações emanadas pelo OEDT (EMCDDA, 2011). Reconhece-se contudo a importância de, face a programas de base científica comprovada, proceder à sua adaptação a realidades e contextos sociais específicos, visando reforçar a sua pertinência para os destinatários.

III.B. Ciclo de Vida do Indivíduo

As diferentes fases do ciclo de vida colocam ao interventor diferentes tipos de desafios, oferecendo, em função das tarefas desenvolvimentais em curso, oportunidades específicas, destacando necessidades e atenuando outras, requerendo estratégias diferenciadas.

o **Gravidez e crianças até aos 3 Meses**

É um período de transição e adaptação a uma nova realidade centrado quase exclusivamente no casal e com particular enfoque na grávida. Incide maioritariamente sobre os riscos associados ao impacto do consumo de substâncias no decurso do processo de gestação. Envolve sobretudo a sensibilização para o impacto das SPA no desenvolvimento fetal e no desenvolvimento do recém-nascido requerendo um forte investimento na capacitação de profissionais

o **Infância (dos 3 Meses aos 9 Anos)**

É um período prévio ao início dos consumos, ao longo do qual se constroem todas as bases relacionais que permitirão enquadrar futuras decisões face aos CAD. É um momento de modelação e como tal o papel dos pais, dos seus valores, crenças, atitudes e comportamentos são essências para as crianças. Por esta razão uma parte importante da intervenção incide sobre a sensibilização dos pais e encarregados de educação para os problemas associados ao consumo de SPA, e capacitação para, no seu papel educador e modelo de referência, desenvolverem precocemente fatores protetores em relação a esta problemática. Justifica-se igualmente o desenvolvimento de respostas específicas para grupos de maior vulnerabilidade em função da exposição a práticas de consumo na família ou contexto circundante; É também uma fase de contacto com o mundo exterior, através do ingresso na escola. Os processos educativos de ensino e aprendizagem promovem o desenvolvimento de competências podem enquadrar a transmissão de conhecimentos no âmbito das SPA, sendo essencial equacionar a pertinência dos mesmos face às vivências das crianças. A multiplicação dos contextos em que a criança evolui requer uma reflexão sobre a importância da intervenção comunitária promovendo a harmonização e a necessidade de coerência na abordagem a temas como o dos problemas ligados aos CAD.

o **Pré-adolescência e adolescência (dos 10 aos 24 anos)**

Esta etapa é marcada pelas tarefas que envolvem a adaptação às transformações corporais, a consolidação da identidade, a definição de um espaço próprio em função de um projeto de vida a delinear. A procura de uma maior autonomia e afirmação pessoal, poderá envolver

situações de tensão familiar que requerem dos pais a capacidade de negociação e de imposição de limites. Esta fase de afirmação poderá envolver a adoção de comportamentos tidos por si como típicos das idades mais velhas, comportamentos esses nos quais se enquadram o uso de SPA. Estes comportamentos são contudo adotados numa fase em que o organismo ainda não maturou limitando a capacidade de metabolização das substâncias sujeitando o organismo em caso de comportamento repetido a riscos de dano neurológico e hepático. As respostas preventivas devem incidir no reforço dos fatores protetores quer a nível individual através do desenvolvimento de competências socio emocionais, quer a nível familiar com o reforço de competências parentais e familiares, quer ainda a nível social, através da intervenção nos contextos onde se inserem.

- **Adultos entre os 25 e os 65 anos**

Este período do ciclo de vida corresponde à fase mais ativa no plano laboral e afetivo correspondendo à consolidação do indivíduo no seu local de trabalho, envolvendo um processo de progressiva especialização num domínio de atividade, e de conquista de um espaço próprio reconhecido e aceite pelos outros. Corresponde igualmente à estabilização da esfera afetiva e a construção de um projeto familiar, com a afirmação plena de autonomia face aos pais e a experimentação de novos papéis como a parentalidade, a representação em grupos sociais e o assumir de cargos de responsabilidade. O crescimento dos filhos coloca o indivíduo numa posição de charneira entre a geração dos seus pais e a nova geração dos filhos, enfrentando os riscos associados ao choque de papéis e à procura de afirmação de um estilo educativo próprio face ao estilo de educação dos avós. A multiplicidade e complexidade da vida adulta, associada à dispersão entre diferentes contextos, aumento de responsabilidades e gestão do processo natural de envelhecimento conferem a este período um carácter heterogéneo que requer a diferenciação das intervenções por diferentes contextos, cobrindo múltiplos comportamentos de risco não apenas do próprio mas agora também dos seus descendentes. Por outro lado, face à presente instabilidade social, as tarefas típicas deste período são frequentemente comprometidas por fatores externos, obrigando também ao desenvolvimento de respostas de suporte à gestão da crise e o seu impacto no indivíduo e no seu agregado.

- **Adultos com mais de 65 anos**

Esta etapa do ciclo de vida é marcada pela transição da vida ativa para a aposentação, bem como pelo processo natural de envelhecimento físico. Pressupõe uma reformulação do projeto de vida e a revisão das expectativas de rendimento no que diz respeito às capacidades físicas e mentais. A intervenção nesta etapa deve envolver não apenas a promoção de um nível de atividade regular, mas também a adequação dos interesses às reais capacidades do indivíduo

sénior, e à promoção da participação ativa em atividades familiares e comunitárias que mantenham um sentimento de utilidade e sentido para a vida.

III.B.1.Períodos Críticos

- **Gravidez e crianças até aos 3 meses**
 - **Sensibilizar e disponibilizar informação junto às grávidas e seus envolventes diretos sobre o impacto dos CAD no desenvolvimento fetal.**

Reconhecendo a experiência das equipas de saúde materno infantil, na exploração destas questões, sublinha-se a importância de se fazer um diagnóstico das necessidades formativas face ao conhecimento destes técnicos sobre CAD.

Na sequência deverão ser organizados programas formativos dirigidos aos profissionais que contactam com esta população, para um melhor domínio sobre o impacto das SPA no desenvolvimento fetal.

Tendo em conta que esta ação pressupõe o envolvimento de diferentes setores da saúde, será fundamental definir, a nível local/regional e nacional, os canais de comunicação, para agilizar a articulação inter e intra-institucional nesta área.

No que diz respeito à intervenção directa com o grupo alvo, é importante desenvolver trabalho de sensibilização/informação junto às mulheres grávidas e seus companheiros para o impacto dos seus comportamentos aditivos ao nível das SPA no desenvolvimento fetal.

Esta intervenção pode assumir um carácter específico se direccionada para populações de risco acrescido, nomeadamente grávidas adolescentes, grávidas dependentes de SPA ou trabalhadoras grávidas com funções de risco.

Para que este trabalho possa ter uma abrangência mais alargada poderá ser suportado por materiais de distribuição maciça recomendando-se a produção de desdobráveis construídos com a preocupação de se adaptarem a populações específicas em função dos contextos em que a intervenção é desenvolvida (saúde, contexto laboral, prisional, serviço social, entre outros). Esses desdobráveis, para além da informação referente ao impacto do consumo de determinada substância no desenvolvimento fetal, em função da regularidade e intensidade do mesmo,

deverão incluir ainda informação sobre a rede de recursos com especial destaque para a linha de apoio 1414.

- **Infância (dos 3 meses aos 9 anos)**

- **Promover respostas preventivas precoces que fomentem a resiliência e que reforcem processos de vinculação familiar, escolar e social, bem como a promoção de competências socio emocionais de acordo com o estágio de desenvolvimento.**

É importante ter a noção do trabalho que já está a ser desenvolvido nesta área, ao nível dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), da Educação (Jardins de Infância, Escolas de 1º ciclo), da Segurança Social (Instituições Tutelares de Menores), entre outros.

Não centrar as abordagens na informação sobre SPA, mas no desenvolvimento de fatores protetores (desenvolvimento de competências socio emocionais, tais como gestão de emoções, comunicação emocional, assertividade, desenvolvimento de autoconhecimento, autoeficácia e autoestima, desenvolvimento de competências relacionais, resolução de problemas, tomada de decisão e gestão de conflitos, etc.).

Dar especial ênfase aos processos fomentadores de um sentimento de pertença familiar, escolar, comunitária, protagonismo atribuição e exploração de papéis sociais e responsabilidade – regras e consequências positivas e negativas.

Facilitar a criação de ambientes de desenvolvimento ótimo (Seligman e Csikszentmihaly, 2000)⁷, favorecedores da exploração das competências pessoais e da aceitação das regras coletivas (domínio ativo sobre o contexto, autonomia, prazer de aprender, desafio adequado às capacidades, reforço da autorregulação, etc.).

Desenvolver precocemente uma relação de apoio/suporte às famílias, através de um trabalho articulado entre o contexto escolar e o familiar (iniciar ao nível do jardim de infância).

⁷ Estes dois autores, centrais no movimento da psicologia positiva enfatizam numa edição especial da revista *American Psychologist* de 2000, o escasso enfoque dado pela investigação aos potenciais humanos destacando a necessidade de pesquisas sobre aspetos como, por exemplo, esperança, criatividade, coragem, sabedoria, espiritualidade, felicidade.

Apostar em intervenções de carácter continuado (múltiplas sessões) de regularidade semanal ou quinzenal, com uma forte componente interativa e focando conteúdos imediatamente aplicáveis à fase de vida em curso.

Dar primazia a programas de prevenção já estudados e eficazes aplicando-os de forma fiel às suas orientações metodológicas.

Negociar local, regional e a nível nacional o enquadramento dos programas na dinâmica curricular / institucional tendo por base a noção de que as intervenções mais eficazes são integradas nas componentes pedagógicas mais alargadas.

- **Sensibilizar os envolventes diretos e indiretos para os riscos inerentes à exposição a CAD**

Disponibilização de intervenções familiares que promovam: (1) o reforço da estrutura familiar (coesão, união, organização, flexibilidade, respeito, integração e suporte social); (2) as competências parentais (desenvolvimento de ambientes e relações familiares positivas, comunicação emocional, normas e limites, acompanhamento e supervisão parental); (3) a sensibilização aos riscos do tempo excessivo de exposição aos ecrãs (televisão, consolas, computadores). Enfoque específico no comportamento/atitude dos pais face aos CAD, enquanto modelos de influência.

Antecipando as dificuldades de adesão dos encarregados de educação/pais/famílias à integração e manutenção em programas organizados e continuados, devem ser adotadas estratégias de motivação, reforço e retenção dos mesmos, nomeadamente através da escolha de horários adequados, apoio às famílias no que diz respeito ao cuidado aos menores a cargo durante o tempo das seções de trabalho, incentivos à participação através da distribuição gratuita de materiais pertinentes aos temas a abordar e providenciar a alimentação à família, entre outras medidas.⁸

⁸ A necessidade de tratar do jantar da família é uma das razões, a parte do cuidar dos filhos, mais utilizada para justificar a não adesão a programas de desenvolvimento de competências parentais. Colaboração com parceiros que possam providenciar alimentação – Segurança Social, ONG,s cantinas escolares, etc. – permite ultrapassar este tipo de obstáculos, criando contextos – se a refeição integra o programa de trabalho – que permitem a observação e intervenção sobre a interação familiar no decurso da refeição.

- **Capacitar os profissionais para a deteção precoce de sinais de alerta relativos a problemas ligados com CAD**

Organizar programas formativos dirigidos aos profissionais que trabalham com este grupo etário para um melhor domínio sobre o impacto dos CAD no desenvolvimento pessoal, em função das necessidades avaliadas. Idealmente a formação destes profissionais deverá ser orientada à ação pressupondo a aplicação dos conhecimentos adquiridos em programas a delinear no decurso da própria formação.

Sensibilizar para o desenvolvimento de respostas preventivas de tipo seletivo e indicado em famílias com CAD onde existam crianças nesta faixa etária.

- **Pré-adolescência e adolescência (10-24)**
 - **Sensibilizar e informar para os riscos e consequências associados aos CAD nomeadamente das NSP, dos esteróides anabolizantes e das dependências sem substância, tendo em consideração os processos de transição biopsicossociais desta fase de desenvolvimento.**

Relativamente a este grupo etário, surge como pertinente a abordagem às SPA em complemento com alguma sensibilização anterior aos comportamentos aditivos ligados ao jogo. No que diz respeito a esta última área, a exploração do tema deverá progressivamente evoluir da quantidade de tempo de ecrã, para a natureza dos mesmos e posteriormente o jogo em rede e mais tarde o jogo que envolve dinheiro (compra de recursos e apostas). A reflexão deverá ir quer no sentido da redução de riscos, quer do significado destes comportamentos no equilíbrio do indivíduo, numa perspetiva do desenvolvimento de estratégias de autorregulação quer do tempo de jogo, quer dos gastos.

As SPA não devem ser abordadas como um bloco (Tobler cit por McBride, 2003, Jones, 2007), mas introduzidas progressivamente, iniciando-se com o tabaco e o álcool⁹ e só posteriormente os derivados da cannabis e as novas substâncias psicoativas. Deverá ser desenvolvido igualmente uma linha de sensibilização específica, tendo por base o recurso aos esteróides anabolizantes e

⁹ São vários os autores (Tobler, 1997, McBride, 2003, Botvin et Griffin, 2007, Jones et al, 2007) que sublinham a importância da prevenção incidir sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos, pertinentes à faixa etária a que se destinam, devendo iniciar-se numa fase imediatamente anterior à experimentação das substâncias, abordando os mecanismos através dos quais se estabelece o contacto entre o sujeito, a substância e os contextos facilitadores de consumo. Deste modo a introdução progressiva das substâncias permite o garante dessa contingência entre a informação e a aplicação da mesma no retardar do início dos consumos.

aos anorexígenos como substâncias de suporte ao moldar do corpo adolescente, aos padrões estéticos veiculados e preconizados. Este processo de sensibilização deverá não apenas ter em atenção o impacto destas substâncias no organismo, mas igualmente no plano comportamental e psicológico. É importante alargar a exploração deste tema aos suplementos alimentares e à capacidade de leitura da informação nutricional como forma de promover uma atitude responsável na gestão deste tipo de recursos¹⁰.

Com a progressão ao longo deste grupo etário, a incidência deverá evoluir das consequências do consumo a curto, médio e longo prazo para introduzir junto às faixas etárias mais velhas os comportamentos de risco associados, nomeadamente no plano da sexualidade, comportamentos agressivos e condução de veículos sobre o efeito de SPA.

○ **Intervenção com o envolvimento dos pais**

O envolvimento dos pais na intervenção mantém-se uma constante, embora seja necessário adaptá-la ao papel desempenhado por estes na vida do adolescente. O trabalho desenvolvido com os pais deverá passar pela exploração de vários aspetos como a capacidade de comunicar, gerir conflitos e negociar os limites, justificando-se formação no âmbito dos riscos associados a CAD. Deverá ser desenvolvido um trabalho específico que permita uma maior consciência do contexto recreativo e dos riscos que lhe estão associados, e potenciais atitudes a adotar na gestão equilibrada da autonomização dos filhos. A análise de sinais de alarme/indicadores de eventuais consumos de SPA ou outros CAD poderá ser uma mais-valia, enquanto leitura em constelação, enquadrada pela compreensão do funcionamento da rede de recursos, em especial da utilização da linha 1414.

○ **Capacitar os profissionais para a deteção e intervenção nos CAD**

No plano da capacitação de profissionais para a intervenção com este grupo, destacam-se como principais áreas de desenvolvimento de competências: (1) conhecimentos sobre as SPA, seus efeitos e riscos; (2) conhecimento dos mecanismos associados ao desenvolvimento de CAD sem substâncias; (3) técnicas de entrevista motivacional; (4) modelo e prática das intervenções breves; (5) capacitação para a condução de programas de intervenção continuada (Eu e os

¹⁰ Alguns especialistas vêm desde há muito chamando à atenção para a importância de alertar para o risco de produtos postos a circular na internet no domínio dos suplementos alimentares anunciando resultados rápidos na perda de peso ou no desenvolvimento de massa muscular, vendidos fora dos normais circuitos comerciais e apresentando informação insuficiente ou errada sobre os conteúdos incluídos nesses produtos.

Outros, Trilhos, etc.); (6) dinâmica de grupos; (7) relação de ajuda e trabalho de pares; (8) intervenções de proximidade em contextos recreativos; (9) modelo colaborativo de resolução de problemas.

Intervir numa perspectiva de motivação para a mudança, bem como referenciar para respostas de acordo com o nível de risco identificado.

- **Período dos 10 aos 14 anos**
 - **Promover respostas preventivas precoces que fomentem a resiliência e que reforcem os processos de vinculação familiar, escolar e social; suporte aos processos de autonomização; promoção de competências socio emocionais de acordo com o estadio de desenvolvimento.**

Manter os princípios orientadores da intervenção traçados para o ciclo de vida anterior. Reforçar a importância da criação de vínculos sociais com estruturas ou entidades que favoreçam a consolidação de uma identidade positiva, através do sentimento de pertença (escola, clube desportivo, associações juvenis, etc.).

Ao nível do desenvolvimento de competências socio emocionais, dar um destaque adicional à tomada de decisões, resolução de problemas, gestão de conflitos, autoconfiança, assertividade, resistência à frustração e à pressão de pares, em função de serem competências mais necessárias numa fase de afirmação individual e de adaptação a novos contextos/estatutos.

Maior enfoque nos conhecimentos sobre CAD, em especial o tabaco, álcool e comportamentos aditivos sem substância. Exploração da perceção dos riscos ligados aos CAD, alternativas de prazer e de afirmação pessoal.

Manter o investimento na relação de apoio/suporte às famílias, através de um trabalho articulado entre o contexto escolar e o familiar. Tendo em conta uma menor capacidade por parte da escola para mobilizar as famílias, recorrer a estratégias de trabalho de pares, fomentando uma maior aposta no trabalho de "pais para pais" (nomeadamente através das associações de pais).

Reforçar a necessidade de negociar a nível local, regional e nacional o enquadramento dos conteúdos, programas e intervenções no âmbito dos CAD na dinâmica curricular / institucional, tendo por base a noção de que as intervenções mais eficazes são integradas componentes pedagógicas mais alargadas. Possibilidade de recurso às disciplinas como forma de ultrapassar as

limitações resultantes da ausência de tempos disciplinares não curriculares, mediante a introdução destes temas nos conteúdos dos currículos.

Sendo este período crítico marcado por uma transição escolar que implica maior autonomia e competências nem sempre adquiridas, reforça-se a importância de pensar os ambientes escolares como favorecedores da exploração das competências pessoais e da aceitação das regras coletivas (domínio ativo sobre o contexto, autonomia, prazer de aprender, desafio adequado às capacidades, reforço da autorregulação, etc.), bem como a responsabilidade individual na manutenção de um bem-estar coletivo.

- **Desenvolver intervenções específicas dirigidas aos pais e encarregados de educação responsáveis pelos comportamentos de risco do menor no âmbito dos CAD, nomeadamente no âmbito do regime legal para o álcool;**

No que diz respeito à intervenção com os pais, as competências parentais a desenvolver devem ainda manter um enfoque sobre o sentimento de pertença, embora a autonomização e a abertura dos filhos ao exterior assumam progressivamente maior relevância. Mantém-se a importância de explorar a comunicação emocional e a resolução de problemas segundo um modelo colaborativo de problemas segundo um modelo colaborativo (Ross Green, 2010)¹¹, envolvendo estratégias de negociação e de construção de compromissos para uma melhor definição de regras e gestão de limites.

Ainda no plano da intervenção com famílias, poderão ser desenvolvidas linhas de trabalho conjunto – pais e filhos – que envolvam espaços diferenciados e espaços de discussão partilhados. Possibilidade de recurso a programas que promovam atividades de resolução conjunta.

- **Sensibilizar os envolventes diretos e indiretos para os riscos inerentes à exposição aos CAD, capacitando-os no âmbito das competências parentais**

Os conteúdos abordados com os pais podem agora compreender informação sobre SPA, incidindo sobre efeitos, riscos, enquadramento legal, atitudes face a sinais de alerta e rede de

¹¹ Ross Greene e seus colegas da Harvard Medical School vêm defendendo desde 2004, a importância de desenvolver programas de treino parental que minimizem o efeito de um conjunto de medidas disciplinares que contribuem para o desenvolvimento de comportamentos de oposição de desafio às figuras de autoridade. Estes programas promovem a adoção de uma abordagem positiva do conflito, a mobilização do jovem para a construção de uma resposta conjunta à situação desencadeante, o uso de adequadas instruções, reforço positivo e atenção contingente e o recurso ao procedimento de time-out.

respostas. O principal enfoque deverá ser sobre as substâncias lícitas (álcool e tabaco) e as substâncias ilícitas de iniciação (cannabinoides).

Também a temática dos comportamentos aditivos sem substância – jogo e *internet* – devem assumir maior destaque com a sensibilização para a adoção de medidas de monitorização das atividades *online* dos filhos.

De novo se antecipam maiores dificuldades em mobilizar os pais para a participação em programas de carácter estruturado. As dificuldades sentidas na educação dos filhos poderão contudo, funcionar como fator motivacional, sendo no entanto importante procurar promover a criação de condições facilitadoras do envolvimento e participação das famílias, já anteriormente referidas.

- **Período 15 aos 19 anos**

- **Promover respostas preventivas que (1) explorem crenças e atitudes facilitadoras de CAD, (2) desenvolvam competências socio emocionais (3) incidam sobre o desenvolvimento de projetos de vida, de acordo com o estadio de desenvolvimento.**

As respostas preventivas para este período crítico deve incidir nos factores de risco de iniciação dos consumos e nos processos de manutenção e/ou de reforço dos mesmos face à crescente autonomia e mudança de contextos. Havendo uma continuidade de trabalho com o

período crítico anterior, a resposta preventiva deve concentrar-se no reforço de competências com uma atualização da informação e estratégias a novos contextos e dinâmicas vivenciais.

A mudança e diversidade de contextos deve pressupor uma exploração das expectativas e crenças sobre o papel das SPA nessas novas realidades.

Este período crítico traz como novidade a necessidade de explorar o impacto do consumo de SPA em comportamentos emergentes como a sexualidade e a condução. A exigência ao nível dos resultados escolares, poderá igualmente acarretar o recurso a medicamentos ou outras SPA para aumentar a capacidade de trabalho, aspeto que deve igualmente ser objeto de exploração.

Com a maior autonomia e o aumento das saídas noturnas, é importante incidir a intervenção preventiva na compreensão do funcionamento dos contextos recreativos, no que diz respeito à gestão dos desafios e promoção do consumo e do enquadramento legal das diferentes SPA, em particular no que diz respeito às alterações à lei do álcool. Este trabalho deve ser feito antes da estabilização das saídas noturnas como prática regular, antecipando expectativas e motivações.

Com base nessas motivações, perceções de risco e atitudes face ao consumo de SPA, poderá ser desenvolvido um trabalho de treino de competências, visando responder às necessidades que terão resposta através da substância, nomeadamente ao nível da desinibição, reforço da autoestima, tomada de decisões, gestão de conflitos, etc.

Deverão igualmente ser explorados os objetivos de vida a curto prazo em função da análise vocacional destes jovens, por forma a conjugar as motivações de realização pessoal com o desejo de diversão. Este tipo de abordagem poderá ser feito a partir do contexto familiar, escolar e desportivo, requerendo para tal um processo de capacitação dos envolventes.

- o **Desenvolver intervenções específicas dirigidas aos pais e encarregados de educação de menores com comportamentos de risco do menor no âmbito dos CAD, nomeadamente no âmbito do regime legal para o álcool.**

O envolvimento dos encarregados de educação de menores neste período crítico, sofre transformações, tendo em conta o processo de autonomização e a natural da função de referência dos pais para os adolescentes. Mantem-se contudo como essencial, a sua função de monitorização em relação aos projetos de vida – traçar objetivos, identificar recursos necessários e ajudar a manter o investimento dirigido às metas traçadas e às experiências de autonomização. Preparar os encarregados de educação para a gestão de situações de potencial conflito, reforçando o envolvimento do jovem como parte da solução. Para tal é fundamental capacitar os encarregados de educação com conhecimentos sobre o contexto recreativo, as práticas de consumo que nele se verificam e os riscos associados, bem como os recursos mobilizáveis para lhes fazer frente.

É essencial promover o compromisso dos pais em relação aos comportamentos dos filhos, sublinhando o determinado nos diplomas legais que enquadram o consumo de bebidas alcoólicas por um lado, e de SPA ilegais por outro. Estes diplomas preveem a notificação dos encarregados de educação em situações de intoxicação no primeiro caso ou de posse no

segundo, podendo a medida envolver ainda o envolvimento das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), em caso de recorrência, perspetivada enquanto negligência parental.

- **Incentivar o envolvimento de pares no processo preventivo, enquadrados tecnicamente.**

Recomenda-se a mobilização de grupo de pares para a dinâmica preventiva, podendo esses pares serem adultos – pais, trabalhadores, etc. – ou jovens. Este envolvimento dos pares deverá passar por um processo formativo no âmbito da relação de entre ajuda e a capacitação de técnicos para o suporte a estes grupos, numa dinâmica comunitária. Estes processos poderão adaptar-se a quase todos os contextos, assumindo um carácter mais formal ou mais informal de acordo com a natureza da intervenção. Numa perspetiva de trabalho de proximidade – como no caso do ensino superior ou do meio laboral – a possibilidade de ter informação estruturada para oferecer, e o domínio de um conjunto de informações em termos de efeitos, estratégias de redução de riscos e da rede recursos, poderá facilitar a tarefa do par interventor, para além das suas competências de ajuda.

A articulação entre pares e profissionais deve ser regular e estável, por forma a evitar sobreposição de papéis e sobrecarga emocional dos primeiros. O processo evolutivo dentro desta estratégia poderá permitir um percurso dentro dos grupos de intervenção, com os mais experientes a assumirem um papel intermédio de tutores entre os profissionais e os novos ajudantes.

- **Período dos 20 aos 24 anos**
 - **Promover respostas preventivas que (1) explorem crenças e atitudes facilitadoras de CAD, (2) processos de entreajuda (3) exploração e desenvolvimento de projetos de vida.**

As respostas preventivas para este período crítico envolvem, à semelhança do ciclo anterior, os processos de adaptação a novos contextos, nomeadamente a entrada no mercado de trabalho. A intervenção preventiva no âmbito dos CAD deve ir ao encontro do papel desempenhado pelos comportamentos aditivos nos processos adaptativos. A intervenção deve cruzar com temas como a insegurança quanto à procura de emprego, as dúvidas sobre a capacidade de impressionar

positivamente os outros, a gestão do stress, a capacidade de tomar decisões que permitam o corte com a dependência familiar, a gestão de relações afetivas mais estáveis, entre outros temas. A intervenção poderá ter por base o contexto universitário, a formação profissional ou o contexto laboral.

A prevenção não incide tanto sobre o retardar das experiências, mas também na redução do impacto das mesmas. Maior incidência sobre a redução de riscos e processos de referenciação em casos identificados como problemáticos. A intervenção é desenvolvida com pessoas que não identificam o seu comportamento como problemático, pelo que a preparação dos intervenores para uma postura de aceitação e abertura face ao consumo deverá ser uma exigência.

Numa perspetiva de prevenção indicada, a intervenção poderá passar pela exploração do impacto dos consumos no rendimento do individuo face aos objetivos por si traçados. A consciência das alterações introduzidas pelo consumo ao nível de comportamentos, bem-estar físico e mental e na rede relacional poderá permitir ao individuo posicionar-se face à necessidade de ajuda.

- o **Sensibilizar os envolventes diretos para a deteção de sinais de alteração de padrões de comportamento e de outras perturbações associados aos SPA.**

De uma forma menos marcada e com um papel limitado, a família continua ainda a ser um contexto onde a relação entre pais e filhos, entre irmãos e a relação com membros de um núcleo familiar mais alargado poderão permitir a identificação de sinais de mal-estar. A intervenção preventiva deverá alargar a sensibilidade generalizada para estes sinais reforçando a importância dos serviços de apoio telefónico como primeira linha de resposta e do conhecimento da rede de suporte alargada para casos que requeiram uma referenciação e um apoio direto.

As principais estratégias para o desenvolvimento desta linha orientadora, recaem sobre o desenvolvimento de ações de sensibilização dirigidas à comunidade em geral, a grupos específicos (nomeadamente trabalhadores e reclusos) ou no âmbito de processos formativos (universitários, quadros profissionais, treinadores e dirigentes desportivos). Estas estratégias poderão beneficiar do suporte da difusão alargada de informação em desdobráveis e sites institucionais.

- **Promover a responsabilização e o envolvimento de pares no processo preventivo enquadrados por técnicos.**

Uma parte da intervenção preventiva deve passar pelo garantir de um enquadramento que permita o relativizar dos riscos associados a um consumo de risco mantido e evitar que ele assuma um carácter regular. Nesse sentido, é essencial a mobilização dos pares para funcionarem como elementos contentores, capazes de lerem sinais de maior desequilíbrio e de agirem em conformidade com os mesmos referenciando para o nível de resposta necessário de acordo com o risco identificado. Esta mobilização deve ocorrer nos diferentes contextos em que o indivíduo evolui nomeadamente no contexto laboral, universitário, desportivo, etc.

No primeiro destes planos, é fundamental promover a consciencialização dos riscos associados ao desenvolvimento de atividades laborais sobre o efeito de SPA, quer ao nível da possibilidade de acidentes, quer da perda de rendimento pelos erros resultantes da perda de concentração e o compromisso de competências intelectuais.

Do mesmo modo, no contexto universitário, a perda de rendimento, e a instalação de situações de insucesso académico podem por vezes levar à procura de compensações no recurso a outro tipo de substâncias psicoativas associadas ao aumento de capacidade de trabalho e de resistência ao cansaço. De novo é fundamental reforçar o papel dos pares na identificação destas práticas e no desencadear de processos de apoio com suporte ou não nos gabinetes de apoio ao estudante, processos esses que requerem um conhecimento das respostas existentes na rede envolvente. Sublinha-se a importância de promover um processo de mobilização dos estudantes universitários para o seu envolvimento em intervenções na comunidade, quer enquadrando-as em áreas curriculares das licenciaturas e mestrados, quer através do desenvolvimento de programas de voluntariado.

- **Promover uma resposta articulada com a redução de riscos e minimização de danos associados aos CAD**

É importante para esta faixa etária desenvolver respostas de redução de risco no âmbito do contexto recreativo, capacitando interventores para respostas que conjuguem a informação sobre efeitos das SPA de consumo recreativo, respostas de escuta ativa, gestão de conflitos e gestão de situações de crise, componentes essenciais na intervenção de proximidade. A abordagem deve assumir conteúdos simples, enquadrados em estratégias de proximidade com uma atitude de aceitação das opções individuais no plano do consumo de SPA.

O enfoque da intervenção junto a este grupo etário deverá ser dado ao policonsumo. Numa perspetiva preventiva é essencial disponibilizar informação que sublinhe o risco resultante da mistura de substâncias psicoativas, nomeadamente a combinação entre estimulantes e depressores a nível do sistema cardiovascular e a associação a mortes por paragem cardíaca ou a acidentes de viação por colapso físico.

Tratando-se de uma faixa etária com forte incidência de mortes por acidentes rodoviários, parte da intervenção preventiva poderá envolver o desenvolvimento de parcerias com forças de segurança para que estratégias de dissuasão sejam desenvolvidas em articulação com as respostas de redução de risco. A disponibilização de testes de alcoolemia e a sensibilização prévia para um consumo moderado de bebidas, associada ao desenvolvimento de estratégias que incidam na definição dentro do grupo de pares de funções contentoras e cuidadoras que evitem danos maiores resultantes de um consumo isolado ou na companhia de estranhos¹².

É igualmente importante a sensibilização desta faixa etária para que não assumam um papel facilitador do consumo de álcool por parte de menores, sublinhando as alterações introduzidas no novo decreto-lei, através das quais os facilitadores poderão ser penalizados com coimas caso sejam identificados em pleno ato.

Deverão ser desenvolvidas abordagens sensibilizadoras de redução de riscos no âmbito dos comportamentos aditivos sem substância, designadamente o jogo a dinheiro. Preconiza-se a exploração deste tema e a produção de materiais e estratégias de suporte a esta linha de ação, quer a nível nacional quer a nível regional e local.

Finalmente, ainda que com menor incidência, a prática de consumos de esteroides anabolizantes e outros suplementos alimentares de composição não controlada, encontram nesta faixa etária um nicho de intervenção ao nível dos frequentadores de ginásios e entre jovens que fazem do culto do corpo. A exploração desta realidade e a sensibilização de parceiros (na área da saúde, desporto, contexto prisional, meio laboral, entre outros) para uma maior valorização desta problemática, deve ser assumida como uma área de progressivo investimento.

¹² Algumas estratégias preventivas apostam na promoção de uma reflexão sobre o papel específico dos diferentes elementos de um grupo de amigos reforçando a função contentora de uns e identificando os riscos associados às características de outros, visando atenuar os segundos em função da ação dos primeiros. A responsabilização do grupo pelo cuidar dos seus elementos é essencial na redução de situações em que o desenvolvimento de situações de risco ocorre fora do grupo de referência.

- **Adultos dos 25 aos 64 anos**
 - **Incentivar os indivíduos enquanto cidadãos a serem agentes proativos na gestão da sua saúde, promovendo comportamentos saudáveis, nos diversos contextos**

As respostas preventivas neste período crítico revestem-se de um carácter completamente diferente dos anteriores grupos etários. Raramente os comportamentos aditivos, nomeadamente no que se refere a SPA, têm o seu início tão tardio, pelo que a prevenção deverá incidir no evitar o estabelecimento de dependência em indivíduos com consumos habituais, em complementaridade com a redução de riscos em contextos específicos – nomeadamente o recreativo e o laboral – e a minimização de danos, evitando complicações físicas, mentais e sociais mais graves.

Este tipo de trabalho poderá ser desenvolvido através de processos de sensibilização anteriormente referidos como as sessões de sensibilização dirigidas à população em geral ou em contexto laboral, complementadas pela difusão de informação em sites institucionais. Contudo, tendo em conta que os comportamentos aditivos assumem nesta fase o carácter compensatório face à tensão envolvente – excesso de trabalho ou falta dele, crises familiares, perdas, etc. – a intervenção preventiva pode assumir uma maior aproximação à abordagem promotora da saúde, incidindo sobre práticas geradoras de bem-estar ou atenuantes do stress. Os comportamentos aditivos com ou sem substância devem ser enquadrados numa perspetiva mais alargada de respostas adaptativas e deste modo serem relativizados e compreendidos como parte de uma constelação de sinais mais ampla.

Os adultos devem ser responsabilizados não apenas pela manutenção do seu equilíbrio mas igualmente pela criação de contextos relacionais de suporte aos seus envolventes. Muito do esforço preventivo levado a cabo por profissionais depende da adesão e envolvimento dos indivíduos deste grupo etário, enquanto pais, colegas de trabalho ou adultos com responsabilidades na comunidade.

O desenvolvimento de processos de formação para o desempenho de papéis de entreajuda têm pouca expressão em Portugal. As experiências de programas envolvendo pais operadores ou de operadores sindicais para a área da toxicodependência, teve alguma expressão nos anos 90, mas em alguns casos foi perdendo expressão que é importante reavivar. As dinâmicas comunitárias requerem a participação do cidadão e os contextos ideais para ativar essa consciência são o escolar e o laboral, tirando proveito quer da função cuidadora enquanto pais quer da responsabilidade resultante de funções profissionais.

O processo formativo de pares visa promover uma atitude empática às vivências dos outros e o reforço da capacidade de resposta face a situações de crise partilhadas. Este processo embora dirigido aos outros deverá assentar na exploração das suas próprias crenças atitudes e valores num processo de desenvolvimento pessoal que deverá servir de base ao desempenho de um papel modelar junto aos seus envolventes.

- **Sensibilizar para o papel das SPA nos processos de adaptação a mudanças críticas e gestão de situações de stress e de desgaste prolongado.**

Deverá ser dada especial ênfase ao papel das SPA nos processos de adaptação a mudanças críticas, nomeadamente a integração no mercado de trabalho, os processos de autonomização e constituição de família, o nascimento do primeiro filho, processos de separação e divórcio, de mudança de emprego e de reforma. Em todos eles, as SPA e o álcool em particular, podem assumir uma função de mecanismo de adaptação e de redução de ansiedade. Neste sentido, poderá ser desenvolvido um trabalho de sensibilização de profissionais de saúde (médicos de medicina geral e familiar e médicos de saúde ocupacional) para a análise de situações identificadas, avaliação de risco e encaminhamento para respostas especializadas caso se justifique.

- **Adultos dos 25 aos 44 anos**
 - **Promover respostas preventivas que (1) explorem crenças e atitudes facilitadoras de CAD, (2) processos de entreajuda (3) exploração e desenvolvimento de projetos de vida e ajustamentos aos mesmos, de acordo com o estadio de desenvolvimento, em especial na sua aplicação à função parental**

Neste período crítico é essencial explorar crenças e atitudes facilitadoras de CAD, quer em função da compreensão dos riscos associados aos consumos, quer do conhecimento do enquadramento legal das SPA, quer ainda do consciência das prevalências do consumo na população. Este tipo de reflexão poderá ser objeto de intervenções pontuais dirigidas à comunidade local, campanhas alargadas à população em geral, ou a grupos específicos – grávidas, trabalhadores, militares,

prisioneiros e guardas prisionais, etc. – programas de formação de pares para a sua capacitação enquanto parceiros de intervenções na comunidade.

Em termos da função parental, é fundamental sensibilizar para o impacto do modelo parental no comportamento dos filhos, nomeadamente ao nível do assimilar de crenças e atitudes de risco face ao consumo de SPA. Esse tipo de sensibilização deverá incidir sobre o tabaco, álcool e cannabis, explorando a avaliação de risco por parte dos pais e o conhecimento sobre a influência destas substâncias no processo de desenvolvimento dos jovens. A sensibilização deverá ser alargada a uso de outras substâncias nomeadamente ao uso indevido de medicamentos, prescritos ou não.

- **Promover a responsabilização e o envolvimento de pares no processo preventivo enquadrados tecnicamente**

A introdução à prática da escuta ativa e da aplicação do modelo colaborativo de resolução de problemas poderá, ao nível da relação de pares, criar condições motivacionais para o pedido de ajuda em situações de CAD.

Nesta faixa etária o papel dos pares poderá situar-se em múltiplos contextos, nomeadamente o meio laboral, o prisional, o desportivo e o comunitário, entre outros.

A sua proximidade às realidades e linguagens, a sua disponibilidade e acessibilidade faz do par a primeira linha do esforço preventivo representando a sua capacitação e o apoio à manutenção de associações em que se congregam uma importante aposta estratégica.

- **Promover a articulação com respostas de redução de riscos e minimização de danos associados aos CAD, conjugando espaços e tempos de intervenção preventiva, com respostas de proximidade a proporcionar por equipas desta área específica de intervenção.**

Para esta área de articulação, é importante alargar a esta faixa etária as respostas de redução de riscos no âmbito do contexto recreativo. Para além da já referida sensibilização aos riscos de acidentes rodoviários e aos comportamentos sexuais desprotegidos associados ao uso de SPA, é importante sensibilizar para o impacto do policonsumo de SPA associado aos estilos de vida

recorrentes nesta faixa etária, marcados por um maior sedentarismo, uma alimentação menos cuidada, menor higiene do sono, etc.

É igualmente importante a sensibilização desta faixa etária para que não assumam um papel facilitador do consumo de álcool por parte de menores em contexto recreativo, sublinhando as alterações introduzidas no novo decreto-lei, através das quais os facilitadores poderão ser penalizados com coimas, caso sejam identificados em pleno ato.

Deverão ser desenvolvidas abordagens sensibilizadoras de redução de riscos no âmbito dos comportamentos aditivos sem substância, nomeadamente no âmbito do jogo a dinheiro. Preconiza-se a exploração deste tema e a produção de materiais e estratégias de suporte a esta linha de ação, quer a nível nacional quer a nível regional e local.

Finalmente, ainda que com menor incidência, a prática de consumos de esteroides anabolizantes e outros complementos alimentares com substâncias proibidas, encontram nesta faixa etária um nicho de intervenção ao nível dos frequentadores de ginásios e entre jovens que fazem do culto do corpo. A exploração desta realidade e a sensibilização de parceiros (na área da saúde, desporto, contexto prisional, meio laboral, entre outros) para uma maior valorização desta problemática, deve ser assumida como uma área de progressivo investimento.

- **Adultos dos 45 aos 64 anos**

- **Promover respostas preventivas que: (1) explorem crenças e atitudes facilitadoras de CAD, (2) processos de entreajuda (3) exploração e desenvolvimento de projetos de vida.**

As respostas preventivas para este período crítico, deverão incidir sobre processos de mudança, nos quais as SPA assumem uma função adaptativa, redução de ansiedade, nomeadamente no plano laboral – situações de instabilidade do vínculo e preparação para a reforma – e no plano dos papéis parentais, ao nível da gestão de padrões de comportamentos aditivos assumidos pelos próprios e pelos familiares.

- **Capacitar os envolventes diretos para a deteção de sinais de alteração de comportamento, de défices cognitivos e de doença mental associados aos CAD bem como o desenvolvimento de padrões comportamentais associadas às dependências sem substância.**

No plano laboral, a ênfase deverá incidir sobre os riscos inerentes a acréscimos de responsabilidade resultantes da experiência profissional acumulada, ou tensões inerentes à redução da disponibilidade física e mental que caracterizou fases etárias anteriores. Estes fatores de risco poderão estar associados a sentimentos de desvalorização ou *burnout* profissional, potencialmente geradores de comportamentos de risco com ou sem SPA. Nesta perspectiva, a capacitação dos envolventes passa pela identificação de sinais de alerta e a ativação de respostas de apoio que possam evitar, entre outros, o recurso a medicação compensatória (auto prescrita ou não) e/ou a instalação de problemáticas de dependência.

- **Promover a responsabilização e o envolvimento de pares no processo preventivo tecnicamente enquadrados**

Aplica-se nesta faixa etária tudo o que foi dito no grupo anterior, destacando-se contudo que, a este nível, para além da função cuidadora de menores e/ou adolescentes emerge nesta fase o papel de cuidador dos progenitores numa fase de maior dependência na qual poderão agudizar-se alguns comportamentos de risco com ou sem substância.

A atividade do par perde a sua associação à função parental, e cinge-se mais ao plano laboral ou a uma dimensão mais informal, no seio dos grupos de pertença, ou em contextos comunitários. Este facto tem implicações diretas nos contextos em que esta estratégia seja aplicada, e nas abordagens a adotar para a sua mobilização.

- **Adultos acima dos 65 anos**

A intervenção preventiva dos CAD em adultos acima dos 65 anos nunca antes equacionada. Contudo a sua pertinência é total, se tivermos em consideração que se trata de uma fase ciclo de vida, marcada por profundas alterações que vão desde a reforma na atividade laboral, ao normal processo de envelhecimento envolvendo alterações ao nível da percepção, do funcionamento cognitivo e do padrão do sono, passando ainda por uma maior probabilidade de

vivenciar perdas afetivas. Simultaneamente, ocorre uma maior banalização do recurso a medicamentos de diferente ordem de efeitos, muitas vezes para compensar limitações a nível físico. A menor capacidade do organismo de metabolizar as substâncias, conjugada com a combinação de efeitos entre diferentes substâncias faz com que o consumo de álcool se assuma como um risco adicional, por vezes subvalorizado em função da experiência anterior de vida anterior. Acresce-se que, embora, o processo de envelhecimento não pressuponha necessariamente depressão, doença, ou incapacidade, ele envolve obrigatoriamente uma redefinição do projeto de vida. A ausência de investimento, no contexto laboral, da preparação do trabalhador para esta etapa do seu percurso, promove situações de rutura, raramente suportadas num reconhecimento do valor da experiência, conhecimento adquirido e contactos estabelecidos. Deste modo, esta faixa etária é marcada pela tentativa de garantir a continuidade da atividade, a manutenção de um estatuto de produtividade, a limitação das perdas, e a procura de um novo sentido para estar vivo. Os comportamentos aditivos com ou sem substância assumem-se assim, como em outros momentos de crise no ciclo de vida, como possíveis respostas adaptativas em função da vulnerabilidade do indivíduo.

Deste modo, a construção de uma intervenção preventiva dirigida a esta faixa etária deverá ter em consideração todos os aspetos atrás referidos, pressupondo a necessidade de uma compreensão básica e formação sobre o processo de envelhecimento e os riscos, sinais, sintomas e impacto do álcool e das drogas no seu organismo.

Deverão igualmente ter em consideração os diferentes enquadramentos possíveis do indivíduo com mais de 65 anos, tendo em consideração aspetos como o nível de atividade diária, a vitalidade e resistência, interesses, acesso a recursos sociais e familiares, segurança e medos, raízes culturais e étnicas e vitalidade espiritual, não numa perspectiva religiosa, mas numa visão mais ampla que envolve um sentido e um significado pessoal para a sua existência e papel na comunidade.

- o **Promover respostas preventivas que: (1) explorem crenças e atitudes facilitadoras de CAD, (2) processos de entajuda (3) exploração e redefinição de projetos de vida, de acordo com o estadio de desenvolvimento.**

Sugere-se como base de construção de uma intervenção preventiva junto a adultos com idade superior a 65 anos, a promoção de contextos promotores de um envelhecimento ativo saudável, que envolvam a valorização do percurso feita até à data nas esferas profissionais, sociais e

afetivas. Associado a este processo de construção de um legado (Jacques Limoges, 2004)¹³, deverá ocorrer um processo gerador de uma nova ação, através do qual possa emergir um novo foco de investimento. Frequentemente este novo foco visa a manutenção da atividade, da ocupação e de uma fonte de rendimento, mas encobre frequentemente, uma recusa de aceitação da mudança. É pois essencial que um processo de consciencialização tenha lugar no sentido da adequação das expectativas às reais capacidades do indivíduo sénior. Neste plano, este processo poderá cobrir para além de outras áreas, as alterações fisiológicas que alteram a sensibilidade do organismo às substâncias ingeridas - psicoativas e não só – e conseqüentemente alteram a tolerância e os efeitos das mesmas. Do mesmo modo, deverá proceder-se à exploração de crenças relacionadas com a perigosidade das substâncias, com especial enfoque nos medicamentos e no álcool. Por fim, poderá ser desenvolvido um processo de sensibilização para a relação de entreajuda na gestão de comportamentos de dependência, capacitando o indivíduo para estar atento aos sinais dos seus pares e desenvolver uma relação de suporte ou de referenciação em situações de risco identificado.

Tendo em conta que uma parte dos adultos seniores, se encontra entregue a cuidados de terceiros, o mesmo processo de sensibilização deverá ser dirigido ao grupo de cuidadores, diferenciando os familiares, dos profissionais que desenvolvem a sua função em instituições de acolhimento. Esta sensibilização para além de explorar o efeito das substâncias psicoativas no organismo, deverá também explorar o significado do comportamento no sentido da sua compreensão e procura de respostas alternativas à necessidades atribuída.

Verifica-se, por vezes que nesta faixa etária, na sequência do processo de reforma, o incremento de comportamentos aditivos no âmbito do jogo *offline*, frequentemente já presentes na vida do indivíduo. A prevenção deste tipo de problema poderá ser acautelada na fase da preparação da reforma, podendo ser desenvolvida pelos serviços de medicina ocupacional, e pelos sindicatos e entidades patronais no âmbito do trabalho que já vem sendo desenvolvido para as SPA.

¹³ Jacques Limoges (2004) Pour un troisième tiers de carrier porteur de vie, GGC editions, Montreal.

III.C. Contextos de Intervenção

Na abordagem por contextos, o enfoque da intervenção tem em conta a dinâmica relacional subjacente aos mesmos e os condicionantes comportamentais que essas dinâmicas impõem ao indivíduo que neles evolui. Os principais contextos que enquadram o percurso de vida de um indivíduo são o Escolar, o Laboral, o Recreativo, o Universitário havendo outros, que poderão assumir um significado especial para um menor número de indivíduos, como por exemplo o contexto desportivo, prisional ou tutelar de menores. O contexto social é entendido enquanto um espaço partilhado por indivíduos e grupos que poderá estar associado a determinados comportamentos de risco ou problemas de saúde. Por outro lado, as regras que regem estes contextos são por si próprias protetoras ou geradoras de riscos, podendo serem encaradas como espaços que pressupõem comportamentos de uso/abuso de SPA. Neste sentido, frequentemente, a identificação de grupos está diretamente relacionada com os contextos sociais onde se inserem.

III.C.1. Contexto Escolar

A intervenção neste contexto deverá começar por desenvolver, a nível das instâncias superiores, os contactos necessários para criar espaços e tempos de intervenção preventiva dentro do horário e do calendário escolar indo, deste modo, ao encontro das orientações dos especialistas ao nível da maior eficácia dos programas curricularmente integrados.

Igualmente de acordo com a evidência científica, os programas devem prever a capacitação de professores e outros atores no processo educativo.

A intervenção deverá iniciar-se precocemente - no jardim-de-infância, enquanto espaço de sensibilização aos pais para os seus comportamentos e sua influência em comportamentos futuros dos filhos. Espaço ideal para sensibilizar para os riscos ligados às dependências sem SPA. Esta linha de ação deverá ter por objetivo fidelizar os pais para um envolvimento continuado em processos formativos de curta duração, dirigidos às competências parentais, tendo em pano de fundo o desenvolvimento de relações preferenciais com substâncias – como mecanismo de gratificação ou redução de estados de tensão – comportamentos alimentares, sono, etc. – ou o recurso a ecrãs ou consolas como forma preferencial de ocupação de tempos livres.

No 1º ciclo, em particular nos anos finais, justifica-se a introdução aos problemas ligados ao tabaco e ao álcool, tirando proveito de uma fase de desenvolvimento em que as crianças são particularmente atentas ao plano normativo e à influência dos adultos. No 2º e 3º ciclo estas duas

substâncias deverão ser recicladas em função da fase de vida em curso, sendo a informação adaptada à realidade local e ao quotidiano dos jovens. É essencial que seja discutida a política escolar em relação às substâncias, envolvendo os jovens na adaptação e discussão da mesma. Com o início do 3º ciclo deverá ser introduzida progressivamente informação sobre a cannabis, anfetaminas, ecstasy e novas substâncias psicoativas. Deverá ser dado um especial enfoque à percepção de riscos associada ao consumo de SPA em contextos recreativos, com especial incidência no final do 3º ciclo e no decurso do ensino secundário.

Reforçar a abordagem continuada através de programas eficazes, com forte componente interativa e suportados pela formação de professores. Deverá ser dada maior ênfase ao desenvolvimento de competências socio emocionais, suportadas num aumento de informação sobre os efeitos das SPA e seu enquadramento legal, percepção de riscos e consciência das consequências associadas mais frequentes.

Aconselha-se a adoção de estratégias de capacitação de pares na intervenção preventiva, reforçando a participação ativa dos jovens em termos de cidadania.

Aconselha-se igualmente uma boa articulação com outros parceiros que desenvolvem ação no mesmo contexto, por forma a evitar duplicação de esforços e sobrecarga de solicitações dirigida às escolas.

Aconselha-se ainda a aposta na articulação com a psicologia educacional, promovendo a aposta na área vocacional como base de trabalho preventivo, incidindo sobre o desenvolvimento de projetos de vida. Esta abordagem faz tanto mais sentido quanto mais o grupo alvo seja de risco. A capacitação destes profissionais para a abordagem motivacional, deverá envolver um aumento de informação sobre os efeitos a curto, médio e longo prazo das SPA no desenvolvimento do indivíduo, impacto sobre o rendimento físico e mental.

No âmbito do desporto escolar, poderá ser desenvolvida uma sensibilização em torno do recurso às SPA no controlo da massa muscular e do comportamento alimentar, sublinhando os riscos associados aos esteroides anabolizantes, diuréticos, anorexígenos e suplementos alimentares não controlados (de compra na internet ou em ginásios de *bodybuilding*).

III.C.2. Contexto Universitário

A intervenção em contexto de Ensino Superior deverá ter em atenção uma dupla realidade, nomeadamente a fase de integração que pressupõe uma rutura com a realidade escolar, a eventual deslocação do estudante para longe da sua família e o desejo de aceitação por parte dos mais velhos. O consumo de SPA poderá assumir um carácter de mecanismo adaptativo com forte componente ritual, oscilando entre um consumo de tipo sazonal, associado às festividades académicas, ou uma prática regular recreativa associada à vida académica. Uma segunda fase pressupõe a preparação para a saída do curso e a entrada no mercado do trabalho, em que o consumo de SPA pode surgir como um adiamento e modo de redução da tensão associada e esta mudança. Deverá igualmente ser dada atenção ao consumo de substâncias com influência sobre o rendimento escolar, nomeadamente estimulantes ou bloqueantes da ansiedade, cujo consumo surgirá associado com a gestão da capacidade de estudo e a procura de uma maior resistência ao cansaço. Este padrão de carácter pontual e sazonal não é por norma considerado problemático pelos próprios, traduzindo a sua perceção de perigosidade e atitudes face às SPA. Por tudo o que anteriormente foi dito, sugere-se o desenvolvimento de um trabalho de articulação com os Gabinetes de Apoio ao Estudante, sensibilizando-os para processos de prevenção seletiva ou indicada, ou capacitando-os para a deteção precoce de sinais de comportamento instalado e conseqüente necessidade de reencaminhamento para serviços especializados.

Ao nível da intervenção, preconiza-se a continuidade e reforço do apoio à intervenção nas festividades académicas, quer mediante intervenção técnica direta, quer através do apoio a ONG que desenvolvem esta ação, quer ainda na articulação com as Associações de Estudantes para o suporte técnico ao desenvolvimento de intervenções de proximidade, suportadas no trabalho de pares.

Considera-se igualmente fundamental o investimento estratégico neste contexto promovendo, através de uma boa articulação com o ensino superior, mais oferta formativa no âmbito dos CAD; a mobilização de estudantes universitários para programas de intervenção comunitária como área de estágio ou de complemento ao diploma e a mobilização de equipas de investigação para o suporte à qualificação dos processos avaliativos das intervenções preventivas desenvolvidas localmente.

Sendo a área dos comportamentos aditivos sem substância uma área emergente, considera-se que o Ensino Superior poderá ser um parceiro importante no desenvolvimento de mais conhecimento nesta área, podendo a sua população ser igualmente alvo de sensibilização para os mesmos, em particular no que diz respeito à utilização da net e ao jogo de apostas online.

III.C.3. Contexto Laboral

As respostas de Prevenção neste contexto assumem-se essencialmente como a procura de redução de acidentes associados ao consumo de SPA em contexto laboral. A intervenção deverá incidir na sensibilização e formação de pares e chefias para uma atitude de suporte e contenção de comportamentos de risco e potenciação de um trabalho de carácter mais pontual para a consciencialização dos trabalhadores para o impacto das SPA no seu rendimento físico e mental nas tarefas por si desenvolvidas. O formato tipo deste tipo de sessões de meio-dia (2 a 3 horas), cobrindo áreas como tipos de substâncias lícitas e ilícitas e seus efeitos, impacto sobre a saúde, sobre a segurança do trabalhador, conceitos mitos e respostas de saúde no âmbito de CAD.

Tratando-se de um contexto que permite igualmente acesso a pessoas que para além de trabalhadores têm igualmente outros papéis sociais como pais e encarregados de educação, as sessões de sensibilização poderão incluir mensagens relativas à relação pais e filhos e à função educativa e de influência que exercem na família.

Do mesmo modo, poderão ser igualmente transmitidas informações sobre o impacto das SPA sobre o desenvolvimento fetal, assumindo que a informação pode ser importante quer para trabalhadoras que venham a engravidar, quer como mensagem preventiva indireta para o contexto familiar.

As sessões de sensibilização poderão ser igualmente suportadas pela produção de materiais informativos, nos quais se sintetize a informação mais relevante sobre as SPA e o contexto laboral e se inclua informação sobre respostas de ajuda como a linha 1414 e os serviços de saúde ocupacional. Alguns serviços poderão alargar este tipo de suporte para materiais em registo informático, incluídos nos sites da entidade ou enviados internamente aos trabalhadores. Nestes dois últimos casos, é essencial que o técnico assuma uma função de suporte à produção dos materiais, não perdendo de vista que eles carecem de validação técnica e são passíveis de divulgação no Diretório do Álcool, quando incidem sobre esta substância.

III.C.4. Contexto Recreativo

As respostas de Prevenção / Redução de Riscos em contexto recreativo envolvem maioritariamente a formação de equipas de intervenção de proximidade em articulação com diversos stakeholders, nomeadamente ONG, parceiros da área da saúde, autarquias e

associações de estudantes, entre outros. A resposta técnica poderá envolver previamente a reflexão sobre a preparação dos dispositivos de saúde em eventos de grande dimensão como os festivais de verão e as festividades académicas. Neste plano, os preparativos poderão alargar-se da prevenção do consumo de SPA para os comportamentos de risco que lhe estão associados, incluindo respostas no plano da sexualidade (distribuição de preservativos) e medidas relacionadas com a condução, podendo envolver a articulação com forças de segurança e a medição da TAS.

Num plano político, a intervenção poderá igualmente ser desenvolvida ao nível da sensibilização de industriais de recreação noturna para a adoção de medidas de redução de riscos, nomeadamente no que diz respeito à aplicação das diretrizes da Lei do Álcool, na qual se proíbe a venda de bebidas alcoólicas a quem se apresentar em estado de embriaguez. Este tipo de medida poderá estar associada à organização de processos formativos dirigidos ao *staff* e aos elementos de segurança.

Os processos de influência técnica poderão envolver medidas de carácter público, como a disponibilização de transportes noturnos para as principais zonas de recreação das cidades, visando a redução de acidentes ou atuações devidas ao consumo de SPA.

Finalmente, estão em curso projetos visando o desenvolvimento de aplicações para *smartphones* direcionadas ao público frequentador de contextos recreativos, visando uma noite mais segura, mediante o fornecimento de informação simples sobre SPA e seu efeitos, riscos, primeiros socorros e respostas de emergência.

III.C.5. Outros Contextos

- **DESPORTIVO**

A intervenção neste contexto deve passar pela sensibilização junto a clubes, ginásios e escolas sobre os riscos associados aos esteroides anabolizantes. Esse processo de sensibilização poderá ser dirigido especificamente aos empresários e/ou *staff*, ou dirigido de forma mais abrangente aos utilizadores, mediante o recurso a estratégias informativas de distribuição massificada de materiais, entre outros.

Numa perspetiva de reforçar a influência de modelos significativos para os jovens, recomenda-se igualmente a aposta na formação de treinadores de escalões de formação, visando a sensibilização para o impacto das SPA no rendimento desportivo e o seu enquadramento legal na Lei do *Doping*. Finalmente, poderá igualmente ser desenvolvido um processo de sensibilização dos

órgãos dirigentes, por forma a reduzir a acessibilidade do público a álcool nos recintos desportivos e a redução de riscos em eventos de comemoração e convívio ligados ao desporto.

- **PRISIONAL**

A intervenção em contexto prisional assumirá normalmente um carácter mais de tratamento e de reinserção do que de prevenção, contudo poderá em algumas circunstâncias particulares assumir uma função no apoio a intervenções dirigidas aos jovens reclusos e a mulheres grávidas com CAD ou mães de crianças até aos 3 anos em situação de reclusão. Este tipo de trabalho de carácter muito específico poderá assumir um carácter pontual ou adotar um formato de intervenção continuada enquanto programa de treino de competências parentais.

Outras medidas poderão contudo, ser igualmente equacionadas no âmbito da prevenção. Tratando-se este contexto de um local onde o culto do corpo assume por vezes alguma dimensão, poderá ser desenvolvido um trabalho de sensibilização para os riscos associados ao recurso aos esteróides anabolizantes na moldagem da massa muscular ao desejo do praticante, dirigindo esta ação quer aos guardas prisionais quer aos frequentadores dos espaços de ginásio neste contexto.

Finalmente, poderá igualmente ser desenvolvido um trabalho de prevenção da recaída, mediante a capacitação de uma rede de *stakeholders* (técnicos de educação, elementos de ONG, técnicos de saúde e de serviço social, entre outros) na utilização de estratégias motivacionais na procura de ajuda.

- **INSTITUIÇÕES TUTELARES**

A intervenção neste tipo de contexto deverá envolver o apoio ao processo de capacitação de técnicos para a abordagem dos problemas ligados a CAD. Esta capacitação poderá incidir sobre a informação sobre as substâncias e seus efeitos, mitos e crenças e principais consequências, alargar-se à habilitação para o desenvolvimento de programas de intervenção continuada e multicomponente junto aos jovens ou numa perspetiva mais holística, assumir um apoio ao desenvolvimento de estratégias e regras de funcionamento interno em relação aos CAD.

- **COMUNITÁRIO**

As intervenções de carácter comunitário devem incidir sobre o apoio ou promoção de respostas em rede, em articulação com ONG/IPSS e outros *stakeholders*, promovendo uma reflexão sobre a sobreposição de objetivos para a intervenção em problemáticas diferentes e a possibilidade de

desenvolvimento conjunto de intervenções no âmbito da formação de profissionais e de desenvolvimento de competências socio-emocionais.

No trabalho de rede, é fundamental Promover um processo de marketing social que promova e dê a conhecer o trabalho desenvolvido, assim como a mobilização da comunidade para a participação em dinâmicas específicas, contando para tal, com o envolvimento dos *media* locais.

Do mesmo modo, é essencial a potenciação das intervenções, conjugando-se as mais-valias de diferentes parceiros, nas diferentes fases da intervenção, nomeadamente das associações locais na recolha de informação diagnóstica, das instituições e seus recursos no que diz respeito à intervenção e das instituições académicas quer no plano da formação, quer no plano da avaliação das intervenções.

III.D. Planos/ Níveis de Intervenção

- **Universal**

Desenvolvimento de respostas com forte componente interativa tendo por objetivo explorar conhecimentos, crenças e comportamentos facilitadores de CAD. Aposta em programas de carácter continuado (Eu e os Outros, Trilhos, ...). Primazia para a pertinência da informação face à fase do ciclo de vida. Reforço da responsabilidade individual na saúde coletiva (papel dos pares na protecção aos jovens com comportamentos de risco). Alargamento do enfoque das SPA para CAD.

- **Seletivo**

Em tudo semelhante à intervenção universal, com reforço da abordagem aos factores de risco identificados. Diferenciação da abordagem por motivações, género e CAD.

- **Indicado**

Respostas mais individualizadas. Forte aposta nas abordagens breves e de carácter motivacional. Recurso a abordagens vocacionais. Importância de estabelecer fronteiras com a abordagem de tratamento.

- **Redução de Riscos**

Articulação entre este tipo de resposta e a intervenção preventiva, em função dos contextos de intervenção e dos *timings*. Entre informar, estabelecer relação e gerir crises. Capacidade de referenciação em situação de necessidade de apoio técnico. A importância de recolher informação sobre o *mainstream*.

III.E. Monitorização

Com a monitorização pretende-se fomentar e garantir a exequibilidade e qualidade da intervenção, através de acompanhamento/suporte técnico-científico aos projetos e recolha sistemática e periódica de dados.

O acompanhamento das intervenções deverá ser desenvolvido presencialmente - através de reuniões periódicas e através "e-acompanhamento", com a utilização dos meios tecnológicos de informação e comunicação – TIC.

Disponibilizar ser ainda promovido um acompanhamento/suporte técnico e científico às equipas, baseado numa abordagem construtiva e centrada na relação de proximidade com as equipas técnicas dos projetos; privilegiando a reflexão, a partilha de informação e a resposta atempada e eficaz às questões e ajustamentos necessários ao desenvolvimento dos projetos.

Ao nível da gestão da informação, deverá ser realizada através da criação e disseminação instrumentos comuns de recolha e sistematização de dados sobre a execução e avaliação dos projetos e intervenções e da criação de bases de dados, onde se sistematize toda a informação relativa aos mesmos.

III.F. Avaliação

A avaliação está integrada no tecido da intervenção e envolve os seus diferentes intervenientes. Requer a definição de um plano, no qual são delimitadas as dimensões a avaliar e respetivos indicadores, a metodologia utilizada e os momentos nos quais serão aplicados/utilizados os diferentes instrumentos que permitirão a recolha de dados ao longo das diferentes fases da intervenção

A avaliação permite orientar as práticas e conduzir à produção de conhecimento que deverá resultar no aumento da qualidade da intervenção segundo critérios de evidência científica.

É necessário de agilizar os procedimentos de avaliação da intervenção a desenvolver, nomeadamente ao nível do processo e de resultados (Department of Health and Human Services, 2005; OEDT, 1998).

• Avaliação de Processo

A avaliação de Processo/Implementação diz respeito à avaliação sobre o percurso e processo do projecto, se este foi implementado de acordo com o previsto – fidelidade de implementação – “o porquê e porque não”.

Descreve como (e se) a intervenção de prevenção se desenvolveu, se o desenho do projeto resultou e se o grupo-alvo visado foi ou não atingido. Analisa ainda as reações dos participantes.

Debruça-se igualmente sobre a qualidade da intervenção. Através da avaliação da implementação, pode-se ainda identificar as forças, as fraquezas, todas as informações relevantes sobre o êxito ou insucesso de um projeto e fornece informações úteis para a ulterior melhoria da intervenção.

O plano de avaliação de processo sistematiza os enunciados que orientam a recolha de dados relativa à forma como o a intervenção foi implementada e a adequação da sua estrutura às necessidades sentidas.

Pela sua natureza, a avaliação de processo desenvolve-se ao longo do período de implementação do projeto e pode ter as seguintes dimensões/Indicadores:

- Abrangência dos grupos-alvo previstos
- Tipo de componentes utilizadas na implementação dos projetos
- Tipo de estratégias utilizadas na implementação dos projetos
- Intensidade da intervenção
- Fidelidade da implementação

- Grau de adequação das estratégias e da intensidade da intervenção às necessidades dos grupo-alvo;
- Grau de adequação dos instrumentos de monitorização às necessidades da equipa técnica do programa e projeto para a recolha de informação sobre a execução dos projetos;
- Grau de adequação e qualificação da composição das equipas técnicas dos projetos ao número de ações desenvolvidas
 - Grau de participação das equipas técnicas no processo de monitorização
 - Grau de satisfação dos usuários e equipa técnica;
 - Tipo de atividades de suporte à intervenção (reuniões de equipa, de supervisão técnica e/ou científica, formação da equipa técnica, contributos das entidades parceiras
 - Outros

• Avaliação de Resultados

A avaliação de resultados examina os efeitos da intervenção. Procura verificar a eficácia da intervenção nos grupos-alvo, se esta alcançou realmente os objetivos pretendidos e se se provocaram mudanças no grupo-alvo abrangidos. É um instrumento essencial para ajuizar se vale a pena prosseguir, adaptar ou abandonar uma intervenção.

Pela sua natureza, a avaliação de resultados desenvolve-se ao longo do período de implementação do projeto, nomeadamente nos momentos de pré e pós-intervenção.

O plano de avaliação de resultados é desenhado de acordo com as componentes que são trabalhadas junto dos grupos-alvo. É fundamental para uma avaliação rigorosa a utilização de instrumentos adequados/validados que meçam com rigor e no tempo próprio as componentes da intervenção. Os resultados podem ser definidos a curto, médio e longo prazo e devem traduzir as mudanças alcançadas.

Podem ser avaliadas as seguintes dimensões/Indicadores como:

- Competências socio-emocionais;
- Comportamento; conhecimento, crenças e atitudes; perceção do risco associado por SPA;
- Outros.

Neste sentido é necessário:

- Agilizar os procedimentos de avaliação com recurso à TIC, nomeadamente o preenchimento dos questionários de avaliação *on-line*, através da utilização de Surveys.
- Construir e manter atualizada uma base instrumentos de avaliação de indicadores tipo mais frequentes nas intervenções preventivas.
- Criar um grupo de trabalho de representatividade regional que se debruce sobre as práticas de avaliação de programas da responsabilidade do SICAD/ARS na área dos CAD
- Sublinha-se ainda importância de estabelecer parcerias com centros de investigação do ensino superior para a produção de investigação a partir do trabalho desenvolvido e a desenvolver no âmbito da prevenção.

III.G. Qualificação da Intervenção

No sentido da garantia da qualificação da intervenção preconiza-se a formação contínua dos profissionais, operacionalizada através da realização de levantamentos de necessidades formativas na área da prevenção, junto aos elementos da rede (CRI, ACES e outros parceiros) e a definição de procedimentos para a promoção de formações da responsabilidade do SICAD, de concretização no terreno, através da articulação com profissionais das ARS, centros de investigação, no âmbito e fora do âmbito do ensino superior, entre outros.

Preconiza-se ainda o desenvolvimento e promoção de práticas de resposta formativa e de acompanhamento técnico e supervisão das intervenções com recurso ao *e-learning* e *e-planning*.

Bibliografia

Bronfenbrenner, U. (1977) Toward an Experimental Ecology of Human Development, *American Psychologist*, Vol 32(7), Jul, 1977. pp. 513-531.

Carvalho, J. e Frango, P. (2011) Linhas de Orientação para o Desenho da Intervenção Preventiva no Consumo de Substâncias Psicoativas Lícitas e Ilícitas. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Chinman, M., IMM, P. and Wandersman, A. (2004). *Getting to Outcomes 2004 – Promoting Accountability Thought Methods and Tools for Planning, Implementation and Evaluation*. Santa Monica: RAND Corporation.

Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de janeiro.

Department of Health and Human Services. (2005). Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

Despacho n.º 8816/2012 de 3 de julho de 2012.

DGS - Despacho n.º 24/2010 de 16 de setembro.

Elliott G., Morleo M., and Cook P.A. (2009). Identifying Effective Interventions for Preventing Underage Alcohol Consumption, Liverpool John Moores University.

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD (2011). The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN); The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) e Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDA] (2010). Prevention and evaluation resources kit (PERK). Luxembourg: Autor. DOI: 10.2810/27577.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDA](2011) *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Feldman, R. S. (2005). Development across the life span (4ª ed.). NJ: Prentice Hall.

Flay, B. et al., (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151-175.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., and Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 90(5),1–26.

Iglesias, E.B. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Ministerio Del Interior - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica. Madrid.

Institute of Medicine [IOM]. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. P.J. Mrazek and R.J. Haggerty (Eds.), Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine [IOM]. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 75, n.º 3: 788-800.

Jones L, James M, Jefferson T, Lushey C, Morleo M, Stokes E, Sumnall H, Witty K, Bellis M (2007) A review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions delivered in primary and secondary schools to prevent and/or reduce alcohol use by young people under 18 years old. *Alcohol and schools: review of effectiveness and cost-effectiveness*. NICE: Main report, Liverpool, John Moores University (<http://nice.org.uk/nicemedia/pdf/AlcoholSchoolsConsReview.pdf>).

Keyes, C. (2006). Mental health in adolescence: Is America's Youth Flourishing. *American Journal of Orthopsychiatry*. 76(3). 395-402.

McBride, N. (2003) A systematic review of school drug education, *Health Education Research*, Vol.18 (6) pp. 729-742.

O'Connell, M. E. Boat, T. & Warner, K. E. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; Institute of Medicine; National Research Council.

OEDT (1998). *Linhas orientadoras para a avaliação de acções de prevenção da toxicoddependência – Manual para planeamento e avaliação de programas*. Lisboa: IDT.

Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (Documento em Discussão Pública).

Schulenberg, J.E., & Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 14, 54-70, retirado de <http://www.collegedrinkingprevention.gov/supportingresearch/journal/schulenberg.aspx>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2002). *The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Youth Programs – Understanding Risk, Protection, and Substance Use Among High-Risk Youth*. DHHS Publication. Rockville.

United Nation Office on Drugs and Crime [UNODC] (2013). *International Standards on Drug Use Prevention*. UNODC: Viena.

W. K. Kellogg Foundation (1998). *Evaluation Handbook*. W.K. Kellogg Foundation. Michigan.

W.K. Kellogg Foundation (2004). *Logic Model Development Guide*. W.K. Kellogg Foundation. Michigan.

Wandersman, A. & Florin, P. (2003). Community interventions and effective prevention. *American Psychologist* 58 (6/7), 441-448. DOI 10. 1037/0003-066X.58.6-7.441.

World Health Organization [WHO] (2009) Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, World Health Organization (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978 92 890 4175 1.

World Health Organization [WHO]. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneve: Author.

Avenida da República n.º 61 do 1º ao 3º e do 7º ao 9º | 1050 - 189 Lisboa

T. 211 119 000 | sicad@sicad.min-saude.pt | www.sicad.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



SICAD Serviço de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências