



UNIVERSIDADE MIGUEL HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**ADAPTAÇÃO PORTUGUESA DO PROGRAMA
DE PREVENÇÃO “SALUDA”:
UM ESTUDO PILOTO**

JOANA SOFIA JARDIM FERNANDES

DIRECTOR: DOUTOR JOSÉ PEDRO ESPADA SANCHEZ

2015

AGRADECIMENTOS

Neste trajeto, confrontei-me com inúmeros desafios. Porém, foram muitas as pessoas que gentilmente ofereceram a sua preciosa ajuda, às quais deixo aqui o meu sincero agradecimento:

Ao diretor desta tese, Prof. Dr. José Pedro Espada, que, apesar da distância, manteve-se sempre disponível ao longo deste processo, deixando comentários, orientações e palavras de alento.

Ao coordenador deste curso de doutoramento, o Prof. Dr. José A. Garcia del Castillo Rodriguez pelo incansável apoio.

À Dra. Mónica Fernández pela sua preciosa contribuição na ajuda ao nível do tratamento estatístico e na análise psicométrica.

Às colegas e amigas Prof. Dra. Mary Barreto, Prof. Dra. Filipa Rodrigues, Prof. Dra. Lúcia Jardim Fernandes e Prof. Dra. Maria João Beja pela constante disponibilidade e inspiração.

Ao Dr. Carlos Estudante, companheiro desta experiência investigativa, com o qual partilhei angústias e conquistas, a quem agradeço a amizade.

À Agência Regional para o Desenvolvimento da Investigação, Tecnologia e Inovação (ARDITI) que apoiou este trabalho.

Agradece-se igualmente à Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (UCAD) pela colaboração, em particular ao Dr. Nelson Carvalho e do Dr. Sérgio Cunha.

À Direção Regional de Educação (DRE) que autorizou a implementação do programa nas escolas da Região Autónoma da Madeira, com especial menção às incansáveis professoras Maria José Spínola e Diva Castro.

Ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) por facilitar as dispensas de serviço necessárias à realização desta investigação.

Uma palavra muito especial aos meus pais, uma vez mais (já foram tantas as vezes), o meu eterno obrigado.

O meu mais profundo e sentido agradecimento ao meu colega e marido José Manuel Borges pelo incondicional apoio e ao meu filho Henrique, por todo o carinho e compreensão e pelo tempo em que ficou privado da minha companhia.

A todos que, direta ou indiretamente, participaram, tornando possível este estudo, o meu muito obrigado.



RESUMO

O programa *Saluda* (Espada & Méndez, 2003) é um programa de prevenção do abuso de álcool e outras substâncias, dirigido a adolescentes com idades entre os 12 e os 14 anos. Amplamente testado em Espanha, ao longo de vários anos, tem obtido resultados encorajadores em diversos estudos. O objetivo deste trabalho foi traduzir e adaptar culturalmente o programa *Saluda* para português. A metodologia adotada no processo de adaptação cultural incluiu as seguintes fases: 1) a tradução direta, a síntese das traduções e a revisão por um comité de especialistas; 2) a análise dos materiais por um grupo focal de adolescentes; 3) a inclusão das sugestões dadas pelo grupo focal e; 4) a submissão aos autores do programa original. As principais modificações ao conteúdo para que fosse culturalmente válido foram ao nível dos exercícios, alterando a designação de bebidas típicas e os cenários de consumo. Após seleção e treino dos formadores o programa foi testado numa amostra de 82 alunos do 7º ano de uma escola da Região Autónoma da Madeira, com idades entre os 11 e os 14 anos. A adequação cultural do programa foi avaliada com base em instrumentos de autorrelato e entrevistas (avaliação do processo).

Constatou-se um elevado grau de aceitabilidade e atratividade junto dos participantes e dos formadores. Os alunos consideraram os conteúdos compreensíveis e úteis, expressando grande satisfação com o programa. Os dados deste estudo mostram que o programa pode ser aplicado com êxito junto dos adolescentes portugueses. Futuras investigações deverão seguir-se no sentido de avaliar a eficácia do programa, mediante um estudo experimental.

ABSTRACT

Saluda (Espada & Méndez, 2003) is an alcohol and similar substances prevention program oriented for teenagers between ages of 12 and 14 years old. This program has been extensively tested in Spain over several years and obtained encouraging results throughout different studies. This study proposes the translation and cross-cultural adaptation of *Saluda* to the Portuguese population. The cross-cultural adaptation process included the following phases: 1) the direct translation, the synthesis of translations and the revision by a committee of experts; 2) analysis of materials by a teenagers focus group; 3) inclusion of the focus group suggestion's and; 4) the original program's submission to the authors. The main content changes from the original version were the modification of typical drinks and the consumption scenarios. Once the educators were selected and trained, the program was tested on a sample of 82 7th graders from a school in the Autonomous Region of Madeira, aged between 11 and 14 years old. The program's cross-cultural adaptation was conducted using self-report measures and interviews (process evaluation).

The results showed a high degree of acceptance and attractiveness both from participants and educators. The students found the program understandable, with useful content and expressed great satisfaction with it. Data from this study show that the program can be successfully implemented among Portuguese adolescents. Future work will include the evaluation of the program's effectiveness through an experimental study.

RESUMEN

El programa *Saluda* (Espada & Méndez, 2003) es un programa de prevención del abuso del alcohol y otras sustancias, dirigido a los adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 14 años. Ampliamente evaluado en España durante varios años, ha obtenido resultados prometedores en diversos estudios. El objetivo de este trabajo fue traducir y adaptar culturalmente el programa *Saluda* para su aplicación en Portugal. La metodología adoptada en el proceso de adaptación cultural incluyó las siguientes fases: 1) traducción directa, síntesis de las traducciones y revisión por un comité de especialistas; 2) análisis de los materiales por un grupo focal de adolescentes; 3) inclusión de las sugerencias dadas por el grupo focal y; 4) evaluación por parte de los autores del programa original. Las principales modificaciones del contenido para que fuese culturalmente válido fueron al nivel de los ejercicios, alterando la designación de bebidas típicas y los escenarios de consumo. Tras la selección y entrenamiento de los aplicadores, el programa fue testado con una muestra de 82 alumnos de 7º año en una escuela de la Región Autónoma de Madeira, con edades comprendidas entre los 11 y los 14 años. La adecuación cultural del programa fue evaluada con base a los instrumentos de auto relato y de entrevistas (evaluación del proceso).

Se constató un elevado grado de aceptabilidad y de atracción por parte de los participantes y los formadores. Los alumnos consideran los contenidos comprensibles y útiles y expresan una gran satisfacción con el programa. Los datos de este estudio muestran que el programa puede ser aplicado con éxito con adolescentes portugueses. Futuras investigaciones deberán evaluar la eficacia del programa a mayor escala mediante estudios controlados.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
RESUMEN	ix
ÍNDICE.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS	xv
ÍNDICE DE FIGURAS	xix
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	1

PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

1.1. DEFINIÇÃO	9
1.2. EPIDEMIOLOGIA	10
1.2.1. Consumo de substâncias psicoativas lícitas	11
1.2.2. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas	19
1.2.3. Consumo de novas substâncias psicoativas (<i>legal highs</i>)	23
1.3. REPERCUSSÕES DO CONSUMO DE DROGAS	25
1.3.1. Consequências para a saúde física e psicológica do consumidor.....	25
1.3.2. Consequências sociais	27
1.4. CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES PORTUGUESES ...	28
1.5. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DO CONSUMO DE DROGAS .	35
1.5.1. Teoria da aprendizagem social	35
1.5.2. O modelo evolutivo	36
1.5.3. Teoria do comportamento problema	36
1.5.4. Teoria da ação racional e teoria da ação planeada	37
1.5.5. Modelo compreensivo e sequencial	37
1.5.6. Modelo de crenças de saúde	38
1.6. RESUMO	39

CAPÍTULO 2. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

2.1. CONCEITO DE PREVENÇÃO	43
----------------------------------	----

2.2. TIPOLOGIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO	44
2.3. PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR	48
2.3.1. A escola enquanto contexto privilegiado de intervenção	48
2.3.2. Limitações dos programas de prevenção.....	48
2.3.3. Características /componentes associados a resultados positivos.....	50
2.3.4. Avaliação dos programas de prevenção	53
2.4. RESUMO	56

CAPÍTULO 3. ADAPTAÇÃO CULTURAL E TRANSFERÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO

3.1. CONCEITO E ASPETOS GERAIS DA ADAPTAÇÃO CULTURAL E TRANSFERÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO.....	61
3.1.1. Definição	61
3.1.2. Diferentes tipos de investigação transcultural.....	62
3.1.3. O problema da validade e equivalência nas investigações transculturais	63
3.1.4. Recomendações metodológicas.....	65
3.2. ADAPTAÇÕES INTERNACIONAIS DE PROGRAMAS.....	70
3.3. RESUMO	71

CAPÍTULO 4. PROGRAMA SALUDA

4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	75
4.2. OBJETIVOS.....	76
4.3. COMPONENTES	78
4.4. CONTEÚDO DAS SESSÕES	80
4.5. METODOLOGIA	82
4.6. EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DO PROGRAMA SALUDA.....	83
4.6.1. Estudos iniciais.....	83
4.6.2. Análise da eficácia segundo a idade dos participantes.....	86
4.6.3. Análise da eficácia segundo o aplicador	87
4.6.4. Análise da eficácia do programa Saluda sobre os fatores cognitivos.....	88
4.6.5. Efeitos do programa Saluda sobre a atitude face às drogas	89
4.6.6. Análise da contribuição dos componentes treino de competências sociais e treino de resolução de problemas	90
4.7. RESUMO	92

PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA – TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO “SALUDA”

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESES

5.1. OBJETIVOS.....	97
5.1.1. Objetivos gerais.....	98
5.1.2. Objetivos específicos.....	98
5.2. HIPÓTESES.....	98
5.2.1. Hipótese da adequação cultural do programa e instrumentos de avaliação.....	98
5.2.2. Hipóteses sobre a eficácia do programa.....	98

CAPÍTULO 6. MÉTODO

6.1. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO.....	103
6.1.1. Tradução e adaptação cultural do programa <i>Saluda</i>	103
6.1.2. Tradução para a língua portuguesa.....	103
6.1.3. Adaptação dos conteúdos.....	104
6.2. ESTUDO PILOTO.....	107
6.2.1. Contacto com parceiros.....	107
6.2.2. Seleção, formação e supervisão dos monitores.....	108
6.2.3. Avaliação pré teste.....	109
6.2.4. Programa de prevenção <i>ManiFesta Saúde</i>	110
6.2.5. Avaliação pós teste.....	110
6.2.6. Avaliação da implementação.....	110
6.3. PARTICIPANTES.....	111
6.4. INSTRUMENTOS.....	113
6.5. DESENHO.....	115
6.6. ANÁLISE DE DADOS.....	115
6.6.1. Comparações intergrupos no pré teste e pós teste.....	116
6.6.2. Comparações intragrupos entre momentos de avaliação.....	116

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

7.1. AVALIAÇÃO DA LINHA DE BASE.....	119
7.1.1. Consumo de drogas.....	124
7.1.2. Variáveis protetoras.....	128
7.2. ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO CULTURAL DO PROGRAMA E DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	133
7.2.1. Adequação cultural do programa.....	133
7.2.2. Adequação dos instrumentos de avaliação dos resultados.....	135
7.3. COMPARAÇÕES INTERGRUPOS NO PÓS TESTE.....	154
7.3.1. Consumo de substâncias.....	154
7.3.2. Intenção de consumo.....	155
7.3.3. Perceção do risco.....	157
7.3.4. Perceção normativa.....	157

7.4.5. Autoeficácia.....	157
7.4.6. Assertividade	158
7.4. COMPARAÇÕES INTRAGRUPOS ENTRE MOMENTOS DE AVALIAÇÃO (PRÉ TESTE E PÓS TESTE)	158
7.4.1. Consumo de substâncias.....	159
7.4.2. Percepção de risco	162
7.4.3. Percepção normativa	166
7.4.4. Autoeficácia.....	168
7.4.5. Assertividade	169
7.4.6. Intenção de consumo	170
CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO	
8.1. ADEQUAÇÃO CULTURAL DO PROGRAMA E DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	177
8.1.1. Adequação cultural do programa	177
8.1.2. Adequação cultural dos instrumentos de avaliação.....	179
8.2. EFICÁCIA DO PROGRAMA	180
8.2.1. Efeitos sobre o consumo de substâncias.....	182
8.2.2. Efeitos sobre a intenção de consumo	182
8.2.3. Efeitos sobre a percepção de risco	182
8.2.4. Efeitos sobre a percepção normativa.....	183
8.2.5. Efeitos sobre a autoeficácia.....	183
8.2.6. Efeitos sobre a assertividade	183
8.3. EFEITOS TEMPORAIS DO PROGRAMA	184
8.3.1. Novos consumidores	184
8.3.2. Variáveis protetoras.....	184
CAPÍTULO 9. CONCLUSÕES	189
CAPÍTULO 10. LIMITAÇÕES	195
REFERÊNCIAS	199
ANEXOS	215
ANEXO A. AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO..	217
ANEXO B. FORMAÇÃO AOS PROFESSORES.....	221
ANEXO C. CONSENTIMENTO DOS PAIS.....	249
ANEXO D. AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES	253
ANEXO E. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	257
ANEXO F. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	265

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estimativas de prevalência ao longo da vida de consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas e ecstasy. Adultos entre 15 e 64 anos.....	22
Tabela 2. Fases e fatores influentes no desenvolvimento do consumo do modelo compreensivo de Becoña (1999).	38
Tabela 3. Definições/classificações dos programas preventivos.....	46
Tabela 4. Erros frequentes na elaboração de programas de prevenção do consumo de substâncias psicoativas	49
Tabela 5. Elementos que aumentam a eficácia dos programas preventivos.....	53
Tabela 6. Principais dificuldades na avaliação dos programas preventivos (Espada, 2002).	55
Tabela 7. Componentes do programa Saluda	80
Tabela 8. Evidencias sobre a eficácia do programa Saluda.....	91
Tabela 9. Alterações efectuadas no processo de adaptação cultural	106
Tabela 10. Cronologia da intervenção	111
Tabela 11. Distribuição segundo idade e género	119
Tabela 12. Distribuição segundo as características familiares	120
Tabela 13. Distribuição segundo a relação com a família.....	121
Tabela 14. Distribuição segundo a relação com os colegas	121
Tabela 15. Distribuição segundo o aproveitamento escolar	122
Tabela 16. Distribuição segundo a abertura com os pais	122
Tabela 17. Distribuição segundo a existência de regras familiares sobre o consumo..	123
Tabela 18. Distribuição segundo a percepção de rigor dos pais.....	123
Tabela 19. Distribuição segundo a percepção de zanga dos pais	124
Tabela 20. Distribuição segundo as experiências de consumo.....	125
Tabela 21. Distribuição segundo à última experiência de consumo de álcool	126
Tabela 22. Distribuição segundo a primeira experiência de consumo de álcool.....	126
Tabela 23. Distribuição segundo as experiências de consumo de álcool durante o último ano	127

Tabela 24. Distribuição segundo o número de bebidas alcoólicas consumidas, segundo as experiências de consumo até se embriagar e segundo as experiências de consumo de marijuana e outras drogas	127
Tabela 25. Distribuição segundo a percepção de risco (tabaco).....	128
Tabela 26. Distribuição segundo a percepção de risco (álcool)	129
Tabela 27. Distribuição segundo a percepção de risco (marijuana)	129
Tabela 28. Distribuição segundo a percepção de risco (cocaína).....	130
Tabela 29. Distribuição segundo a percepção de risco (pastilhas)	130
Tabela 30. Distribuição segundo a percepção normativa	131
Tabela 31. Distribuição segundo a autoeficácia	132
Tabela 32. Distribuição segundo a assertividade.....	132
Tabela 33. Distribuição segundo a intenção de consumo.....	133
Tabela 34. Resultados da avaliação da intervenção e avaliação do processo.....	135
Tabela 35. Consistência interna para questionário do consumo.....	136
Tabela 36. Teste-reteste no grupo de controlo para questionário de consumo.....	137
Tabela 37. Variação interavaliador para questionário de consumo (datos en el pre teste)	138
Tabela 38. Consistência interna para questionário de risco.....	139
Tabela 39. Correlações inter item para questionário de risco.....	139
Tabela 40. Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de tabaco	139
Tabela 41. Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de álcool	140
Tabela 42. Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de marijuana	141
Tabela 43. Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de cocaína	141
Tabela 44. Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de pastilhas	142
Tabela 45. Variação interavaliador para questionário de risco	142
Tabela 46. Consistência interna para percepção normativa	143
Tabela 47. Correlações inter item para a percepção normativa.....	144
Tabela 48. Teste-reteste para percepção normativa.....	145
Tabela 49. Variação interavaliador para percepção normativa	145

Tabela 50. Consistência interna para escala de autoeficácia	146
Tabela 51. Correlações inter-itens para a escala de autoeficácia	147
Tabela 52. Teste-reteste para escala de autoeficácia	148
Tabela 53. Variação interavaliador para escala de autoeficácia	148
Tabela 54. Consistência interna para escala de assertividade	149
Tabela 55. Correlação inter itens para escala de assertividade.....	150
Tabela 56. Teste-reteste para escala de assertividade.....	151
Tabela 57. Variação interavaliadorpara a escala de assertividade.....	151
Tabela 58. Consistência interna para escala de intenção de consumo.....	152
Tabela 59. Correlação inter itens para escala de intenção de consumo.....	152
Tabela 60. Teste-reteste para escala de intenção de consumo.....	153
Tabela 61. Variação interavaliador para a escala de intenção de consumo.....	153
Tabela 62. Comparações intergrupos no pós teste no consumo de drogas.....	155
Tabela 63. Comparações intergrupos no pós teste na intenção de consumo	156
Tabela 64. Comparações intergrupos no pós teste na percepção do risco.....	156
Tabela 65. Comparações intergrupos no pós teste na percepção normativa	157
Tabela 66. Comparações intergrupos no pós teste na autoeficácia	158
Tabela 67. Comparações intergrupos no pós teste relativos à assertividade	158
Tabela 68. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o consumo de álcool	159
Tabela 69. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a última vez que consumiram álcool.....	160
Tabela 70. Comparações intragrupos entre momentos de avaliação para a idade da primeira vez que tomaram álcool	161
Tabela 71. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o número de copos de álcool	161
Tabela 72. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a frequência do consumo de álcool durante o último ano	162
Tabela 73. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para risco envolvido no consumo de tabaco.....	162
Tabela 74. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de álcool	163

Tabela 75. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de maquiuaana.....	164
Tabela 76. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de cocaína.....	164
Tabela 77. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de pastilhas.....	165
Tabela 78. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a norma percebida (grupo experimental).....	166
Tabela 79. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a norma percebida (grupo de controlo).....	168
Tabela 80. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a autoeficácia.....	169
Tabela 81. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a autoeficácia (Estatística de Pillai).....	169
Tabela 82. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a assertividade.....	170
Tabela 83. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de álcool (grupo <i>ManiFesta Saúde</i>).....	170
Tabela 84. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de álcool (grupo de controlo).....	171
Tabela 85. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de tabaco (grupo <i>ManiFesta Saúde</i>).....	171
Tabela 86. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de tabaco (grupo de controlo).....	172
Tabela 87. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de maquiuaana (grupo <i>ManiFesta Saúde</i>).....	172
Tabela 88. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de maquiuaana (grupo de controlo).....	173
Tabela 89. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de outras drogas (grupo <i>ManiFesta Saúde</i>).....	173
Tabela 90. Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de outras drogas (grupo de controlo).....	174

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Consumo de álcool puro per capita (adultos ≥ 15 anos) em litros.	12
Figura 2. Consumo de álcool per capita (adultos ≥ 15 anos), em litros, para os países da União Europeia, ano 2009.	13
Figura 3. Consumo de álcool per capita (adultos) na União Europeia desde 2000.	14
Figura 4. Prevalências de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, 2001-2012.	15
Figura 5. Prevalência de fumadores por região.	16
Figura 6. Prevalências de consumo de tabaco ao longo da vida, 2001-2012.	18
Figura 7. Prevalências de consumo de medicamentos ao longo da vida, 2001-2012.	19
Figura 8. Tendências no consumo de droga, 2006-2011.	20
Figura 9. Tendências na prevalência de diferentes drogas, 2009-2011.	20
Figura 10. Prevalência anual do uso não médico de tranquilizantes e sedativos entre a população em geral em países de alta prevalência.	21
Figura 11. Surgimento de novas substâncias psicoativas, por região e por grupo.	24
Figura 12. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas ao longo da vida (experimentação) em alunos do 3.º ciclo, Portugal.	29
Figura 13. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas ao longo da vida (experimentação) em alunos do secundário, Portugal.	30
Figura 14. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 12 meses (consumo recente) em alunos do 3.º Ciclo, Portugal.	31
Figura 15. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 12 meses (consumo recente) em alunos do secundário, Portugal.	32
Figura 16. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (consumo recente) em alunos do 3.º Ciclo, Portugal.	32
Figura 17. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (consumo recente) em alunos do secundário, Portugal.	33
Figura 18. Prevalência em Portugal de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas em alunos do 3.º Ciclo em função do género.	34
Figura 19. Fases e sessões do programa Saluda.	81
Figura 20. Trajetória metodológica do processo de tradução e adaptação cultural.	107

Figura 21. Distribuição da amostra segundo a idade.....	112
Figura 22. Distribuição da amostra segundo o género	113



LISTA DE ABREVIATURAS

CSAP – Center for Substance Abuse Prevention

INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar

NSP – Novas Substâncias Psicoativas

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

UNODC – United Nations Office on Drugs





INTRODUÇÃO

A implementação e a disseminação de intervenções baseadas na evidência têm vindo a aumentar. Na área da prevenção, os programas de prevenção do abuso de substâncias em meio escolar assumem particular importância, pois conseguem abranger um grande número de indivíduos numa fase importante do seu desenvolvimento (Botvin & Griffin, 2004).

Os programas baseados na evidência, quando submetidos a uma adaptação cultural, podem ser utilizados eficazmente junto de outras populações, poupando tempo e esforço (McKleroy et al., 2006). Existe, contudo, uma complexidade inerente ao processo de adaptação cultural para garantir a sua equivalência e, ao mesmo tempo, reduzir o impacto da cultura e da linguagem (Zometa et al., 2007).

O programa preventivo *Saluda* (Espada & Méndez, 2003) tem obtido resultados encorajadores em diversos estudos em Espanha. Tem como objetivos principais adiar a idade de início dos consumos e reduzir o consumo abusivo de álcool e outras drogas. É composto por 10 sessões, sendo uma primeira fase de carácter educativo (informações e crenças dos jovens acerca do consumo de substâncias), seguindo-se uma fase de treino de competências (influência da publicidade, resolução de problemas, processo de tomada de decisão, resistência à pressão e habilidades sociais) e finalmente a fase de manutenção (compromisso público e treino do autorreforço).

Na Região Autónoma da Madeira são várias as iniciativas com o objetivo de prevenir o abuso de substâncias em meio escolar. Contudo, muitas delas resumem-se a intervenções pontuais de carácter informativo. Desconhece-se igualmente o seu impacto junto dos jovens madeirenses mesmo quando perante intervenções mais estruturadas de programas preventivos. Com esta investigação, pretende-se traduzir e adaptar o programa de prevenção *Saluda* para a língua portuguesa, avaliando a adequação do mesmo mediante um estudo piloto.

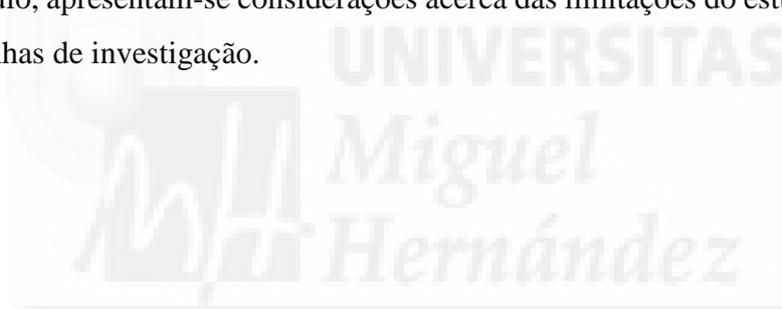
O presente trabalho encontra-se estruturada da seguinte forma:

A primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico. Especificamente no primeiro capítulo procura-se analisar o fenómeno do consumo de drogas, atendendo à sua epidemiologia conforme o tipo de substâncias (lícitas e ilícitas) a nível mundial, europeu e nacional. Faz-se menção às repercussões do consumo de substâncias psicoativas bem como aos modelos teóricos explicativos. No segundo capítulo, recorrendo a uma revisão da literatura, aborda-se o conceito de prevenção e as diferentes tipologias dos programas

Introdução

preventivos. As questões metodológicas inerentes ao processo de adaptação cultural e à transferência da investigação, com menção de estudos internacionais sobre experiências bem-sucedidas são abordadas no terceiro capítulo. Seguidamente, no quarto capítulo, descreve-se o Programa de Prevenção *Saluda*, que serviu de base a esta investigação, mencionando os seus objetivos, componentes, conteúdos e metodologia. As evidências científicas sobre a eficácia do programa são elencadas neste capítulo.

Na segunda parte, expõem-se os objetivos e as hipóteses deste estudo (capítulo 5). O sexto capítulo apresenta a metodologia do estudo, abrangendo o processo de tradução e adaptação, a caracterização da amostra, a descrição dos instrumentos e dos procedimentos utilizados, bem como a caracterização da análise dos dados. A discussão dos resultados e a verificação das hipóteses está explanada no sétimo capítulo, onde se analisa a adequação cultural do programa e os resultados das comparações intergrupos e intragrupos. As conclusões do estudo encontram-se no oitavo capítulo. Finalmente, no último capítulo, apresentam-se considerações acerca das limitações do estudo e sugerem-se futuras linhas de investigação.





PARTE I.
ENQUADRAMENTO TEÓRICO



CAPÍTULO 1.
CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

1.1. DEFINIÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define drogas como substâncias de origem natural ou sintética, capazes de alterar o funcionamento do sistema nervoso central. Desde os tempos antepassados há registos que corroboram que as drogas sempre acompanharam a evolução humana. Qualquer substância psicoativa é suscetível de criar dependência física e/ou psicológica. Assim, o uso prolongado ou abusivo de substâncias psicoativas é designado como “dependência de drogas” ou “toxicodependência”. O indivíduo que dependente de drogas procura consumir para obter bem-estar ou então para eliminar uma sensação desagradável.

O consumo de substâncias psicoativas pode ser feito por diferentes vias de administração classificadas como: Via oral (a droga é fumada, ingerida ou mascarada); Via nasal (a droga é sniffada); Via parenteral (droga é injetada); e Via pulmonar (as substâncias psicoativas são fumadas ou inaladas).

Outra categorização das drogas é a classificação das mesmas consoante o seu efeito no sistema nervoso central, distinguindo-se as depressoras, as estimulantes, as alucinogénias e os canabinóides (Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, SPTT, 1999). Substâncias como o álcool, os opiáceos, as benzodiazepinas, os barbitúricos e os inalantes são depressoras do sistema nervoso central, ou seja, têm um efeito de abrandamento, de relaxamento do indivíduo. Este tipo de drogas é usualmente ingerido oralmente e em situações de intoxicação pode provocar sintomas como alterações do equilíbrio, fala arrastada, memória e atenção alteradas, etc. (Sussman & Ames, 2008). Se consumidas de forma crónica provocam tolerância, dependência e sintomas de abstinência (náuseas, vômitos, tremores, sudção e dores musculares). As drogas estimulantes onde se inclui a cocaína, as anfetaminas, a nicotina, a xantina, a cafeína e o MDMA, aceleram o sistema nervoso central. São consumidas por diferentes vias (ingeridas, fumadas, sniffadas ou injetadas). Os seus efeitos incluem euforia, energia, redução da fadiga, diminuição do apetite, irritabilidade. Quando em abstinência, manifestam-se sintomas de depressão, apatia, hipersónia, etc. Os alucinogénios provocam distorção da orientação no tempo e no espaço, aumento da temperatura corporal, alucinações visuais, euforia. Nesta categoria incluem-se substâncias como o LSD, a mescalina, a psilocibina (cogumelos mágicos) e outros compostos orgânicos e sintéticos. Desconhece-se ao certo se existem sintomas de

abstinência. Designa-se por canabinóides os compostos derivados da planta cannabis (marijuana, haxixe). Estas substâncias são geralmente fumadas, apesar de poderem também ser ingeridas. Podem provocar uma sensação de bem-estar, um estado de relaxamento, alterações da perceção do tempo e alterações na memória a curto prazo.

Podemos também considerar as substâncias psicoativas segundo o critério de legalidade, classificando-as como lícitas ou ilícitas. Em Portugal, por exemplo, a cannabis, a cocaína e a heroína são consideradas drogas ilícitas, ou seja, substâncias cuja produção e comercialização são proibidas por lei. As drogas lícitas, como o álcool, o tabaco e as benzodiazepinas são aceites pela sociedade e como tal estão legalizadas. Contudo, o facto de estas substâncias serem produzidas e comercializadas livremente não é sinónimo de serem pouco ameaçadoras, sendo, aliás, responsáveis por problemas de saúde numa proporção muito superior face às drogas ilícitas.

1.2. EPIDEMIOLOGIA

O consumo de substâncias psicoativas é um fenómeno que tem sido analisado ao longo da história. Não sendo um conceito novo, nos últimos anos tem passado por alterações profundas, acompanhando a evolução das sociedades desenvolvidas. Novos desafios estão a surgir nesta matéria, desafiando os modelos atuais, quer a nível político, quer a nível prático, com o aparecimento constante de novas drogas sintéticas e novos padrões de consumo no mercado das substâncias ilícitas e das substâncias não controladas. Mantém-se, porém, como um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial, conforme corroborado pelos dados epidemiológicos. Neste ponto faremos referência à prevalência e à evolução do consumo de substâncias psicoativas como o álcool, tabaco e outras drogas tendo em conta a sua expressão a nível mundial, europeu e nacional (Portugal). Segue-se a análise desses consumos junto dos jovens portugueses e as consequências associadas.

1.2.1. Consumo de substâncias psicoativas lícitas

Bebidas alcoólicas

As bebidas alcoólicas têm sido usadas ao longo da história por muitas sociedades e com finalidades variadas. A ingestão de álcool, pelo seu efeito psicoativo, é utilizada para modificar o estado de humor ou para fugir à realidade. O álcool é também utilizado como produto alimentar ou para saciar a sede. O seu consumo está culturalmente associado a diferentes simbolismos, sejam eles positivos (p. ex. associado a celebrações) ou negativos (p. ex. fator de estigmatização e exclusão social).

A OMS refere que o uso indevido do álcool é um problema com um forte impacto negativo em todo o mundo. Constitui-se como a causa de um grande número de doenças, bem como um precursor para acidentes e atos de violência, originando cerca de 2.5 milhões de mortes por ano. O consumo de álcool é o terceiro maior fator de risco para o desenvolvimento de doenças e incapacidade. Esta substância é igualmente associada a problemas sociais graves, com enormes custos para a comunidade e sociedade, incluindo violência, absentismo laboral negligência e abuso para com as crianças. O consumo de álcool, quando frequente e abundante, pode conduzir à dependência e, mesmo em quantidades moderadas, está associado ao aumento do risco de doenças cardíacas, hepáticas e cancerígenas. Em pequenas quantidades, o uso de álcool pode também ser perigoso para as grávidas e para quem vai conduzir.

Segundo o relatório técnico do comité de peritos da OMS acerca dos problemas relacionados com o consumo de álcool (OMS, 2007), as bebidas alcoólicas estão amplamente disponíveis em todo o mundo, pelo que é alvo de crescente preocupação quaisquer medidas que fomentem a sua produção, promoção e comercialização.

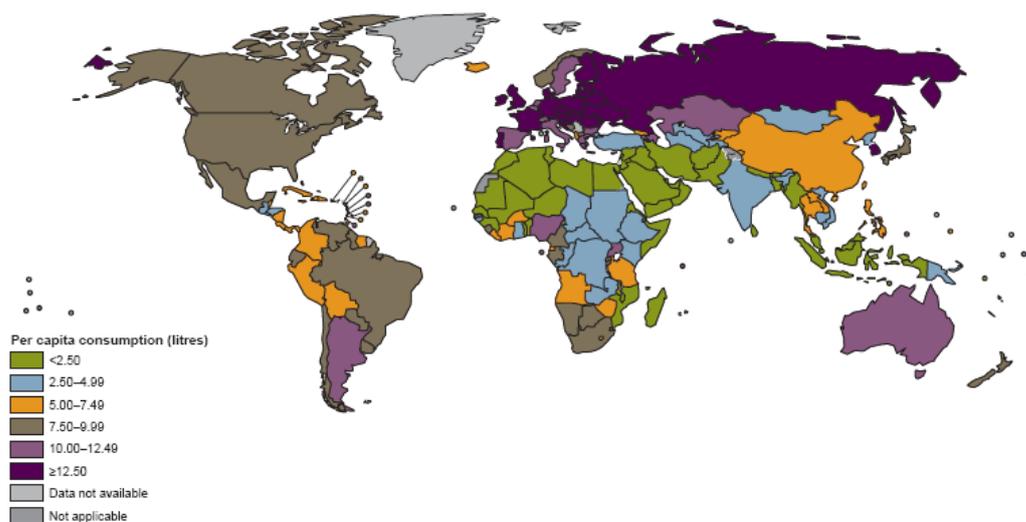


Figura 1. Consumo de álcool puro *per capita* (adultos ≥ 15 anos) em litros.

Estimativas para o ano 2005 utilizando o consumo médio de álcool registrada em 2003-2005 (menos o consumo de turismo) e consumo não declarado de álcool de 2005.

Fonte: OMS, 2011.

O Relatório Mundial sobre álcool e saúde (OMS, 2011a) refere que o consumo mundial de álcool puro *per capita* (≥ 15 anos) em 2005 igualou 6.13 litros. É nos países desenvolvidos que se encontram níveis de consumo etílico mais elevados, a maioria no hemisfério norte mas também na Argentina, Austrália e Nova Zelândia (cf. figura 1).

Seja cerveja, vinho, bebidas espirituosas ou outras, o tipo de bebidas alcoólicas mais ingeridas varia conforme a localização geográfica. Dados do mesmo relatório indicam que na Ásia e na Europa Oriental são as bebidas espirituosas as mais consumidas em termos de litros de álcool puro. Em alguns países da Europa (no qual se inclui Portugal) e da América do Sul (Argentina e Chile) é o vinho o tipo de bebida alcoólica mais consumida. As bebidas espirituosas são ingeridas predominantemente nas regiões do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental, constituindo 45% do total de álcool registrado. Aproximadamente 36% das bebidas alcoólicas são consumidas sob a forma de cerveja, sendo o seu consumo mais elevado na região das Américas. Quanto às bebidas alcoólicas para além da cerveja, vinho e bebidas espirituosas (por exemplo vinhos fortificados, vinho de arroz ou outras bebidas fermentadas feitas de sorgo, milho e milho), têm maior expressão no consumo total registrado na Região Africana (AFR em 48.2%) e na Região Mediterrânea Oriental.

Para avaliar o impacto do consumo mundial de álcool sobre a saúde há que atender também aos padrões de consumo (para além do consumo per capita), que vão desde a abstinência ao consumo excessivo. Globalmente, 45% da população do mundo nunca consumiu álcool e quase metade dos homens e dois terços das mulheres em todo o mundo abstiveram-se do consumo de álcool nos últimos 12 meses. Por outro lado, cerca de 11.5% dos consumidores de álcool a nível mundial têm semanalmente episódios de ingestão abusiva. Os padrões de consumo mais arriscados encontram-se no Cazaquistão, México e na Federação Russa.

Analisando o panorama Europeu, segundo dados da comissão europeia, cerca de 7% das doenças e das mortes prematuras na Europa são devidas aos efeitos nocivos a longo prazo do álcool. Já a curto prazo, representam um quarto de todas as mortes de jovens do sexo masculino entre os 15 e os 29 anos.

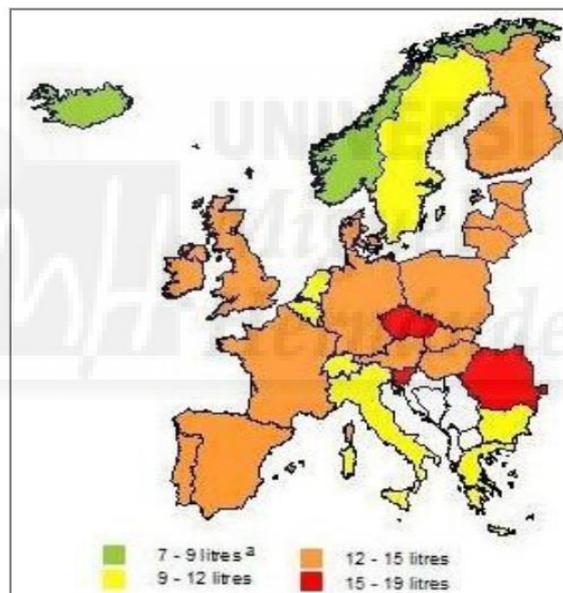


Figura 2. Consumo de álcool *per capita* (adultos ≥ 15 anos), em litros, para os países da União Europeia, ano 2009.

Inclui Malta, com um consumo de 8.0 litros de álcool puro *per capita*.

Fonte: Alcohol in the European Union (OMS, 2012a).

O relatório da OMS sobre o álcool na União Europeia (2012a) refere que de todas as regiões do mundo a Europa é a que possui o mais alto nível de consumo de álcool, bem como o mais elevado número de doenças e mortes prematuras devido ao álcool. Após um ligeiro declínio no início dos anos 90, voltou a verificar-se um pequeno aumento do uso de álcool pelos cidadãos adultos europeus (≥ 15 anos), situando-se em 2005 na ordem dos

9.5 litros *per capita*. Mais recentemente, em 2009, o nível de consumo anual era de 12.5 litros *per capita*, mais do dobro da média mundial. Na última década os dados indicam que o consumo médio de álcool manteve-se estável na maioria dos estados membros, mesmo nos países do mediterrâneo como a França, a Itália e a Espanha. Contrariando esta tendência, a Estónia, a Letónia e a Polónia apresentaram um acentuado aumento do consumo de bebidas alcoólicas, na ordem dos 40, 33 e 25% respetivamente. Por outro lado, o relatório salienta uma redução de ingestão de álcool de 9% em países com o Luxemburgo e Malta (cf. Figura 2).

A nível Europeu, em quase todas as regiões, a cerveja é a bebida alcoólica mais ingerida, com exceção das regiões do sul da Europa onde o vinho mantém-se como a bebida mais frequentemente consumida. Apesar disso, nesta região europeia assiste-se a uma tendência para a diminuição do consumo de vinho e um ligeiro aumento do consumo de cerveja. Os países do norte da Europa estão em tendência contrária, embora de forma mais ténue, com um aumento do consumo de vinho e um decréscimo no consumo de cerveja (cf. Figura 3).

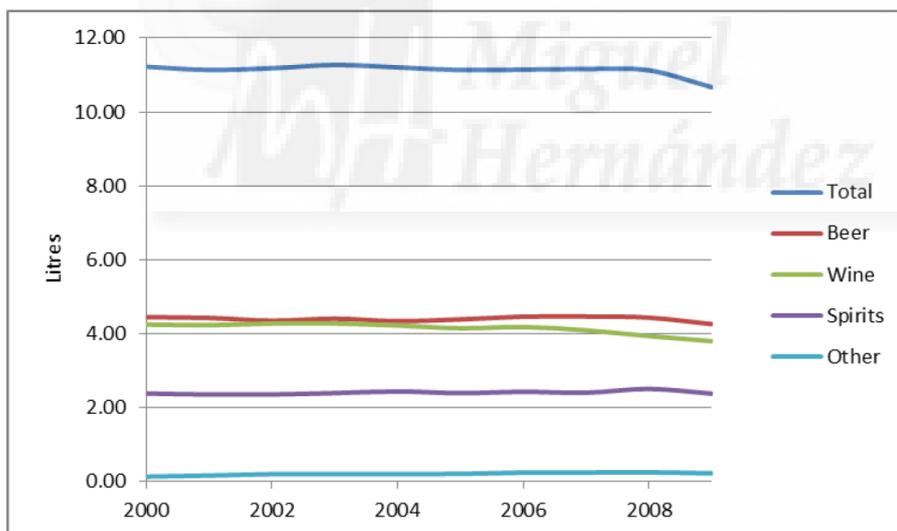


Figura 3. Consumo de álcool *per capita* (adultos) na união Europeia desde 2000.

Fonte: Alcohol in the European Union (OMS, 2012a).

Em 2006 foi elaborada a estratégia da União Europeia em matéria de álcool, concebida para auxiliar e coordenar a ação das autoridades nacionais, com o objetivo de reduzir os efeitos nefastos causados pelo consumo excessivo de álcool, tendo em 2009 publicado o primeiro relatório sobre os progressos na implementação da estratégia da União Europeia em matéria de álcool (OMS, 2010). Segundo este relatório são muitas as

repercussões sociais e económicas associadas a esta problemática: assume-se na Europa como o 3º maior fator de risco para o desenvolvimento de doença, é responsável por 195 mil mortes por ano e tem custos económicos que rondam os 125 biliões de euros. O fórum sobre a saúde e o álcool foi criado em 2007 com o intuito de debater, comparar abordagens e adotar medidas para combater os efeitos nocivos do álcool, tendo sido estabelecidos os objetivos prioritários, relevantes para todos os estados membros entre os quais a necessidade de proteger os jovens e as crianças e informar, educar e sensibilizar para o impacto do consumo nocivo e perigoso de álcool bem como para os padrões aceitáveis.

Na população Portuguesa, relativamente ao consumo de substâncias ilícitas, a prevalência do consumo de substâncias lícitas é substancialmente mais elevada, com valores, no caso das bebidas alcoólicas, de 74% da população em geral ao longo da vida. Os dados para o ano 2012 do relatório preliminar do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas (Balsa, Vital, & Urbano, 2013) apontam para uma taxa de 13% da população geral com consumos excessivos. A faixa etária entre os 25 e os 54 anos apresenta um valor de consumo de bebidas alcoólicas particularmente elevado (cerca de 75%). Relativamente às questões de género, os homens apresentam taxas de consumo de álcool superiores. Como pode ser observado na figura 4, comparando com os valores obtidos em 2001 e 2007, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi menor em 2012.

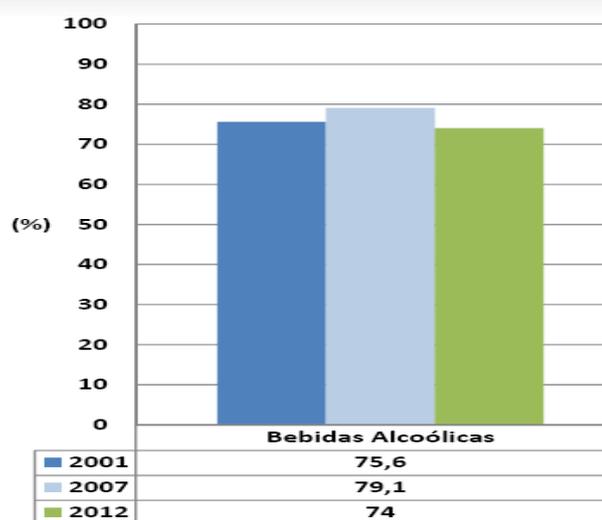


Figura 4. Prevalências de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, 2001-2012.

Fonte: Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012 (Balsa, Vital, & Urbano, 2013).

Tabaco

O uso do tabaco, de acordo com o Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco (OMS, 2013), continua a ser a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O consumo desta substância é responsável pela morte de cerca de 6 milhões de pessoas por ano, dos quais 600 mil mortes são de fumadores passivos (não fumadores expostos ao fumo) (OMS, 2011b). Se não forem tomadas medidas urgentes, poderá matar um bilhão de pessoas durante este século. Constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de várias doenças crônicas como o cancro, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares. Grande parte dos danos do fumo para a saúde evidenciam-se após anos ou mesmo décadas do início da sua utilização, pelo que se teme que a epidemia de doenças relacionadas ao tabaco possa estar ainda no começo.

Sob a forma de cigarro ou outra, a inalação de tabaco produz a libertação rápida de nicotina para o cérebro, uma substância altamente viciante. Como esses efeitos têm a duração de apenas alguns minutos, os fumadores, caso não continuem a fumar, experimentam síndrome de abstinência.

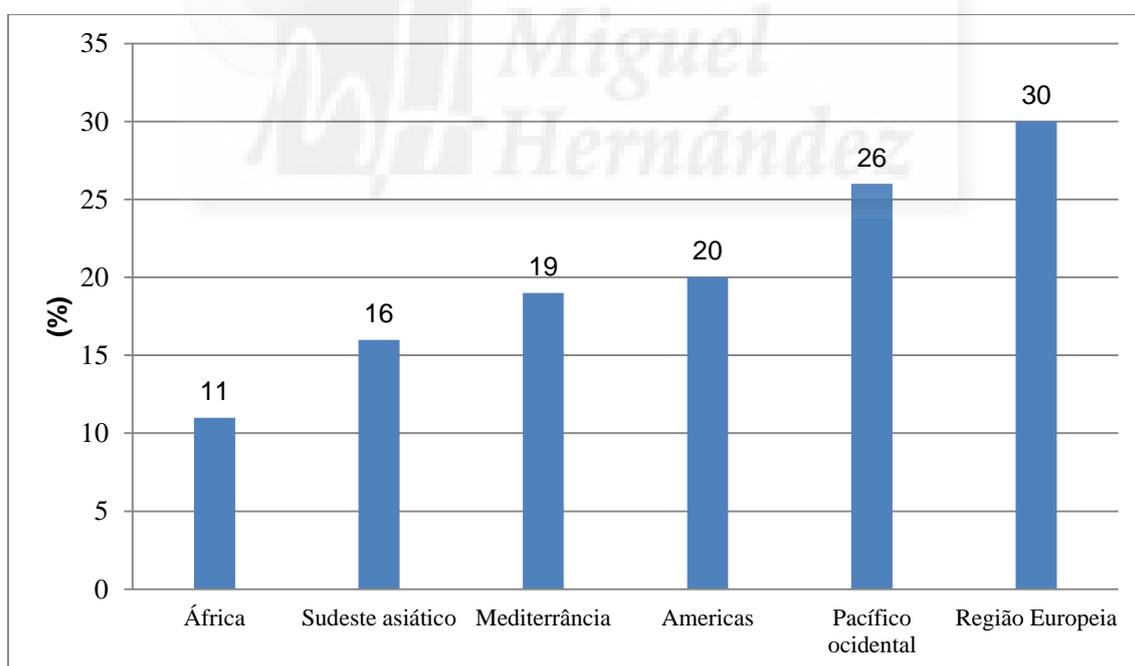


Figura 5. Prevalência de fumadores por região.

Fonte: Global Progress Report on implementation of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control (OMS, 2012b).

Apesar dos seus efeitos, o uso desta substância é bastante comum e tem crescido por todo o mundo, devido a um marketing poderoso e agressivo, um baixo preço de comercialização, falta de consciência sobre a sua perigosidade e ausência de políticas públicas consistentes contra o seu uso (OMS, 2008a). Embora se verifique um aumento global do seu consumo, observa-se um decréscimo nalguns países com rendimentos altos ou médio-altos.

A Região da Europa é a que possui níveis mais altos de consumo de tabaco, comparando com outras regiões do mundo (cf. Figura 5). As regiões do Mediterrâneo, do Sudeste Asiático e Africana, por outro lado, são as que apresentam níveis de prevalência mais baixos. Na Região Europeia observa-se que a diferença entre homens e mulheres que usam tabaco é agora muito pequena, havendo inclusive alguns países em que as mulheres fumam mais comparativamente aos homens, como na Suíça e na Noruega (OMS, 2013).

Recentemente, a Convenção para o Controlo do Tabaco da OMS, têm-se evidenciado vários avanços, a nível global, havendo maior compromisso político na implementação de medidas para o controlo do tabaco. Cerca de 87% da população mundial é agora abrangida por pelo menos 1 medida de controlo eficaz no consumo de tabaco (OMS, 2013).

Dados recentes sobre o consumo de substâncias psicoativas em Portugal, obtidos pelo inquérito nacional em 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2013), referem que o consumo de tabaco atinge valores de prevalência bastante elevados (quando comparado com outras substâncias psicoativas), mais concretamente 47% da população em geral já experimentou esta substância pelo menos uma vez ao longo da vida (cf. Figura 6). Estando ligeiramente abaixo do valor reportado em 2007 (48.9%), este valor é significativamente superior ao declarado em 2001 (40.2%). Entre a população adulta portuguesa (entre os 15 e os 74 anos), apenas 2.4% apresenta um grau de dependência elevado em relação à nicotina (segundo o Teste de Fagerström). Independentemente do tipo de consumo (experimental, recente ou atual) as declarações de consumo são superiores nos inquiridos do género masculino. Relativamente ao nível etário destacam-se os grupos entre os 25 e os 34 anos e entre os 35 e os 44 anos com uma taxa de cerca de 52% cada.

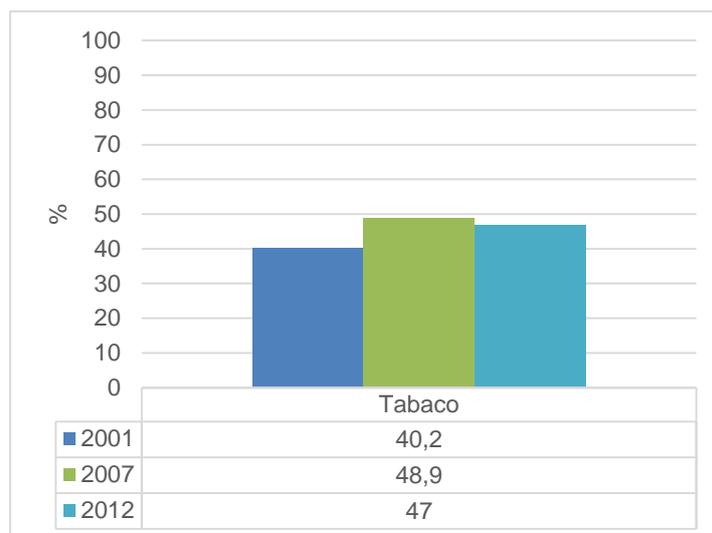


Figura 6. Prevalências de consumo de tabaco ao longo da vida, 2001-2012.

Fonte: Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Medicamentos

Não existindo estimativas a nível mundial sobre o uso indevido de medicamentos, reconhece-se que este permanece um problema de grande dimensão, em alguns casos até maior do que algumas substâncias ilícitas. Segundo a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2013), mais de 60% dos países cobertos pelo relatório reportam que os sedativos e tranquilizantes estão entre os três principais tipos de substâncias mais usados indevidamente (sem prescrição médica). A sua prevalência varia entre os 0.4% no Reino Unido e os 12.9% na Estónia. Para além do seu uso isolado, o consumo de tranquilizantes (benzodiazepinas) é frequente entre os policonsumidores, em especial os heroinómanos e os sujeitos medicados com metadona.

Em Portugal, no ano de 2012, o consumo medicamentos com receita médica foi de 20.4% (taxa de prevalência ao longo da vida). Já em relação ao consumo de medicamentos sem receita médica a prevalência foi de 1.4%. No caso do consumo de medicamentos ao longo da vida, com receita médica, o valor é significativamente maior entre os inquiridos do género feminino e a taxa aumenta gradualmente conforme que se avança nos grupos etários. Já em relação ao consumo desta substância sem ser por prescrição médica é mais frequente nos sujeitos do género masculino, atingindo a percentagem máxima no grupo etário dos 25 aos 34 anos (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

Acerca da evolução, considerando o consumo de medicamentos em geral (com e sem receita médica), a tendência da evolução dos consumos nos últimos dez anos é, num primeiro momento, marcada por uma redução entre 2001 e 2007, e, num segundo momento, por um ligeiro aumento dos consumos entre 2007 e 2012 (cf. Figura 7).

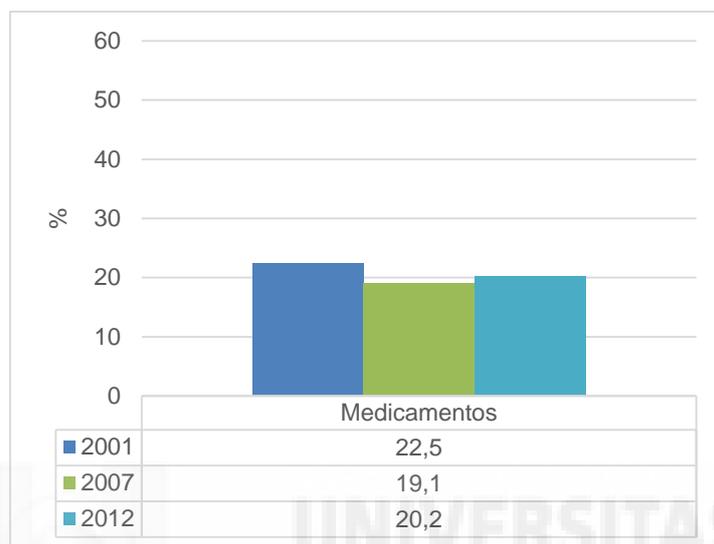


Figura 7. Prevalências de consumo de medicamentos ao longo da vida, 2001-2012.

Fonte: Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2013).

1.2.2. Consumo de substâncias psicoativas ilícitas

Estima-se que 1 em cada 20 pessoas entre os 15 e os 64 anos consumiram uma droga ilegal durante o ano de 2013. A substância mais utilizada entre os consumidores foi a cannabis (170 milhões de pessoas), seguindo-se os estimulantes do tipo anfetamínico (33 milhões), os opiáceos (17 milhões, dos quais 12 a 13 milhões consumiram heroína) e a cocaína (16 milhões) (UNODC, 2013).

A UNODC, no seu relatório anual de 2013, refere que, a nível mundial, o uso de drogas permaneceu estável, inclusive o uso problemático (cf. Figura 8). Contudo, e reflexo do aumento da população em geral, desde 2008 observa-se um aumento global de 18 por cento na prevalência do uso de substâncias ilícitas.

Consumo de substâncias psicoativas

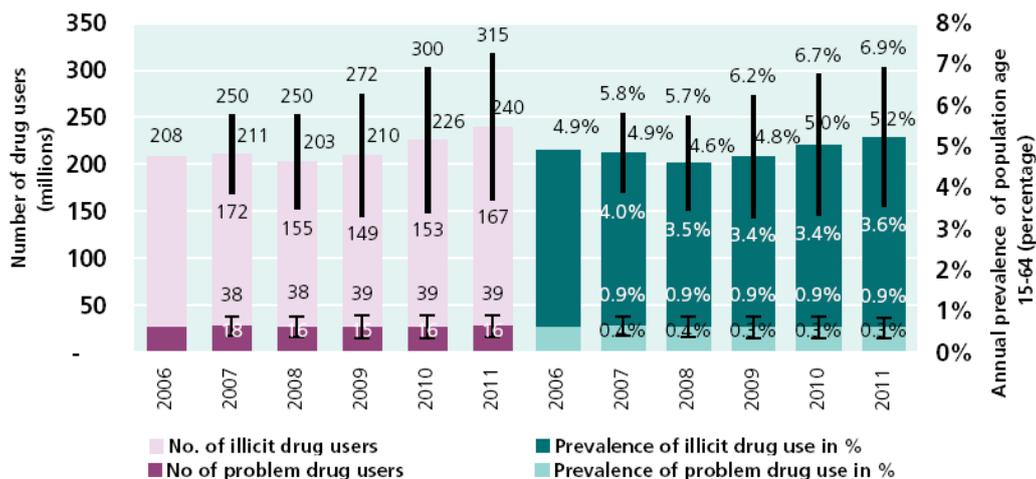


Figura 8. Tendências no consumo de droga, 2006-2011.

Expresso em número de usuários de drogas (milhões) e em porcentagem de prevalência anual para populações entre os 14 e 64 anos.

Fonte: World Drug Report 2013 (UNODC, 2013).

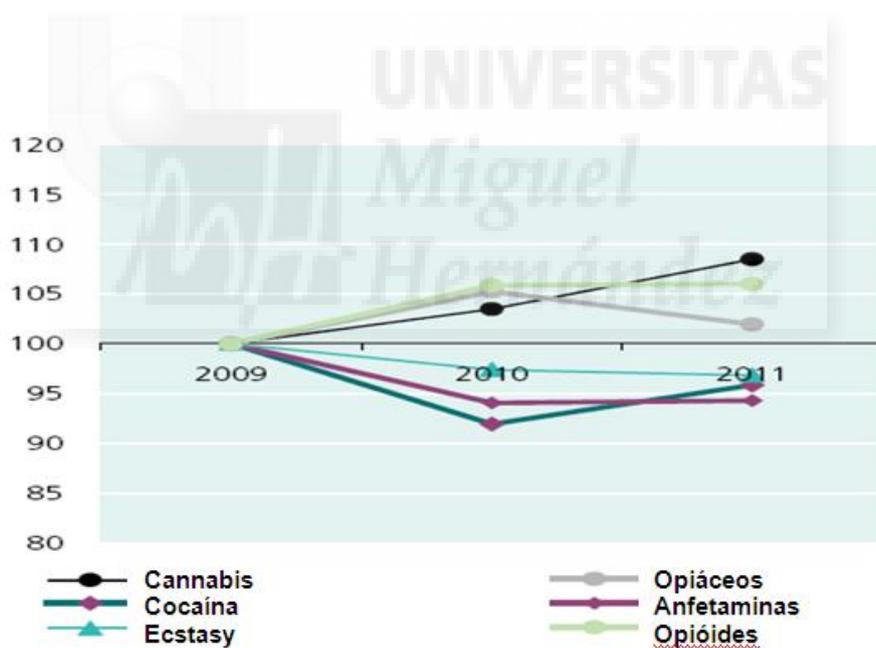


Figura 9. Tendências na prevalência de diferentes drogas, 2009-2011.

Fonte: World Drug Report 2013 (UNODC, 2013).

Assiste-se desde 2009 ao aumento da prevalência do consumo de cannabis, opióides e opiáceos. Por outro lado, entre 2009 e 2011 parece haver uma tendência para diminuir o consumo de cocaína, estimulantes do tipo anfetamínico e ecstasy (cf. Figura 9).

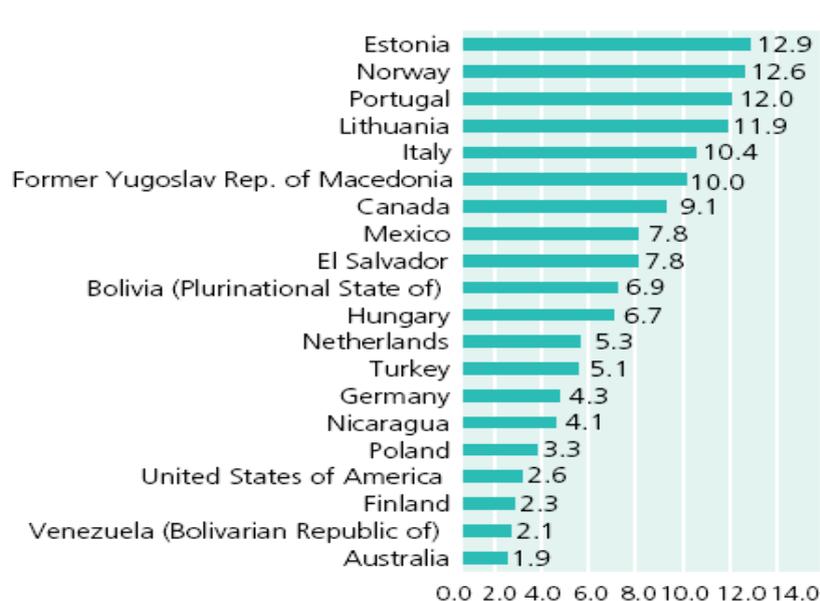


Figura 10. Prevalência anual do uso não médico de tranquilizantes e sedativos entre a população em geral em países de alta prevalência.

Fonte: World Drug Report 2013 (UNODC, 2013).

Continua a ser preocupante o consumo simultâneo de diversas drogas, combinando medicamentos e substâncias ilícitas. Também os sedativos e tranquilizantes estão entre os três tipos de substâncias mais usados indevidamente em mais de 60% dos países cobertos pelo relatório (cf. Figura 10).

Fruto da globalização e da evolução tecnológica, o mercado europeu da droga tem sofrido alterações. Segundo o Relatório Europeu sobre drogas do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT, 2013), o consumo de drogas, embora estabilizado também a nível europeu, continua a ser historicamente elevado. No entanto, já se vislumbram algumas mudanças positivas: redução do consumo de droga injetada; redução do número de novos consumidores de heroína, bem como do consumo de cocaína e cannabis fumada e; maior oferta de tratamento. Contudo, face ao atual panorama europeu de grave crise financeira (e consequentemente do aumento do desemprego jovem e cortes nos serviços), teme-se que possa haver algum retrocesso nos ganhos até agora alcançados.

A mesma fonte indica que cerca de um quarto da população adulta europeia admite ter consumido uma droga ilícita em algum momento da sua vida, o equivalente a 85 milhões de pessoas. A cannabis mantém o estatuto de droga ilegal mais consumida entre os europeus (77 milhões), embora alguns dados apontem para uma diminuição do seu

Consumo de substâncias psicoativas

consumo nesse continente. Os valores relativos à prevalência são bastante heterogêneos, variando conforme o país (entre 0.7 e 32.5%). O consumo de outras substâncias ao longo da vida é significativamente mais baixo quando comparado com a cannabis. No caso dos estimulantes, as substâncias ilícitas mais consumidas na Europa são a cocaína (14.5 milhões), as anfetaminas (12.7 milhões) e o *ecstasy* (11.4 milhões), muitas vezes consumidas em simultâneo com bebidas alcoólicas, associadas a contextos recreativos noturnos (música, dança). Em termos de distribuição geográfica, sabe-se que a cocaína é mais prevalente nos países do sul e oeste, as anfetaminas são mais comuns nos países do centro e do norte, e o *ecstasy* tem maior prevalência nos países do sul e do leste (cf. Tabela 1).

Tabela 1.

Estimativas de prevalência ao longo da vida de consumo de cannabis, cocaína, anfetaminas e ecstasy. Adultos entre 15 e 64 anos.

País	Estimativas de Prevalência			
	Cannabis %	Cocaína %	Anfetaminas %	Ecstasy %
Bélgica	14.3	–	–	–
Bulgária	7.3	1.7	2.1	1.7
República Checa	24.9	1.4	2.1	5.8
Dinamarca	32.5	4.4	6.2	2.1
Alemanha	25.6	3.3	3.7	2.4
Estónia	–	–	–	–
Irlanda	25.3	6.8	4.5	6.9
Grécia	8.9	0.7	0.1	0.4
Espanha	27.4	8.8	3.3	3.6
França	32.12	3.66	1.6	2.4
Itália	21.7	4.2	–	1.8
Chipre	11.6	3	0.7	2.0
Letónia	12.5	1.5	2.2	2.7
Lituânia	11.9	0.5	1.6	2.1
Luxemburgo	–	–	–	–
Hungria	8.5	0.9	1.8	2.4
Malta	3.5	0.4	0.4	0.7
Países Baixos	25.7	5.2	3.1	6.2
Áustria	14.2	2.2	2.5	2.3
Polónia	17.3	1.3	4.2	3.4
Portugal	11.7	1.9	0.9	1.3
Roménia	1.6	0.3	0.1	0.7
Eslovénia	–	–	–	–
Eslováquia	10.5	0.6	0.5	1.9
Finlândia	18.3	1.7	2.3	1.8
Suécia	21.4	3.3	5	2.1
Reino Unido	31	9.6	11.5	8.6
Croácia	15.6	2.3	2.6	2.5
Turquia	0.7	–	0.3	0.1
Noruega	14.6	2.5	3.8	1.0

Fonte: Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e Evoluções (OEDT, 2013).

Em Portugal a taxa de prevalência na população em geral de consumo de qualquer substância ao longo da vida é de 9.9%, assinala o relatório preliminar do inquérito nacional publicado em 2013 sobre o consumo de substâncias psicoativas em Portugal em 2012 (Balsa, Vital & Urbano, 2013). A substância ilícita mais consumida em Portugal é de longe a cannabis, com 8,3%, seguindo-se o ecstasy e a cocaína, com valores na ordem dos 1.1% e 1% respetivamente. No que toca à heroína, LSD e cogumelos alucinógenos apresentam uma prevalência ao longo da vida de 0.5% e no caso das anfetaminas de 0.4%.

O género masculino tem taxas de consumo superiores em todas as substâncias ilícitas, tanto ao nível do consumo ao longo da vida, como do consumo no último ano ou mês. Indivíduos com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos apresentam maior prevalência de consumo de substâncias ao longo da vida.

Comparando com anos anteriores, e considerando o consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida, em 2001 a prevalência era de 7.8% e em 2007 situava-se nos 12%. Verificou-se em 2012 uma diminuição de 2% do consumo estimado em relação a 2007. Entre este período, apenas o ecstasy e o LSD mantiveram níveis estáveis de consumo ao longo da vida.

1.2.3. Consumo de novas substâncias psicoativas (*legal highs*)

Surgem outros desafios, nomeadamente no que toca à proliferação de novas substâncias psicoativas (NSP). Entre 2009 e 2012, houve um aumento de mais de 50% de NSP comunicadas pelos Estados-Membros à UNODC (subiu de 166 para 251), ultrapassando o número total de substâncias sob controlo internacional (234). Em 2012, as NSP identificadas eram na sua maioria canabinóides sintéticos (JWH-073 e JWH-018), feniletilaminas e catinonas sintéticas (mefedrona, MDVP e methylone), para além da triptamina, substâncias de origem vegetal (kratom, khat e *Salvia divinorum*) e as piperazinas (mCPP, BZP e TFMPP) (UNODC, 2013).

Pelo fácil acesso, disponíveis inclusive através da internet, as NSP são comercializadas como "drogas lícitas", induzindo a sensação de baixo risco junto dos jovens. Contudo, e uma vez que não passam por testes de segurança, acredita-se que o consumo destas substâncias possa ser mais arriscado comparativamente às drogas tradicionais. Os estados membros têm tentado encontrar uma resposta para este problema

com diferentes métodos dentro dos seus quadros legislativos, nomeadamente o controlo e a inclusão dessas substâncias em listas de fiscalização. Contudo, para contornar os novos marcos legais os fabricantes recorrem à produção de novas variantes das substâncias controladas e comercializam as substâncias com nomes de produtos de uso diário, como purificadores de ambiente, sais de banho, incensos de ervas e fertilizantes de plantas.

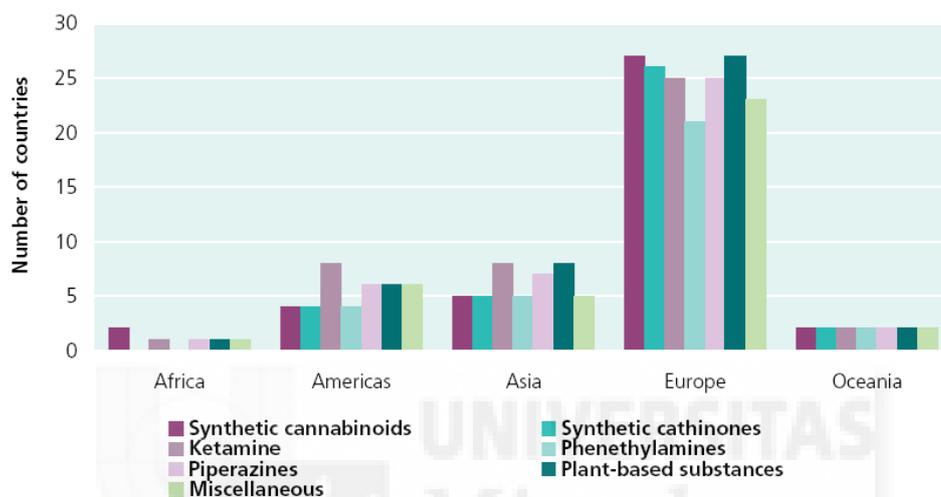


Figura 11. Surgimento de novas substâncias psicoativas, por região e por grupo.

Fonte: World Drug Report 2013 (UNODC, 2013).

Estas substâncias, embora originárias de países com uma forte indústria química e farmacêutica da região da Ásia, estão mais disseminadas na Europa e América do Norte (cf. Figura 11). Há relatos, entre os grupos de consumidores problemáticos de consumo injetável de catinonas sintéticas (mefedrona, MDPV), de mortalidade e morbidade associados ao consumo de mefedrona. Dados recentes, apontam para uma incidência de 1.1% (16-59 anos) de consumo de mefedrona no Reino Unido, a quarta substância ilícita mais consumida e a terceira entre os jovens de 16 a 24 anos (3.3%). Conhecendo-se pouco acerca dos seus efeitos nefastos e do seu potencial viciante, este fenómeno constitui um desafio para saúde pública e para o sistema internacional de controlo de drogas, dada a vastidão de alterações da estrutura química dessas substâncias.

Acompanhando a tendência europeia, em Portugal tem-se verificado um aumento do mercado de novas substâncias psicoativas, dada a multiplicação dos pontos de venda que disponibilizam estas substâncias. Segundo o III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa (Balsa, Vital & Urbano, 2013), o

consumo de *legal highs* ao longo da vida é de 0.4%. Este tipo de consumo é mais evidente na população mais jovem, em particular no grupo etário entre os 15 e os 24 anos (1% de incidência) e os 25 e os 34 anos (0.8% de incidência). O acesso a estas substâncias é mais frequente através das *smart shops* (44%). A Internet é um dos principais mercados para estas substâncias e novos produtos surgem com muita rapidez.

1.3. REPERCUSSÕES DO CONSUMO DE DROGAS

Descreve-se em seguida as consequências do consumo de drogas em função do tipo de substância. Atendendo a que o impacto do consumo de substâncias psicoativas tem repercussões a diferentes níveis, caracteriza-se o impacto negativo das mesmas no indivíduo que as consome, bem como as repercussões de âmbito mais global que atingem profundamente a sociedade.

1.3.1. Consequências para a saúde física e psicológica do consumidor

Segundo a OMS, a nível global, é atribuído ao álcool e às drogas ilícitas 5,4% do total de doenças. A mesma fonte refere que, a par do tabaco e da hipertensão, o consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde, e o seu uso nocivo está associado a mais de 60 doenças e a 2,5 milhões de mortes por ano (OMS, 2011a). Estão amplamente documentadas as consequências negativas para a saúde física e mental do consumidor, desde problemas cardiovasculares, problemas de fígado, alterações gastrointestinais, doenças imunológicas, doenças pulmonares, doenças ósseas e musculares, problemas reprodutivos e danos pré-natais, cancro, sintomas fisiológicos ligados à ressaca e à fase de abstinência, perturbações neuropsiquiátricas, problemas de memória, dificuldades de concentração e diminuição de certas capacidades cognitivas (Anderson & Baumberg, 2006). Apesar disso, o consumo global de álcool é muito elevado, estando Portugal entre os países do mundo com maior consumo. Observam-se alterações preocupantes no que toca aos padrões de consumo com tendência para o aumento do consumo nocivo de álcool especialmente entre os adolescentes, apesar dos efeitos particularmente prejudiciais nesta faixa etária (Barroso, Mendes & Barbosa, 2009). Os jovens, nesta fase do desenvolvimento, ainda não atingiram a maturidade social nem o nível de desenvolvimento neuropsicológico dos adultos, podendo o consumo de

bebidas alcoólicas comprometer o processo de formação da identidade, representar risco para o desenvolvimento de dependência de álcool (Fonseca, 2010) e aumentar o risco de dependência de outras drogas (Balsa, Vital & Urbano, 2013). Outros estudos associam os comportamentos de risco nos jovens ao consumo de álcool, como a prática de sexo sem proteção (Espada et al., 2003).

De acordo com o relatório mundial da OMS sobre a epidemia do tabaco, esta substância mata aproximadamente 6 milhões de pessoas em todo o mundo, e caso não sejam tomadas medidas estima-se que poderá ser responsável por cerca de 1 bilhão de pessoas durante este século (OMS, 2013). Esta substância mantém-se líder, sendo a principal causa de morte evitável (OMS, 2011b). Entre as doenças causadas pelo cigarro encontram-se diferentes cancros ligados ao sistema respiratório (laringe, orofaringe, esófago, traqueia e pulmões), ao sistema digestivo (estômago, pâncreas, rins e cólon), ao sistema reprodutor (colo do útero), etc. O tabaco é também responsável pelo desenvolvimento de doenças crónicas como a doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, pneumonia entre outras. No que toca às consequências a curto prazo para os jovens destacam-se o aumento das constipações, da tosse, perda de apetite e menor rendimento no desempenho desportivo. De entre a extensa lista de outras consequências está o aparecimento precoce de rugas, o desenvolvimento de cáries e mau hálito, os dentes manchados e o amarelecimento das unhas. Nas senhoras fumadoras, o risco de ataque cardíaco está aumentado, principalmente se associado à toma de contraceptivos. Durante a menopausa aumenta o risco de osteoporose.

Quanto às substâncias ilícitas e começando pela mais consumida, a cannabis, podemos considerar os seus efeitos imediatos e também as consequências de um consumo crónico. Uma intoxicação de cannabis pode originar os seguintes sintomas: boca seca, os olhos vermelhos, taquicardia, falta de coordenação motora, sonolência, riso descontrolado e alterações na memória, na atenção e na concentração. Já o uso continuado dessa substância, inclui dependência, bronquite crónica, debilitação do sistema respiratório, cancros respiratórios, problemas cognitivos (problemas de memória e de aprendizagem), problemas psiquiátricos (sintomas psicóticos e esquizofrenia, ansiedade e depressão) (Hall & Degenhardt, 2014). A cannabis é a droga ilícita mais suscetível de ser consumida pelos jovens, estando o seu uso associado à redução da escolaridade, com as implicações para o desenvolvimento que daí advêm (Neto, Fraga & Ramos, 2012).

No caso das outras drogas, a consequência mais extrema resultante do seu uso é a morte. A UNODC, no Relatório Mundial sobre Drogas (2013), estimou em 211 mil o número de mortes relacionadas com drogas no ano de 2011, na sua maioria relacionadas com o consumo de opiáceos, afetando maioritariamente os consumidores mais novos. Na Europa, e segundo o Observatório Europeu da Droga e da toxicodependência (OEDT, 2013), a média de idades de mortes relacionadas com o consumo de drogas varia entre os 26 e os 44 anos, destacando ainda que, na sua maioria, essas mortes poderiam ser evitadas. Entre os consumidores de droga crónicos, o risco de morte por outras causas (além da overdose) é muito superior, seja por doenças orgânicas, suicídio, acidentes ou traumatismos.

O consumo de drogas acarreta sérios problemas para a saúde do indivíduo entre as quais doenças infecciosas como o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a hepatite B e a hepatite C. Outras doenças infecciosas que afetam particularmente os consumidores de drogas são a hepatite A, a hepatite D, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo, o antrax e o vírus linfotrópico de células T humanas. Para além das infeções virais, os consumidores de droga injetada são muito vulneráveis a doenças graves causadas por bactérias (por exemplo botulismo, tétano e antrax). Também a tuberculose é mais prevalente nos grupos de alto risco, nos quais se incluem os consumidores de droga.

1.3.2. Consequências sociais

Segundo o relatório mundial sobre álcool e saúde da Organização Mundial de saúde (OMS, 2011a), além das consequências para a saúde, o consumo de álcool tem também um forte impacto ao nível das responsabilidades do dia-a-dia e dos papéis sociais assumidos, tanto a nível laboral, como a nível familiar ou social. No trabalho, o consumo excessivo ou crónico de álcool reduz a produtividade laboral, podendo originar absentismo e inclusive perda de emprego (OMS, 2011a). Da mesma forma, as relações íntimas, familiares e de amizade são afetadas pelo consumo excessivo de álcool. A pessoa intoxicada, por exemplo, no desempenho do seu papel de cuidador vê a sua capacidade de prestar assistência diminuída, podendo haver, no extremo, situações de negligência ou maus-tratos. Outro tipo de consequência refere-se ao impacto no bem-estar de outras

peessoas, que podem ser vítimas de agressões, roubos, acidentes de viação, perpetrados por um indivíduo embriagado. É vasta a literatura que documenta os elevados custos económicos do consumo álcool para a sociedade, nos quais se incluem os custos médicos assumidos pelos governos (devido às doenças e lesões), os efeitos negativos sobre a produtividade e o pesado fardo financeiro e psicológico para as famílias (OMS, 2011a).

O tabaco é a única substância lícita que pode prejudicar todas as pessoas que estão expostas a ela (fumadores passivos), podendo provocar doenças como por exemplo asma, síndrome de morte súbita, leucemia, tumores do cérebro (no caso das crianças), irritação nasal, cancro do pulmão, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença coronária, cancro da mama (no caso dos adultos). O cigarro também pode causar a morte de outras pessoas na sequência de incêndios causados pelo consumo desta substância em locais inadequados (inflamáveis) ou como consequência de beatas mal apagadas. Alguns acidentes de trânsito ocorrem na sequência da distração do motorista fumador. Esta substância tem igualmente custos elevados para a economia na ordem das centenas de bilhões de dólares por ano, sendo o montante gasto nos cuidados de saúde muitíssimo elevado, atingindo nos Estados Unidos os 81.000 milhões de dólares (OMS, 2008b).

À semelhança do que acontece com as drogas legais, as substâncias psicoativas ilícitas têm um enorme impacto social e económico. Alguns estudos analisam os custos concretos referindo-se às despesas com o crime, saúde, produtividade, acidentes e incêndios, assim como os custos subjetivos, reportando-se à perda de vida, à dor e ao sofrimento.

1.4. CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES PORTUGUESES

Durante a adolescência, ocorrem relevantes mudanças desenvolvimentais com um papel determinante na definição do percurso de vida de cada pessoa. Nesta fase, devido a determinadas características deste período evolutivo, há vulnerabilidade para a adoção de comportamentos de risco, entre os quais a experimentação de substâncias psicoativas como o álcool e outras drogas, suscitando grande preocupação social (Espada, Méndez, Griffin, & Botvin, 2003). Se inicialmente essa experimentação possa acontecer por curiosidade, pode depois tornar-se numa grave dependência (Maia, Simões & Matos, 2007). Sabe-se que consumir álcool na adolescência aumenta o risco de vir a tornar-se

um consumidor excessivo ao longo da vida, para além dos riscos para a saúde na idade adulta (Malta et al., 2011). Sendo que o início dos consumos ocorre frequentemente na adolescência, torna-se fundamental delinear medidas no sentido de diminuir os riscos associados ao consumo de substâncias psicoativas. É por isso importante conhecer a prevalência de consumo de drogas nesta fase, bem como as motivações e formas de acesso ao consumo (Neto, Fraga, & Ramos, 2012).

Em Portugal, os dados mais recentes sobre o consumo de drogas e outras substâncias psicoativas constam da síntese de resultados do último Inquérito Nacional em Meio Escolar de 2011 (INME), dirigido aos alunos do ensino público (do 3º Ciclo do Ensino Básico e do Secundário), elaborado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Feijão, 2012a, 2012b). Dados do relatório referem que entre 2006 e 2011, de forma global houve um aumento na prevalência ao longo da vida do consumo de bebidas alcoólicas (de 60 para 67% no 3º Ciclo e de 87 para 93% no Secundário). As bebidas alcoólicas mais prevalentes junto dos estudantes portugueses são a cerveja e as bebidas destiladas. Considerando o consumo abusivo de álcool, nomeadamente as situações de embriaguez, se no caso dos alunos do 3º Ciclo se observa uma estabilização na sua prevalência (13%), já junto dos estudantes do secundário evidencia-se um aumento significativo num intervalo de 5 anos (34% em 2006, 42% em 2011).

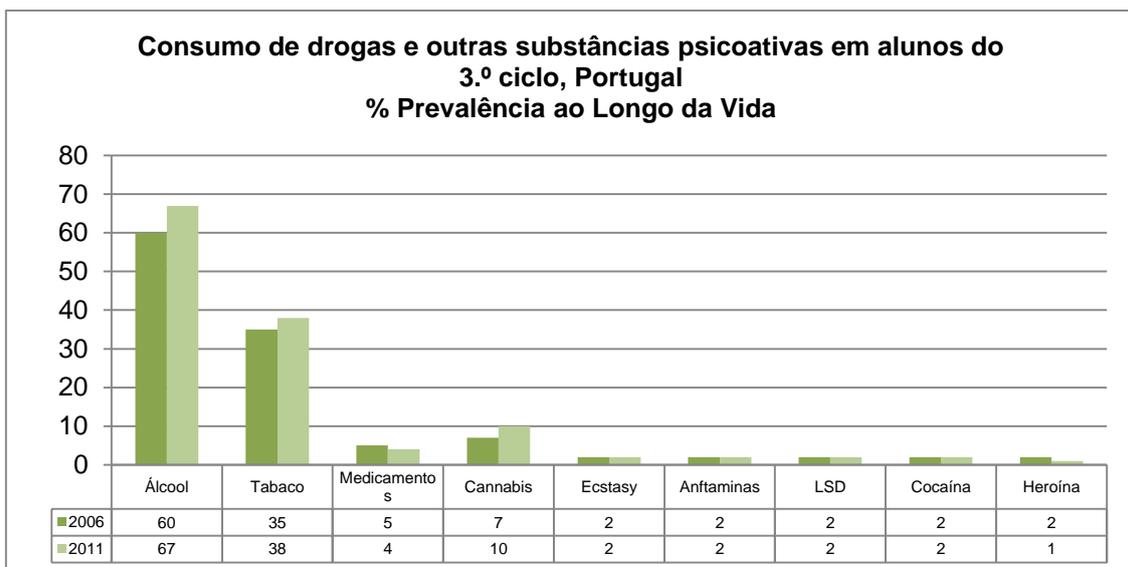


Figura 12. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas ao longo da vida (experimentação) em alunos do 3.º ciclo, Portugal.

Fonte: Síntese de Resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME, 2011, 3ª Ciclo (Feijão, 2012a).

Consumo de substâncias psicoativas

Aumentou igualmente a prevalência do consumo de tabaco junto dos alunos de ambos os ciclos, aumento esse, mais expressivo junto dos alunos do Secundário (de 35 para 64% no 3º Ciclo e de 55 para 64% no Secundário). A droga ilícita mais consumida pelos adolescentes portugueses é a cannabis (cf. Figuras 12 e 13). O seu fácil acesso, bem como o facto de ser percebida enquanto a droga de menor risco pode justificar esta escolha (Neto, Fraga & Ramos, 2012).

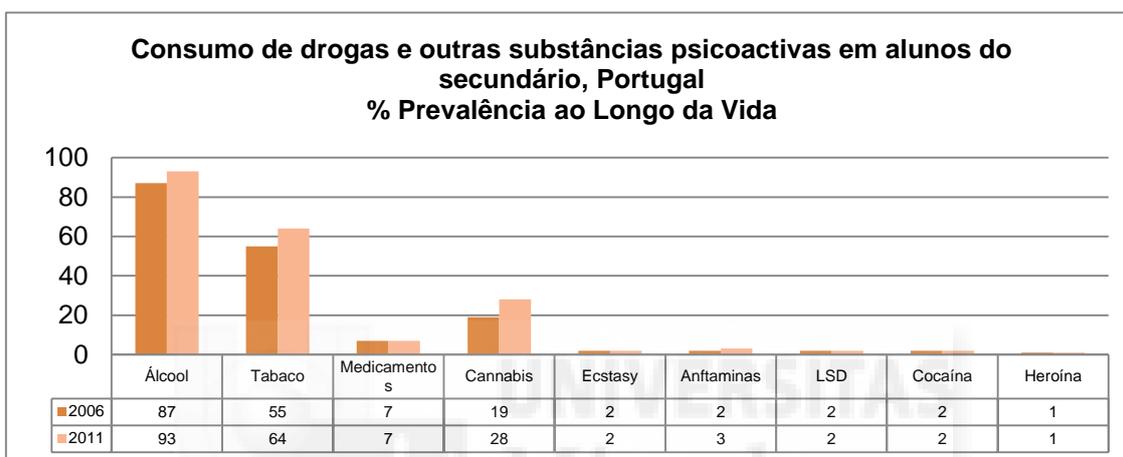


Figura 13. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas ao longo da vida (experimentação) em alunos do secundário, Portugal.

Fonte: Síntese de resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME, 2011, Secundário (Feijão, 2012b).

No que toca à experimentação de cannabis, também se verificou um aumento da prevalência ao longo da vida: no 3º Ciclo esse aumento foi de 2% em relação a 2006 (de 7 para 9%) e no Secundário de 19% em 2006 para 28% em 2011, ou seja, mais de ¼ dos alunos deste nível de ensino referiram já ter experimentado cannabis. Quanto às restantes substâncias constantes no inquérito, mantiveram-se estáveis as prevalências de consumo (cf. Figuras 12 e 13).

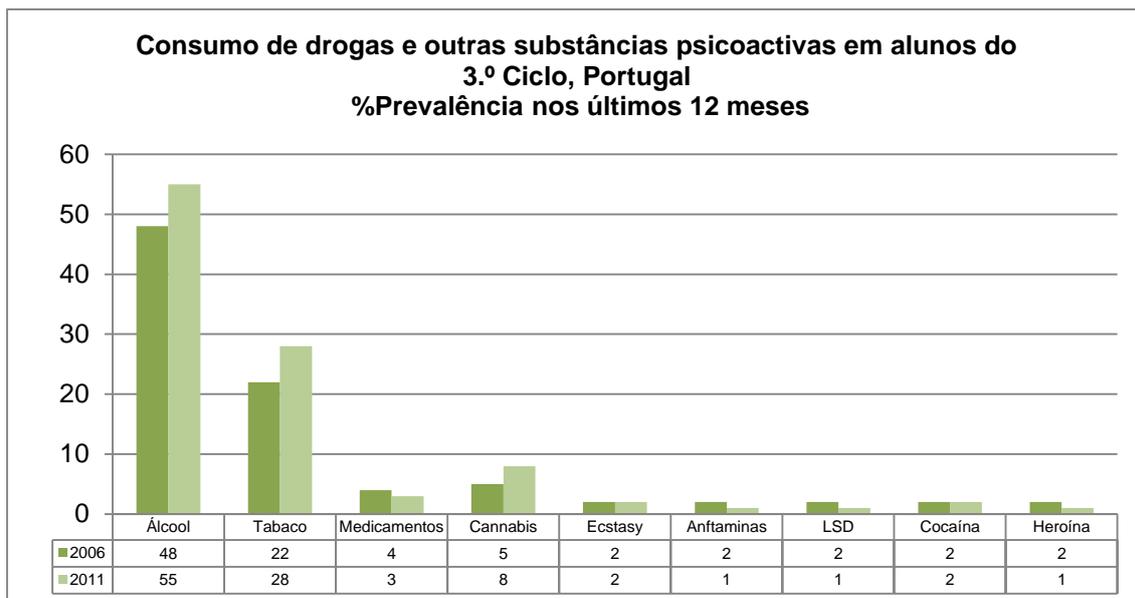


Figura 14. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 12 meses (consumo recente) em alunos do 3.º Ciclo, Portugal.

Fonte: Síntese de resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011, 3º Ciclo (Feijão, 2012a).

Quanto aos consumos recentes (últimos 12 meses), destaca-se o aumento da prevalência de consumo de todas as bebidas alcoólicas. Quanto às situações de embriaguez, mais de um terço dos alunos do Secundário referiram episódios recentes de embriaguez, aumentando a prevalência face a 2006. No caso dos alunos do 3º Ciclo essa prevalência manteve-se nos 11%. Também no que toca ao consumo recente de tabaco a prevalência aumentou entre 2006 e 2011, passando de 22 para 28% no 3º Ciclo e de 34 para 48% entre os alunos do Secundário. No caso do consumo de drogas ilícitas, a cannabis é única substância que se destaca junto dos estudantes, todas as outras drogas têm prevalências iguais ou inferiores a 2%. O consumo recente de cannabis, acompanhando a tendência já observada na experimentação, aumentou significativamente face a 2006 junto dos alunos do secundário, fixando-se nos 23% em 2011 (cf. Figuras 14 e 15).

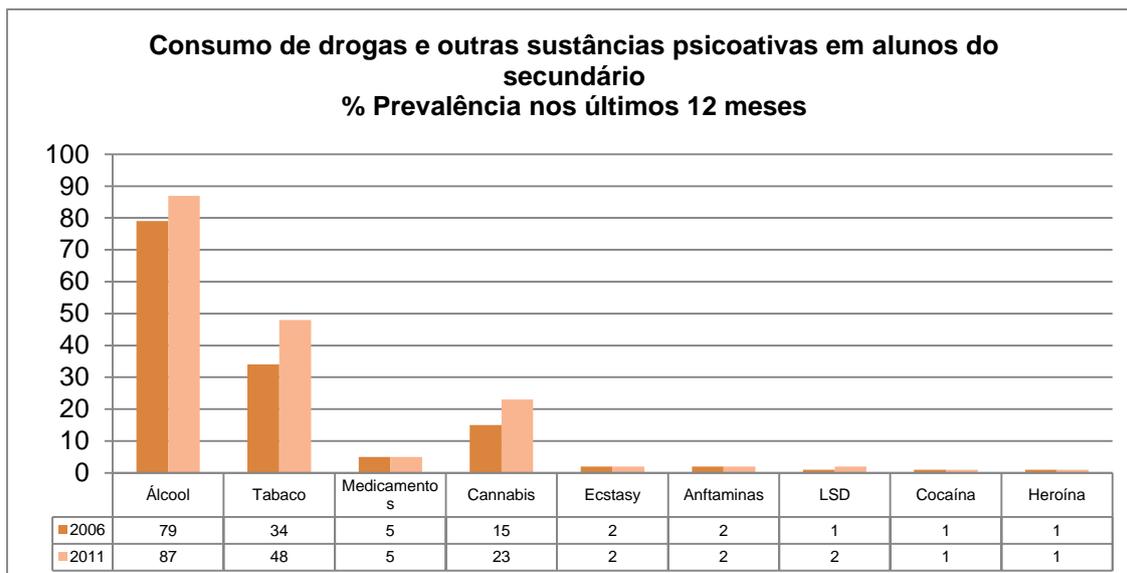


Figura 15. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 12 meses (consumo recente) em alunos do secundário, Portugal.

Fonte: Síntese de resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME, 2011, Secundário (Feijão, 2012b).

Analisando os consumos atuais de álcool (nos últimos 30 dias que antecederam o estudo) é de destacar o aumento de consumidores de cerveja entre os alunos do 3º ciclo, que no caso dos estudantes do secundário estende-se a todas as bebidas alcoólicas.

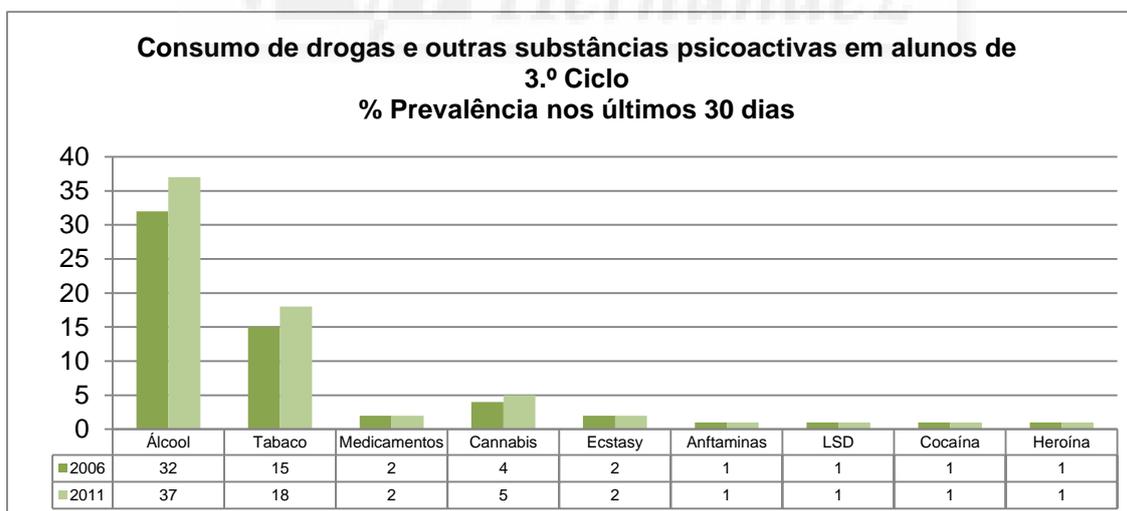


Figura 16. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (consumo recente) em alunos do 3.º Ciclo, Portugal.

Fonte: Síntese de resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME, 2011, 3.º Ciclo (Feijão, 2012a).

Em relação ao tabaco, em 2011, tinham consumos atuais de tabaco perto de 60000 alunos do 3º ciclo e 90000 no caso dos alunos do ensino secundário público.

Comparativamente aos restantes países da Europa, Portugal foi um dos países em que se verificou uma maior subida na proporção de alunos que fumaram nos últimos 30 dias.

Verifica-se que a dimensão dos consumos de drogas ilícitas não apresenta variações relevantes entre 2006 e 2011, estimando-se em 20 000 o número de alunos do 3º ciclo que são consumidores “habituais” de cannabis (5%). Junto dos alunos do Ensino Secundário, a única droga ilícita com variações significativas ao longo de 5 anos, foi a cannabis, com um número superior ao verificado em 2006 (cf. Figuras 16 e 17).

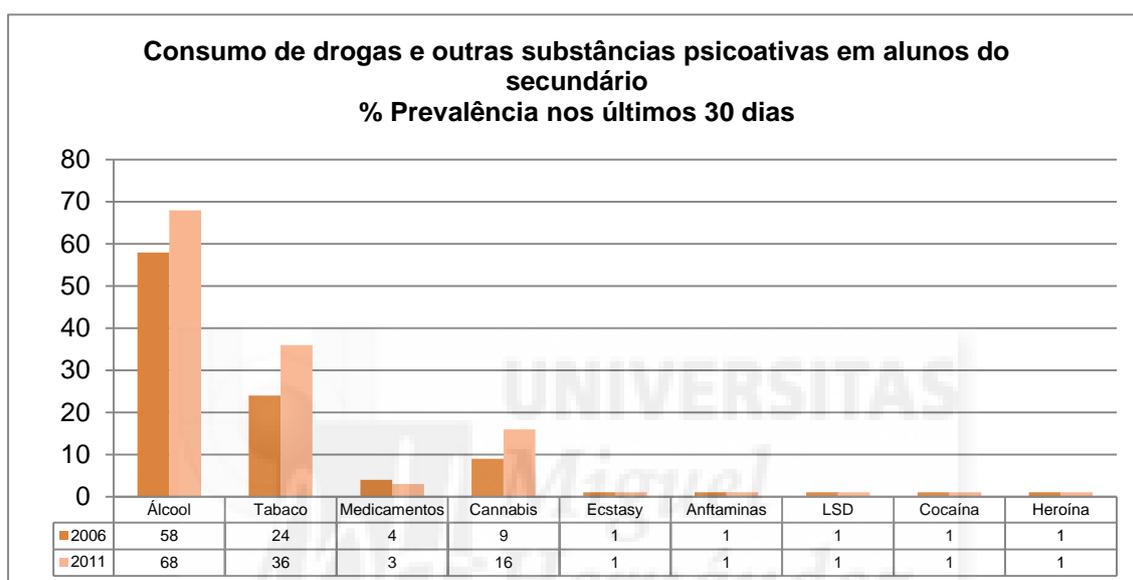


Figura 17. Prevalência de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas nos últimos 30 dias (consumo recente) em alunos do secundário, Portugal.

Fonte: Síntese de resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME, 2011, Secundário (Feijão, 2012b)

Analisando os consumos tendo em conta o género, observa-se que no caso das situações de embriaguez (seja a prevalência ao longa da vida, os consumos recentes ou consumos atuais), são pouco significativas as diferenças entre rapazes e raparigas do 3º Ciclo, ligeiramente superiores no género masculino. Já ao nível do ensino secundário essas diferenças acentuam-se, com cerca de 50% dos rapazes a afirmarem terem-se embriagado pelo menos uma vez ao longo da vida.

A nível nacional, também as diferenças entre rapazes e raparigas são pouco significativas quanto ao consumo de tabaco, com ligeira superioridade na prevalência no género masculino (cf. Figura 18). De salientar que em algumas zonas do país como a

Consumo de substâncias psicoativas

Madeira e Alentejo foram mais as raparigas do 3º ciclo que já tinham fumado do que os rapazes do mesmo nível de ensino (Feijão, 2012a, 2012b).

O consumo de cannabis é também significativamente mais frequente nos alunos do género masculino (quer do 3º ciclo, quer do Secundário). Neto, Fraga e Ramos (2012), no seu estudo sobre o consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses relatam também que a proporção de adolescentes do sexo masculino que referiu ter experimentado alguma droga é significativamente maior que as adolescentes do sexo feminino.

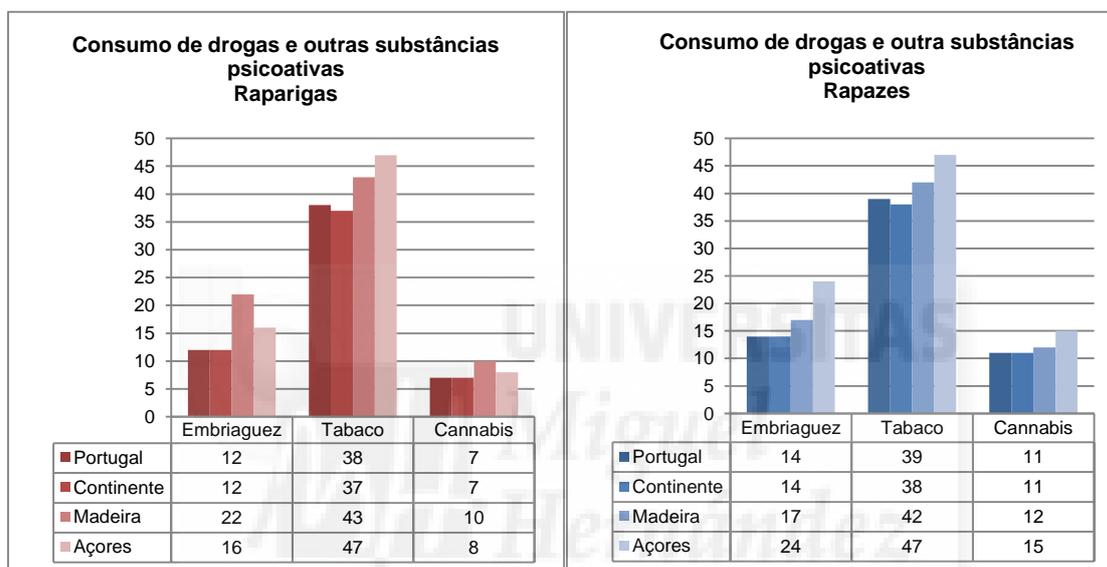


Figura 18. Prevalência em Portugal de consumo de drogas e outras substâncias psicoativas em alunos do 3.º Ciclo em função do género.

Fonte: Síntese de resultados: Inquérito Nacional em Meio Escolar, INME, 2011, 3.º Ciclo (Feijão, 2012a).

Segundo o estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (Feijão, Lavado & Calado, 2011) verifica-se um aumento progressivo da experimentação e intoxicação com bebidas alcoólicas à medida que a idade avança, com uma prevalência de 5,7% de embriaguez aos 13 anos e de 44,1% aos 18 anos. Outros estudos nacionais e internacionais corroboram que atendendo ao grupo etário dos alunos, a frequência de embriaguez sobe à medida que aumenta a idade bem como o nível de escolaridade (Johnston, O'Malley & Bachman, 1996; Matos et al., 2006; Vilela, Macho & Almeida, 2010). Igualmente, também as experiências dos alunos com o tabaco aumenta com a idade; se aos 13 anos se situava nos 16,9% aos 18 anos atinge os 60,5%, valor muito superior ao da população portuguesa em geral (47%). O mesmo acontece com a experimentação da cannabis

(Prevalência ao Longo da Vida), chegando em 2011 aos 29.7% no grupo etário dos 18 anos, enquanto que aos 13 anos era de 2.3%. Mais uma vez verificou-se que os jovens entre os 15 e os 18 anos têm prevalências superiores às da população em geral (8.3%).

Neste âmbito, os dados do relatório sobre o inquérito de 2011 indicam que os estudantes do 3º ciclo da região da Madeira têm uma prevalência superior à média nacional, tanto no consumo excessivo de bebidas alcoólicas, como no consumo de tabaco e cannabis.

1.5. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DO CONSUMO DE DROGAS

Os investigadores provaram a existência de inúmeros preditores do consumo de substâncias psicoativas, quer de natureza individual (componentes biológicas e psicológicas), quer ambientais. Contudo, a investigação rapidamente avançou no sentido de uma fundamentação mais complexa, dinâmica e multidimensional deste fenómeno, tendo surgido diferentes modelos integrados e multivariados explicativos do consumo de drogas (Sussman & Ames, 2008). Segue-se uma breve descrição de algumas teorias com influência significativa na prevenção da toxicodependência.

1.5.1. Teoria da aprendizagem social

A teoria da aprendizagem social de Bandura (1986) sugere que o comportamento social é aprendido através da observação e da imitação, salientando a importância dos modelos. Neste sentido, o comportamento do uso de drogas seria socialmente aprendido por influência de modelos (familiares, grupo de pares, entre outros). Acrescenta a importância do reforço para a manutenção do comportamento, ou seja, o comportamento será repetido se as consequências do mesmo forem positivas ou, por outro lado, se as consequências forem negativas, menor será a probabilidade de repetição desse comportamento. Segundo esta teoria, um comportamento é explicado pela interação de fatores pessoais (conhecimentos, expectativas, atitudes), fatores ambientais (normas sociais, acessibilidade e influência dos outros) e fatores comportamentais (competências, experiência e autoeficácia).

1.5.2. O modelo evolutivo

O modelo evolutivo de Kandel (1980, 1982) explica a evolução do consumo de drogas nos adolescentes de forma progressiva e sequencial, começando a consumir as denominadas drogas de iniciação (drogas legais) facilitando a passagem para o consumo de drogas ilegais. Kandel descobriu nos seus estudos que o uso de drogas ilegais continua a ter a seguinte sequência: 1) vinho ou cerveja, 2) bebidas destiladas ou cigarros, 3) cannabis e 4) drogas ilegais. A novidade introduzida por este autor é que podem existir diferenças individuais na sequência do consumo acima descrito. Contudo, o consumo numa das fases iria aumentar a probabilidade do sujeito passar para a próxima fase. Por exemplo, quanto maior o consumo de vinho ou cerveja, maior a probabilidade do consumo de bebidas alcoólicas espirituosas ou cigarros. Considera que a família e os pares são as principais influências no que toca ao consumo de drogas, bem como os fatores intra e interpessoais.

1.5.3. Teoria do comportamento problema

Segundo esta teoria (Jessor & Jessor, 1977) haveria uma propensão do indivíduo para o uso de drogas ou para outro comportamento problema, propensão essa explicada a partir de três elementos inter-relacionados: a personalidade; o ambiente percebido e; o comportamento. Esta teoria considera que o comportamento problema pode ser uma forma aceite socialmente de lidar com fracassos, com o tédio, com a ansiedade social, com a baixa autoestima ou infelicidade. Assim sendo, os jovens com maior risco de uso de drogas serão aqueles que não têm alternativas para resolver os seus problemas e para atingir seus objetivos na vida. Nesse caso, uma maneira de evitar os riscos do consumo é fazer com que os adolescentes percebam que são maiores as vantagens de não consumir, apresentando alternativas saudáveis de resolução de problemas. Esta teoria foi reformulada em 1992 com o nome de "Teoria dos comportamentos de risco dos adolescentes" (Jessor, 1992) apresentando um maior foco nos resultados, comportamentos e fatores de risco e de proteção. Segundo esta abordagem o consumo de substâncias é conceptualizado como um comportamento funcional, socialmente aprendido, resultante da interação entre os fatores sociais e pessoais. O comportamento de consumo de substâncias é aprendido através de um processo de modelagem, imitação

e reforço, sendo influenciado pelas cognições, expectativas e crenças pessoais acerca das substâncias. Esses fatores, em combinação com competências pessoais e sociais pobres, vão aumentar a suscetibilidade às influências sociais para o consumo de substâncias (Perry & Kelder, 1992).

1.5.4. Teoria da ação racional e teoria da ação planeada

A teoria da ação racional (Fishbein & Ajzen, 1975) defende que podemos prever o comportamento tendo em conta as atitudes face ao consumo, ou seja, atendendo às crenças que o adolescente tem sobre o consumo, às consequências do comportamento e à avaliação que ele faz das consequências do consumo. Por outro lado, prevê o comportamento com base nas expectativas que os outros têm sobre si. Por exemplo, se o adolescente percebe que as suas pessoas de referência (família, amigos, etc.) esperam que ele não consuma drogas, é mais provável que a sua decisão seja na mesma direção. Ou seja, as atitudes e normas subjetivas determinam a intenção, e essa intenção, por sua vez, determinará o comportamento. Contudo, e com o objetivo de ultrapassar algumas das limitações desta teoria, Ajzen (1988) propôs uma reformulação desta teoria, a teoria da ação planeada.

A teoria da ação planeada define os fatores que antecedem a intenção de realizar um comportamento, incluindo a perceção de controlo sobre o comportamento, para além da atitude e da norma subjetiva. O controlo percebido refere-se à crença de que a pessoa tem sobre a sua capacidade, bem como os fatores externos que possam estar a influenciar a sua posição futura. Assim, o controlo percebido é preditor da intenção comportamental atuando de forma direta sobre o comportamento.

1.5.5. Modelo compreensivo e sequencial

Este modelo foi desenvolvido por Becoña (1999) e prediz o consumo de drogas passando por diferentes fases, que vão desde uma fase prévia de disposição para o consumo a uma fase final de abandono ou manutenção, com possibilidade de recaída (cf. Tabela 2). Durante o processo, desde o início até à sua conclusão, vamos avançando através de uma série de fases influenciadas por diversos fatores. Por sua vez, cada um desses fatores influencia os outros, interagindo e se relacionando entre si.

Tabela 2.

Fases e fatores influentes no desenvolvimento do consumo do modelo compreensivo de Becoña (1999).

FASES	FACTORES INFLUENTES
1) Previa	Socioculturais (crenças, expectativas, condutas do grupo social sobre as drogas e seu consumo, a publicidade e a venda, a ocupação do tempo livre) Biológicos (farmacológicos, o efeito das drogas no cérebro) Psicológicos (relação entre aprendizagem, personalidade e inteligência)
2) Conhecimento	Ambiente, socialização, aprendizagem e expectativa
3) Experimentação e início do consumo	Componentes constitucionais, familiares, emocionais e interpessoais, intelectuais/acadêmicos e ecológicos Disponibilidade da droga e modo de apresentação Acessibilidade e preço Tipo de substância e percepção do risco Crenças, atitudes, normas, valores e intenção de consumo Estado emocional Família, grupo de iguais, escola e meios de comunicação. Estratégias de <i>coping</i>
4) Consolidação do uso ao abuso e dependência	Consequências positivas ou negativas do consumo, do estado emocional e das interações entre diferentes substâncias, inclusive interações com dependências de outras substâncias
5) Abandono ou manutenção	Causas externas (pressão familiar, amigos, pares, sociais, policia, saúde, etc.) Causas internas (deixar de consumir por problemas pessoais, físicos, afetivos, familiares e/ou sociais)
6) Recaída	Fase da dependência consolidada

1.5.6. Modelo de crenças de saúde

O modelo de crenças de Saúde (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974) foi desenvolvido com o objetivo de compreender e explicar as condutas relacionadas com a saúde. Inclui seis determinantes do comportamento: a suscetibilidade percebida, a severidade percebida (crença sobre o grau de gravidade que se atribui a uma doença e as suas consequências médicas, sociais e económicas), os benefícios percebidos (crença sobre a eficácia dos comportamentos realizados no sentido de se proteger dos riscos), as barreiras percebidas (crenças sobre os custos), motivação para a saúde (motivação para envolver-se em comportamentos de saúde) e os estímulos para a ação (ativação do sujeito para a realização do comportamento desejado). Por sua vez, o comportamento é determinado por fatores como educação, cultura, experiências pessoais, género e nível socioeconómico. Portanto, para que se produza um comportamento saudável, o sujeito deve perceber uma ameaça através do seu padrão de comportamento (suscetibilidade e

gravidade), acreditando que este comportamento terá um resultado desejável a um custo aceitável. Tudo isso é possível graças a uma elevada confiança em si mesmo e nas suas capacidades para superar efetivamente as dificuldades encontradas na realização de um comportamento saudável.

1.6. RESUMO

As drogas, enquanto substâncias produtoras de múltiplos efeitos no organismo, podem ser taxonomizadas de diferentes formas, consoante o objetivo de análise (métodos de administração, efeito psicofisiológico, aceitação cultural, enquadramento legal, estatística de letalidade, entre outros). Os padrões de consumo variam no espaço (estendendo-se mundialmente, mas modifica-se entre continentes e países distintos) e no tempo (por exemplo, a prevalência do uso de substâncias ilícitas aumenta na proporção do crescimento demográfico). Na Europa, estreitam-se as diferenças entre os países do norte e do sul relativamente ao consumo de cerveja e álcool. Também reduzem-se as assimetrias entre homens e mulheres relativamente ao uso de tabaco. O impacto mais visível do consumo de drogas observa-se a nível epidemiológico (mortalidade e morbilidade), económico (peso sobre os sistemas de saúde e de providência social e branqueamento de capitais associado ao narcotráfico) e social (absentismo, presentismo, marginalidade, delinquência, carência familiar e desproteção das crianças. Em Portugal, preocupantemente, os jovens consomem cada vez mais álcool, tabaco e canabinóides. Existem diversas teorias e modelos no âmbito da psicologia da saúde que explicam os comportamentos de uso de substâncias psicoativas, cada qual com a sua leitura específica e potencial preditivo de um fenómeno complexo e multidimensional.



CAPÍTULO 2.
PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

2.1. CONCEITO DE PREVENÇÃO

A Organização Mundial de Saúde refere que a prevenção engloba as ações de saúde realizadas sob a supervisão do governo, pela comunidade ou por profissionais, visando atrasar / ou prevenir o aparecimento de hábitos prejudiciais para a saúde (OMS, 2008b). Segundo Carvalho (1991), a prevenção é a intervenção realizada no período pré-patogênese e refere-se a um conjunto de medidas destinadas a promover o estado de saúde, mediante o estabelecimento de processos de proteção específica contra agentes patológicos. Assim, e de acordo com o Serviço de Prevenção e Tratamento das toxicodependências, os objetivos da prevenção, centram-se essencialmente na capacidade de educar os indivíduos para que saibam manter relações saudáveis, na melhoria das condições socioculturais e na oferta de alternativas de vida mais saudáveis (SPTT, 1999).

Mais concretamente, no que concerne à problemática das substâncias psicoativas, o Gabinete do Controle de Drogas das Nações Unidas e Crime, conceptualizou a prevenção como a ação e o efeito das intervenções no abuso de drogas (lícitas e ilícitas), a fim de prevenir o consumo de drogas e a sua escalada para um uso mais frequente em populações de risco (UNODC, 2003). A premissa básica de prevenção do uso de drogas é reduzir ou eliminar os consumos, atuando sobre os fatores que aumentam o risco do uso de drogas e das perturbações subsequentes ao abuso dessas substâncias. Procura igualmente promover os fatores de proteção, melhorando a resistência das pessoas aos fatores de risco. Assim, as ações preventivas visam a redução da oferta e da procura de substâncias psicoativas (Angel, 2002), definindo a sua estrutura e o seu conteúdo tendo por base modelos teóricos (August, et. al., 2004).

Segundo Becoña (2007) a prevenção deve focar-se na implementação de ações para diminuir o uso de drogas, reduzir o seu aparecimento, a sua progressão e manutenção, atendendo às variáveis individuais, sociais, bem como todos os componentes relacionados com o consumo e que o podem influenciar (predisposição, autoestima).

O plano de ação contra as drogas e a toxicodependência 2009-2013 do Instituto das Drogas e da Toxicodependência (OEDT, 2012) definiu como metas no vetor da prevenção o aumento da qualidade da intervenção preventiva, através do reforço da componente técnico-científica e metodológica e o aumento da abrangência, da

acessibilidade, da eficácia e da eficiência dos programas de prevenção. Estabeleceu, assim, os seguintes objetivos:

- Melhorar a qualidade de programas/projetos que promovam intervenções baseadas em evidência científica;
- Criar e divulgar materiais que sustentem a qualidade da intervenção preventiva, em contextos considerados prioritários;
- Reforçar as intervenções de prevenção universal eficazes e avaliadas;
- Reforçar as intervenções de prevenção seletiva e indicada;
- Reforçar a intervenção de incidência local com base em programas de respostas integradas.

A contribuição dos psicólogos nesta matéria foi mencionada por Moncada e Palmerín (2007), considerando que estes profissionais ajudaram a melhorar a qualidade da prática preventiva, integrando conhecimentos teóricos e práticos, formando profissionais de outros setores, produzindo e disseminando o seu conhecimento em prevenção, pelo que ocupam atualmente uma posição de especialistas neste campo.

2.2. TIPOLOGIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Os programas de prevenção do consumo de drogas têm sido classificados em função do momento em que é implementada a intervenção e em função da população a que se destinam. Considerando o primeiro critério, os investigadores do âmbito da saúde pública dividem os programas em 3 níveis, atendendo ao momento em que o programa é implementado:

A **prevenção primária** é implementada antes de se iniciar o comportamento, no caso, antes de ser estabelecido o contacto com as drogas. É composta por ações destinadas a promover comportamentos saudáveis e a reforçar os fatores protetores. Embora existam intervenções dirigidas especificamente às drogas, a OMS defende a grande maioria deverá basear-se em atividades de promoção geral, de educação para a saúde, incidindo não só sobre a transmissão da informação como também sobre aspetos considerados fundamentais para a melhoria da saúde como a motivação e a autoestima.

A **prevenção secundária** compreende um conjunto de ações destinadas a intervir precocemente nos primeiros estádios de uma doença, quando o comportamento problema

já foi iniciado. No caso da dependência de drogas, dirige-se às pessoas que já tiveram contato com as drogas, com o propósito de diminuir ou anular os consumos de drogas. Assim, os destinatários deste tipo de intervenção são os grupos de alto risco que tenham iniciado recentemente o consumo.

A **prevenção terciária** tem por objetivo melhorar as condições de vida, propondo-se a restituir a saúde do indivíduo doente. Em matéria de prevenção do abuso de drogas, refere-se ao tratamento e reabilitação dos toxicodependentes, através de ações destinadas à redução das consequências adversas do consumo de drogas e da prevenção dos comportamentos mais nocivos.

Mais recentemente, surgiram outras classificações que diferenciam os vários níveis de prevenção. Marlatt e Gordon (1993) classificaram os programas preventivos tendo em conta os grupos populacionais a que se dirigem, distinguindo três níveis: universal, seletiva e indicada (cf. Tabela 3).

A **prevenção universal** é dirigida à população em geral ou a subgrupos de uma determinada população, independentemente da sua vulnerabilidade específica para o desenvolvimento de uma doença. Por exemplo, ao nível da escola e da comunidade, o objetivo seria reduzir o comportamento de risco relacionado com o consumo de substâncias, promovendo nos jovens as competências necessárias para evitar ou atrasar a iniciação no consumo de substâncias. Entre as ações preventivas universais destacam-se as ações preventivas: baseadas nos meios de comunicação (que, com base no marketing social, fazem passar valores e atitudes a fim de criar um padrão de comportamento positivo para toda a sociedade); comunitárias (são concebidas para alterar o meio cultural, social, físico e económico implementando medidas como o aumento do preço das bebidas alcoólicas, a proibição da publicidade ao tabaco e de fumar); centradas nas famílias (envolvendo os progenitores no processo de prevenção); e de âmbito escolar ou educativo (dirigidas às escolas e universidades, promovendo um clima de aprendizagem positivo). Neste âmbito, foi elaborado pela União Europeia um manual de normas de prevenção (OEDT, 2011) destinado a ajudar os Estados-Membros a assegurar a qualidade dos seus programas de prevenção.

A **prevenção seletiva** é dirigida a grupos, famílias ou comunidades específicos identificados como vulneráveis, ou seja, que devido às relações sociais escassas e reduzidos recursos, possam ser mais propensos ao consumo de substâncias psicoativas

Programas de prevenção

(por exemplo filhos de alcoólicos). Uma vantagem destes programas é a contenção de despesas pelo facto de serem programas dirigidos a grupos mais restritos. São cada vez mais frequentes os programas destinados à formação de mediadores e profissionais que contactam diretamente com estes grupos, dado a seu potencial como agentes preventivos.

As **ações preventivas indicadas** destinam-se aos grupos de alto risco, atuando sobre os indivíduos que já tiveram um primeiro contacto com as drogas e que manifestam sinais ou sintomas de doença ou apresentem um padrão de consumo potencialmente prejudicial para a saúde.

Tabela 3.

Definições/classificações dos programas preventivos.

Tipos de Prevenção	Caraterísticas
	Definição cronológica
Prevenção Primária	Intervém junto das pessoas no geral antes do problema ter iniciado
Prevenção Secundária	Ações destinadas a quem já teve contato com drogas
Prevenção Terciária	Destina-se a reduzir as consequências adversas do consumo de drogas
	População alvo
Prevenção Universal	Dirigida à comunidade.
Prevenção Seletiva	Dirigida a subgrupos vulneráveis, em risco de desenvolver um problema
Prevenção Indicada	Dirigida a subgrupos de risco elevado, que apresentam sinais ou sintomas de doença
	Metodologia implementada
Baseados na Informação	Baseados na transmissão de informações
Baseados na Educação para os Afetos	Centrados na mudança de atitude e modificação de crenças
Baseados no Treino de Competências Sociais	Baseados no modelo de influência social, trabalham a resistência à pressão social
Baseados na Evidência Científica	Incluem diferentes componentes (informativos, cognitivos e ocupação de tempos livres)

Além disso, as ações preventivas podem classificar-se de acordo com a metodologia adotada. Uma análise histórica permite-nos verificar a existência de fases distintas. Os primeiros programas preventivos, numa primeira fase (décadas de 60 e 70 do séc. XX), baseavam-se principalmente no conhecimento sobre o consumo e as consequências negativas das drogas. Estes programas assentavam, fundamentalmente, na informação e divulgação dos riscos e malefícios do uso de substâncias sob o pressuposto de que o *saber* é a pedra angular do comportamento. Durante os anos 70 e 80 iniciou-se uma segunda fase, com predomínio dos programas preventivos baseados na educação

afetiva, centrando a intervenção nos aspetos relacionados com o consumo de tipo cognitivo, como atitudes, valores e crenças. Entre 1980 e 1990, os programas estruturavam-se em torno do treino de habilidades sociais tendo por base o modelo de Influência Social. Na terceira fase, a partir dos anos 90 e até os dias de hoje, o consumo começou a ser encarado numa perspetiva multicausal, passando os programas preventivos a basear-se na evidência científica, nos quais são incluídos diferentes componentes, tanto informativos, como cognitivos e de ocupação dos tempos livres (cf. Tabela 3).

Dependendo do tipo de substância, os programas de prevenção podem dirigir-se a uma substância específica (por exemplo o álcool ou o tabaco), ou incluir no mesmo programa a prevenção de vários tipos de drogas. Efetivamente, a maior parte das estratégias de prevenção incidem na prevenção do consumo de substâncias em geral e por vezes também nos problemas associados às drogas, como a violência e o comportamento sexual de risco.

Consideram-se igualmente os programas que cujo conteúdo, não sendo especificamente sobre as drogas, gera uma ação preventiva indireta. Exemplo disso são os programas que visam a prática de atividades saudáveis, como o desporto e programas que trabalham no sentido de melhorar as relações entre pais e filhos.

Atualmente, os programas de prevenção tendem a adotar uma metodologia mais integrada e flexível. Na verdade, os programas de prevenção mais aceites são aqueles que se baseiam num conceito de prevenção abrangente (Pérez Gómez & Posada, 2000) que inclui: o aumento do conhecimento sobre as consequências do consumo (associada a alternativas saudáveis ao consumo); o desenvolvimento de aspetos cognitivos como a autoestima; estratégias de modificação de atitudes e intenções de consumo; o treino de habilidades sociais e estratégias de resistência à pressão.

Os principais desafios da prevenção prendem-se com a adaptação das diversas estratégias ao grau de vulnerabilidade dos grupos-alvo (Derzon, 2007), assegurando que as intervenções são cientificamente sustentadas e têm uma abrangência adequada.

Ao analisarmos a produção científica em Portugal sobre prevenção do consumo de drogas, encontram-se vários artigos sobre o tema da prevenção de drogas. Contudo, somente uma parcela muitíssimo pequena refere-se ao desenvolvimento e implementação de projetos de prevenção propriamente ditos.

2.3. PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR

2.3.1. A escola enquanto contexto privilegiado de intervenção

É incontornável a relevância do contexto escolar quando se fala em prevenção do consumo de substâncias psicoativas. A escola constitui um espaço privilegiado para a intervenção, pois é neste ambiente que as crianças e os jovens passam a maior parte do seu tempo, estando por isso facilitado o acesso contínuo e regular aos grupos-alvo das ações preventivas, desde as crianças do nível pré-escolar até ao nível universitário.

A Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa reconhecem que a escola é o meio onde muitos jovens são aliciados ou têm o primeiro contacto com substâncias psicoativas. Este é também o local indicado para abranger subgrupos de maior risco, como as crianças e os jovens com problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem ou em risco de abandono escolar e marginalização (Becoña, 2002).

Espaço de relação e de aprendizagem, a escola assume-se como um dos pilares básicos da Educação para a Saúde, sendo incontestável o seu papel na aquisição de atitudes e conhecimentos relacionados com a promoção da saúde e prevenção da doença, incluindo a prevenção da toxicod dependência (Carvalho, Dantas & Gonçalves, 2009). A escola potencia experiências favoráveis ao desenvolvimento (intelectual, emocional, psicológico e físico) dos indivíduos e da coletividade, procurando capacitar os jovens para tomadas de decisão livres e responsáveis (Sousa et al., 2007).

Assim, alguns autores consideram a intervenção preventiva em meio escolar atendendo aos seguintes objetivos gerais: o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis; a melhoria da qualidade dos espaços físicos e relacionais; a promoção dos fatores de proteção e minimização dos fatores de risco ligados aos comportamentos desajustados e ao uso/abuso de substâncias psicoativas; a divulgação de informação adequada sobre o tema.

2.3.2. Limitações dos programas de prevenção

Os primeiros programas de prevenção baseavam-se na transmissão de informações e apelavam ao medo das consequências negativas a curto prazo do consumo (Wepner, 1979). Esta estratégia mostrou ser ineficaz, pois era geradora de atitudes de

rejeição e negação, já que as consequências eram tidas como algo externo a eles e que só aconteceria aos outros. Verificou-se igualmente que dar informações sobre os efeitos do consumo sem oferecer alternativas de comportamento pode ser prejudicial. Também foram rejeitados os programas que incentivavam à total abstinência de consumo (Beck, 1998).

Outro tipo de programas preventivos voltaram-se para as variáveis intrínsecas do sujeito (como a predisposição para o consumo), como é o exemplo dos programas de treino de competências sociais. Nestes programas, as limitações prendem-se com o facto de terem descurado ou subestimado a importância do contexto e dos recursos da comunidade (atividades alternativas e de ocupação de tempos livres) (Schaps & Slimmon, 1975).

A maioria dos programas de prevenção baseia-se em modelos cognitivos, defendendo que o nível de informação e as atitudes definem o comportamento. Produzir mudanças ao nível da informação é relativamente fácil. Produzir mudanças de atitude é mais complicado, mas realmente difícil é produzir mudanças comportamentais (Goodstadt, 1986). Isto deve-se à dimensão multicausal do consumo de substâncias psicoativas. Na verdade, os programas atuais, com base em intervenções cognitivo-comportamentais, têm um carácter mais eclético.

Vários autores documentam que são poucas as campanhas de prevenção que incluem medidas de eficácia. A eficácia deve ser avaliada com base na capacidade de recordar os conteúdos da campanha, na mudança de atitude e mudança de comportamento.

Tabela 4.

Erros frequentes na elaboração de programas de prevenção do consumo de substâncias psicoativas

Principais erros
- Mensagens centradas no medo.
- Mensagens centradas nas consequências negativas do consumo sem oferecer alternativas ao mesmo.
- Mensagens centradas exclusivamente na responsabilidade pessoal sem implicar a comunidade.
- Ausência de medidores de resultados.

Apesar de muito populares, os programas baseados na educação e intervenção escolar têm sido criticados pelas lacunas na avaliação formal do impacto dessas medidas no comportamento (OMS, 2002). Efetivamente, e apesar dos esforços para o desenvolvimento de abordagens de prevenção eficazes, Botvin (2000) considera grande

o fosso entre os programas desenvolvidos nas escolas e aquilo que a investigação tem demonstrado ser eficaz neste âmbito. Na tabela 4 estão resumidos alguns dos erros cometidos na elaboração de programas de prevenção.

2.3.3. Características /componentes associados a resultados positivos

As evidências disponíveis identificaram algumas características dos programas que estão associadas a resultados positivos na área da prevenção (Sousa et al., 2007), entre eles:

a) O uso de métodos interativos: os programas com metodologia interativa, ou seja, que estimulam a interação no grupo, parecem ter resultados mais eficazes (Espada, Rosa, & Méndez, 2003). Segundo Tobler e Stratton (1997), os programas com uma metodologia interativa mostraram ser mais eficazes quando comparados com os não interativos, pois estes últimos não produzem mudanças significativas ao nível das atitudes e dos comportamentos, atuando apenas ao nível do conhecimento.

b) Tobler et al. (2000) encontraram uma relação direta entre o número de sessões e a eficácia dos programas interativos, ou seja, quanto maior intensidade, maior o efeito preventivo produzido. Uma ação pontual em ambiente escolar de apenas algumas horas não conduz a alterações significativas, pelo que são necessárias pelo menos 10 horas para produzir alterações significativas no uso de substâncias, existindo uma associação entre o número de horas do programa e os resultados (White & Pitts, 1998). Hwang et al. (2004) constatou que os programas devem ter uma duração entre 8 e 12 semanas, com pelo menos 10 sessões.

c) A aplicação dos programas por facilitadores treinados e também por colegas treinados: a formação de professores com o intuito de reforçarem o bom comportamento dos alunos contribui para melhorar a eficácia dos programas, fortalecendo não só as atividades realizadas durante o programa como também estabelecendo vínculos de suporte entre os jovens e a escola (Ialongo, Poduska, Werthamer, & Kellam, 2001). Milgram (1987) refere que a motivação e competência dos instrutores são fatores cruciais, embora sejam necessários mais estudos que examinem outros aspetos que podem influenciar os resultados dos programas preventivos como a formação, as experiências anteriores e a personalidade dos administradores.

d) A eficácia de um programa de prevenção depende largamente do reforço da intervenção realizado também por outros agentes fora da escola, seja na comunidade ou até mesmo a família (Biglan et al., 1987). Estudos documentam que a eficácia dos programas preventivos aumenta quando há a inclusão e colaboração dos pares na administração das ações (Klepp, Halper, & Perry, 1986).

e) A oportunidade para praticar e aprender uma grande variedade de competências pessoais e sociais, incluindo saber lidar com situações quotidianas, tomada de decisão e habilidades de resistência, particularmente em relação ao abuso de substâncias. Com efeito, observam-se maiores mudanças no comportamento quando utilizados os programas afetivos, baseados na influência social, no treino de competências sociais e na promoção de alternativas ao consumo (Bruvold, 1993). Outro aspecto que parece influenciar positivamente a eficácia dos programas preventivos é o ajuste da percepção normativa.

f) No que toca à população alvo, nomeadamente à idade dos destinatários, diversos estudos constataram a existência de diferenças significativas no consumo de drogas à mediada que a idade dos adolescentes aumenta. A experimentação de substâncias psicoativas ocorre mais frequentemente no início da adolescência, aumentando no final da adolescência (García-Fernández, 2007; Torregrosa, et al., 2007). Assim, as intervenções devem ajustar-se à idade dos destinatários com o objetivo de alterar o curso natural do consumo. Neste sentido, muitos autores recomendam que os programas sejam implementados num estágio apropriado para causar uma maior influência sobre o comportamento futuro (Lloyd, Joyce, Hurry, & Asthon, 2000; McBride, Farrington, Midford, & Philipps, 2001; Pereira & García-Fernández, 2009). Considera-se também que as intervenções limitadas a grupos de risco (prevenção específica) são menos eficazes comparativamente às ações preventivas mais genéricas.

g) Programas que pretendem alarmar os alunos revelam resultados menos positivos do que aqueles cujo objetivo principal é o de informar. Isto poderá acontecer porque o programa, em vez de assustar, permite que os alunos mantenham suas identidades e tomem decisões de forma independente e competente (Lowe, Foxcroft, & Sibley, 1993). Sabe-se que as intervenções preventivas podem aumentar o nível de informação sobre as drogas e que isso está associado a uma redução do consumo (Bruvold, 1993). Contudo, a investigação indica que os programas que se baseavam

fundamentalmente na transmissão de informações sobre o consumo têm sido ineficazes (Luengo, Otero-López, Romero, & Gómez-Fraguela, 1996). A componente informativa é útil quando acompanhada de outras componentes e quando contém informações precisas e ajustadas à população-alvo. Esta componente deve estar isenta de componentes emocionais, eliminando as mensagens baseadas no medo e nas consequências externas e de longo prazo. Assim, os programas de prevenção eficazes baseiam-se em múltiplos componentes, onde as informações estão presentes como parte de estratégias cognitivas, refutando crenças irracionais face ao consumo e ajustando a percepção normativa.

h) Tobler e Stratton (1997) consideraram que os programas que produzem mudanças mais consistentes e duradouras são aqueles que são sustentados por um modelo teórico, elegendo as variáveis sobre as quais vão incidir. Efetivamente a maioria dos programas preventivos dos últimos 20 anos têm por base a psicologia cognitiva, fundamentalmente o modelo de crenças em saúde (Becker, 1974), a teoria da ação racional (Ajzen & Fishbein, 1980) e a teoria da autoeficácia (Bandura, 1986).

i) As sessões de reforço têm como objetivo recordar as aprendizagens adquiridas no programa, com efeitos positivos em termos de eficácia preventiva segundo muitos autores. Por exemplo, Dusenbury & Falco (1995) indicam que a eficácia de um programa aumenta se, uma vez terminada a administração do programa (por exemplo um ano depois), forem incluídas de sessões de reforço.

j) Martín-González (2005) assinala que os programas de prevenção mais eficazes são os de natureza multicomponente, atuando simultaneamente em diferentes áreas: família, escola e comunidade. Da mesma forma, Witte & Pitts (1998) sustentam a eficácia dos programas com múltiplos componentes, observando que os programas reforçados por ações publicitárias e comunitárias complementares são dotados de maior eficiência.

k) Em grande medida, os efeitos dos programas são determinados pelo resultado dos processos sociais. Cada adolescente individualmente é influenciado pelas suas redes sociais. Ele contacta com novas situações e muda a sua perspetiva sobre as suas experiências passadas. É um processo muito dinâmico onde os adolescentes mudam o seu sistema cognitivo e os seus estilos de *coping* de formas diferentes, dependendo das suas experiências anteriores, da cultura, e das redes sociais com os quais ele interage.

Uma campanha de prevenção eficaz no domínio da prevenção do uso de drogas por adolescentes, de acordo com Backer, Rogers e Sopory (1992), incluiu: mensagens

para pais e cuidadores; o uso de modelos positivos; a promoção de alternativas saudáveis; a ênfase nos resultados benéficos imediatos e; o estabelecimento de alternativas para o comportamento problema. Defendem que os programas deveriam ser desenvolvidos por profissionais de diferentes disciplinas, utilizando técnicas de marketing social e comercial, deveriam ser difundidos em formatos multimídia como a internet por serem apelativos para os jovens.

Tabela 5.

Elementos que aumentam a eficácia dos programas preventivos.

Elementos eficazes
<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão de sessões de reforço uma vez concluída a ação preventiva; - Ações comunitárias e publicitárias paralelas à intervenção preventiva; - Participação do grupo de pares e modelos positivos; - Inclusão de competências de resistência à pressão de grupo e ajuste da percepção normativa; - Inclusão de atividades alternativas ao consumo; - Mensagens realistas; - Informação concisa e focada nas consequências do consumo a curto prazo.

Segundo Negreiros (2000), os programas de prevenção do abuso de drogas em meio escolar são os que mais têm beneficiado da investigação (cf. Tabela 5). Neste domínio, foram estabelecidos alguns princípios gerais como: a inclusão de conteúdos e atividades orientadas para a prevenção do abuso de drogas para os diferentes ciclos de ensino; a elaboração de materiais devidamente testados, incluindo os planos para cada sessão; a inclusão de atividades interativas orientadas para a promoção de competências (discussões, role-play, etc.); facilitação da ligação social da criança e do adolescente à escola e à comunidade e; a realização de avaliações periódicas no sentido de determinar a eficácia das intervenções.

2.3.4. Avaliação dos programas de prevenção

Nos últimos anos, houve um aumento significativo do número de ações de prevenção, embora, na sua maioria, com grandes carências ao nível da avaliação. Da necessidade urgente de aperfeiçoar o processo de avaliação dos programas preventivos o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) elaborou em 1998 um manual com algumas linhas orientadoras, concebidas para auxiliar a avaliação das intervenções de prevenção. Essas diretrizes, por se adequarem a cenários distintos e a

diferentes estratégias de intervenção, dariam a possibilidade de comparar resultados e facilitar o intercâmbio entre os estados membros da União Europeia. Com efeito, a utilização de métodos científicos de avaliação permite interpretar os resultados das intervenções de prevenção e desenvolver futuras linhas de investigação.

Becoña (2002) refere que, cada vez mais, se assume a importância da avaliação da qualidade dos programas preventivos, quer seja em relação ao processo, quer em relação aos resultados. Os objetivos da avaliação podem variar dependendo dos seus objetivos. No entanto, são ainda poucos os estudos que incluem uma avaliação rigorosa, estabelecendo comparações entre os objetivos definidos inicialmente e os resultados (Froján & Santacreu, 1994).

Lilja, Unni, Larsson, e Hamilton (2003) distinguiram três princípios fundamentais para a avaliação de um programa:

- A avaliação de resultados, cujo foco é analisar os efeitos do programa;
- A avaliação do processo, em que o objetivo é analisar os processos pelos quais os efeitos são alcançados;
- A avaliação do planeamento do programa, em que as metas, os valores e os pressupostos envolvidos no uso de substâncias são considerados e avaliados, bem como os efeitos de prevenção alcançados.

No caso das avaliações dos resultados, os efeitos do programa são comparados com os objetivos do programa. Neste tipo de estudos não são considerados o conteúdo e o processo do programa.

Os mesmos autores referem que uma avaliação dos resultados mais pormenorizada pode ter um ou mais dos seguintes objetivos:

- Analisar os efeitos dos programas de prevenção em termos do grau de realização do objetivo do programa;
- Analisar os custos em termos de resultados alternativos e efeitos colaterais do programa de prevenção;
- Analisar se o uso subsequente da substância pode ser previsto a nível individual a partir dos dados disponíveis no início do estudo.

Por sua vez, Graham e Birchmore (1998) distinguiram várias fases na avaliação das intervenções preventivas. Em primeiro lugar, a avaliação das necessidades, em que se descreve o problema e se estabelecem as estratégias necessárias. A fase seguinte diz

respeito ao processo de avaliação durante a implementação do programa, em que são controladas as boas práticas de implementação. Na última fase, os resultados são medidos, avaliando o impacto do programa em termos de eficácia, eficiência ou efetividade do programa.

Gómez-Fraguela, Romero, Villar, e Luengo (2002) alertam que, quando vamos avaliar a eficácia dos programas de prevenção, é fundamental ter em conta a natureza dinâmica do consumo. O desaparecimento gradual dos efeitos dos programas de prevenção poderá ser apenas um efeito aparente, uma vez que o consumo pode ocorrer evolutivamente mais tarde, tendo o programa atrasado a idade de início. De facto, utilizar o mesmo critério de avaliação durante o seguimento seria um erro de método (Pentz, 1994), já que as mudanças evolutivas que ocorrem no consumo são diferentes dependendo do momento temporal.

Outro aspeto a ter em conta prende-se com a necessidade de considerar os resultados de aplicações distintas, uma vez que os resultados de eficácia obtidos podem variar dependendo das amostras (Alonso, 2005).

Tabela 6.

Principais dificuldades na avaliação dos programas preventivos (Espada, 2002).

Dificuldades	
Estabelecimento de metas	É essencial estabelecer desde o início do programa objetivos mensuráveis.
Estabelecimento de variáveis de resultado	É fundamental a operacionalização das variáveis dependentes, de modo a serem claramente quantificáveis quando o programa é aplicado.
Desenho da investigação	É importante considerar um projeto de investigação que tem em conta os efeitos a curto, médio e longo prazo, sem descuidar variáveis do tipo intencionais e atitudinais.
Processo de avaliação	Utilização de instrumentos de avaliação estandardizados e com garantias psicométricas.
Verificação de mudanças diretas imediatas	Ter em conta que as alterações nas taxas de consumo não ocorrem imediatamente após a realização do programa.

Espada (2002) destaca diversas dificuldades que podem ser encontradas aquando da avaliação da eficácia de uma ação preventiva, tanto na fase inicial, aquando do estabelecimento de metas, como no desenho de investigação e na avaliação dos resultados (cf. Tabela 6).

Além disso, a avaliação pode ser realizada em diferentes momentos. Como indica Alvira (1991), existem quatro fases distintas na avaliação: a primeira em que se avalia o problema que se pretende solucionar; um segundo momento em que se avalia a coerência

do programa em função das necessidades existentes; um terceiro momento em que se analisam os inconvenientes que vão surgindo à medida de se aplica o programa e; um último momento em que se avalia se o programa funciona de maneira satisfatória. Mais especificamente no que toca à avaliação de resultados, um bom desenho de avaliação é o que apresenta uma alta consistência interna e externa, através da utilização de comparações entre grupos e através da análise estatística. A avaliação em diferentes momentos temporais pode ser enquadrada num conceito de melhoria contínua da qualidade, cujo objetivo é alcançar os objetivos propostos pelo programa (eficácia) ao mesmo tempo que se otimizam os recursos (eficiência) (Alonso, 2005).

2.4. RESUMO

O conceito de prevenção pode ser analisado de um ponto de vista de cronologia clínica (primária, secundária ou terciária), foco de intervenção na população (universal, seletiva e indicada) ou metodologia de aplicação (informativa, afetiva, centrada na transmissão de competências e baseada na evidência científica ou multicomponentes). Observa-se uma evolução histórica muito marcada nesta área, no que à adoção de metodologias de intervenção diz respeito. Presentemente, contam-se recomendações fundamentais para a inovação científica ao serviço da prevenção do consumo de drogas. Por exemplo, sabe-se que o contexto escolar é o mais eficaz para introduzir estas iniciativas. As mesmas devem consubstanciar-se em programas promotores de dinâmicas grupais, em várias sessões e assentes em metodologias diversas, baseadas preferencialmente na transmissão de informação realista e positiva e no treino de repertórios comportamentais facilitadores de alternativas às situações-problema. A avaliação destas ações preventivas pode incidir no planeamento dos seus conteúdos, na forma como estas se processam e na mensuração dos seus resultados. A importância da componente avaliativa dos efeitos dos programas preventivos tem sido propalada por vários autores e até entidades de saúde pública, mas esta tem-se mantido mais em considerações teóricas e manifestos de intenções do que no plano prático. Com efeito, tal exige articulação de diversas componentes técnicas, como a fundação do programa preventivo a partir de metas mesuráveis, a implementação de um projeto de investigação psicológica multimodal (quantitativo e qualitativo) que implique a utilização de

instrumentos validados, bem como a definição dos momentos oportunos de recolha de dados.





CAPÍTULO 3.
ADAPTAÇÃO CULTURAL E TRANSFERÊNCIA
DA INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo abordam-se as definições e os desafios do processo de adaptação cultural e transferência da investigação. São elencados os diferentes tipos de investigações transculturais, bem com as recomendações metodológicas vigentes.

3.1. CONCEITO E ASPETOS GERAIS DA ADAPTAÇÃO CULTURAL E TRANSFERÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO

3.1.1. Definição

Adaptação foi definida por Rogers (1995) como o grau em que algo é alterado ou modificado quando adotado e implementado por um novo usuário. O *Center for Substance Abuse Prevention* [CSAP] (2002), por sua vez, definiu adaptação como a modificação deliberada ou acidental de um programa. A adaptação pode incluir deleções ou adições, modificações dos componentes existentes, mudanças na forma ou intensidade de componentes e modificações culturais necessárias face às circunstâncias locais. Assim, a adaptação cultural refere-se ao desenvolvimento de alterações positivas ao novo contexto cultural.

Não há consenso acerca da adaptação de intervenções baseadas na evidência (Kelly et al., 2000). É considerada por uns como uma distorção, algo que os investigadores tentam que não aconteça, em grande parte devido à dificuldade em avaliar a adoção da intervenção quando a adaptação ocorre. Outros investigadores favoráveis às adaptações, por sua vez, argumentam que é um processo necessário para que a intervenção seja mais relevante para a população alvo e vá ao encontro das suas necessidades, alcançando junto da comunidade um maior sentido de apropriação do programa (CSAP, 2002).

Levar a cabo um processo de adaptação cultural de um programa baseado na evidência com o intuito de o aplicar noutro país é um processo moroso e complexo, que implica o acesso ao contexto político, económico e religioso, bem como às normas culturais e familiares. Exige um cuidadoso e rigoroso método, fundamentado pela teoria e pela investigação (Kumpfer, Pinyuchon, Melo, & Whiteside, 2008).

O processo de “adaptação transcultural” (*cross-cultural adaptation*) de um instrumento para ser usado noutro país, cultura e/ou língua, requer um método específico de forma a alcançar a equivalência entre o original e as suas versões. É atualmente

reconhecido que, para um instrumento manter a validade de conteúdo a nível conceptual em diferentes culturas, há que cuidar não só da tradução linguística como também da adaptação cultural (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1997). A simples tradução poderá induzir interpretações erradas por causa das diferenças na linguagem e na cultura. Nos estudos científicos, quando se utilizam instrumentos desenvolvidos noutros países e com outra língua, para além da tradução, é necessário levar a cabo uma adaptação e validação transcultural. Nesse sentido, a adaptação transcultural de um instrumento para ser utilizado noutro contexto envolve um processo que cuida tanto dos aspetos da linguagem (tradução) como da adaptação cultural (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000).

Wang, Moss & Hiller (2005), publicaram um artigo acerca do potencial de aplicabilidade e transferência de intervenções baseadas na evidência. Nesse sentido, definem como ‘aplicabilidade’ o grau em que uma intervenção pode ser implementada noutro contexto, independentemente do seu sucesso. No que toca à transferência, os autores referem-se ao potencial de uma dada intervenção atingir a mesma eficácia do estudo inicial quando aplicada noutro local.

3.1.2. Diferentes tipos de investigação transcultural

Na literatura encontramos diferentes termos para identificar investigações de carácter internacional: *inter-cultural*, *transcultural* ou *comparativos*. Em geral, estes termos referem-se à investigação de um fenómeno ou teoria no contexto de outra nação ou cultura (Olavarrieta, 2001). Os diferentes tipos de investigação podem ser classificados de acordo com o seguinte critério:

- Estudos monoculturais versus estudos multiculturais. Os estudos monoculturais abordam um fenómeno ou a relação dentro de uma dada cultura. Já os estudos multiculturais fazem-nos em múltiplos contextos ou culturas.
- Estudos originais versus estudos de replicação. Os estudos originais, como o nome indica, referem-se aos estudos que pela primeira vez investigam um conceito, hipótese ou teoria pela primeira vez. Estudos de replicação, por sua vez, têm como objetivo verificar se as teorias ou conceitos validados num contexto (por exemplo, nações ou culturas) são aplicáveis ou estão presentes noutros países, ou seja, basicamente repetem um trabalho feito originalmente noutro país e agregam

evidência a favor ou contra a sua aplicabilidade ou validade de conceitos em outros países.

Assim, as adaptações transculturais devem ser consideradas atendendo a diferentes cenários. O primeiro cenário é quando se pretende usar um determinado instrumento ou programa no mesmo contexto onde foi desenvolvido (mesma língua e mesma cultura), não necessitando de qualquer adaptação. No extremo oposto está a aplicação num outro país, cuja língua e cultura são diferentes do contexto original (*ibidem*).

Existe muitas vezes a preocupação acerca da capacidade dos programas desenvolvidos noutros países serem implementados com sucesso e obterem no seio de uma dada cultura ou contexto social os mesmos resultados positivos. Da mesma maneira questiona-se o quanto se pode alterar o programa sem violar a fidelidade ao modelo (Blakey, 1987).

3.1.3. O problema da validade e equivalência nas investigações transculturais

Qualquer implementação posterior de uma intervenção é, necessariamente, pelo menos em parte, uma intervenção diferente, porque cada situação é única. Existem sempre mudanças mesmo quando os investigadores replicam as suas próprias intervenções no mesmo local, sejam elas pelo efeito da passagem do tempo seja pelas características únicas dos participantes.

Morrison et al. (2009) refere que muitas vezes, são feitas mudanças significativas às intervenções com o objetivo de adaptá-las para a aplicação num novo local, para mantê-las atualizadas, ou para adequá-las a uma nova população. Neste sentido questiona sob que condições podemos esperar que uma intervenção de eficácia demonstrada possa continuar a ser eficaz? E quanto ou quais as dimensões que podemos mudar numa intervenção e ainda estarmos seguros de que estamos perante a mesma intervenção, e que esta vai ter os mesmos efeitos?

Considerava-se que uma vez demonstrada a eficácia de uma intervenção, a mesma será igualmente bem-sucedida sob condições semelhantes, pelo que era pouco comum a replicação de um estudo experimental. No entanto, cada vez mais, há uma maior consciencialização da importância da adaptação das intervenções para a cultura dos

participantes. Outro aspeto considerado é que a eficácia de uma única intervenção experimental, desenhada e testada com um grupo homogéneo de participantes (em relação à raça, etnia, estatuto socioeconómico, ou outras características demográficas), tem uma limitada generalização.

O reconhecimento da necessidade de adaptar as intervenções ao contexto cultural dos participantes levantou um novo debate: por um lado a necessidade de implementar os programas conforme foram desenhados nos seus estudos de eficácia, e por outro, a necessidade de se fazerem adaptações para que o programa sirva nas condições locais (Elliot & Mihalic, 2004). Nas ciências sociais, embora exista uma abundante investigação a respeito da eficácia dos programas de prevenção, são raras as investigações sobre a fidelidade da implementação. A avaliação da fidelidade tende a incidir sobre cinco aspetos: adesão, quantidade, qualidade da administração, respostas dos participantes, e diferenciação do programa. Esta é uma questão fundamental para o trabalho na prevenção do abuso de drogas, pois está claramente estabelecido que uma má implementação resultará provavelmente numa perda de eficácia do programa (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003).

Seguidamente, descrevem-se as modificações que podem surgir numa replicação de um projeto sugeridas por Morrison et al. (2009). Essas modificações podem ser agrupadas em: mudanças motivadas cientificamente; mudanças impostas pelas características geográficas; mudanças motivadas pelas características culturais da comunidade; mudanças impostas pela colaboração de parceiros na comunidade e; atualizações e adaptações ao contexto físico. As primeiras referem-se a considerações científicas e éticas relativamente ao grupo controlo. A não intervenção ou intervenção mínima junto do grupo de controlo só poderá justificar-se porquanto ainda não foi determinada a eficácia do programa, não sabendo se o mesmo trará algum benefício. Caso contrário, provando que a intervenção é provavelmente benéfica, torna-se mais imperativo que se ofereça algo de valor equiparável aos participantes do grupo de controlo. Poderão igualmente ser necessárias mudanças na implementação do programa devido às características geográficas do contexto, como por exemplo, aplicação a um grupo com mais elementos do que os indicados no programa original, o aumento do número de sessões devido à redução do tempo de cada sessão, bem como a passagem de atividades para as sessões seguintes. Atendendo às características da população, poderão

ser necessários ajustes no vocabulário, nos exemplos e nos conteúdos. Muitas vezes é necessário recorrer a parcerias e colaborações e nesse sentido a intervenção tem de se ajustar à realidade dos mesmos, podendo surgir por exemplo constrangimentos de agenda. Os facilitadores podem ser úteis na adaptação do programa para que este resulte na prática, sendo a sua experiência validada. Contudo, num estudo de replicação, são fortemente desencorajados a fazerem alterações pelo que deverão ser treinados e a fidelidade monitorizada. Isto pode levar a um certo descontentamento por parte do facilitador, condicionando a sua apropriação e envolvimento no programa. As intervenções necessitam de ligeiras alterações para estarem a par dos dados da investigação recente. Uma ferramenta útil para a investigação da replicação seria a monitorização regular dos procedimentos, acompanhando a intervenção no seu decurso. Se uma intervenção foi menos eficaz junto daqueles que perderam uma determinada sessão, poderá levantar-se a hipótese de que o material daquela sessão pode ser essencial. Isto permitirá que quaisquer desvios ao protocolo possam ser utilizados enquanto imperfeições admissíveis, úteis para determinar os componentes chave da intervenção.

Alguns autores propõem que as adaptações culturais podem incluir mudanças superficiais ou mudanças profundas (incorporando as normas culturais e os valores) (Castro, Barrera, & Martinez, 2004). Um princípio fundamental para transporte de um programa para outras populações é que a fidelidade inclui a adaptação, mas não a modificação dos componentes do programa, dos seus *timings*, ou da sua estrutura geral. Alguns exemplos de adaptações culturais são a introdução de exemplos, vídeos, canções, histórias ou outros materiais. Porém, algumas modificações reduzem a eficácia relativamente ao programa original tais como: reduzir a extensão do programa; a omissão ou a combinação das sessões; a mudança dos tópicos das sessões; a reorganização ou omissão do conteúdo das sessões e; a omissão ou modificação dos trabalhos para casa (Kumpfer, Alvarado, Smith, & Bellamy, 2002).

3.1.4. Recomendações metodológicas

O transporte internacional e a adaptação cultural devem seguir um protocolo meticuloso. Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, e Delclós-Clanchet (2013) conduziram uma revisão exaustiva sobre a metodologia utilizada na tradução, adaptação cultural e

validação de questionários de saúde. Neste âmbito, consideraram haver consenso quanto à existência de duas etapas: a adaptação cultural (onde é necessário termos em conta as expressões idiomáticas, o contexto cultural e as diferenças na perceção da saúde e da doenças) e a validação (na língua de destino, avaliando o grau de preservação das propriedades psicométricas).

Para a primeira etapa, tradução e adaptação cultural, é recomendada uma sequência de cinco passos:

1. *Tradução direta* – é feita uma tradução conceptual do instrumento. Devem participar pelo menos dois tradutores bilingues independentes, cuja língua materna seja o idioma de destino. Um dos tradutores deverá conhecer os objetivos e os conceitos considerados no questionário, tendo experiência prévia na tradução técnica de textos. Os outros ou o outro tradutor não deve ter qualquer conhecimento prévio sobre o questionário e também desconhecer os objetivos do estudo. Estes tendem a elaborar uma tradução mais ajustada à linguagem de uso coloquial, detetando dificuldades na compreensão e o uso de termos técnicos pouco comuns.
2. *Síntese das traduções* – As traduções serão comparadas pelos tradutores para identificar as discrepâncias entre as versões traduzidas até alcançar um consenso. Caso necessário a equipa de investigação será chamada.
3. *Tradução inversa* – a versão de síntese será retraduzida para o idioma original por pelo menos dois tradutores bilingues profissionais, cuja língua materna seja a do questionário original. Os tradutores trabalham de forma independente, desconhecendo o questionário original nem tendo conhecimento prévio sobre o tema e os objetivos do estudo.
4. *Avaliação por um comité de especialistas*. O objetivo deste comité é gerar uma versão pré-final do questionário adaptado à língua de destino. A composição do comité de especialistas é tida como crucial para a obtenção da equivalência transcultural, devendo constituir-se uma equipa multidisciplinar, integrando profissionais de saúde (especialistas no tema explorado), metodologistas, especialistas na língua de destino e os tradutores envolvidos no processo. Guillemin, Bombardier, e Beaton (1993) identificaram quatro áreas de análise de equivalência: semântica, idiomática, experimental e conceptual. O papel dos

especialistas é o de assegurar que os conteúdos do questionário sejam totalmente compreensíveis aos destinatários e que o mesmo seja equivalente ao original.

5. *Pré teste.* A fase final do processo de adaptação é o pré teste, cuja aplicação permitirá avaliar a qualidade da tradução e da adaptação cultural bem como a aplicabilidade do questionário. Cada sujeito completa o questionário, é entrevistado acerca do que entende relativamente a cada item do questionário e é convidado a comentar qualquer aspeto que tenha considerado difícil de entender. Quer o significado dos itens quer as respostas são exploradas, assegurando que a versão adaptada mantém a sua equivalência.

A segunda etapa corresponde à validação do questionário no idioma de destino. Esta etapa pressupõe que a tradução e a adaptação cultural de um questionário nem sempre garante a preservação das suas propriedades psicométricas. Para que um questionário seja considerado válido deverá reunir características como: a fiabilidade e a capacidade de medir sem erros; a capacidade de detetar e medir mudanças tanto entre indivíduos com entre o mesmo indivíduo ao longo do tempo; a simplicidade e viabilidade quer para os destinatários quer para os investigadores; a adequação para medir o fenómeno que pretende medir e; a consonância com a teoria subjacente ao fenómeno ou conceito que está a medir.

Apenas recentemente começou-se a investigar a adaptação de programas, pois achava-se que era algo pouco frequente. Uma vez estudado, tornou-se evidente que, na prática, a adaptação de intervenções era afinal muito comum, por exemplo, os professores adaptavam frequentemente os conteúdos de programas escolares de prevenção do uso de substâncias (Ringwalt, Vincus, Ennett, Johnson, & Rohrbach, 2004).

Relativamente à adaptação de Programas Baseados na Evidência existem poucos modelos ou quadros teóricos que orientem a sua adaptação. Numa fase inicial, o processo de adaptação era considerado um ato passivo que ocorria durante a fase de implementação do processo, sem que fosse assumido um papel ativo na modificação por parte dos adotantes (Rogers, 1995). O modelo descrito por Mckleroy et al. (2006) alega que a adaptação deverá ser um processo ativo, com início desde a fase de conhecimento e integrado em todo o processo de inovação-decisão. Argumenta que só assim se conseguirá garantir que o processo de adaptação será cuidadosamente planeado e as mudanças bem justificadas.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (2004) elaborou um guia de sistematização do processo de adaptação dos Programas Baseados na Evidência, composto por cinco ações. A primeira é a avaliação, na qual se determina a população alvo, os programas e a capacidade para implementar a intervenção. Outra ação é a seleção, na qual se determina se a intervenção a adotar sofrerá ou não um processo de adaptação, ou se se deve escolher outra intervenção avaliando-a antes de avançar. A preparação corresponde à terceira ação e envolve a adaptação dos materiais, a testagem prévia dos materiais adaptados junto da população alvo e a potenciação da capacidade de intervenção com o desenvolvimento de parcerias para implementar a intervenção (quando necessário). A quarta ação corresponde ao teste piloto da intervenção ou dos seus componentes e ao desenvolvimento de um plano de implementação. A implementação corresponde à quinta ação que é a realização de toda a intervenção adaptada, apenas com o necessário grau de revisão. Além disso, o guia inclui orientações para garantir que cada etapa da ação é dirigida adequadamente e para possibilitar a revisão dos passos anteriores no caso de surgirem dificuldades. Consta igualmente do guia, considerações importantes acerca da monitorização do processo e da avaliação, bem como a supervisão periódica e a garantia de qualidade. As evidências recolhidas durante o processo de adaptação deverão ser avaliadas para determinar o sucesso do processo de adaptação e a eficácia da intervenção adaptada.

Por sua vez, Kumpfer et al. (2008) descreve as oito etapas recomendadas para o processo de adaptação cultural e transporte internacional:

1. Avaliar as necessidades da população alvo com base nos dados etiológicos. Se não existirem dados de prevalência e incidência acerca da população, deve ser conduzida uma avaliação das necessidades.
2. Seleção cuidada do melhor Programa Baseado na Evidência para ser transportado e adaptado à nova cultura. Neste ponto, fatores como a idade dos participantes, a etnia e a linguagem, a duração, o custo, a necessidade de colaboradores e nível de disfunção (grupos universais de baixo risco, grupo seletivo de alto risco ou grupos indicados em crise) são alguns dos aspetos a ter em consideração quando se escolhe o Programa. Se houver informação disponível sobre o efeito dos programas, a seleção recairá sobre os que demonstraram obter maiores mudanças.

3. Implementar primeiro os materiais do programa original. Apesar de ser necessário a tradução dos manuais, não deverão ser feitas mudanças culturais substanciais antes de serem realizados vários estudos piloto. Dever-se-á implementar primeiro o programa conforme está escrito, excetuando pequenas mudanças nos exemplos ou terminologias para melhor se adequarem ao novo contexto. Segue-se a avaliação daquilo que resultou e do que não resultou. Os sucessos e as barreiras deverão ser documentados na avaliação do processo para auxiliar futuras adaptações.
4. Seleção, treino e supervisão de colaboradores para assegurar a qualidade da implementação. Uma seleção cuidada dos colaboradores é crucial para uma implementação bem-sucedida. Os mesmos deverão ser treinados e supervisionados.
5. Implementação do programa garantindo a fidelidade e a qualidade. A implementação deverá ser monitorizada recorrendo por exemplo a sessões semanais entre os colaboradores e os supervisores, o preenchimento de *checklists* após cada sessão, etc.
6. Adaptações culturais feitas continuamente com grupos piloto. A adaptação cultural é um processo contínuo, baseado no feedback dos colaboradores que documentam quaisquer mudanças na implementação do programa, reportando semanalmente o que resultou bem e o que não resultou. Essas anotações são tidas em conta e adicionadas ao currículo como mudanças culturais sobre os materiais escritos.
7. Revisão dos materiais do programa para melhorar a adesão dos participantes. O resultado da avaliação feita aos grupos piloto pode levar à revisão do material do programa.
8. Fortalecimento da avaliação para melhorar os resultados. Os métodos de avaliação deverão ser testados e revistos, se necessário, para serem culturalmente adequados, incluindo pesquisas, métodos de recolha de dados e relatórios. A existência de testes válidos e confiáveis também facilita a implementação em países diferentes.
9. Disseminação dos resultados sobre a efetividade da versão adaptada culturalmente. No sentido de aumentar o conhecimento neste âmbito, o

processo e os resultados da pesquisa, assim como as lições aprendidas no transporte do modelo baseado na evidência, deverão ser publicados.

Ainda acerca do processo de adaptação de programas baseados na evidência dirigidos a jovens, Steiker (2008) considera que, para se obter um currículo verdadeiramente adaptado, é necessário incorporá-los enquanto peritos. Sendo os jovens especialistas nas suas próprias experiências de vida, considera que o seu contributo garante um retrato preciso, incorporando a linguagem atual, a terminologia e as gírias, bem como os costumes e estilos.

3.2. ADAPTAÇÕES INTERNACIONAIS DE PROGRAMAS

Apesar da complexidade inerente ao processo de adaptação cultural, o transporte de abordagens baseadas na evidência para outros contextos culturais pode ajudar a reduzir o tempo e os recursos necessários à implementação de programas eficazes (Poulsen et al, 2010). Os mesmos autores sugerem que um programa poderá ser adaptado com sucesso se; os conteúdos do programa forem relevantes no novo contexto cultural; o processo de adaptação for liderado por uma equipa multidisciplinar a par de uma colaboração ativa da comunidade e; o estudo piloto e a implementação do programa forem bem monitorizados.

São inúmeras as publicações de experiências de adaptações culturais referentes a questionários ou escalas de avaliação. No que toca aos programas de prevenção/intervenção conseguiu-se recolher um conjunto modesto de trabalhos internacionais, na sua maioria abordando a adaptação de programas de prevenção do VIH, prevenção do consumo de drogas e de programas de educação parental. Mais difícil foi encontrar artigos sobre esta matéria em Portugal: sabe-se que estão a ser conduzidos alguns estudos em contexto nacional e que existem programas internacionais de educação parental validados e baseados na evidência traduzidos e adaptados à língua portuguesa. Contudo, as publicações encontradas sobre os mesmos mostram-se escassas e pouco pormenorizadas.

Morrison et al. (2009) atribuem tais lacunas à carência atual de uma “ciência de replicação”, ou seja, a comunidade científica não tem o costume de documentar (e publicar) os procedimentos inerentes às ações preventivas, designadamente: construção de conteúdos de intervenção, aplicação, características das populações-alvo, sucessos e

desafios e adoção de testes para identificar componentes essenciais. Sobre este assunto, adiantam explicações:

- O nível de detalhe que implicam os relatórios de ensaios de replicação e confirmação torna-os documentos extensos e atreitos a constrangimentos editoriais;
- Reportar programas multicomponentes de forma plena, validando-os, afigura-se dispendioso e nem sempre isto é suportável pelo financiamento dos projetos de investigação;
- Os investigadores são naturalmente relutantes em expor muita informação acerca da aplicação das suas intervenções preventivas por medo de serem acusados de haverem cometido erros metodológicos, mesmo que o desenho do estudo original tenha sido bem-sucedido.

Estes autores avançam também com algumas soluções, como a utilização da internet para a divulgação de relatórios de investigação completos, mais investimento por parte das fundações de apoio à ciência e tecnologia e uma reforma estrutural nas normas científicas, não no sentido da aceitação de investigações enviesadas, mas na não-aceitação da ideia irrealista de que nada de surpreendente ou errado acontece em intervenções *in vivo*. Certamente que, menos autocensura sobre as experiências mal sucedidas, beneficiaria a acumulação de conhecimento e reforçaria a eficácia de investigações interventivas futuras.

3.3. RESUMO

As adaptações culturais dos programas preventivos, se eficazes, garantem que os ganhos em saúde obtidos na aplicação das versões originais sejam replicados noutras populações-alvo. Tratam-se de processos de transferência de informação investigativa que devem ser assumidos e convencionados, embora a bibliografia atual continue comedida neste campo, tanto a nível nacional, como internacional. Talvez tal se deva a um conjunto de desincentivos existentes no presente contexto científico.



CAPÍTULO 4.
PROGRAMA SALUDA

Para uma melhor compreensão do programa *Saluda*, são apresentados os seus principais conteúdos, objetivos, componentes, bem como a metodologia implementada e a base teórica que o sustenta. Neste capítulo, são também abordados os estudos desenvolvidos com o intuito de avaliar este programa preventivo, com referência às evidências encontradas.

4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Programa *Saluda* (Espada & Mendez, 2003) é um programa de prevenção do abuso do álcool e outras substâncias, dirigido a adolescentes com idades entre os 12 e os 14 anos (prevenção universal) que não tenham iniciado os consumos, ou cujo consumo esteja ainda numa fase inicial (prevenção primária). A aplicação do programa é feita em meio escolar e incide sobre os conteúdos e as capacidades diretamente relacionadas com o abuso de drogas, podendo, por isso, ser incluído entre os programas de prevenção específicos.

O Programa *Saluda* apoia-se no modelo teórico da Aprendizagem Social e da Teoria da Ação Racional, baseando-se no desenvolvimento de competências. Os modelos de Influência Social abrangem os programas que desenvolvem o treino de habilidades de resistência. Estes têm como objetivo trabalhar com os adolescentes a capacidade de resistência e recusa perante a pressão do grupo de pares e perante a influência da publicidade e dos meios de comunicação. Os programas que incluem esta componente têm um efeito positivo, conforme corroboram vários estudos (Botvin, 1999, 2000; Sussman, Dent, Stacy, & Sun, 1993). Outro objetivo é o de melhorar as competências pessoais, trabalhando as competências pessoais genéricas, a tomada de decisão, a capacidade de resolver problemas, o autocontrole, a promoção de compromissos públicos no sentido de ficar sem consumir, a autoestima, a capacidade de lidar com o stress e com a ansiedade, a assertividade, etc. Para Botvin (2000), os programas de prevenção focados na influência social e na melhoria das competências sociais são os que se mostram mais eficazes. Também Espada e Mendes (2003) ressaltam que os programas centrados na melhoria das competências pessoais têm demonstrado manter o seu efeito a longo prazo. A Teoria da Ação Racional, sendo um dos modelos mais influentes nos programas preventivos e na qual o Programa *Saluda* também se baseia, tem-se mostrado idónea para

compreender e predizer o consumo. Muito embora atualmente a utilização desta teoria tenha decaído, mantém-se muito útil (quer seja sozinha, seja acompanhada por outros componentes) para explicar os comportamentos voluntários com base nas crenças, intenções e atitudes.

4.2. OBJETIVOS

O Programa *Saluda* tem como objetivo a prevenção do consumo abusivo de álcool e drogas. Assim, os objetivos gerais do programa são os seguintes:

1) Atrasar a idade do início do consumo de álcool;

Os estudos realizados constataam que uma iniciação precoce do abuso de substâncias psicoativas aumenta a probabilidade de consumos problemáticos na idade adulta. Por outro lado, o organismo adolescente, em pleno desenvolvimento, vê-se afetado pelas drogas em maior medida do que os adultos, causando problemas físicos e psicológicos a curto e a longo prazo, pelo que atrasar a ingestão de álcool e outras drogas beneficia o desenvolvimento do jovem.

2) Reduzir o consumo abusivo tanto de álcool como de outras drogas;

O programa pretende ensinar a conviver com as drogas, distinguindo uso de abuso, promovendo um consumo responsável e saudável do álcool e a abstinência das outras drogas.

Pretende-se quebrar a associação entre diversão e consumo de drogas, bem como dissociar o consumo do estabelecimento de relações sociais, incentivando a escolha de formas mais saudáveis de diversão.

Estas metas gerais são operacionalizadas mediante o estabelecimento dos seguintes objetivos específicos:

Ao nível dos *conhecimentos*, os objetivos são:

- Conhecer os efeitos das drogas a curto e a longo prazo;
- Aprender a diferenciar o uso e o abuso de drogas com base nas repercussões para a saúde;
- Analisar as motivações que levam os adolescentes ao consumo de álcool e drogas;
- Conhecer os fatores de risco associados ao abuso do álcool e outras drogas;
- Modificar a percepção da prevalência do consumo juvenil de álcool e outras drogas;

- Identificar as formas de pressão social face ao consumo de álcool e outras drogas legais;
- Aprender a identificar as formas de pressão social e as estratégias publicitárias persuasivas;
- Identificar as características do comportamento assertivo;
- Diferenciar os comportamentos (assertivo, passivo e agressivo).

Ao nível das **atitudes**, os objetivos são:

- Promover atitudes favoráveis à abstinência ou ao uso moderado e responsável do álcool;
- Promover atitudes positivas para com a abstinência do consumo de outras drogas;
- Aprender a ter uma atitude crítica perante a publicidade enganosa sobre as drogas;

Ao nível dos **comportamentos** os objetivos são:

- Melhorar as competências sociais dos participantes;
- Desenvolver a capacidade para relacionar-se com os outros sem recorrer ao consumo de substâncias psicoativas;
- Aprender a escutar ativamente, a conversar e a expressar opiniões.
- Adquirir / melhorar a capacidade de resistir à pressão do grupo, especialmente em situações relacionadas com o consumo de drogas;
- Conhecer as ofertas para os tempos livres na cidade;
- Promover o uso saudável do lazer;
- Aprender a resolver problemas de forma eficaz;
- Fomentar a tomada de decisão responsável;
- Aplicar o método de resolução de problemas para avaliar as vantagens e os inconvenientes por abusar do álcool e consumir outras drogas;
- Promover atividades de tempos livres saudáveis, conhecendo as ofertas disponíveis na cidade;
- Realizar uma tomada de decisão sobre o consumo do próprio;
- Aprender a autorreforçar o uso responsável das drogas.

4.3. COMPONENTES

O programa *Saluda* é composto por três componentes principais (informação, treino de competências sociais e treino de resolução de problemas) e por quatro componentes secundárias (promoção de atividades de lazer saudáveis, resistência à pressão da publicidade, compromisso público e treino do autorreforço), conforme descreve Serrano (2010).

A componente **informação** tem por base a premissa que quanto maior e mais adequado for o conhecimento acerca das consequências negativas, dos padrões de consumo, e da farmacologia ou do processo de adição, menor será a probabilidade de consumir. Com esse objetivo, o programa *Saluda*, recorrendo a uma metodologia dinâmica e participativa, transmite informação qualificada sobre o álcool e as outras drogas, sem recorrer ao medo ou ao exagero, incidindo sobre os componentes das drogas, os seus efeitos (a curto e a longo prazo) e centrando-se nas consequências negativas imediatas.

Por sua vez, com a componente de **treino de competências sociais** pretende-se o desenvolvimento das habilidades necessárias para evitar o consumo de drogas. O desenvolvimento destas capacidades ajuda a melhorar as relações interpessoais dos adolescentes, ensinando-os acerca da defesa dos seus direitos, o respeito pelos direitos dos outros, a dizer não, a escutar ativamente, como começar e manter uma conversa e a expressar sentimentos positivos ou negativos como as opiniões pessoais. Para isso, o programa *Saluda* disponibiliza aos monitores uma série de instruções que serão transmitidas aos adolescentes para a aprendizagem da técnica, recorrendo à modelagem, ao role-play, ao feedback e ao reforço positivo.

O **treino de resolução de problemas** é um procedimento cognitivo que consiste na identificação da alternativa mais eficaz face a um problema, estimulando posteriormente para à ação atendendo à opção escolhida. É necessário elencar uma série de alternativas a uma situação problemática, aumentando assim a probabilidade de enfrentar com sucesso e de forma independente os problemas com que nos deparamos (Morelato, Maddio, & Ison, 2005). O programa *Saluda* utiliza o método de tomada de decisões de Goldfried e Davison (1981), que se baseia no modelo cognitivo-afetivo-comportamental e explica o processo através do qual um indivíduo (ou um grupo) identifica os meios mais eficazes para resolver os problemas do dia-a-dia. É assim

essencial uma boa definição do problema e a formulação de muitas respostas alternativas, de modo a aumentar a probabilidade de escolher a alternativa mais adequada para resolver o problema. Esta técnica consiste em cinco etapas: 1) Orientação para o problema; 2) Definir o problema; 3) Criação de alternativas; 4) Tomada de Decisão e; 5) Implementação e verificação da solução. O Programa *Saluda* inclui uma fase de treino, primeiro com uma situação da vida quotidiana, e depois aplica-o na avaliação das vantagens e desvantagens do uso de drogas e na tomada de decisão sobre o consumo futuro de álcool ou outras drogas.

No que toca à componente *fomento de atividades de lazer saudáveis*, pretende-se proporcionar aos jovens atividades lúdicas saudáveis, constituindo alternativas saudáveis ao consumo de substâncias, por exemplo, atividades de voluntariado ou atividades desportivas. O objetivo é substituir o consumo de drogas por outro tipo de atividades atrativas e que não constituam riscos para a saúde. A proposta do Programa *Saluda* consiste, em primeiro lugar, em recolher informação sobre as ofertas disponíveis naquela cidade, averiguando junto das associações ou centros de atividades de tempos livres. É solicitado aos jovens que façam também a sua pesquisa para que depois possam comparar essa informação com as atividades que desenvolvem nos seus tempos livres. Assim, os adolescentes identificam se o tempo dedicado a cada uma das suas atividades é adequado e que coisas podem fazer para aumentar ou diminuir o tempo que lhes dedicam. Há também a possibilidade de convidar os responsáveis de instituições culturais, desportivas, de voluntariado ou de qualquer centro de atividades de tempos livres a divulgarem as diferentes ofertas e a informarem da possibilidade dos jovens poderem participar nessas atividades.

O treino de habilidades de *resistência à pressão publicitária* pretende consciencializar os jovens da pressão para o consumo de drogas. Acredita-se que os meios de comunicação e o grupo de pares, de forma direta ou indireta, tentam influenciar os adolescentes para o consumo de drogas. O programa fomenta uma atitude crítica face à publicidade, ensinando os adolescentes a analisar as diferentes estratégias da publicidade e a pressão do grupo de pares e a treinar competências específicas para fazer frente a este tipo de situações.

O *compromisso público* consiste em tomar uma decisão pessoal e pública no que toca ao uso de drogas. A capacidade de se comprometer a não consumir (de forma

voluntária e assumida publicamente), assume um papel protetor, com menor probabilidade de usar drogas no futuro. Antes de se implementar o estabelecimento do compromisso público, recordam-se primeiro alguns dos conteúdos abordados anteriormente. Os alunos são depois convidados a expressar publicamente a sua postura em relação ao álcool e às outras drogas e esse compromisso é depois formalizado com a assinatura voluntária de um contrato, onde está expressa a decisão adotada, sendo reforçados os alunos que estabeleçam esse compromisso.

O ensino do *uso do autorreforço* dos comportamentos saudáveis (desfavoráveis ao consumo de drogas) é o último componente do programa consiste. É ensinado aos adolescentes o significado de autorreforço e a sua utilidade, salientado a sua importância, sobretudo quando as consequências da escolha de uma conduta saudável não são imediatas e produzem um certo desconforto (apesar de serem benéficas a longo prazo). Com esta técnica, os adolescentes são ensinados a manter auto diálogos internos positivos e reforçadores, com o objetivo de manter o compromisso adotado sobre o consumo de drogas. A tabela 7 apresenta um resumo dos componentes do programa *Saluda*.

Tabela 7.

Componentes do programa Saluda

Componentes	Tipo de componentes
Principais	1. Informação sobre as drogas e seus efeitos 2. Treino de competências sociais 3. Treino de resolução de problemas
Secundarias	4. Fomento de atividades de lazer 5. Resistência à pressão da publicidade 6. Estabelecimento de compromisso público 7. Treino do autorreforço

4.4. CONTEÚDO DAS SESSÕES

O Programa *Saluda* engloba 3 fases e é composto por 10 sessões com periodicidade semanal. A primeira fase é a *fase educativa*, onde se enquadram a primeira sessão (que aborda aspetos informativos acerca do álcool e outras drogas tendo em conta os seus componentes e os seus efeitos) e a segunda sessão (que informa sobre as motivações dos adolescentes para o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas). A segunda fase é dirigida ao *treino de competências* e compreende as sessões 3 a 9. A sessão

3 dedica-se à análise dos anúncios publicitários. Por sua vez, as sessões 4, 5 e 6 trabalham a melhoria das relações pessoais, tanto ao nível do treino da assertividade (sessão 4) como ao nível das competências comunicacionais (sessão 5) onde é abordada a escuta ativa, como iniciar, manter e terminar uma conversa e como dar opiniões, bem como manter-se firme nas suas decisões (sessão 6). A sessão 7 dá a conhecer as ofertas de lazer que existem na comunidade e motiva para a inclusão de atividades saudáveis na agenda semanal. As sessões 8 e 9 ensinam técnicas de resolução de problemas e a tomada de decisões. A terceira e última fase é relativa à *manutenção*, que inclui a sessão 10, onde é assumido o compromisso de não abusar do álcool e de outras, bem como o treino do autorreforço mediante o diálogo interno motivador.

Todas as sessões do programa estão estruturadas, disponibilizando um manual para o monitor, bem como um CD-ROM com todos os materiais necessários. Reúne também questionários de avaliação e formulários de registo para o monitor.

Na figura 19, apresenta-se um esquema onde estão sistematizadas as diferentes fases do programa, bem como o número e o título de cada sessão do Programa *Saluda*.

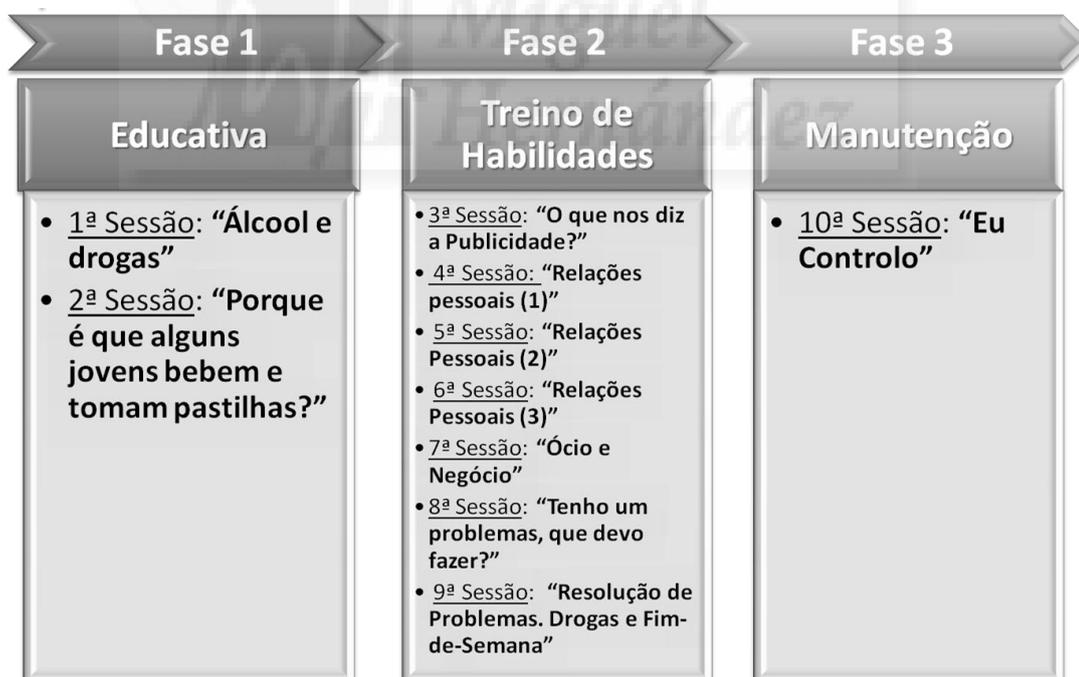


Figura 19. Fases e sessões do Programa *Saluda*.

4.5. METODOLOGIA

O Programa *Saluda*, idealmente deverá ser aplicado na sua totalidade, já que, desse modo, as atividades adquirem têm maior coerência e maior será a probabilidade de se alcançarem os objetivos. No entanto, os autores equacionam a possibilidade de serem selecionar determinadas atividades, no caso de não se dispor do tempo necessário para realizá-las a todas em cada sessão. Outra possibilidade é a utilização das atividades em tutorias, enquadradas noutras disciplinas afins ou como atividades pontuais. As intervenções preventivas têm maior eficácia quando são mantidas no tempo, para que os destinatários assimilem os conteúdos e tenham a oportunidade de desenvolver ou melhorar as suas competências. A periodicidade das sessões é flexível, podendo ser diária, bissemanal, ou semanal, desde que se tenha em conta o tempo necessário para que os participantes realizem as atividades para casa.

As recomendações vão no sentido de trabalhar com grupos de 20 alunos no máximo, sendo o programa apropriado para a aplicação em contextos educativos (âmbito escolar), associações de jovens, centros de atividades de tempos livres, etc. Cada sessão tem a duração de aproximadamente uma hora. Em cada sessão estão assinaladas as atividades opcionais para o caso de se optar por aplicar o programa completo e não se dispor de tempo para realizar todas as atividades da sessão.

A intervenção pode ser conduzida por qualquer agente educativo, desde que esteja atualizado sobre tema e se tenha preparado, atendendo aos conteúdos e orientações do programa. Podem ser monitores do programa professores, psicólogos, assistentes sociais, educadores sociais, monitores, animadores socioculturais, etc. As sessões são cuidadosamente explicadas, facilitando muito a intervenção de quem o aplica. No início de cada sessão expõem-se os objetivos, os materiais necessários e um guião da sessão para uma visão global da sessão. Cada atividade tem indicado o tempo aproximado de realização. Intercalado com as atividades da sessão são incluídos quadros-guia para o monitor, com informação adicional sobre a atividade, incluindo as respostas aos exercícios e resumos acerca do tema.

A função do aplicador é servir de guia, promovendo um ambiente dinâmico, participativo e agradável, facilitando a coesão do grupo. Nesse sentido, recomenda-se a disposição em círculo das mesas e cadeiras da sala (de forma a que todos os participantes se vejam uns aos outros), bem como o estabelecimento de algumas regras básicas para o

funcionamento na sala de aula (levantar o braço para falar, respeitar a vez e a opinião dos outros, a confidencialidade da informação que se transmite dentro da sala para que não se sintam inibidos de participar). O monitor deverá procurar que seja o grupo a dar as respostas às dúvidas que vão surgindo, completando a informação ou esclarecendo as crenças erradas sobre o tema que os participantes possam ter. Por estes motivos, é recomendado que o aplicador tenha uma certa experiência em dinamização de grupos e mostre uma atitude neutra face às drogas, facilitando a expressão sincera dos adolescentes quanto aos seus pensamentos e sentimentos, prevenindo a tendência dos mesmos para corresponder às expectativas do monitor.

4.6. EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS DO PROGRAMA SALUDA

4.6.1. Estudos iniciais

Espada et al. (2002) conduziram um estudo de meta-análise sobre a eficácia dos programas de prevenção do abuso de drogas, aplicados no contexto escolar espanhol entre 1985 e 2002. A partir dos resultados obtidos, os autores selecionaram os componentes que provaram ser mais eficazes e elaboraram um novo programa.

O programa, na sua versão preliminar elaborada em maio de 2001, intitulava-se "*Saluda al fin de semana*". Foi conduzido um estudo piloto que durou quatro meses e simultaneamente foi desenvolvido um programa de prevenção não específica e adaptado o programa "Construyendo Salud". O Programa *Saluda* assumia-se como uma intervenção inovadora, respondendo aos novos padrões de consumo juvenil, nomeadamente a moda do *botellón* (grupos de jovens que se reúnem em espaços abertos das cidades para beberem, ouvirem música e conversarem) e o consumo de pastilhas.

A investigação incidiu sobre a prevenção do uso recreativo de drogas, especialmente o álcool e as drogas sintéticas (por serem consideradas das mais consumidas em contextos de lazer ao fim de semana). Pretendia-se analisar os efeitos preventivos do programa *Saluda*, bem como a relação entre os fatores de risco e o consumo de álcool e drogas sintéticas.

O estudo piloto tinha como objetivos gerais: 1) Estudar a relação entre fatores de risco e consumo de álcool e/ou drogas sintéticas na adolescência; 2) Desenvolver um programa para prevenir o abuso de álcool e drogas sintéticas (programa *Saluda* para os

alunos do Ensino Obrigatório); 3) Avaliar a eficácia do programa preventivo *Saluda* numa amostra de adolescentes; 4) Comparar a eficácia do programa com outro programa de prevenção escolar já implementado junto da população espanhola e de eficácia comprovada (programa *Construyendo Salud*); 5) Comparar os resultados dos dois programas de prevenção (prevenção específica) com outra intervenção preventiva inespecífica (prevenção em geral).

A amostra do estudo piloto foi constituída por 133 alunos de 7 turmas, dos quais 63 (47,4%) eram do sexo masculino e 70 (52,6%) eram mulheres, com uma idade média de 14,17 anos e um desvio padrão de 0,72. Neste caso, mais de 80% dos indivíduos da amostra tinha 14 anos. As turmas foram aleatoriamente designadas para as cinco condições do estudo: Programa *Saluda* constituído por 35 indivíduos; Programa *Construyendo Salud* constituído por 39 indivíduos, Prevenção e Promoção da Saúde composto por 21 sujeitos; Atenção-Placebo constituído por 16 sujeitos; Grupo sem intervenção por 22 indivíduos.

Neste estudo foram avaliadas as seguintes variáveis: o nível de informação, as atitudes face ao consumo, a assertividade, a intenção de consumo, o autoconceito, o autocontrolo, as competências sociais, a suscetibilidade face à persuasão e a capacidade de resolução de problemas sociais. Para avaliar a eficácia do programa foram realizadas duas avaliações *follow up*, 3 e 6 meses após a aplicação do programa.

O programa foi constituído por dez sessões que incluíram componentes informativas, tendo por base uma metodologia lúdica e componentes de formação em competências genéricas de desenvolvimento pessoal e de resistência à pressão para o consumo (competências sociais, resolução de problemas, autocontrolo e compromisso público).

Para além da elaboração do programa foi avaliada a sua eficácia junto de uma amostra de adolescentes, obtendo resultados satisfatórios, uma vez que estes melhoraram as suas capacidades cognitivas e comportamentais relacionadas com o abuso de drogas. Além disso, a sua eficácia foi comparada com outro programa implementado com sucesso na população espanhola. Ambas as intervenções obtiveram melhores resultados face ao grupo placebo e face à intervenção inespecífica. Finalmente, compararam-se ambas as intervenções, com um programa de promoção da saúde em geral, e os resultados revelaram que os programas específicos apresentam maiores mudanças nas variáveis

controladas em relação à intervenção inespecífica. No entanto, as três intervenções foram mais eficazes a reduzir a intenção do consumo de drogas sintéticas relativamente quando comparadas como o grupo que não beneficiou de intervenção.

A partir dos resultados obtidos atendendo aos objetivos propostos, concluiu-se que nenhuma das intervenções implementadas conseguiu alterar significativamente o consumo e/ou abuso de drogas, a curto prazo. Em qualquer caso, as intervenções foram mais eficazes do que a não-intervenção na modificação de variáveis mediadoras de consumo, tanto específicas como não específicas.

Considerando as variáveis avaliadas neste estudo, verificou-se que, o uso de técnicas de informação participativas e recreativas desenvolvidas no Programa *Saluda*, foi eficaz na obtenção de mudanças em variáveis cognitivas mediadoras do abuso de substâncias (conhecimento sobre o álcool e drogas sintéticas e estimativa dos consumidores). O Programa *Construyendo Salud* também conseguiu reduzir a percepção normativa, mas em menor medida que o Programa *Saluda*. Além disso, o Programa *Saluda* mostrou-se mais eficaz na mudança de atitudes, quando comparado todas as outras condições experimentais. Relativamente às dificuldades interpessoais, as três intervenções desenvolvidas reduziram o nível em comparação com o grupo de não-intervenção, mas os resultados não melhoraram face aos alcançados pelo grupo placebo. Por outro lado, não foram obtidas melhorias ao nível da variável autoconceito em nenhuma das três intervenções. Da mesma forma, não se verificaram melhoras na variável autocontrolo nas três intervenções. No entanto, quando se compara a não-intervenção com o programa *Saluda*, o programa *Saluda* conseguiu reduzir a suscetibilidade à persuasão em igual medida que o programa não específico, ambos com resultados melhores face à intervenção com o Programa *Construyendo Salud*.

Na sequência dos resultados obtidos nesse estudo, foram apresentadas uma série de propostas de melhoria, como a implementação do programa *Saluda* numa amostra maior e com diferentes condições socioculturais e económicas para analisar quais os resultados obtidos em populações com diferentes perfis. Também foi proposta a realização de estudos de monitorização a longo prazo, que reúnam informações sobre a manutenção ou o desaparecimento das mudanças após seis meses da intervenção e desenvolver estudos para avaliar separadamente os diferentes componentes da intervenção preventiva, desmantelando-o parcialmente. Têm sido feitas análises às

componentes do Programa *Saluda*, bem como estudadas as variações obtidas em função das características dos aplicadores, testando a eficácia do programa quando administrado por professores ou por psicólogos.

Após os estudos iniciais sobre o Programa *Saluda*, foram desenvolvidas outras investigações onde foi analisada a eficácia por idade dos participantes e aplicador do programa, bem como os efeitos do Programa *Saluda* sobre os fatores cognitivos e atitudes em relação à droga. Estudos mais recentes discutem a contribuição dos componentes principais, em que se analisam as competências sociais e a resolução problemas e a contribuição do compromisso público face ao consumo, a resistência à pressão publicitária e o fomento de atividades de tempos livres saudáveis.

Em seguida, descrevem-se os principais resultados encontrados nesses estudos, com o objetivo de elencar as evidências até agora encontradas.

4.6.2. Análise da eficácia segundo a idade dos participantes

Pereira e Garcia-Fernández (2009) realizaram um estudo sobre os efeitos do Programa *Saluda* atendendo à idade dos participantes, a fim de esclarecer os seus efeitos no início da adolescência e no final. Procuravam especificar em que fase da adolescência (fase inicial ou final) a intervenção seria mais eficaz com a possibilidade de modificar o curso normal do consumo adolescente, através de estratégias preventivas. Recorreram a uma amostra de 543 alunos do ensino secundário, com idades entre 11 e 16 anos (47,21 % sexo masculino e 52,78 % do sexo feminino, com uma idade média de 13,6 anos), à qual administraram o questionário de consumo (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003) e o Programa *Saluda* (Espada & Méndez, 2003). Foram depois analisadas as variáveis frequência de consumo, percepção de risco, intenção de consumo e a norma percebida. Dos 4 grupos, dois receberam a intervenção (um grupo com adolescentes mais novos e outro com os adolescentes mais velhos). Os restantes 2 grupos equivalentes serviram de grupos controlo, e como tal não receberam a intervenção do programa.

Os resultados apontam para um maior impacto do programa junto dos adolescentes mais novos (fase inicial da adolescência) face ao outro grupo (fase média da adolescência), em relação a todas as variáveis (frequência de consumo, norma percebida,

e intenção de consumo). No entanto, o programa não foi tão eficaz em alterar a percepção de risco quando comparado com o grupo de controlo.

4.6.3. Análise da eficácia segundo o aplicador

Numa avaliação de três programas de prevenção da droga em meio escolar conduzido por Gázquez (2010), atendeu-se ao agente aplicador do programa. Para tal o autor analisou os programas *Barbacana* (García del Castillo & López, 1998), *Construyendo Salud* (Luengo, Romero, Gómez- Fragüela, Guerra, & Lence, 1998) e o Programa *Saluda* (Espada & Méndez, 2003) que foram aplicados simultaneamente pelos professores das turmas e por psicólogos externos às escolas. Da mesma forma, foram avaliados os resultados obtidos nos grupos experimentais e no grupo em lista de espera, com o objetivo de determinar a eficácia diferencial de cada uma das intervenções segundo o aplicador, fosse professor ou psicólogo.

Neste estudo, foram levantadas uma série de hipóteses para cada um dos programas e sobre os efeitos das intervenções: No caso do Programa *Saluda* esperavam-se obter os mesmos efeitos positivos, quer fosse administrado por um professor da turma quer por um psicólogo externo, centrando-se nas variáveis: de consumo (álcool, embriaguez e cannabis), de informação sobre as drogas, as atitudes, a assertividade, a resolução de problemas, o autoconceito e dificuldades interpessoais. Esperavam também que os efeitos do Programa *Saluda* (e dos outros programas) sobre o consumo e as variáveis moderadoras que afetam os componentes produzissem resultados a curto prazo e se mantivessem ao longo do tempo (24 meses).

A amostra foi composta de 280 estudantes adolescentes, 50 % do sexo masculino e 50% do sexo feminino, com uma idade média de 12.42 anos (DP = 0.57). Foram aleatoriamente distribuídas as seis turmas do grupo experimental e uma turma para o grupo de controlo.

Os resultados deste estudo mostram que tanto os professores como os psicólogos, mostraram ser igualmente influentes sobre as variáveis de consumo de álcool e episódios de embriaguez, se bem que quanto à variável consumo de álcool não se observaram diferenças significativas face ao grupo em lista de espera. No entanto, para alterar o nível de informação, as atitudes em relação ao álcool e comportamentos assertivos foram os

professores os agentes que causaram maior impacto sobre o programa. Quanto ao consumo de cannabis e atitudes para com o uso de outras drogas, os psicólogos foram os que apresentam melhores resultados, apesar de não existirem diferenças significativas em relação ao grupo controle na variável consumo de cannabis.

Concluíram que foi menor o aumento do consumo de drogas a curto prazo quando o programa foi aplicado por docentes e menor o consumo de cannabis a longo prazo quando o programa foi aplicado por pessoal externo à escola. Em relação à mudança de atitude em relação ao uso de álcool e outras drogas, os professores produziram melhores resultados. Finalmente, ao longo do tempo o Programa de *Saluda* produziu efeitos positivos sobre a variável dificuldades interpessoais. A longo prazo, o Programa *Saluda* implementado por professores tem maior tamanho do efeito obtido em todas as dimensões que o compõem.

Por outro lado, destaca-se o fato de que, apesar do Programa *Saluda* não ter sido desenhado especificamente para a prevenção do uso de tabaco, foram encontrados efeitos positivos em termos de redução do consumo quando o programa foi aplicado pelos professores. Esse efeito pode ser explicado pela transferência dos efeitos preventivos sobre outras substâncias que não estão incluídas no programa (Gázquez, 2010). Concluiu-se que os professores foram os agentes com melhores resultados na aplicação do Programa *Saluda*, pelo que não se confirma a hipótese de igualdade de resultados em ambas as versões (professor e psicólogo).

4.6.4. Análise da eficácia do Programa *Saluda* sobre os fatores cognitivos

Em 2008, Espada et al. (2008) realizaram uma análise dos efeitos do Programa *Saluda* relativamente a três fatores de risco para o consumo do tipo cognitivo: informação sobre as drogas, percepção de risco, e percepção normativa do consumo. Junto de um grupo de adolescentes do 7º ano com idades entre os 13 e os 15 anos, analisaram se os Programas *Saluda*, *LufeSilosRanking* (Botvin, 1998), e um programa de Educação para a Saúde seriam eficazes (aumentando o nível de conhecimento, a percepção de risco e a redução da percepção normativa), quando comparados com um grupo placebo e um grupo que não recebeu a intervenção. Após distribuição aleatória dos adolescentes pelos diferentes

grupos, efetuaram uma avaliação pré teste, pós teste e de seguimento (3 e 6 meses depois da intervenção).

Os resultados obtidos ao nível da informação remetem para uma superioridade do Programa *Saluda* ao nível do conhecimento sobre o álcool relativamente às restantes intervenções e aos grupos de controlo no pós teste. No que toca às drogas de síntese o Programa *Saluda* aumentou significativamente o nível de conhecimentos face ao resto das intervenções. O Programa *Saluda* foi mais eficaz comparativamente aos restantes programas, obtendo um maior efeito no conhecimento das drogas de síntese e um efeito moderado face ao álcool.

No que toca à perceção de risco, o Programa *Saluda* conseguiu aumentar a perceção de risco do consumo de álcool, mostrando-se também o mais eficaz quanto à intenção de consumo de álcool. O programa *Life Skills Training* mostrou-se mais eficaz no aumento da perceção de risco do consumo de cannabis e extasie no pós teste.

Apesar de que ambos os programas principais (*Saluda* e *Life Skills Training*) terem conseguido modificar a perceção do consumo normativo, foi o Programa *Saluda* que teve o maior efeito. O mesmo se verificou nas avaliações de seguimento. O Programa *Saluda* mostrou-se mais eficaz relativamente aos outros programas na modificação de crenças.

4.6.5. Efeitos do programa *Saluda* sobre a atitude face às drogas

Atendendo ao papel das atitudes no consumo de drogas, Espada, Hernández, Orgilés e Méndez (2010) realizaram um estudo, procurando analisar os efeitos preventivos do Programa *Saluda* sobre as atitudes face às drogas e comparando-o com um programa de eficácia comprovada, o *Life Skills Training*. Outro objetivo desse estudo consistiu em comparar os efeitos sobre as atitudes face às drogas dos programas de prevenção específica (o Programa *Saluda* e o Programa *Life Skills Training*) com uma intervenção de promoção da saúde em geral (Programa de Educação para a Saúde). Esperava-se que os programas ativos fossem mais eficazes na redução do consumo de substâncias e que modificassem as atitudes e a intenção de consumo dos adolescentes quando comparados com um grupo placebo e um grupo que não recebeu a intervenção.

Os principais resultados obtidos neste estudo foram:

- O Programa *Saluda* obteve melhores resultados, em comparação com o resto dos programas, quanto a diminuir a intenção de consumir álcool e a promover atitudes favoráveis ao não consumo de drogas. Por outro lado, no caso da intenção de consumir tabaco e cannabis, nenhum programa se mostrou eficaz.
- O Programa *Life Skills Training* foi o segundo melhor (atrás do Programa *Saluda*) quanto à influência sobre a intenção de consumo de bebidas alcoólicas. Não se observaram diferenças entre os programas no caso das atitudes face ao consumo, com exceção de uma pequena melhora face ao grupo de Educação para a Saúde a curto prazo.
- O Programa Educação para a Saúde mostrou-se menos eficaz (em comparação com o Programa *Saluda* e o Programa *Life Skills Training*) na diminuição da intenção de beber e na melhoria das atitudes face ao consumo. Não foram encontradas diferenças entre o grupo Educação para a Saúde, o Grupo Placebo e o Grupo de Controlo quanto à diminuição do consumo de álcool.
- O Grupo Controlo e Placebo não apresentaram diferenças significativas com os grupos *Life Skills Training* e Educação para a Saúde no que toca à sua influência sobre as atitudes.

4.6.6. Análise da contribuição dos componentes treino de competências sociais e treino de resolução de problemas

Espada, Griffin, Pereira e García-Fernández (2012) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os dois componentes nucleares do Programa *Saluda*: o treino de competências sociais e a resolução de problemas. Pretendiam igualmente determinar a sua influência sobre as variáveis de consumo, atitudes, intenção de consumo e perceção normativa, quer a curto, quer a longo prazo. Recorreram a uma amostra composta por 341 alunos entre os 12 e os 15 anos, distribuídos por quatro grupos, três experimentais e um de lista de espera. Os grupos experimentais foram compostos da seguinte forma: 68 participantes receberam o Programa *Saluda* com todos os seus componentes (PS); 98 receberam o Programa *Saluda* sem a componente de treino de resolução de problemas (PS-TRP); e 87 receberam o Programa *Saluda* sem a componente de treino de competências sociais (PS-TCS). O grupo de controlo (GC) foi composto por 88 alunos.

Os principais resultados deste estudo foram:

- O Programa *Saluda* completo (PS) mostrou-se mais eficaz do que o grupo de lista de espera (GC), com menores taxas de consumo na avaliação follow-up (seguimento) e com mudanças significativas nas variáveis de risco.
- O Programa *Saluda* completo (PS) obteve melhores resultados preventivos relativamente ao programa aplicado sem um dos seus componentes (PS-TCS e PS-TRP).
- No que toca à igualdade das versões incompletas do Programa *Saluda* (PS-TCS e PS-TRP) confirma-se para todas as variáveis, exceto quanto à variável relações interpessoais, que não se encontram diferenças significativas entre as duas versões do Programa *Saluda*.
- Ambas as condições experimentais sem um dos componentes foram mais eficazes que o grupo de lista de espera (GC) para todas as variáveis exceto na assertividade face às drogas.

Tabela 8.

Evidências sobre a eficácia do Programa Saluda

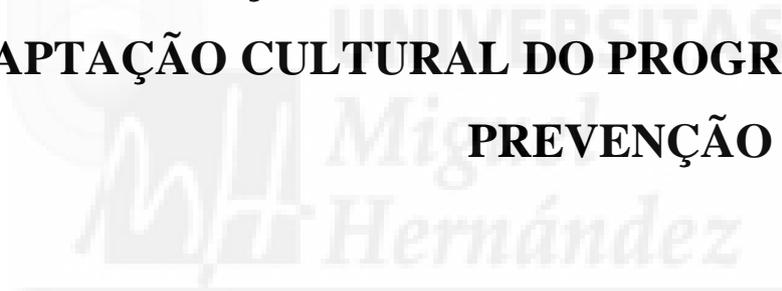
Autor, Ano	Amostra	Objetivos	Resultados
Espada, Orgilés, Méndez, García-Fernández & Inglés (2008)	133 Sujeitos	Efeitos sobre fatores de risco cognitivos	Aumenta o nível de informação sobre o álcool e as drogas de síntese e a estimacão da norma percebida
Pereira & García-Fernández (2009)	543 Sujeitos	Eficácia segundo a idade dos participantes	Fase inicial da adolescência quanto à intenção e frequência do consumo de álcool, e a norma percebida
Espada, Hernández, Orgilés & Méndez (2010)	133 Sujeitos	Efeitos sobre as atitudes face às drogas	Diminui a intenção de consumo de álcool e aumenta a atitude saudável perante as drogas
Gázquez (2010)	280 Sujeitos	Eficácia segundo o aplicador (docente/psicólogo)	Docente
Espada, Griffin, Pereira & García-Fernández (2012)	341 Sujeitos	Contributo dos componentes: habilidades sociais e resolução de problemas	Impacto dos componentes nas variáveis mediadoras e de resultado. Efeito sumativo.

Portanto, confirmou-se a hipótese da superioridade do Programa *Saluda* implementado na íntegra, bem como o efeito específico das suas duas versões incompletas comparativamente ao grupo de controlo. A tabela 8 apresenta um resumo dos resultados encontrados nos diferentes estudos sobre o Programa *Saluda*.

4.7. RESUMO

O Programa *Saluda* (Espada & Mendez, 2003) é um programa de prevenção do abuso do álcool e outras substâncias dirigido a adolescentes com idades entre os 12 e os 14 anos (prevenção universal) que não tenham iniciado os consumos, ou cujo consumo esteja ainda numa fase inicial (prevenção primária). A aplicação do programa é feita em meio escolar e incide sobre os conteúdos e as capacidades diretamente relacionadas ao abuso de drogas, podendo, por isso, ser incluído entre os programas de prevenção específicos. Este é constituído por dez sessões que abrangem componentes informativas (tendo por base uma metodologia lúdica) e componentes de formação em competências genéricas de desenvolvimento pessoal e de resistência à pressão para o consumo (competências sociais, resolução de problemas, autocontrolo e compromisso público). Persegue dois objetivos: o de atrasar a idade de início de consumo de álcool e o de reduzir o consumo abusivo tanto de álcool como de outras drogas. Para tal recorre a múltiplos componentes inspirados na evidência científica. Estes são aplicados em três fases distintas: informação, treino de competências e manutenção. Associado a este programa conta-se já um manancial atualizado de investigações centradas na eficácia preventiva do mesmo

PARTE II.
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA – TRADUÇÃO E
ADAPTAÇÃO CULTURAL DO PROGRAMA DE
PREVENÇÃO SALUDA





CAPÍTULO 5.
OBJETIVOS E HIPÓTESES

5.1. OBJETIVOS

Com os avanços significativos na área da prevenção, é cada vez mais frequente a implementação e a disseminação de intervenções baseadas na evidência. Neste âmbito, os programas de prevenção do abuso de substâncias em meio escolar assumem particular importância, não só pelo interesse para a saúde pública, como também pela possibilidade de abranger um número substancial de indivíduos numa fase crítica do seu desenvolvimento (Botvin, 2004).

Numa revisão sistemática levada a cabo por Barroso, Barbosa & Mendes (2006), os autores pretendiam analisar a eficácia dos programas de intervenção para a prevenção do uso/abuso de álcool em meio escolar. Contudo, na sua pesquisa, não foi possível integrar nenhum estudo realizado em território português, reconhecendo-se lacunas ao nível do planeamento, coordenação e avaliação dos programas de prevenção do álcool que são desenvolvidos no âmbito da saúde escolar em Portugal.

Na Região Autónoma da Madeira são várias as iniciativas em meio escolar com o objetivo de prevenir o abuso de substâncias. Contudo, observa-se junto da comunidade que muitas resumem-se a intervenções pontuais (comunicações informativas). Mesmo quando perante intervenções mais estruturadas de programas preventivos como é o caso do Projeto *ATLANTE*, desconhece-se o seu real impacto/eficácia junto dos jovens madeirenses.

O Programa *Saluda* (Espada & Mendez, 2003) é um programa que visa a prevenção do abuso do álcool e outras substâncias em meio escolar dirigido a adolescentes. Amplamente testado, existem evidências da sua eficácia. Contudo, desconhece-se se a intervenção desenvolvida em Espanha será aplicável e eficaz noutros países ou contextos.

Nesta investigação, pretende-se contribuir para a expansão do nosso conhecimento sobre a adaptação para outros países e culturas de intervenções baseadas na evidência, mais especificamente adaptar culturalmente o Programa *Saluda* para ser aplicado em Portugal.

5.1.1. Objetivos gerais

Com esta investigação, pretende-se: a) adaptar culturalmente o *Programa de Prevenção Saluda* à população Portuguesa, b) avaliar a adequação da versão portuguesa do programa mediante um estudo piloto e c) avaliar os efeitos do programa preventivo mediante um estudo piloto.

5.1.2. Objetivos específicos

Avaliar os efeitos do Programa Preventivo *ManiFesta Saúde* através de um estudo piloto com uma amostra de adolescentes, detetando os seus efeitos intergrupo e intragrupo a curto prazo (pós teste) sobre as variáveis de consumo (álcool, cannabis, cocaína e outras drogas) e sobre as variáveis protetoras (intenção de consumo, perceção normativa, assertividade e autoeficácia).

5.2. HIPÓTESES

5.2.1. Hipótese da *adequação* cultural do programa e instrumentos de avaliação

H1: O programa (a partir da avaliação do processo) contém conteúdos compreensíveis e adequados à cultura portuguesa.

H2: Os instrumentos utilizados para a avaliação dos resultados do programa contém conteúdos compreensíveis e adequados à cultura portuguesa (boas características psicométricas).

5.2.2. Hipóteses sobre a *eficácia* do programa

H3: O consumo de substâncias diminuirá no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.

H4: A intenção de consumo diminuirá no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.

H5: A perceção de risco aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.

- H6:** A percepção normativa do consumo melhorará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H7:** O nível de autoeficácia aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H8:** O nível de assertividade aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H9:** A curto prazo haverá mudanças nas variáveis protetoras (fatores de proteção) e se observará um menor número de casos de novos consumidores no grupo experimental.





CAPÍTULO 6.
MÉTODO

6.1. TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO

Recorrendo à adaptação cultural dos programas baseados na evidência, podemos utilizá-los eficazmente com outras populações, poupando tempo e esforço (McKleroy et al., 2006). Existe, contudo, uma complexidade inerente ao processo de adaptação cultural para garantir a sua equivalência e, ao mesmo tempo, reduzir o impacto da cultura e da linguagem (Zometa et al., 2007).

6.1.1. Tradução e adaptação cultural do programa *Saluda*

Levar a cabo uma adaptação cultural pressupõe um procedimento cuidado (Kumpfer et al., 2008). Nesse âmbito a literatura mostra-se consensual quanto às recomendações metodológicas no processo de tradução e adaptação cultural de documentos científicos, sistematizando-as em cinco fases sequenciais: Tradução direta, Tradução inversa, Consolidação por Comité de Especialistas e Pré teste (Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, & Delclós-Clanchet, 2013)

6.1.2. Tradução para a língua portuguesa

O *Programa Saluda* (Espada & Méndez, 2003) é um programa de prevenção do abuso de álcool e outras drogas em meio escolar. Tem como objetivos principais adiar a idade de início do consumo e reduzir o consumo abusivo de álcool e outras drogas. É composto por 10 sessões, sendo uma primeira fase caráter educativo (informações e crenças dos jovens acerca do consumo de substâncias), seguindo-se uma fase de treino de competências (influência da publicidade, resolução de problemas, processo de tomada de decisão, resistência à pressão e habilidades sociais) e finalmente a fase de manutenção (compromisso público e treino do autorreforço).

Num primeiro momento foi confirmado junto dos autores que o *Programa Saluda* não havia ainda sido traduzido para Português e solicitada a autorização para a realização do presente estudo. Seguidamente, o *Programa Saluda* foi traduzido do idioma original – o espanhol para português por dois tradutores bilingues, independentes, cuja língua de origem é o português. O resultado das traduções foi comparado e, depois de resolvidas as

Método

discrepâncias, chegou-se a uma tradução consensual, a versão provisória do Programa em português: *ManiFesta Saúde*.

Dada a extensão do documento e por constrangimentos de tempo não foi possível sujeitar o programa ao processo de retroversão, sendo o material produzido analisado pelos investigadores.

6.1.3. Adaptação dos conteúdos

O processo de adaptação de um programa implica a modificação do seu conteúdo acomodando as necessidades do grupo a que se destina, atendendo aos seus valores, crenças, normas e outros aspetos significativos da sua cultura (Castro, Barrera, & Martinez, 2004).

A versão provisória do Programa *ManiFesta Saúde* foi submetida à análise de um comité de especialistas, formado por uma equipa multidisciplinar especializada com titulação e experiência significativas na área da prevenção do consumo álcool e drogas, bem como conhecimentos da língua espanhola. Com base nesses critérios foi solicitada a colaboração de uma professora de língua portuguesa do 3º Ciclo, um investigador da área da Psicologia da Saúde, uma psicóloga clínica e um psicólogo com experiência em prevenção. Os profissionais das áreas da saúde e educação avaliaram a versão, assinalando as discrepâncias e colocando dúvidas e sugestões acerca das sessões do programa, focando os objetivos propostos na literatura - as equivalências: semântica, idiomática, experimental e conceptual. Foi disponibilizado o programa original a cada um dos peritos que, após análise individual, discutiram em 4 reuniões de trabalho, apresentando as suas conclusões e elaborando uma versão aperfeiçoada do Programa *ManiFesta Saúde*.

Considerou-se importante ter em conta a opinião de um grupo de 4 adolescentes em relação às atividades do programa. Para o efeito, os objetivos do estudo foram apresentados sumariamente e disponibilizou-se o conteúdo das sessões. Agendaram-se várias reuniões de trabalho no período de interrupção letiva, pedindo que comentassem e dessem sugestões de melhoria. Cuidou-se o fato de os adolescentes que colaboraram na adaptação, apesar de provirem de um contexto socioeconómico semelhante, serem de escolas diferentes das que viriam a participar no estudo. No final procedeu-se à entrega

de certificados de participação quer aos peritos, quer aos adolescentes. Presenteou-se os adolescentes com cheques-oferta de uma loja de livros/tecnologias.

Foram então integradas algumas modificações ao programa, baseadas nas características do contexto, atendendo ao parecer dos peritos e à opinião do grupo focal:

Alterações à forma

Foi alterado o nome do programa, por ter sido considerado que o nome original não tinha qualquer significado em português. Adotou-se outra designação tentando escolher um termo o mais equivalente possível ao original e facilmente reconhecível pelos jovens portugueses. Assim, alterou-se o nome do programa de “Saluda” para “ManiFesta Saúde”.

Alteração ao conteúdo

Uma das principais modificações ao conteúdo do programa foi ao nível a duração das sessões, passando de 60 minutos para 45 minutos. Esta alteração deveu-se a uma imposição estrutural, uma vez que os tempos letivos em Portugal são de 45 minutos. Assim, foram subtraídas de cada sessão algumas das atividades opcionais. Conforme protocolado com a Direção Regional da Educação da Madeira, o programa deveria ser aplicado durante o período letivo nas aulas de “Área de Projeto” (45 minutos).

Outro ajuste ao nível do conteúdo, para que fosse culturalmente válido, foi em relação à designação das bebidas típicas. Mais especificamente, optou-se por alterar a bebida “cuba-livre” que constava no programa original para “cerveja e poncha”, por serem bebidas mais populares entre os jovens do novo contexto.

O mesmo aconteceu relativamente aos cenários de consumo, sendo que o fenómeno *Botellón* (atividade típica da noite espanhola, popular entre adolescentes e adultos jovens, na qual as pessoas reúnem-se em espaços públicos para socializar enquanto bebem álcool) não acontece na Madeira, onde é mais frequente os jovens reunirem-se em bares ou discotecas.

Acrescentou-se também à lista de substâncias abordadas no programa as novas substâncias psicoativas (*Legal Highs*), nomeadamente o *Bloom*. Esta decisão deveu-se ao fato de, na altura, estarmos perante um problema de saúde pública, com registo de mortes

Método

e um grande número de internamentos de adolescentes e jovens na região por consumo desse tipo de substâncias, que eram adquiridas facilmente e de forma legal nas *smartshops*.

Tendo em conta as sugestões dos adolescentes (grupo focal) foram ligeiramente alteradas algumas expressões idiomáticas dos diálogos das atividades de encenação (exercícios de *role-play*) das sessões 5, 6 e 7 de forma a melhor se ajustarem aos jovens madeirenses.

A tabela 9 organiza as principais alterações efetuadas ao programa.

Tabela 9.

Alterações efetuadas no processo de adaptação cultural

Processo de Adaptação Cultural			
Alterações à forma	Designação do Programa	Programa Original “Saluda”	Versão Portuguesa “ManiFesta Saúde”
	Duração das sessões	60 Minutos	45 Minutos
Alterações ao conteúdo	Bebidas típicas	“Cuba livre”	“Cerveja, poncha”
	Cenários de Consumo	“Botellón”	“Bares, discotecas”
	Tipo de Substâncias	“Álcool e outras drogas”	Acrescentou-se
	Expressões idiomáticas	p. ex.: “me gustó un montón”	“Bloom” P. ex.: “curto bué”

Finalmente, submeteu-se a versão final do programa aos autores do programa original. A trajetória metodológica do processo de tradução e adaptação cultural está ilustrada na Figura 20.

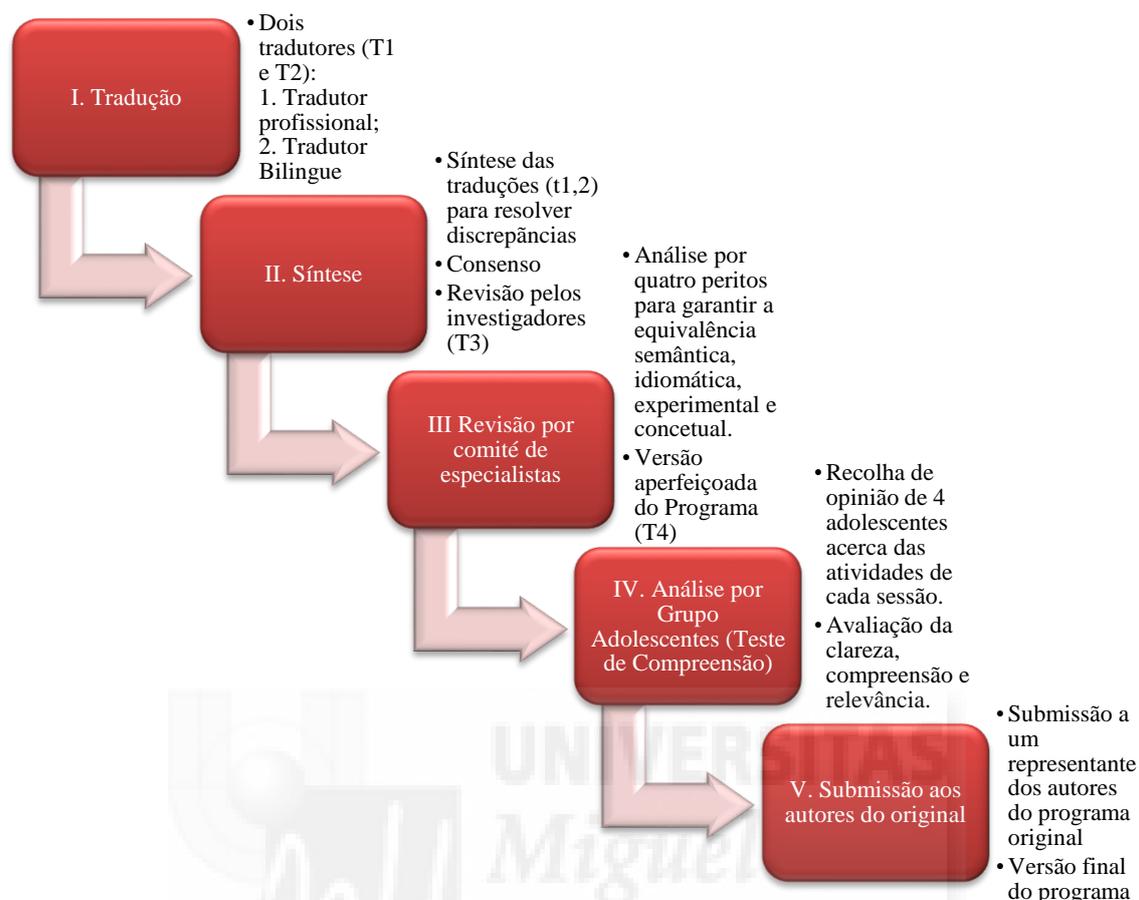


Figura 20. Trajetória metodológica do processo de tradução e adaptação cultural.

6.2. ESTUDO PILOTO

6.2.1. Contacto com parceiros

Na segunda fase deste estudo, contactou-se os serviços com intuito de informar acerca da investigação, visando uma colaboração. Assim, foi fundamental a articulação com a Direção Regional da Educação e com o Serviço Regional da Prevenção da Toxicodependência da Região Autónoma da Madeira, responsáveis pelas escolas e pela implementação dos programas de prevenção respetivamente.

Realizaram-se várias reuniões com os dirigentes dos serviços, apresentando os objetivos da investigação e explicando a metodologia de avaliação. Obteve-se assim, autorização superior para realizar o estudo (cf. Anexo A) e foi selecionada a escola alvo, atendendo às suas características (escola urbana, com várias turmas do 3º ciclo e que não

fosse beneficiar de outra intervenção do mesmo género naquele ano letivo). Reuniu-se posteriormente com a diretora da escola selecionada, esclarecendo dúvidas, trocando impressões acerca do programa e sobre as características da escola e dos seus alunos em particular. Chegou-se a acordo em relação à metodologia de trabalho e foi estabelecido um calendário de trabalho, ficando estipulado o programa seria implementado por diretores de turma utilizando para o efeito as aulas de Área de Projeto.

6.2.2. Seleção, formação e supervisão dos monitores

O cuidado no processo de seleção e formação dos monitores é fundamental para o sucesso da implementação de programas baseados na evidência. Embora não se conheçam bem quais os atributos do implementador que melhor potenciam os resultados, acredita-se que características como a empatia e a organização possam ajudar a conduzir ao resultado desejado (Kumpfer et al., 2008).

O monitor tem como função facilitar a participação, guiar o grupo e criar um ambiente agradável de trabalho. Deverá procurar que seja o grupo a dar as respostas às dúvidas que vão surgindo, completando a informação ou esclarecendo as crenças erradas sobre o tema que os participantes possam ter. É recomendável que se mostre neutral perante os participantes, permitindo assim a expressão sincera de opiniões. Dado que a metodologia do programa exige a participação dos destinatários, é tarefa do monitor incentivar a que todos os participantes adotem uma posição ativa nas sessões, e ser capaz de dinamizar tanto as atividades como os debates que se surjam após a sua realização. Por isso, seria recomendável que o monitor tivesse conhecimentos de condução de grupos.

A seleção dos aplicadores teve em conta alguns critérios como ser diretor de uma turma de 7º ou 8º ano, estar motivado e ter experiência anterior de implementação de programas preventivos. Como incentivo extra para a sua participação conseguiu-se que a formação fosse certificada pela Direção Regional da Educação, obtendo créditos na sua para a progressão na carreira. Foram então selecionadas duas professoras (1 com turmas da parte da manhã e 1 com turmas do turno da tarde).

Seguidamente foi realizada uma atividade formativa com 15 horas presenciais, na qual foram distribuídos os manuais do Programa *Manifesta Saúde*. Cada sessão foi cuidadosamente analisada, explicando a metodologia e as técnicas a aplicar. Foram

necessários ligeiros ajustes às sessões atendendo a constrangimentos de tempo (cada sessão só poderia ter 45 minutos em vez dos 60 propostos). A formação incluiu uma monitorização periódica das sessões, para a obtenção de feedback num processo de adaptação cultural contínuo, bem como uma avaliação no final da aplicação do programa. Foi também estabelecida a periodicidade das sessões ficando estabelecido que seria semanal (cf. Anexo B).

Nesta fase foram distribuídos os consentimentos aos Encarregados de Educação, para que autorizassem os seus educandos a responderem aos questionários (cf. Anexo C). Uma vez que as sessões do programa de prevenção foram integradas na componente letiva (como parte do programa) a presença dos alunos era obrigatória.

Para efeitos da certificação da formação por parte da Direção Regional de Educação procedeu-se no final da formação ao preenchimento da documentação requerida, bem como as grelhas de avaliação dos professores. Para a avaliação foram definidos alguns critérios considerados importantes para promover a correta e total implementação do programa, como a assiduidade à formação, a implementação de todas as atividades em cada sessão (questionário de autorrelato), e a apresentação de comentários e sugestões de melhoria (cf. Anexo D).

6.2.3. Avaliação pré teste

A bateria de questionários, apresentada no Anexo F, foi selecionada e elaborada pela equipa de investigação com o objetivo de reduzir a desejabilidade social e estar ajustada ao tempo estabelecido de uma sessão de avaliação (45 minutos). Antes do preenchimento dos questionários foi explicada a finalidade da avaliação, dadas as instruções para o preenchimento e esclarecidas as dúvidas apresentadas. A bateria de avaliação administrada aos alunos de ambos os grupos (experimental e controlo), foi feita sob a forma de questionários de autopreenchimento individual. Por forma a garantir o anonimato e ao mesmo tempo o seguimento nos diferentes momentos de avaliação, foi implementado um código pessoal. Finalmente, procedeu-se à recolha e classificação por turma de cada bateria de questionários.

6.2.4. Programa de prevenção *ManiFesta Saúde*

Procedeu-se à implementação do programa preventivo *ManiFesta Saúde* (10 sessões) às turmas do grupo experimental. Na última sessão, os alunos foram convidados a preencher um questionário de avaliação do programa, referindo-se ao grau de satisfação com o mesmo, à sua utilidade, e àquilo que aprenderam com o mesmo.

6.2.5. Avaliação pós teste

Terminadas as sessões do programa, foram imediatamente administrados os questionários de avaliação pós teste, tendo em conta o procedimento implementado no pré teste. Enfatizou-se a importância de preencher de forma adequada de forma a garantir a correspondência dos códigos pessoais entre a avaliação pré e pós teste.

6.2.6. Avaliação da implementação

Para a avaliação de um programa piloto é importante ter em conta alguns aspectos tais como em que medida foi possível implementar um programa conforme planeado e em que medida a implementação corresponde ao originalmente planeado (Lynsky & Sussman, 2001). Estes elementos são fundamentais atendendo a que acredita-se que a integridade do programa está diretamente associada à efetividade do mesmo (Dobson & Cook, 1980).

Diferentes critérios poderão ser considerados no processo de avaliação da implementação de uma intervenção. Sussman, Dent, Stacy, Burton e Flay (1995) sugerem que se tenha em consideração a adesão (se o programa foi aplicado na totalidade, conforme planeado), a exposição (a proporção do programa que foi administrada aos alvos) e a reinvenção (se o programa foi administrado conforme as instruções do mesmo). No sentido de monitorizar a qualidade da administração, pediu-se às colaboradoras que implementaram o programa que fizessem o registo da assiduidade dos alunos a cada sessão e que no final de cada sessão preenchessem um pequeno questionário (cf. Anexo D), assinalando se foram implementadas todas as atividades propostas, qual a receptividade dos alunos, as dificuldades sentidas e indicando propostas de melhoria atendendo aos constrangimentos que surgiram. Como referido anteriormente foram

efetuadas reuniões periódicas no sentido de monitorizar e discutir a implementação da intervenção. A tabela 10 reflete a cronologia da intervenção, desde o contato com os parceiros à análise dos dados recolhidos.

Tabela 10.

Cronologia da intervenção

Ano letivo 2010/2011				
Abril Contato com parceiros		Maio Seleção da escola		Junho Seleção dos formadores e da amostra
Interrupção letiva				
Ano letivo 2011/2012				
Setembro Formação dos Monitores (15 horas)	Outubro Formação dos Monitores (15 horas)	Novembro	Dezembro Avaliação Pós Teste (Grupo Experimental e Grupo de Controlo) Recolha de dados e Elaboração da base de dados	Janeiro Análise de dados
Consentimento informado aos encarregados de educação	Avaliação Pré Teste (Grupo Experimental e Grupo de Controlo) Aplicação do Programa Preventivo			

6.3. PARTICIPANTES

A amostra acidental foi constituída inicialmente por 98 alunos do 7º ano de uma escola do 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico do Concelho do Funchal, da Região Autónoma da Madeira. Embora se pretendesse que a amostra fosse figurativa do perfil típico do adolescente português, verificou-se que isso não aconteceu para todos os critérios analisados. Concretamente, quando comparadas as características da amostra com os dados do Censo 2011 (recenseamento geral da população) verificou-se que:

- Os adolescentes provinham na sua maioria de famílias com pais casados (68.3%). De facto, os dados nacionais e regionais dizem que as uniões conjugais continuam a ser maioritariamente formalizadas através do casamento, representando 87.6% dos casos na Madeira. As uniões de facto situam-se nos 12.4%, próximas da média nacional (12.9%). Considera-se que a amostra aproxima-se da realidade da população nacional no que toca ao estado civil dos pais (o erro associado é inferior a 9.2%);

- Relativamente à escolaridade dos progenitores, os pais dos alunos da amostra possuem na sua maioria o ensino superior (36.6% pais e das 42.7% mães). Em 2011, de

Método

acordo com os Censos do Instituto Nacional de Estatística (2011), 25.8% da população da região da Madeira com 30-34 anos, completou o ensino superior. Em termos nacionais este indicador representa 28.6% da população. Neste parâmetro, pode inferir-se que a amostra tende a apresentar valores superiores à média nacional no que toca à escolaridade dos progenitores (o erro associado à amostra é inferior a 9.5% para a escolaridade dos pais e inferior a 9.8% para a escolaridade das mães);

- Verifica-se que, quanto ao número de irmãos da amostra, o mais comum é terem um ou dois irmãos. Contudo, a dimensão média da família da Madeira em 2011 era de 2.9 pessoas e no caso do país de 2.6. Assim, assume-se que os alunos que participaram neste estudo tendem a provir de famílias mais numerosas do que a média nacional (o erro máximo é de 2.4%).

Dada a mobilidade dos alunos, nem todos os alunos estiveram presentes nos dois momentos de avaliação (pré teste e pós teste), pelo que esses foram excluídos do estudo, restando uma amostra final de 82 sujeitos. Os adolescentes tinham idades entre 11 e 14 anos, sendo que a grande maioria situava-se nos 12 anos, como mostra a figura 21.

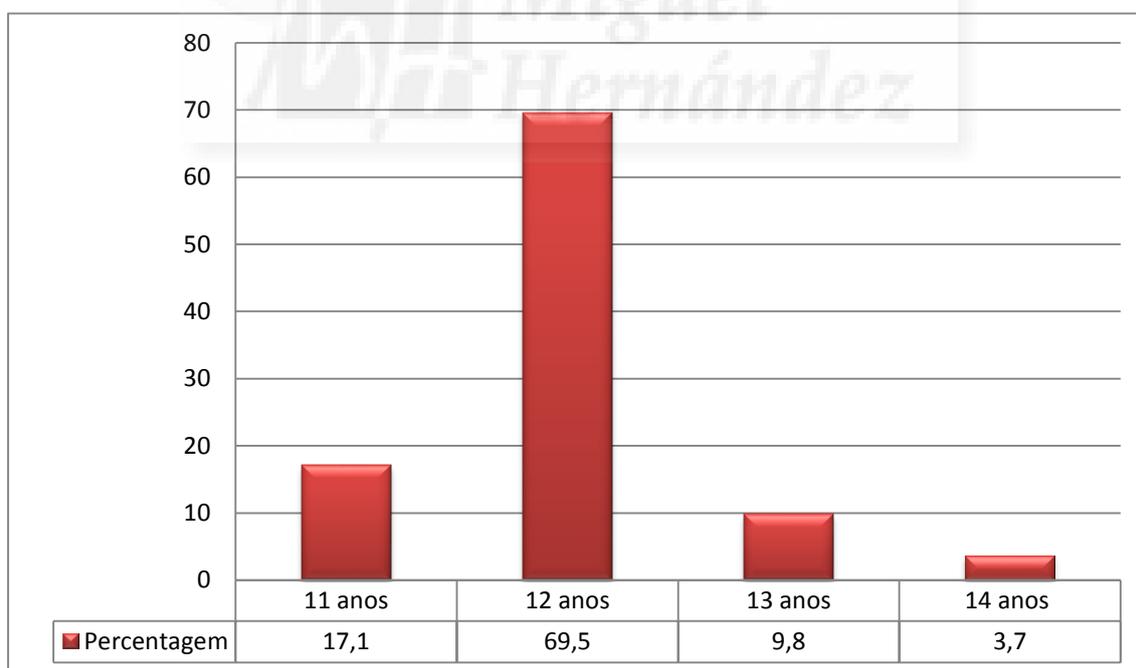


Figura 21. Distribuição da amostra segundo a idade

Quanto à distribuição em função do género, a figura 22 representa a proporção de rapazes e raparigas que participaram neste estudo, com prevalência das raparigas com uma percentagem de 68.3.

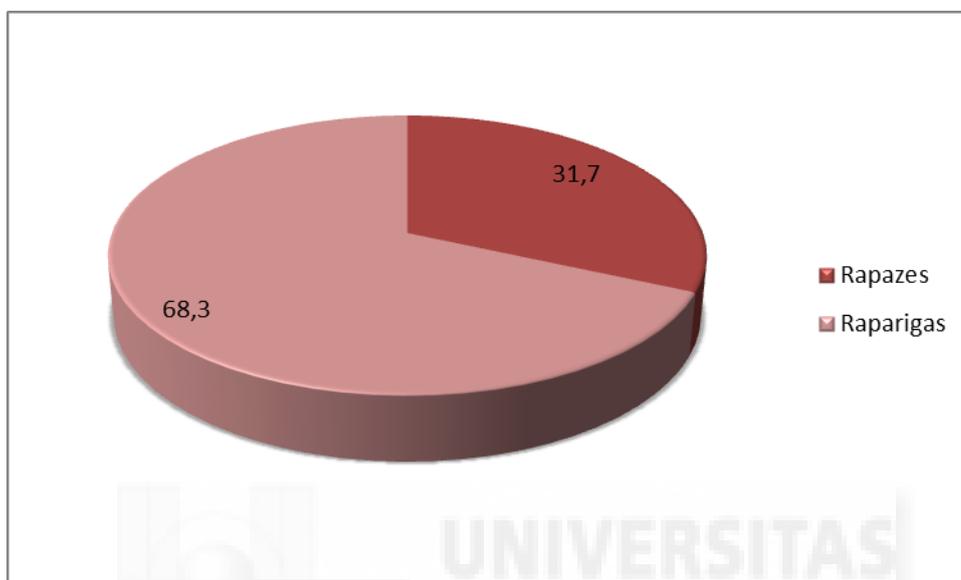


Figura 22. Distribuição da amostra segundo o género

6.4. INSTRUMENTOS

Como instrumentos de avaliação do programa administrou-se uma bateria composta por 7 questionários de autopreenchimento, apresentados no Anexo E.

A maioria dos questionários foram primeiramente traduzidos e adaptados para português a partir da sua versão espanhola. A tradução inicial foi feita por um tradutor de língua espanhola e posteriormente revista por dois professores de língua portuguesa e submetida a dois especialistas na área da Psicologia, de modo a garantir que a tradução mantivesse a mesma equivalência semântica e psicológica dos itens e que as especificidades gramáticas da língua portuguesa fossem respeitadas.

Seguidamente, descrevem-se sucintamente os instrumentos utilizados nesta investigação:

Questionário sociodemográfico (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003). É composto por 15 perguntas de resposta múltipla e acede a informações sobre a estrutura familiar, o

Método

nível socioeconómico, o nível académico dos pais, a satisfação com as relações familiares e interpares, o estilo educativo, e o rendimento escolar.

Questionário de consumo (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003). Avalia variáveis relacionadas com hábitos de consumo: idade de início do consumo, consumo de álcool no passado, frequência de consumo no presente, episódios de embriaguez, percepção de risco de diferentes drogas e a percepção normativa. É constituído por 13 itens escolha múltipla.

Escala de Autoeficácia Geral (AEG) (General Self-Efficacy Scale) (Schwarzer & Jerusalem, 1995). É um instrumento que avalia a autoeficácia geral, sendo constituído por 10 itens respondidos numa escala com 4 alternativas de resposta (1 = *nada convicto* a 4 = *completamente convicto*), podendo-se obter uma pontuação direta entre 10 e 40 pontos, correspondendo uma maior pontuação a uma maior percepção de autoeficácia. A escala foi traduzida e adaptada para 30 línguas (alemão, francês, espanhol, italiano, chinês, português, entre outras), evidenciando boas propriedades psicométricas, possibilitando a sua utilização em estudos globais e comparativos entre distintas culturas e países (Martín-Aragón et al., 2003). Em Portugal foi utilizada pela primeira vez num estudo com 427 professores (Araújo & Inglés, 2008). Num estudo de Araújo e Moura (2011) concluiu-se que a versão portuguesa demonstra adequadas propriedades psicométricas (*Alpha de Cronbach* de .93).

A *Escala de Assertividade de Rathus (RAS)* (Rathus, 1973) é um instrumento de autoavaliação com o objetivo de medir o comportamento assertivo em situações sociais. É composto por 30 afirmações tendo o indivíduo que optar por uma entre 6 alternativas de resposta numa escala que vai de “Nada característica” (-3) até “Muito característica” (3). Os resultados da escala de assertividade podem variar entre -90 a 90 pontos. Quanto mais a pontuação se localiza próxima de zero, mais assertivo é o sujeito. Por outro lado, pontuações próximas a -90 indicam um comportamento não-assertivo e pontuações próximas a 90 indicam um comportamento assertivo com tendência agressiva (Bandeira, et al., 2005). Os resultados obtidos na investigação de Rathus e na validação da escala para a amostra portuguesa são semelhantes, correspondendo a média da população portuguesa a -1.83 e o desvio-padrão a 23.67 (Detry & Castro, 1996). Neste estudo foi utilizada uma versão reduzida desta escala (com 10 afirmações) baseada numa versão espanhola da mesma.

Questionário de Intenção de Consumo (Espada, Méndez & Hidalgo, 2003). É composto por 7 itens de resposta dicotômica, avaliando a intenção de consumir álcool de forma abusiva e outro tipo de drogas. Apresenta uma consistência interna (Alfa de Cronbach de .66) abaixo do limite recomendado de .70, sendo, contudo, considerada aceitável tendo em conta o número de elementos da amostra. A percentagem de variância explicada é de 37%.

6.5. DESENHO

Trata-se de um estudo quase-experimental não equivalente (pré teste e pós teste). Neste delineamento o grupo controlo é selecionado aleatoriamente e não é submetido à intervenção que é dirigida apenas ao grupo experimental (Creswell, 2009).

6.6. ANÁLISE DE DADOS

A metodologia utilizada para o processamento dos dados foi quantitativa, o que implicou a utilização de um programa informático para a análise e comparação dos dados: SPSS versão 20.0.

Para a análise das características sociodemográficas e psicossociais, foram utilizados métodos de estatística descritiva, ao mesmo tempo que se comprovou a equivalência dos dois grupos, experimental e controlo.

Na avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos, a fidelidade foi avaliada pelo coeficiente de *Alfa de Cronbach*, a fiabilidade interavaliador (utilizando o coeficiente de correlação intraclass) e a fiabilidade teste-reteste (através do teste *McNemar* e o KR-20).

Para verificar a significância entre as variáveis aplicou-se o teste do Qui-quadrado, que compara variáveis qualitativas nominais ou ordinais (Pestana & Gageiro, 2003).

Para todos os cálculos estatísticos considerou-se como limiar inferior de significância estatística o valor de $p < .05$.

Na análise dos dados obtidos neste trabalho foram utilizados diferentes procedimentos no sentido de comparar os grupos no pré e no pós teste (intergrupos), bem como comparar cada grupo nos dois momentos de avaliação (intragrupos).

No sentido de comparar se existem diferenças significativas nos dois grupos entre o primeiro momento de avaliação e o segundo momento, foi utilizado o teste de Wilcoxon, uma vez que as variáveis são ordinais mas não normais (Maroco, 2003).

6.6.1. Comparações intergrupos no pré teste e pós teste

Para analisar se ambos os grupos (experimental e controlo) são equiparáveis, foram calculados os valores esperados e a estatística de teste (X). Este tem associado um nível de significância p , abaixo desse valor é de rejeitar a hipótese nula, isto é, para aquele parâmetro as amostras provêm de populações com distribuições diferentes.

A estatística de teste foi calculada de acordo com a seguinte fórmula:

$$X = \sum_i \frac{(oi-ei)^2}{ei} \sim \chi_{i-1}^2$$

As técnicas estatísticas utilizadas para comparar as duas amostras antes e após a aplicação do programa foram as mesmas.

Pretende-se saber se houve mudança nas respostas observadas em cada grupo de alunos, sendo para tal utilizado o teste de *McNemar*, cuja hipótese nula é que a proporção de sucessos é igual antes e depois do programa (Maroco, 2003).

6.6.2. Comparações intragrupos entre momentos de avaliação

Avaliar o efeito da condição experimental implica primeiro testar se existem diferenças significativas nos grupos antes e depois da implementação do programa.

Dada a natureza distinta das variáveis em estudo foram necessárias técnicas também elas diferentes. Assim para dados nominais e ordinais que não possuem distribuição normal foram utilizados os testes não paramétricos. O teste de *McNemar* e *Wilcoxon* foram utilizados na comparação das amostras emparelhadas de dados nominais e ordinais ou numéricos não normais. No caso de dados quantitativos com distribuição normal, como por exemplo a escala de autoeficácia, foi utilizada a ANOVA de medidas repetidas.



CAPÍTULO 7.
RESULTADOS

Apresentam-se os resultados obtidos, começando pela avaliação da linha base, com o objetivo de comprovar a homogeneidade dos grupos experimental e de controlo antes do início da intervenção.

Seguidamente, avalia-se a adequação do programa à cultura madeirense e finalmente a eficácia do mesmo, comparando os resultados do grupo experimental face ao grupo de controlo quanto ao consumo de drogas e quanto aos fatores de proteção.

7.1. AVALIAÇÃO DA LINHA DE BASE

As tabelas seguintes refletem as características dos alunos incluídos nos grupos experimental e de controlo a fim de atestar da sua igualdade face aos parâmetros mais relevantes do estudo (variáveis sociodemográficas e variáveis dependentes).

Atendendo à distribuição da amostra segundo a idade, o grupo experimental tem uma idade média de 12.1 anos e o grupo controlo de 11.8 anos. Em ambos os grupos o desvio padrão é de 0.6. Embora se pretendesse a igualdade etária entre os dois grupos o teste de *Mann-Whitney (U)* identificou diferenças significativas nas idades dos alunos do grupo experimental e controlo ($U = 645$; $p = .027$). Relativamente ao género, existem mais raparigas do que rapazes em ambos os grupos. A amostra é composta por 68.3% de raparigas e as diferenças percentuais observadas entre os grupos não tem significado estatístico ($X = 0.178$, $p = .673$) de acordo com o teste de independência do Qui-Quadrado (X) (cf. Tabela 11).

Tabela11.

Distribuição segundo idade e género

		Grupo <i>ManiFesta</i>		Grupo		Total	
		<i>Saúde</i>		Controlo			
		n	%	n	%	n	%
Idade	11 anos	4	9.3	10	25.6	14	17.1
	12 anos	31	72.1	26	66.7	57	69.5
	13 anos	6	14.0	2	5.1	8	9.8
	14 anos	2	4.7	1	2.6	3	3.7
	M (DP)	12.1 (0.6)		11.8 (0.6)		12 (0.6)	
Sexo	Rapaz	13	30.2	13	33.3	26	31.7
	Rapariga	30	69.8	26	66.7	56	68.3

Resultados

Relativamente às características das famílias dos alunos dos grupos verifica-se que, quanto ao número de irmãos, o mais comum é terem um ou dois irmãos (cf. Tabela 12). Contudo, o teste de independência identifica diferenças significativas entre os grupos ($X = 25.60$; $p = .001$), sendo que os alunos do grupo experimental tendem a provir de famílias mais numerosas do que os alunos do grupo controlo.

Tabela 12.

Distribuição segundo as características familiares

		Grupo ManiFesta Saúde		Grupo Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Número de irmãos ($X = 25.60$; $p = .001$)	0	1	2.3	0	0.0	1	1.2
	1	2	4.7	8	20.5	10	12.2
	2	23	53.5	19	48.7	42	51.2
	3	10	23.3	7	17.9	17	20.7
	4	4	9.3	2	5.1	6	7.3
	5	1	2.3	2	5.1	3	3.7
	6	1	2.3	1	2.6	2	2.4
	7	1	2.3	0	0.0	1	1.2
Lugar na ordem de nascimento ($X = 5.35$; $p = .499$)	1	20	46.5	20	51.3	40	48.8
	2	13	30.2	12	30.8	25	30.5
	3	7	16.3	3	7.7	10	12.2
	4	1	2.3	1	2.6	2	2.4
	5	1	2.3	2	5.1	3	3.7
	6	1	2.3	0	0.0	1	1.2
País de nascimento ($X = 1.27$; $p = .260$)	Portugal	42	97.7	36	92.3	78	95.1
	Outro	1	2.3	3	7.7	4	4.9
Situação parental ($X = 3.45$; $p = .486$)	Casados	28	65.1	28	71.8	56	68.3
	Solteiro/a	3	7.0	0	0.0	3	3.7
	Separados	9	20.9	9	23.1	18	22.0
	União de facto	1	2.3	1	2.6	2	2.4
	viúvo/a	2	4.7	1	2.6	3	3.7
Nível de estudos do pai ($X = 3.86$; $p = .570$)	Até 4º Ano de Escolaridade	7	16.3	3	7.7	10	12.2
	Até 6º Ano de Escolaridade	5	11.6	3	7.7	8	9.8
	Até 9º Ano de Escolaridade	8	18.6	8	20.5	16	19.5
	Até 12º Ano de Escolaridade	6	14.0	7	17.9	13	15.9
	Ensino Superior	14	32.6	16	41.0	30	36.6
	Não sabe/Não responde	3	7.0	2	5.1	5	6.1
Nível de estudos da mãe ($X = 6.34$; $p = .274$)	Até 4º Ano de Escolaridade	6	14.0	5	12.8	11	13.4
	Até 6º Ano de Escolaridade	6	14.0	3	7.7	9	11.0
	Até 9º Ano de Escolaridade	6	14.0	2	5.1	8	9.8
	Até 12º Ano de Escolaridade	8	18.6	7	17.9	15	18.3
	Ensino Superior	15	34.9	20	51.3	35	42.7
	Não sabe/Não responde	2	4.7	2	5.1	4	4.9

Independentemente de pertencerem ao grupo experimental ou ao de controlo, a maior parte dos alunos da amostra são os filhos mais velhos. Também não existe associação entre o país de nascimento e o grupo a que pertencem, uma vez que a maior parte dos alunos de ambos os grupos nasceram em Portugal.

Provêm de famílias com pais casados 68.3% dos alunos da amostra e isto ocorre independentemente do grupo a que o aluno pertence. Relativamente à escolaridade dos pais, possuem o ensino superior 36.6% dos pais dos alunos e 42.7% das mães. Os testes realizados confirmam que os alunos foram distribuídos por grupos semelhantes consoante a escolaridade dos pais.

Tabela 13.

Distribuição segundo a relação com a família

		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Relação com a família ($X = 3.12$; $p = .373$)	Muito má	1	2.4	0	0.0	1	1.2
	Indiferente	2	4.8	0	0.0	2	2.5
	Boa	13	31.0	14	35.9	27	33.3
	Muito boa	26	61.9	25	64.1	51	63.0
Total		42	100.0	39	100.0	81	100.0

Para 96.3% da amostra a relação com a família é positiva, sendo que 63.3% refere que a relação é *muito boa* e 33.3% diz ser *boa*. Estes valores sofrem alterações muito leves entre os alunos do grupo controlo e experimental, pelo que podemos dizer que o relacionamento com a família não é um fator de diferenciação dos alunos dos grupos controlo e experimental (valor de prova superior a .05), (cf. Tabela 13).

Tabela 14.

Distribuição segundo a relação com os colegas

		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Relação como os colegas ($X = 9.72$; $p = .045$)	Muito mal	1	2.3	0	0.0	1	1.2
	Mal	0	0.0	2	5.1	2	2.4
	Normal	5	11.6	9	23.1	14	17.1
	Bem	15	34.9	14	35.9	29	35.4
	Muito bem	22	51.2	14	35.9	36	43.9
Total		43	100.0	39	100.0	82	100.0

No que toca à relação com os colegas, mais de 70% dos alunos afirmam ter uma relação *boa* ou *muito boa*. Contudo, existem 2.4% dos alunos do grupo de controlo que referem que a relação com os colegas é *má*. Observam-se assim diferenças significativas

Resultados

entre os dois grupos. Existe ainda um aluno pertencente ao grupo experimental que diz ter uma relação *muito má* com os colegas. Estas situações representam menos de 5% do total dos casos (cf. Tabela 14). Nos dois grupos prevalecem alunos sem negativas no ano escolar anterior (cf. Tabela 15).

Tabela 15.

Distribuição segundo o aproveitamento escolar

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>			Grupo controlo		Total	
	n	%		n	%	n	%
Negativas no ano passado	0	30	76.9	32	86.5	62	81.6
($X = 8.68$; $p = .123$)	1	4	10.3	1	2.7	5	6.6
	2	3	7.7	2	5.4	5	6.6
	3	1	2.6	1	2.7	2	2.6
	4	0	0.0	1	2.7	1	1.3
	5	1	2.6	0	0.0	1	1.3

Quer sejam alunos do grupo experimental ou de controlo, observamos que 51.2% não conversam com os pais sobre beber álcool (cf. Tabela 16). Embora entre os alunos do grupo controlo existam mais alunos que falam sobre o assunto com os pais as diferenças com o grupo experimental não têm significado estatístico.

Tabela 16.

Distribuição segundo a abertura com os pais

		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Conversa com pais sobre beber álcool	Não	24	55.8	18	46.2	42	51.2
	Sim	19	44.2	21	53.8	40	48.8
Conversa com pais sobre fumar	Não	19	44.2	9	23.1	28	34.1
	Sim	24	55.8	30	76.9	54	65.9
Conversa com pais sobre fumar charros	Não	35	81.4	31	79.5	66	80.5
	Sim	8	18.6	8	20.5	16	19.5
Conversa com pais sobre tomar outras drogas	Não	33	76.7	24	61.5	57	69.5
	Sim	10	23.3	15	38.5	25	30.5

Relativamente ao tabaco, já existem mais alunos que referem falar com os pais sobre fumar chegando a 65.9% da amostra. Especialmente entre os alunos do grupo controlo, cuja percentagem é de 76.9% de alunos que afirmaram falar com os pais sobre

fumar contra 55.8% dos alunos do grupo experimental. As diferenças entre estas percentagens têm significado estatístico pois o valor de prova foi inferior a .05.

Embora os pais falem com os filhos sobre fumar cigarros, já é menos frequente que o façam em relação a fumar charros, sendo menos de 20% os alunos que referem ter falado com os pais sobre este tema. É ainda menor a percentagem de alunos que falam com os pais sobre outras drogas. Neste ponto existem diferenças entre os alunos dos dois grupos, sendo que os do grupo de controlo referem com mais frequência que falam com os pais sobre drogas.

Tabela 17.

Distribuição segundo a existência de regras familiares sobre o consumo

		Grupo ManiFesta Saúde		Grupo Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Regras familiares sobre beber álcool ($X = 14.36; p < .001$)	Não	25	58.1	11	28.2	36	43.9
	Sim	18	41.9	28	71.8	46	56.1
Regras familiares sobre fumar ($X = 19.78; p < .001$)	Não	26	60.5	10	25.6	36	43.9
	Sim	17	39.5	29	74.4	46	56.1
Regras familiares sobre fumar charros ($X = 119.29; p < .001$)	Não	35	81.4	17	43.6	52	63.4
	Sim	8	18.6	22	56.4	30	36.6
Regras familiares sobre tomar outras drogas ($X = 130.65; p < .001$)	Não	33	76.7	14	35.9	47	57.3
	Sim	10	23.3	25	64.1	35	42.7

Existem diferenças significativas entre os grupos controlo e experimental relativamente à existência de regras familiares. De facto, entre os alunos do grupo experimental existem menos casos com regras claras sobre o consumo de substâncias como álcool, tabaco, charros ou outras drogas (cf. Tabela 17).

Tabela 18.

Distribuição segundo a perceção de rigor dos pais

		Grupo ManiFesta Saúde		Grupo Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Quão rigorosos achas que são os teus pais ($X = 7.31; p = .063$)	Nada	7	16.3	2	5.3	9	11.1
	Um pouco	21	48.8	16	42.1	37	45.7
	Bastante	5	11.6	10	26.3	15	18.5
	Muito	10	23.3	10	26.3	20	24.7

Resultados

Na opinião de 45.7% dos alunos, os seus pais são um pouco rigorosos quando comparados com outros pais (cf. Tabela 18). As variações percentuais entre os dois grupos de alunos são muito ligeiras e não resultam em diferenças significativas entre os mesmos.

Para 51.9% dos alunos, os pais ficariam muito zangados se soubessem que tinham conduzido depois de ter bebido e 34.2% consideram que os pais ficariam bastante zangados nas mesmas circunstâncias. Esta perceção é idêntica entre alunos do grupo controlo e experimental (cf. Tabela 19).

Tabela 19.

Distribuição segundo a perceção de zanga dos pais

		Grupo <i>ManiFesta</i> <i>Saúde</i>		Grupo Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Ficariam zangados se soubessem que tinham conduzido depois de beber álcool (X = 6.05; p = .109)	Não	3	7.3	2	5.3	5	6.3
	Pouco	2	4.9	4	10.5	6	7.6
	Bastante	12	29.3	15	39.5	27	34.2
	Muito	24	58.5	17	44.7	41	51.9

7.1.1. Consumo de drogas

Atendendo aos comportamentos de consumo das diferentes substâncias psicoativas, comparou-se os dois grupos em função da sua ocorrência e frequência, com o intuito de analisar a equivalência dos mesmos antes da intervenção.

A tabela 20 mostra que existe igualdade de distribuição dos alunos pelos grupos experimental e controlo no que diz respeito às suas experiências recentes ou não de álcool, tabaco, marijuana, cocaína, anfetaminas, alucinogénios ou ecstasy.

A distribuição dos alunos pelos grupos controlo e experimental é idêntica no que se refere à última vez que consumiram álcool, sendo que a maioria dos alunos nunca consumiu álcool e os que consumiram remetem para consumos até ao último ano (cf. Tabela 21).

Tabela 20.

Distribuição segundo as experiências de consumo

		Grupo <i>ManiFesta</i> <i>Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste binomial de igualdade de proporções	
		n	%	n	%	Z	p
Consumo de álcool alguma vez	Não	36	85.7	38	97.4	3.52	.612
	Sim	6	14.3	1	2.6		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de tabaco alguma vez	Não	39	92.9	38	97.4	0.90	.342
	Sim	3	7.1	1	2.6		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de marijuana (charros) alguma vez	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de cocaína alguma vez	Não	41	97.6	38	97.4	0.003	.958
	Sim	1	2.4	1	2.6		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de anfetaminas alguma vez	Não	41	97.6	38	97.4	0.003	.958
	Sim	1	2.4	1	2.6		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de alocinogénios alguma vez	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de extasie alguma vez	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo álcool no último mês	Não	41	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	41	100.0	39	100.0		
Consumo tabaco no último mês	Não	40	97.6	39	100.0	*	*
	Sim	1	2.4	0	0.0		
	Total	41	100.0	39	100.0		
Consumo de marijuana (charros) no último mês	Não	41	97.6	39	100.0	*	*
	Sim	1	2.4	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de cocaína no último mês	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de anfetaminas no último mês	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de alocinogénios no último mês	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		
Consumo de extasie no último mês	Não	42	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	42	100.0	39	100.0		

Nota. * Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

Resultados

Tabela 21.

Distribuição segundo à última experiência de consumo de álcool

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	X	p
Última vez álcool						
Nunca	35	85.4	38	97.4	7.08	.069
Na semana passada	0	0.0	1	2.6		
No mês passado	1	2.4	0	0.0		
No ano passado	5	12.2	0	0.0		
Total	41	100.0	39	100.0		

Os resultados indicam que uma percentagem inferior a 5% de alunos afirmou ter experimentado alguma das substâncias mencionadas. Não foi possível averiguar a existência de diferenças significativas entre os dois momentos (pois o número de alunos que mudaram de comportamento foi muito reduzido, impossibilitando a realização dos testes estatísticos).

Entre os alunos que experimentaram álcool, o mais novo fê-lo com 10 anos e pertence ao grupo de controlo (cf. Tabela 22). No grupo experimental existem 4 alunos que experimentaram álcool: dois aos 11 anos e dois aos 12 anos, totalizando 10% dos alunos deste grupo.

Tabela 22.

Distribuição segundo a primeira experiência de consumo de álcool

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	X	p
Idade da primeira vez tomar mais do que uns goles						
0	36	90.0	38	97.4	5.04	.169
10	0	0.0	1	2.6		
11	2	5.0	0	0.0		
12	2	5.0	0	0.0		
Total	40	100.0	39	100.0		

Tal como observado anteriormente, a maioria dos alunos não consomem álcool e os que já o fizeram, quer no grupo controlo quer no grupo experimental, referem consumos esporádicos mas recentes. O teste do qui-quadrado (X) apresentado na tabela 23 confirma que estas amostras são iguais no pré teste.

Tabela 23.

Distribuição segundo as experiências de consumo de álcool durante o último ano

Frequência do consumo de álcool durante o último ano	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo <i>Controlo</i>		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	X	p
Não no último ano	38	92.7	37	94.9	2.30	.513
Diariamente	0	0.0	0	0.0		
2-3 Vezes/semana	0	0.0	0	0.0		
1 Vez/semana	0	0.0	1	2.6		
1 Vez/mês	1	2.4	0	0.0		
Menos 1 vez/mês	2	4.9	1	2.6		
Total	41	100.0	39	100.0		

Tal como visto anteriormente, os raros consumos de álcool entre os alunos do 7º ano foram experiências pontuais, pois estes referem que ocorreram uma única vez e com uma só bebida, quer entre alunos do grupo experimental quer entre alunos do grupo controlo. No pré teste, o grupo experimental continha 5 alunos que já tinham bebido uma bebida e no grupo controlo foram 2 alunos que afirmaram o mesmo. Contudo, as diferenças percentuais observadas não têm significado estatístico, isto é, antes da realização do programa, os alunos dos dois grupos eram iguais no que diz respeito ao número de bebidas alcoólicas consumidas (cf. Tabela 24).

Tabela 24.

Distribuição segundo o número de bebidas alcoólicas consumidas, segundo as experiências de consumo até se embriagar e segundo as experiências de consumo de marijuana e outras drogas

		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo <i>Controlo</i>		Teste Qui-Quadrado	
		n	%	n	%	X	p
Quantos copos álcool	Não bebo	36	87.8	37	94.9	1.25	.264
	1 Bebida	5	12.2	2	5.1		
	Total	41	100.0	39	100.0		
Embebedar-se no último mês	Não	40	100.0	39	100.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0		
	Total	40	100.0	39	100.0		
Última vez marijuana	Nunca	41	100.0	38	100.0	*	*
	Total	41	100.0	38	100.0		
Última vez que consumiste outras drogas	Nunca	42	100.0	38	100.0	*	*
	Total	42	100.0	38	100.0		

Nota.* Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

Embora já tenham experimentado bebidas alcoólicas, nenhum aluno refere ter-se embriagado alguma vez. Quer no grupo *ManiFesta Saúde* (experimental) quer no grupo

Resultados

controlo, nenhum aluno refere ter experimentado marijuana, assim como nenhum aluno refere ter consumido outras drogas (cf. Tabela 24).

7.1.2. Variáveis protetoras

Seguidamente apresenta-se a análise das variáveis percepção de risco, percepção normativa, autoeficácia, assertividade e intenção de consumo de drogas na condição de pré teste, no sentido de averiguar a homogeneidade entre ambos os grupos (experimental e controlo).

Percepção de risco

Antes de iniciar o programa, os alunos de ambos os grupos percebiam o nível de risco envolvido no consumo de tabaco como sendo *bastante* ou *muito*. Estes níveis de risco representam mais de 75% dos alunos da amostra. As semelhanças observadas na distribuição (cf. tabela 25) permitem considerar que os grupos são comparáveis quanto a esta característica.

Tabela 25.

Distribuição segundo a percepção de risco (tabaco)

	Grupo		Grupo		Teste Qui-Quadrado	
	<i>ManiFesta Saúde</i>		Controlo		<i>X</i>	<i>p</i>
Risco envolvido no consumo de tabaco	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Nenhum	3	7.0	0	0.0	3.22	.419
Algum	7	16.3	8	20.5		
Bastante	16	37.2	13	33.3		
Muito	17	39.5	18	46.2		
Total	43	100.0	39	100.0		

A percepção do risco associado ao consumo de álcool também é igual entre alunos do grupo controlo e experimental. Em ambos os grupos mais de 75% dos alunos quantificaram esse risco como sendo *bastante* ou *muito*, não existindo diferenças significativas entre os alunos das amostras (ver tabela 26). Assim, qualquer diferença observada após a intervenção será imputada à própria intervenção.

Tabela 26.*Distribuição segundo a percepção de risco (álcool)*

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	<i>X</i>	<i>p</i>
Risco envolvido no consumo de álcool						
Nenhum	3	7.0	0	0.0	3.27	.400
Algum	6	14.0	7	17.9		
Bastante	14	32.6	11	28.2		
Muito	20	46.5	21	53.8		
Total	43	100.0	39	100.0		

Entre os alunos do grupo experimental, 74.4% consideraram ser “muito” o risco envolvido no consumo de marijuana, 7% classificam esse risco como “bastante” e 11.6% consideram haver *algum risco*. Estes valores são distintos entre os alunos do grupo controlo que tendem a considerar mais grave o risco associado ao consumo desta substância como se observa na tabela 27. Por exemplo, 2.6% dos alunos do grupo controlo consideraram a existência de *algum risco* no consumo de marijuana, sendo este valor muito inferior ao registado entre os alunos do grupo experimental. As diferenças observadas nas percentagens são significativas entre alunos dos dois grupos.

Tabela 27.*Distribuição segundo a percepção de risco (marijuana)*

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	<i>X</i>	<i>p</i>
Risco envolvido no consumo de marijuana						
Nenhum	3	7.0	0	0.0	9.59	.016
Algum	5	11.6	1	2.6		
Bastante	3	7.0	10	26.3		
Muito	32	74.4	27	71.1		
Total	43	100.0	38	100.0		

A percepção do risco associado ao consumo de cocaína é estatisticamente igual entre os grupos antes da intervenção (cf. Tabela 28).

Quanto ao risco envolvido no consumo de pastilhas, os grupos controlo e experimental são homogéneos, pois o valor do teste Qui-Quadrado foi superior a .05 (cf. Tabela 29). Este resultado é provocado pela semelhança entre as distribuições das amostras, sendo que 58,1% dos alunos do grupo experimental consideram como sendo de *muito risco* e no grupo controlo essa percentagem foi de 59%.

Resultados

Tabela 28.

Distribuição segundo a percepção de risco (cocaína)

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	X	p
Risco envolvido no consumo de cocaína						
Nenhum	3	7.0	0	0.0	3.15	.505
Algum	2	4.7	1	2.6		
Bastante	6	14.0	6	15.4		
Muito	32	74.4	32	82.1		
Total	43	100.0	39	100.0		

Face aos resultados anteriores podemos afirmar que o grupo controlo é estatisticamente igual ao grupo experimental para a escala da percepção do risco, com exceção da percepção do risco da marijuana.

Tabela 29.

Distribuição segundo a percepção de risco (pastilhas)

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
	n	%	n	%	X	p
Risco envolvido no consumo de pastilhas						
Nenhum	3	7.0	0	0.0	2.99	.441
Algum	5	11.6	6	15.4		
Bastante	10	23.3	10	25.6		
Muito	25	58.1	23	59.0		
Total	43	100.0	39	100.0		

Percepção normativa

A tabela 30 reflete o que os alunos de ambos os grupos consideraram ser a norma quanto ao consumo de diferentes substâncias durante o pré teste.

Inicialmente a percepção da percentagem de pessoas da mesma idade que consomem álcool foi entre os alunos dos dois grupos, tal como mostra o resultado do teste de Mann-Whitney (Z), cuja hipótese nula é que as amostras têm a mesma distribuição. Como o valor de prova observado foi superior a .05, não há evidências que existam diferenças entre os dois grupos. Em geral, 50% dos alunos consideraram que 20% das pessoas da mesma idade já experimentaram bebidas alcoólicas.

Relativamente à percepção da percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram, não se observaram diferenças significativas, embora 50% dos alunos do grupo experimental tenham considerado que 10% das pessoas da sua idade já se

embebedaram e no grupo controlo essa percentagem foi de 15%. Neste aspeto, consideramos relevante referir que 75% dos alunos do grupo experimental consideraram que pelo menos 40% das pessoas com a mesma idade já se embebedaram e entre os alunos do grupo controlo essa percentagem foi de 30%.

A perceção da percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente é um pouco superior. 30% dos alunos de ambos os grupos estimaram que 30% das pessoas da mesma idade fumavam habitualmente. Para 50% dos alunos da amostra, pelo menos 10% das pessoas da mesma idade experimentaram fumar charros.

Tabela 30.

Distribuição segundo a perceção normativa

		Grupo ManiFesta Saúde	Grupo Controlo	Teste de Mann-Whitney	
Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente	Mínimo	0	0	Z	<i>p</i>
	P ₂₅	10	10	-0.06	.951
	Mediana	20	20		
	P ₇₅	40	30		
	Máximo	95	95		
Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez	Mínimo	0	0	-0.30	.762
	P ₂₅	0	0		
	Mediana	10	15		
	P ₇₅	40	30		
	Máximo	85	90		
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente	Mínimo	0	0	-0.005	.996
	P ₂₅	10	10		
	Mediana	30	30		
	P ₇₅	60	50		
	Máximo	90	100		
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros	Mínimo	0	0	-0.19	.851
	P ₂₅	5	3		
	Mediana	10	10		
	P ₇₅	30	40		
	Máximo	90	100		

Nota. P₂₅ = Percentil 25; P₇₅ = Percentil 75

Autoeficácia

Quanto à autoeficácia, as médias entre alunos do grupo controlo e experimental coincidem e existe apenas maior variabilidade entre os alunos do grupo experimental, como mostra o desvio padrão de 0.59 contra 0.45 observado entre os alunos do grupo controlo (cf. tabela 31). O teste *t-Student* (*t*) confirma que não existem diferenças significativas entre as amostras pois o valor de prova foi superior a .05.

Tabela 31.*Distribuição segundo a autoeficácia*

	Grupo				Teste t-Student	
	<i>ManiFesta Saúde</i>		Controlo		<i>t</i>	<i>p</i>
	Média	DP	Média	DP		
AEG	2.79	0.59	2.79	0.45	0.02	.983

Assertividade

A assertividade varia entre -30 e 30, sendo que os valores mais próximos de zero correspondem a uma maior assertividade. A tabela 32 mostra que entre os alunos do grupo experimental os valores de assertividade variaram entre o -12 e o 24. No caso dos alunos do grupo de controlo os valores situaram-se entre o -8 e o 30. O teste de *Mann-Whitney* (*Z*) resulta num valor de prova superior a .05 não existindo evidência estatística para rejeitar a hipótese de igualdade da assertividade nas duas amostras.

Tabela 32.*Distribuição segundo a assertividade*

	Grupo			Teste de Mann-Whitney	
		<i>ManiFesta Saúde</i>	Controlo	<i>Z</i>	<i>p</i>
RAS	Mínimo	-12.0	-8.0	-0.77	.443
	P25	1.0	-0.5		
	Mediana	5.0	4.0		
	P75	10.0	10.0		
	Máximo	24.0	30.0		

Intenção de consumo

Da análise da tabela 33 verifica-se que antes da implementação do programa a intenção de consumir substâncias psicoativas era semelhante entre os alunos dos dois grupos. Note-se que o valor de prova obtido no teste de independência foi superior a .05, logo os dois grupos surgem provêm da mesma população. Ambos os grupos revelam elevada probabilidade de não consumir álcool, tabaco charros ou outras drogas.

Tabela 33.

Distribuição segundo a intenção de consumo

		Grupo <i>ManiFesta</i> <i>Saúde</i>		Grupo controlo		Teste Qui-Quadrado	
		n	%	n	%	X	p
Probabilidade beber álcool	Certamente que não	33	76.7	32	82.1	5.17	.160
	Provavelmente não	5	11.6	7	17.9		
	Pode ser	4	9.3	0	0.0		
	Provavelmente sim	1	2.3	0	0.0		
Probabilidade fumar tabaco	Certamente que não	38	88.4	38	97.4	2.81	.245
	Pode ser	3	7.0	1	2.6		
	Provavelmente sim	2	4.7	0	0.0		
Probabilidade fumar charro	Certamente que não	41	95.3	39	100	1.86	.395
	Pode ser	1	2.3	0	0.0		
	Provavelmente sim	1	2.3	0	0.0		
Probabilidade tomar outras drogas	Certamente que não	40	93.0	39	100	2.82	.244
	Provavelmente não	1	2.3	0	0.0		
	Provavelmente sim	2	4.7	0	0.0		

7.2. ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO CULTURAL DO PROGRAMA E DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para a análise da adequação cultural do programa, baseamo-nos primeiramente na avaliação do processo, cujo principal foco é a apreciação da reação e da resposta dos participantes ao programa (grupo alvo e administradores). Igualmente importante, e dado que os instrumentos utilizados para a avaliação dos resultados do programa (pré teste e pós teste) foram também traduzidos e adaptados a esta população, afigurou-se fundamental o estudo de fiabilidade das respetivas escalas. A tabela 34 sintetiza os resultados da adequação cultural do programa.

7.2.1. Adequação cultural do programa

Diferentes critérios poderão ser considerados no processo de avaliação do processo de implementação de uma intervenção. Sussman et al. (1995) sugerem que se tenha em consideração a adesão (refere-se à aplicação do programa na sua totalidade, conforme planeado), a exposição (refere-se à proporção do programa que foi

Resultados

administrado aos alvos) e a reinvenção (se o programa foi administrado conforme as instruções do mesmo):

- 1) *Adesão* - Aquando das reuniões intercalares de avaliação e pela análise dos questionários de autorrelato, verificou-se que as professoras empenharam-se no cumprimento de todos os objetivos propostos para cada sessão, bem como na implementação de todas as atividades. Neste sentido, com base nos critérios estabelecidos previamente, a avaliação de ambas as professoras que administraram o programa atingiu a classificação máxima (“Excelente”).
- 2) *Exposição* - Ainda, acerca da avaliação da intervenção, verificou-se uma assiduidade muito satisfatória dos alunos, na ordem dos 99%.
- 3) *Reinvenção*- Verificou-se que o programa foi administrado conforme as instruções do mesmo e implementadas todas as atividades. As dificuldades surgidas no decorrer das sessões prenderam-se muitas vezes com a gestão do tempo. Referiram que os alunos manifestaram grande vontade em participar, o que para turmas com uma média de 25 alunos e com apenas 45 minutos para cada sessão revelou-se complicado. Para ultrapassar essa questão, optou-se por prolongar por mais 15 a 30 minutos algumas sessões ou pela realização de sessões extra com vista a terminar todas as atividades.

A avaliação do processo, tem como foco a reação e a resposta ao programa, ou seja, pretende avaliar a aceitabilidade e a atratividade do programa quer para os participantes quer para quem o implementa (Lynskey & Sussman, 2001). Os métodos tipicamente usados neste processo incluem o questionamento e discussão intensivos com os participantes, de forma a recolher a sua perceção sobre o programa. Os temas abordados podem incluir questões sobre o quanto os participantes gostaram do programa ou o consideraram interessante, o quanto acreditam ter aprendido e se o consideraram credível, válido e útil:

1) *Aceitabilidade/Atratividade* – Obteve-se um feedback muito positivo por parte das professoras que implementaram o programa, referindo um grande entusiasmo e empenho dos alunos face às atividades propostas. Referiram que os alunos manifestavam grande vontade em participar, dando a sua opinião ou partilhando os trabalhos realizados com o grande grupo. Neste sentido, pediu-se aos alunos do grupo experimental que preenchessem um questionário de avaliação do programa na última sessão (cf. Anexo G).

O questionário pedia que avaliassem cada sessão do programa atribuindo valores de 1 a 10. Solicitava-se também que eles atribuíssem um valor dentro dessa escala relativamente ao que consideravam ter aprendido sobre as drogas (nível de informação), sobre as competências sociais, acerca da resistência à pressão, sobre a resolução de problemas e quanto à capacidade de tomada de decisão. No mesmo sentido, os alunos deveriam expressar a sua satisfação com o programa numa escala de 1 a 10. Constava ainda desse questionário um espaço para os sujeitos referirem as atividades que haviam gostado mais e as que tinham gostado menos, bem como a possibilidade de apresentarem sugestões. Para validar todo o empenho dos alunos, efetuou-se uma exposição dos trabalhos realizados. Tanto as professoras como os alunos consideraram os conteúdos compreensíveis e úteis, expressando grande satisfação com o programa.

Tabela 34.

Resultados da avaliação da intervenção e avaliação do processo

Avaliação da Implementação	
Adesão	O programa foi aplicado na totalidade, conforme planeado.
Exposição	Verificou-se uma assiduidade na ordem dos 99%.
Reinvenção	O programa foi administrado conforme as instruções do mesmo.
Avaliação do Processo	
Aceitabilidade/Atratividade	Professoras e alunos consideraram os conteúdos compreensíveis e úteis, expressando grande satisfação com o programa.

7.2.2. Adequação dos instrumentos de avaliação dos resultados

Num delineamento experimental (com grupo controlo e grupo experimental) e com dupla medição (Pré e Pós) a variância dos erros podem se devidas ao acaso, a flutuações temporais dos atributos medidos, a mudanças em outros atributos (por exemplo distração aquando a resposta) e/ou à alteração do local de resposta (Meyer, 2010). A fiabilidade é assim medida de três formas:

- Consistência interna, calculando o *Alpha de Cronbach* para escalas numéricas e para variáveis binomiais o KR-20. Para o conjunto de escalas utilizadas foram calculados estes coeficientes para ambos os grupos e antes de qualquer intervenção.

Resultados

- Teste-reteste, em amostras que não sofreram intervenções ao longo do tempo, sendo utilizados o teste de *McNemar*
- Fiabilidade interavaliador, calculando o coeficiente de correlação intraclassa para variáveis de escala e o *kappa de Cohen* para variáveis nominais

Em seguida analisam-se as características psicométricas dos instrumentos utilizados.

Questionário do consumo

Consistência interna

No caso de variáveis dicotômicas, a consistência interna é medida através do coeficiente de *Kuder-Richardson (KR-20)*, que é um caso particular do *Alpha de Cronbach*. A tabela seguinte mostra os resultados obtidos neste coeficiente. Tal como refere Meyer (2010), a fórmula *KR-20* fornece subestimativas da verdadeira medida de consistência interna e ainda a reduzida dimensão da amostra pode conduzir a valores baixos desta estimativa.

O *KR-20* é determinado pela proporção de sucessos e insucessos. Não foi possível determinar este valor nas questões referentes ao consumo no último mês, pois o número de alunos, quer no grupo experimental, quer no grupo controlo que admitiriam ter consumido alguma substância no último mês é igual a zero. Para considerar-se uma boa consistência interna o valor de *KR-20* deverá ser superior a 0.5. No questionário de consumo o coeficiente *KR-20* resultou no valor de 0.51. Sendo este valor superior a 0.5, podemos afirmar que os alunos compreenderam as perguntas e não responderam aleatoriamente (cf. Tabela 35).

Tabela 35.

Consistência interna para questionário do consumo

	<i>KR-20</i>
Consumo alguma vez	0.51

Teste-reteste no grupo controlo

Na análise teste-reteste apenas apresentamos o consumo *alguma vez* de álcool, pois nos restantes itens o grupo controlo não indicava qualquer ocorrência, o que impossibilita o cálculo do teste de *McNemar* (X). Do total de alunos do grupo controlo 12,8% mudaram de opinião, isto é, não são concordantes entre a primeira e segunda resposta. Isto pode dever-se a falhas de resposta mas também ao facto de estes alunos terem experimentado bebidas alcoólicas entre a aplicação dos dois questionários. A mudança de opinião destes alunos resulta em diferenças significativas entre os dois momentos avaliados (cf. Tabela 36).

Tabela 36.*Teste-reteste no grupo de controlo para questionário de consumo*

		Controlo						
		Pós teste				Teste de McNemar Bower		
		não		sim		X	p	
		n	%	n	%			
Consumo de álcool alguma vez	Pré teste	não	33	84.6	5	12.8	5.00	.025
		sim	0	0.0	1	2.6		

Variação interavaliador

Dada a natureza das variáveis (nominais das quais algumas dicotómicas) a variação interavaliador foi determinada a partir do *kappa* de concordância de Cohen. Este parâmetro varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 maior concordância observada entre os sujeitos da amostra. Para valores de *kappa* inferiores a .4 considera-se que existe uma concordância fraca.

A variação interavaliador foi avaliada apenas entre os alunos do grupo controlo pois estes não foram sujeitos ao programa. Assim pretendemos que entre as duas medições os resultados sejam estáveis para provar que o inquérito ao consumo é um bom instrumento de medida. Com exceção do consumo de álcool no último mês, os resultados são concordantes pois o *Kappa de Cohen* foi superior a 0.5. Particularmente no grupo controlo, o consumo de álcool registou fraca concordância, que pode ser explicada por mudanças de hábitos dos alunos (cf. Tabela 37).

Tabela 37.

Variação interavaliador para questionário de consumo (dado no pré teste)

		Consumo no último mês				kappa
		Pós teste				
		não		sim		
		n	%	n	%	
Consumo álcool no último mês	não	38	97.4	1	2.6	.25
	sim	0	0.0	0	0.0	
Consumo de álcool alguma vez	não	33	84.6	5	12.8	1
	sim	0	0.0	1	2.6	
Consumo de tabaco alguma vez	não	38	97.4	0	0.0	*
	sim	0	0.0	1	2.6	
Consumo de marijuana (charros) alguma vez	não	39	100	0	0.0	1
	sim	0	0.0	0	0.0	
Consumo de cocaína alguma vez	não	38	97.4	0	0.0	1
	sim	0	0.0	1	2.6	

Nota. * Não há casos para calcular o coeficiente

Percepção de risco

Consistência interna

A consistência interna para o conjunto de itens que avaliam o risco percebido foi calculada pelo *Alpha de Cronbach*, pois são variáveis ordinais. No grupo experimental os resultados dos alunos são mais consistentes do que entre os alunos do grupo controle: note-se que estes registaram um *Alpha de Cronbach* igual a .85 (cf. Tabela 38). Em ambos os casos o *Alpha de Cronbach* foi superior a .5, valor mínimo requerido dada a reduzida dimensão da amostra e de itens desta escala. Considerando os 5 itens do risco percebido, a escala teria uma média igual a 11.97 com desvio padrão de 3.32 o que mostra elevada homogeneidade entre os alunos no pré teste. Ainda a correlação inter item resulta em coeficientes baixos mas significativos, especialmente no que diz respeito ao risco de cocaína com o risco de tabaco e álcool e o risco do consumo de pastilhas com o risco do consumo de tabaco, pois os coeficientes de correlação de *Spearman* são inferiores a .4 (cf. Tabela 39).

Tabela 38.

Consistência interna para questionário de risco

<i>Alpha</i> de Cronbach	Média	Desvio Padrão
.85	11.97	3.32

Tabela 39.

Correlações inter item para questionário de risco

Risco envolvido no consumo de:	1	2	3	4	5
1. Tabaco	1				
2. Álcool	.56.**	1			
3. Marijuana	.36**	.48**	1		
4. Cocaína	.26**	.29**	.77**	1	
5. Pastilhas	.31**	.48**	.60**	.42**	1

Nota. ** $p < .001$ *Teste-reteste*

A análise teste-reteste contribui para explicar a estabilidade temporal das respostas, considerando que não ocorreram interferências. Nesta avaliação apenas são incluídos os alunos do grupo controlo.

Tabela 40.

Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de tabaco

Risco envolvido no consumo de tabaco			Controlo				Teste de McNemar Bower	
			Pós teste					
			Nenhum	Algum	Bastante	Muito	<i>X</i>	<i>p</i>
Pré teste	Algum	n	0	4	1	3	2.08	.557
		%	0.0	10.3	2.6	7.7		
	Muito	n	0	3	3	7		
		%	0.0	7.7	7.7	17.9		
	Bastante	n	0	1	6	11		
		%	0.0	2.6	15.4	28.2		
	Total	n	0	8	10	21		
		%	0.0	20.5	25.6	53.8		

O teste de *McNemar Bower* (*X*) mostra que no grupo controlo o número de alunos que mudou de opinião sobre o risco do consumo de tabaco não foi significativo pois o valor de prova foi .557, superior a .05. As mudanças de opinião ocorrem sobretudo para níveis consecutivos, por exemplo, no pré teste, 18 alunos consideraram *bastante* este risco

Resultados

e no pós teste 11 atribuíram o nível *muito*, 6 o nível *bastante* e apenas um aluno reduziu o risco de consumo de tabaco (cf. Tabela 40).

Relativamente ao risco associado ao consumo de álcool, a tabela 41 mostra que ocorreram poucas alterações entre os dois momentos avaliados, essa estabilidade é confirmada pelo teste de *McNemar Bower* cujo valor de prova é superior a .05 (.478). Neste caso, mais de 50% dos alunos mantiveram a sua avaliação, por exemplo, 38.5% dos alunos do grupo controlo consideraram o consumo de álcool como representando *muito risco* nos dois momentos e 17.9% consideraram este consumo *bastante arriscado*. Face a estes resultados podemos afirmar que a percepção do risco envolvido no consumo de álcool é estável ao longo do tempo (cf. Tabela 41).

Tabela 41.

Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de álcool

Risco envolvido no consumo de álcool		Controlo				Teste de McNemar Bower	
		Pós teste					
		Nenhum	Algum	Bastante	Muito	X	p
		Pré teste	Algum	n 0	4		
	% 0.0		10.3	7.7	0.0		
Bastante	n 0		2	7	2		
	% 0.0		5.1	17.9	5.1		
Muito	n 0		1	5	15		
	% 0.0		2.6	12.8	38.5		
Total	n 0		7	15	17		
	% 0.0		17.9	38.5	43.6		

O consumo de marijuana é reduzido entre os alunos do grupo controlo e experimental, o que pode explicar a estabilidade das respostas dadas entre os dois momentos: mais de 70% dos alunos do grupo controlo mantiveram as respostas dadas entre os dois momentos de avaliação. Este facto é confirmado pelo valor de prova superior a .05 obtido no teste de *McNemar Bower* (cf. Tabela 42).

Tabela 42.

Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de marijuana

Risco envolvido no consumo de marijuana			Controlo				Teste de McNemar Bower	
			Pós teste					
			Nenhum	Algum	Bastante	Muito	<i>X</i>	<i>p</i>
Pré teste	Algum	n	0	0	0	1	-0.53	.593
		%	0.0	0.0	0.0	2.6		
	Bastante	n	0	0	5	5		
		%	0.0	0.0	13.2	13.2		
	Muito	n	0	0	5	22		
		%	0.0	0.0	13.2	57.9		
	Total	n	0	0	10	28		
		%	0.0	0.0	26.3	73.7		

A percepção do risco envolvido no consumo de cocaína não sofreu alterações ao longo do tempo entre os alunos do grupo controlo, como prova o valor de *p* obtido no teste de *McNemar Bower* .779, maior que .05 (cf. Tabela 43). Este resultado confirma a estabilidade ao longo do tempo da percepção do risco do consumo de cocaína.

Tabela 43.

Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de cocaína

Risco envolvido no consumo de cocaína			Controlo				Teste de McNemar Bower	
			Pós teste					
			Nenhum	Algum	Bastante	Muito	<i>X</i>	<i>p</i>
Pré teste	Algum	n	0	0	1	1	0.50	.779
		%	0.0	0.0	1.3	1.3		
	Bastante	n	0	3	3	6		
		%	0.0	3.8	3.8	7.7		
	Muito	n	1	5	26	32		
		%	1.3	6.4	33.3	41.0		
	Total	n	1	8	30	39		
		%	1.3	10.3	38.5	50.0		

Existem discrepâncias significativas na percepção do risco associado ao consumo de pastilhas (cf. Tabela 44), resultante do agravamento do risco associado ao consumo de pastilhas e pode ser explicado pela campanha e discussão que foi feita a nível regional sobre os riscos de substâncias psicoativas que deixaram de ser legais.

Resultados

Tabela 44.

Teste-reteste no grupo de controlo para o questionário de risco de pastilhas

Risco envolvido no consumo de pastilhas		Controlo					Teste de McNemar Bower	
		Pós teste						
			Nenhum	Algum	Bastante	Muito	<i>X</i>	<i>p</i>
Pré teste	Algum	n	1	5	0	6	10.11	.018
		%	1.3	6.4	0.0	7.7		
	Bastante	n	0	5	5	10		
		%	0.0	6.4	6.4	12.8		
	Muito	n	5	4	14	23		
		%	6.4	5.1	17.9	29.5		
	Total	n	6	14	19	39		
		%	7.7	17.9	24.4	50.0		

Varição interavaliador

Além de observarmos a consistência teste-reteste procuramos identificar se existe concordância entre os alunos do grupo controlo no risco atribuído às diversas substâncias.

Tabela 45.

Varição interavaliador para questionário de risco

Risco envolvido no consumo de		Controlo					<i>kappa</i>
			Algum	Bastante	Muito		
Risco envolvido no consumo de tabaco	Nenhum	n	0	0	0		.14
		%	0.0	0.0	0.0		
	Algum	n	4	1	3		
		%	10.3	2.6	7.7		
	Bastante	n	3	3	7		
		%	7.7	7.7	17.9		
	Muito	n	1	6	11		
		%	2.6	15.4	28.2		
Risco envolvido no consumo de álcool	Nenhum	n	0	0	0		.47
		%	0.0	0.0	0.0		
	Algum	n	4	3	0		
		%	10.3	7.7	0.0		
	Bastante	n	2	7	2		
		%	5.1	17.9	5.1		
	Muito	n	1	5	15		
		%	2.6	12.8	38.5		
Risco envolvido no consumo de marijuana	Nenhum	n	0	0	0		.29
		%	0.0	0.0	0.0		
	Algum	n	0	0	1		
		%	0.0	0.0	2.6		
	Bastante	n	0	5	5		
		%	0.0	13.2	13.2		
	Muito	n	0	5	22		
		%	0.0	13.2	57.9		

Risco envolvido no consumo de cocaína	Nenhum	n	0	0	0	.24
		%	0.0	0.0	0.0	
	Algum	n	0	0	1	
		%	0.0	0.0	2.6	
	Bastante	n	0	3	3	
%		0.0	7.7	7.7		
Muito	n	1	5	26		
	%	2.6	12.8	66.7		
Risco envolvido no consumo de pastilhas	Nenhum	n	0	0	0	.18
		%	0.0	0.0	0.0	
	Algum	n	1	5	0	
		%	2.6	12.8	0.0	
	Bastante	n	0	5	5	
		%	0.0	12.8	12.8	
	Muito	n	5	4	14	
		%	12.8	10.3	35.9	

O *kappa* de Cohen é uma medida de concordância baseada na estatística do Qui-Quadrado. O *kappa* de Cohen observado no risco envolvido no consumo de tabaco é bastante baixo, pois existem alterações entre níveis consecutivos nos dois momentos de avaliação. Já no que se refere ao consumo de álcool, alguns alunos mudaram a sua opinião, mas o valor do *kappa* foi superior a .24 e pode chegar aos .69 (com 95% de confiança).

A percepção do risco do consumo de marijuana revelou ser mais concordante que o consumo de tabaco pois o *kappa* observado foi de .29, superior ao observado no consumo do tabaco. O mesmo aconteceu para o consumo de cocaína com um valor de *kappa* igual a .24 (cf. Tabela 45).

Percepção normativa

Consistência interna

A norma percebida apresenta elevada consistência interna como mostra o coeficiente *Alpha* de Cronbach superior a 0.9 (cf. Tabela 46). Ainda de referir que foi observada uma variabilidade elevada da escala, pois o desvio padrão da escala é de 89.5 face a uma média de 105.3, que resulta num coeficiente de variação de 85%, por este motivo os itens da escala de percepção normativa são avaliados cada um por si.

Tabela 46.

Consistência interna para percepção normativa

<i>Alpha</i> de Cronbach	Média	Desvio Padrão
.92	105.3	89.5

Resultados

Os coeficientes de correlação de *Spearman* apresentados na tabela 47 mostram que existe associação entre os itens da escala norma percebida, além de significativos os coeficientes são superiores a .6, isto significa que um aluno que assinala uma elevada (prospectivamente baixa) percentagem de jovens a consumir uma das substâncias, também assinala uma elevada (prospectivamente baixa) percentagem de jovens a consumir as restantes substâncias o que indica que tendencialmente os alunos percebem de forma semelhante a percentagem de jovens que consomem cada substância.

Tabela 47.

Correlações inter item para a percepção normativa

	1	2	3	4
1. Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente	1			
2. Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez	.78**	1		
3. Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente	.80**	.74**	1	
4. Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros	.69**	.77**	.76**	1

Nota. ** $p < .001$

Teste-reteste

Os itens da escala da norma percebida são percentagens com distribuição não normal. Assim, para avaliar as diferenças ao longo do tempo de variáveis numéricas não normais foi utilizado o teste de *Wilcoxon* (*Z*), cuja hipótese nula é que os alunos do grupo controlo mantêm inalterada a percepção do número de jovens que consomem cada substância. Para valores de prova inferiores a .05 é de rejeitar essa hipótese, logo entre os dois momentos de avaliação os alunos mudaram a percepção do número de colegas que consomem aquelas substâncias. Tal ocorreu com a percepção dos jovens que bebem habitualmente álcool, inicialmente metade (mediana) dos alunos consideravam que eram 20% e no segundo momento essa percentagem aumentou para 40%; também se regista um aumento na percepção dos jovens que já se embebedaram alguma vez de 15% para 20% e na percepção dos jovens que fumam habitualmente de 30 para 45 (cf. Tabela 48).

Tabela 48.

Teste-reteste para percepção normativa

Percentagem de pessoas da mesma idade que	Pré	Pós	Teste de Wilcoxon	
	Mediana	Mediana	Z	p
Bebem álcool habitualmente	20	40	-3.80	< .001
Já se embebedaram alguma vez	15	20	-2.48	.013
Fumam habitualmente	30	45	-2.50	.012
Que fumam charros	10	30	-1.44	.151

Já em relação à percepção de jovens que fumam charros, as respostas são bastante estáveis entre os dois períodos de medição, como mostra o valor de prova do teste de *Wilcoxon* ($p = .151$) assim não rejeitamos a hipótese que as respostas dos alunos foram estatisticamente iguais nos dois momentos de avaliação.

Variação interavaliador

O coeficiente de correlação intraclassa (ICC) é um teste à reprodutibilidade e estima a parte da variabilidade total das medidas, provocada pelas variações entre os indivíduos. O ICC varia entre 0 e 1, quanto mais próximo de 1 indica que não há variabilidade intra observador mas há uma grande variabilidade inter observador. Se o ICC assume valores entre .4 e .75 a escala é considerada como tendo reprodutibilidade satisfatória, e se for superior a .75 é excelente. Valores inferiores a 0,4 indicam baixa reprodutibilidade.

Tabela 49.

Variação interavaliador para percepção normativa

	Experimental			F	p	Controlo			F	p
	ICC	Intervalo de confiança 95%				ICC	Intervalo de confiança 95%			
		Lim. Inf	Lim. Sup				Lim. Inf	Lim. Sup		
Individual	.65	.50	.77	10.29	<.001	.74	.60	.84	15.60	<.001
Média	.88	.80	.93	10.29	<.001	.92	.86	.95	15.60	<.001

Nota. F = Teste de *Fisher* testa se o coeficiente de correlação intraclassa é igual a zero

O coeficiente de correlação intraclassa (ICC) observado entre os alunos do grupo experimental foi .88 e, com 95% de confiança, este coeficiente pode variar entre .80 e .93, pelo que podemos afirmar que a variação da norma percebida é mais devida a

Resultados

variações entre os sujeitos do que a variações dos próprios sujeitos (cf. Tabela 49). O mesmo se observou entre os alunos do grupo controlo com um ICC superior ao observado entre os alunos do grupo experimental. Em ambas as amostras o teste de *Fisher* (*F*) resulta em valores de prova inferiores a .01 que rejeitam a hipótese nula do coeficiente de correlação intraclasse ser igual a zero.

Autoeficácia

Consistência interna

Os 10 itens que medem a autoeficácia registam um *Alpha de Cronbach* superior a .7, logo podemos afirmar que a escala apresenta uma boa consistência interna com média igual a 29 e desvio padrão de 7.1 (cf. Tabela 50). O coeficiente de variação é de 24.5% ($7.1/29 \times 100\%$), inferior a 50%, logo com reduzida variabilidade sendo o primeiro indicador que podemos calcular uma variável latente que resulte da soma ou média das pontuações obtidas nos 10 itens. A tabela 51 mostra as correlações inter-itens que, em geral, são significativas mas baixas, pois os coeficientes de correlação de *Spearman* foram inferiores a .6.

Tabela 50.

Consistência interna para escala de autoeficácia

Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão
.76	29.0	7.1

Tabela 51.

Correlações inter-itens para a escala de autoeficácia

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Obtenção dos meus objetivos mesmo que alguém se oponha	1									
2. Resolução de problemas difíceis	.16	1								
3. Facilidade em ser persistente para o alcance dos objetivos	.09	.33**	1							
4. Confiança no manejo eficaz de acontecimentos inesperados	.37**	.28**	.33**	1						
5. Uso das qualidades e recursos para superar situações imprevistas	.27**	.40**	.19	.43**	1					
6. Habilidade em permanecer tranquilo perante dificuldades	.39**	.32**	.31**	.20*	.29**	1				
7. Capacidade em manejar face ao que vier	.45**	.33**	.27**	.43**	.32**	.55**	1			
8. Capacidade para resolver a maioria dos problemas	.35**	.47**	.35**	.29**	.38**	.22*	.27**	1		
9. Saber o que fazer numa situação difícil	.18	.17	.14	.38**	.37**	.19	.36**	.37**	1	
10. Ocorrência de várias alternativas de resolução para fazer frente a um problema	.13	.23*	.09	.08	.32**	.20*	.25*	.33**	.25*	1

Nota. ** $p < .001$ *Teste-reteste*

Cada item foi medido numa escala de *Likert*, por serem variáveis ordinais pelo que foi utilizado o teste de *Wilcoxon (Z)* para avaliar a estabilidade temporal das medidas no grupo controlo por não ter sido sujeito ao tratamento. Como em todos os itens os valores de prova foram superiores a .05, não existe evidência de alterações significativas nas respostas entre os dois momentos de avaliação, por outras palavras, os alunos do grupo controlo não alteraram significativamente as respostas dos itens da escala da autoeficácia entre os dois momentos, e em consequência surge também a estabilidade da autoeficácia ao longo do tempo (cf. Tabela 52).

Resultados

Tabela 52.

Teste-reteste para escala de autoeficácia

	Pre	Pós	Teste de Wilcoxon	
	Mediana	Mediana	Z	p
Obtenção dos meus objetivos mesmo que alguém se oponha	2.0	3.0	-0.06	.950
Resolução de problemas difíceis	4.0	4.0	-0.50	.618
Facilidade em ser persistente para o alcance dos objetivos	3.0	3.0	-0.42	.677
Confiança no manejo eficaz de acontecimentos inesperados	3.0	3.0	-0.57	.568
Uso das qualidades e recursos para superar situações imprevistas	3.0	3.0	-0.41	.681
Habilidade em permanecer tranquilo perante dificuldades	3.0	3.0	-0.46	.648
Capacidade em manejar face ao que vier	3.0	3.0	-0.60	.546
Capacidade para resolver a maioria dos problemas	3.0	3.0	-0.40	.686
Saber o que fazer numa situação difícil	3.0	3.0	-0.17	.861
Ocorrência de várias alternativas de resolução para fazer frente a um problema	3.0	3.0	-0.40	.688
AEG	2.88	2.75	-0.30	.765

Varição interavaliador

O coeficiente de correlação intraclassa observado entre os alunos do grupo controlo revela que a variação observada ao longo do tempo é mais provocada por diferenças entre os alunos e não por diferenças dos alunos na classificação dos 10 itens da autoeficácia. O mesmo não ocorre entre os alunos do grupo experimental que divergem mais nas pontuações resultando num coeficiente de correlação intraclassa inferior a .4, mas, ainda assim, significativamente diferente de zero pois o valor de prova foi inferior a .05 (cf. Tabela 53).

Tabela 53.

Varição interavaliador para escala de autoeficácia

	Experimental		F*	p	Controlo		F*	p
	ICC	Intervalo de confiança 95% Lim. Inf Lim. Sup			ICC	Intervalo de confiança 95% Lim. Inf Lim. Sup		
Individual	.31	.21 .43	6.09	<.001	.05	.003 .13	1.55	.018
Média	.81	.72 .88	6.09	<.001	.35	.03 .60	1.55	.018

Nota. F* = Teste de Fisher testa se o coeficiente de correlação intraclassa é igual a zero

Assertividade

Consistência interna

O coeficiente *Alpha de Cronbach* observado para a escala da assertividade foi .66, inferior a .7. Maroco e Garcia-Marques (2006) referem que em amostras pequenas o *alpha* tende a ser uma subestimativa do verdadeiro valor e que o valor de referência deverá ser de 0.5. Neste caso o *alpha* é superior a 0.5 (cf. Tabela 54), logo consideramos aceitável o valor obtido. O coeficiente de variação é de 49.4%.

Tabela 54.

Consistência interna para escala de assertividade

<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
.66	17.8	8.8

O valor do *Alpha de Cronbach* também é explicado por uma correlação não significativa entre alguns dos itens que constituem esta escala (cf. Tabela 55), mas que não devem ser excluídos, porque estão correlacionados com outros itens de forma significativa.

Teste-reteste

Entre os alunos do grupo controlo foi observado uma elevada estabilidade nas respostas, como mostra o teste de Wilcoxon (Z), cujos valores de prova foram superiores a .05. Logo não existem diferenças significativas entre as respostas dadas ao longo do tempo, com exceção do item “As pessoas aproveitam-se de mim com frequência”, mas que não tem efeito significativo na escala de assertividade (cf. Tabela 56).

Resultados

Tabela 55.

Correlação inter itens para escala de assertividade

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. A maioria das pessoas parece mais agressiva ou defende melhor os seus direitos do que eu	1								
2. Procuo não ferir os sentimentos dos outros, mesmo daqueles que me tenham incomodado	-.04	1							
3. Quando alguém me pede para fazer alguma coisa, insisto em saber porquê	.04	.29**	1						
4. Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros	.06	.12	.15	1					
5. As pessoas aproveitam-se de mim com frequência	.45**	-.17	.02	-.01	1				
6. Se alguém mais velho diz-me algo que considero errado, não me importo de expor publicamente o meu próprio ponto de vista	.09	.35**	.30**	.29**	-.04	1			
7. Digo sempre aquilo que sinto	-.09	.16	.21*	.36**	-.11	.37**	1		
8. Com frequência tenho dificuldade em dizer que não	.39**	-.07	.01	.13	.34**	.18	.12	1	
9. Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público	.26**	-.08	.16	.12	.20*	.14	-.20	.27**	1
10. Expresso facilmente os meus pontos de vista	-.13	.27**	.30**	.30**	-.14	.27**	.55**	-.03	-.05

Nota. ** $p < .001$

Varição interavaliador

À semelhança do observado em relação à escala de autoeficácia, entre os alunos do grupo experimental foi observada um coeficiente de correlação intraclasses superior ao observado entre os alunos do grupo controlo, isto significa que, em média os alunos do grupo experimental tendem a posicionar as suas respostas mais próximas no conjunto de itens e isso não se observa entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 57).

Tabela 56.*Teste-reteste para escala de assertividade*

	Grupo Controlo		Teste de Wilcoxon	
	Pré	Pós	Z	p
1. A maioria das pessoas parece mais agressiva ou defende melhor os seus direitos do que eu	3.00	3.00	-0.55	.585
2. Procuo não ferir os sentimentos dos outros, mesmo daqueles que me tenham incomodado	5.00	5.00	-0.69	.493
3. Quando alguém me pede para fazer alguma coisa, insisto em saber porquê	2.00	2.00	-0.20	.845
4. Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros	1.00	-1.00	-1.30	.192
5. As pessoas aproveitam-se de mim com frequência	2.00	3.00	-2.57	.010
6. Se alguém mais velho diz-me algo que considero errado, não me importo de expor publicamente o meu próprio ponto de vista	1.00	1.00	-1.13	.256
7. Digo sempre aquilo que sinto	1.00	1.00	-0.09	.931
8. Com frequência tenho dificuldade em dizer que não	3.00	3.00	-1.22	.221
9. Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público	4.00	3.00	-1.29	.197
10. Expresso facilmente os meus pontos de vista	1.00	1.00	-1.07	.283
ASSERTIVIDADE	20.00	18.00	-0.11	.910

Por exemplo, podemos ter alunos que responde no nível 1 à primeira pergunta e no nível 6 na seguinte e no nível 3 na próxima e por aí em diante, sendo um percurso aleatório as respostas que dá. Mas em ambas as amostras o coeficiente é significativamente diferente de zero pelo consideramos o instrumento adequado para aplicar à população de alunos da Região Autónoma da Madeira (cf. Tabela 57).

Tabela 57.*Variação interavaliador para a escala de assertividade*

	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>					Grupo Controlo				
	Intervalo de confiança 95%					Intervalo de confiança 95%				
	ICC	Lim. Inf	Lim. Sup	F	Sig	ICC	Lim. Inf	Lim. Sup	F	Sig
Individual	.13	.07	.23	3.74	<.001	.06	.02	.13	2.16	<.001
Média	.61	.41	.75	3.74	<.001	.38	.16	.59	2.16	<.001

Nota. F = Teste de Fisher testa se o coeficiente de correlação intraclasse é igual a zero

Resultados

Intenção de consumo

Consistência interna

O *alpha* de Cronbach observado no conjunto de itens que medem a intenção de consumo é de .87, superior a .7, pelo que a escala é consistente no atributo que mede (cf. Tabela 58). Relativamente à variabilidade o coeficiente de variação é 37.8%, inferior a 50%. Até aqui não existe evidência de falta de consistência no que toca à intenção de consumo.

Tabela 58.

Consistência interna para escala de intenção de consumo

Alpha de Cronbach	Média	Desvio Padrão
.87	4.5	1.7

Face ao resultado anterior é natural que exista uma elevada correlação entre os itens que compõem a escala intenção de consumo, embora baixa entre alguns itens, sempre muito significativa (cf. Tabela 59).

Tabela 59.

Correlação inter itens para escala de intenção de consumo

Probabilidade (Pré teste)	1	2	3	4
1. Beber álcool	1			
2. Fumar tabaco	.56**	1		
3. Fumas charro	.36**	.57**	1	
4. Tomar outras drogas	.41**	.70**	.82**	1

Nota. ** $p < .001$

Teste-reteste

Ao contrário do realizado nas escalas apresentadas anteriormente, na escala da intenção de consumo houve necessidade de apresentar os percentis 75 e 95 para melhor compreender o resultado do teste de *Wilcoxon* (*Z*). Entre os alunos do grupo controlo, observa-se uma grande estabilidade das respostas dadas antes de iniciar o projeto e depois de iniciar o projeto pois a mediana e percentil 75 coincidem. As diferenças começam a surgir entre os últimos 5% de alunos, contudo estas diferenças não tem significado

estatístico, pois os valores de prova do teste de *Wilcoxon* foram superiores a .05 (cf. Tabela 60).

Tabela 60.

Teste-reteste para escala de intenção de consumo

Probabilidade	Pré teste			Pós teste			Teste de Wilcoxon	
	Mediana	P 75	P 95	Mediana	P 75	P 95	Z	p
Beber álcool	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	-1.39	.163
Fumar tabaco	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	3.0	-0.55	.581
Fumar charro	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	-10d	.317
Tomar outras drogas	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	-10d	.317

Varição interavaliador

Dos quatro itens que compõem a escala de intenção de consumo apenas foi possível calcular o *kappa de Cohen* nos que se referem ao consumo de álcool e de tabaco, nos outros dois não existem casos suficientes para calcular a estatística.

Tabela 61.

Varição interavaliador para a escala de intenção de consumo

Probabilidade				Pós teste				Total	kappa
				Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim		
Beber álcool	Pré teste	Certamente que não	n	26	2	2	1	31	.26
			%	68.4	5.3	5.3	2.6	81.6	
	Provavelmente não	n	3	2	2	0	7		
		%	7.9	5.3	5.3	0.0	18.4		
Fumar tabaco	Pré teste	Certamente que não	n	35	0	1	1	37	.38
			%	92.1	0.0	2.6	2.6	97.4	
	Pode ser	n	1	0	0	0	1		
		%	2.6	0.0	0.0	0.0	2.6		
Fumar charro	Pré teste	Certamente que não	n	38	0	0	0	38	-
			%	100	0.0	0.0	0.0	100	
Tomar outras drogas	Pré teste	Certamente que não	n	38	0	0	0	38	-
			%	100	0.0	0.0	0.0	100	

Resultados

Quando foi possível calcular o *kappa de Cohen*, o valor mínimo foi para a probabilidade de beber álcool (.26) que mostra que alguns alunos do grupo de controle mudaram a sua resposta sem que isso seja explicado por efeito de qualquer tratamento (cf. Tabela 61). Já no que se refere à intenção de fumar tabaco, os alunos são mais concordantes entre os dois momentos. Este resultado pode ser explicado porque o período decorrido entre os dois momentos de avaliação, nomeadamente a altura festiva do Natal, permitiu que ficassem expostos a pressões externas para o consumo, especialmente de álcool.

7.3. COMPARAÇÕES INTERGRUPOS NO PÓS TESTE

Pretendemos nesta parte do trabalho comparar os resultados dos dois grupos no segundo momento de avaliação (após a implementação do programa). Uma vez confirmada a igualdade das amostras no primeiro momento, quaisquer diferenças que se observem entre estes dois grupos fica a dever-se ao programa ou a variáveis não controladas como por exemplo ações de sensibilização nas escolas ou maior divulgação nos média.

7.3.1. Consumo de substâncias

Analisa-se seguidamente a incidência e a frequência do consumo das diferentes substâncias em cada uma das condições experimentais (cf. Tabela 62).

Após a intervenção, não se identificaram diferenças significativas no número de alunos de cada grupo que experimentaram ou consumiram no último mês alguma das substâncias referidas no questionário.

Tabela 62.

Comparações intergrupos no pós teste no consumo de drogas

Pós teste		Grupo <i>ManiFesta</i>		Grupo <i>Controlo</i>		Teste binomial de igualdade de proporções	
		n	%	n	%	Z	p
Consumo “Alguma vez”							
Álcool	Não	38	88.4	33	84.6	0.25	.618
	Sim	5	11.6	6	15.4		
Tabaco	Não	40	93.0	38	97.4	0.86	.354
	Sim	3	7.0	1	2.6		
Marijuana (charros)	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Cocaína	Não	43	100.0	38	97.4	1.12	.291
	Sim	0	0.0	1	2.6		
Anfetaminas	Não	43	100.0	38	97.4	1.12	.291
	Sim	0	0.0	1	2.6		
Alucinogénios	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Extasie	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Consumo “no ultimo mês”							
		n	%	n	%	Z	p
Álcool	Não	42	97.7	38	97.4	0.01	.944
	Sim	1	2.3	1	2.6		
Tabaco	Não	42	97.7	39	100.0	0.92	.338
	Sim	1	2.3	0	0.0		
Marijuana (charros)	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Cocaína	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Anfetaminas	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Alucinogénios	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		
Extasie	Não	43	100.0	39	100.0	*	
	Sim	0	0.0	0	0.0		

Nota. *Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

7.3.2. Intenção de consumo

Verificou-se que a intenção de consumo não é dependente do grupo a que estes alunos pertencem, isto é, os dados não permitem concluir que exista associação entre a intenção de consumo e o grupo a que o aluno pertence, pois os valores de prova dos testes de independência de Qui-Quadrado foram superiores a .05 (cf. Tabela 63).

Resultados

Tabela 63.

Comparações intergrupos no pós teste na intenção de consumo

Probabilidade (Pós teste)		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		Teste Qui-Quadrado	
		n	%	n	%	X	p
Beber álcool	Certamente que não	29	67.4	29	76.3	4.04	.401
	Provavelmente não	8	18.6	4	10.5		
	Pode ser	4	9.3	4	10.5		
	Provavelmente sim	0	0.0	1	2.6		
Fumar tabaco	Certamente que sim	2	4.7	0	0.0	8.96	.062
	Certamente que não	32	74.4	36	94.7		
	Provavelmente não	7	16.3	0	0.0		
	Pode ser	1	2.3	1	2.6		
Fumar charro	Provavelmente sim	1	2.3	1	2.6	2.75	.252
	Certamente que sim	2	4.7	0	0.0		
	Certamente que não	40	93.0	38	100.0		
	Provavelmente não	2	4.7	0	0.0		
Tomar outras drogas	Pode ser	0	0.0	0	0.0	3.72	.156
	Provavelmente sim	1	2.3	0	0.0		
	Certamente que sim	0	0.0	0	0.0		
	Certamente que não	39	90.7	38	100.0		

Tabela 64.

Comparações intergrupos no pós teste na percepção do risco

Risco envolvido (Pós teste)		Grupo				Teste de independência	
		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Grupo Controlo		X	p
		n	%	n	%		
Tabaco	Nenhum	1	2.3%	0	0.0%	3.36	.339
	Algum	9	20.9%	8	20.5%		
	Bastante	17	39.5%	10	25.6%		
	Muito	16	37.2%	21	53.8%		
Álcool	Nenhum	1	2.3%	0	0.0%	1.36	.716
	Algum	6	14.0%	7	17.9%		
	Bastante	19	44.2%	15	38.5%		
	Muito	17	39.5%	17	43.6%		
Marijuana	Nenhum	2	4.7%	0	0.0%	3.81	.282
	Algum	2	4.7%	0	0.0%		
	Bastante	11	25.6%	11	28.2%		
	Muito	28	65.1%	28	71.8%		
Cocaína	Nenhum	2	4.7%	0	0.0%	4.37	.224
	Algum	4	9.3%	1	2.6%		
	Bastante	5	11.6%	8	20.5%		
	Muito	32	74.4%	30	76.9%		
Pastilhas	Nenhum	2	4.7%	0	0.0%	6.57	.087
	Algum	2	4.7%	6	15.4%		
	Bastante	10	23.3%	14	35.9%		
	Muito	29	67.4%	19	48.7%		

7.3.3. Percepção do risco

A tabela 64 sintetiza os resultados dos dois grupos no pós teste referentes à percepção de risco das diferentes substâncias. À semelhança do observado no pré-teste não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos no pós-teste quanto à variável percepção de risco. Este resultado sugere que mudanças na percepção do risco associado ao consumo destas substâncias possam requerer avaliações de médio prazo.

7.3.4. Percepção normativa

A percepção normativa entre o grupo controlo e experimental é estatisticamente igual porque o valor de prova observado no teste de *Mann-Whitney* foi superior a .05, conforme apresentado na tabela 65. Assim, podemos afirmar que não existem diferenças significativas no pós teste entre os dois grupos.

Tabela 65.

Comparações intergrupos no pós teste na percepção normativa

Pós teste %de pessoas da mesma idade	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>					Grupo Controlo					Teste de Mann- Whitney	
	Min	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Máx	Min	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	Máx	Z	p
Bebem álcool habitualmente	5	20	30	45	80	0	20	40	50	80	-0.94	.349
Já se embebedaram alguma vez	2	10	25	40	90	0	10	20	50	100	-0.12	.903
Fumam habitualmente	5	20	40	70	660	0	20	45	65	100	-0.19	.845
Fumam charros	0	10	20	40	100	0	10	30	50	70	-0.08	.933

7.4.5. Autoeficácia

A percepção da autoeficácia não é normalmente distribuída pelo que foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* (Z) para comparar os dois grupos. A hipótese nula é que os dois grupos apresentam o mesmo valor da autoeficácia, como o valor de prova foi superior 0,05 não devemos rejeitar a hipótese nula (cf. tabela 66). Embora no segundo momento da avaliação o grupo experimental apresentasse um nível de autoeficácia superior ao

Resultados

grupo de controlo (2.88 contra 2.75) na prática essas diferenças não se afiguraram significativas ($p = .834$).

Tabela 66.

Comparações intergrupos no pós teste na autoeficácia

Autoeficácia Pós teste	Grupo						Teste de Mann-Whitney	
	ManiFesta Saúde			Controlo			Z	p
Autoeficácia (AEG) VF	P ₂₅	Mediana	P ₇₅	P ₂₅	Mediana	P ₇₅		
	2.50	2.88	3.25	2.50	2.75	3.38	-0.210	.834

7.4.6. Assertividade

Embora o tempo decorrido entre o pré teste e o pós teste tenha sido reduzido o resultado da tabela abaixo (cf. Tabela 67) mostra que existem diferenças significativas entre os dois grupos de alunos. Tal como observado anteriormente, no pré teste as amostras eram semelhantes. Ao compararmos as médias notamos que entre os alunos do grupo controlo a assertividade média é de 18 contra 13 observada entre os alunos do grupo experimental no momento pós teste.

Tabela 67.

Comparações intergrupos no pós teste relativos à assertividade

Pós teste	Grupo ManiFesta Saúde		Grupo Controlo		Teste t-Student	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	t	p
Assertividade_VF	13.91	10.41	18.72	5.89	-2.54	.013

7.4. COMPARAÇÕES INTRAGRUPOS ENTRE MOMENTOS DE AVALIAÇÃO (PRÉ TESTE E PÓS TESTE)

Foi utilizado o teste de *McNemar* para avaliar as diferenças observadas entre os dois grupos nos dois momentos de avaliação. A hipótese nula do teste de *McNemar* é que

não ocorreram mudanças de opinião entre os dois momentos de avaliação, para níveis de significância inferiores a .05 essa hipótese é de rejeitar.

7.4.1. Consumo de substâncias

Conforme apresentado na tabela 68, dos 44 alunos que reponderam sobre o consumo de álcool, 33 não consumiram antes da intervenção nem depois da intervenção, representando 78.6% dos alunos do grupo experimental.

Tabela 68.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o consumo de álcool

	Pós teste	Grupo ManiFesta Saúde						Grupo Controlo					
		não		sim		Teste de McNemar		não		sim		Teste de McNemar	
		n	%	n	%	X	p	n	%	n	%	X	p
Pré teste													
Consumo de álcool alguma vez	Não	33	78.6	3	7.1	0.14	.705	33	84.6	5	12.8	5.00	.025
	Sim	4	9.5	2	4.8			0	0.0	1	2.6		
Consumo de tabaco alguma vez	Não	38	90.5	1	2.4	<0.01	10	38	97.4	0	0.0	*	*
	Sim	1	2.4	2	4.8			0	0.0	1	2.6		
Consumo de marijuana (charros) alguma vez	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo de cocaína alguma vez	Não	41	97.6	0	0.0	10	.317	38	97.4	0	0.0	*	*
	Sim	1	2.4	0	0.0			0	0.0	1	2.6		
Consumo de anfetaminas alguma vez	Não	41	97.6	0	0.0	10	.317	38	97.4	0	0.0	*	*
	Sim	1	2.4	0	0.0			0	0.0	1	2.6		
Consumo de alucinogénios alguma vez	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo de extasie alguma vez	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo álcool no último mês	Não	40	97.6	1	2.4	10	.317	38	97.4	1	2.6	10	.317
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo tabaco no último mês	Não	40	97.6	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	1	2.4			0	0.0	0	0.0		
Consumo de marijuana (charros) no último mês	Não	41	97.6	0	0.0	10	.317	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	1	2.4	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo de cocaína no último mês	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo de anfetaminas no último mês	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo de alucinogénios no último mês	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		
Consumo de extasie no último mês	Não	42	100	0	0.0	*	*	39	100	0	0.0	*	*
	Sim	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0		

Nota. *Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

Resultados

Por outro lado 4.8% dos alunos deste grupo já tinham bebido álcool alguma vez e mantiveram a resposta após a intervenção. Mas os casos onde existiram mudanças são os que tem mais interesse, isto é os alunos que antes da intervenção não tinham bebido álcool e após a intervenção já tinham experimentado. Estes representam 7.1% dos alunos do grupo *ManiFesta Saúde* e 12.8% do grupo controlo. Estas diferenças são significativas no grupo controlo mas não no grupo experimental de acordo com os valores de prova dos testes de *McNemar*.

No que diz respeito ao consumo de tabaco ou marijuana alguma vez não é possível realizar testes estatísticos pois existem células com zeros e que significa que não houve mudança de comportamento em relação a estas substâncias.

Tabela 69.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a última vez que consumiram álcool

Última vez álcool	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>								Grupo Controlo							
	Nunca		No mês passado		No ano passado		Há mais de 2 anos		Nunca		No mês passado		No ano passado		Há 2 anos	
Pré teste	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nunca	32	78.0	2	4.9	0	0.0	1	2.4	33	84.6	1	2.6	3	7.7	1	2.6
Na semana passada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0
No mês passado	1	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No ano passado	3	7.3	1	2.4	1	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Há 2 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Foram 78% os alunos do grupo experimental que afirmam não ter bebido álcool nem antes nem depois do programa. Entre os alunos do grupo controlo essa percentagem é de 84.6 (cf. Tabela 69). Mas existem mudanças de comportamento pois no grupo experimental 4.9% dos alunos que nunca tinham experimentado álcool no pré teste indicam que no mês passado experimentaram e essa percentagem é ligeiramente inferior nos alunos do grupo controlo com 2.6%.

Tabela 70.

Comparações intragrupos entre momentos de avaliação para a idade da primeira vez que tomaram álcool

Idade da primeira vez tomar mais do que uns goles	Experimental								Controlo									
	Pós teste		10		11		12		13		10		11		12		13	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré teste																		
0	0	0.0	1	50.0	1	100	0	0.0	1	100	1	50.0	1	100	1	100	1	100
10	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
11	0	0.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
12	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	2	100	1	100	0	0.0	1	100	2	100	1	100	1	100	1	100

Dos alunos que afirmaram ter experimentado álcool, 2 no grupo controlo e 4 no grupo experimental não referem a idade em que beberam pela primeira vez, aquando a aplicação do inquérito no pré teste. Numa segunda aplicação, os alunos mencionam as idades em que consumiram pela primeira vez. Ainda de referir que existe concordância entre os valores observados nas duas recolhas de dados. Este resultado indica que esta pergunta deve ser feita mais de uma vez, ao longo do tempo, pois alguns alunos não se sentiram confortáveis para dar a resposta, na primeira entrevista (cf. Tabela 70).

Entre os alunos do grupo experimental, após a implementação do programa 95.1% indicaram que não bebiam. Relativamente à toda esta amostra 85.4% não experimentaram álcool nem antes nem depois do programa, este valor é muito próximo dos 89.7% observados entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 71).

Tabela 71.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o número de copos de álcool

Quantos copos álcool	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>						Grupo Controlo					
	Pós teste		Não bebo		1 Bebida		2 Bebidas		Não bebo		1 Bebida	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré teste												
Não bebo			35	85.4	1	2.4	0	0.0	35	89.7	2	5.1
1 Bebida			4	9.8	0	0.0	1	2.4	1	2.6	1	2.6
Total			39	95.1	1	2.4	1	2.4	36	92.3	3	7.7

Resultados

De referir que 2.4% dos alunos do grupo experimental não tinham bebido antes da intervenção e passaram a beber após a intervenção. Entre os alunos do grupo de controlo essa percentagem é de 5.1. Podemos atribuir esta diferença por um efeito inibidor do programa no que diz respeito à experiência de álcool. Dos alunos do grupo experimental, 87.8% não consumira álcool no último ano, assim como entre os alunos do grupo controlo essa percentagem é de 89.7 (cf. Tabela 72).

Tabela 72.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a frequência do consumo de álcool durante o último ano

Frequência do consumo de álcool durante o último ano	Pós teste	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>				Grupo Controlo					
		Não no último ano		Menos 1 vez/mês		Não no último ano		1 Vez/mês		Menos 1 vez/mês	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pré teste											
Não no último ano		36	87.8	2	4.9	35	89.7	0	0.0	2	5.1
1 Vez/semana		0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.6	0	0.0
1 Vez/mês		1	2.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Menos 1 vez/mês		2	4.9	0	0.0	1	2.6	0	0.0	0	0.0

7.4.2. Perceção de risco

Após a intervenção não se observaram diferenças significativas na perceção do risco no consumo de tabaco, em ambos os grupos (cf. Tabela 73).

Tabela 73.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para risco envolvido no consumo de tabaco

Risco envolvido no consumo de tabaco	Pós teste	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>				Grupo Controlo							
		Nenhum	Algun	Bastante	Muito	Teste de McNemar Bower		Nenhum	Algun	Bastante	Muito	Teste de McNemar Bower	
						X	p					X	p
Pré teste													
Nenhum	n	0	1	1	1	4.00	.677	0	0	0	0	2.08	.557
	%	0.0	2.3	2.3	2.3			0.0	0.0	0.0	0.0		
Algun	n	0	4	2	1			0	4	1	3		
	%	0.0	9.3	4.7	2.3			0.0	10.3	2.6	7.7		
Muito	n	0	4	7	5			0	3	3	7		
	%	0.0	9.3	16.3	11.6			0.0	7.7	7.7	17.9		
Bastante	n	1	0	7	9			0	1	6	11		
	%	2.3	0.0	16.3	20.9			0.0	2.6	15.4	28.2		
Total	n	1	9	17	16			0	8	10	21		
	%	2.3	20.9	39.5	37.2			0.0	20.5	25.6	53.8		

A maior parte dos alunos consideravam como *bastante* ou *muito* o risco associado ao tabaco e após a intervenção são essas categorias que agregam a maior parte dos alunos de ambas as amostras (cf. Tabela 73). O facto de não haver mudanças significativas é refletido nos bons valores de prova dos testes de *McNemar Bower*.

Observando os alunos do grupo experimental, 25.6% classificaram de *muito* o risco de consumo de álcool antes da intervenção e mantiveram a classificação após a intervenção (cf. Tabela 74). Assim como 16.3% consideravam *bastante* arriscado e mantiveram a classificação após a intervenção. Contudo alguns alunos mudaram de opinião, sendo de realçar aqueles que atribuíram risco superior no segundo momento de avaliação, nomeadamente 4.7% dos alunos do grupo experimental consideravam que o consumo de álcool *não representava qualquer risco* e após a intervenção classificam como tendo *algum risco*. No mesmo sentido, 2.3% consideravam que *não representava risco* e após a intervenção consideram que consumo de álcool *é muito arriscado*. Estes casos representam 7% dos alunos do grupo experimental. Ainda 9.3% e 2.3% dos alunos deste grupo consideravam que o consumo de álcool representava *algum risco* e alteraram as suas posições para *bastante* e *muito* respetivamente. Da mesma forma 9.3% dos alunos aumentaram o risco do consumo de álcool de *bastante* para *muito*. Este agravamento na perceção do risco do consumo em relação ao álcool representam as alterações na opinião de 27.9% dos alunos do grupo experimental. Já no grupo controlo a percentagem de alunos que aumentaram a perceção do risco o consumo de álcool foi de 12.8% (7.7+5.1).

Tabela 74.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de álcool

Risco envolvido no consumo de álcool		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>				Teste de McNemar Bower		Grupo Controlo				Teste de McNemar Bower	
		Nenhum	Algum	Bastante	Muito	X	p	Nenhum	Algum	Bastante	Muito	X	p
Pré teste													
Nenhum	n	0	2	0	1	4.476	.483	0	0	0	0	2.49	.478
	%	0.0	4.7	0.0	2.3			0.0	0.0	0.0	0.0		
Algum	n	0	1	4	1			0	4	3	0		
	%	0.0	2.3	9.3	2.3			0.0	10.3	7.7	0.0		
Bastante	n	0	3	7	4			0	2	7	2		
	%	0.0	7.0	16.3	9.3			0.0	5.1	17.9	5.1		
Muito	n	1	0	8	11			0	1	5	15		
	%	2.3	0.0	18.6	25.6			0.0	2.6	12.8	38.5		
Total	n	1	6	19	17			0	7	15	17		
	%	2.3	14.0	44.2	39.5			0.0	17.9	38.5	43.6		

Resultados

Tabela 75.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de marijuana

Risco envolvido no consumo de marijuana		Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>				Teste de McNemar Bower X p		Grupo <i>Controlo*</i>			
		Pós teste						Pós teste			
Pré teste		Nenhum	Algum	Bastante	Muito	Nenhum	Algum	Bastante	Muito		
Nenhum	n	0	1	0	2	7.83	.166	0	0	0	0
	%	0.0	2.3	0.0	4.7			0.0	0.0	0.0	0.0
Algum	n	1	1	2	1			0	0	0	1
	%	2.3	2.3	4.7	2.3			0.0	0.0	0.0	2.6
Bastante	n	0	0	2	1			0	0	5	5
	%	0.0	0.0	4.7	2.3			0.0	0.0	13.2	13.2
Muito	n	1	0	7	24			0	0	5	22
	%	2.3	0.0	16.3	55.8			0.0	0.0	13.2	57.9
Total	n	2	2	11	28			0	0	10	28
	%	4.7	4.7	25.6	65.1			0.0	0.0	26.3	73.7

Nota. *Não foi possível calcular teste de McNemar Bower

Relativamente à perceção do risco envolvido no consumo de marijuana, o período de tempo que mediou as duas medições não contribuiu para alterações significativas na opinião dos alunos do grupo experimental. De facto, neste grupo 16.3% dos alunos mudaram de opinião no sentido de aumentar o risco percebido associado ao consumo de marijuana. Apenas 15.8% dos alunos do grupo de controlo é que agravou a perceção de risco do consumo de marijuana (cf. Tabela 75).

Tabela 76.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de cocaína

Risco envolvido no consumo de cocaína		Grupo <i>MainFesta Saúde</i>				Teste de McNemar Bower X p		Grupo <i>Controlo</i>				Teste de McNemar Bower X p	
		Pós teste						Pós teste					
Pré teste		Nenhum	Algum	Bastante	Muito	Nenhum	Algum	Bastante	Muito				
Nenhum	n	0	1	0	2	3.67	.598	0	0	0	0	0.50	.779
	%	0.0	2.3	0.0	4.7			0.0	0.0	0.0	0.0		
Algum	n	0	0	0	2			0	0	1	1		
	%	0.0	0.0	0.0	4.7			0.0	0.0	1.3	1.3		
Bastante	n	0	2	3	1			0	3	3	6		
	%	0.0	4.7	7.0	2.3			0.0	3.8	3.8	7.7		
Muito	n	2	1	2	27			1	5	26	32		
	%	4.7	2.3	4.7	62.8			1.3	6.4	33.3	41.0		
Total	n	2	4	5	32			1	8	30	39		
	%	4.7	9.3	11.6	74.4			1.3	10.3	38.5	50.0		

Avaliando a distribuição dos alunos antes e depois da intervenção observamos que não existem diferenças significativas acerca da percepção do risco associado ao consumo de cocaína. Note-se que em ambos os grupos o valor de prova foi superior a .05. Ainda de referir que entre os alunos do grupo experimental 11.7% aumentaram o nível do risco percebido envolvido no consumo de cocaína, contra os 10.3% observados entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 76).

Entre os alunos do grupo experimental, 46.5% consideram *muito* o risco envolvido no consumo de pastilhas e 11.6% classificam o risco como *bastante* . Neste grupo, foi observado aumento da percepção do risco em 25.6% dos alunos, sem que esse valor seja suficiente para afirmar que existem diferenças significativas entre os dois momentos avaliados (cf. Tabela 77).

Tabela 77.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para o risco envolvido no consumo de pastilhas

Risco envolvido no consumo de pastilhas	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>				Grupo Controlo				Teste de McNemar Bower			
	Nenhum	Algum	Bastante	Muito	Nenhum	Algum	Bastante	Muito	X	p		
Pós teste												
Pré teste												
Nenhum	n 0	1	0	2	3.33	.649	0	0	0	0	10.11	.018
	% 0.0	2.3	0.0	4.7			0.0	0.0	0.0	0.0		
Algum	n 1	0	1	3			1	5	0	6		
	% 2.3	0.0	2.3	7.0			1.3	6.4	0.0	7.7		
Bastante	n 0	1	5	4			0	5	5	10		
	% 0.0	2.3	11.6	9.3			0.0	6.4	6.4	12.8		
Muito	n 1	0	4	20			5	4	14	23		
	% 2.3	0.0	9.3	46.5			6.4	5.1	17.9	29.5		
Total	n 2	2	10	29			6	14	19	39		
	% 4.7	4.7	23.3	67.4			7.7	17.9	24.4	50.0		

Já entre os alunos do grupo controlo, 20.5% aumentaram a percepção do risco associado ao consumo destas substâncias. No grupo de controlo foram registadas diferenças significativas, provocadas por uma menor percepção do risco no segundo momento, esta diferença entre os dois grupos pode ser atribuída à intervenção. Podemos assim afirmar que o programa teve como efeito o agravamento ou manutenção da percepção do risco junto dos alunos do grupo experimental (cf. Tabela 77).

7.4.3. Perceção normativa

Para avaliar o efeito do programa sobre a norma percebida realizou-se o teste de *Mann-Whitney* para aferir se as duas amostras eram estatisticamente iguais no início e depois da intervenção. Utilizou-se o teste de *Wilcoxon* para comparar a evolução registada em cada grupo. A escolha destes testes é pela falta de ajustamento à distribuição normal. Contudo observa-se ainda a simetria das variáveis pelo que os testes são robustos e potentes.

Tabela 78.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a norma percebida (grupo experimental)

Percentagem de pessoas da mesma idade que		Grupo		Teste de Wilcoxon			
		Pré	Pós		Z	p	
Bebem álcool habitualmente	P25	0	20	Pos<Pre	3	2.37	.018
	Mediana	20	30	Pos>Pre	25		
	P 75	40	45	Pos = Pre	5		
Já se embebedaram alguma vez	P25	0	10	Pos<Pre	10	-2.22	.027
	Mediana	10	25	Pos>Pre	25		
	P 75	40	40	Pos = Pre	8		
Fumam habitualmente	P25	10	20	Pos<Pre	10	-2.58	.010
	Mediana	30	40	Pos>Pre	26		
	P 75	60	70	Pos = Pre	7		
Que fumam charros	P25	5	10	Pos<Pre	10	-2.24	.025
	Mediana	10	20	Pos>Pre	25		
	P 75	30	40	Pos = Pre	8		

Nota. P25- Percentil 25, P75-Percentil 75

A perceção da percentagem de pessoas da mesma idade que consomem habitualmente alguma das substâncias apresentadas é significativamente diferente entre os alunos do grupo experimental entre os dois momentos de avaliação. Se inicialmente 50% dos alunos consideravam que 20% das pessoas da mesma idade bebem álcool habitualmente, após a intervenção essa percentagem aumentou para 30%. De facto 25% alunos deste grupo aumentaram a sua perceção acerca da percentagem de pessoas da mesma idade que bebem habitualmente e 13% reduziram a sua perceção. Os restantes 5% mantiveram a percentagem antes e depois da intervenção. Já entre os alunos do grupo controlo também se observaram diferenças no mesmo sentido, pois inicialmente 50% dos alunos consideravam que 20% das pessoas da mesma idade bebem habitualmente álcool e no segundo momento de avaliação a percentagem passou para 40%. Esta variação é

explicada pelo aumento registado em 26 dos alunos contra 4 que reduziram e 9 que mantiveram a avaliação nos dois momentos (cf. Tabela 78).

Quanto à percepção da percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez, inicialmente 50% dos alunos do grupo experimental referiam 10% e após a intervenção aumentaram a percentagem para 25%, provocando diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

Inicialmente 50% dos alunos consideravam que pelo menos 30% das pessoas da mesma idade fumam habitualmente, sendo esse valor de 40% após a intervenção com diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação. Este comportamento também foi registado entre os alunos do grupo controlo, passando de 30% no pré teste para 45% no pós teste.

Antes da intervenção, 50% dos alunos do grupo experimental percebiam que pelo menos 10% das pessoas da mesma idade fumavam habitualmente charros. Após a implementação do programa, a percentagem duplica e essa duplicação é provocada pelo aumento da percepção em 25 alunos, o que resulta num valor de prova inferior a .05. Este resultado não se registou entre os alunos do grupo controlo, pois embora 19% aumentassem a percepção da percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros, existem 11 que mantiveram a mesma percentagem. (cf. Tabela 78).

No grupo controlo foi feita a comparação da norma percebida e o teste de *Wilcoxon* confirma que existem mudanças significativas entre os dois momentos com exceção da norma percebida em relação à percentagem de colegas que fumam charros.

Relativamente à percepção da percentagem de jovens da mesma idade que bebem álcool, observamos que existe um aumento da percentagem de jovens que bebem álcool entre os dois momentos, sendo que 26 jovens indicaram valor superior no pós teste. Na sequência deste resultado também se observou um aumento significativo da percepção de jovens que já se embebedaram com 25 alunos a aumentar o valor no pós teste e 9 a reduzir. A percepção do consumo tabaco também registou um aumento significativo na percepção dos estudantes do grupo controlo, este resultado é devido aos 22 alunos que aumentarem a percentagem relativa à sua percepção e 9 que reduziram a percepção da percentagem de jovens que fumam tabaco.

Resultados

Tabela 79.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a norma percebida (grupo de controlo)

Percentagem de pessoas da mesma idade que		Grupo Controlo		Teste de Wilcoxon		
		Pré	Pós		Z	p
Bebem álcool habitualmente	P25	10	20	Pós < Pré	4	-3.80 <.001
	Mediana	20	40	Pós > Pré	26	
	P 75	30	50	Pós = Pré	9	
Já se embebedaram alguma vez	P25	0	10	Pós < Pré	9	-2.48 .013
	Mediana	15	20	Pós > Pré	25	
	P 75	30	50	Pós = Pré	4	
Fumam habitualmente	P25	10	20	Pós < Pré	9	-2.50 .012
	Mediana	30	45	Pós > Pré	22	
	P 75	50	65	Pós = Pré	7	
Que fumam charros	P25	3	10	Pós < Pré	9	-1.44 .151
	Mediana	10	30	Pós > Pré	19	
	P 75	40	50	Pós = Pré	11	

Nota. P25- Percentil 25, P75-Percentil 75

Quanto à percepção do consumo de charros, 19 jovens do grupo controlo aumentaram a percentagem de jovens que consideram fumar charros mas este valor está muito próximo dos 11 que mantiveram a sua opinião, pelo que as diferenças observadas não são significativas (cf. Tabela 79).

7.4.4. Autoeficácia

Na adaptação da escala autoeficácia a professores portugueses ficou demonstrada a natureza unidimensional do instrumento (GSE) e a pontuação resulta da soma das pontuações ao conjunto de 10 itens ou pela média da pontuação. Tendo em atenção que pretendemos utilizar a análise de variância de medidas repetidas foi utilizada a média.

Foi utilizada a análise de variância de medidas repetidas, pois este procedimento permite a comparação em simultâneo dos resultados observados entre grupos (Experimental e controlo) como dentro do grupo (Pré teste e Pós teste).

No grupo experimental, a média da autoeficácia foi 2.8 antes da intervenção e aumentou para 2.85 após a intervenção (cf. Tabela 80). Com desvios padrões pequenos é de esperar-se que não exista um efeito do programa sobre a autoeficácia, basta observar que os limites dos intervalos de confiança apresentam valores muito próximos. E no grupo controlo o comportamento da média é no sentido inverso, pois na primeira avaliação a

autoeficácia média foi de 2.8 sendo ligeiramente inferior no segundo momento de avaliação.

Tabela 80.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a autoeficácia

Grupo	Momento	AEG		Intervalo de confiança (95)	
		Média	Desvio Padrão	Lim Inferior	Limite superior
<i>ManiFesta Saúde</i>	Pré teste	2.80	0.08	2.64	2.96
	Pós teste	2.85	0.09	2.67	3.03
Controlo	Pré teste	2.80	0.09	2.63	2.97
	Pós teste	2.78	0.10	2.59	2.97

A estatística de *Pillai* permite avaliar se existem diferenças significativas entre os alunos dos dois grupos e se existe interação do grupo e entre o momento da avaliação. Assim podemos afirmar que não existem diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação nem entre os momentos de avaliação em cada um dos grupos (cf. Tabela 81).

Tabela 81.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a autoeficácia (Estatística de Pillai)

Fonte de variação		Valor	F	p
AEG	Pillai's Trace	.001	0.051	.822
AEG * grupos	Pillai's Trace	.002	0.189	.665

7.4.5. Assertividade

A assertividade foi calculada pela soma dos itens, após inversão dos itens formulados na negativa. No pré teste a assertividade não apresentou distribuição normal em nenhuma das amostras e no pós teste ambas as amostras se aproximaram da distribuição normal. Dada esta particularidade não é possível utilizar a análise de variância de medidas repetidas e para avaliar se houve evolução ao longo do tempo será utilizado o teste *t-Student (t)* para amostras emparelhadas em cada amostra.

Os resultados indicam que ocorreram diferenças entre os dois momentos no grupo experimental, que de uma média inicial 18.12 passaram para 13.91 com desvio padrão maior o que revela maior afastamento entre os alunos no pós teste (cf. Tabela 82). Já no grupo controlo a média da assertividade manteve-se inalterada ao longo do tempo pois o valor de prova obtido foi superior a .05.

Tabela 82.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a assertividade

Assertividade	Grupo <i>ManiFesta Saúde</i>		Teste t-Student		Grupo Controlo		Teste t-Student	
	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Pré teste	18.12	9.91	2.58	.013	18.46	6.57	-0.24	.813
Pós teste	13.91	10.41			18.72	5.89		

7.4.6. Intenção de consumo

Para avaliar a evolução observada entre os alunos de cada grupo foi realizado o teste de *Wilcoxon*, pois as variáveis são ordinais. A hipótese nula do teste de hipótese de *Wilcoxon* é que a distribuição da variável é igual nos dois momentos de avaliação. Caso o valor de prova seja inferior a .05, devemos rejeitar essa hipótese, isto é ocorreram diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

Entre os dois momentos, 62.8% dos alunos do grupo experimental afirmaram que *certamente não beberão álcool*, e 9.3% mudaram do nível *certamente que não* para o nível *provavelmente não*. As variações de opinião entre os dois momentos não revelou ser significativa (cf. Tabela 83). O mesmo ocorreu entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 84).

Tabela 83.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de álcool (grupo *ManiFesta Saúde*)

		Probabilidade_POS					Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelm ente não	Pode ser	Provavelm ente sim	Certamente que sim	<i>Z</i>	<i>p</i>
Probabilidade beber álcool_PRE								
Certamente que não	n	27	4	1	0	1	-1.33	.185
	%	62.8	9.3	2.3	0.0	2.3		
Provavelmente não	n	2	2	1	0	0		
	%	4.7	4.7	2.3	0.0	0.0		
Pode ser	n	0	2	1	0	1		
	%	0.0	4.7	2.3	0.0	2.3		
Provavelmente sim	n	0	0	1	0	0		
	%	0.0	0.0	2.3	0.0	0.0		
Total	n	29	8	4	0	2		
	%	67.4	18.6	9.3	0.0	4.7		

Tabela 84.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de álcool (grupo de controlo)

		Probabilidade_POS					Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelm ente não	Pode ser	Provavelm ente sim	Certamente que sim	Z	p
Probabilidade beber álcool_PRE								
Certamente que não	n	26	2	2	1	0	-1.64	.101
	%	68.4	5.3	5.3	2.6	0.0		
Provavelmente não	n	3	2	2	0	0		
	%	7.9	5.3	5.3	0.0	0.0		
Pode ser	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente sim	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Total	n	29	4	4	1	0		
	%	76.3	10.5	10.5	2.6	0.0		

Relativamente à probabilidade de fumar tabaco, conforme apresentado nas tabelas 77 e 78, observam-se diferenças significativas entre os alunos do grupo experimental onde 74,7% dos alunos mantém a posição que *certamente não vão fumar* e 14% alteraram a sua resposta de “certamente que não” para “provavelmente não” (cf. Tabela 85). Entre os alunos do grupo controlo as variações nas respostas não tiveram significado estatístico (cf. Tabela 86).

Tabela 85.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de tabaco (grupo ManiFesta Saúde)

		Probabilidade (pós teste)					Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim	Certamente que sim	Z	p
Probabilidade fumar tabaco (pré teste)								
Certamente que não	n	32	6	0	0	0	-2.31	.021
	%	74.4	14.0	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente não	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Pode ser	n	0	1	1	0	1		
	%	0.0	2.3	2.3	0.0	2.3		
Provavelmente sim	n	0	0	0	1	1		
	%	0.0	0.0	0.0	2.3	2.3		
Total	n	32	7	1	1	2		
	%	74.4	16.3	2.3	2.3	4.7		

Resultados

Tabela 86.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de tabaco (grupo de controlo)

		Probabilidade (pós teste)					Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim	Certamente que sim	Z	p
Probabilidade fumar tabaco (pré teste)								
Certamente que não	n	35	0	1	1	0	-0.82	.414
	%	92.1	0.0	2.6	2.6	0.0		
Provavelmente não	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Pode ser	n	1	0	0	0	0		
	%	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente sim	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Total	n	36	0	1	1	0		
	%	94.7	0.0	2.6	2.6	0.0		

Tabela 87.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de marijuana (grupo ManiFesta Saúde)

		Probabilidade (pós teste)				Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim	Z	p
Probabilidade fumar charro (pré teste)							
Certamente que não	n	39	2	0	0	*	*
	%	90.7	4.7	0.0	0.0		
Pode ser	n	1	0	0	0		
	%	2.3	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente sim	n	0	0	0	1		
	%	0.0	0.0	0.0	2.3		
Total	n	40	2	0	1		
	%	93.0	4.7	0.0	2.3		

Nota. *Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

Os dados das tabelas 87 e 88 mostram a evolução entre os dois momentos acerca da probabilidade de fumar charros. O número reduzido de alunos que admitem vir a fumar charros impedem a realização do teste estatístico, em ambos os grupos da amostra mais de 90% dos alunos referem que *certamente não vão fumar charros* nem antes nem depois da implementação do programa.

Tabela 88.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de marijuana (grupo de controlo)

		Probabilidade (pós teste)				Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim	Z	p
Probabilidade fumar charro (pré teste)							
Certamente que não	n	38	0	0	0	*	
	%	100.0	0.0	0.0	0.0		
Pode ser	n	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente sim	n	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0		
Total	n	38	0	0	0		
	%	100.0	0.0	0.0	0.0		

Nota. *Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

Tabela 89.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de outras drogas (grupo ManiFesta Saúde)

		Probabilidade (pós teste)				Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim	Certamente que sim	Z
Probabilidade tomar outras drogas (pré teste)							
Certamente que não	n	37	3	0	0	0	*
	%	86.0	7.0	0.0	0.0	0.0	
Provavelmente não	n	1	0	0	0	0	
	%	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	
Provavelmente sim	n	1	0	0	1	0	
	%	2.3	0.0	0.0	2.3	0.0	
Certamente que sim	n	0	0	0	0	0	
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Total	n	39	3	0	1	0	
	%	90.7	7.0	0.0	2.3	0.0	

Nota. *Não existem casos em número suficiente para calcular o teste

Relativamente à probabilidade de tomar outras drogas, não se registaram diferenças entre os dois momentos em nenhum dos dois grupos, isto porque a maioria dos alunos afirma que *certamente não vão experimentar outras drogas* (cf. Tabela 89 e 90).

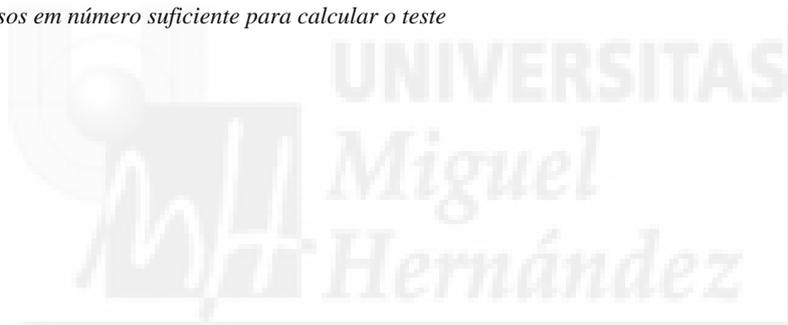
Resultados

Tabela 90.

Comparações intragrupos, entre momentos de avaliação para a intenção de consumo de outras drogas (grupo de controlo)

Probabilidade tomar outras drogas (pré teste)		Probabilidade (pós teste)					Teste de Wilcoxon	
		Certamente que não	Provavelmente não	Pode ser	Provavelmente sim	Certamente que sim	Z	p
Certamente que não	n	38	0	0	0	0	*	
	%	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente não	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Provavelmente sim	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Certamente que sim	n	0	0	0	0	0		
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Total	n	38	0	0	0	0		
		100.0	0.0	0.0	0.0	0.0		

**Não existem casos em número suficiente para calcular o teste*





CAPÍTULO 8.
DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi traduzir e adaptar para a população Portuguesa o programa de prevenção *Saluda*. Neste capítulo, procede-se à interpretação dos principais resultados atendendo aos objetivos definidos nesta investigação bem como à literatura existente neste domínio.

8.1. ADEQUAÇÃO CULTURAL DO PROGRAMA E DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

8.1.1. Adequação cultural do programa

A **primeira hipótese** desta investigação, relativa à adequação cultural do programa, supõe que o programa contém conteúdos compreensíveis e adequados à cultura portuguesa. Com base nos resultados obtidos podemos afirmar que esta hipótese foi confirmada. Todos os indicadores, tanto da parte dos administradores do programa como da parte dos sujeitos alvo, foram avaliados de forma muito positiva.

A metodologia de uma adaptação cultural bem-sucedida pressupõe uma tradução direta, tradução inversa, consolidação por Comité de Especialistas e Pré teste (Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas, & Delclós-Clanchet, 2013). Ora, de todos estes procedimentos prescritos, a adaptação do programa *Saluda / Manifesta Saúde* para a população portuguesa apenas não beneficiou de um – a tradução inversa. A decisão de excluir este elemento prende-se com a gestão de tempo e recursos, já referida no ponto 6.1.2. Com efeito, tais constituem-se constrangimentos frequentes às replicações científicas de projetos de prevenção (Morrison et al., 2009). Portanto, é necessário assumir que uma investigação científica nesta área implica forçosamente uma gestão entre a precisão que é desejável e o rigor que é possível, sob pena de, se assim não se proceder, ver esgotados todos os meios antes sequer de implementar o programa preventivo.

Por este trabalho constituir-se enquanto o estudo da adaptação do programa *Saluda / Manifesta Saúde* para a população portuguesa e o estudo-piloto dos seus efeitos, logo, sendo o próprio uma forma elaborada de pré teste, também julgou-se ser mais pertinente adaptar as sessões e constituir um grupo de quatro adolescentes frequentando escolas distintas para analisar os conteúdos das sessões e propor ajustamentos aos mesmos. Assim, pediu-se a sua opinião sobre as atividades e incorporou-se as suas sugestões no que toca às terminologias e gírias, bem como os seus costumes e estilos.

É provável que o maior entrave justificativo da raridade dos estudos de adaptação e replicação de programas preventivos, mesmo num plano internacional, seja o enorme fosso que se encontra entre a rigidez dos pressupostos teóricos de onde estes partem e a imprevisibilidade das contingências práticas que se encontram na sua aplicação.

Considerou-se, pelo menos neste caso, que as adaptações formais mais significativas ocorreram inesperadamente, no contacto prévio com os parceiros, nomeadamente, as instituições educativas que aceitaram colaborar neste trabalho. A modificação do tempo das sessões é exemplo claro dessa evidência.

Ademais, as opiniões do grupo focal de adolescentes foram fundamentais para avaliar de forma definitiva a adequabilidade da conversão do título Espanhol do programa para a língua portuguesa, elaborada pelo comité de especialistas. Aqui, compreendeu-se o jogo de palavras de duplo significado “Salud” e “Saludo” do Castelhana para integrar um termo de afetividade positiva para integrar o significado de saúde. Seguindo a mesma linha de raciocínio para a língua portuguesa, juntaram-se os termos “Manif” e “Festa” – “Manifesta” para configurar um termo que remetesse não só para a irreverência e autodeterminação tipicamente juvenis mas também para a declaração de uma afetividade positiva ligada à saúde, em jeito de gosto pela diversão. Outros conteúdos do programa também beneficiaram dos ajustamentos propostos pelos adolescentes. Esses elementos careciam de confirmação de adequabilidade mesmo depois da revisão proposta pelo grupo de especialistas.

Finalmente, a consolidação do grupo de especialistas constituiu o passo mais investido e rigoroso do processo de adaptação. Tratou-se de uma decisão de gestão da investigação alicerçar o estudo neste passo, por se considerar o mais determinante. Com esta produção assegurou-se a qualidade ortográfica e gramatical dos conteúdos apresentados na língua portuguesa falada e escrita, introduziram-se e ajustaram-se os conteúdos aos contextos sociais específicos no tempo e no espaço e relevantes numa perspetiva de saúde pública, como novas drogas, hábitos de consumo, entre outros.

Na avaliação do processo de implementação de um programa preventivo do uso de drogas, Sussman, Dent, Stacy, Burton e Flay (1995) sugerem que se tenha em consideração a adesão (refere-se a se o programa foi aplicado na totalidade, conforme planeado), a exposição (refere-se à proporção do programa que foi administrado aos alvos) e a reinvenção (se o programa foi administrado conforme as instruções do mesmo).

Todos os indicadores foram positivos, na medida em que o programa foi aplicado de forma completa, registou-se 1% de absentismo por parte dos alunos e acrescentaram-se apenas mais sessões para compensar a colisão entre a motivação aumentada dos alunos para participar nas atividades contra a restrição temporal de 45 minutos e as grandes dimensões das turmas.

Resta salientar que é urgente convencionar a agilização da adaptação dos programas de prevenção, sem prejuízo do rigor, mas em favor da sua atualização quando possível. Por exemplo, enquanto esta tese foi redigida, drogas emergentes e agressoras da saúde pública foram banidas por decreto legislativo e tornaram-se residuais em prevalência e letalidade. A comunicação social sinalizou recentemente a introdução de hábitos de consumo inéditos na região como o *binge drinking* (beber excessivamente com o intuito de embriagar-se rapidamente). Observando-se mudanças tão drásticas em curtos períodos temporais, é cada vez mais pertinente abordar não só a necessidade de agilização das metodologias de adaptação de programas preventivos do abuso de drogas, como também da periodicidade desejável para proceder a readaptações e revalidações.

8.1.2. Adequação cultural dos instrumentos de avaliação

A análise das características psicométricas das escalas utilizadas teve em conta três parâmetros distintos: a consistência interna, o teste-reteste e a fiabilidade interavaliador.

No questionário do consumo existe boa consistência interna e estabilidade temporal, avaliados através dos coeficientes KR-20 em que o valor obtido foi de .51, ou seja, pode-se afirmar que os alunos compreenderam as perguntas e não responderam de forma aleatória. O *Kappa de Cohen* foi superior a .5 na maioria das variáveis, demonstrando uma boa concordância interavaliador, com exceção do consumo de álcool no último mês.

Quanto à perceção do risco, foram observadas diferenças significativas entre o grupo controlo e experimental para o item da perceção do risco de marijuana, isto quer dizer que, neste item, não é possível imputar alterações no grupo experimental ao programa, pois à partida os dois grupos não eram iguais. O coeficiente de correlação indica que existe associação entre a perceção do risco e o consumo de diversas substâncias

e o *Teste McNemar Bower* confirma essa estabilidade temporal com exceção do risco ligado ao consumo de pastilhas. A concordância entre primeiro e segundo momento indica que esta escala apresenta elevada variabilidade temporal.

Na escala que avalia a Percepção Normativa, a consistência interna juntamente com uma elevada correlação são bons indicadores de consistência interna. Contudo, observou-se uma fraca estabilidade temporal na percepção normativa para o consumo de álcool e tabaco, mas como a variabilidade pode ser mais imputada a alterações entre observadores podemos afirmar que a escala pode ser aplicada em jovens estudantes.

A autoeficácia e a assertividade gozam de boas propriedades métricas, registando um elevado coeficiente *Alpha de Cronbach* e estabilidade temporal, sendo que as diferenças são provocadas mais por variações entre observadores do que intra observadores.

O questionário que avalia a intenção de consumo revelou ser consistente e variar pouco ao longo do tempo, o que é desejável em instrumentos de medida.

Relativamente à **segunda hipótese**, em geral, confirma-se que as escalas são adequadas à população, com boa consistência interna e estabilidade temporal. A partir dos resultados podemos afirmar que, na sua maioria, as escalas apresentam bons indicadores de qualidade e fiabilidade.

8.2. EFICÁCIA DO PROGRAMA

Para inferirmos sobre a eficácia do programa comparamos os resultados no pós teste do grupo que recebeu o programa com um grupo de controlo (que não foi alvo do programa). Ainda assim, para que se possa afirmar que as mudanças registadas são efeito do programa impõe-se que se ateste a igualdade de ambos os grupos (experimental e controlo) face aos parâmetros mais relevantes do estudo (variáveis sociodemográficas e variáveis dependentes).

No que toca às características sociodemográficas, globalmente não existem diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo, embora – e apesar dos esforços empregues para a obtenção de uma amostra homogénea - se tenham encontrado exceções: a idade (o grupo experimental tem alunos com uma idade média superior ao de controlo); o número de irmãos (alunos do grupo experimental tendem a

provir de famílias mais numerosas do que os alunos do grupo controlo); abertura com os pais relativamente ao tabaco e a outras drogas (alunos do grupo de controlo referiram em maior número que falam com os pais acerca de fumar e sobre outras drogas quando comparados com o grupo experimental); e a existência de regras familiares (entre os alunos do grupo experimental existem menos casos com regras claras sobre o consumo de substâncias como álcool, tabaco, charros ou outras drogas).

Relativamente ao consumo de drogas existe igualdade de distribuição dos alunos pelos grupos experimental e controlo no que diz respeito às suas experiências recentes ou não de álcool, tabaco, marijuana, cocaína, anfetaminas, alucinogénios ou ecstasy. Desta forma, as diferenças observadas entre os dois momentos de avaliação nos dois grupos não podem ser atribuídas às características dos alunos mas sim à condição experimental.

Os resultados obtidos permitem afirmar que o grupo controlo é estatisticamente igual ao grupo experimental no que toca à perceção do risco das diferentes substâncias analisadas, com exceção da perceção do risco de marijuana. Neste item, os alunos do grupo de controlo tendem a considerar mais grave o risco associado ao consumo de marijuana comparativamente ao grupo experimental. Relativamente ao risco percebido acerca da marijuana não é possível imputar alterações no grupo experimental ao programa, pois à partida os dois grupos não eram iguais. Não há evidência de diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere à perceção normativa. A autoeficácia média é estatisticamente igual entre alunos do grupo controlo e experimental. Não existe evidência estatística para rejeitar a hipótese de igualdade da assertividade nos dois grupos. Relativamente à intenção de consumir substâncias psicoativas antes da intervenção verificou-se que era semelhante nos grupos experimental e controlo, tendo ambos os grupos revelado elevada probabilidade de não consumir álcool, tabaco, charros ou outras drogas.

Assim, os resultados permitem concluir que os alunos do grupo experimental e controlo são comparáveis, pois na generalidade das variáveis analisadas os resultados apontam para a igualdade de distribuição. Desta forma, as diferenças observadas entre estes grupos e dentro dos grupos ao longo do tempo poderão ser efeito do programa.

Seguidamente, e em resposta às hipóteses estabelecidas, discutem-se os efeitos nos diferentes grupos produzidos pelo programa (avaliados no pós teste) ao nível das diferentes variáveis.

8.2.1. Efeitos sobre o consumo de substâncias

Após a intervenção, não se observaram diferenças significativas no número de alunos de cada grupo que experimentaram ou consumiram no último mês alguma das substâncias referidas no questionário. Esta semelhança pode ser explicada por um período curto entre os dois momentos da avaliação o que não provoca diferenças nas atitudes e comportamentos dos jovens em estudo. Outro motivo explicativo deste resultado prende-se com a tendência para um número reduzido de sujeitos com consumos prévios (observado no pré teste). Ou seja, a amostra deste estudo, independentemente do efeito da intervenção, não tinham consumos de substâncias psicoativas, provindo na sua maioria de agregados familiares de nível socioeconómico médio e com níveis satisfatórios de abertura com os pais e estabelecimento de regras e limites. Nesta comparação intergrupos rejeita-se a **terceira hipótese**: *”O consumo de substâncias diminuirá no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo”*.

8.2.2. Efeitos sobre a intenção de consumo

Atendendo aos resultados obtidos, verifica-se que a intenção de consumo não é dependente do grupo a que os alunos pertencem, isto é, os dados não permitem concluir que exista associação entre a intenção de consumo e o grupo a que o aluno pertence, pois os valores de prova dos testes de independência de Qui-Quadrado foram superiores a .05. Assim, não se confirma a **quarta hipótese** levantada: *“A intenção de consumo diminuirá no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo”*. Este resultado poderá explicar-se com base nos mesmos argumentos apresentados no ponto 8.2.1.

8.2.3. Efeitos sobre a perceção de risco

Em resposta à **quinta hipótese**: *“A perceção de risco aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo”*, não se observaram diferenças significativas na perceção do risco no consumo de tabaco, em ambos os grupos. Do mesmo modo a perceção do risco do consumo do álcool não sofreu alterações significativas em nenhum dos dois grupos no segundo momento de avaliação. O mesmo

aconteceu em relação à avaliação do risco envolvido no consumo de marijuana, cocaína e pastilhas em que não se verificaram alterações significativas.

8.2.4. Efeitos sobre a percepção normativa

Podemos afirmar que em relação à percepção normativa não existem diferenças significativas no pós teste entre os dois grupos. Este resultado é consistente com os anteriores, pois trata-se da percepção, não é tangível e leva tempo a ser alterada. Por conseguinte, a **hipótese seis** não se confirma: “*A percepção normativa do consumo melhorará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo*”.

8.3.5. Efeitos sobre a autoeficácia

Embora o grupo experimental apresentasse um nível de autoeficácia superior ao do grupo de controlo, na prática não existem diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito à autoeficácia no pós teste, não se confirmando a **hipótese sete**: “*O nível de autoeficácia aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo*”.

8.2.6. Efeitos sobre a assertividade

No que toca à **oitava hipótese** confirma-se que “*O nível de assertividade aumentou no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo*”. Efetivamente, os resultados apontam para uma superioridade estatisticamente significativa do grupo experimental face ao grupo de controlo quanto ao nível de assertividade. Resultados do pós teste apontam para valores de 13.91 no grupo que recebeu a intervenção contra 18.72 no grupo de controlo. Ou seja, o grupo experimental aproximou-se mais do valor zero (indicativo de assertividade) e o grupo de controlo aumentou ligeiramente o seu valor, mantendo-se ao nível da assertividade agressiva (valores mais próximos de 30).

8.3. EFEITOS TEMPORAIS DO PROGRAMA

8.3.1. Novos consumidores

Com base nos resultados e quanto ao número de novos consumidores de álcool verificou-se que, no caso do grupo experimental, não se observaram diferenças significativas no momento pré e pós teste (7.1%). Contudo, no caso do grupo de controlo essa diferença foi significativa, com um aumento de novos consumidores de álcool na ordem dos 12.8%. Podemos atribuir esta diferença ao efeito inibidor do programa no que diz respeito à primeira experiência de consumo de álcool.

No que diz respeito ao consumo de tabaco ou marijuana não foi possível realizar testes estatísticos pois existem células com zeros, o que significa que não houve mudança de comportamento em relação a estas substâncias. Embora não se tenha verificado uma redução no número de novos consumidores no grupo experimental, no que ao álcool diz respeito, verificou-se que esse valor não sofreu alterações junto dos alunos do grupo experimental e, por outro lado, aumentou significativamente no caso do grupo de controlo. Neste sentido, pode afirmar-se que a intervenção promove comportamentos mais seguros ao nível do consumo de álcool.

8.3.2. Variáveis protetoras

Perceção de risco

Após a intervenção não se observaram diferenças significativas na perceção do risco no consumo de tabaco, em ambos os grupos. A maior parte dos alunos consideravam como *bastante* ou *muito* o risco associado ao tabaco e após a intervenção são essas categorias que continuaram a agregar a maior parte dos alunos de ambas os grupos. O facto de não haver mudanças significativas é refletivo bons valores de prova dos testes de *McNemar Bower*.

A perceção do risco do consumo do álcool não sofreu alterações significativas em nenhum dos dois grupos entre os dois momentos de avaliação. Contudo, após a intervenção 27.9% dos alunos do grupo experimental alteraram a sua opinião quanto à perceção do risco do consumo de álcool. Já no grupo controlo a percentagem de alunos que aumentaram a perceção do risco o consumo de álcool foi de 12.8%. Podemos assim

afirmar que o programa poderá ter um efeito de agravamento ou manutenção da percepção do risco do consumo de álcool.

Relativamente à percepção do risco envolvido no consumo de marijuana, o período de tempo que mediou entre as duas medições não contribuiu para alterações significativas na opinião dos alunos do grupo experimental. Observou-se que não existiram diferenças significativas acerca da percepção do risco associado ao consumo de cocaína.

O aumento da percepção do risco foi observado em 25.6% dos alunos do grupo experimental, sem que esse valor fosse suficiente para afirmar que existem diferenças significativas entre os dois momentos avaliados. No grupo de controlo foram registadas diferenças significativas, provocadas por uma menor percepção do risco no segundo momento (pós teste), sendo esta diferença entre os dois grupos pode ser atribuída ao efeito da intervenção. Em suma, o programa teve como efeito o agravamento ou a manutenção da percepção de risco associado ao consumo de álcool e pastilhas.

Percepção normativa

Em ambos os grupos verificou-se um aumento da sua percepção acerca da percentagem de pessoas da mesma idade que consome drogas. Isto poderá explicar-se pelo facto de entre o momento de preenchimento do pré e do pós teste ter decorrido na altura de férias de Natal e fim de ano. Nesta altura do ano é comum na cultura madeirense os jovens participarem em festas, nas quais têm ao seu dispor bebidas alcoólicas e são pressionados socialmente para o consumo (brindes, felicitações de ano novo, diversão para se despedirem do ano que acaba, etc.). Inclusivamente nas festas comemorativas do Natal em seio familiar, é frequentemente aceitável nesta cultura que os jovens experimentem bebidas alcoólicas típicas (poncha, licores, champanhe, etc.). No mesmo sentido, disparam os relatos na comunicação social das situações de intoxicação alcoólica e distúrbios provocados por consumo de substâncias ilícitas, sobretudo com jovens. Contudo, e apesar disso, o grupo experimental mantém no pós teste uma percepção normativa mais próxima da real, quando comparado ao grupo de controlo que se distancia ainda mais no pós teste dos números oficiais. Podemos inferir que o programa contribuiu para a uma noção mais realista do número de jovens que tem comportamentos de consumo de substâncias.

Autoeficácia

Quanto à autoeficácia não se observaram diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação em cada um dos grupos. Embora no grupo experimental o valor médio de autoeficácia tenha aumentado ligeiramente no pós teste e o contrário se tenha verificado no grupo de controlo (valor médio baixou ligeiramente), as diferenças observadas não são significativas.

Assertividade

Entre o grupo experimental ocorreram diferenças entre os dois momentos, passando de uma média inicial de 18.12 para 13.91. Já no grupo controlo a média da assertividade não se alterou ao longo do tempo, pois o valor de prova obtido foi superior a .05. Repare-se que ambos os grupos avaliados no pré teste (antes da implementação do programa) tinham níveis de assertividade com tendência agressiva na ordem dos 18 valores. Comparando a evolução dos dois grupos, podemos inferir que os alunos do grupo experimental evoluíram no sentido de uma maior assertividade, enquanto os alunos do grupo controlo mantiveram os níveis de assertividade com tendência agressiva.

Intenção de consumo

As variações de opinião sobre a intenção de consumir álcool entre os dois momentos não revelou ser significativa em nenhum dos grupos. Relativamente à probabilidade de fumar tabaco, observaram-se diferenças significativas entre os alunos do grupo experimental, onde 74.7% dos alunos mantiveram a posição que *certamente não vão fumar* e 14% alteraram a sua opinião admitindo vir a experimentar fumar tabaco. Entre os alunos do grupo controlo as variações nas respostas não tiveram significado estatístico.

O número reduzido de alunos que admitiram vir a fumar charros impediram a realização do teste estatístico. Em ambas as amostras, mais de 90% dos alunos referiram que *certamente não vão fumar charros* nem antes nem depois da implementação do programa.

Relativamente à probabilidade de tomar outras drogas, não se registaram diferenças entre os dois momentos em nenhum dos dois grupos, isto porque a maioria dos alunos afirmou que *certamente não vão experimentar outras drogas*.

Assim, confirma-se parcialmente a **nona hipótese**, observando-se mudanças no grupo experimental em algumas variáveis protetoras, nomeadamente em relação ao aumento da assertividade, o agravamento da perceção do risco do consumo de pastilhas e uma melhor perceção normativa relativamente ao grupo de controlo (com uma noção mais próxima do real quanto ao número de jovens que consomem substâncias psicoativas). No mesmo sentido, observou-se uma redução do número de novos casos de consumidores de álcool no grupo experimental.





CAPÍTULO 9.
CONCLUSÕES

Todos os indicadores avaliados remetem para a compreensividade e adequação cultural do programa *ManiFesta Saúde* junto da população madeirense, na medida em que tanto os avaliadores quanto os sujeitos alvo avaliaram positivamente os seus conteúdos.

Quanto aos instrumentos da avaliação, estes mantiveram propriedades psicométricas aceitáveis, nomeadamente no que concerne à consistência interna e estabilidade temporal.

Atestou-se a igualdade de ambos os grupos, experimental (Grupo *ManiFesta Saúde*) e de controlo, face aos parâmetros tidos por relevantes no estudo. Tal permite contemplar as mudanças registadas enquanto inerentes à condição experimental e indicadores da eficácia do programa.

Não se observaram diferenças significativas nas variáveis comparadas após a intervenção, no grupo experimental face ao grupo de controlo. Esta permanência pode ser explicada pelo curto período entre os dois momentos de avaliação, tempo esse que poderá ter sido insuficiente para a modificação efetiva de cognições e comportamentos.

No que concerne aos efeitos temporais do programa (a curto prazo), o número de novos consumidores de álcool no grupo experimental pode ter beneficiado do efeito inibidor da intervenção preventiva em comparação com o grupo de controlo. As primeiras experiências de consumo de álcool aumentaram significativamente no grupo de controlo, mantendo-se no grupo *ManiFesta Saúde*.

O programa também pode ter tido um efeito amortecedor no grupo experimental quanto à perceção irrealista do que consideram ser a norma do consumo de substâncias entre os jovens. No caso, a perceção normativa cresceu significativamente menos no grupo que recebeu a intervenção do que no grupo de controlo.

Variações significativas de opinião relativamente à própria assertividade e intenção de consumo no grupo experimental podem indicar que os sujeitos deste grupo passaram a encarar os cenários de consumo de forma mais realista e a melhorar as suas capacidades face aos sujeitos do grupo de controlo em que não se observaram diferenças.

CONCLUSIONS

All the evaluated indicators suggest the *ManiFesta Saúde* program's cultural adaptation and comprehensiveness within the madeirian population, for both the evaluators and the target participants positively evaluated its contents.

As for the evaluation of instruments, these preserved acceptable psychometric properties, particularly with regard to internal consistency and temporal stability.

This work verified equality between both experimental (*Grupo ManiFesta Saúde*) and control groups, in terms of the considered parameters in the study. This suggests the registered changes are inherent to the experimental condition and as such indicators of the program's effectiveness.

There were no significant differences between the experimental and control groups in what refers the variables compared after the intervention. This may be explained by the short period amid the two evaluation moments, which might have been insufficient for effective modification of cognitions and behaviours.

Regarding the program's (short-term) temporal effects, the number of new alcohol consumers in the experimental group may have benefited from the inhibitor preventive intervention effect when compared with the control group. The first time alcohol usages increased significantly in the control group, and remained stable in the *ManiFesta Saúde* group.

This work suggests the program may also have had a dampening effect in the experimental group on the unrealistic perception of what it is considered to be the norm of substance use among youth. For this particular case, the normative perception increased significantly less in the group receiving the intervention than in the control group.

Significant variations of opinion in relation to their own assertiveness and consumer intent in the experimental group may indicate that the subjects of this group will face the consumption scenarios more realistically and to improve their capabilities when compared to subjects in the control group, in which, no differences were observed.

CONCLUSIONES

Todos los indicadores evaluados sugieren la comprensibilidad y adecuación cultural del programa *ManiFesta Saúde* junto a la población madeirense, en la medida en que tanto los evaluadores como los sujetos objeto de estudio, evaluaron positivamente sus contenidos.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, estos presentaron propiedades psicométricas aceptables, principalmente en lo que concierne a la consistencia interna y estabilidad temporal.

Se demostró la igualdad de ambos grupos, experimental (Grupo *ManiFesta Saúde*) y de control, según los parámetros tomados en cuenta como relevantes para el estudio. Esto ha permitido contemplar los cambios registrados como inherentes a la condición experimental e indicadores de la eficacia del programa.

No se observaron diferencias significativas en las variables comparadas después de la intervención, en el grupo experimental respecto al grupo control. Esta permanencia puede ser explicada por el corto período entre los dos momentos de evaluación, tiempo que podría haber sido insuficiente para la modificación efectiva de cogniciones y comportamientos.

En lo que concierne a los efectos temporales del programa (a corto plazo), el número de nuevos consumidores de alcohol en el grupo experimental puede haber sido beneficiado por el efecto inhibitorio de la intervención preventiva en comparación con el grupo control. Las primeras experiencias de consumo de alcohol aumentaron significativamente en el grupo control, manteniéndose en el grupo *ManiFestaSaúde*.

El programa también puede haber tenido un efecto amortiguador en el grupo experimental en cuanto a la percepción irrealista de lo que consideran como la norma del consumo de sustancias entre los jóvenes. En el caso de la percepción normativa creció significativamente menos en el grupo que recibió la intervención que en el grupo control.

Variaciones significativas de opinión relativamente a la propia intención de consumo en el grupo experimental pueden indicar que los sujetos de este grupo pasaron a encarar los escenarios de consumo de una forma más realista y a mejorar sus capacidades respecto a los sujetos del grupo control, en los que no se observaron diferencias.



CAPÍTULO 10.
LIMITAÇÕES

Neste capítulo exploram-se as limitações desta investigação nas diversas fases da sua execução. Primeiramente, no que ao processo de tradução e adaptação diz respeito, devido a constrangimentos de tempo não foi possível proceder à retroversão da tradução do programa original. Embora os resultados indiquem que a intervenção resultou interessante para os participantes e administradores, com conteúdos compreensíveis e tenha tido elevado nível de participação, especula-se que a ausência deste procedimento possa ter tido como consequência a redução do impacto do programa.

Sendo esta intervenção preventiva de aplicação em meio escolar, foi necessário ajustar as sessões em função do tempo letivo dedicado às mesmas. Em Portugal, as aulas têm uma duração de 45 minutos e não de 60 minutos como acontece em Espanha. Face a este constrangimento foi necessário reduzir o tempo dedicado a algumas atividades e inclusive subtrair algumas delas. Desconhecesse qual o impacto desta circunstância nos resultados do programa.

Em relação aos instrumentos de avaliação poder-se-ia ter avaliado outras dimensões sobre as quais o programa intervém, tais como o nível de informação sobre as drogas, as competências de resolução de problemas, o autoconceito, etc. Mais uma vez, a limitação do tempo e a escassa disponibilidade de instrumentos validados para Portugal restringiu o número de variáveis analisadas.

No que toca ao Estudo Piloto, nomeadamente à amostra, os grupos foram selecionados em função da disponibilidade dos professores que iriam administrar o programa, afetando a representatividade da mesma, com uma prevalência de alunos com nível socioeconómico médio. Embora tratando-se de um estudo exploratório que pretendia avaliar a adequação cultural, também se pretendia averiguar a sua eficácia, pelo que o número de participantes possa ser considerado reduzido. Futuras investigações deverão seguir-se com a realização de estudo experimental averiguando os resultados deste programa preventivo junto de amostras maiores.

Não foi possível averiguar os efeitos do programa sobre o consumo de drogas ilícitas uma vez que a grande maioria reportou nunca ter tido contacto com as mesmas. A aplicação do programa junto de uma amostra com alunos mais velhos, bom como a inclusão de diferentes níveis socioeconómicos, incluindo grupos de risco poderá fazer face a esta limitação.

Limitações

Este estudo apenas incidiu nos resultados a curto prazo (pós teste). Observou-se que o tempo entre o pré teste e o pós teste pode não ter sido suficiente para atuar sobre grande parte das variáveis estudadas. Seria interessante avaliar qual o impacto da intervenção a médio prazo, avaliando novamente após um período de 3 a 6 meses (seguimento), bem como a inclusão de uma sessão de reforço.





REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1988). *Atitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Alonso, C. (2005). La evolución del consumo de drogas en España: evolución y propuestas para la reflexión. *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 367-381.
- Alvira, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: CIS.
- Anderson P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies
- Angel, P. (2002). Prevenção. In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur (Ed.), *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, A. M., & Inglés, C. J. (2008). *Stress nos docentes portugueses: relação com o exercício físico, o burnout, a saúde, a autoeficácia geral segundo o género*. Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- August, G. J., Winters, K. C., Realmuto, G. M., Tarter, R., Perry, C., & Hektner, J. M. (2004). Moving Evidence-Based Drug Abuse Prevention Programs From Basic Science to Practice: “Bridging the Efficacy-Effectiveness Interface”. *Substance Use & Misuse*, 39(10–12), 2017–2053.
- Backer, T. E., Rogers, E. M., & Sopory, P. (1992). *Designing health communication campaigns: what works?* Newbury Park, CA: Sage.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa, 2012. Relatório preliminar*. Lisboa: Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Bandeira, M., Quaglia, M. A. C., Bachett, L. S., Ferreira, T. L., & Souza, G. G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 22(2). doi: 10.1590/S0103-166X2005000200001
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Referências

- Barroso, T., Barbosa A., & Mendes, A. (2006). Programa de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: revisão sistemática. *Referência*, 2(3), 33-44.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2009). Análise do fenómeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3.º ciclo de escolas públicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3). Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self Report Measures. *SPINE*, 25 (24), 3186-3191.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la Prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Biglan, A., Glasgow, R., Ary, D., Thompson, R., Severson, H., Lichtenstein, E., Weissman, W., Faller, C., & Gallison, C. (1987). How generalizable are the effects of smoking prevention program? Refusal skills training and parent messages in a teacher-administered program. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(6), 613-628.
- Blakey, C. H. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychologist*, 58(6/7), 433-440.
- Botvin, G. J. (1998). Preventing adolescent drug abuse through Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness. In J. Crane (Ed.), *Social Programs That Work* (pp. 225-257). New York: Russell Sage Foundation.
- Botvin, G. J. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. In M. D. Glantz, & C. R. Hartel (eds.). *Drug abuse: Origins and interventions*. Washington DC: American Psychological Association.

- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors, 25*, 887–897.
- Botvin, G. J. (2004). Advancing Prevention Science and Practice: Challenges, Critical Issues, and Future Directions. *Prevention Science, 5*(1), 69-72.
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health, 83*(6), 872-880.
- Carvalho, G. S., Dantas, C., & Gonçalves, A. (Novembro, 2009). Prevenção do álcool, tabaco e outras drogas em manuais escolares de 16 países: influência da diversidade sociocultural. Comunicação apresentada no VII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, Florianópolis. Retrieved from <http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viienepec/pdfs/152.pdf>
- Carvalho, J. N. (1991). *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Castro, F. G., Barrera, M., & Martinez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Preventive Science, 5*(1), 41-45.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004). *Procedural guidance for selected interventions and strategies for community-based organizations*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Califórnia: SAGE Publicações.
- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (2002). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention* (2002 Conference Edition). Retrieved from <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED469354.pdf>
- Detry, B., & Castro, S. L. (1996). A escala de assertividade de Rathus: Versão portuguesa. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado, & M. Simões (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. 4, pp. 357-363). Braga: Apport.
- Derzon, J. H. (2007). Using correlational evidence to select youth for prevention programming. *The journal of primary prevention, 28*, 421-447.
- Dobson, D., & Cook, T. J. (1980). Avoiding Type III error in program evaluation: Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning, 3*, 269-276.

Referências

- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*(2), 237-256. doi: 10.1093/her/18.2.237
- Dusenbury, L. & Falco, A. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health, 65, 10*, 420-431.
- Elliot, D. S., & Mihalic, S. (2004). Issues in Disseminating and Replicating Effective Prevention Programs. *Prevention Science, 1*(5), 47-51.
- Espada, J. P. (2002). *Evaluación de tres intervenciones para la prevención del abuso de drogas en el ámbito escolar*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., & García-Fernández, J. M. (2012). Component analysis of a school-based substance use prevention program in Spain: Contributions of problem solving and social skills training content. *Prevention Science, 13*(1), 86-95. doi: 10.1007/s11121-011-0249-y
- Espada, J. P., Hernández, O., Orgilés, M., & Méndez, F. X. (2010). Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electronic Journal of Research on Educational Psychology, 8*(3), 1033-1050.
- Espada, J. P., & Méndez, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M., & Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual, 10*(3), 581-602.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K.W., & Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo, 84*, 21-29.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2003). *Batería de Cuestionarios para la Evaluación del Consumo de Drogas en Adolescentes*. R.P.I.MU-0781-2003.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Orgilés, M., García-Fernández, J. M., & Inglés, C. J. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y Drogas, 8*(1), 29-50.
- Espada, J. P., Rosa, A.I., & Méndez, F.X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y Drogas, 3*, 61-81.

- Feijão, F. (2012a). *Inquérito nacional em medio escolar, 2011 – 3.º ciclo. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada*. Retrieved from http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo_rev.pdf
- Feijão, F. (2012b). *Inquérito nacional em medio escolar, 2011 – Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: uma abordagem integrada*. Retrieved from http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario_rev.pdf
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/2011*. Retrieved from http://www.idt.pt/PT/ComunicacaoSocial/ComunicadosImprensa/Documents/ECATD_ESPAD_Portugal_16NovResultados.pdf
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: na introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonseca, A. C. (2010). Consumo de álcool e seus efeitos no desempenho escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 44(1), 259-279.
- Froján, M. X., & Santacreu, J. (1994). Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas. *Adicciones*, 6, 283-299
- García del Castillo, J. A., & López, M. C. (1998). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- García-Fernández, J. M. (2007). Frecuencia del consumo de drogas legales: Diferencias de edad en la adolescencia. *Revista Española de drogodependencias*, 2, 181-195.
- Gázquez, M. (2010). *Comparación de tres programas de prevención de drogas en el ámbito escolar*. (Doctoral Dissertation). Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gómez-Fraguela, J. A., Romero, E., Villar, P., & Luengo, M. A. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15, 581-588.
- Goodstadt, M. (1986). School-based education in North America: what is wrong? What can be done? *Journal of School Health*, 56, 278-281.

Referências

- Graham, K., & Birchmore, C. (1998). The problem of replicability in program evaluation. *Evaluation and Program Planning, 12*(2), 179-187.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-Cultural adaptation of health related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology, 46*(12), 1417-1432.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2014). The adverse health effects of chronic cannabis use. *Drug Testing and Analysis, 6* (1-2), 39-45. doi: 10.1002/dta.1506
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research, 6*, 237-247.
- Hwang M. S., Yeagley K. L., & Petosa R. (2004). A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav, 31*, 702-719.
- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L., & Kellam, S. (2001). The distal impact of two first grade preventive interventions on conduct problems and disorder and mental health service need and utilization in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9*, 146-160. doi:10.1177/106342660100900301
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Autónoma da Madeira*. Lisboa: INE.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*, 1-47.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental Review 12*(4), 374-390.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1996). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1995. Volume I: Secondary school students*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behaviour among youth. *Annual Review of Sociology, 6*, 235-285.
- Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescence drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry, 21*, 328-347.

- Kelly, J. A., Heckman, T. G., Stevenson, L. Y., Williams, P. N., Ertl, T., Hays, R. B., Leonard, N. R., O'Donnell, L., Terry, M. A., Soqolow, E. D., & Neumann, M. S. (2000). Transfer of research-based HIV prevention interventions to community service providers: Fidelity and adaptation. *AIDS Education and Prevention, 12*(Suppl. A), 87–98.
- Klepp, K., Halper, A., & Perry, C. L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health, 56*, 407-11. 6.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity in universal family-based prevention interventions. *Preventive Science, 3*(3), 241-244.
- Kumpfer, K. L., Pinyuchon, M., Melo, A. T., & Whiteside, H. O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program. *Evaluation & the Health Professions, 31*(2), 226-239. doi: 10.1177/0163278708315926
- Lilja, J., Unni, B., Larsson, S., & Hamilton, D. (2003). Evaluation of Drug Use Prevention Programs directed at adolescents. *Substance Use and Misuse, 38*(11-13), 1831-1863.
- Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J., & Asthon, M. (2000). The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 7*(2), 109–126.
- Lowe, G., Foxcroft, D. R., & Sibley, D. (1993). Adolescent Drinking and Family Life. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Luengo, M. A., Otero-López, J. M., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta, 22*, 683-708.
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez-Fragüela, J. A., Guerra, A., & Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Lynskey, M., & Sussman, S. (2001). Pilot studies. In S. Sussaman (Ed.), *Handbook of Program Development for Health Behaviour Research Practice* (pp. 391-421). Los Angeles: Sage Publications.

Referências

- Maia, A., Simões, C., & Matos, M. G. (2007). Consumo de Substâncias na adolescência. *Toxicodependencias, 13*(3), 23-30.
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D., Porto, D. L., Sardinha, L. M., Barreto, S. M., & Neto, O. L. (2011). Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 14*(1) 136-146.
- Marlatt, A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção e recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M., López-Roig, S., Lledó, A., Sitges, E., Terol, M., & Rodríguez-Marín, J. (2003). *Validación de la escala de autoeficacia general en muestra española*. Departamento de Psicología de la Salud. Alicante: Universidad Miguel Hernández.
- Martín-González, E. (2005). 20 años de prevención familiar en España (1985-2005). *Revista Española de Drogodependencias, 30*(3-4),301-321.
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Gaspar, T., Camacho, I., & Diniz, J. A. (2006). *A Saúde dos adolescentes portugueses hoje em 8 anos. Relatório preliminar do estudo HBSC 2006*. Retrieved from http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_nacional_2006.pdf
- McBride, N., Farringdon, F., Midford, R., & Phillips, M. (2001). *SHAHRP final report to the Western Australian Health Promotion Foundation*. National Drug Research Institute: Perth, Western Australia.
- Mckleroy, V. S., Galbraith, J. S., Cummings B., Jones, P., Harshbarger, C., Collins, C., Gelaude, D., Carey, J. W., & the ADAPT Team. (2006). The Guilford Press Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. *AIDS Education and Prevention, 18* (Suppl.), 59-73. doi: 10.1521/aeap.2006.18.suppl.59
- Meyer, J.P. (2010). *Reliability*. New York: Oxford University Press.
- Milgram, G. G. (1987). Alcohol and drug education programs. *Journal of Drug Education, 17*, 43-57.
- Moncada, S., & Palmerín, A. (2007). La prevención del consumo de drogas en España: El papel de los Psicólogos. *Papeles del Psicólogo, 1*(28), 21-28.

- Morelato, G. S., Maddio, S., & Ison, M. S. (2005). Aportes a los criterios de evaluación de las habilidades cognitivas para la solución de problemas interpersonales en niños argentinos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2, 149-164.
- Morrison, D. M., Hoppe, M. J., Guillmoprrre, M. R., Kluver, C., Higa, D., & Wells, E. A. (2009). Replicating an intervention: the tension between fidelity and adaptation. *AIDS Education and Prevention*, 21(2), 128-140. doi: 10.1521/aeap.2009.21.2.128
- Negreiros, J. (2000). As acções de prevenção do abuso de drogas em Portugal: Apreciação crítica e perspectivas para o futuro. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Teresa, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a saúde* (pp. 121-129). Braga: Universidade do Minho.
- Neto, C., Fraga, S., & Ramos, E. (2012). Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. *Revista Saúde Pública*, 46(5), 808-815.
- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2012). *Relatório anual 2012. Evolução do fenómeno da droga na Europa*. Luxembourg: Serviço das Publicações da União Europeia.
- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2013). *Relatório Europeu sobre drogas. Tendências e evoluções, 2013*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Olavarrieta, S. S. (2001). Aspectos metodológicos en la investigación cross-cultural. *Academia. Revista Latinoamericana de Administración*, 26, 55-78.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2007). *Consulta técnica sobre os problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo de álcool na região africana*. Brazzaville: Escritório Regional Africano da OMS.

Referências

- OMS – Organização Mundial de Saúde (2008a). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER. Sin humo y con vida*. Geneva: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2008b). *Informe anual sobre Salud y Enfermedad*. Ginebra: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2010). *The European commission's communication on alcohol and the WHO framework for alcohol policy – Analysis to guide development of national alcohol actions plans*. Copenhagen: OMS Regional Office for Europe.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2011a). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2011b). *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2012a). *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: OMS Regional Office for Europe.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2012b). *Global progress report on implementation of the WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: OMS.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: OMS.
- Pentz, M. A. (1994). Estrategias innovadoras para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar y en la comunidad. In J. A. García, & J. Ruiz (Ed.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Bilbao: Edex.
- Pereira, J. R., & García-Fernández (2009). Evaluación de los efectos del programa preventivo Saluda según la edad de los participantes. *Salud y Drogas*, 9(1), 93-111.
- Pérez Gómez, A., & Posada, C. (2000). Acerca de la prevención. In A. Pérez (Ed.), *El Libro de las drogas: Manual para la familia*. Bogotá: Editorial Carrera 7ª Ltda.
- Perry, C., & Kelder, S. (1992). Prevention. *Annual Review of Addictions Research and Treatment*, 453-472.

- Pestana, M. E., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Poulsen, M. N., Vandenhoudt, S. C., Wyckoff, S. C., Obong'o C. O., Ochura, J., Njika, G., Otwoma, N. J., & Miller, K. S. (2010). Cultural adaptation of a U.S. evidence-based parenting intervention for rural Western Kenya: from parents matter! To families matter! *AIDS Education and Prevention*, 22(4), 273-285. doi: 10.1521/aeap.2010.22.4.273
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item Schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujada, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*, 1(55), 57-66.
- Ringwalt, C., Vincus, A., Ennett, S., Johnson, R., & Rohrbach, A. (2004). Reasons for teachers' adaptation of substance use prevention curricula in schools with non-white student populations. *Prevention Science*, 5(1), 61-67.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-387.
- Schaps, E., & Slimmon, L. (1975). *Balancing heald and hearth: sensible ideas for the prevention of drug and alcohol abuse (book 2)*. Lafayette, CA: Prevention Materials Institute Press.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.
- Serrano, O. H. (2010). *Análisis de los componentes del programa saluda: compromiso público, resistencia a la presión publicitaria y fomento del ocio saludable*. (Doctoral Dissertation). Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Sousa, A., Pinto, A., Sampaio, D., Nunes, E., Baptista, M. A., & Marques, P. (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Lisboa: Ministério da Educação.
- SPTT (1999). *Informação geral para prevenção das toxicodependências*. Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência.

Referências

- Steiker, L. K. (2008). Making Drug and Alcohol Prevention Relevant: Adapting Evidence-based Curricula to Unique Adolescent Cultures. *Fam Community Health, 31* (Suppl. 1), S52–S60. doi:10.1097/01.FCH.0000304018.13255.f6.
- Sussman, S., & Ames S. (2008). *Drug Abuse: Concepts, prevention and cessation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W., & Sun, P. (1993). Project towards no tobacco use: 1-year behavior outcomes. *American Journal of Public Health, 83*, 1245–1250.
- Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W., Burton, D., & Flay, B. R. (1995). *Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*(4), 275–336.
- Tobler, N., & Stratton, H. (1997). Effectiveness of school based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention, 18*, 71–128.
- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., Delgado, B., Martínez-Monteagudo, M. C., & García-Fernández, J. M. (2007). Frecuencia del consumo de drogas legales: Diferencias de edad en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias, 32*(2), 181–195.
- UNODC – United Nations Office on Drugs (2003). *Encuestas escolares sobre el uso indebido de drogas*. Viena: Naciones Unidas.
- UNODC – United Nations Office on Drugs (2013). *World Drug Report*. Vienna: United Nations.
- Vilela, L. Macho, P., & Almeida, G. (2011). Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Revista Toxicodependências, 17*(1), 43-52.
- Wang, S., Moss, J. R., & Hiller, J. E. (2005). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International, 21*(1), 76-83. doi:10.1093/heapro/dai025
- Wepner, S. (1979). Which way drug education? *Journal of Drug Education, 9*, 93-103.

- White, D., & Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 93, 1475–1487.
- Zometa, C. S., Dedrich, R., Know, M. D., Westhoff, W., Siri, R. S., & Debaldo, A. (2007). Translation, cross-cultural adaptation and validation of an HIV/AIDS knowledge and attitudinal instrument. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), 231-244.





ANEXOS



ANEXO A.
AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO REGIONAL DE
EDUCAÇÃO



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA
DIRECÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO

C/C às Escolas

EXMA. SENHORA
DRA. JOANA SOFIA JARDIM FERNANDES

003319 /5

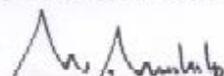
Ass. referência	Ass. classificadora de	Nº ass. referencial	Data
	22/06/11	Proc. 5.72/11	30 JUN 2011

ASSUNTO: Autorização - Investigação - Estudo experimental na área da prevenção do abuso do álcool e outras drogas

Em referência a v/solicitação, informo que autorizo, a investigação sobre o tema em epígrafe, na Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de Santo António, Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Dr. Horácio Bento de Gouveia, Escola Básica dos 2º e 3º ciclos Bartolomeu Perestrelo, Escola Básica dos 2º e 3º ciclos de São Roque, com a condição do pedido ser operacionalizado junto das respectivas Escolas.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR REGIONAL



(Rui Anacleto Mendes Alves)

VA / M/P

Direcção Regional de Educação - Ed. D. João - Rua Cidade do Cabo, nº 38 - 9050-047 Funchal
T 291708420 Fax 291708437

Mod. Nº 700-015 - 3sz



ANEXO B.
FORMAÇÃO AOS PROFESSORES



UNIVERSIDADE MIGUEL HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE



MANIFESTASAÚDE

Programa de Prevenção do Álcool
e Outras Drogas

Colaboração:



Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região



Índice

I – OFICINA DE FORMAÇÃO

II – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

III – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA

IV – PROGRAMA ManiFesta

I – OFICINA DE FORMAÇÃO

I – OFICINA DE FORMAÇÃO

CALENDARIZAÇÃO	<p>Grupo 1:</p> <p>1º Módulo: 14/11/2011 (09:00h – 13:00h);</p> <p>2º Módulo: 24/11/2011 (09:00h - 13:00h);</p> <p>3º Módulo: 05/12/2011 (9:00h-13:00h);</p> <p>4º Módulo: Maio/Junho(3h).</p>
DURAÇÃO	<p>Nº total de horas: 25</p> <p>Nº de horas presenciais: 15</p> <p>Nº de horas de trabalho autónomo: 10</p>
CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS FORMANDOS	<p>A. Assiduidade e Pontualidade - 15%;</p> <p>B. Implementação dos produtos resultantes do projeto no contexto a que se destina (Atividades) - 60%;</p> <p>C. Nº de propostas de melhoria apresentadas após a experimentação dos referidos produtos (Sugestões) – 25%.</p>

II – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

II – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

2 Investigações:

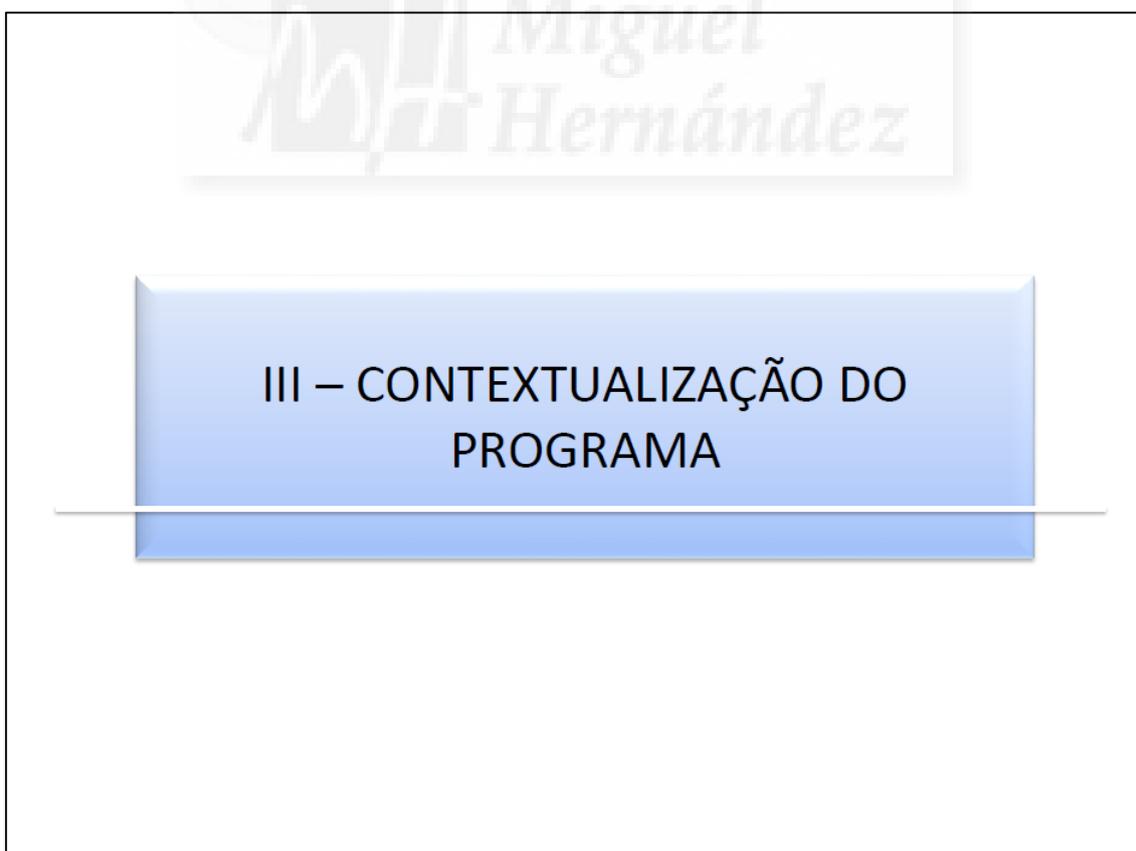
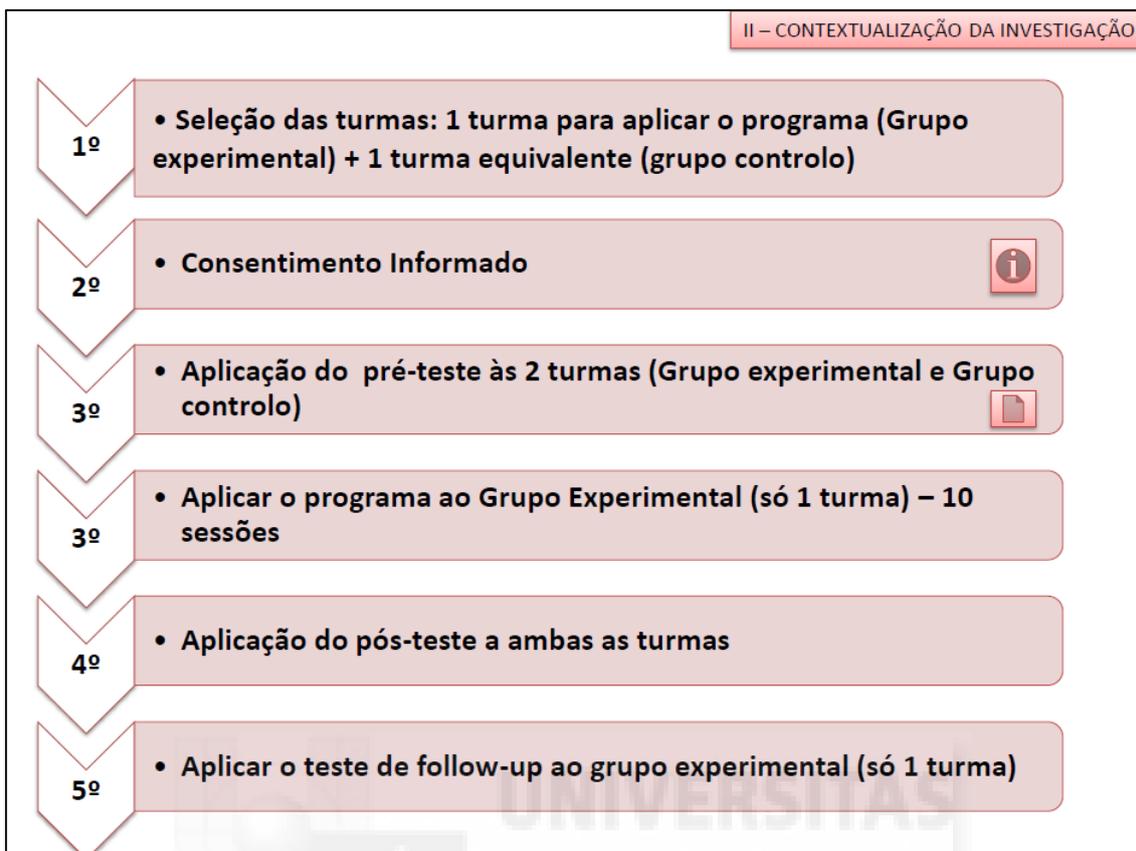
Tradução e Adaptação Cultural do Programa + Estudo Piloto
Avaliação do Programa junto de Adolescentes (12-14 anos)

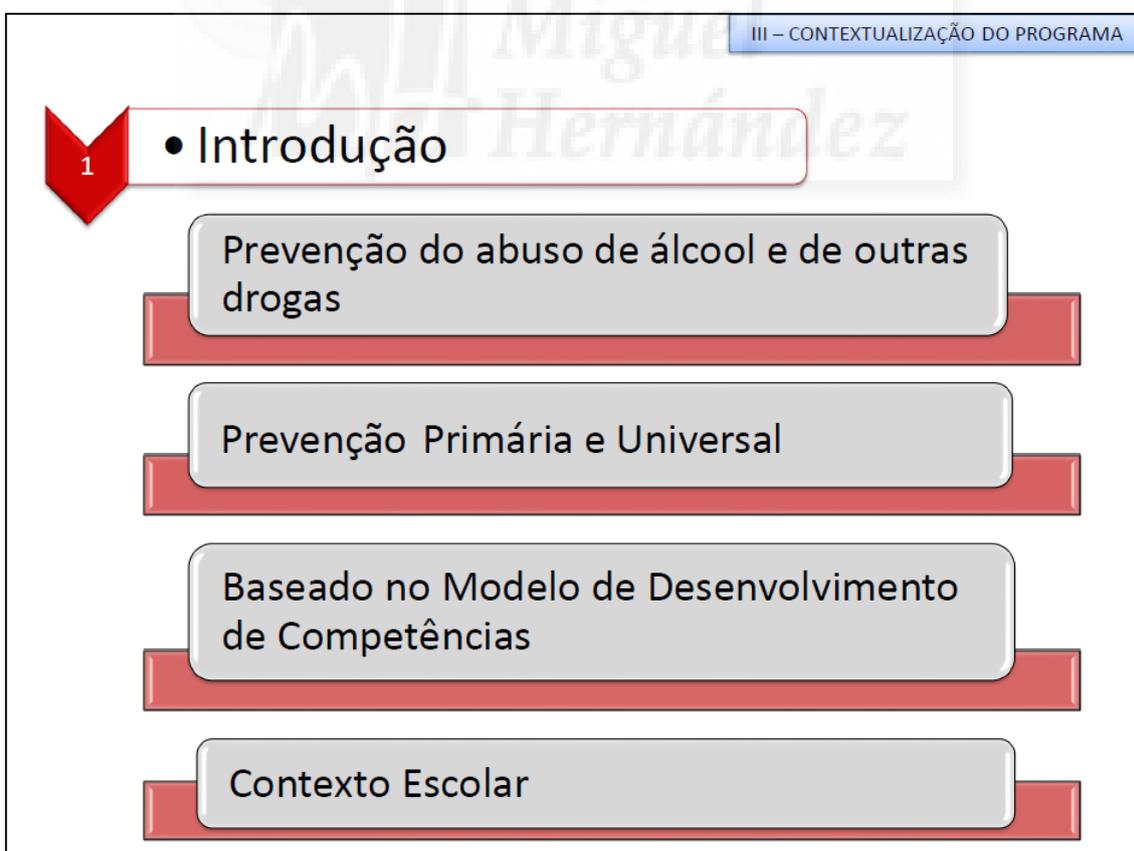
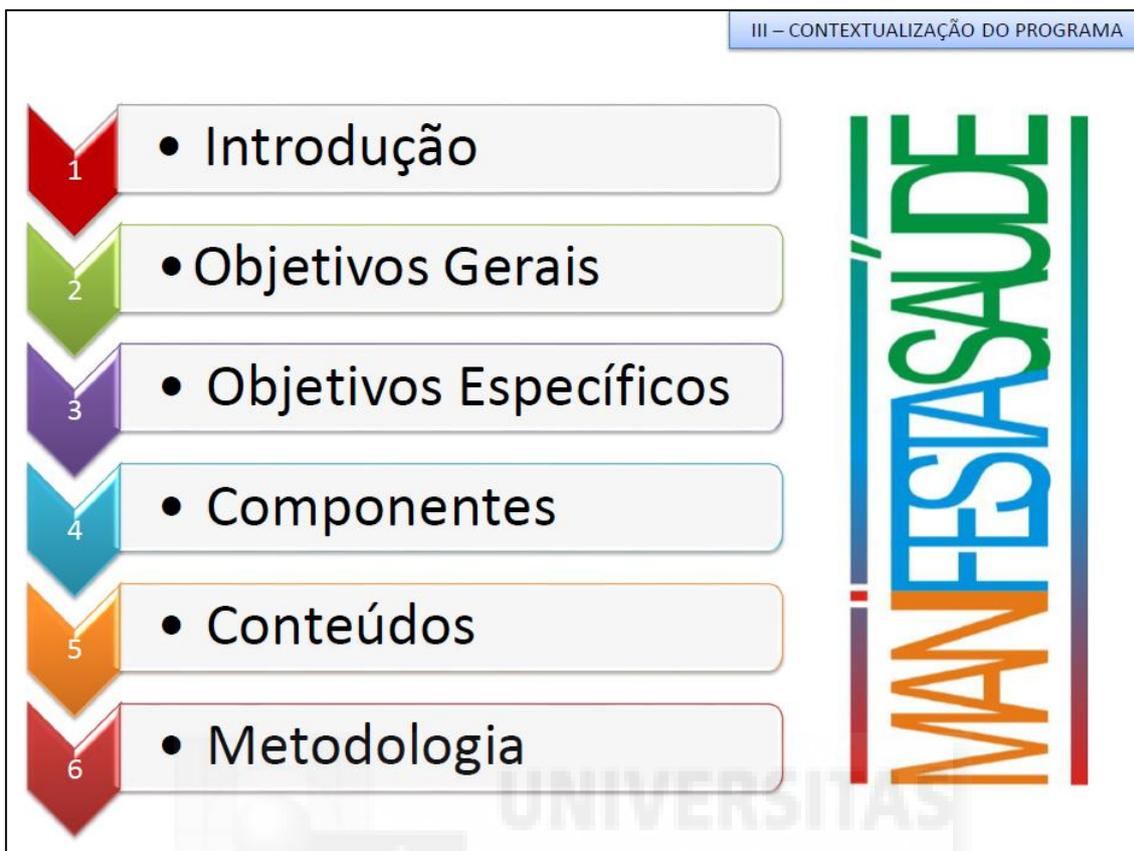
1º Tradução do Programa

2º Revisão por um grupo de Peritos

3º Revisão por um grupo de Adolescentes







III – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA

2 • **Objetivos Gerais**

Atrasar
a idade de
início do
consumo de
álcool

+

Reduzir
o consumo
abusivo de
álcool e outras
drogas

UNIVERSITAS

III – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA

3 • **Objetivos Específicos**

Comportamentos

- Melhorar as competências sociais
- Desenvolver a capacidade de se relacionarem positivamente com os outros sem recorrer ao álcool
- Aprender a escutar activamente, conversar e expressar opiniões
- Adquirir/melhorar a capacidade de resistir à pressão do grupo
- Conhecer as opções para a ocupação dos tempos livres
- Promover o uso saudável dos tempos livres
- Aprender um método geral para resolver problemas de forma eficaz
- Fomentar a tomada de decisão responsável
- Aplicar o método de resolução de problemas para avaliar as vantagens e os inconvenientes de abusar do álcool e de consumir outras drogas
- Realizar a sua tomada de decisão sobre o consumo
- Aprender a auto reforçar o uso responsável das drogas



III – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROGRAMA

5

• Conteúdos

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Educativa	Treino de Competências	Manutenção
<ul style="list-style-type: none"> • 1ª Sessão: “Álcool e drogas” • 2ª Sessão: “Porque é que alguns jovens abusam do álcool e outras drogas?” 	<ul style="list-style-type: none"> • 3ª Sessão: “O que não diz a publicidade?” • 4ª Sessão: “Relações pessoais (1)” • 5ª Sessão: “Relações Pessoais (2)” • 6ª Sessão: “Relações Pessoais (3)” • 7ª Sessão: “Relações Pessoais (4)” • 8ª Sessão: “Tenho um problema, que faço?” • 9ª Sessão: “Resolver Problemas” 	<ul style="list-style-type: none"> • 10ª Sessão: “Eu Controlo”

6

• Metodologia

Aplicação: Periodicidade Flexível (bissemanal, semanal) /
Cada Sessão com duração de 45m/ Âmbito Escolar /
Tamanho máximo do grupo: 30 participantes

Pode ser aplicado por qualquer agente educativo (Professores, Psicólogos, Assistentes Sociais, Educadores Sociais, etc.), desde que atualizado sobre o tema e previamente preparado para os conteúdos e orientações de cada sessão.

O monitor tem como função facilitar a participação, orientar o grupo e criar um ambiente agradável de trabalho. Deverá ter uma atitude neutra face às drogas, permitindo a expressão sincera de opiniões.

Seria recomendável que o monitor tenha conhecimentos de intervenção em grupos (capaz de dinamizar tanto as atividades como os debates).

V – PROGRAMA **MANIFESTA SAÚDE**

Sessão 1

Álcool e Outras Drogas: Que é isso tudo?

Objetivos da sessão

- Promover um ambiente favorável para a aplicação em grupo do programa.
- Fomentar a confiança mútua e a comunicação fluida entre os participantes.
- Conhecer os conceitos básicos sobre as drogas.
- Diferenciar entre uso e abuso de drogas em função das repercussões na saúde.
- Informar acerca das principais características do álcool e de outras drogas.



Sessão 1

Regras básicas:

Regra 1 - Participação

Deves contribuir com as tuas ideias, as tuas perguntas, as tuas opiniões, levantando a mão de cada vez que queiras falar.

Regra 2 - Respeito

Deves escutar com atenção os colegas, respeitando as suas opiniões e evitando críticas ou piadas sobre o que dizem.

Regra 3 - Confidencialidade

Os assuntos pessoais que forem tratados nas sessões devem manter-se dentro do grupo.

Conceitos Básicos:

Cartão 1: O que é uma DROGA? Deem exemplos.

Cartão 2: Que diferenças há entre USO e ABUSO duma droga? Deem exemplos.

Cartão 3: Falando de drogas, vocês sabem o que é DEPENDÊNCIA? Deem um exemplo.

Classificação das drogas:

Sessão 1

**DROGAS
ESTIMULANTES**



Aumentam a
atividade do
sistema nervoso

**DROGAS
DEPRESSORAS**



Diminuem a
atividade do
sistema nervoso

**DROGAS
PERTURBADORAS**



Alteram o
funcionamento do
sistema nervoso,
principalmente a
percepção que se tem
das coisas

Diferentes tipos de drogas- Soluções			
Sessão 1			
	DROGAS ESTIMULANTES	DROGAS DEPRESSORAS	DROGAS PERTURBADORAS
DROGAS ILÍCITAS	<ul style="list-style-type: none"> - Anfetaminas (Speed, Cristal) - Cocaína (Coca, Branca) - Ecstasy (MDMA) - Crack 	<ul style="list-style-type: none"> - Heroína (Castanha, Cavalo, Pó) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mescalina - LSD (Ácidos, Trips) - Ecstasy (MDMA) - Cannabis (Haxixe, Erva) - Speed - Cogumelos Mágicos
DROGAS LÍCITAS	<ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos para a depressão - Nicotina (cigarros) - Cafeína (café) - Mefedrona (Bloom, Miau-Miau) 	<ul style="list-style-type: none"> - Álcool - Medicamentos para dormir - Medicamentos para a ansiedade - Medicamentos antipsicóticos - Morfina 	<ul style="list-style-type: none"> - Mefedrona (Bloom, Miau-Miau) - Colas



Sessão 2

Porque é que alguns jovens abusam do álcool e outras drogas?

Objetivos da sessão

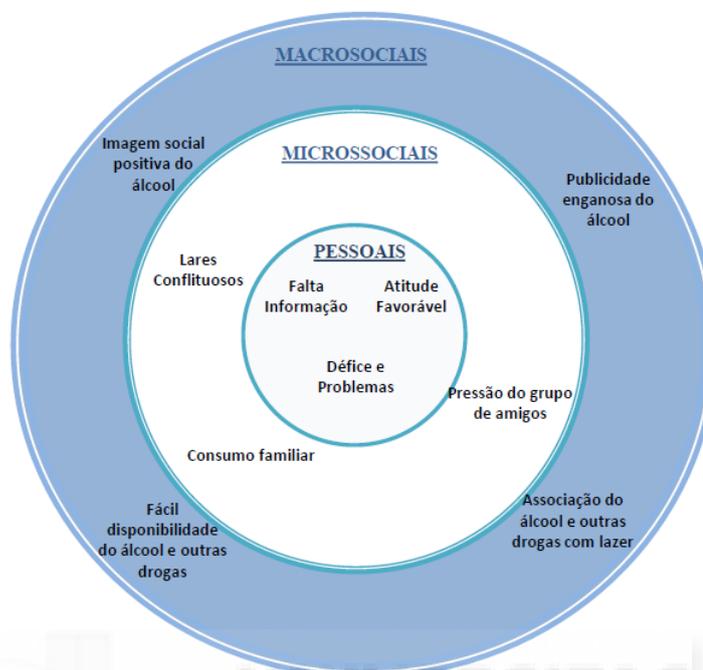
- Analisar as motivações do consumo juvenil de álcool e outras drogas.
- Conhecer os fatores de risco do abuso de álcool e outras drogas.
- Modificar a percepção dos participantes relativamente à prevalência do consumo juvenil de álcool e outras drogas.
- Promover atitudes positivas em relação à abstinência ou ao uso moderado e responsável do álcool.
- Promover atitudes positivas em relação à abstinência das drogas.

CHAVE DE SOLUÇÕES (Ficha 1.1)	Sessão 2
<p>U Ver televisão duas horas por dia</p> <p>U Um adulto beber um copo de vinho todos os dias às refeições</p> <p>A Comer uma tarte inteira</p> <p>U Tomar uma aspirina para uma dor de cabeça</p> <p>A Lavar as mãos de cinco em cinco minutos</p> <p>U Beber duas cervejas durante o fim-de-semana</p> <p>A Não comer nada durante todo o dia para emagrecer</p> <p>A Tomar uma pastilha de ecstasy aos fins-de-semana</p> <p>U Jogar uma partida de ténis aos fins-de-semana</p> <p>A Tomar antibióticos sem prescrição médica</p> <p>A Ver televisão seis horas por dia</p> <p>A Fazer diariamente desporto durante quatro horas</p> <p>A Beber um litro de vinho por dia</p> <p>A Tomar duas ponchas e dois “shots” de vodka numa festa</p> <p>U Comer uma peça de fruta depois da refeição</p> <p>U Lavar as mãos antes de comer</p>	

Motivos/Razões para consumo juvenil de álcool e outras drogas		Sessão 2
<p>Motivos/Razões Pessoais (“P”)</p>	<p>Motivos/Razões Sociais (“S”)</p>	
<p>Motivos negativos</p> <p>- Bebo para esquecer (preocupações, mágoas, desgostos, desilusões, problemas, etc.)</p> <p>Motivos positivos</p> <p>- Bebo por prazer (divertir-me, estar eufórico, apreciar o sabor, satisfazer a curiosidade, etc.)</p>	<p>Motivos de imitação social</p> <p>- Bebo porque outros o fazem (amigos, pais, televisão, cinema, publicidade, etc.)</p> <p>Motivos para a relação social</p> <p>- Bebo para me dar melhor com os outros (fazer amigos, etc.)</p>	

Fatores de risco do consumo juvenil de álcool e outras drogas

Sessão 2



Mitos sobre o álcool e outras drogas

Sessão 2

<i>Mitos sobre o álcool e outras drogas</i>	<i>Resposta e explicação</i>
As bebidas alcoólicas estimulam	Falso. Pelo contrário; inibem o Sistema Nervoso Central
O álcool dá calor	Falso. Pelo contrário; produz a evaporação de calor do organismo. Uma pessoa que bebeu álcool poderia morrer gelada enquanto derrete o gelo à sua volta.
O álcool torna as pessoas mais sociáveis	Verdadeiro apenas em certa medida. O álcool numa fase inicial desinibe o comportamento social, mas quando em excesso faz perder o próprio controlo da conduta, o que pode levar a tornar-se ridículo ou ser antissocial.
Por tomar outras drogas só de vez em quando, não acontece nada	Falso. Um único consumo pode considerar-se abuso, já que se dão casos de consequências graves (incluindo a morte) por um único consumo de outras drogas.
A cocaína 'dá pica' e ajuda a aguentar as noites de festa	Falso. Embora seja verdade que a cocaína tem um efeito estimulante, esse efeito é transitório porque depois ocorre um desaceleramento intenso que causa fadiga, fraqueza e depressão. Longe de promover a sociabilidade, o consumo abusivo causa irritabilidade.
Fumar cannabis de vez em quando não é mau, e ao fim ao cabo tem efeitos terapêuticos	Falso. A cannabis é usada na medicina em casos muito específicos e de forma muito controlada, em condições que nada têm a ver com o uso recreativo.
Fumar charros é mais saudável do que fumar cigarros	Falso. A cannabis não só tem muitos dos carcinogêneos do tabaco, como também eles estão presentes em maior quantidade. O hábito de fumar charros sem filtro e com respirações profundas também aumenta o risco de cancro.

Mitos sobre o álcool e outras drogas

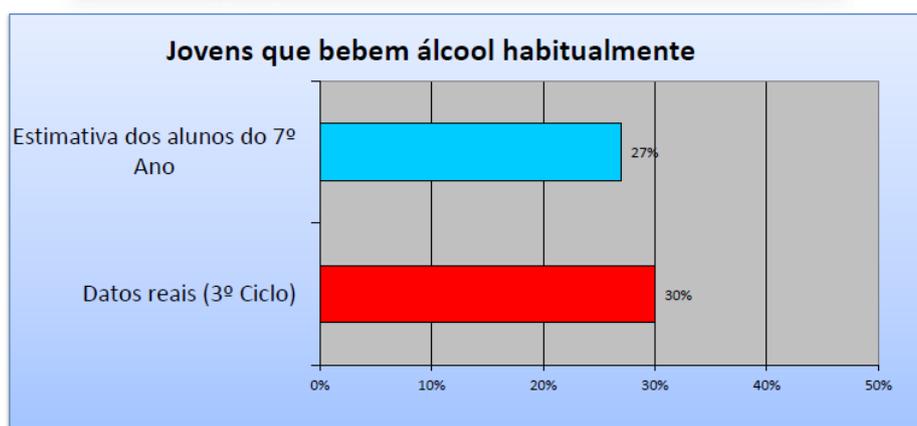
Sessão 2

<i>Mitos sobre o álcool e outras drogas</i>	<i>Resposta e explicação</i>
As drogas aliviam o stress e os problemas	Falso. As drogas fazem esquecer os problemas só por um momento. Quando o seu efeito passa, as preocupações ainda permanecem.
A mesma droga pode ter efeitos diferentes consoante a pessoa que a consome	Verdadeiro. Os efeitos e consequências da utilização dependem de 3 fatores: a substância, a pessoa que a consome e o contexto em que é consumida.
Nem todas as drogas são ilegais	Verdadeiro. É frequente associarmos o consumo de drogas a substâncias proibidas por lei. No entanto, algumas das drogas mais consumidas na nossa sociedade são o álcool e a nicotina, cujo consumo é permitido legalmente.

Perceção normativa do consumo de álcool e outras drogas

Sessão 2

GRÁFICO 1



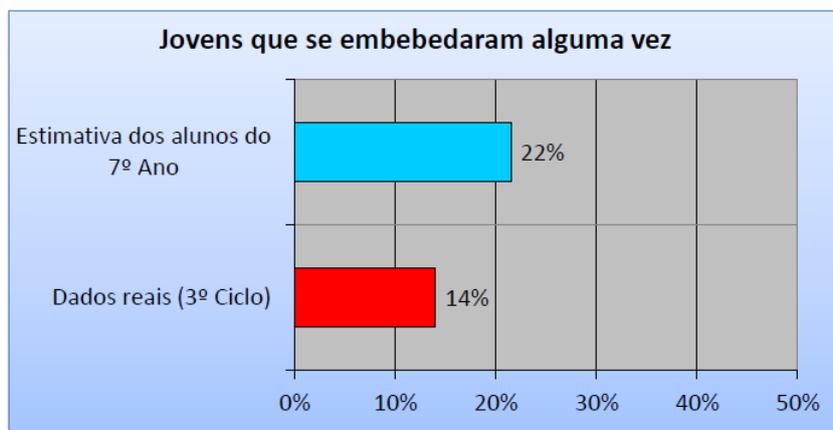
■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que consomem habitualmente ou abusam do álcool.

■ Dados reais de adolescentes que bebem álcool habitualmente (Feijão, 2010).

Perceção normativa do consumo de álcool e outras drogas

Sessão 2

GRÁFICO 2



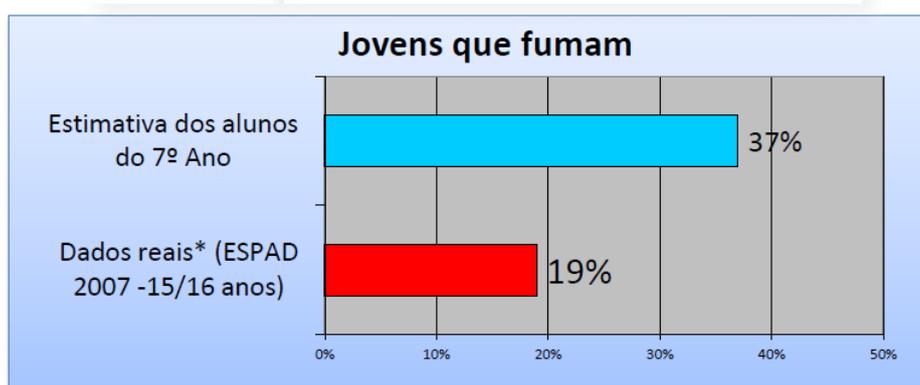
■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que se embebedaram alguma vez

■ Dados reais adolescentes que se embebedaram alguma vez (Feijão, 2010).

Perceção normativa do consumo de álcool e outras drogas

Sessão 2

GRÁFICO 3



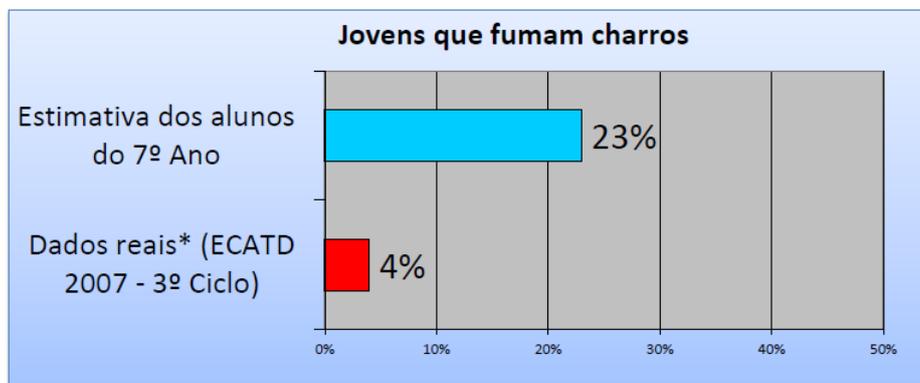
■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que se embebedaram alguma vez.

■ Dados reais* - ESPAD (*European School Survey project on Alcohol and other Drugs* – 2007).

Percepção normativa do consumo de álcool e outras drogas

Sessão 2

GRÁFICO 4



■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que se embebedaram alguma vez

■ Dados reais alunos 13/14 anos* - ECATD Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga (Feijão, 2009).

Sessão 3

O que não diz a publicidade

Objectivos da sessão

- Informar das consequências negativas a curto e longo prazo do abuso do álcool.
- Informar das consequências negativas a curto e longo prazo do consumo de outras drogas.
- Identificar as formas de pressão social em relação ao consumo de álcool e outras drogas legais.
- Reconhecer as estratégias publicitárias para promover atitudes favoráveis ao consumo de álcool.
- Fomentar uma postura crítica face às mensagens publicitárias.

Análise de anúncios

Sessão 3

Alguns truques publicitários são:

Comparação vantajosa: compara-se o produto anunciado com os da concorrência, para destacar a sua superioridade. Por exemplo, apresentar duas marcas de sumo embalado, uma com mais quantidade de fruta do que o outro.

Atrativo sexual: mostram-se homens e mulheres muito atraentes, de corpos perfeitos, consumindo o produto. Por exemplo, exibir um modelo muito bonito, de silhueta esbelta, saboreando um iogurte.

Associação positiva: associa-se o produto com situações de diversão, prazer, etc. Por exemplo, centrar-se num convidado muito simpático que bebe um refresco numa festa.

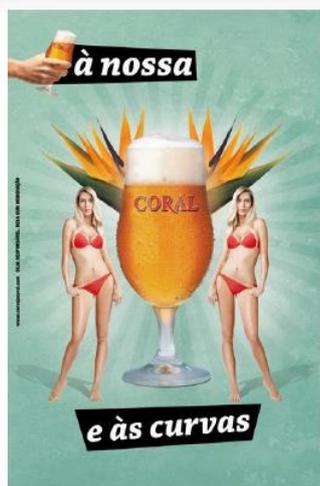
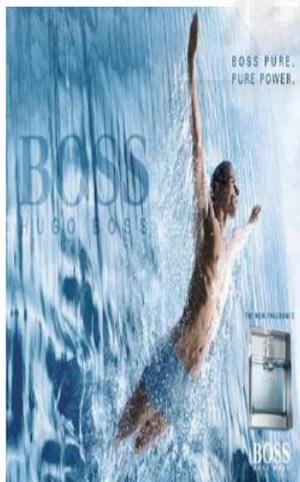
Valores juvenis: relaciona-se o produto com valores da juventude, como o desejo de autenticidade, irreverência, etc. Por exemplo, o anunciante afirma que o produto tem “o sabor da aventura”.

Personagens famosos: paga-se a ídolos, a pessoas na moda, etc., para que consumam e enalteçam as virtudes do produto. Por exemplo, jogadores das equipas de futebol mais importantes a usarem cremes.

Caráter científico: solicita-se a colaboração de peritos, técnicos, etc., que aumentam a credibilidade da mensagem sobre o produto. Por exemplo, um odontologista recomenda lavar os dentes com um determinado dentífrico.

Análise de anúncios

Sessão 3



Sessão 3

Análise de anúncios

The image contains three distinct advertisements. On the left is a beer advertisement for Sagres mini, featuring a large condensation-covered bottle, a woman in a red top and shorts, and a wooden sign that reads 'Praia só é praia com'. Below the bottle is the slogan 'Jusca até a última gota.' In the center is a Colgate Total advertisement for a dental check-up. It features a dentist in a white coat, a Colgate toothbrush, and a tube of toothpaste. Text includes 'Para dentes saudáveis... Proteja as suas gengivas', 'Amanhã dia 18 de Março, faça um check-up gratuito às suas gengivas no Espaço Colgate Total', and 'Em Lisboa no Parque das Nações, junto à Estação do Oriente, das 9h às 21h'. At the bottom, it says 'Colgate - A Marca de Dentífcios mais usada pelos Dentistas em Portugal'. On the right is a mobile service advertisement with an orange background. It features a man in a pilot's uniform and text: 'SÓ NO TAG SMS GRÁTIS PARA TODAS AS REDES' and 'EMBARCA ATÉ 30 DE NOVEMBRO'.

Sessão 3

Análise de anúncios

ANÁLISE DE ANÚNCIOS

Passo 1: Observar o anúncio com atenção, tentando não perder os detalhes.

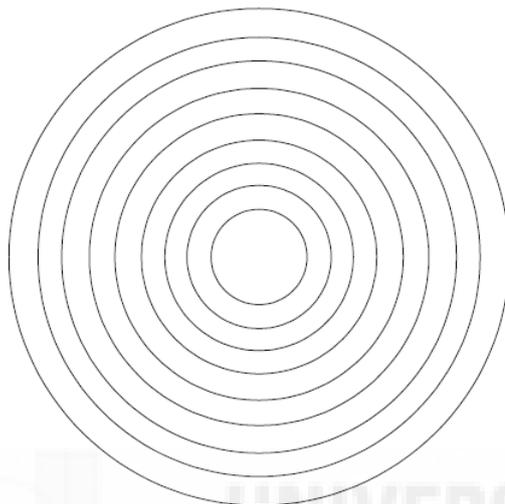
Passo 2: Analisá-lo seguindo o seguinte guião:

Significante (aquilo que se diz, aquilo que se vê)	Significado (aquilo que no se diz, aquilo que não se vê)
Descreve o objeto que se anuncia, no contexto onde aparece	Que sensação transmite o contexto envolvente? Segurança, beleza, descanso, erotismo, alegria, prestígio, força, etc.
Mostra o anúncio ao teu colega. Pergunta-lhe o que é que viu primeiro no anúncio.	Porque é que achas que quiseram destacar esse elemento?
Texto do slogan:	Palavra-chave do slogan:
Personagem central	
Como está situado? (de pé, sentado, instável, expressão, mãos, olhos, boca, etc.)	O que é que te sugere essa atitude?
Produto	
Em que situação aparece?	Que papel representa?
Luz e cor	
Que cor predomina?	O que é que sugerem as cores?

As minhas relações

Sessão 3

Escrevam o vosso nome no centro do gráfico que aparece mais abaixo. A seguir, anotem os nomes das pessoas com as quais têm algum tipo de relação. Podem escrever tantas quantas quiserem (amigos, companheiros, familiares, etc.). Nos círculos mais perto do centro, coloquem aquelas pessoas com as quais mantenham uma relação mais íntima. Se a relação for mais distante, situem-nas gradualmente mais afastadas do centro. Num mesmo círculo podem aparecer vários nomes.



Sessão 4

Relações pessoais (1): Como as melhorar

Objectivos da sessão

- Distinguir os elementos da conduta social.
- Conhecer as características da conduta socialmente assertiva.
- Diferenciar os comportamentos tímido, assertivo e agressivo.
- Autoavaliar o estilo de relações pessoais dos participantes.
- Melhorar as competências sociais dos participantes.

Três estilos de relacionamento

Sessão 4

Estilo passivo, tímido

A pessoa não se respeita a si mesma. Não dá a sua opinião nem expressa os seus sentimentos para que ninguém se ofenda. Cede ante os desejos e pedidos dos outros, ainda que sejam abusivos. Guarda silêncio, não se atreve a intervir na conversa. Faz o que lhe dizem os outros, não defende os seus direitos, etc. Os seus lemas: “as coisas fazem-se como tu disseres, à tua maneira”, “uma retirada a tempo é uma vitória”. As relações pessoais são negativas porque se baseiam no medo e na humilhação. Os outros consideram-no “complexado”, “envergonhado”, “cobarde”, “ave rara”, etc.

Estilo agressivo, egoísta

É o polo oposto do estilo anterior. A pessoa não respeita os outros. Dá a sua opinião e manifesta os seus sentimentos sem se importar se ofende alguém. Não cede perante os desejos e pedidos dos outros, ainda que sejam justos. Interrompe os outros, apropria-se da conversa. Impõe o seu critério, não respeita os direitos dos outros, etc. Os seus lemas: “as coisas fazem-se como eu disser, à minha maneira”, “a melhor defesa é o ataque”. As relações pessoais são negativas porque se baseiam na confrontação e no conflito. Os outros consideram-no “abusador”, “fanfarrão”, “insolente”, “convencido”, etc.

Estilo habilidoso, assertivo

É o ponto médio entre os dois estilos extremos. A pessoa respeita-se a si mesma e aos outros. Opina e deixa opinar. Expressa os seus sentimentos e coloca-se no lugar do outro para tentar compreender os seus sentimentos também. Não cede perante os desejos e pedidos dos outros quando são injustos, mas acede quando são razoáveis. Fala e ouve com atenção. É coerente consigo mesmo e faz o que acredita que deve fazer, embora sem impor pela força o seu critério aos outros. Exige os seus direitos e respeita os direitos dos outros, etc. Os seus lemas: “as coisas fazem-se a gosto dos dois”, “nem vencedores, nem vencidos”. As relações pessoais são positivas porque baseiam-se na reciprocidade e na amabilidade. Os outros consideram-no “com personalidade”, “respeitador”, “educado”, “simpático”, etc.

Quem é quem

Sessão 4

1º Exemplo dos três estilos

O monitor pede aos participantes que se imaginem a seguinte situação:

Estás na fila do cinema e de repente alguém mete-se à tua frente como quem não quer a coisa.

Estilo 1

Supõe que lhe dizes: (tom ameaçador): “Eh, pá, quem julga que é? Prá fila, seu parvo!” (E empurra-o).

Que *estilo de relação* é? Felicita os participantes que responderem *agressivo ou egoísta*.

Estilo 2

Finges que não viste (e recuas para dar espaço).

Que *estilo de relação* é? Felicita os participantes que respondem *tímido ou passivo*.

Estilo 3

Supõe finalmente que lhe dizes (tom seguro e firme): “Estou há mais de meia hora à espera. Faça como todos, respeite a vez e ponha-se na fila”. (E voltas a colocar-te à frente dele).

Que *estilo de relação* é? Felicita os participantes que respondem *habilidoso ou assertivo*.

Sessão 5

Relações pessoais (2): Aprender a escutar, conversar e a dar opinião

Objectivos da sessão

- Melhorar a competência social dos participantes.
- Desenvolver a capacidade de se relacionar positivamente com os demais sem recorrer ao álcool.
- Aprender a escutar ativamente, conversar e expressar opiniões.
- Fomentar a confiança em si mesmo.

CENAS DE TREINO / REPRESENTAÇÕES:

Sessão 5

INSTRUÇÕES ANTES DA PRIMEIRA ENCENAÇÃO:

Olhar nos olhos o interlocutor

Situar-se a uma distância adequada (nem muito longe, nem muito perto)

Usar um volume adequado (nem gritos, nem sussurros)

Falar a uma velocidade compreensível (nem muito rápido, nem muito devagar)

Cuidar da gesticulação (dos gestos) e da postura corporal

Manter o contacto físico (tocar o outro, dar palmadinhas, etc.) quando se quiser enfatizar uma mensagem.

FASES DE UMA CONVERSA

Distinguem-se três fases em qualquer conversa: o início, que costuma consistir em saudar, apresentar-se ou formular alguma pergunta. A segunda fase é de manutenção, que pressupõe a parte central do diálogo. A terceira fase, de conclusão, pressupõe concluir a conversa por decisão de um ou de todos os interlocutores. A conversa terá êxito se os interlocutores forem hábeis em cada uma das três fases. Deste modo, os sujeitos sentir-se-ão melhores com eles mesmos e com os seus interlocutores, o que aumentará a probabilidade de repetir a experiência no futuro.

QUESTÕES PARA A DISCUSSÃO INICIAL:

Como se apresentariam perante alguém que não conhecem?

De que forma entrariam numa conversa já iniciada?

Que fazem quando o tema da conversa já se esgotou?

Como podem distinguir se uma pessoa vos está a prestar atenção ou não?

Que sinais dão vocês de que estão a prestar atenção, quando falam com alguém?

Sessão 6

Relações pessoais (3): Expresso como me sinto

Objectivos da sessão

- Melhorar a competência social dos participantes.
- Desenvolver a capacidade de se relacionar positivamente com os outros sem recorrer ao álcool.
- Melhorar a capacidade de resistir à pressão de grupo, especialmente em situações relacionadas com o consumo de drogas durante o lazer.

Imagens das cartas do baralho	COMPETÊNCIA/ CAPACIDADE	OBSERVAÇÕES (Descobrir a situação. Como é que eu fiz ou como fizeram os outros?)
	Apresentar-se a alguém	
	Pedir alguma coisa (um favor, algo emprestado, etc.)	
	Estar em desacordo numa conversa com alguém	
	Fazer uma crítica construtiva	
	Defender os teus direitos (dizer não)	

Sessão 7

Relações Pessoais (4): Sê tu mesmo

Objectivos da sessão

- Melhorar a competência social dos participantes.
- Desenvolver a capacidade de se relacionar positivamente com os outros sem recorrer ao álcool.
- Melhorar a capacidade de resistir à pressão de grupo, especialmente em situações relacionadas com o consumo de drogas durante o lazer.

Sessão 8

Tenho um problema: Que faço?

Objectivos da sessão

- Aprender um método geral para resolver problemas de forma eficaz.
- Fomentar a tomada de decisão responsável.
- Fortalecer a autonomia pessoal

O MÉTODO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Sessão 8

		PERGUNTA CHAVE:
		
Passo 1:	DEFINIR O PROBLEMA DE FORMA CONCRETA Consiste em conseguir toda a informação necessária para entender o problema, e tratar de o explicar em termos concretos.	<i>Qual é o problema?</i>
Passo 2:	CONSIDERAR ALTERNATIVAS Recolhe-se o maior número possível de opções.	<i>Que alternativas existem?</i>
Passo 3:	AVALIAR PRÓS E CONTRAS DE CADA ALTERNATIVA Consiste em antecipar as consequências positivas e negativas, a curto e longo prazo, para si mesmo e para os outros, de cada alternativa.	<i>Quais são as consequências de cada opção?</i>
Passo 4:	ESCOLHER A SOLUÇÃO Depois de avaliar os prós e contras de cada opção, escolhe-se a que oferece maiores vantagens. Também se podem combinar várias alternativas.	<i>Qual é a opção preferida?</i>
Passo 5:	PÔR EM PRÁTICA A SOLUÇÃO Definem-se os detalhes da decisão tomada: o que tem de fazer cada pessoa implicada, quando, onde, em que prazo, etc.	<i>Quando, onde e como se vai pôr em prática?</i>
Passo 6:	AVALIAR OS RESULTADOS Uma vez realizada a medida escolhida, avalia-se se foi eficaz para resolver a situação à qual se pretendia dar resposta.	<i>Foi eficaz a solução?</i>

Sessão 9

Resolver problemas:
Drogas e fim de semana

MANIFESTA SAÚDE

Objectivos da sessão

- Aplicar o método de resolução dos problemas para avaliar as vantagens e inconvenientes do abuso do álcool e do consumo de outras drogas.
- Fomentar a tomada de decisão responsável.
- Fortalecer a autonomia pessoal.

Tomando decisões

Sessão 9

O caso do Joaquim

Joaquim é um rapaz de 15 anos. O seu amigo Jorge convidou-o para uma festa em sua casa com a justificação de ser o fim do verão. O Jorge insistiu muito para que ele vá, além disso vai estar toda a malta da turma e mais gente da escola. Cada um vai dar algum dinheiro para comprar bebidas, e diz o Jorge que vai dar para “apanhar” uma boa bebedeira, já que é “a última festa deste verão”. Combinaram para se encontrarem de manhã, e pensam estar o dia todo, porque os pais do Jorge não vão estar.

O Joaquim não sabe muito bem o que fazer, porque se for, é certo que acabará por beber demais, e não gosta de perder o controlo do que faz. Mas se for e não beber, pensa que não vai aproveitar a festa como os outros.

O caso da Laura

É sábado e como em muitos fins de semana, a Laura está com as suas duas melhores amigas à porta de um *pub* que costumam frequentar. Um rapaz aproxima-se delas e oferece-lhes uma “ganza”. Elas costumam fumar um cigarro de vez em quando, mas quase nunca compram tabaco. Pensam dizer ao rapaz que não querem, mas as três olham umas para as outras, pensando que se calhar apetecia-lhes experimentar um cigarro com haxixe.

O caso do Adriano

O Adriano faz quinze anos dentro de uma semana e quer celebrar com os seus amigos. Durante o verão festejaram vários aniversários, já que são muitos no grupo, e todos foram parecidos: comprar bebida e gelo no supermercado e ir para a praia para beberem e estarem por ali. Costumam passar bem, mas uma vez houve mau ambiente porque alguém bebeu muito e ficou agressivo. Uma vez, dois deles chegaram a vias de facto por uma discussão, e numa outra vez lutaram com outros rapazes que os tinham provocado. O Adriano não sabe se vai querer festejar assim o seu aniversário, mas sabe que os seus amigos gostariam.


Sessão 10
Eu controlo

MANIFESTASAÚDE

Objetivos da sessão

- Avaliar as vantagens e os inconvenientes de abusar do álcool e de outras drogas, aplicando o método de resolução de problemas.
- Formalizar uma tomada de decisão sobre o consumo próprio.
- Aprender a autorreforçar o uso responsável das drogas de fim-de-semana.
- Rever os conteúdos do programa e resolver possíveis dúvidas.

O PACTO

Data em que se inicia:

Data em que termina:

Eu,

como participante no programa ManiFesta, declaro ter recebido suficiente informação e quero que os meus tempos livres sejam saudáveis. Por isso, depois de ter manifestado perante os meus companheiros de turma a minha intenção no futuro face ao álcool e às outras drogas, **comprometo-me formalmente a:**

Relativamente ao álcool:

.....

Relativamente às outras drogas:

.....

Eu assino-o na data de hoje,, a de de

Assinado:

Testemunhas:

.....

Um/a colega da minha turma

Monitor/a do programa ManiFesta





ANEXO C.
CONSENTIMENTO DOS PAIS

Consentimento Informado

Pais / Encarregados de Educação

Assunto: Participação num estudo sobre a um Programa de Promoção da Saúde no âmbito de uma investigação de doutoramento.

Vimos pelo presente, solicitar o seu consentimento para que o seu educando participe num estudo efectuado no âmbito de uma tese de Doutoramento na área da Psicologia da Saúde pelos investigadores Carlos Estudante e Joana Jardim Fernandes.

O objectivo deste trabalho é validar para os jovens madeirenses um instrumento de promoção da saúde. O testemunho do(a) seu(sua) educando(a) é importante para que se possam obter dados pertinentes para a produção de acções mais eficazes. Esta iniciativa irá realizar-se na sala de aula. Solicita-se aos participantes, que respondam a um questionário com vários itens relacionados com o objectivo do estudo.

Os investigadores comprometem-se a zelar pelos direitos de confidencialidade e privacidade.

Os Investigadores:

Dr. Carlos Estudante

Dra. Joana Jardim Fernandes

Esteja ciente do seu direito de não autorizar a participação do(a) seu(sua) educando(a), sem precisar de dar qualquer explicação.

Caso **autorize** o seu educando a participar neste estudo por favor assinale em baixo:

Eu, _____ (Encarregado de Educação) do(a) aluno(a) _____ do _____ ano de escolaridade, turma, _____, autorizo o(a) meu(minha) educando(a) a participar no estudo.

_____, ____ de _____ de 20__

O Encarregado de Educação



ANEXO D.
AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES

Administração do Programa *ManiFesta Saúde*

Sessão nº ____

Os Objetivos da Sessão foram cumpridos?

-
- Sim
-
-
- Não, porque:

Todas as Atividades da Sessão foram desenvolvidas?

-
- Sim
-
-
- Não, porque:

Quais as dificuldades encontradas?**Os materiais utilizados foram adequados?**

-
- Sim
-
-
- Não, porque:

Outras sugestões:

Nome: _____



ANEXO E.
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

INSTRUÇÕES

Somos um grupo de investigadores da Universidade Miguel Hernandez e estamos a avaliar um programa sobre a saúde. Precisamos conhecer melhor as tuas opiniões e hábitos e por isso pedimos a tua colaboração no preenchimento destes questionários.

Garantimos que as tuas respostas serão confidenciais por isso os questionários são anónimos, de forma a poderes responder com total sinceridade.

Para podermos reunir todos os questionários que irás responder nos próximos meses, em vez de escreveres o teu nome vais utilizar um código que só tu conhecerás. Para que não te esqueças do teu código, vamos utilizar mesmo método para todos: a inicial de teu nome, o dia e o mês do teu aniversário.

Por exemplo: Se o teu nome é João usarás a letra “J”. A seguir colocas o dia em que nasceste. Se nasceste a 8 de novembro, anotas 08 para o dia e 11 para o mês. Neste caso o código deveria ser:

A inicial do teu nome	O dia do teu aniversário		O mês do teu aniversário	
J	0	8	1	1

A seguir escreve o teu CÓDIGO seguindo os mesmos passos. Escreve-o no princípio de cada folha, cada vez que apareça este quadro:

CÓDIGO:

--	--	--	--	--

Se tiveres alguma dúvida levanta a mão e espera que venham ao teu encontro e te esclareçam.

MUITO OBRIGADO PELA TUA COLABORAÇÃO.

PODES VIRAR A PÁGINA

DADOS PESSOAS

1. Idade: _____

2. Ano: _____

3. Rapaz Rapariga

4. Número de irmãos (incluindo-te a ti): _____

5. Lugar que ocupas na ordem de nascimento:

6. País de nascimento: Portugal Outros: _____7. Atualmente, os teus pais estão: Casados Separados Viúvo/a
 Solteiro/a União de facto

8. Qual a escolaridade dos teus pais? (marca com uma cruz)

	Pai	Mãe
Até 4º Ano de Escolaridade (1º Ciclo)		
Até 6º Ano de Escolaridade (2º Ciclo)		
Até 9º Ano de Escolaridade (3º Ciclo)		
Até 12º Ano de Escolaridade (Secundário)		
Ensino Superior		

9. Como classificas a relação com a tua família?

Muito boa	
Boa	
Indiferente	
Má	
Muito má	

10. Como te sentes com os teus colegas?

Muito bem	
Bem	
Normal	
Mal	
Muito mal	

11. Já conversei com os meus pais sobre:

- Beber álcool
 Fumar
 Fumar charros
 Tomar outras drogas

12. Foram estabelecidas regras familiares sobre:

- Beber álcool
 Fumar
 Fumar charros
 Tomar outras drogas

13. Comparando com outros pais, quão rigorosos achas que são os teus?

- Nada rigorosos
 Um pouco rigorosos
 Bastante rigorosos
 Muito rigorosos

14. Os teus pais ficariam zangados se soubessem que tinhas conduzido depois de beber álcool?

- Não
 Um pouco
 Bastante
 Muito

15. Em quantas disciplinas obtiveste nível negativo, no último ano? _____

CC

	Já consumiste alguma vez:	Consumiste no último mes:
Álcool	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Tabaco	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Marijuana (charros)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Cocaína	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Anfetaminas (p. ex. speed, bloom, pastilhas para emagrecer)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Alucinógenos (LSD, mescalina, cogumelos mágicos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Ecstasy	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Responde a este quadro apenas se respondeste **SIM** a alguma das perguntas acima

Se alguma vez bebeste álcool, quando foi a última vez?

Nunca Na semana passada No mês passado No ano passado Há 2 anos Há mais de 2 anos

Se alguma vez bebeste álcool, que idade tinhas na primeira vez que tomaste mais do que alguns goles? _____

Com que frequência tens bebido álcool durante o último ano?

Não bebi no último ano Diariamente 2-3 vezes / semana 1 vez / semana 1 vez / mês menos 1 vez / mês

Quando bebes álcool, quantos copos bebes?

Não bebo 1 bebida 2 bebidas 3 bebidas 4 bebidas 5 bebidas 6 - 9 bebidas 10 ou mais

No último mês, embebedaste-te alguma vez? SIM NÃO

Se alguma vez consumiste Marijuana, quando foi a última vez?

Nunca Na semana passada No mês passado No ano passado Há 2 anos Há mais de 2 anos

Consumiste Marijuana no último ano? Nesse caso, com que frequência?

Não consumi no último ano Diariamente 2-3 vezes / semana 1 vez / semana 1 vez / mês menos 1 vez / mês

Alguma vez consumiste outras drogas? Nesse caso, quando foi a última vez?

Nunca Na semana passada No mês passado No ano passado Há 2 anos Há mais de 2 anos

Consumiste outras drogas no último ano? Nesse caso, com que frequência?

Não consumi no último ano Diariamente 2-3 vezes / semana 1 vez / semana 1 vez / mês menos 1 vez / mês

Nesse caso, quantas vezes? (Anota o número total aproximadamente) _____

Na tua opinião, qual o risco envolvido no consumo destas substâncias?

1. Tabaco	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Algum	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito
2. Álcool	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Algum	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito
3. Marijuana	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Algum	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito
4. Cocaína	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Algum	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito
5. Pastilhas (anfetaminas, ecxtasy)	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/>	Algum	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Muito

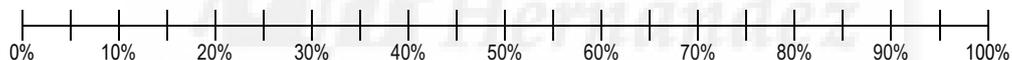
Marca com um círculo a tua resposta:

Quantas pessoas da tua idade achas que:

Bebem álcool habitualmente



Embebedaram-se alguma vez



Fumam habitualmente



Fumam charros



AEG (2)

Instruções: Por favor, responde às frases seguintes assinalando, desde 1 (Nada convicto) até 4 (Completamente convicto) conforme a tua opinião.

1	2	3	4
NADA CONVICTO	POUCO CONVICTO	MODERAMENTE CONVICTO	COMPLETAMENTE CONVICTO

1. Posso encontrar a maneira de obter o que quero mesmo que alguém se oponha.	1	2	3	4
2. Posso resolver problemas difíceis quando me esforço o suficiente.	1	2	3	4
3. É-me fácil persistir o que me propus alcançar até chegar às minhas metas.	1	2	3	4
4. Tenho confiança de que posso manejar eficazmente acontecimentos inesperados.	1	2	3	4
5. Graças às minhas qualidades e recursos posso superar situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Quando me encontro em dificuldades posso permanecer tranquilo/a porque conto com as habilidades necessárias para manejar situações difíceis.	1	2	3	4
7. Venha o que vier, em geral sou capaz de manejá-lo	1	2	3	4
8. Posso resolver a maioria dos problemas se me esforço o necessário.	1	2	3	4
9. Se me encontro numa situação difícil, geralmente ocorre-me o que devo fazer.	1	2	3	4
10. Ao ter que fazer frente a um problema, geralmente ocorrem-me várias alternativas de como resolvê-lo.	1	2	3	4

Anexo E

AS

Instruções: Por favor, responde às frases seguintes assinalando o círculo com a resposta mais apropriada para o teu caso.

1	2	3	4	5	6
DISCORDO FORTEMENTE	DISCORDO EM PARTE	DISCORDO LIGEIRAMENTE	CONCORDO LIGEIRAMENTE	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO FORTEMENTE

	1	2	3	4	5	6
1. A maioria das pessoas parece mais agressiva ou defende melhor os seus direitos do que eu.....	<input type="radio"/>					
2. Procuo não ferir os sentimentos dos outros, mesmos daqueles que me tenham incomodado.....	<input type="radio"/>					
3. Quando alguém me pede para fazer alguma coisa, insisto em saber porquê.....	<input type="radio"/>					
4. Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros.....	<input type="radio"/>					
5. As pessoas aproveitam-se de mim com frequência.....	<input type="radio"/>					
6. Se alguém mais velho diz-me algo que considero errado, não me importo de expor publicamente o meu próprio ponto de vista.....	<input type="radio"/>					
7. Digo sempre aquilo que sinto.....	<input type="radio"/>					
8. Com frequência tenho dificuldade em dizer "não".....	<input type="radio"/>					
9. Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público.....	<input type="radio"/>					
10. Expresso facilmente os meu pontos de vista.....	<input type="radio"/>					

ITC

Nos próximos 12 meses, qual a probabilidade de teres os seguintes comportamentos?	Certamente que não (1)	Provavelmente não (2)	Pode ser (3)	Provavelmente sim (4)	Certamente que sim (5)
1. Beber álcool	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Fumar (tabaco)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Fumar charros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Tomar outras drogas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



ANEXO F.
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Questionario de avaliação

Avalia de 0 a 10 cada uma das sessões do programa:

Sessão 1: Álcool e Outras Drogas: Que é isso tudo?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 2: Porque é que alguns jovens abusam do álcool e outras drogas?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 3: O que não diz a publicidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 4: Relações pessoais (1): Como as melhorar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 5: Relações pessoais (2): Aprender a escutar, conversar e dar opinião	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 6: Relações pessoais (3): Expresso como me sinto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 7: Relações Pessoais (4): Sê tu mesmo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 8: Tenho um problema: Que faço?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 9: Resolver problemas: Drogas e fim de semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sessão 10: Eu controlo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Responde, avaliando de 0 a 10 o que acreditas que podes ter melhorado nos seguintes aspectos:

A minha informação sobre as drogas, o álcool e as drogas sintéticas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
As minhas habilidades sociais	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A minha capacidade para ser eu mesmo e resistir à pressão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A minha capacidade para enfrentar problemas e tomar decisões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Avalia de 0 a 10:

A minha satisfação geral com as atividades realizadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indica as atividades de que mais tenhas gostado:

Indica as atividades de que menos tenhas gostado:

Acrescenta alguma sugestão para melhorar o programa:

