



UNIVERSIDADE MIGUEL HERNÁNDEZ
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Avaliação da versão portuguesa
do programa de prevenção “Saluda”**

Tesis Doctoral presentada por:
CARLOS ALBERTO CABAÇA DE ALMEIDA ESTUDANTE

Diretor:
DOUTOR JOSÉ PEDRO ESPADA SANCHEZ

2015

AGRADECIMENTOS

A elaboração de uma Tese de Doutoramento é um percurso que tem muitos desafios e complexidade; tal percurso vai sendo suavizado por muitos amigos, conhecidos e mesmo desconhecidos, que vamos encontrando no nosso caminho.

Assim o meu agradecimento terá de ir para todas estas pessoas, das quais relevo:

- O Professor Dr. José Pedro Espada, meu Diretor da Tese, que quer presencialmente, quer à distância, foi sempre uma voz amiga, orientando, disponibilizando tempo e incentivando, quando as forças pareciam faltar.

- Ao Professor Doutor José A. García del Castillo Rodriguez, coordenador do programa de doutoramento em Psicologia da Saúde da Universidad Miguel Hernández, pelo seu acompanhamento inestimável.

- A Dra. Mónica Fernández que foi importante na inestimável ajuda ao nível do tratamento estatístico.

- Aos meus amigos e colegas de doutoramento (ou antes aos resistentes pois do grupo inicial de 22 candidatos, chegamos 7 ao final), Prof. Dra. Lúcia Jardim Fernandes, Dra. Sibila Maria Costa Pestana Reis, Dr. José Manuel Sardinha Borges, Dr. Joana Sofia Jardim Fernandes, Prof. Dra. Micaela Filipa Sousa Rodrigues e Dra. Helena Maria Pereira Leal Nunes, que sem exceção foram fonte de disponibilidade, simpatia e ajuda.

- Os meus colegas vão me permitir que de entre eles, releve um casal que foi muito especial nas horas em que as forças e a vontade faltaram; aos meus amigos Joana Fernandes e José Manuel Borges o meu mais profundo agradecimento pela amizade e apoio nas horas mais difíceis. A sua ajuda foi preciosa para me dar força para continuar e poder concluir o trabalho.

- A Agencia Regional para o Desenvolvimento da Investigação, Tecnologia e Inovação (ARDITI), nas pessoas do Professor Doutor Duarte Nuno Jardim Nunes, Eng.º Clemente Luís Sequeira Aguiar e Dra. Irene, que apoiaram este trabalho.

- A Secretaria Regional da Saúde, por ter proporcionado a todos nós, a existência deste doutoramento na Região Autónoma da Madeira.

- A Unidade Operacional de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (UCAD) agradecemos pela colaboração prestada pelo Dr. Nelson Carvalho (Diretor desta unidade) e pelo Dr. Sérgio Cunha Técnico Superior da mesma.

- A Direção Regional de Educação que autorizou a implementação do programa, nas escolas da Região Autónoma da Madeira, com relevância para todos os professores das Escolas Básicas 2º e 3º Ciclo- Bartolomeu Perestrelo – Dr. Brazão de Castro – Santo António.

- A minha mulher Conceição Maria Sousa Nunes Almeida Estudante, pela presença, apoio constante, além de incentivar a continuar desde o início e especialmente nos momentos de desânimo ou quebra.

- A todos os meus amigos (e alguns foram muitos importantes) que direta ou indiretamente participaram, quanto mais não fosse com forte incentivo de continuidade e conclusão desta Tese, tornando possível a sua existência.

RESUMO

O programa Saluda (Espada & Méndez, 2003) é um programa de prevenção do abuso de álcool e outras substâncias dirigido a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos. Tem como objetivos gerais atrasar a idade de início do consumo de álcool e reduzir o consumo abusivo de álcool e outras drogas. Durante vários anos tem sido testado em Espanha e obtidos resultados relevantes em vários estudos. O objetivo deste estudo é avaliar a eficácia da versão portuguesa do Programa Saluda (ManiFesta Saúde) junto de uma amostra de adolescentes madeirenses. A metodologia adotada baseou-se na constituição de um grupo experimental e um grupo de controlo, avaliando a evolução de cada grupo ao longo de três momentos de análise: uma avaliação pré teste (administrada antes da implementação do programa); uma avaliação pós teste (aplicada imediatamente após a implementação do programa); e uma avaliação em follow-up (que ocorreu 4 meses após o término da intervenção). A amostra foi constituída por 560 alunos do 7º e 8º ano provenientes de 3 escolas do concelho do Funchal, com uma idade média de 13 anos. Como instrumentos de avaliação do programa administrou-se uma bateria composta por 7 questionários de autopreenchimento: Questionário sociodemográfico (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); Questionário de consumo (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); Escala de Autoeficácia Geral (AEG) (General Self-Efficacy Scale) (Schwarzer & Jerusalem, 1995); Escala de Assertividade de Rathus (RAS) (Rathus, 1973); e Questionário de Intenção de Consumo (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003). Os principais resultados apontam para diferenças significativas intergrupos, quanto ao consumo de álcool, tabaco e charros, sendo que estes diminuíram no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo. Verificaram-se igualmente melhorias significativas ao nível da perceção normativa e na intenção de consumo. Futuras linhas de investigação deverão seguir-se no sentido de avaliar outros efeitos do programa, como por exemplo ao nível dos conhecimentos sobre as drogas bem como a eficácia do mesmo ao nível da assertividade e da autoeficácia com recurso a escalas mais específicas.

ABSTRACT

The Saluda program (Espada & Méndez, 2003) is a program of prevention of alcohol abuse and other substances, aimed at adolescents aged between 12 and 14 years old. Its general objectives are delaying the age of the initiation of alcohol consumption and reducing the abusive consumption of alcohol and other drugs. For several years it has been tested in Spain and relevant results obtained in several studies. The objective of this study is to evaluate the effectiveness of the Portuguese version of the Saluda Program (*ManiFesta Saúde*) among a sample of Madeiran adolescents. The methodology adopted was based on the establishment of an experimental group and a control group, assessing the progress of each group over three moments of analysis: a pre assessment test (administered prior to the program implementation); a post test assessment (applied immediately after the program implementation); and a follow-up assessment (which took place four months after the end of the intervention). The sample consisted of 560 students from the 7th and 8th grades from 3 schools of Funchal, with an average age of 13 years old. As assessment tools of the program, a battery composed of 7 self-administered questionnaires was used: Sociodemographic Questionnaire (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); Consumption Questionnaire (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); General Self-Efficacy Scale (AEG) (General Self-Efficacy Scale) (Schwarzer & Jerusalem, 1995); Rathus Assertiveness Scale (RAS) (Rathus, 1973); and Consumption Intention Questionnaire (Espada, Méndez & Hidalgo, 2003). The main results show significant differences between groups, regarding the consumption of alcohol, tobacco and joints, having these decreased in the experimental group compared with the control group. There were also significant improvements in terms of normative perception and consumption intention. Future lines of research should follow in order to evaluate other effects of the program, such as the knowledge about drugs, as well as its effectiveness concerning assertiveness and self-efficacy using more specific scales.

RESUMEN

El programa Saluda (Espada & Méndez, 2003) es un programa de prevención al abuso del alcohol y otras sustancias dirigido a adolescentes con edades entre los 12 y los 14 años. Tiene como objetivos generales atrasar la edad de inicio al consumo del alcohol y reducir el consumo abusivo del mismo y de otras drogas. Durante varios años ha sido testado en España y se han obtenido resultados relevantes en varios estudios. El objetivo de esta Tesis es evaluar la eficacia del Programa Saluda (*ManiFesta Saúde*) con una muestra de adolescentes portugueses. El diseño del estudio incluyó un grupo experimental y un grupo control, evaluando la evolución de cada grupo a lo largo de tres momentos de análisis: una evaluación pre test; una evaluación post test (aplicada inmediatamente después de la implementación del programa); y una evaluación en *follow-up* (que ocurrió 4 meses después de terminada la intervención). La muestra estuvo formada por 560 alumnos del 7º y 8º año provenientes de 3 escuelas, con una edad media de 13 años. Para la evaluación se administró una batería compuesta por 7 cuestionarios de autoinforme: Cuestionario *socio demográfico* (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); Cuestionario de *consumo* (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); *Escala de Auto Eficacia General (AEG) (General Self-Efficacy Scale)* (Schwarzer & Jerusalem, 1995); *Escala de Asertividad de Rathus (RAS)* (Rathus, 1973); y Cuestionario de *Intención de Consumo* (Espada, Méndez & Hidalgo, 2003). Los principales resultados apuntan diferencias significativas entre grupos, en cuanto al consumo de alcohol, tabaco y cannabis, disminuyendo éstos en el grupo experimental comparativamente con el grupo control. Se verificaron igualmente mejorías significativas al nivel de la percepción normativa y en la intención de consumo. Futuras líneas de investigación deberán seguirse con el sentido de evaluar otros efectos del programa, como por ejemplo al nivel de los conocimientos sobre las drogas así como la eficacia del mismo al nivel de la asertividad y de la autoeficacia con el uso de escalas más específicas.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
RESUMEN.....	vii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABELAS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xviii
LISTA DE ABREVIATURAS	xix
INTRODUÇÃO	1
PARTE 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
CAPÍTULO 1 CONSUMO DE DROGAS	7
1.1. DEFINIÇÃO	9
1.1.1. Tabaco.....	11
1.1.2. Álcool.....	12
1.1.3. Cannabis.....	12
1.1.4. Cocaína	13
1.1.5. Drogas de síntese	13
1.1.6. Outras drogas e outros tipos de drogas	14
1.2. EPIDEMIOLOGIA	15
1.2.1. Tabaco.....	16
1.2.2. Álcool.....	17
1.2.3. Cannabis.....	18
1.2.4. Cocaína	19
1.2.5. Ecstasy	20
1.2.6. Anfetaminas	21
1.3. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DO CONSUMO DE DROGAS	22
1.3.1. Teoria da aprendizagem social	23

1.3.2. Modelo evolutivo.....	24
1.3.3. Teoría da conduta problema.....	24
1.3.4. Teoría da ação racional e teoría da ação planeada	25
1.3.5. Modelo compreensivo e sequencial.....	26
1.3.6. Modelo de crenças de saúde.....	27
1.4. REPERCUSSÕES DO CONSUMO DE DROGAS	28
1.4.1. Tabaco.....	28
1.4.2. Álcool.....	29
1.4.3. Cannabis.....	31
1.4.4. Cocaína	32
1.4.5. <i>Ecstasy</i>	33
1.4.6. Consumo combinado de substâncias psicoativas	33
SÍNTESE	34
CAPÍTULO 2 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO	35
2.1. CONCEITO DE PREVENÇÃO	37
2.2. TIPOLOGIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO.....	38
2.3. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR.....	41
2.3.1. Abordagens tradicionais.....	42
2.3.2. Abordagens mais recentes.....	47
SÍNTESE	53
CAPÍTULO 3 AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO	55
3.1. CONCEITO E ASPECTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS..	57
3.1.1. O conceito de avaliação	57
3.1.2. Objetos da avaliação: Avaliar o quê?	59
3.1.3. Indicadores e critérios de avaliação	59
3.1.4. Características das técnicas de avaliação	60
3.1.5. A problemática da subjetividade na avaliação	61
3.1.6. Etapas de avaliação de programas	62
3.2. METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	64
3.2.1. Técnicas de avaliação de programas	66
3.3. EFICACIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR.....	68
3.3.1. Avaliação da eficácia	68
3.3.2. Avaliação da eficiência	69
3.3.3. Avaliação de impacto	69
SÍNTESE	72
CAPÍTULO 4 PROGRAMA “SALUDA”	73
4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: PROGRAMA SALUDA.....	75

4.1.1. Objetivos do Programa Saluda	77
4.1.2. Breve descrição do Programa Saluda	78
4.2. COMPONENTES	79
4.3. EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS SOBRE O PROGRAMA	81
4.3.1. Análise segundo a eficiência do aplicador	84
4.3.2. Efeitos do Programa Saluda sobre fatores cognitivos	87
4.3.3. Efeitos do Programa Saluda sobre a atitude face às drogas	88
4.3.4. Análise da contribuição dos componentes: treino de habilidades sociais e treino de resolução de problemas	91
4.3.5. Estudo de adaptação cultural do programa Saluda em Portugal	92
SÍNTESE	93

PARTE 2 INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO “SALUDA”

95

CAPÍTULO 5 OBJETIVOS E HIPÓTESES

97

5.1. OBJETIVOS	99
5.1.1. Objetivos gerais	99
5.1.2. Objetivos Específicos	99
5.2. HIPÓTESES	100
5.2.1. Hipóteses sobre a eficácia do programa.	100
5.2.2. Hipótese sobre os efeitos temporais do programa.	100
5.2.3. Hipóteses sobre a eficácia diferencial do programa.	100

CAPÍTULO 6 MÉTODO

101

6.1. PROCEDIMENTO	103
6.1.1. Contacto com parceiros	103
6.1.2. Seleção, formação e supervisão dos monitores	103
6.1.3. Avaliação pré teste	105
6.1.4. Programa de prevenção <i>ManiFesta Saúde</i>	105
6.1.5. Avaliação pós teste	106
6.1.6. Avaliação da implementação	106
6.1.7. Avaliação <i>follow-up</i>	107
6.3. PARTICIPANTES	107
6.3.1. Evolução do número de inquéritos válidos ao longo do tempo	107
6.3.2. Caracterização da amostra	108
6.4. INSTRUMENTOS	111
6.5. DESENHO	113
6.6. ANÁLISE DE DADOS	113

CAPÍTULO 7 RESULTADOS	117
7.1. AVALIAÇÃO DA LINHA DE BASE.....	119
7.1.1. Questionário do consumo	119
7.1.2. Variáveis protetoras	123
7.2. COMPARAÇÕES INTERGRUPOS NO PÓS TESTE	130
7.2.1. Questionário do consumo	130
7.2.2. Variáveis protetoras	132
7.3. <i>FOLLOW-UP</i>	138
7.3.1. Questionário de consumo.....	138
7.3.2. Variáveis protetoras	142
7.4. COMPARAÇÕES INTRAGRUPOS (EFEITO TEMPORAL).....	147
7.4.1. Questionário de consumo.....	148
7.4.2. Variáveis protetoras	168
7.5. IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO E FACTORES PROTECTORES DO CONSUMO.....	177
CAPÍTULO 8 DISCUSSÃO	187
CAPÍTULO 9 CONCLUSÕES	197
REFERÊNCIAS	207
ANEXOS.....	225
ANEXO A AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO REGIONAL DE EDUCAÇÃO.....	227
ANEXO B FORMAÇÃO AOS PROFESSORES	231
ANEXO C AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES	259
ANEXO D CONSENTIMENTO DOS PAIS.....	263
ANEXO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	267
ANEXO F CERTIFICADO DE DINAMIZAÇÃO DA FORMAÇÃO	275
ANEXO G AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	279

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Descrição dos módulos de formação	104
Tabela 2. Plano de trabalho	106
Tabela 3. Evolução do número de inquéritos válidos ao longo do tempo	108
Tabela 4. Número e percentagem de alunos que responderam os dados do primeiro momento de avaliação.....	108
Tabela 5. Diferenças entre os grupos de investigação ao nível da idade	109
Tabela 6. Diferenças entre os grupos de investigação ao nível das características sociodemográficas	109
Tabela 7. Diferenças entre os grupos de investigação ao nível das características dos agregados familiares dos alunos	111
Tabela 8. Dados de consistência interna (Fernandes, no prelo)	113
Tabela 9. Distribuição dos alunos na linha de base segundo o consumo de substâncias em cada grupo	120
Tabela 10. Distribuição dos alunos na linha de base segundo o consumo de álcool em cada grupo	121
Tabela 11. Distribuição dos alunos na linha de base segundo idade do primeiro consumo de álcool e n.º de vezes de consumo de drogas por grupos.....	122
Tabela 12. Distribuição dos alunos na linha de base segundo último consumo de drogas por grupo	123
Tabela 13. Distribuição dos alunos na linha de base segundo perceção de risco de consumo por grupos.....	124
Tabela 14. Distribuição dos alunos na linha de base segundo a perceção normativa por grupos.....	125
Tabela 15. Distribuição dos alunos na linha de base segundo autoeficácia por grupos	126
Tabela 16. Distribuição dos alunos na linha de base segundo autoeficácia por grupos	127
Tabela 17. Distribuição dos alunos na linha de base segundo os itens da escala de assertividade por grupos.....	127
Tabela 18. Distribuição dos alunos na linha de base segundo assertividade por grupos	129
Tabela 19. Distribuição dos alunos na linha de base segundo a intenção de consumo	129

Tabela 20. Distribuição dos alunos segundo o consumo de álcool, tabaco e drogas no pós teste por grupo de investigação	130
Tabela 21. Distribuição dos alunos segundo frequência de consumo de álcool, tabaco e drogas no pós teste por grupo de investigação	131
Tabela 22. Distribuição dos alunos segundo a percepção de risco no pós teste por grupo de investigação	133
Tabela 23. Distribuição dos alunos segundo a percepção normativa no pós teste por grupo de investigação	133
Tabela 24. Distribuição dos alunos segundo as respostas aos itens de autoeficácia no pós teste por grupo de investigação	134
Tabela 25. Distribuição dos alunos segundo a autoeficácia no pós teste por grupo de investigação	135
Tabela 26. Distribuição dos alunos segundo as respostas aos itens de assertividade no pós teste por grupo de investigação	136
Tabela 27. Distribuição dos alunos segundo a assertividade no pós teste por grupo de investigação	137
Tabela 28. Distribuição dos alunos segundo a intenção de consumo no pós teste por grupo de investigação	138
Tabela 29. Distribuição dos alunos segundo o consumo de tabaco, álcool e drogas no follow-up por grupo de investigação	139
Tabela 30. Distribuição dos alunos segundo a frequência de consumo de álcool e drogas no follow-up por grupo de investigação.....	140
Tabela 31. Distribuição dos alunos segundo a percepção de risco no follow-up por grupo de investigação	142
Tabela 32. Distribuição dos alunos segundo a norma percebida no follow-up por grupo de investigação	143
Tabela 33. Distribuição dos alunos segundo a autoeficácia no follow-up por grupo de investigação	143
Tabela 34. Distribuição dos alunos segundo as respostas aos itens de autoeficácia no follow-up por grupo de investigação	144
Tabela 35. Distribuição dos alunos segundo os itens de assertividade no follow-up por grupo de investigação.....	145

Tabela 36. Distribuição dos alunos segundo a assertividade no follow-up por grupo de investigação	146
Tabela 37. Distribuição dos alunos segundo o consumo de tabaco, álcool e drogas no follow-up por grupo de investigação	147
Tabela 38. Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool para o grupo experimental	148
Tabela 39. Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool para o grupo de controlo	149
Tabela 40. Comparações intragrupos segundo o consumo de tabaco para o grupo experimental	150
Tabela 41. Comparações intragrupos segundo o consumo de tabaco para o grupo de controlo	151
Tabela 42. Comparações intragrupos segundo o consumo de marijuana para o grupo experimental	152
Tabela 43. Comparações intragrupos segundo o consumo de marijuana para o grupo de controlo	152
Tabela 44. Comparações intragrupos segundo o consumo de cocaína para o grupo experimental	153
Tabela 45. Comparações intragrupos segundo o consumo de cocaína para o grupo de controlo	154
Tabela 46. Comparações intragrupos segundo o consumo de anfetaminas para o grupo experimental	155
Tabela 47. Comparações intragrupos segundo o consumo de anfetaminas para o grupo de controlo	155
Tabela 48. Comparações intragrupos segundo o consumo de alucinogénios para o grupo experimental	156
Tabela 49. Comparações intragrupos segundo o consumo de alucinogénios para o grupo de controlo	156
Tabela 50. Comparações intragrupos segundo o consumo de ecstasy para o grupo experimental	157
Tabela 51. Comparações intragrupos segundo o consumo de ecstasy para o grupo de controlo	157

Tabela 52. Diferenças na distribuição dos alunos entre os dois grupos no consumo de álcool.....	158
Tabela 53. Comparações intragrupos segundo o último consumo de álcool para o grupo experimental	159
Tabela 54. Comparações intragrupos segundo o último consumo de álcool para o grupo de controlo	160
Tabela 55. Comparações intragrupos segundo a idade do primeiro consumo de álcool para o grupo experimental	161
Tabela 56. Comparações intragrupos segundo a idade do primeiro consumo de álcool para o grupo de controlo	161
Tabela 57. Comparações intragrupos segundo a frequência do consumo de álcool durante o último ano para o grupo experimental	162
Tabela 58. Comparações intragrupos segundo a frequência do consumo de álcool durante o último ano para o grupo de controlo	162
Tabela 59. Comparações intragrupos segundo a quantidade de copos bebidos durante o último consumo de álcool para o grupo experimental	163
Tabela 60. Comparações intragrupos segundo a quantidade de copos bebidos durante o último consumo de álcool para o grupo de controlo.....	163
Tabela 61. Comparações intragrupos segundo a número de vezes que se embebedaram para o grupo experimental.....	164
Tabela 62. Comparações intragrupos segundo a número de vezes que se embebedaram para o grupo de controlo.....	164
Tabela 63. Comparações intragrupos segundo último consumo de marijuana para o grupo experimental	165
Tabela 64. Comparações intragrupos segundo último consumo de marijuana para o grupo de controlo	165
Tabela 65. Comparações intragrupos segundo frequências de consumo de marijuana no último ano para o grupo experimental	166
Tabela 66. Comparações intragrupos segundo frequências de consumo de marijuana no último ano para o grupo de controlo	166
Tabela 67. Comparações intragrupos segundo último consumo de drogas para o grupo experimental	167

Tabela 68. Comparações intragrupos segundo último consumo de drogas para o grupo de controlo	167
Tabela 69. Comparações intragrupos segundo a perceção de risco para o grupo experimental	168
Tabela 70. Comparações intragrupos segundo a perceção de risco para o grupo de controlo	169
Tabela 71. Comparações intragrupos segundo a norma percebida para o grupo experimental	171
Tabela 72. Comparações intragrupos segundo a norma percebida para o grupo de controlo	171
Tabela 73. Comparações intragrupos segundo a autoeficácia para os grupos de investigação	173
Tabela 74. Comparações intragrupos segundo a assertividade para os grupos de investigação	173
Tabela 75. Comparações intragrupos segundo a intenção de consumo para o grupo experimental	175
Tabela 76. Comparações intragrupos segundo a intenção de consumo para o grupo de controlo	176

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Evolução do número de inquéritos válidos ao longo do tempo	108
Figura 2. Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool para os grupos de investigação	149
Figura 3. Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool os grupos de investigação	151
Figura 4. Comparações intragrupo segundo consumo de marijuana para os grupos de investigação	153
Figura 5. Comparações intragrupos segundo consumo de cocaína para os grupos de investigação	154
Figura 6. Comparações intragrupos segundo consumo de anfetaminas para os grupos de investigação	155
Figura 7. Comparações intergrupos segundo o consumo de ecstasy para os grupos de investigação	157
<i>Figura 8. Distribuição do número de alunos dos dois grupos segundo o último consumo de álcool</i>	<i>160</i>
Figura 9. Comparações intragrupos segundo a norma percebida para os grupos de investigação	172
Figura 10. Comparações intragrupos segundo a assertividade para os grupos de investigação	174
Figura 11. Comparações intragrupos segundo a intenção de consumo para os grupos de investigação	177
Figura 12. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de álcool	180
Figura 13. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de tabaco	182
Figura 14. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de marijuana (charros)	184
Figura 15. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de outras drogas	186

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

CSAP – Center for Substance Abuse Prevention

DGIDC – Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

IDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência

INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar

NSP – Novas Substâncias Psicoativas

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional sobre Drogas

SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência

UNODC – United Nations Office on Drugs

INTRODUÇÃO

Em algumas partes do mundo, especialmente na Europa, a multiplicação de intervenções baseadas na evidência e a sua implementação têm aumentado. Os programas de prevenção do abuso de substância em meio escolar assumem especial importância, pois abrangem um número significativo de indivíduos numa fase importante do seu desenvolvimento (Botvin & Griffin, 2004).

Becoña (2007), numa abordagem mais atualizada do fenómeno, considera que a prevenção deve focalizar-se no imaginar de ações que retardem o consumo de drogas e reduzam o início, o aumento e a continuidade desse mesmo comportamento.

O programa preventivo Saluda (Espada & Méndez, 2003) tem obtido resultados bem positivos em diversos estudos em Espanha. Os objetivos principais são os de 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 de carácter educativo (informações e crenças dos jovens acerca do consumo de substâncias), seguindo-se uma fase de treino de competências (influência de publicidade, resolução de problemas, processo de tomada de decisão, resistência à pressão e habilidade sociais) e finalmente a fase de manutenção (compromisso público e treino de autorreforço).

Na Região Autónoma da Madeira são várias as iniciativas, com o objetivo de prevenir o abuso de substâncias em meio escolar. Só que, a maior parte resumam-se a intervenções pontuais de carácter informativo. E em intervenções mais estruturadas, não são conhecidos os impactos nos jovens madeirenses.

Assim, esta intervenção pretende fazer a avaliação do programa de prevenção Saluda, com uma amostra de adolescentes madeirenses.

Nesse sentido, o presente trabalho seguirá a seguinte estruturação:

- Na primeira parte, far-se-á a fundamentação teórica, através de quatro capítulos.
- No primeiro capítulo far-se-á uma análise do fenómeno do consumo de drogas, tendo em conta a sua epidemiologia, conforme o tipo de substâncias (lícitas e ilícitas) nas várias partes do mundo e os modelos teóricos explicativos.
- No segundo capítulo aborda-se o conceito de prevenção, segundo as diferentes tipologias existentes e em contexto escolar.
- O terceiro capítulo tratará da avaliação e da sua importância fundamental na planificação de um projeto, a fim de que os objetivos a atingir sejam completamente cumpridos.

Introdução

- Quanto ao quarto capítulo far-se-á a descrição do Programa de Prevenção Saluda, que foi a base da presente investigação, referindo os objetivos, componentes, conteúdos e metodologia.
- As evidências científicas sobre a eficácia do programa são elencados neste capítulo.
- Na segunda parte, propomos explicar os objetivos e hipóteses deste estudo, no capítulo 5.
- Assim o capítulo 6 apresentará a metodologia do estudo, a caracterização da amostra, a descrição dos procedimentos utilizados, a descrição dos instrumentos, assim como a caracterização da análise dos dados.
- A apresentação dos resultados e a verificação das hipóteses estão descritas no capítulo 7, mostrando os resultados das comparações inter-grupos e intra-grupos.
- A discussão dos resultado está patente no capítulo oitavo.
- As conclusões do estudo encontram-se no nono capítulo e apresentam-se também as considerações acerca das limitações do estudo e futuras linhas de investigação.

PARTE 1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO 1
CONSUMO DE DROGAS

1.1. DEFINIÇÃO

Compreender a terminologia, por vezes confusa e complexa, associada ao consumo de drogas nem sempre se revela uma tarefa de simples cariz, pelo que se revela imperativo, com base na literatura específica, aclarar alguns dos conceitos usados ao longo desta investigação, com vista à eficácia do entendimento da problemática em destaque.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a droga diz respeito a toda a substância que, introduzida num organismo vivo, pode modificar uma ou mais funções deste (Kramer & Cameron, 1975). Trata-se, portanto, de uma substância medicinal, orgânica ou inorgânica, que usada sozinha ou como ingrediente, atua no corpo podendo alterar o estado de espírito, a forma de compreender, ver e ouvir as coisas, modificar a maneira de sentir e o comportamento (Ganeri, 2002). Schuckit (2000) complementa esta tese afirmando que a droga de abuso refere-se a qualquer substância ingerida através de qualquer via de administração, que altera o estado de ânimo, o nível da perceção e o funcionamento cerebral.

A American Psychiatric Association (APA, 2000), ao se debruçar sobre os transtornos associados ao abuso de substâncias no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR), explica que as drogas são consideradas substâncias, cuja introdução no organismo afeta ou altera o comportamento e o estado de ânimo do sujeito. Outros autores (Macedo, 2000; Morel, Hervé, & Fontaine, 1998; Richard, 1997) acrescentam que as drogas acarretam transtornos incapacitantes para o consumidor no seu domínio pessoal, laboral, social, físico e familiar, e despoletam sintomas e estados característicos na função cardíaca, respiratória, digestiva ou imunitária, e sobre a parte psíquica, ao nível do humor, da memória e do grau de ansiedade. Por isso, também é comum utilizar-se a designação de “psicotrópicos”, porque as drogas manifestam um “tropismo”, uma atração pelo psíquico.

Vários consumidores têm defendido o uso de substâncias psicoativas de forma controlada, não se identificando, de modo algum, com a noção de toxicodependente. (Borges & Filho, 2004). Todavia, face ao uso continuado de uma determinada substância psicoativa, apesar das consequências negativas para o organismo, sucede o abuso. Portanto, quando o consumidor das substâncias psicoativas incorre estado de intoxicação

periódica e crónica, induzida pelo consumo repetido de uma droga natural ou sintética, encontra-se perante uma situação de toxicodependência, como tão bem classifica a OMS (Becoña, 2002).

Em traços gerais, o toxicómano, segundo Becoña (2002) e Gonçalves (2008), caracteriza-se: 1) pelo desejo dominante em continuar a tomar o psicotrópico e conseguirlo através de qualquer meio; 2) pela sua tendência em aumentar a dosagem; 3) pela dependência física (estado de adaptação que se manifesta pelo desenvolvimento de transtornos físicos, aquando da interrupção da ingestão da substância psicoativa ou quando se influencia a sua ação através da administração de um antagonista específico) e, geralmente, psíquica (situação em que existe um sentimento de satisfação e um impulso psíquico, que implicam a administração regular ou contínua da droga, a fim de produzir prazer ou evitar mal-estar); 4) por manifestar síndrome de abstinência (conjunto de sinais e sintomas que se manifestam quando o indivíduo dependente de uma substância psicoativa cessa o seu consumo ou quando a quantidade de droga ingerida é insuficiente), causada pela retirada da droga; 5) e pelos efeitos nocivos que causa a si próprio e à sociedade.

A literatura existente referente à classificação das substâncias psicoativas (cf. Gonçalves, 2008; Morel et al., 1998; OMS, 1986) revela uma convergência teórica, mais ou menos consensual. A classificação vigente neste domínio, no âmbito do consumo das drogas, é a categorização apresentada e validada no 3º Congresso Mundial de Psiquiatria, em 1961, por Dailey e Pierre Deniker (Herenberg, 1992). Tendo em consideração ação das drogas no sistema nervoso central, estas classificam-se em: 1) substâncias sedativas (psicolépticas, como os hipnóticos ou soníferos, os neurolépticos, os ansiolíticos ou tranquilizantes), substâncias excitantes (as anfetaminas, o café, chá e os antidepressivos) e substâncias que perturbam, de forma diferente, a atividade psíquica (psicodislépticos, como os alucinogénios, onirogénios ou delirogénios).

Em termos jurídicos, Caballero (1989) propôs a classificação das drogas em: 1) drogas leves, que seriam aquelas que se podem encontrar livremente na natureza, ou obtidas a partir de culturas (ex: cannabis, ópio, cate, coca, cogumelos alucinogénios, tabaco, álcool, café, chá, chocolate, etc.); 2) e drogas duras ou pesadas, que englobam as que são obtidas através do método sintético, químico ou extração (ex: morfina, heroína, cocaína, crack, metadona, analgésicos de síntese, anfetaminas, LSD, etc.).

Alguns autores (Gonçalves, 2008; Becoña, 2002; Calafat, 1998) abordam a polémica em torno da classificação das substâncias leves ou duras, lícitas ou ilícitas. A este respeito, Calafat (1998) informa que o impacto de uma substância depende, em parte, da interação com o organismo recetor, onde características como o peso, a idade, fatores biológicos e psicológicos têm uma grande preponderância. O mesmo autor acrescenta que existem casos documentados de problemas de saúde mental, como esquizofrenias ou determinados tipos de psicoses, despoletados pelo consumo de drogas “leves”.

Em suma e tal como avisa Becoña (2002), a classificação das drogas depende muito do contexto onde o indivíduo se encontra, ou da situação em que vive. Para o mesmo autor, as drogas deverão ser compreendidas, segundo diferentes critérios, como por exemplo: 1) pela sua origem: naturais, sintéticas e semissintéticas; 2) pela sua estrutura química; 3) pela sua ação farmacológica; 4) pelo meio sociocultural (legais e ilegais); 5) institucionalizadas e não institucionalizadas; 6) pesadas ou leves; 7) respeitante ao próprio sujeito.

Em seguida, segue-se uma breve descrição dos diferentes tipos de drogas mais comuns, para um melhor entendimento e compreensão do panorama geral dos consumos de drogas.

1.1.1. Tabaco

A nicotina, ou o tabaco, como é comumente conhecido, é uma substância extraída da planta *nicotiana tabacum* e teve a sua origem na América Central. A Jean Nicott é atribuída a introdução da substância no espaço europeu, no século XVI, e daí se expandiu a todo o mundo (Gonçalves, 2008).

Desde os primórdios, o tabaco esteve associado a rituais mágicos-religiosos, a sessões de purificação, à proteção, ao poder curativo, à simbologia de ostentação e poder. Hoje o tabaco constitui um sério problema de saúde pública à escala global, pelas implicações que tem na saúde do ser humano (Flores, 1998). Atualmente, é considerado um flagelo social e um grave problema de saúde pública que abrange todo o espectro social e que se expande desde a infância, adolescência e idade adulta, constituindo-se, deste modo, como uma verdadeira toxicomania de escala planetária caracterizada pela habituação e estado de dependência designado por “tabagismo” (Fabre & Truhaut, 1977).

1.1.2. Álcool

O álcool, etanol ou álcool etílico, é uma droga generalizada e comercializada na sociedade, que faz parte dos hábitos alimentares e está presente em eventos sociais e recreativos (Milam & Ketcham, 1991; Rehfeldt, 1989). As bebidas alcoólicas são das drogas mais antigas consumidas em todo o mundo, sendo Portugal um dos países em que o seu consumo é mais elevado (Negreiros, 1991). Tal situação parece associar-se ao fato do álcool ser produzido e consumido há mais de mil anos e encontrar-se associado ao divino e ao poder curativo (Becoña, 2002).

Atualmente, o álcool cumpre determinadas funções na sociedade, sendo elas: psicotrópica, terapêutica, alimentar, como fonte de calorías para o esforço laboral, como mecanismo de integração e inclusão sociocultural, como método de controlo social e grupal, como instrumento de identificação e diferenciação cultural e/ou social, como mecanismo de infração cultural, como forma de adaptação em situações de mudança, como mecanismo de “solução” para o tempo livre, social ou individual, e como meio de socialização (DiPardo, 1993).

Embora o álcool pertença à família farmacológica dos depressores do sistema nervoso central, o mesmo pode ser considerado estimulante quando administrado em concentrações baixas, revelando-se uma ferramenta útil de enfrentamento face às situações sociais (Calimari & Cox, 1996).

1.1.3. Cannabis

A cannabis (*cannabis sativa*) é uma planta utilizada há milénios pelas suas propriedades psicotrópicas e medicinais. É, igualmente, conhecida como “planta do cânhamo indiano”, “bafo”, “chamon”, “chichon”, “ganza”, entre outras. Pertence ao grupo das Urticáceas Canabíneas (Fabre & Truhaut, 1971; Ganeri, 2002). O seu princípio ativo THC (tetraidrocannabinol) encontra-se na famosa marijuana (também conhecida por “erva”, “Maria”...) e no haxixe (bloco acastanhado de resina; também conhecido por “chocolate”, “borracha”...), que é geralmente misturado com o tabaco para ser fumado sob a forma de “charro” (Becoña, 2002). O haxixe é mais potente que as próprias folhas de marijuana, sendo produzido através da agitação, pressão ou raspagem das folhas e flores da própria planta. A planta Cannabis Sativa, atualmente, é a droga ilegal mais

consumida e, em muitos casos, é a porta de entrada para drogas com uma maior poder de adição, como a heroína e a cocaína (Becoña, 1999).

1.1.4. Cocaína

A cocaína é extraída do arbusto da coca (*erythroxylum coca*). Esta substância psicoativa pode ser consumida sob a forma de folhas de coca, no seu estado fabricado, no seu alcaloide ou crack (mais barata que a cocaína) (Becoña, 2002).

Em toda a América do Sul, o consumo de coca em forma de folhas mastigadas é muito antigo. As suas propriedades, tais como impedir a aparição do cansaço, eliminar a sensação de fome, perder a sensação de frio e atuar como anestésico, tinham uma enorme utilidade em muitas zonas, onde os povos viviam a milhares de metros de altitude sobre o nível do mar (Pascual, 2001).

Nos últimos anos, a cocaína vem sendo produzida massivamente e muitos dos seus consumidores creem que esta substância não possui efeitos graves, ou qualquer tipo de implicação para a saúde, quando, na verdade, os efeitos são atrozes (Becoña, 2002).

1.1.5. Drogas de síntese

As drogas de síntese são estimulantes de origem sintética conhecidas pelo seu uso em exércitos e em desportistas (Becoña, 2002). Nesta denominação engloba-se uma série de substâncias psicoativas, sintetizadas quimicamente, de forma ilegal, com uma estrutura química semelhante à de alguns fármacos, que são ou foram utilizados terapêuticamente. Entre as drogas de síntese, destaca-se as anfetaminas (Bobes, Lorenzo, & Sáiz, 1998; Calafat, 1998; Salazar & Rodríguez, 1996), onde o uso do ecstasy é o mais comum.

As drogas de síntese são de fácil acesso, visto serem processadas em laboratório por meio da combinação de metanfetaminas e de outras substâncias de fácil compra. Encontram-se copiosamente difundidas entre os jovens, e assumem nomes como “Ice”, “pastilhas”, etc. Têm sido preocupantemente utilizadas em “raves” e discotecas (Becoña, 2002).

1.1.6. Outras drogas e outros tipos de drogas

As drogas expostas anteriormente constituem as que detêm maior relevância, devido à prevalência do consumo e os seus efeitos para a saúde. Todavia, para além das mencionadas, existe uma grande variedade de outras drogas, que passam despercebidas pela grande maioria dos indivíduos, como é o caso das drogas prescritas, dos sedativos, hipnóticos, ansiolíticos e a cafeína (Becoña, 2002). Trata-se de substâncias que atuam no comportamento das pessoas, que são socialmente aceites e, por condicionantes da vida moderna, são cada vez mais utilizados.

Os alucinogénios são outras das drogas consumidas pelos utilizadores de substâncias psicoativas, cujo destaque vai para o LSD-25 (ou os conhecidos “ácidos”). Trata-se de um alcaloide de um parasita do centeio, descoberto por Hofmann e Stoll, em 1938 (Weiss & Millman, 1998). Altera as perceções do indivíduo, perturbando as sensações visuais, auditivas, olfativas, gustativas e cinestésicas. O humor sofre alterações abruptas e o pensamento e a memória são afetados. Trata-se de uma droga que tem um efeito alucinatório no sujeito, sintomatologia que pode durar até oito horas (Becoña, 2002).

Os produtos inalantes, inaláveis ou substâncias voláteis (ex: laca para unhas, dissolventes, inseticidas, removedor de manchas, pinturas, colas, gasolina de automóveis, desodorizantes, aerossóis, etc.), constituem outro tipo de drogas que contêm produtos químicos como a acetona, álcool butílico, tolueno ou benzeno e podem ser administrados pela inalação ou pelo consumo propriamente dito (Rodríguez-Martos, 1996; Schuckit, 2000). Trata-se de uma droga que, à semelhança do crack, assume uma enorme relevância nos bairros marginalizados, devido à facilidade com que pode ser conseguido ou comprado (em muitos casos, pode-se obter o produto gratuitamente). A duração dos seus efeitos é curta (pode durar poucos minutos), pelo que as inalações múltiplas são recorrentes, a fim de conseguir o mesmo efeito por várias horas (Becoña, 2002).

A utilização abusiva, descontrolada, prolongada, combinada entre substâncias, para além de não resolver os problemas subjacentes, podem conduzir a um estado de dependência e toxicomania grave (Gonçalves, 2008).

1.2. EPIDEMIOLOGIA

O A dependência, as drogas, as toxicomanias, são termos que suscitam na sociedade muita apreensão, muito devido à sua própria banalidade. Hoje, graças ao próprio fenómeno da globalização, o acesso às substâncias psicoativas (principalmente as não autóctones) encontra-se facilitado, gerando um aumento do seu consumo, principalmente entre as faixas etárias mais jovens (Gonçalves, 2002; Becoña, 2002). Nos países ocidentais, por exemplo, as substâncias lícitas mais utilizadas, são o álcool e o tabaco. No que respeita às drogas ilícitas, a cannabis, em vários estudos realizados, continua a ser aquela que apresenta uma maior prevalência, seguida de outras drogas, como as anfetaminas, e a um nível bem mais residual, a cocaína e a heroína (Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, IDT, 2006).

O último European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD, 2007) um inquérito realizado em 2007 a estudantes entre os 15 e 16 anos, indica que 79% dos jovens portugueses tiveram consumos de álcool no último ano, 19%, de consumo de cigarros no último mês, 13%, de cannabis ao longo da vida e 6%, de outras drogas ao longo da vida. Estes dados são similares aos de outros países europeus, ainda que a média europeia seja ligeiramente superior para o conjunto das substâncias referidas.

No que respeita ao panorama mundial, o World Drug Report das Nações Unidas: Drogas e Crime (UNODC, 2011) refere que 3.3% a 6.1% de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos utilizaram drogas ilícitas, pelo menos uma vez no último ano, e destas, estima-se que metade seja consumidor regular. Aponta-se, igualmente, um aumento gradual do número de usuários de drogas ilícitas desde os anos 90, embora o número de consumidores dependentes não tenha sofrido grandes alterações. A cannabis surge como a droga mais consumida mundialmente, seguida das anfetaminas ou estimulantes (drogas sintéticas), dos opiáceos (heroína, por exemplo) e da cocaína. Ainda segundo o mesmo relatório, parece haver uma tendência para a estabilização ou possível diminuição (ainda que ligeira), do consumo de opiáceos e cocaína, ainda que se possa constatar um aumento do uso de drogas sintéticas e medicamentos não prescritos clinicamente (UNODC, 2011).

Após uma explanação global da prevalência do consumo de drogas, apresenta-se, de seguida, uma revisão da literatura dos estudos epidemiológicos mais recentes acerca dos diferentes tipos de drogas mais comuns.

1.2.1. Tabaco

De acordo com dados fornecidos pela American Psychological Association (APA, 2000), na população em geral a dependência da nicotina estima-se em 20%. Mais especificamente, nos EUA, aproximadamente 45% da população em geral nunca fumou, sendo que, dos restantes, 25% são ex-fumadores, 30% fumam cigarros correntemente; 4% fumam cachimbo ou charutos e 3%, tabaco de mascar. No mesmo país, a prevalência de utilização tem estado a diminuir cerca de 0.7%-1% por ano.

Mendonza (2000), por seu turno, através de dados lançados pela Organização Mundial de Saúde, revela que 65% dos jovens europeus com idade inferior a 15 anos já haviam fumado antes e cerca de 21% desse grupo etário o faz regularmente, sendo a distribuição equitativa entre os géneros.

Num estudo realizado por Precioso, Samorinha, Macedo, e Antunes (2012), com vista à determinação da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses, por regiões, numa amostra de 8764 alunos de 57 escolas do 5.º-12.º ano de escolaridade, constatou que 9,6% dos alunos são consumidores regulares de tabaco (consomem diária ou semanalmente) e 2,9% são consumidores ocasionais; 10,2% dos rapazes e 9,1% das raparigas são consumidores regulares de tabaco e 3,3% dos rapazes e 2,6% das raparigas consomem ocasionalmente. A prevalência de consumidores regulares na amostra total é mais elevada nos rapazes do que nas raparigas, embora, no que respeita ao consumo ocasional, o consumo é mais elevado nas raparigas.

Segundo o Observatório Espanhol de Drogas (OED, 2008), a última pesquisa estatal sobre o Uso de Drogas no Ensino Secundário (ESTUDES) aponta para uma maior incidência do consumo do tabaco entre os jovens estudantes de 14 a 18 anos de idade, logo a seguir ao álcool. Os dados mostram que 44.6% já havia fumado alguma vez, e nos últimos 30 dias, cerca de 32.4% já o havia feito. Segundo os mesmos dados, a idade média de início do consumo situa-se nos 13.3 anos de idade, enquanto a idade média do consumo diário situa-se nos 14.3 anos.

Outros estudos (Delgado et al., 2005; Torregrosa, Inglés, Delgado, Martínez-Monteagudo & García-Fernández, 2007) acerca da frequência do consumo de drogas foram efectuados por vários autores, tendo os mesmos chegado à conclusão existe uma correlação entre a frequência do consumo e o aumento da idade dos usuários da substância; à medida que aumenta a idade do jovem, aumentam, por conseguinte, os

hábitos de consumo do tabaco. Os jovens iniciam o consumo do tabaco em idades cada vez mais tenras (entre os 12 e os 14 anos), havendo uma homogeneidade relativamente à frequência do consumo por rapazes e raparigas, embora os estudos acima referidos apontem um crescimento no consumo para o grupo feminino.

1.2.2. Álcool

Aragão e Sacadura (2002), mostram, através de um estudo efetuado em Portugal, entre 1994-1996, com jovens do 3º ciclo e do ensino secundário, que 47% dos estudantes já haviam consumido álcool, apontando os 13.1 anos como idade de iniciação ao consumo. Deste estudo, ressaltam que o consumo se realiza junto dos amigos (39.6% dos casos) e da família (25.6%), em termos preferenciais. Entre os alunos com idade igual ou superior a 16 anos, os mesmos autores mostram que 79.1% dos jovens inquiridos já haviam consumido álcool, pelo menos uma vez na vida, sendo o sexo masculino o que apresentava uma prevalência superior de hábitos de consumo, com 80.2%. São dados, portanto, coincidentes com os do European School Survey Project on Alcohol and Drugs, publicados pelo Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IDT, 2011), cujos resultados indicam que há uma maior prevalência de consumo de uma bebida alcoólica ao longo da vida dos jovens inquiridos, embora a prevalência de consumo nos últimos trinta dias anteriores ao inquérito seja inferior.

Os estudos epidemiológicos levados a cabo em Espanha, descritos por Aragón e Sacadura (2002) indicam que 55.7% dos adultos com mais de 18 anos assumem um consumo preferencial de álcool, sendo que 34.6% dos adolescentes do ensino secundário consomem álcool com alguma regularidade.

Ainda em Espanha, diferentes estudos constantes no Observatório Espanhol de Dependências (OED) parecem confirmar os resultados acima descritos (OED, 2008). Espada, Méndez e Hidalgo (2000) através de uma amostra de jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 15 anos, verificaram que 67.7% já tinha consumido álcool em alguma ocasião e dentro deste grupo, 42% referiu que havia consumido álcool há menos de um mês, 33.8% há menos de um ano e 16.9% há mais de um ano. A idade dos 12.2 anos parece ter sido a idade média para o início do consumo do álcool, quer para rapazes, quer para raparigas. Yubero et al. (2005), num estudo realizado, confirmam as

teses anteriores ao revelarem que o consumo do álcool aos 13 anos era de 13.7% da amostra de estudantes, aos 14 anos era de 28.1%, aos 15 anos de 50%, aos 16 anos de 74.6% e aos 18 anos, de 87.4%. Ainda no mesmo estudo, os autores observaram que 25.8% dos estudantes bebia esporadicamente uma vez ao mês, 28.9% dos estudantes bebia habitualmente e 44.5% não consumia álcool.

Espada, Pereira e García-Fernández (2008), num estudo realizado acerca da influência dos modelos sociais sobre o consumo de álcool, entre adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 16 anos, verificaram um maior número de adolescentes consumidores de álcool cujo pai e melhor amigo também consumiam álcool, do que com mãe consumidoras ou abstmias. Constatou-se, portanto, uma maior probabilidade de embriaguez (cerca de 2.35 vezes maior) nos adolescentes cujos amigos eram consumidores de álcool, quando comparados com os que tinham amigos que não bebiam.

1.2.3. Cannabis

Segundo o Observatório Europeu das Dependências e da Toxicodependência (OEDT, 2012), a cannabis é uma das drogas ilícitas mais consumidas, principalmente na população jovem, entre os indivíduos do sexo masculino, onde se verificam consumos de iniciação aos 12 anos.

Os dados dos inquéritos à população recolhidos pelo OEDT (2012) sugerem que, em média, 32.5% dos jovens adultos europeus (15-34 anos) já consumiram cannabis, sendo que 12.4% o fizeram no último ano e 6.6% no último mês. Crê-se que percentagens ainda maiores de europeus na faixa etária dos 15 aos 24 anos tenham consumido cannabis no último ano (15.4%) ou no último mês (7.8%). As estimativas nacionais da prevalência do consumo de cannabis variam amplamente consoante os países, em todas as medições da prevalência. O Observatório (OEDT, 2012) destaca ainda que o consumo de cannabis é, de um modo geral, mais elevado entre os indivíduos do sexo masculino.

Outros estudos (OEDT, 2009) apontam a República Checa como o país que possui uma maior prevalência de consumo durante toda a vida (43.9%) e no último ano (28.2%). Todavia, é na Espanha que se verifica um maior consumo durante o último mês (16.9%).

Voltando a citar a pesquisa estatal espanhola acerca do Uso de Drogas em estudantes do ensino secundário (OED, 2008), constatou-se que a cannabis é considerada

a droga ilegal mais consumida entre os estudantes de 14 a 18 anos de idade. A percentagem dos consumidores diários ronda os 3.2%, sendo mais elevada no caso dos rapazes (4.5%), quando comparada à das raparigas (1.9%). O mesmo estudo mostra que a idade média para o consumo diário é de 14.6anos, sendo semelhante, quer para homens, como para mulheres. O estudo aborda ainda, a precocidade do consumo da substância, ao constatar uma correlação entre o incremento da idade e a maior frequência de consumo de cannabis.

Com percentagens de consumo de cannabis elevados, embora inferiores às encontradas no estudo anterior, Antón e Espada (2009) observaram que 17.1% da amostra consumia cannabis. Verificaram ainda que 4.4% dos inquiridos consumiam “2 ou 3 vezes ao mês”, 2.9% “1 ou 2 vezes à semana”, 1.8% “3 ou mais vezes à semana”, 2.4% “uma vez ou mais ao dia” e, finalmente, 88.5% “1 vez ao mês”. Sánchez-Hervás (2000), por seu turno, num estudo acerca do uso de drogas em adolescentes em adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, observaram que 11% da amostra havia consumido cannabis ou haxixe no último mês e 89% não haviam consumido este tipo de substâncias.

1.2.4. Cocaína

De acordo com os dados retirados do OEDT (2012), na Europa, estima-se que cerca de 8 milhões de jovens adultos (uma média de 6.3%) com cerca de 15-34 anos, tenham consumido cocaína, pelo menos uma vez na vida. Os valores portugueses variam entre 0.7% e 13.6%. A média europeia para o consumo de cocaína no último ano nesta faixa etária é estimada em 2.1% (cerca de 3 milhões) e para o consumo no último mês em 0.8% (1 milhão).

No Inquérito Escolar Europeu sobre o Consumo de Álcool e outras Drogas (ESPAD; OEDT, 2012), a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida entre os estudantes de 15-16 anos situa-se entre 1% e 2%, em 13 dos 24 Estados-Membros da União Europeia, Croácia e Noruega. Já o ESPAD relativo ao Reino Unido, aponta para valores de 5%. O inquérito escolar nacional em Espanha menciona 3%. Para efeitos de comparação, estima-se que, nos Estados Unidos, o consumo de droga ao longo da vida entre a população escolar de faixas etárias semelhantes é de 3%. Nos países em que estão

disponíveis dados relativos aos estudantes mais velhos (17-18 anos), a prevalência do consumo de cocaína ao longo da vida é geralmente mais alta, elevando-se para 7% em Espanha.

Em concreto, na pesquisa estatal espanhola acerca do Uso de Drogas em estudantes do ensino secundário (OED, 2008), a cocaína é a droga ilegal mais utilizada entre os estudantes, logo depois da cannabis. O consumo foi maior nos jovens do sexo masculino, quando comparado com as raparigas, exceto aos 14 anos, onde ambos os sexos apresentam uma prevalência semelhante. A idade de início do consumo se situa nos 15.4 anos, embora a maior expansão do consumo da substância se verifique aos 17-18 anos de idade.

Em Portugal, por sua vez, o Relatório Anual de 2011 (IDT, 2011), referente à situação das drogas no país, reporta um ligeiro aumento nas percentagens de experimentação de cocaína entre os alunos mais jovens (13 aos 15) e um decréscimo nos mais velhos (17 e 18 anos). No ECATD (Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga em Portugal) (IDT, 2011), a cocaína surgiu como a segunda droga com maior prevalência de consumo ao longo da vida, entre os alunos mais novos (13-15 anos). Em contrapartida, o mesmo não sucedeu com alunos mais velhos (16-18 anos). Em 2011, as prevalências de consumo ao longo da vida de cocaína variaram entre 1.8% e 3.3% consoante as idades. Em 2011 verifica-se, portanto, uma tendência para a descida destas prevalências de consumo, particularmente entre os alunos mais velhos.

Gil e Romo (2008), através de uma amostra representativa de estudantes do Ensino Secundário observaram que os rapazes consumiam mais drogas ilícitas (ex: a cocaína), em comparação com as raparigas. Todavia, as raparigas parecem consumir mais drogas lícitas (ex: tabaco e tranquilizantes), em comparação com os rapazes. São dados que parecem confirmar a tendência do consumo de cocaína, principalmente no que respeita à diferença entre géneros (OED, 2008).

1.2.5. Ecstasy

De acordo com os dados escolares europeus (OEDT, 2009), a maioria dos 28 países inquiridos em 2007 apresentam uma prevalência ao longo da vida do consumo, entre 1 e 5%. A Bulgária, a Estónia e a Eslováquia denotam uma prevalência de 6% e a

Letónia de 7%, constituindo, neste sentido, níveis de prevalência mais elevadas, comparadas com os restantes países-membros.

Em 2007 foi realizado em Portugal o segundo Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral (IDT, 2011), onde o ecstasy surgiu como a terceira droga preferencialmente consumida pelos portugueses, na população total (15-64 anos) e na população jovem adulta (15-34 anos). Registou-se um aumento das prevalências de consumo de ecstasy ao longo da vida na população total (de 0.7% para 1.3%) e na jovem adulta (de 1.4% para 2.6%). Nas prevalências de consumo nos últimos 30 dias verificou-se uma estabilização na população jovem adulta (de 0.4% para 0.5%). Já em 2011, o ecstasy surgiu com prevalências de consumo ao longo da vida que variaram entre 1.1% (13 anos) e 3.0% (15 anos) na população jovem (IDT, 2011).

Tal como sucede com as restantes drogas ilícitas, em Espanha (OED, 2008) existe uma maior prevalência no consumo de ecstasy em rapazes, quando comparados com as raparigas. Os 15.2 anos são apontados como a idade média de início do consumo da substância, embora os 16-17 anos sejam tidos como as idades onde se verifica uma maior extensão do mesmo. Na investigação preconizada por Sánchez-Hervás (2000), num estudo espanhol, 4.1% dos inquiridos tinham consumido ecstasy nalguma ocasião, embora as percentagens para a frequência do consumo nos últimos 30 dias tenham sido as seguintes: 2.3% “1-5 vezes”, 1.6% “mais de 5 vezes”, 1.2% “sempre que possível”. No último mês, os estudos indicam ainda que 95.5% da representação amostral não tinha consumido a referida substância.

1.2.6. Anfetaminas

Para Richards, Bretz, Johnson, Turnipseed, e Bofeldt (1999), a comunidade científica é consensual quando reitera a preocupação com o aumento relacionado com o consumo de anfetaminas, acessíveis através dos valores globais da morbilidade, da mortalidade, dos tratamentos e dos estudos epidemiológicos existentes.

Tomando por base os resultados do estudo realizado pelo Departamento de Epidemiologia e Bioestatística do Instituto de Saúde Carlos III em Espanha (Aragão & Sacadura, 2002), verificou-se que o consumo de anfetaminas revela uma frequência de 4.3% para o total das drogas consumidas no país, sendo os consumidores

maioritariamente jovens, do sexo masculino e com um quadro psicossocial caracterizado pelo desemprego, separação ou divórcio.

Aragão e Sacadura (2002), ao salientar o estudo da faculdade de Medicina de Estrasburgo e o relatório de Bioquímica Toxicológica do Hospital Fernand-Vidal de Paris, mostram que os consumidores dos vários tipos de anfetaminas são adolescentes e jovens, em que o local privilegiado para consumo são as discotecas, tendo como pano de fundo a música “techno”.

A nível europeu, a prevalência do consumo de anfetaminas apresenta taxas reduzidas. Na Noruega, Croácia e nos 26 estados-membros da EU, a prevalência do consumo de anfetaminas ao longo de toda a vida situa-se compreendida entre 1% e 8%, de acordo com dados de 2007 referentes a adolescentes de 15 e 16 anos. Os países onde se constataram consumos elevados de anfetaminas são a Bulgária (6%), Letónia (6%) e Áustria (8%) (OEDT, 2009).

Um estudo espanhol acerca do Uso de Drogas no Ensino Secundário (OED, 2008), ilustrou que existe um consumo esporádico desta substância pelos jovens, sendo os 15.4 anos a idade média de início e que apresenta uma maior extensão do consumo.

No caso concreto de Portugal, de acordo com os dados de dois estudos epidemiológicos publicados no Relatório Nacional do Fenómeno da Droga (IDT, 1996), a prevalência de consumo de anfetaminas nos jovens com idade de 16 anos ou superior a frequentar o ensino secundário público é de 1.97%. O Relatório evidencia, igualmente, que os 16 anos ou superior constituem as idades críticas para início do consumo desta substância, visto que apenas 0.8% dos alunos referiram ter tomado anfetaminas antes dessa idade.

1.3. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DO CONSUMO DE DROGAS

No âmbito da dependência de substâncias psicoativas, podem ser enumeradas diferentes teorias com vista ao desenvolvimento de uma tese que explique o consumo de drogas. Muisener (1994); e Richard e Senon (2005), a este respeito, referem que a adição constitui um processo biológico, social e cultural, num panorama desenvolvimental, constituído por fases ou etapas: 1) fase de primeiro contato; 2) experimentação, 3) consumo regular, 4) consumo abusivo, 5) dependência e 6) toxicomania” Em seguida,

apresenta-se uma síntese com as teorias com uma maior influência e relevância sobre a prevenção das toxicodependências.

1.3.1. Teoria da aprendizagem social

A Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, segundo Becoña (1999) e Cleaveland (1994), é uma das abordagens mais importantes e utilizadas na prevenção das toxicodependências, visto que muitos dos programas que se mostraram efetivos, partiam de algumas das suas premissas, ou complementavam-nas com aspectos teóricos de outras teorias.

De acordo com esta abordagem, o comportamento é determinado por 3 condicionantes: 1) pessoais (ex: conhecimentos, expectativas, atitudes...); 2) ambientais (normais sociais, acessibilidade à comunidade e influência sobre os outros) e 3) comportamentais (habilidades, a prática e a auto-eficácia). Estes fatores interagem entre si, simultaneamente, constituindo-se como um modelo dinâmico e triangular (Bandura, 1977).

Assim, Bandura (1969, 1977, 1986) indica a aprendizagem vicariante ou observacional como um aspeto preponderante a ter em atenção. Segundo esta teoria, a execução e a aquisição de uma determinada conduta resulta da observação do comportamento de um modelo. Quando há um reforço desse mesmo comportamento, há uma repetição dessa conduta, mas, quando as consequências são negativas para o indivíduo (punição), há uma diminuição da probabilidade do sujeito repetir esse mesmo comportamento.

Ao transportar esta teoria para o quadro dos consumos de droga, verifica-se que o ato de consumir a substância psicoativa pode ser explicado pelo processo de modelagem e pelo reforço comportamental, a par de outros fatores pessoais, ambientais e sociais. Ou seja, a adoção de um comportamento, por parte do indivíduo, não se opera de forma mecânica. É pelos processos emergentes dos microssistemas sociais (família, grupo de pares, figuras mediatizadas ou experiências diretas), que o indivíduo pode ou não adaptar-se aos estímulos (Cochrane, Malcom,& Brewerton, 1998; Muisener, 1994). Portanto, quando um jovem não possui habilidades sociais para enfrentar o meio, há um aumento da probabilidade do consumo de drogas, como forma de enfrentamento.

1.3.2. Modelo evolutivo

O modelo evolutivo de Kandel (1980, 1982) tem demonstrado uma grande utilidade nos estudos longitudinais e transversais, bem como ao nível da análise das diferenças entre os géneros, entre idades e entre culturas.

Trata-se de uma teoria explicativa acerca de como o consumo de drogas evolui progressivamente e sequencialmente entre os adolescentes. A este respeito, o autor explica que os adolescentes começam por consumir as denominadas drogas de iniciação (drogas lícitas), servindo, à posterior, de mote para o consumo ou experimentação de drogas ilícitas. Através dos seus estudos, Kandel, Yamaguchi, e Chen (1992) apresentaram a sequência do consumo de drogas: 1) vinho ou cerveja; 2) licores ou cigarros; 3) cannabis; e 4) drogas ilícitas. Apesar dos fatores intra e interpessoais de cada indivíduo, os seus familiares e amigos influenciarem o curso da sequência anteriormente apresentada, o autor explica que, quando o sujeito se encontra numa das fases descritas, há uma grande probabilidade de evolução para a fase seguinte.

1.3.3. Teoría da conduta problema

A teoria da conduta/comportamento problema preconizada por Jessor e Jessor, segundo Petraitis, Flay e Miller (1995), constitui-se como um dos modelos pioneiros na explicação dos comportamentos desviantes. A teoria, entretanto, foi modificada e ampliada, quer nos seus esquemas conceituais, quer na sua construção empírica, por forma a abranger vários tipos de condutas-problema, para além de fatores de risco e protecção (Jessor, 1992).

O ato de consumir substâncias psicoativas, de acordo com Jessor e Jessor (1977, 1980), é previsto pela propensão que o indivíduo possui para o comportamento problemático, onde a personalidade, o ambiente percebido e o próprio comportamento inter-relacionam-se. A personalidade, portanto, seria um sistema composto por valores, expectativas, crenças e atitudes, determinada por uma estrutura motivacional (metas e expectativas para alcança-las), uma estrutura de crenças pessoais (acerca da sociedade, da pessoa em si e da interação entre ambos) e a estrutura pessoal de autocontrolo (características individuais que bloqueiam os comportamentos desviantes). Relativamente ao ambiente percebido, o mesmo refere-se à forma como se percebem e

qual o significado para o indivíduo dos controlos, dos apoios recebidos, da influência, dos modelos e das expectativas dos demais. São conceitos relacionados com o de sistema da personalidade e representam características ambientais que o indivíduo é capaz de reconhecer e perceber. Por fim, o comportamento ou a conduta diz respeito à aprendizagem, função e significado da própria conduta; são os propósitos aprendidos socialmente.

Em traços gerais, esta teoria defende que o comportamento-problema pode ser uma forma socialmente aceite de enfrentamento dos fracassos, aborrecimentos, ansiedade social e baixa de auto-estima ou infelicidade. Os jovens com maior risco de consumo de drogas são os que não possuem alternativas para solucionar os seus problemas, nem para alcançar as suas metas, no transcurso da sua vida. Fazendo os adolescentes entenderem quais as grandes vantagens do não consumo de drogas e apresentar alternativas saudáveis para o enfrentamento dos seus problemas, poderá ser uma forma eficaz de prevenir os riscos associados ao ingresso nos consumos de drogas.

1.3.4. Teoria da ação racional e teoria da ação planeada

A teoria da ação racional foi sugerida por Ajzen e Fishbein e o seu pressuposto central assenta na predição do comportamento em função, por um lado, das crenças que o adolescente tem sobre o consumo, as consequências desse mesmo comportamento e a avaliação dessas mesmas consequências (atitudes face ao consumo de drogas); por outro lado, aponta a predição do comportamento em função das crenças acerca do que os outros fazem (ex: se o adolescente percebe que os seus modelos de referência esperam que ele não enverede pelos consumos de drogas, a decisão mais provável do próprio irá nesse sentido). Isto é, as atitudes e a norma subjetiva determinarão a intenção de executá-la, intenção essa que será a causa mais imediata do comportamento levado a cabo (Becoña, 2002).

Apesar de vários teóricos considerarem esta teoria uma grande mais-valia na predição das condutas de abuso de drogas (Ajzen, Timko, & Whilte, 1982; Becoña, 1986; Schelegel, Crawford, & Sanborn, 1977), a mesma não se encontra isenta de limitações. Trata-se de uma teoria que não tem a particularidade de incluir a variável percepção de

controle comportamental. Assim, para contornar esta lacuna, Ajzen (1988) propôs uma reformulação e nomeou a nova abordagem de teoria da ação planeada.

A teoria da ação planeada evidencia quais os fatores que antecedem a intenção de realizar uma conduta: a percepção do controle sobre essa mesma conduta, a atitude e a norma subjectiva. A percepção do controle refere-se à crença que o sujeito tem acerca da sua capacidade para executá-la, bem como aos fatores externos que possam estar a influenciar a sua futura execução. A percepção do controle comportamental foi considerada, portanto, um determinante das intenções e do comportamento (Becoña, 2002).

1.3.5. Modelo compreensivo e sequencial

O Modelo compreensivo e sequencial foi desenvolvido por Becoña em 1999 e trata-se de uma abordagem que visa prever o desenvolvimento do consumo de drogas, passando por diferentes fases. Durante o processo de início até à sua finalização, existem diversos factores que vão influenciar essas mesmas fases, inter-relacionando-se.

As fases e fatores que influenciam o desenvolvimento do consumo de substâncias, segundo o modelo compreensivo e sequencial de Becoña (1999), são:

a) Fase prévia ou de disposição – Os fatores que influenciam esta fase são os fatores socioculturais (crenças, expectativas, condutas do grupo social do indivíduo, sobre as drogas e respectivo consumo, publicidade e venda...); biológicos (fármacos que contribuem para o efeito das drogas a nível cerebral); psicológicos (relação entre aprendizagem, personalidade e inteligência).

b) Fase de conhecimento – Os fatores que influenciam esta fase são: o ambiente, socialização, aprendizagem e expectativa.

c) Fase de experimentação e início do consumo – Os fatores que influenciam esta fase são: os componentes constitucionais, familiares, emocionais, interpessoais, intelectuais, entre outros; disponibilidade para a droga e modo de apresentação; acessibilidade e preço; tipo de substância e percepção do risco; crenças, atitudes, normas, estado emocional; família grupo de pares, escola, meios de comunicação social, habilidades de enfrentamento.

d) Consolidação do uso ao abuso e dependência – Os fatores que influenciam esta fase são: as consequências positivas e negativas do consumo, o estado emocional e a interação entre substâncias distintas e outras adições sem substância.

e) Abandono ou manutenção dos hábitos - Os fatores que influenciam esta fase são: as causas externas (pressões familiares, de amigos, de namoro, sociais, policiais, sanitárias, etc); as causas internas (deixar de consumir por problemas pessoais, físicos, afectivos, familiares e sociais).

f) Recaída – Chegar à fase da adição consolidada é um fator que influencia esta fase.

1.3.6. Modelo de crenças de saúde

O modelo das crenças de saúde foi desenvolvido com o objectivo de entender e explicar os comportamentos relacionados com a saúde, com especial destaque sobre as crenças ou percepção de vulnerabilidade face a uma doença que ameaça a saúde e os comportamentos que visam a prevenção dessa ameaça (Champion, & Strecher, 2002). Portanto, o comportamento saudável é determinado: 1) pela percepção que o sujeito tem da sua vulnerabilidade; 2) pela percepção de severidade, ou seja, compreender a gravidade da sua situação e as respectivas consequências médicas, sociais e económicas; 3) pela percepção de benefícios, onde há a crença acerca da eficácia dos comportamentos realizados, a fim de se proteger dos riscos; 4) pela percepção das barreiras percebidas, ou seja, a percepção acerca dos custos associados à busca de um comportamento ajustado; 5) pelos estímulos que levam à acção, ou seja, as chamadas de atenção que lembram o indivíduo e o orientam no sentido do comportamento desejado; 6) pelo autocontrolo, onde o sujeito confronta-se consigo próprio, em relação à sua confiança e competência em realizar o comportamento desejado.

Em suma, o indivíduo deve sentir-se e perceber-se em situação de vulnerabilidade em relação à sua própria condição e entender que os consumos podem acarretar consequências graves à sua saúde. Do mesmo modo, deve perceber que, para evitar esse comportamento desajustado, deve adotar comportamentos preventivos e considerar que esta nova atitude pode trazer benefícios, pese embora as barreiras detetadas. A elevada autoconfiança e as capacidades de autocontrolo do sujeito, permitem-no superar, de forma

eficaz, as dificuldades encontradas no processo de realização do comportamento saudável.

1.4. REPERCUSSÕES DO CONSUMO DE DROGAS

Segundo o OEDT (2009), entre as doenças infecciosas mais graves advindas do consumo de substâncias psicoativas, encontra-se o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), assim como a hepatite B e C. Embora no ano 2001-2002 se tenha observado níveis elevados de consumo de drogas por meio intravenoso na União Europeia, os dados apontam que, progressivamente, essa forma de consumo tem vindo a diminuir. Já em relação à hepatite B e C, o observatório (OEDT, 2009) mostra ainda, que, entre os anos de 2002 e 2007, a proporção de consumidores por via intravenosa diminuiu em 17 países (hepatite B) e, no caso concreto da hepatite C, em 7 países respetivamente. Os casos de hepatite C aumentaram entre 2002 e 2007 na República Checa, Luxemburgo, Malta e Reino Unido, mais concretamente.

Este panorama mostra que o uso de drogas acarreta uma série de graves consequências para a saúde dos indivíduos, situação que será ilustrada de seguida, de acordo com o tipo de substância psicoativa abordado.

1.4.1. Tabaco

O tabagismo é considerado uma pandemia da actual, com consequências dramáticas no campo da saúde e na qualidade de vida. Os dados da Organização Mundial de Saúde, (Mendonza, 2000), mostram que 65% dos jovens europeus com idade inferior a 15 anos já fumaram e que 21% dessa população o faz regularmente, quer sejam rapazes, quer sejam raparigas.

Um dos graves problemas atuais associados ao consumo de tabaco prende-se com a elevada taxa de mortalidade. De entre as oito causas de morte principais no mundo, seis delas estão relacionadas com o uso do tabaco. Com relação às doenças causadas pelo consumo desta substância, destaca-se as seguintes: o cancro no pulmão, da laringe, bucofaríngeo, esofágico, da traqueia e brônquios leucemia mielóide aguda, cancro de estômago, pâncreas, rins, colon, linfomas; acidente vascular cerebral, cegueira, periodontite, aneurisma, doença arterial coronária, pneumonia, doença vascular periférica

aterosclerótica; fraturas de quadril; enfisemas, problemas circulatórios, entre outras. (Informe OMS sobre a Epidemia Mundial de Tabagismo, 2008).

Em específico, no caso das mulheres, para além das consequências descritas anteriormente, destaca-se ainda, a redução da fertilidade, efeitos negativos aquando do processo de gestação (tumores cerebrais no lactante, afeções do ouvido médio, asma, síndrome de morte súbita, etc.), probabilidade agravada de infarto (principalmente quando a mulher toma anticoncepcionais), menopausa precoce, aumento do risco de osteoporose e cancro do colo do útero.

De acordo com a OED (2007), os efeitos a curto-prazo do consumo de tabaco nos jovens diz respeito ao aumento de catarro, tosse, diminuição do rendimento desportivo e perda de apetite. Para além disso, acarreta uma panóplia de alterações a nível físico, como sejam, as rugas prematuras, manchas nos dentes, infeções, cáries, mau hálito, odor corporal e manchas amarelas nas unhas e nos dedos. Para além disso e segundo Karp e O'Loughlin (2006), os jovens estão mais propensos a ficar dependentes da nicotina em comparação com os adultos. Por outro lado, outros autores encontraram relação entre apresentar sintomatologia depressiva e a dependência do tabaco em adolescentes (Espada, Sussman, Huedo-Medina, & Alfonso, 2011; Vogel, 2003).

A vantagem do consumo do tabaco, quando comparada com outras drogas é o facto de não acarretar problemas significativos no domínio laboral, familiar e social do consumidor (Becoña, 2002). Por outro lado, trata-se de um comportamento que custa milhares de euros, todos os anos, em muitos países. Por exemplo, Nos Estados Unidos da América, os custos com o consumo de tabaco ascende os 81.000 milhões, na Alemanha, cerca de 7.000 e na Austrália, 1000 milhões de dólares los Estados Unidos (Informe OMS sobre a Epidemia Mundial de Tabagismo, 2008).

1.4.2. Álcool

O alcoolismo tem vindo a constituir-se um grave problema dos governos e das instituições das sociedades modernas atuais, pelos danos que o abuso desta substância causa no indivíduo, na sociedade ou em ambos (Casas & Guardia, 2002). Os transtornos relacionados com o consumo de álcool estão diretamente relacionados com a atitude face ao produto (abuso e dependência do álcool), ou relacionados com os efeitos diretos do

álcool sobre o cérebro (intoxicação devido ao álcool, abstinência alcoólica, delírio por abstinência, transtorno mnésico, demência, transtornos psicóticos, transtornos do estado de ânimo, do sono, sexuais, entre outros...) (Gonçalves, 2008).

Cada vez mais e de acordo com os dados estatísticos apontados aquando da análise da prevalência do álcool nos jovens, é fácil encontrar situações de abuso de álcool. No entanto, a contínua presença do álcool no organismo é prejudicial, visto que pode causar cirrose hepática e encefalopatias. A manifestação dos efeitos do álcool varia de acordo com a quantidade ingerida e as próprias características da personalidade. Entre os efeitos mais comuns, é possível destacar a desinibição, a euforia, relaxamento, aumento da capacidade de socializar, dificuldades em expressar-se ou associar ideias, a descoordenação motora e a intoxicação aguda. Se nos centramos nos efeitos a longo prazo, desenvolvidos pelo consumo de álcool, é possível destacar a hipertensão arterial, transtornos do sono, agressividade, úlceras úlcera gástrica, casos de depressão, cirrose hepática, disfunção sexual, doenças cardíacas, deficit cognitivo, encefalopatia, demência, cancro e psicose.

Os jovens raramente apresentam estes efeitos a longo prazo, visto que os mesmos apenas se manifestam em adultos que consomem álcool há vários anos. Todavia, importa referir que o consumo excessivo de álcool na adolescência pode interferir no desenvolvimento do cérebro e na memória, na aprendizagem e na planificação das tarefas (Brown, 2008; Masten & Faden, 2008; PNSD, 2007). Do mesmo modo, o abuso desta substância também se encontra relacionado a uma série de comportamentos problemáticos, como por exemplo, o absentismo escolar, desvinculação em relação à escola, violência sexual e íntima, etc. (Miller, Naimi, Brewer, & Everett, 2007).

Ao consumo de álcool também estão associados os comportamentos sexuais de risco. Os efeitos da prática sexual desprotegida englobam o risco de contração de doenças sexualmente transmissíveis como o VIH (So, Wong, & DeLeon, 2005). Vários estudos (cf. Antón & Espada, 2009; Calafat, Juan, Becoña, Mantecón, & Ramón, 2009) mostram que existe uma maior probabilidade dos adolescentes evidenciarem comportamentos sexuais de risco (principalmente por parte dos rapazes) sem proteção e sob o efeito do álcool, principalmente consoante a frequência de saídas noturnas.

1.4.3. Cannabis

Os efeitos da cannabis, logo após o seu consumo imediato, englobam: a boca seca, os olhos vermelhos, taquicardia, diminuição psicomotora e falta de coordenação, sonolência, riso descontrolado e alterações na memória, atenção e concentração, náuseas, tremores e sensação de modificação do tempo e do espaço. A isto se denomina por "intoxicação por cannabis". No entanto, o uso continuado de cannabis produz a libertação de dopamina, em 1 em cada 3 dos que habitualmente consome. O uso regular destas substâncias conduzem a uma perda da motivação e do interesse, podendo, igualmente, apresentar alguns efeitos relaxantes (Gonçalves, 2008; Becoña, 2002). Para além destes, outros efeitos a longo prazo são os problemas de memória e de aprendizagem, como ocorre no consumo do álcool, dificuldades escolares (ou abandono escolar precoce), transtornos de ansiedade, depressão e personalidade, cancro, complicações pulmonares, arritmias, psicose e esquizofrenia. Em termos sociais, normalmente o consumo de cannabis condiciona a rede de suporte dos jovens, onde se pode verificar o abandono dos amigos não consumidores, baixo interesse pelas diferentes atividades distintas à do consumo. Para além disso, verifica-se uma preocupação pela busca de cannabis, problemas laborais e escolares, irritabilidade, agressividade, inquietude, nervosismo, diminuição do apetite e transtornos do sono. Alguns estudos (Calafat et al., 2008; PNSD, 2007) mostram mesmo que o risco de toxicidade e desenvolvimento de problemas a longo prazo é maior entre os elementos da população juvenil, do que em relação à população adulta.

Num estudo realizado a 13.718 adolescentes (Van Den Bree & Pickworth, 2005), verificou-se que o consumo de cannabis estava associado a dificuldades intrapsíquicas, baixo controlo das emoções, depressão e ansiedade. Os mesmos estudos mostraram que os adolescentes possuem dificuldades para enfrentamento do *stress* psicológico, bem como um baixo autoconceito. À rebeldia e à falta de empatia também se associaram os comportamentos desviantes.

Navarro (2000) salienta que a ingestão de cannabis nos jovens provoca tolerância e dependência e estimula a adaptação neurológica a estas substâncias psicoativas, tal como acontece com as principais drogas de abuso.

Atualmente, várias organizações civis e movimentos sociais lutam, um pouco por todo o mundo, para promover a legalização da cannabis. Um dos argumentos mais

utilizados prende-se com a existência dos possíveis benefícios sanitários, em especial na sintomatologia de algumas doenças, como a gestão da dor. Todavia, a maior preocupação concentra-se na repercussão da banalização do uso de cannabis em adolescentes (Bobes, Sáiz, González, & Bascarán, 2001).

1.4.4. Cocaína

É provável que as consequências do consumo de cocaína para a saúde estejam subestimadas. Isto pode dever-se à natureza, muitas vezes não específica ou crónica, das patologias normalmente causadas pelo consumo de cocaína a longo prazo (OEDT, 2012).

Os principais efeitos da cocaína são: euforia, labilidade emocional, grandiosidade, hiper-alerta, agitação psicomotora, insónia, anorexia, tendência para a violência, deterioração da capacidade de julgamento e excitação sexual. O consumidor de cocaína, como forma de aliviar os efeitos negativos da intoxicação, consome outras drogas como o álcool, hipnóticos, ansiolíticos, entre outros (Becoña, 2002). Alguns dos efeitos produzidos pela abstinência da cocaína são: a depressão, a irritabilidade, a anedonia, falta de energia e isolamento social. Poderá ocorrer, igualmente, disfunção sexual, ideação paranoide, alterações da atenção e problemas mnésicos (Gonçalves, 2008).

As complicações orgânicas mais significativas a apontar são as seguintes: alterações cardiovasculares como arritmias, infartos agudos do miocárdio (Becoña, 2002). Também podem surgir alterações neurológicas como convulsões, acidente vascular cerebral (AVC), cefaleias, etc.; complicações respiratórias, amenorreia, infertilidade, ginecomastia, insuficiência renal crónica. Em muitos casos o prognóstico é a morte. O consumo regular de cocaína, pode estar associado, igualmente, a risco de acidentes e de transmissão de doenças infecciosas por via de sexo não protegido e, possivelmente, em consequência da partilha de “palhinhas” (OEDT, 2012).

Numa amostra de 2043 alunos, em Barcelona, com vista à descrição dos efeitos experimentados pelos adolescentes face ao consumo de cannabis, os investigadores verificaram que 37.5% dos adolescentes afirmaram ter consumido a substância nalgum momento e os efeitos mais frequentes relatados foram a perda de memória, tristeza e dificuldades de concentração nos estudos e no trabalho (Morales, Ariza, Nebot, Pérez, & Sánchez, 2008).

1.4.5. Ecstasy

De acordo com a OEDT (2012) o consumo ilícito de anfetaminas tem sido associado a um vasto conjunto de efeitos adversos agudos. Destes efeitos, podemos destacar a agitação, dores de cabeça, tremor, náuseas, cólicas abdominais, sudação, tonturas e diminuição do apetite, euforia, desinibição, sociabilidade, aumento da autoestima, inquietude, confusão, secura na boca, entre outras.

Entre os efeitos adversos crônicos associados ao consumo de *ecstasy*, podemos destacar o risco cumulativo de doenças coronárias e cardíacas, hipertensão pulmonar, lesões cerebrais e do sistema nervoso, à psicose e a uma variedade de distúrbios de personalidade e de humor, bem como de acidentes de trânsito ou suicídio. Para além disso, produz tolerância, dependência e síndrome de abstinência (ex: cansaço, perda de apetite, dificuldade de concentração, ansiedade e depressão).

O consumo desta substância, quando injetada, aumenta o risco de doenças infecciosas (VIH e hepatite) para os consumidores, enquanto as taxas elevadas de comportamento sexual de risco os torna mais vulneráveis às infeções sexualmente transmitidas. Além disso, a falta de alimentação e de sono pode ter consequências nocivas para a saúde. O consumo de anfetaminas durante a gravidez está associado ao baixo peso à nascença, aos nascimentos prematuros e ao aumento da morbidade fetal (OEDT, 2012).

1.4.6. Consumo combinado de substâncias psicoativas

A combinação de diferentes substâncias no organismo pode provocar efeitos negativos tanto a curto como a longo prazo. Misturar cocaína, por exemplo, com outras drogas pode ser substancialmente perigoso, principalmente quando combinada com o álcool (poderá provocar um efeito duradouro e tóxico ao nível cerebral). Para além disso, o álcool neutraliza o efeito estimulante da cocaína. Do mesmo modo, comprovou-se que a combinação do álcool com a cannabis aumenta, cerca de 50%, a probabilidade de ter um acidente, visto que os efeitos sedativos de ambas as substâncias aumentam (PNSD, 2007). Do mesmo modo, a conjunção do álcool com tranquilizantes, relaxantes musculares e analgésicos aumenta os efeitos sedativos do próprio álcool (PNSD, 2007).

Brook, Brook, Zhang, Cohen, e Whiteman (2002), num estudo longitudinal durante a infância e a adolescência a fim de apurar os efeitos do consumo combinado de álcool, cannabis e outras drogas, concluíram que era possível relacionar o consumo com os transtornos depressivos, dependência alcoólica e transtorno de consumo de substâncias no final da terceira década da vida.

SÍNTESE

As drogas (lícitas ou ilícitas, leves ou duras) constituem um grave problema à escala global, que põe em risco as sociedades pela indução dos consumidores a um estado de dependência física, psíquica ou de ambos os tipos, com graves consequências nos diferentes sistemas que interagem com o ser humano. Um olhar sobre a prevalência dos consumos de drogas permite constatar que o consumo de álcool, tabaco e cannabis, após o aumento consecutivo durante alguns anos, viu diminuir ou estabilizar a sua taxa de predomínio, na grande maioria das substâncias. O álcool e o tabaco são as drogas lícitas mais consumidas, sendo a cannabis a que apresenta percentagens elevadas no que respeita à sua prevalência. Do mesmo modo, outras substâncias como a cocaína, o *ecstasy* e as anfetaminas em geral evidenciam percentagens muito inferiores à cannabis, álcool e tabaco. Com relação à evolução dos consumos, destaca-se a tendência de estabilização do consumo de álcool. Não obstante, a prevalência do consumo excessivo do álcool é um assunto pendente, pelo fato de se verificar um aumento durante o fim-de-semana, constatando-se consumos combinados. Em relação ao tabaco, o seu consumo diminui quando é ocasional, pese embora haja uma estabilização da taxa de consumos diários. Do mesmo modo, também se verifica que o número de consumidores de cannabis e cocaína diminuiu. Quando ao *ecstasy* e às anfetaminas em geral, desde os anos 90 são as mais substâncias menos consumidas. Por fim, verifica-se que a maior parte dos estudos reporta taxas elevadas de consumo no género masculino, quando comparadas com o sexo feminino, no que diz respeito às drogas ilícitas. Por outro lado, os mesmos estudos apontam as mulheres como as que consomem mais tabaco, relativamente aos homens, situação que não se verifica no caso do álcool, visto que, nesta situação, as percentagens são similares.

CAPÍTULO 2
PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

2.1. CONCEITO DE PREVENÇÃO

Durante muito tempo a prevenção em matéria de comportamentos aditivos assentou numa base teórica idêntica à da prevenção de doenças, sendo que as ações preventivas eram concebidas essencialmente pelo ato médico (Thombs, 1994). Hoje em dia, a prevenção não se limita à prescrição daquilo que se deve evitar, mas, antes pelo contrário, engloba saberes de uma equipa multidisciplinar composta por médicos, professores, psicólogos, sociólogos, pelos próprios usuários da substância psicoativa e a pela sua rede principal de suporte, nomeadamente, a família (Negreiros, 1991; Smith, Coles, Poulsen, & Cole, 1995).

A este respeito e num sentido mais lato a Organização Mundial de Saúde (2008) vem esclarecer que a prevenção do consumo de drogas atua de acordo com as atividades de saúde, encabeçadas pela própria comunidade e pelos profissionais, sob a séria responsabilidade dos elementos governamentais, cuja meta é retardar ou evitar a aparição de hábitos de saúde maléficos. A referência atual atua como promotora da saúde, concebendo o indivíduo de acordo com as suas potencialidades biológicas, psicológicas e sociais (Negreiros, 1991; Smith et al., 1995; Santacreu, Zaccagnini & Márquez, 1992).

Becoña (2007), numa abordagem mais atualizada do fenómeno, considera que a prevenção deve focalizar-se no engendramento de ações que retardem os consumos de drogas e reduzam o início, o aumento e a continuidade desse mesmo comportamento, sem esquecer as variáveis do indivíduo, do sistema social, assim como aqueles comportamentos que se relacionam com o consumo e que possam estar a servir de influência, por exemplo, a predisposição ou a autoestima do sujeito. Portanto, a prevenção diz respeito ao ato ou efeito de intervir no abuso de drogas lícitas e ilícitas, com vista ao evitamento do uso de drogas de forma continuada, principalmente no seio dos grupos de risco.

Já para Martín (1995), a prevenção implica o desenvolvimento de iniciativas ou de estratégias que incidam na modificação e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o autocontrolo individual e a resistência face à oferta de drogas.

Os objetivos da prevenção, segundo Kramer e Cameron (1975), são: a) a redução da extensão ou gravidade dos problemas relacionados com o uso médico de fármacos,

geradores de dependência; b) diminuição da prevalência e da incidência da farmacodependência; c) melhoria do comportamento pessoal e social dos dependentes de drogas; d) organização de um sistema eficaz para o planeamento, avaliação e modificação contínua de atividades do programa, de acordo com as mudanças que se produzam e em conformidade com os resultados dos estudos sobre a eficácia dos diferentes métodos, critérios e políticas aplicadas.

À prevenção da toxicodependência aliou-se, portanto, a imprescindível necessidade de prevenir os perigos inerentes ao consumo de drogas, com vista ao reforço dos fatores que protegem os indivíduos das condutas prejudiciais à sua saúde (Gonçalves, 2008). Os fatores de risco constituem, assim, os atributos individuais, as condições situacionais e os contextos ambientais do indivíduo, que impulsionam a probabilidade de ocorrência de uso e abuso de drogas. Por sua vez, os fatores protetores compõem os atributos individuais, as condições situacionais e os contextos ambientais do indivíduo, que diminuem, reduzem ou atenuam a probabilidade do uso e do abuso de substâncias psicoativas (Clayton, 1992).

Neste âmbito, a contribuição dos psicólogos na prática preventiva do consumo de substâncias torna-se imprescindível, uma vez que incide na melhoria da qualidade das intervenções, integração dos conhecimentos teórico-práticos, habilitação de profissionais de outros setores, elaboração e difusão dos conhecimentos associados à prevenção e ocupação de uma posição de referência (especialista) neste domínio, a fim de evitar a confusão de mensagens sobre drogas (Moncada & Palmerín, 2007).

Em suma, atendendo aos diferentes conceitos e objetivos propostos pelos diferentes autores, a respeito do conceito de prevenção no âmbito das toxicodependências, observa-se uma certa confluência concetual, uma vez que todos partem da ideia central de que a prevenção se identifica com determinadas atividades, iniciativas ou ações destinadas a modificar os fatores de risco sobre o consumo de drogas, com vista à redução do uso e do abuso de substâncias.

2.2. TIPOLOGIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Numa primeira abordagem, os tipos de intervenção no consumo de drogas dizem respeito às intervenções preventivas, fundamentadas na redução da oferta e da procura da

substância psicoativa. A redução da oferta, no âmbito da prática preventiva, está associada à oferta de drogas lícitas, inclusive medidas de carácter legal que dizem respeito à regulação de aspetos como a venda de álcool, tabaco, a publicidade, os horários, os estabelecimentos autorizados para a venda das mesmas, entre outros. Por outro lado, a redução da procura está ligada a todo o tipo de programas e ações destinadas a minimizar a influência dos fatores de risco de consumo, ou a maximizar a influência dos fatores de proteção, tanto no que respeita às drogas lícitas como as ilícitas (Becoña, 2002).

Outra abordagem, menos usual, (Becoña, 2002) relativamente à intervenção, concebe-a como específica e não específica:

- A prevenção específica refere-se a programas ou intervenções explicitamente destinadas à prevenção do consumo de drogas e às intervenções ou programas cujos conteúdos sobre a substância são igualmente importantes (informação ou habilidades acerca das drogas, como por exemplo a capacidade de dizer não face à oferta de uma substância);
- A prevenção não específica está relacionada a conteúdos gerais, não vinculados explicitamente ao consumo de drogas. Estas incluem informação acerca das competências pessoais e em relação à promoção da saúde, como por exemplo, a autoestima.

Outra forma de classificar a prevenção (Caplan, 1980; Jason & Bogat, 1983; Muisener, 1994; Richard & Senon, 2002), tão sobejamente conhecida e difundida entre os profissionais do mesmo sector e que é passível de ser encontrada em muitas teses literárias, é aquela que se classifica em função do momento temporal a que se aplica a prevenção. Esta classificação subdivide-se em prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária, cuja explicação se descreve em seguida:

- A prevenção primária diz respeito a todas as atividades preventivas que se desenvolvem antes do surgimento do comportamento-problema. Trata-se de um tipo de intervenção dirigida à população em geral, como por exemplo, adolescentes não consumidores habituais de drogas, e tem como fim impedir o aparecimento de uma patologia, tendo como foco a ação sobre um comportamento de risco (beber álcool, fumar tabaco ou consumir psicotrópicos). Encontra-se estritamente associada à promoção de atitudes ativas em favor da saúde e, conseqüentemente, à prevenção da evolução de um simples consumo para o

Programas de prevenção

consumo abusivo; implica prevenir as complicações do uso e do abuso de substâncias psicoativas através da implementação de políticas de redução de riscos;

- A prevenção secundária está intimamente relacionada com as ações destinadas à deteção precoce das primeiras fases de uma patologia. No caso concreto do consumo de drogas, diz respeito às ações destinadas a eliminar comportamentos de uso e abuso de drogas, numa fase inicial. Ou seja, este tipo de prevenção reporta-se às populações em risco e tem como instrumento de operacionalização as equipas de bairro, as equipas de prevenção, as equipas de acolhimento de adolescentes etc. Implica fornecer os meios necessários para um melhor entendimento da origem do problema, com vista ao evitamento da gravidade da situação;
- A prevenção terciária diz respeito à restauração da saúde após o surgimento da patologia, que no caso específico do consumo de drogas está associada às ações destinadas à minimização de danos e à prevenção de comportamentos perniciosos, dado o agravamento da situação de abuso. Mais concretamente, este tipo de prevenção tem como finalidade prevenir as recaídas dos sujeitos socialmente reinseridos, através de medidas que possam comportar, entre outros, o apoio social, o apoio económico e o acompanhamento domiciliário. Trata-se de um tipo de intervenção que se centra no tratamento e na reabilitação dos consumidores.

Outro esquema de classificação da prevenção do consumo de drogas, que se constitui como um dos mais utilizados atualmente, é o descrito por Gordon (1987). Esta estrutura consiste em classificar os programas de prevenção segundo os grupos populacionais a que poderão ser aplicados, de forma bem-sucedida. Para isso, o esquema distingue três níveis de medidas preventivas: medidas universais, medidas seletivas e medidas indicadas, como se observa em seguida:

- As medidas universais destinam-se a todos os adolescentes a quem se pretende vedar ou retardar o consumo de drogas. Constituem as ações de prevenção baseadas nos meios de comunicação, em contexto laboral, comunitário, familiar e escolar.
- As ações seletivas direcionam-se a grupos vulneráveis, ou seja, a adolescentes em maior risco de consumir drogas, relativamente à média geral. O objetivo desta

medida é atrasar ou prevenir o abuso de drogas. Os programas que apresentam este tipo intervenções requerem profissionais com formação específica, e se desenvolvem por um período longo de tempo, pelos que os custos associados, por pessoa, são maiores e requerem uma maior dedicação, do que em relação aos programas universais.

- As ações preventivas indicadas direcionam-se àqueles indivíduos que já tiveram um primeiro contato com as drogas e que, ou já começaram a consumir, de modo habitual, algum tipo de droga, ou o seu padrão de consumo excessivo é potencialmente perigoso para a sua saúde. Trata-se, por exemplo, de consumidores de drogas iniciais, com comportamentos antissociais, delinquentes ou com transtornos psicológicos.

Em suma, é possível afirmar que na hora da classificação da prevenção dos consumos de drogas, os profissionais poderão categorizar a prevenção em primária, secundária e terciária. A intervenção pode ser específica ou não específica e o âmbito de ação poderá ser escolar, familiar ou comunitário. No que diz respeito à população-alvo, a prevenção universal, seletiva ou indicada serão as mais propícias.

2.3. PROGRAMAS DE PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR

Antes de da abordagem ao panorama dos programas de intervenção em contexto escolar existente, importa compreender o porquê da intervenção escolar no respeitante ao consumo de substâncias psicoativas. De acordo com a Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC, 2007) em Portugal, o contexto escolar assume-se como um dos principais meios socializadores dos jovens. Para além disso, os alunos estão sujeitos a momentos de crise e mudanças que os expõem a múltiplos riscos (entre eles o consumo de drogas). Neste sentido, o contexto escolar revela-se o local ideal para detetar precocemente os fatores de risco e proteção associados ao consumo de drogas, constituindo-se, igualmente, como o contexto onde se efetuam aprendizagens relacionadas com a conduta social e afetiva, necessárias para lidar adequadamente com os riscos do consumo.

Numa análise aos programas de intervenção escolar existentes, verifica-se que, em função dos seus conteúdos, torna-se imperativo categorizá-los de acordo com duas abordagens distintas (Espada, Méndez, Griffin, & Botvin, 2003; Gázquez, 2010):

1. Abordagens tradicionais, onde se destacam:
 - a. Programas de transmissão da informação;
 - b. Programas de desenvolvimento afetivo;
 - c. Programas geradores de alternativas ao consumo
2. Abordagens mais recentes, onde se pode encontrar:
 - a. Programas de treino de habilidades de resistência;
 - b. Programas de treino de habilidades de interação social;
 - c. Programas de treino de habilidades de resolução de problemas;
 - d. Programas combinados;
 - e. Programas baseados na evidência.

Importa salientar que se trata de programas que visam produzir impacto na prevenção, através do enriquecimento do sujeito (informação, competências, literacia, *empowerment*, competências para a ação) e da promoção de atitudes gerais menos favoráveis face às substâncias aditivas, conduzindo, por conseguinte, à diminuição do consumo (Gonçalves, 2008). Neste sentido, apresenta-se de forma sumária, os pressupostos teóricos básicos dos programas de prevenção, de acordo com as respetivas abordagens.

2.3.1. Abordagens tradicionais

As estratégias tradicionais utilizadas para prevenir o consumo de drogas, visam a transmissão da informação, a educação afetiva e a promoção de atividades alternativas. Compõem a gama de programas clássicos, que não assentam as suas premissas em teses psicológicas explicativas do fenómeno do consumo de substâncias.

Em seguida, descrevem-se os principais programas de prevenção, assentes nesta perspetiva tradicional.

a) Programas de transmissão de informação

Inscrito no domínio do paradigma da instrução didática ou informativa/comunicacional, os primeiros programas desenvolvidos através do modelo médico baseavam-se, exclusivamente, na transmissão da informação para prevenir a dependência de drogas (programa que, apesar de pouco eficaz, continua a ser utilizado nos dias de hoje) (Becoña, 2002). O objetivo deste tipo de programas era informar acerca das drogas, do seu abuso, do quadro da dependência, padrões de consumo e as consequências perigosas intrinsecamente associadas ao uso/abuso de drogas.

Para atingir a sua finalidade, estes programas utilizavam como meios a utilização de campanhas publicitárias, sessões de informação nas escolas, filmes, debates, panfletos, cartazes, propaganda e publicidade em locais públicos. Os profissionais que se encontravam à frente destas intervenções eram, em muitas ocasiões, profissionais de saúde, com conhecimentos sobre a matéria e, em muitos casos, ex-consumidores de drogas, cuja conduta de reabilitação visava provocar uma mudança nos hábitos dos usuários da substância. A ativação do medo era uma das estratégias utilizadas para alcançar esta finalidade, já que se pressuponha que a causa principal do consumo de drogas se devia ao desconhecimento em relação às consequências negativas do ato (Becoña, 2002).

Por exemplo, se atendermos aos acontecimentos de há 50 anos atrás, as campanhas contra as toxicomanias foram levadas a cabo com o objetivo de provocar o medo na população, como forma de prevenção das drogas. Todavia, tais estratégias revelaram-se ineficazes e pouco efetivas. Os estudos subsequentes vieram atestar que os programas informativos não se revelavam tão eficazes quanto à redução do consumo de drogas, ou mesmo, no que concerne à intenção de consumir (Espada et al., 2002), principalmente se o seu impacto se limitava ao domínio cognitivo do usuário (Bruvold, 1993; Collins et al., 1987).

A análise de Pickens (1985) a 26 programas baseados na informação aponta para as conclusões acima descritas, tendo-se constatado que os respetivos programas não mudam, necessariamente, as atitudes, antes pelo contrário, quando tentam incidir na mudança comportamental, muitas das vezes fazem-no de forma incorreta. Outros estudos (cf. Botvin, 1999, 2000; Dorn & Murji, 1992; Dusenbury & Falco, 1995; Goodstadt, 1978, entre outros), a este respeito, acrescentam, inclusivamente, que os programas

baseados na transmissão da informação podem conduzir a um aumento do consumo, pelo fato de estimular a curiosidade dos adolescentes, no que concerne aos efeitos prazerosos do consumo.

Faggiano et al. (2008), todavia, numa revisão efetuada a 32 estudos acerca da eficácia dos programas preventivos, constataram um aspeto positivo da utilização dos programas baseados na transmissão da informação, que diz respeito ao aumento dos conhecimentos acerca das drogas. Outros estudos preconizados por de Sussman, Dent, Stacy, e Sun (1993), numa tentativa de informar acerca das consequências negativas originadas pelo consumo do tabaco, constataram que existiam resultados positivos associados ao efeito dessa mesma da informação. A explicação dada para este declínio no consumo de tabaco, na escola, foi a de que não se limitaram a trabalhar no consumo a longo prazo, mas sim em temas de intervenção adaptados, nos mitos e nas falsas crenças sobre o consumo, através de *role-playings*, etc.

Em suma, é possível afirmar que os programas preventivos de componente informativa são uma mais-valia no aumento de conhecimentos acerca das drogas e as suas repercussões, embora se mostrem pouco efetivos no que respeita à produção de mudanças a nível atitudinal. Não obstante, quando utilizado com outras estratégias preventivas, os resultados mostram-se muito mais favoráveis (cf. Botvin, 1999; 2000; Espada et al., 2002; Hansen, 1992; Luengo, Romero, Gómez-Fragüela, Guerra & Lence, 1999, entre outros).

b) Programas de desenvolvimento afetivo

A abordagem subjacente aos programas de desenvolvimento afetivo assume que o abuso de drogas pode ser prevenido através do incentivo ao desenvolvimento emocional individual e, assim, reduzir a probabilidade de abuso de drogas. A ação deste programa incide na autoestima, com vista à promoção de um crescimento pessoal, um autoconhecimento e a aceitação do próprio adolescente. A autoestima, de acordo com Haeussler e Milicic (1995), está relacionada ao conjunto de juízos que o sujeito elabora acerca de si próprio. A intervenção fundamenta-se, portanto, na modificação das atitudes, das crenças e valores relacionados com as drogas e o seu consumo.

Luengo et al. (1998) concluem assim que o uso de drogas em adolescentes está associado a uma baixa autoestima familiar e escolar e a uma elevada autoestima alcançada através do grupo de pares. Jackson, Henriksen, Dickinson e Levine (1997), num estudo

sobre o consumo de tabaco e álcool, constataram que os alunos com autoestima elevada eram menos envolvidos na iniciação e experimentação face ao consumo dessas substâncias. Constituem, numa primeira análise, aspetos auspiciosos inerentes aos programas baseados no desenvolvimento afetivo

Contudo, Espada, Mendez, Griffin e Botvin (2003) constataram, através de uma análise ao consumo de drogas, que o abuso de álcool na adolescência não estava apenas associado aos transtornos afetivos, mas também ao insucesso escolar, problemas de saúde, comportamento sexual de risco, problemas jurídicos e início do consumo de outras drogas.

Na mesma linha de abordagem dos autores anteriores, Graña, Muñoz-Rivas, Andreu e Peña (2000) verificaram que os comportamentos antissociais e a desinibição eram fatores de risco psicológicos que estavam igualmente associados ao consumo de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco. O conceito positivo, a sinceridade e a prática religiosa eram os fatores de proteção destacados. Todavia, o baixo autoconceito encontrado nos jovens que bebiam, fumavam tabaco e cannabis, de forma habitual, eram o mote para a continuidade do consumo de substâncias. Assim, tal como conclui Martínez e Alonso (2003), parece existir, de facto, uma correlação entre autoconceito e busca de sensações prazerosas através de comportamentos pouco saudáveis, como o consumo de drogas.

Se se atender à variável autoconceito nas suas diferentes dimensões, existem estudos em que, dependendo da dimensão, os resultados variam de forma significativa. Veja-se, a título de exemplo, o caso da autoestima social e física, inclusivamente, em que as diferentes investigações demonstram que ambos podem chegar a ser fatores de risco para o consumo de drogas em adolescentes. Verificou-se, portanto que as dimensões de carácter social estavam positivamente associadas ao consumo de drogas. Ou seja, os estudos apontaram uma relação entre uma maior aceitação social e uma maior frequência do consumo de drogas (Pastor, Balaguer, & García-Merita, 2006).

Mais recentemente, Cava, Murgui e Musitu (2008) e Jiménez, Musitu, e Murgui (2008), postularam que a autoestima social (e física) elevada pode constituir-se um efeito de risco na adolescência (fase média), no quadro do consumo de drogas, embora, por outro lado, a autoestima familiar e escolar possam constituir-se como fatores de proteção face à mesma situação.

Em tom de conclusão, a autoestima familiar e escolar são fatores de proteção face a determinados comportamentos de risco, associados ao consumo de substâncias psicoativas, pensando-se, numa primeira abordagem, que estes programas subtraem bons resultados de intervenção. Não obstante, outros estudos apontam que, ante as dimensões físicas e sociais do consumidor, pode haver um maior risco para o consumo destas mesmas substâncias.

Pese embora as controvérsias encontradas em algumas das variáveis dos programas de desenvolvimento afetivo, os mesmos parecem não produzir mudanças significativas no comportamento dos usuários das substâncias psicoativas (Becoña, 2002).

c) Programas geradores de alternativas de consumo

De acordo com Espada, Méndez et al. (2003), é quando os jovens têm mais tempo livre, principalmente ao fim-de-semana, que o consumo de drogas poderá ter lugar. Há uma busca de sensações e experiências novas, que, na conceção dos jovens, só o consumo de drogas lhes pode facultar. Assim, os programas geradores de alternativas defendem que a redução do consumo ocasional ou habitual de drogas é possível, através da criação de uma panóplia de atividades saudáveis no tempo livre dos adolescentes. Portanto, o envolvimento deste público-alvo em atividades associativas ou desportivas, poderia constitui-se um fator de proteção face ao abuso de drogas (Espada, Sarabia, & Lillo, 1998; Macià, Olivares, & Méndez, 1991). Trata-se da satisfação das necessidades dos jovens (necessidades essas que, numa situação normal, seriam satisfeitas através da utilização de drogas) através de atividades saudáveis, que não impliquem o contato com o álcool, tabaco e outras drogas ilícitas (Center for Substance Abuse Prevention, CSAP, 2002).

Os programas baseados nas premissas anteriores fundamentam-se concetualmente dentro dos moldes da prevenção comunitária. A prevenção comunitária, neste âmbito, diz respeito ao desenvolvimento de campanhas nos meios de comunicação social, programas informativos de saúde pública, formação de mediadores sociais, prevenção em espaços reservados a atividades de tempos livres, redução de riscos e alternativas de ocupação de tempos livres saudáveis (Fernández-Hermida & Secades, 2002).

Contudo, os estudos acerca das avaliações dos programas geradores de alternativas de consumo apontam para a ineficácia destas intervenções, quando aplicadas

a solo. Todavia, o mesmo não sucede aquando da aplicação combinada com outros programas ou estratégias. Ainda que possa não causar um grande impacto no consumo de drogas per si, os estudos mostram que estes programas suscitam na sua população-alvo uma série de efeitos positivos (Schaps, Moscovitz, Malvin & Scheffer, 1986).

2.3.2. Abordagens mais recentes

As abordagens mais recentes face à prevenção dos consumos de drogas, ao contrário das anteriores, são mais complexas e focalizam-se nos fatores psicológicos e sociais que mediam o uso das substâncias psicoativas (Becoña, 2002). Para além disso, estas abordagens diferem-se das tradicionais pelo seguinte: 1) baseiam-se numa compreensão mais ampla e completa das causas do abuso das drogas entre os adolescentes; 2) fundamentam-se em teorias reconhecidas acerca do comportamento humano, como por exemplo, a teoria da aprendizagem social de Bandura; 3) Possui eficácia comprovada empiricamente; 4) possui um maior rigor metodológico e baseia-se em projetos de pesquisa mais úteis.

Em suma, as abordagens mais recentes ou atuais denotam um grande avanço face a uma prevenção eficaz, ao superar muitas das limitações das perspetivas tradicionais. Como forma de comprovar o que foi destacado anteriormente, em seguida se apresenta a descrição dos principais pressupostos dos programas de prevenção baseados no Modelo de Influência Psicossocial, intimamente relacionados aos programas de habilidades de resistência e melhoria de competências, habilidade para a interação e resolução de problemas, programas combinados e, por fim, programas baseados na evidência.

a) Programas de treino de habilidades de resistência

Esta abordagem, muito difundida principalmente após os anos 80, encontra o seu fundamento no quadro teórico da aprendizagem social de Bandura (1977). Segundo Becoña (2002), esta perspetiva assenta na premissa de que o comportamento de consumo de drogas adquire-se e reforça-se através da influência familiar, do grupo de pares e dos médios de comunicação social. Isto é, o consumo de drogas assume-se, portanto, como um comportamento intencional e funcional, aprendido socialmente através da modelagem e do reforço, e que pode estar a influenciar os fatores pessoais e sócio ambientais dos

usuários da substância. Por exemplo, o jovem aprende a fumar, beber ou consumir determinadas drogas, muito através da exposição repetida face a determinados modelos importantes e com um estatuto elevado – como é o caso dos irmãos mais velhos, dos pais ou de uma figura famosa -, que evidenciam a conduta de consumo de substâncias.

Estes programas de treino visam a aprendizagem de determinadas competências, a fim de que os adolescentes se sintam hábeis a resistir às pressões sociais. O objetivo é que estes últimos sejam capazes de identificar situações em que possam estar sob pressão para consumir para, subsequentemente, se equiparem de conhecimentos, confiança e habilidades para fazer face à situação de pressão em que se encontram (Becoña, 2002).

Esta abordagem prevê a utilização de um conjunto de técnicas, com o intuito de por em marcha o treino de habilidades de resistência, como por exemplo, técnica do *role-playing*, técnica da modelagem e técnica das instruções. São técnicas geralmente aplicadas no meio escolar dos adolescentes, onde os professores assumem um papel de treinadores, mediante a utilização de diferentes técnicas relacionadas ao consumo de drogas (Botvin, 1986).

As competências específicas ensinadas nestes programas de prevenção, de acordo com Espada, Rosa, e Méndez (2003) são:

- 1) A defesa da própria postura face às drogas e ao seu uso, respetivamente;
- 2) A expressão de opiniões positivas acerca de comportamentos saudáveis;
- 3) A expressão de opiniões contrárias ao abuso de drogas;
- 4) Rejeitar a oferta de uma droga ou pedir álcool num bar;
- 5) Resistir à pressão do grupo de amigos, face à sua contínua insistência;
- 6) Rejeitar o consumo, face a situações que possam constituir um risco para si e para os outros, como por exemplo, evitar beber quando conduz.

Na prática, alguns estudos (cf. Dielman, Kloska, Leech, Schulenberg, & Shope, 1992; Hammes & Petersen, 1986; Snow, Tebes, Arthur, & Tupasak, 1992; Sussman et al., 1993) comprovaram a eficácia acerca da eficácia deste tipo de programas, pelo facto de confirmarem que, em poucas sessões, os adolescentes conseguem aprender determinadas habilidades, como por exemplo, rejeitar a pressão face ao consumo. Através destas investigações, constatou-se igualmente, uma diminuição na suscetibilidade face à pressão do grupo de pares para consumir drogas. Inclusive, os programas baseados no

treino de habilidades de resistência mostraram eficácia na redução das taxas elevadas do consumo de tabaco (Botvin & Griffin, 2000).

Contudo, se existem teses que defendem a eficácia destes programas, outras há que não defendem a utilidade deste tipo de estratégias como forma de rejeitar o consumo de drogas, devido aos dados retirados dos diferentes estudos efetuados neste âmbito. Nutbeam (1995) e Flay (1985), por exemplo, não encontraram diferenças significativas aquando da colocação em prática da habilidade para rejeitar o consumo de tabaco, sob a influência ou pressão do grupo de pares, familiares ou meios de comunicação. Outras teses defendem ainda, que a eficácia destes programas verifica-se, apenas, aquando da sua conjugação com outros elementos de intervenção (Sussman et al., 1993). A este respeito, destaca-se os estudos que evidenciam que a crença de que beber é correto ou incorreto (regras de educação) reduz o consumo de álcool mediante o treino em habilidades de resistência (Donaldson, Graham, Piccinin, & Hansen, 1995).

Outras investigações centraram-se no incremento da autoestima e no fornecimento de informação sobre as consequências do abuso de substâncias, para além do treino de habilidades de resistência. O programa do projeto DARE (Drug Abuse Resistance Education) é um exemplo destas investigações. Este projeto obteve resultados positivos aquando da análise da correlação do consumo de álcool e a utilização de estratégias de rejeição (de Jong, 1987). Posteriormente, após cinco ou dez anos de seguimento, os estudos vieram revelar que não existiam efeitos a considerar no programa DARE (Clayton, Cattarello, Day, & Walden, 1991; Thomas, 2006). Antes pelo contrário, os estudos demonstraram que os efeitos tendem a decair gradualmente, à medida que decorre o tempo (Murray, Pirie, Luepker, & Pallonen, 1989). No entanto, importa ressaltar que a falta de recursos técnicos e didáticos parecem estar na base para as conclusões subtraídas.

Em suma, se por um lado os diferentes estudos afirmam que se trata de programas de prevenção eficaz, com resultados práticos fundamentados (cf. Botvin, 1986; Bukoski, 1986; Flay, 1985; Murray, Davis-Hearn, Goldman, Pirie, & Luepker, 1988, entre outros estudos com objetos de estudo distintos), por outro, alguns estudos não encontram efeitos significativos a apontar, em relação à aplicação do treino de habilidade de resistência (cf. Biglan et al., 1987; Gersick, Grady, & Show, 1988).

b) Programas de treino em habilidades de interação social

Bornás e Tortella (1998) concebem o termo “habilidades sociais” ao conjunto de respostas básicas, que permitem ao sujeito iniciar, manter e finalizar um diálogo, expressar ideias ou sentimentos, pedir favores ou informações a outras pessoas, rejeitar pedidos pouco razoáveis, entre outras. A resposta socialmente hábil, neste âmbito, diz respeito ao resultado final de uma sequência de comportamentos ou atitudes, onde inicialmente prevê uma recepção correta de estímulos interpessoais relevantes, seguindo-se o processamento flexível destes estímulos interpessoais, a fim de produzir e avaliar as respostas possíveis, de onde se seleciona a melhor opção, concluindo, portanto, a sequência com uma expressão manifesta da opção escolhida (Caballo, 2002). Assim, de acordo com esta perspectiva teórica, o abuso de substâncias está associado à conduta funcional, socialmente adquirida, causada pela interação de fatores pessoais e sociais. Através da modelagem e das estratégias de reforço social, influenciadas pelos fatores pessoais (atitudes, crenças e pensamentos), torna-se possível conceber o comportamento de consumo de substâncias psicoativas. Pressupõe-se, neste sentido, que um deficit nas habilidades sociais, na hora do enfrentamento do consumo de drogas entre os potenciais consumidores, poderá estar na base dos comportamentos de uso ou abuso destas substâncias (Botvin, 1986; Botvin & Wills, 1985; Flay, 1985). Assim, revertendo a situação, as habilidades sociais podem contribuir para um incremento da resistência face à pressão do grupo de pares, entre os adolescentes, na hora de consumir drogas (Botvin, 2000). Existem muitos programas que têm por base esta componente das habilidades sociais, de onde se pode destacar os estudos de Pentz (2001), da Universidade de Tennessee e Sul da Califórnia, assim como Gilchrist e Schinke (1983), da Universidade de Cornell – investigadores que assumem uma maior relevância na revisão da literatura neste domínio. Trata-se de um conjunto de programas aplicados nas escolas, mediante técnicas de treino comportamental, modelagem, reforço contingente, feedback, exposição ao vivo, a autoinstrução e tarefas de casa, a fim de praticar as habilidades aprendidas em sala de aula.

No entanto, as habilidades que devem ser aprendidas e que põe em prática as técnicas anteriormente mencionadas são: o início, a manutenção e a finalização de diálogos, a escuta ativa, apresentar-se devidamente ante desconhecidos, expressar sentimentos positivos e negativos e recebê-los de forma adequada e, por fim, fazer

pedidos e defender os seus próprios direitos. Dentro destas habilidades, foi dada importância às competências assertivas, como estratégia de prevenção. Por assertividade entende-se a capacidade de expressão de direitos e opiniões, respeitando os demais. (Alberti & Emmons, 1974). O objetivo, portanto, era incentivar os adolescentes a aprender a identificar os obstáculos ao comportamento assertivo, a fim de agirem de forma hábil, para, num momento posterior, haver uma generalização deste comportamento a todo o tipo de situações sociais (Espada et al., 2002).

De acordo com Espada et al. (2002), as fases para o desenvolvimento do treino de habilidades sociais são:

1) Fase educativa – Consiste em ensinar os três estilos comportamentais (agressivo, assertivo e passivo) aos adolescentes, para, num segundo momento, dialogar acerca dos impeditivos em torno da colocação em prática do tipo de comportamento assertivo.

2) Fase da ação – Consiste em colocar em prática as habilidades assertivas, onde, num primeiro momento, o monitor realiza uma habilidade específica e, posteriormente, os adolescentes a encenam.

3) Fase do reforço – Consiste no reforço dos adolescentes e no respetivo feedback à sua performance (no que respeita ao aspetos verbais, não-verbais e paraverbais), podendo-se repetir o exercício atendendo aos aspetos a melhorar.

c) Programas de treino de habilidades na resolução de problemas

A capacidade de resolução de problemas consiste numa estratégia de prevenção, que tem por objetivo ajudar o sujeito a tornar operacional uma variedade de alternativas de resposta, aquando do enfrentamento de uma situação problemática, possibilitando assim, um aumento da probabilidade de selecionar a resposta mais adequada ou eficaz, entre as alternativas disponíveis (D’Zurilla & Goldfried, 1971). A resolução de problemas, assume-se, portanto, como um método que dá ênfase às operações cognitivas, a fim de compreender e resolver os problemas intra e interpessoais (Gavino, 1997). A estratégia da resolução de problemas visa, portanto, o treino dos adolescentes através de uma metodologia sistemática, para fazer frente a diversos problemas.

Nos dias que correm, a sociedade impõe, cada vez mais, que os sujeitos sejam capazes de encontrar uma solução para os seus problemas, quer sejam de simples

resolução e que não impliquem grandes repercussões, quer sejam complexos, cujas consequências podem ser graves e perdurar no tempo. Há que atender premissa de que cada indivíduo soluciona o seu problema de forma distinta e personalizada, consoante a situação-problema que se lhe coloca (Macià, Méndez, & Olivares, 1993).

Em termos preventivos, a resolução de problemas visa melhorar as habilidades dos indivíduos, para um melhor enfrentamento das situações problemáticas do dia-a-dia (Goldfried & Davison, 1981). A capacidade que o adolescente possui de tomar decisões responsáveis, constitui-se uma importante competência que proporciona autonomia pessoal, assumindo-se, igualmente, como uma forma de ajudar a prevenir problemas.

Este método, de acordo com Espada e Méndez (2003), orienta-se de acordo com algumas fases, que são as que seguem descritas:

1. Orientação face ao problema;
2. Definição e formulação do problema;
3. Pesquisa de alternativas como possíveis soluções ao problema;
4. Avaliação de cada alternativa, atendendo tanto às consequências positivas e negativas, como às consequências a curto e a longo prazo;
5. Tomada de decisão;
6. Colocação em prática da medida selecionada.
7. Avaliação da medida colocada em ação.

Nas fases acima descritas, a capacidade para a tomada de decisão é frequentemente citada como um fator preponderante associado ao consumo de tabaco e álcool na adolescência (Grimes & Swisher, 1989). Muitos dos programas atuais de prevenção existentes, no âmbito do consumo de drogas em adolescentes, aglomeram a componente da resolução de problemas, embora não exista uma base teórica que sustente esta técnica (Becoña & Gutiérrez-Moyano, 1987). Trata-se, no entanto, de um aspeto negativo, visto que não existe um modelo teórico acerca da resolução de problemas nas diversas investigações existentes (cf. Macià, Méndez, & Olivares, 1993).

d) Programas combinados

Os programas combinados, como o próprio nome indica, designam-se por aqueles programas que combinam mais do que um tipo de intervenção, como sejam os programas escolares, campanhas nos meios de comunicação, intervenções em ambiente natural (ex:

bar), programas preventivos familiares, desenvolvimento de associações, medidas normativas e programas de intervenção no tempo (Alonso, 2005). São programas muito complexos e difíceis de implementar e avaliar, dado basearem-se em mais do que uma estratégia, o que dificulta a sua manutenção a longo-prazo (Klitzer, 1998). Apesar disso, os estudos apontam este tipo de programas como uma boa opção face à prevenção de drogas de cariz comunitário (Alonso, 2005).

Contudo, são escassos os estudos que efetuaram uma avaliação deste tipo de programas, dada a sua complexa dimensão. No entanto, com base na revisão da literatura e na meta-análise, verifica-se que os programas mais eficazes são os que combinam vários componentes (cf. Hansen, 1992; Tobler, 1992), dirigidos ao estudante e, não unicamente, à escola (cf. Durlak, 1995; Evans, Rozelle, & Mittlemark, 1978; entre outros estudos), procurando combinar os programas baseados na escola com intervenções familiares, comunitárias ou nos meios de comunicação (cf. Cuijpers, 2002a; Flay, 2000; Kumpfer & Alvarado, 2003; entre outros).

e) Programas baseados na evidência

Muitos programas de prevenção baseados no conhecimento, informação, afetivos, desenvolvimento pessoal e influência social, têm-se desenvolvido e difundido desde 1960 até então. Atualmente, os programas centram-se na evidência demonstrada através dos resultados obtidos em diferentes estudos científicos, sem qualquer recurso à intuição. Trata-se, portanto, de promover mudanças nos fatores de risco e de proteção dos adolescentes, no que concerne ao consumo de drogas, para além de reduzir ou retardar o início do consumo, tendo por base uma evidência concreta e objetiva.

SÍNTESE

A prevenção implica o desenvolvimento de estratégias que incidam na modificação e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, fomentando o autocontrolo individual e a resistência face à oferta de substâncias psicoativas. Assim, os programas de prevenção partem de um denominador comum, cuja principal ação visa a modificação ou redução dos fatores de risco sobre o consumo de drogas, aumentando, por conseguinte, os fatores de proteção por parte dos adolescentes. A prevenção do consumo

Programas de prevenção

de drogas pode ser classificada de acordo com diferentes perspetivas. Poderá ser entendida como prevenção em primária, secundária e terciária, podendo o objetivo da prevenção ser específico ou não específico. O âmbito de ação poderá ser escolar, familiar ou comunitário e os critérios em função da população-alvo se centrariam numa prevenção universal, seletiva ou iniciada. Desde as abordagens mais tradicionais às perspetivas mais atuais, os distintos programas de prevenção fundamentam-se na utilização de diversas técnicas. Num primeiro momento, prevaleceram os programas baseados na transmissão da informação, no desenvolvimento afetivo e no engendramento de atividades alternativas ao consumo de substâncias. Pese embora a controvérsia demonstrada acerca da eficácia dos programas tradicionais, importa salientar que os mesmos apresentam bons resultados quando combinados com outras estratégias. Dada a complexidade do fenómeno, desenvolveram-se programas fundamentados em teses psicológicas, baseados no modelo de influência social, na combinação de estratégias e na evidência científica. Contudo, apesar de se verificar uma igual controvérsia com relação à sua eficácia, numerosos estudos comprovam que os mesmos são efetivos quando se cumpre a fidelidade da implementação dos mesmos, bem como dos seus conteúdos específicos. Os programas combinados oferecem melhores resultados, principalmente quando combinam intervenções escolares, familiares, comunitárias e/ou através dos meios de comunicação.

CAPÍTULO 3
AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

3.1. CONCEITO E ASPECTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Nos últimos anos o conceito da avaliação tem vindo a ganhar destaque no planeamento das diferentes áreas da nossa vida por ser uma componente essencial e promotora de sucesso. É através da definição de instrumentos avaliativos que se tem o feedback de todo o trabalho desenvolvido. Contudo, a avaliação deve ter como pressuposto todo o processo, não se reduzindo apenas à fase final de um ciclo.

A função de avaliar tem hoje um lugar preponderante em qualquer operação de planeamento sistemático e nos mais diversos domínios. Compreende-se facilmente o porquê. Num plano modesto ou de grande dimensão, a curto ou a longo prazo, visam-se sempre metas ou objetivos que importa atingir. Para toda a operação ser bem conseguida, importa por um lado, avaliar se está a decorrer como previsto e, por outro, averiguar se os resultados obtidos são, de fato, os pretendidos.

Assim, é necessário “verificar”, ao longo do percurso, se estão a ser cometidos erros ou desvios que vão impedir que se obtenha o produto desejado, o que, a não ser feito, pode conduzir a um insucesso final já sem remédio. Esta “verificação” será então, não mais do que avaliar.

Embora possamos encontrar uma panóplia de definições e abordagens para o conceito de avaliação, todas estas definições conduzem-nos sempre à mesma ideia de base: “recolher informação para aferir a consecução ou não dos objetivos propostos”. Em seguida serão expostas algumas definições e abordados alguns aspetos relacionados como conceito, avaliação.

3.1.1. O conceito de avaliação

Todos nós no dia-a-dia em todas as áreas da nossa vida social, avaliamos. A avaliação ajuda o ser humano a orientar de forma válida, as atividades tanto individuais como coletivas. Quando referimo-nos ao conceito de avaliação lembramo-nos logo do contexto escolar. Porém, a avaliação pode ser empregue nas mais diferentes áreas, nomeadamente, na investigação e na ciência. Desta forma, podemos perceber que a avaliação é um processo frequente e, por vezes, inconsciente que quase se utiliza de forma contínua.

Outro dado que podemos constatar é que o Homem sempre se preocupou com a medição dos comportamentos. Os nossos antepassados procuravam medir através de métodos pouco rigorosos, conhecimentos, habilidades e capacidades dos outros.

A avaliação em termos do senso comum e de uma forma geral, é uma atitude do nosso quotidiano que se consubstancia num constante ajuizar, julgar, medir testar, comparar, etc. A avaliação é um meio que permite manter, alterar ou suspender, justificadamente uma determinada área que tem interesse, otimizar a qualidade do que é aceite e eliminar o que representa desperdício. Por seu lado, Boom, Hastings, e Madaus, citado por Tira-Picos e Sampaio (2000) defendem que “a avaliação é um método de coleta e de processamento dos dados necessários à melhoria da aprendizagem e do ensino”.

Também Tourner e Vasamillet citados também por Tira-Pico e Sampaio (2000), referem que “avaliar é obter e tratar informações, que se vão utilizar em seguida para tomar decisões ou para modificar uma decisão já tomada” sendo que esta definição vai de encontro com a perspetiva de Ribeiro (1997) que salienta que, “a avaliação ao longo do trajeto a percorrer permite, introduzir correções ou estratégias alternativas, quando as circunstâncias o justifiquem, e reconduzir o projeto à rota traçada”.

Avaliar pode também ter outros significados, a saber: Avaliar pode também se referir, à interpretação de uma medida (ou medidas) em relação a uma norma preestabelecida. Avaliar poderá ainda significar o ato de examinar o grau de adequação entre um conjunto de informações e um conjunto de critérios apropriados ao objetivo fixado, para uma tomada de decisão.

É importante considerar que diversas variáveis influenciam de forma direta e indireta um processo de avaliação. Mais especificamente, variáveis económicas, políticas, socioculturais, institucionais e macroestruturais. É possível encontrar diferentes sistemas de avaliação ao nosso dispor. Estes sistemas são baseados em determinados pressupostos que, por um lado, o justificam e por outro o tornam exequível, logo a planificação torna-se extremamente relevante. Através do planeamento identifica-se o que se pretende para se atingirem os objetivos da investigação e ainda a conceção do processo.

3.1.2. Objetos da avaliação: Avaliar o quê?

Existem diferentes objetivos de avaliação ao nosso dispor. Podemos avaliar as instituições, as políticas, os profissionais das mais diversas áreas, os programas, a aprendizagem e a própria avaliação (meta-avaliação). Em contextos de investigação interessa-nos, particularmente, a avaliação dos programas, dos processos e produtos, dos métodos, meios e materiais usados e dos resultados obtidos por meio desses programas.

3.1.3. Indicadores e critérios de avaliação

Segundo Cardoso (2002), os critérios são “conjunto de características com base no qual podem ser efetuados determinados juízos de valor”. Os critérios são as características consideradas pelo avaliador como adequadas para formular juízos de valor sobre o objeto de avaliação em análise. Um critério não é suscetível de ser diretamente observado, ou seja, não se pode “observar diretamente” a pertinência de algo. O que pode ser observável e mensurável são os indicadores. Será a partir destes critérios que serão identificados os indicadores que possibilitarão avaliar se esses critérios foram cumpridos e em que grau.

No que diz respeito aos indicadores, a sua compreensão passa pela identificação do critério que lhe é inerente, uma vez que existe uma clara relação de dependência dos indicadores de avaliação relativamente às características dos respetivos referentes que são os critérios. Deste modo e por seu lado, os indicadores são os elementos observáveis e mensuráveis que sinalizam o grau de cumprimento dos critérios de avaliação estabelecidos.

É de salientar que a escolha do indicador a observar condiciona, normalmente, a escolha do tipo de instrumento de avaliação a utilizar, pelo que se reforça a ideia de que a escolha de eventuais instrumentos de avaliação deverá efetuar-se em função, fundamentalmente, dos critérios e indicadores a utilizar. O sucesso de uma ação de formação está diretamente dependente do controlo dos seus objetivos e da avaliação dos seus resultados. Do mesmo modo, para que essa avaliação seja eficaz, deve apoiar-se em critérios adequadamente escolhidos ou seja, critérios pertinentes, que tenham em conta a finalidade e o objeto sobre o qual a avaliação incide. O que poderá acontecer é que quando os critérios não são bem definidos poderão ocorrer falhas e injustiças nos momentos da

avaliação. Assim, os critérios de avaliação devem estar presentes em todos os instrumentos de avaliação, devendo ser prévia e rigorosamente definidos.

3.1.4. Características das técnicas de avaliação

Quando nos referimos a técnicas de avaliação importa não esquecer duas características fundamentais relacionadas com estas técnicas: a fidelidade e a validade dos programas de intervenção.

- **Fidelidade:** Característica que permite verificar se os instrumentos/programas produzem resultados semelhantes, quando aplicados, várias vezes, em situações idênticas. Também se utiliza a palavra: confiabilidade. É um critério necessário mas não suficiente na escolha de medidas a utilizar nos instrumentos/programas de avaliação. A verificação da validade de um instrumento segue-se, normalmente, à verificação da respetiva fidelidade. Na realidade, de nada adianta ter um instrumento fiel, se o mesmo não mede o que é suposto medir (validade). Dito ainda de outra forma: como poderão ser tomadas decisões se os resultados não são consistentes? A fidelidade faz referência à estabilidade e consistência dos resultados de um determinado instrumento. A fidelidade de um instrumento é, regra geral, interpretada de acordo com determinados graus: elevada, moderada e baixa.
- **Validade:** Característica que permite verificar se um instrumento de avaliação mede efetivamente aquilo que é suposto medir. A análise dos instrumentos deve ser efetuada de acordo com dois critérios fundamentais (entre outros): validade e fidelidade. A noção de validade deve ser relacionada com a noção de utilidade dos resultados que decorrem da aplicação de um instrumento de avaliação, ou seja, os resultados da avaliação permitem a tomada de decisão dos seus utilizadores? Existem vários tipos de validade: a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade de construto.

3.1.5. A problemática da subjetividade na avaliação

Por forma a garantir mais fiabilidade no processo de avaliação, o avaliador deve procurar ter em consideração os enviesamentos mais comuns dos processos de avaliação, por forma a poder minimizá-los, senão mesmo evitá-los. Os erros mais frequentemente cometidos na avaliação nas mais diferentes áreas são:

- Estereótipo: é uma forma de atribuição – quando se faz um juízo sobre um todo (por exemplo, os ciganos) e se aplica esse juízo a todas as pessoas desse grupo, sem ter em consideração o caso concreto de cada um dos indivíduos;
- Preconceitos pessoais: são opiniões acerca de grupos de pessoas (raça, religião, género, etc.) que podem afetar as avaliações;
- Efeito de halo: ocorre quando a opinião pessoal do avaliador sobre o avaliado pode influenciar na avaliação do seu desempenho (se uma pessoa faz bem alguma coisa, ela fará bem todas as outras coisas — e também o contrário, se faz uma coisa mal, fará mal todas as outras);
- Erro de contraste: ocorre quando o avaliador é influenciado por avaliações (muito boas ou muito más) feitas anteriormente; se, por exemplo, o sujeito/programa anterior teve uma avaliação muito negativa, um sujeito/programa médio que seja avaliado de seguida pode parecer muito bom;
- Erros por condescendência e exigência: o erro por condescendência ocorre quando o avaliador tende a ser benevolente nas suas avaliações. Pelo contrário, o erro por exigência, resulta da grande severidade colocada nas avaliações;
- Erro da tendência central: alguns avaliadores não gostam de classificar os avaliados como bons ou maus e assim distorcem a avaliação, colocando cada objeto avaliado na média, para a generalidade dos critérios de análise considerados.
- Erro de semelhança: acontece, por vezes, o avaliador ter pontos em comum com o objeto a avaliar (o mesmo clube de futebol ou partido político); este facto pode ser responsável por uma grande identificação do avaliador com o objeto de avaliação, fazendo crer ao primeiro que uma má avaliação do segundo quase implica uma autoavaliação negativa;

Avaliação dos programas de prevenção

- Erro de primeira impressão: ocorre quando a primeira ideia que se faz de uma pessoa permanece imutável, mesmo após ela sofrer alterações mais ou menos profundas;
- Efeito dos acontecimentos recentes: tendência para basear a avaliação nas impressões colhidas das ações, comportamentos e desempenhos mais recentes do avaliado;
- Enviesamentos culturais: sabe-se que cada cultura valoriza determinados aspetos em detrimento de outros. Por exemplo, a idade avançada é, normalmente, um fator considerado negativo na avaliação de pessoas para trabalhar, na cultura ocidental. É necessário haver consciência disso e não deixar que influencie negativamente a avaliação.

Como evitar ou diminuir a subjetividade:

- Melhorar o conhecimento de si próprio, reconhecendo quais os preconceitos e ideias feitas mais utilizados, em que circunstâncias e porquê;
- Melhorar o conhecimento dos nossos grupos de pertença e de referência, e adotar um ponto de vista crítico sobre os seus valores e crenças;
- Evitar perceções rápidas, simplificadoras e generalizantes, procurando reconhecer os aspetos particulares específicos de cada situação.

3.1.6. Etapas de avaliação de programas

A avaliação do planeamento do programa refere-se à fase em os objetivos e métodos são escolhidos. Mais especificamente, a avaliação nesta fase reflete o processo de definição do problema, do grupo e do objetivo final. É importante ainda proceder a uma avaliação da necessidade de intervenção e dos recursos estimados. A avaliação pode ser realizada por um avaliador externo ou a pessoa encarregada da operação. Nesta fase informações pertinentes por meio de entrevistas pessoais, questionários, listas de verificação ou relatórios escritos. Outras fontes de dados úteis são os estudos nacionais ou locais e publicações científicas e gerais sobre as questões a serem abordadas. O ponto de partida a fase de planeamento deverá ser a descrição da natureza, a extensão e a localização do tema a ser abordado através de uma intervenção preventiva. Nesta fase podemos especificar as características das pessoas afetadas pela problemática em questão.

Devemos responder às seguintes questões aquando o planeamento de um programa:

- a) Qual problemática a tratar com a intervenção planeada?
- b) Quais são as características demográficas das pessoas afetadas por sua problemática?
- c) Quando a problemática ocorre e onde não é?
- d) Quanto tempo tem tido conhecimento da problemática?

Uma vez descrita a problemática, é necessário delinear a teoria subjacente às hipóteses em causa. Deve ficar clarificado por que se escolheu os objetivos e os métodos específicos para a intervenção em questão. Devem ser dados exemplos de estratégias e atividades propostas que poderiam mudar (ou mudaram) a problemática.

É necessário verificar se a problemática em questão ocorre de uma forma que justifica a intervenção. Ao analisar a necessidade, deve calcular o número de pessoas afetadas pelo fenómeno, defender a oportunidade de realizar uma determinada ação e não outra e descrever (se for o caso) a sua compatibilidade com outras atividades. Devem ser respondidas as seguintes perguntas:

- a) Quantas pessoas são afetadas pela problemática? Quantos novos casos ocorrem e com que frequência eles aparecem?
- b) Como você espera que o fenómeno se desenvolva, se nada for feito a respeito?
- c) Como você descreveria a necessidade de intervenção?
- d) Existem diferentes pontos de vista sobre a necessidade de intervenção?
- e) Como você avalia a necessidade de intervenção?

Em seguida, o grupo-alvo da intervenção deve ser rigorosamente definido. Pode-se distinguir dois tipos de público-alvo: grupo do objetivo final (grupo que corre o maior risco de ser afetado pelo fenómeno) e grupo de objetivo intermédio (como pais, professores e da população em geral, que foram convidados a atuar como mediadores em projetos voltados para o grupo-alvo final). Se a intervenção destina-se a um grupo intermediário, que deve ser definido como o grupo alvo, e, se mais do que um, devem ser definidos separadamente.

Aquando a definição do grupo-alvo é necessário responder às seguintes perguntas:

- a) Já definiu o grupo alvo ou o grupo intermediário?
- b) Quantas pessoas são suscetíveis de serem alcançadas com a intervenção?

Avaliação dos programas de prevenção

- c) Onde e como você quer entrar em contacto, recrutar e motivar o grupo-alvo?
- d) Como planeia garantir que os membros do grupo-alvo são sujeitos à intervenção?

Outra etapa determinante é estabelecer claramente os objetivos da intervenção, definindo os efeitos esperados sobre o comportamento de uso de substâncias e as variáveis mensuráveis. Devemos responder às seguintes perguntas:

- a) Como é que a intervenção pode afetar o comportamento em relação à substância no grupo alvo?
- b) Como será que a intervenção pode afetar as variáveis mediadoras diretamente relacionadas ao comportamento de uso da substância no grupo alvo?
- c) Que objetivos estão previstos para outras variáveis mediadoras?
- d) Qual é a relação entre as variáveis mediadoras e o comportamento uso de substância?
- e) Quais são as suas metas para o grupo alvo?
- f) Quais são os objetivos para o grupo intermédio e grupo alvo?

3.2. METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

É necessário garantir que as estratégias e os métodos utilizados são consistentes com os objetivos. A evidência empírica de estratégias semelhantes, o tempo esperado e duração da intervenção devem ser expostos. Nesta fase devemos responder às seguintes questões:

- a) Quais estratégias, componentes e métodos utilizados na intervenção?
- b) Quem estará envolvido na intervenção de prevenção?
- c) Existe o conhecimento de dados empíricos que podem ser contabilizados para o sucesso dos métodos escolhidos?
- d) Quanto tempo irá demorar o procedimento?
- e) Qual o calendário da intervenção (número de atividades, a duração e a frequência de cada um, etc.)?

Uma vez especificados os objetivos e métodos, devem ser analisados os recursos disponíveis. Devemos responder às seguintes perguntas:

- a) O pessoal que irá realizar a intervenção tem as qualificações exigidas?
- b) Quanto tempo será a intervenção de cada uma dessas pessoas?

- c) Qual é o orçamento que está fornecendo?
- d) Que outros recursos estão disponíveis? (Pessoas, organizações, instalações, materiais, etc.)
- e) O que poderia dificultar a implementação ou avaliação?

Terminado o programa poder-se-á verificar em que medida o objeto de avaliação alterou o seu comportamento nos seus contextos em virtude da intervenção a que esteve submetido. Esta avaliação denomina-se Avaliação do Impacte e “visa aferir as mudanças ocorridas ao nível do desempenho dos indivíduos, das organizações e eventualmente do contexto socioeconómico no qual estes se inserem, decorrentes da implementação de determinado programa/projeto formativo.” Neste tipo de avaliação podem ser aplicados métodos de natureza quantitativa e qualitativa. Uma avaliação de impactes pode incidir à partida sobre duas realidades distintas: (1) em que medida o programa de formação contribuiu diretamente para o cumprimento dos objetivos da organização; (2) em que medida criou as condições para que tal viesse a acontecer (contribuição indireta). A compreensão destes dois tipos de objetivos torna-se fundamental aquando da aferição do retorno do investimento.

A utilidade deste tipo de avaliação reside, fundamentalmente, no facto de permitir (1) aferir as alterações produzidas pelo programa nos contextos em que foi aplicado; (2) justificar a eventual continuidade de um programa, a sua reformulação ou mesmo a sua extinção; (3) aferir o retorno do investimento no programa em questão.

Além de se avaliar como foi realizada a intervenção, é necessário avaliar a eficácia do processo. A qualidade da intervenção pode ser expressa em termos de reações e atitudes do público-alvo sobre o mesmo (por exemplo, aceitação, grau de identificação, a participação, o ganho pessoal, etc.). As seguintes perguntas devem ser respondidas, e é instrutivo comparar as respostas com a visão inicial do ponto de avaliação do processo.

- a) Quem forneceu a informação sobre a qualidade da intervenção?
- b) Que indicadores e instrumentos têm sido utilizados na prática para avaliar a qualidade da intervenção?
- c) Quais são os resultados das medições de qualidade?

Finalmente, devem ser analisados e interpretados os resultados do processo de avaliação. Estes devem ser comparados com os obtidos por outros estudos e propostas para análise futura também estão incluídas. Devemos responder concretamente:

- a) Que diferenças existem e quais são as possíveis razões para estas diferenças?
- b) Qual o impacto que essas diferenças na intervenção?
- c) Quais são os pontos fortes e fracos da forma como implementou a intervenção?
Compare estes resultados com os de outras intervenções.
- d) Quais são as suas sugestões para o futuro?

3.2.1. Técnicas de avaliação de programas

As técnicas de avaliação são as ações metodicamente escolhidas para fornecerem dados, que permitam medir ou constatar eficazmente alterações de comportamento. Em geral as técnicas de avaliação, podem agrupar-se em 2 grandes grupos: observação e formulação de perguntas.

a) Observação

Vendo e ouvindo, observaremos as alterações de comportamento do objeto avaliado, podendo registá-las (na memória, por escrito ou de outra forma). É uma das técnicas mais simples e talvez a mais usada pelos avaliadores. Constantemente observam o comportamento, as reações dos sujeitos avaliados, a aptidão, o zelo, o interesse, os passos dados para a realização de uma tarefa, as dificuldades encontradas, os erros cometidos, etc.

Obtém-se assim dados de todos os domínios do saber: afetivo, cognitivo e psicomotor, mas sobretudo neste último em que a observação é absolutamente insubstituível. Também para o domínio afetivo ela é bastante fidedigna.

Para tirar o máximo da observação deveremos seguir algumas regras como:

1. Inventariar previamente, sempre que possível, os dados que pretendemos recolher, isto é, fazer com que a observação seja uma técnica e não um improviso.
2. Observar discretamente, sem perturbar o objeto de avaliação.
3. Criar no grupo um ambiente propício à observação sem inibições, com franqueza, à vontade, autenticidade e espontaneidade.
4. Procurar ter em conta a natureza dos objetos avaliados, não valorizando mais os comunicativos (que por vezes dão propositadamente nas vistas), em prejuízo dos mais reservados.

5. Procurar ser imparcial e objetivo.
6. Manter o bom senso e a prudência quanto ao tratamento, generalização e julgamento dos dados recolhidos.
7. Criar instrumentos objetivos, para não misturar factos concretos com simples opiniões subjetivas.

Vantagens: Uma das grandes vantagens da observação é a de permitir colher dados no momento em que estão a ocorrer, sendo portanto reais e fidedignos.

Inconvenientes da observação: Observar com o intuito de registar e avaliar comportamentos, constitui uma tarefa exigente e desgastante para o avaliador. É que este tem, frequentemente, de desdobrar-se em múltiplas funções.

b) Formulação de perguntas

As perguntas (ou questões ou itens) podem ser feitas aos sujeitos avaliados por 2 formas diferentes: oralmente ou através da escrita.

Avaliação oral:

Vantagens da avaliação oral:

- Diálogo direto avaliador-avaliado.
- Permite o treino da expressão oral

Inconvenientes da avaliação oral:

- Tempo: o grande inconveniente da avaliação oral é o tempo despendido para avaliar todos os elementos de um grupo, dado que deve ser feita individual e separadamente (um após outro).
- Dificuldade em aplicar perguntas iguais a todos.

Avaliação escrita

Consiste em apresentar ao formando documentos escritos aos quais ele terá de responder também por escrito.

Permite colher dados para a avaliação sobretudo dos domínios afetivo e cognitivo, revestindo, geralmente, para o primeiro domínio a forma de inquéritos e para o segundo a de testes. Abordaremos para cada uma das formas os seus instrumentos, as regras de elaboração, vantagens e inconvenientes. Contudo, por serem comuns a ambas as formas

Avaliação dos programas de prevenção

(inquéritos e testes), apresentaremos de seguida as vantagens e inconvenientes da avaliação escrita de uma forma geral.

Vantagens da avaliação escrita:

- Economia de tempo.
- Possibilidade de aplicação a todos, sendo submetidos às mesmas perguntas.
- Tratamento igual de todos os sujeitos avaliados, sendo submetidos às mesmas perguntas.

Inconvenientes da avaliação escrita:

- Exige uma conceção cuidada e por conseguinte morosa.

3.3. EFICACIA DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR

Assim, no contexto da avaliação de programas de prevenção em contexto escolar, podem ser consideradas as seguintes atividades/dimensões alvo de análise: deteção e análise de necessidades da população-alvo (visa-se conhecer a situação de partida), conceção de suportes teóricos, execução da intervenção (procura-se verificar em que medida o programa deu uma resposta ajustada às necessidades visadas), aferição de impactes decorrentes da implementação da intervenção (procura-se verificar se a realização da formação provocou os impactes esperados), realização de análises custo-benefício (visa-se apurar se o benefício obtido compensou o valor investido).

3.3.1. Avaliação da eficácia

A avaliação da eficácia consiste em verificar em que medida os resultados obtidos reportam aos objetivos previamente estabelecidos. A sua realização exige que a montante da execução da formação, sejam claramente identificados os objetivos a alcançar com a formação. Implica a discussão acerca de eventuais critérios e indicadores de avaliação. O avaliador deve ser capaz de apoiar, sempre que possível, a construção de “bons” indicadores, ou seja, que traduzam de forma rigorosa a realidade que se pretende avaliar. Um dos obstáculos à aferição da eficácia de um projeto prende-se, pois, com a não concretização desses critérios e indicadores a avaliar.

Saber em que medida um determinado programa de formação produziu os resultados desejados, traduz-se na questão central, sempre que se pretende avaliar a respetiva eficácia. A segunda questão prende-se com a utilidade desses resultados para os utilizadores dos produtos e/ou serviços providenciados pelo programa formativo (o programa foi útil para quem?).

Verificar a eficácia de algo leva-nos a colocar questões, tais como: Os resultados obtidos correspondem aos objetivos pré-estabelecidos? Os objetivos de aprendizagem foram alcançados? Em que medida determinados resultados organizacionais são consequência de ações formativas? A organização formadora aprendeu com o processo? Em que medida foram criadas as condições necessárias para a verificação da transferência de conhecimentos adquiridos? Foram observadas as alterações desejadas ao nível dos contextos de desempenho em análise? Foram observados resultados não previstos? Qual o retorno do investimento realizado?

3.3.2. Avaliação da eficiência

A avaliação de um programa de intervenção segundo o critério da eficiência implica normalmente a verificação de procedimentos internos à organização que demonstrem que os decisores do mesmo conseguem garantir e controlar os pontos-chave que determinam a eficiência das atividades, pelas quais se responsabilizam. Neste sentido, as práticas de auditoria interna são já consideradas boas práticas, capazes de elevar, de forma significativa, a eficiência de determinado projeto de intervenção.

Perante os objetivos estabelecidos à partida, e que justificaram a execução da formação, dever-se-á, no final da implementação da mesma, fazer uma nova avaliação da exequibilidade de cumprimentos desses objetivos. Trata-se, assim, de uma previsão do impacto da formação de onde poderemos tirar ilações acerca da qualidade do projeto de intervenção.

3.3.3. Avaliação de impacto

A avaliação do impacto faz finalmente o apuramento das alterações que a implementação da formação realmente trouxe aos colaboradores que nela participaram. Trata-se, essencialmente, de apurar o impacto da aprendizagem na valorização humana e

Avaliação dos programas de prevenção

técnico-profissional dos formandos e no global da organização em que estão integrados. São procuradas alterações reais nos comportamentos e modos de trabalho dos formandos, ou até mesmo na organização como um todo.

Sendo, nos dias que correm, bastante comum falar-se de competências e capital intelectual, da avaliação das competências de um colaborador, da adequação do seu perfil de competências ao perfil funcional que o seu trabalho exige, é também cada vez mais importante a implementação e o rigor da avaliação de competências. Pode dizer-se que um formando adquire competências quando consegue transportar os conhecimentos adquiridos numa ação formativa para o seu contexto de trabalho.

A avaliação de competências torna-se deste modo necessária, uma vez que o facto de uma pessoa deter um saber não garante que o saiba aplicar, ou seja, que detenha a respetiva competência. Assim, uma avaliação da eficácia formação passa necessariamente pela avaliação das competências, ou seja, pela verificação da alteração de atitudes e modos de trabalho de colaboradores após a formação. Uma vez definidos os momentos de avaliação, importa saber o que avaliar. Neste âmbito, é bastante útil recorrer ao modelo amplamente divulgado de Kirkpatrick: Primeiro nível - Avaliação da reação. Os formandos gostaram da formação? Segundo nível - Avaliação da aprendizagem. Os formandos adquiriram o conhecimento pretendido? Terceiro nível - Avaliação de transferência/comportamento. São verificadas alterações no comportamento dos formandos no local de trabalho, após a formação? Quarto nível - Avaliação dos resultados na organização. Verifica-se modificação dos resultados obtidos pela organização após a formação? Quinto nível - Retorno do investimento (ROI). O investimento feito na formação deu retorno? Houve benefícios claros provenientes do desenvolvimento da formação?

Como se pode verificar, este modelo pode ser mapeado para os diferentes momentos de avaliação referidos anteriormente, levando a que, deste modo, cada momento de avaliação tenha os seus objetivos e propósitos distintos, requerendo diferentes intervenientes, instrumentos e enfoques. De ressaltar que é bastante difícil implementar, de um modo rigoroso e que permita a obtenção de resultados claros, os últimos dois níveis da avaliação do modelo de Kirkpatrick. Este facto prende-se com a dificuldade de individualização das causas/consequências que contribuem para o

conjunto de resultados da organização, ou para a modificação de comportamentos por parte dos colaboradores.

Poder-se-á conseguir estimar em que medida a implementação de determinada ação formativa poderá ter contribuído para determinados resultados da empresa, embora seja normalmente muito difícil fazer uma distinção clara. Na recolha de métricas e indicadores, também é importante que sejam claros e difundidos por todos os intervenientes na formação, de forma a evitar ambiguidades ou dados distorcidos na avaliação. Daí ser tão importante o planeamento da avaliação e dedicar o tempo devido aos avaliadores.

O conjunto de intervenientes no processo de avaliação da formação, ao contrário do que se possa pensar, não se restringe ao gestor da formação, formador e formandos. Estes são os elementos mais próximos da sua execução, mas na verdade os gestores dos colaboradores que participam na formação e as chefias intermédias também são decisivos, quer para a eficácia da formação, quer para a avaliação da formação. Os gestores e responsáveis pelos formandos podem dar contributos muito valiosos na definição das necessidades de formação, na deteção de lacunas e, portanto, no estabelecimento claro de objetivos de formação, e dos resultados esperados com a intervenção formativa.

Por este motivo, os mesmos gestores serão decisivos na sensibilização dos formandos para a importância da formação, na mobilização dos recursos necessários para que esta aconteça e, posteriormente, para o incentivo à aplicação dos conhecimentos adquiridos por parte dos formandos nas suas atividades profissionais quotidianas. Do mesmo modo que serão quem melhor pode detetar e conhecer lacunas de formação, os gestores, estando logo à partida envolvidos no processo formativo e respetiva avaliação, serão dos elementos mais habilitados a verificar qual o impacto da formação na organização e nos resultados alcançados. Poderão, por isso, contribuir para melhorar a eficácia e eficiência da formação.

Com base na experiência, poderão detetar quais os aspetos a melhorar nas ações formativas, quais os aspetos a reforçar e, portanto, contribuir para o processo de melhoria contínua. Isto porque a avaliação da formação só faz sentido e só demonstra o seu retorno se aplicada de forma contínua e rigorosa. Para implementar a avaliação da formação, existem diversos instrumentos e técnicas adequados a diferentes momentos e com diferentes vantagens.

SÍNTESE

A avaliação tem vindo, ao longo dos tempos, a constituir-se como uma “peça” essencial do planeamento e a levar a que o mesmo se torne de sucesso, em grande parte, pelo seu efeito. A avaliação deve ter como pressuposto, todo o processo em si, não devendo ser reduzido à fase final de um ciclo. Por isso a função avaliação é peça fundamental em qualquer operação de planeamento sistemático, qualquer que seja o domínio. E isto, porque em qualquer plano há metas e objetivos, que são fundamentais e tem de ser atingidos. Para que todo o processo corra como idealizado é necessário avaliar se está a decorrer como previsto e também se os resultados obtidos são, realmente os pretendidos. Daí serem dados neste capítulo, o conceito, os objetivos, os critérios de avaliação, as técnicas a sua objetividade e as várias etapas. Além disso, é necessário garantirmos que as estratégias e os métodos utilizados são consistentes com os objetivos a atingir. A avaliação de programas de prevenção em contexto escolar conterà diversas atividades/dimensões alvo de análise, onde a formação terá um papel importante a desempenhar.

CAPÍTULO 4
PROGRAMA “SALUDA”

4.1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: PROGRAMA SALUDA

O Programa Saluda – Saluda ao Fim de Semana, da autoria de Espada e Méndez (2003) é um programa direcionado à prevenção do consumo de álcool e drogas sintéticas durante os fins de semana. Importa realçar que o programa apesar de se centrar sobretudo na prevenção do consumo de álcool e drogas sintéticas, pode, em alguns casos, incluir a prevenção do consumo de outro tipo de drogas recreativas, como a canábis e o tabaco. A necessidade de delimitação do programa ao consumo de álcool e drogas sintéticas ocorreu visto facilitar a especificação dos conteúdos educativos do programa e, pelo fato, de substâncias como o tabaco terem sido alvo de inúmeras ações de prevenção.

Este programa é destinado a adolescentes com idades entre doze e catorze anos, que não consomem álcool e drogas. Outro dado importante é que o programa foi desenhado para ser implementado em contexto escolar com o intuito de desenvolver nos adolescentes habilidades, como a assertividade e a capacidade de resistência face a pressões. Desta forma, através deste programa os jovens ficam dotados de um conjunto de competências que permitem uma maior proteção contra os consumos.

Como já foi referido anteriormente, o Programa Saluda é um programa que visa a prevenção. Os programas preventivos consistem em conjuntos de ações que têm como objetivo principal impedir/atrasar o aparecimento de condutas de consumo/abuso de drogas.

Aquando a pesquisa bibliográfica acerca da temática em questão, pode-se encontrar diferentes nomenclaturas para os programas de prevenção existentes. Segundo Becoña (1999), existem programas preventivos que procuram diminuir a disponibilidade da substância no meio em que se encontram os destinatários, programas de redução da oferta e programas que procuram reduzir o consumo, programas de redução da procura. Já Botvin (2000) refere que os programas de prevenção podem incidir em dois tipos de abordagem, programas de influência social e programas de melhoria de competências pessoais. Os programas de influência social, encaram o consumo como consequência da influência do grupo de pares, de modelos de prestígio e dos meios de comunicação. Por isso, centram-se no treino de capacidades de resistência e reconhecimento de situações de alto risco, na capacidade em resistir a influências da publicidade e o treino de capacidades de rejeição a determinadas substâncias. Porém, observou-se que neste tipo de programas

os efeitos conseguidos decaem ao longo do tempo. Por outro lado, os programas de melhoria de competências pessoais indicam que o consumo de droga resulta de uma conduta aprendida, por modelagem, imitação e reforço, associado a habilidades sociais e pessoais pobres. Estes programas tentam melhorar habilidades pessoais, como a capacidade de tomada de decisões, a capacidade de solucionar problemas, o autocontrolo, a autoestima, a capacidade de lidar com o *stress* ansiedade e a assertividade. Este tipo de programas é altamente eficaz e que os resultados mantêm-se a longo prazo. Acrescenta-se que o Programa Saluda é um programa de melhoria de competências pessoais.

Pode-se ainda encontrar teóricos que propõem a existência de diferentes tipos de prevenção. Caplan (1980) foi um teórico que propôs a existência de três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária. O programa Saluda enquadra-se nos programas de prevenção primária, visto que procura intervir antes do aparecimento do problema. Por outro lado Gordon (1987) distingue os seguintes tipos de prevenção: universal (dirigida a todos os adolescentes), seletiva (dirigida a adolescentes em maior risco) e indicada (dirigida a indivíduos consumidores de alto risco). Desta forma, podemos perceber que o programa Saluda enquadra-se no âmbito da prevenção universal.

Outro dado importante é que as intervenções preventivas ao nível da toxicodependência podem ser dirigidas a toda a população (programas comunitários), aos pais e familiares próximos (prevenção familiar) e a crianças, adolescentes e jovens (programas escolares). Alguns programas podem abarcar mais do que um dos âmbitos mencionados. O Programa Saluda é um programa desenhado para ser implementado em contexto escolar. Secades (1996) refere que o contexto escolar é eficaz para o desenvolvimento de ações/programas relacionados com a prevenção do consumo de álcool e de outras drogas. Segundo García-Rodríguez (1991), as vantagens da intervenção escolar são as seguintes: podemos contar com a totalidade dos adolescentes da população em questão, visto que o ensino obrigatório é até aos 16 anos; o início dos consumos encontram-se geralmente dentro desta faixa etária; os centros educativos contam com uma infraestrutura adequada para o desenvolvimento de programas preventivos; os adolescentes concordam que a presença na escola é necessária para a sua formação/educação, facto que pode otimizar a realização de programas preventivos.

4.1.1. Objetivos do Programa Saluda

Como já foi referido anteriormente o Programa Saluda tem como objetivo principal a prevenção do consumo abusivo de drogas em contextos de lazer. Outros dos objetivos gerais deste programa são os seguintes: 1) atrasar a idade de início do consumo de álcool e drogas sintéticas. Visto que os estudos realizados demonstram que uma iniciação precoce de consumo de substâncias aumenta a probabilidade de consumos problemáticos na idade adulta; 2) promover um consumo responsável e saudável de álcool e a abstinência das drogas sintéticas; 3) romper o binómio “diversão-droga”.

As metas gerais às quais o Programa Saluda se propõe tornam-se operativas mediante determinados objetivos específicos. Os objetivos específicos que serão enumerados incidem tanto a nível da informação, como das atitudes e dos comportamentos: conhecer os efeitos negativos a curto, médio e longo prazo do consumo de álcool e drogas sintéticas; diferenciar o uso controlado do abuso de drogas; analisar as motivações do consumo juvenil de álcool e drogas sintéticas; conhecer os fatores de risco do abuso de álcool e drogas sintéticas; modificar a perceção dos iniciantes no que diz respeito à prevalência do consumo juvenil de álcool e drogas sintéticas; identificar formas de pressão social face ao consumo de álcool e outras drogas legais; reconhecer estratégias publicitárias que incentivam o consumo de álcool; conhecer características de condutas socialmente atrativas; promover atitudes positivas para com a abstinência ou para com o uso moderado e responsável de álcool; promover atitudes positivas para com a abstinência das drogas sintéticas; fomentar uma postura crítica perante as mensagens publicitárias; melhorar as competências sociais dos participantes no programa.

Outros objetivos específicos do Programa Saluda são: desenvolver a capacidade de relacionar positivamente com os pares sem recorrer ao álcool; desenvolver a capacidade de escuta ativa, de conversar e de expressar opiniões; adquirir / melhorar a capacidade de resistir às pressões do grupo de pares, especialmente em situações relacionadas com o consumo de drogas durante períodos de lazer; conhecer atividades positivas para os tempos livres; aprender métodos gerais para resolver problemas de forma eficaz; fomentar a tomada de decisão responsável; aplicar o método de resolução de problemas para avaliar as vantagens e inconvenientes do abuso de álcool e drogas sintéticas.

4.1.2. Breve descrição do Programa Saluda

O Programa Saluda foi concebido para ser implementado em contexto escolar ao longo de dez sessões. Estas dez sessões são realizadas duas vezes por semana, durante aulas de disciplinas de direção de turmas/outras afins, associações de jovens, centros de lazer e tempos livres, etc. Contudo, também podem ser diárias ou semanais, tendo em conta deixar tempo suficiente entre sessões para que os participantes realizem as atividades para casa.

Importa referir que a única limitação da aplicação do programa é do tamanho do grupo, visto que não deverá exceder os vinte participantes. A duração das sessões é aproximadamente de uma hora cada e existem sessões que são opcionais em caso de não se dispor de tempo para realizar todas as atividades propostas.

Realça-se que qualquer agente educativo, profissional ou não, que se tenha especializado na área e que prepare previamente os conteúdos e orientações das diferentes sessões pode aplicar o programa. Os agentes educativos podem ser monitores do programa, por exemplo, professores do primeiro ciclo, professores dos centros educativos, psicólogos, técnicos superiores de serviço social, educadores sociais, monitores e animadores socioculturais, etc.

O monitor tem como função facilitar a participação, guiar o grupo e criar um ambiente agradável de trabalho. Por isso, pode-se alterar a disposição física das cadeiras e mesas, organizando-se o grupo em círculo para que todos os participantes se vejam. Durante as sessões são estabelecidas poucas regras de funcionamento de modo a facilitar um clima de diálogo no grupo e a assimilação de conteúdos. 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.

Outro aspeto importante é a atitude do monitor perante as drogas. Como indicam Amengual e Calafat (1997), não é recomendável que a atitude do monitor no programa seja manifestamente favorável ao consumo de drogas nem intolerante com o consumo ou os consumidores, já que isto poderia dar origem a que os participantes tenham tendência para responder às expectativas do monitor. Em suma, é recomendável que assuma uma postura neutra perante os participantes, permitindo assim a expressão sincera de opiniões.

As atividades que constituem o Programa Saluda estão idealizadas para serem aplicadas de forma consecutiva, já que é assim que irá existir maior coerência e melhor se podem conseguir alcançar os objetivos.

No início de cada sessão expõem-se os objetivos e os materiais necessários para esse dia. Cada atividade tem indicado o tempo aproximado de realização. Acrescenta-se que intercalados com as atividades da sessão são disponibilizados quadros-guia para o monitor, com informação adicional sobre a atividade que se realiza nesse momento, com chaves de resposta sobre os exercícios e com resumos acerca do tema.

Dado que a metodologia do programa exige a participação dos adolescentes, outra das tarefas do monitor é que todos os participantes adotem uma posição ativa nas sessões. Desta forma, este deve ser capaz de dinamizar tanto as diversas atividades como os debates que se suscitam após a sua realização. Assim sendo, é recomendável que o monitor tivesse conhecimentos de condução de grupos.

Não pode ser esquecido que as intervenções preventivas têm maior eficácia quando são mantidas ao longo do tempo, de forma a que os destinatários assimilem os conteúdos e tenham oportunidade de adquirir ou melhorar as suas habilidades. Não obstante, também se podem seleccionar determinadas atividades das que se apresentam para as realizar em tutorias, em aulas de matérias afins, ou como atividades pontuais.

4.2. COMPONENTES

O Programa Saluda assume os postulados dos programas de melhoria de competências pessoais e ressalta o treino de habilidades protetoras ao consumo de droga. De acordo com os pressupostos do programa, o abuso de álcool e de drogas sintéticas por parte dos adolescentes ocorre devido a uma série de variáveis de carácter pessoal e social.

Neste contexto, estabeleceram-se quatro possíveis motivações para o abuso de drogas aos fins-de-semana: 1) Motivações que levam à procura de experiências pessoais positivas. Neste sentido o abuso de álcool e drogas sintéticas proporciona sensações agradáveis; 2) Motivações que levam à procura de experiências pessoais negativas. O abuso de álcool e drogas sintéticas ocorre de forma a evitar preocupações e/ou problemas; 3) Motivações que levam à procura de experiências sociais positivas. O abuso de drogas ocorre por imitação social (fazer o que todos fazem); 4) Motivações que levam à procura

Programa “Saluda”

de experiências sociais negativas. O abuso de drogas ocorre para compensar um déficit nas relações sociais (superar a timidez, etc.). A partir destas motivações que levam os jovens ao consumo de álcool e drogas sintéticas, propuseram-se quatro componentes. São estas componentes, estratégias de resolução de problemas, fomento de atividade de lazer saudáveis, capacidade de resistência à pressão e habilidades sociais, que sustentam toda estrutura do Programa Saluda.

De seguida descreve-se sucintamente cada uma dos quatro componentes supramencionadas. 1) Estratégias de resolução de problemas. Esta componente é incluída uma primeira fase de implementação do programa através do treino de situações passíveis de decorrer no quotidiano. Posteriormente, esta componente é aplicada na avaliação dos “prós” e “contras” do abuso de drogas e na tomada de decisão sobre se no futuro, consumirá álcool e/ou drogas sintéticas; 2) Fomento das atividades de lazer saudáveis. Por intermédio, desta componente disponibiliza-se informações sobre a oferta de atividades juvenis para tempos livres na sua cidade; 3) Capacidades de resistência à pressão. Nesta componente identificam-se as técnicas de persuasão através da análise de anúncios de bebidas alcoólicas e ao nível das pressões sociais (pressão de grupo). Desta forma, mediante o treino de habilidades sociais, os sujeitos aprendem a defender os seus direitos, a dizer “não” e a enfrentar habilidosamente situações de pressão face ao abuso de álcool e/ou drogas sintéticas e 4) Habilidades sociais. Através desta componente pratica-se a escuta ativa, a capacidade de iniciar e manter conversas e de expressar opiniões e sentimentos. O procedimento seguido consta dos seguintes passos: a) instruções, b) modelagem, c) ensaio comportamental, d) feedback e e) reforço positivo.

Para além das quatro componentes fundamentais descritas anteriormente, o programa inclui ainda as componentes seguidamente enumeradas:

1) Informação sobre as drogas e os seus efeitos, realizada por meio de uma metodologia participativa e lúdica. Proporciona-se informação verdadeira sobre a composição do álcool e as drogas sintéticas e os seus efeitos negativos a curto, médio e a longo prazo. Insiste-se mais nas consequências negativas imediatas, que costumam ser as mais valorizadas pelos adolescentes, evitando recorrer ao medo, procurando transmitir a informação com credibilidade, sem exagerar e evitando o alarmismo;

2) Estabelecimento de compromisso público: uma vez que cada participante analisou as vantagens e inconvenientes que lhe pode proporcionar a conduta de abuso das

drogas aos fins-de-semana, assume um compromisso público com a decisão adotada. O compromisso realiza-se de forma dinâmica, e formaliza-se mediante um contrato comportamental que os alunos assinam voluntariamente;

3) Treino do autorreforço: os participantes são ensinados a empregar as autoinstruções e o reforço social para se autorrecompensarem pelo fato de manterem o compromisso adotado sobre as drogas aos fins-de-semana.

4.3. EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS SOBRE O PROGRAMA

A construção do Programa Saluda teve como primeiro intuito construir uma intervenção nova que procurava responder aos novos padrões de consumo juvenil de substâncias. Realça-se que a investigação acerca do programa centrou-se na prevenção do uso de drogas recreativas, mais concretamente, de álcool e de drogas sintéticas, consideradas como uma das mais consumidas em contextos de lazer ao fim de semana. A versão preliminar do programa, denominada, “Saluda ao fim de semana”, teve início em maio de 2001 e prolongou-se por quatro meses. Paralelamente, elaborou-se um programa de prevenção não específico e foi ainda adaptado o programa intitulado, “Construindo Saúde”.

Com este estudo piloto procurava-se investigar dados sobre os fatores de risco do consumo de álcool e das drogas sintéticas e quais os possíveis efeitos preventivos do Programa Saluda. Os objetivos gerais deste estudo piloto foram os seguintes: 1) estudar a relação entre fatores de risco e consumo de álcool/ drogas sintéticas na adolescência; 2) elaborar um programa de prevenção ao abuso de álcool e de drogas sintéticas em contexto de lazer aos fins-de-semana, dirigido a estudantes que frequentavam a escolaridade obrigatória; 3) perceber qual a eficácia do programa preventivo Saluda numa amostra de adolescentes; 4) comparar a eficácia do programa Saluda com outro programa de prevenção escolar de eficácia comprovada, Construindo Saúde, aplicado na população espanhola; 5) comparar os resultados dos programas de prevenção com uma intervenção preventiva geral.

A amostra do estudo piloto foi constituída por 133 alunos de sete grupos de terceiro ciclo, 63 (47.4%) rapazes e 70 (52.6%) raparigas, com uma idade média de 14-17 anos (desvio padrão de 0.72). É de referir que mais de 80% da amostra tinha 14 anos.

Programa “Saluda”

A amostra foi subdividida em cinco programas: Programa Saluda composto por 35 sujeitos; Programa Construindo Saúde composto por 39 sujeitos; Prevenção e Promoção da Saúde constituído por 21 sujeitos; Programa Atenção Placebo formado por 16 sujeitos e por um grupo de controlo constituído por 22 sujeitos.

Entre as variáveis avaliadas encontravam-se as seguintes: nível de informação dos adolescentes acerca das substâncias ilícitas, atitudes face ao consumo (assertividade, intenção de consumo, autoconceito e autocontrolo), habilidades sociais (susceptibilidade à persuasão e a habilidade para a resolução de problemas sociais).

Para a avaliação das variáveis indicadas foram aplicados os seguintes instrumentos: 1) Questionário de Autocontrolo infantil e adolescente (CACIA) (Capafons & Silva, 1991); 2) Autoconceito Forma A (AFA) (Musitu, García, & Gutiérrez, 1991); 3) Questionário de Consumo de Drogas (CCD) (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); 4) Questionário de Intenção de Consumo (CIC) (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); 5) Questionário de atitudes face as Drogas (Escámez, 1990); 6) Questionário de Informação sobre Drogas (CID) (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); 7) Inventário de Solução de Problemas Sociais (SPSI-R) (Maydeu, & D’Zurilla, 1996); 8) Escala sobre atividades de lazer (EAO) (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); 9) Questionário de avaliação de dificuldades interpessoais na Adolescência (CEDIA) (Inglés, Méndez, & Hidalgo, 2000); 10) Questionário de Tolerância às Drogas (CAD) (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); 11) Questionário de susceptibilidade à persuasão (SP) (Luengo et al., 1999); 12) Questionário variáveis de controlo (CVC) (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003). É importante realçar que estes instrumentos de avaliação voltaram a ser aplicados 3 e 6 meses para perceber a eficácia da intervenção.

As conclusões obtidas neste estudo piloto foram ao encontro dos objetivos definidos no início da definição do programa. Assim sendo, foi desenvolvido um programa de prevenção do abuso de drogas em contexto de lazer no fim-de-semana. A nível empírico o programa demonstrou ser eficaz visto que na amostra de adolescentes estudada os resultados obtidos foram satisfatórios. Os adolescentes melhoraram tanto as suas capacidades cognitivas como comportamentais relacionadas com o abuso de drogas.

Outro dado importante é que comparativamente com outros programas aplicados com êxito na população espanhola, os resultados do estudo piloto foram melhores. Por último, foram comparadas ainda ambas as intervenções com um programa de promoção

da saúde geral e os resultados revelaram que os programas específicos mostraram maiores mudanças naquelas variáveis controladas neste estudo.

A partir dos resultados obtidos constatou-se que nenhuma das intervenções implementadas conseguiu modificar significativamente as condutas de consumo e abuso de drogas a curto prazo. Em qualquer caso, as intervenções revelaram-se mais eficazes que a “não intervenção” na modificação de variáveis que medem o consumo, tanto específicas como inespecíficas.

O uso de técnicas informativas participativas e lúdicas, desenvolvidas no Programa Saluda, revelou ser eficaz para atingir mudanças em variáveis cognitivas relacionadas com o abuso de substâncias. Este programa mostrou-se mais eficaz na mudança de atitudes, comparando-o com a “não intervenção”, intervenção atenção placebo e as intervenções não específicas.

No que diz respeito às dificuldades interpessoais, as intervenções realizadas no estudo piloto reduziram estas dificuldades em comparação com o grupo de “não intervenção”. Pelo contrário, não se alcançaram melhorias nas variáveis do autoconceito e autocontrole em nenhuma das intervenções desenvolvidas, exceto em fatores específicos deste construto e não de forma consistente durante as diferentes medidas de avaliação realizadas.

Na sequência dos resultados obtidos no presente estudo, foram propostas uma série de ideias para melhorar em futuras investigações, como a implementação do Programa Saluda numa amostra maior e com diferentes condições socioculturais e económicas. Realça-se ainda que foram realizados estudos de monitorização a longo prazo, para coletar informações sobre a manutenção ou extinção de mudanças depois de passados os seis.

Tendo em conta que a adolescência é uma fase da vida em que podem ocorrer comportamentos de risco que podem se estender até a idade adulta, é necessário especificar em que fase da adolescência (cedo ou tarde) é mais eficaz para intervir com possibilidade de modificar a história natural do consumo adolescente, através de estratégias preventivas. Para fazer isso, Pereira e García-Fernández (2009) realizou um estudo sobre os efeitos do programa Saluda por idade dos participantes, a fim de esclarecer esses efeitos sobre o início da adolescência e adolescência meio. Os investigadores uma amostra de 543 alunos do ensino secundário, com idades entre 11 e

Programa “Saluda”

16 anos (47.21 % homens e 52.78 % do sexo feminino) com idade média de 13.6anos. O questionário aplicado à amostra foi o Consumer Questionário Saluda (Espada & Méndez, 2003) programa (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003). As variáveis analisadas foram a frequência de consumo, percepção de risco e a intenção de consumo. Os adolescentes foram sujeitos a um pré teste, pós teste e *follow-up* padrão de avaliação. Estes foram divididos em quatro grupos, dois grupos experimentais (início da adolescência e adolescência meio) e dois grupos de controlo não recebeu intervenção (início da adolescência e adolescência do meio).

No que diz respeito à variável frequência de consumo, o impacto do programa Saluda foi maior no grupo de 11-13 anos (adolescência precoce) do que no grupo de 14-16 anos (adolescência média). Além disso, o programa Saluda mostrou maior efeito no início da adolescência.

Por outro lado, a intervenção preventiva junto dos alunos, com idades entre 11 e 13 anos que foram alvo do programa Saluda, revelou que nenhum aluno tinha intenção de beber. No entanto, antes da implementação do programa foi o grupo etário mais jovem, que tinha as taxas de consumo mais baixos e que, em ambos os grupos etários do programa Saluda conseguiu-se reduzir o consumo.

No entanto, o programa não foi tão eficaz em alterar a percepção de risco quando comparado com o grupo de controlo. Estas contribuições são essenciais pois permitem concluir que há maior tendência em iniciar os consumos de álcool e outras substâncias numa fase mais tardia da adolescência (Patton et al., 2004). Desta forma, é necessário parar ou pelo menos reduzir o consumo em fases iniciais, porque este irá tornar-se mais difícil em fases posteriores. O programa Saluda mostra-se eficaz para este fim.

4.3.1. Análise segundo a eficiência do aplicador

Gázquez (2010) conduziu uma investigação acerca da importância da variável, monitor do programa, utilizando para esse efeito três programas de ensino para a prevenção do consumo de drogas. Este empregou um projeto em que, no mesmo espaço de tempo, os programas Barbacana (García del Castillo & Lopez, 1998), Edifício/Construindo Saúde (Luengo et al., 1998) e Saluda (Espada & Méndez, 2003) foram aplicados por um professor em sala de aula e um psicólogo externos à escola.

Acrescenta-se que o estudo foi aplicado nos grupos experimentais e num grupo de controlo, a fim de determinar a eficácia diferencial de cada uma das intervenções aplicadas pelo professor ou psicólogos.

Neste estudo, foram levantadas uma série de hipóteses para cada um dos programas e sobre os efeitos das intervenções. Para o programa de Saluda esperava-se que depois da sua aplicação, fosse demonstrados os mesmos efeitos positivos, tanto quando fosse aplicado por professores regulares ou quando fosse aplicado por psicólogos externos. As variáveis centrais do estudo foram as seguintes: consumos (álcool, embriaguez e drogas), informações sobre as drogas, atitudes face às substâncias ilícitas, assertividade, resolução de problemas, autoconceito e dificuldades interpessoais. Espera-se também que os efeitos sobre o consumo e as variáveis moderadoras que afetam os componentes do programa Saluda (e outros programas) produziram efeitos a curto prazo e seriam mantidos ao longo do tempo (24 meses).

O grau de dificuldade do programa Saluda foi avaliada de acordo com o número de sessões, a padronização na estrutura das sessões e da maior ou menor incremento de técnicas cognitivo-comportamentais. Isso fez com que o monitor acreditasse que era uma intervenção de média complexidade.

Foram coletadas ainda as seguintes informações através de determinados questionários: Rapé Questionnaire, álcool e outras drogas (García del Castillo, 1986; questionário de dados sócio-familiares (García del Castillo, 1986; García del Castillo & López, 1994). Para a avaliação das hipóteses foram utilizados os seguintes instrumentos, García del Castillo & López, 1994), questionário de consumo (COTAM, García del Castillo, 1986; Garcia del Castillo & López, 1994; Màcia, 1986), Escala de atitudes em relação ao álcool (ESACTA, García-Rodríguez, López, & Mira, 2000), Escala de atitudes em relação ao álcool (ESACAL, García-Rodríguez, López, & Mira, 2000), Escala de atitudes em relação a outras drogas (ESACOD, García-Rodríguez, López, & Mira, 2000) questionário afirmação de drogas (CAD, Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003); Banco de solução de problemas sociais (SPSI-R, D' Zurilla & Maydeu, 1996), Autoconceito Forma A (AFA, Musitu, Garcia, & Gutierrez, 1991); Assessment Questionnaire dificuldades interpessoais na adolescência (CEDIA, Inglês, Méndez, & Hidalgo, 2000).

A amostra foi composta por 280 adolescentes estudantes de 1.º ESO. De todos os sujeitos participantes 50% pertenciam ao sexo masculino e 50% ao sexo feminino, com

idade média de 12.42 anos ($DP = 0.57$). Os sujeitos da amostra foram aleatoriamente divididos em 6 centros de grupos experimentais e um grupo controlo.

Tanto os professores e como os psicólogos, demonstraram resultados semelhantes para as variáveis mais influentes no consumo de álcool e embriaguez. No entanto, no aumento do nível de informação acerca das substâncias ilícitas, atitudes em relação ao álcool e comportamentos assertivos os professores causaram um maior impacto. Quanto ao consumo de cannabis e atitudes para consumo de outras drogas, os psicólogos são os que têm melhores resultados, apesar de não haver diferenças significativas em relação ao grupo controlo na variável consumo de cannabis. Já no que diz respeito à variável resolução de problemas os resultados não revelaram diferenças significativas entre os de grupos de controlo e experimental.

Acrescenta-se ainda que a intervenção é melhor do que a não intervenção no que se refere à melhoria das dificuldades interpessoais e autoconceito de adolescentes.

Por fim, podemos concluir que foram obtidos aumentos menores no consumo de álcool, a curto prazo, quando aplicado por professores e cannabis a longo prazo, quando o programa foi aplicado Saluda por pessoas de fora para o centro. Em relação à mudança de atitude em relação ao uso de álcool e outras drogas, os professores produziram melhores resultados.

Concluiu-se ainda que ao longo do tempo o programa de Saluda produz efeitos positivos sobre as dificuldades interpessoais. A longo prazo, o programa implementado por professores revela maiores efeitos 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 consumo de tabaco, os resultados demonstram efeitos positivos em termos na redução do consumo, quando aplicado pelos professores. Esse efeito é explicado nas palavras de Gázquez (2010) " uma transferência de efeitos preventivos sobre as substâncias alvo, outras substâncias que não afetam o programa."

Em jeito de conclusão, a aplicação por parte dos professores revelou-se mais programa de prevenção Saluda, portanto, não podemos confirmar a hipótese de igualdade de resultados em ambas as versões (professor e psicólogo).

4.3.2. Efeitos do Programa Saluda sobre fatores cognitivos

Espada, Orgilés, Méndez, García-Fernández, e Inglés (2008) realizaram uma análise dos efeitos do programa Saluda em relação aos três fatores de risco cognitivo para consumo: informações sobre drogas, percepção de risco e estimativa de regras de consumo. A hipótese de que os programas ativos (Saluda, Habilidades para a Vida Treinamento e Educação para a Saúde) seriam eficazes no aumento do nível de conhecimento, na percepção do risco e que reduzia no que diz respeito ao Programa Placebo Cuidados e não-intervenção foi levantada. A amostra foi constituída por adolescentes do terceiro ano do ensino médio com idade entre 13 e 15 anos.

Em relação ao procedimento realizado, cada grupo foi designado aleatoriamente para uma das cinco condições. Os sujeitos da amostra realizaram uma avaliação de pré teste, pós teste e *follow-up* de 3 e 6 meses após a investigação. Os instrumentos aplicados foram os seguintes: o Questionário de Uso de Drogas (CCD, Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), o Questionário Intenção do Consumo, foi confirmada visto que existem diferenças significativas entre os dois.

Comparando os três programas ativos em conjunto, o programa Saluda foi o mais eficaz, foram obtidos resultados elevados para o conhecimento acerca de drogas sintéticas e moderados para o álcool. Entre o programa Treino de Habilidades para a Vida e Promoção da Saúde, o primeiro foi mais eficaz em relação ao conhecimento de drogas sintéticas e de álcool.

Em relação à variável Percepção de risco comparando o programa Saluda e o programa Vida Treino de Habilidades de Vida no pós teste, o programa Saluda revelou-se capaz de aumentar a percepção de risco. Em relação às drogas sintéticas percepção de risco permaneceu ao longo das quatro avaliações (pré teste, pós teste, *follow-up* de três meses e em seis meses de acompanhamento).

Um estudo comparativo dos três programas ativos com o programa de atenção Placebo, demonstrou que no pós teste o programa Saluda foi mais eficaz do que outros programas em termos de intenção de beber. Os outros dois programas também conseguiram aumentar a percepção de risco, mas em menor medida que o programa Saluda. Quanto a outras substâncias, como a cannabis, o programa Saluda apresentou um efeito reduzido em relação ao placebo nos cuidados de acompanhamento.

Programa “Saluda”

Dos três programas em comparação com a intervenção inespecífica, programa Saluda foi mais eficaz com efeitos positivos. Comparando os três programas ativos, o programa Saluda foi o mais eficaz no aumento da percepção de risco do consumo de álcool. No caso de outras substâncias, como a cannabis e o *ecstasy*, o programa de Treino de Habilidades de Vida foi mais eficaz no pós teste.

No que diz respeito às regras de estimação embora os dois principais programas (Saluda e Treino de Habilidades de Vida) conseguissem modificar a estimativa da política dos consumidores é o programa Saluda que modificou ainda mais. No *follow-up* é também o programa Saluda que proporcionou melhores resultados em termos de regras de estimação.

Comparando-se os três programas com o grupo de não intervenção, estes demonstraram maiores efeitos no pós teste. A comparação dos três programas com o grupo de atenção placebo foi semelhante. Já comparando os três programas ativos, o programa Saluda foi superior aos outros dois na modificação de crença.

4.3.3. Efeitos do Programa Saluda sobre a atitude face às drogas

Dado a importância das atitudes face ao uso de drogas, Espada, Hernández, Orgilés, e Méndez (2010) realizou um estudo para analisar os efeitos do programa de prevenção Saluda sobre as atitudes em relação às drogas numa amostra de adolescentes no terceiro ano do ensino secundário obrigatório (47.4 % meninos e 56.2 % meninas), com idades entre 13 e 15 anos ($M = 14.17$, $DP = 0.72$). Estes dados foram usados como grupo de comparação com um programa comprovado, Treino de Habilidades de Vida.

Um objetivo do estudo foi comparar os efeitos sobre a atitude em relação à droga em dois programas de prevenção específicos (Programa Saluda e Treino de Habilidades para a Vida) com uma intervenção de promoção da saúde em geral (programa de Educação em Saúde). Esperava-se que os programas ativos (Saluda, Treino de Habilidades para a Vida e Educação do Programa de Saúde se mostrassem eficazes na redução de uso de substâncias, e também na modificação das atitudes dos adolescentes face à intenção consumo de um grupo placebo atenção e um grupo que não recebeu qualquer intervenção.

Os instrumentos utilizados foram um questionário sobre Uso de Drogas (CCD; Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), Intenções de consumo (CIC; Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), as atitudes perante as drogas (Escámez, 1990), e Saluda (Espada & Méndez, 2003), Treino de Habilidades para a Vida (Botvin, 1998), programas e um programa de Educação em Saúde (EPS).

Foram realizadas análises descritivas para obter as frequências e scores médios nas diversas escalas. Para comparar a significância foram calculadas ANOVAS e foi realizada uma análise de diferenças significativas no pós teste para comparar os dois grupos (Tukey HSD).

De acordo com a classificação de Cohen (1988, um valor negativo do índice representa um agravamento efeito com o tratamento, um valor de .20, um efeito de baixa, um valor de .50 efeito médio, e .80 um efeito grande.

De seguida serão apresentados, os principais resultados encontrados para diferentes momentos de avaliação (pós teste 1 para acompanhar e seguir os três meses 2 a 6 meses) e os programas implementados (programa Saluda, Programa de Habilidades para a Vida, Programa de Educação para o Saúde, Cuidados e Controlo Grupo Placebo).

Primeiro, foi analisada a variável intenção de consumo de álcool, tabaco e cannabis. Nos intergrupos e intragrupo as diferenças na variável álcool, são superiores do programa Saluda, em termos de eficiência para reduzir o consumo quando comparado com o grupo controlo e o grupo que recebeu a Educação para a Saúde (a curto e longo prazo) e Atenção Placebo grupo (de longo prazo).

Para o grupo que recebeu o programa Treino de Habilidades para a Vida e Programa Saluda, estes foram mais eficaz do que o grupo controlo (a curto e longo prazo), a educação de saúde do grupo (a curto e longo prazo) e o Placebo de atenção (no primeiro pós teste e *follow-up*) do grupo.

O programa Saluda mostrou apenas superior ao grupo que recebeu o programa Treino de Habilidades para a Vida no primeiro *follow-up* em 3 meses e com um tamanho de baixo vigor. De qualquer forma, ambos os programas (Saluda e Treino de Habilidades para a Vida) foram mais eficazes na redução do consumo de bebidas entre os adolescentes do que outros grupos dentro deste estudo.

Em relação às diferenças intergrupos e intragrupo para variáveis destinadas ao consumo de rapé e cannabis, o estudo revelou que as diferenças entre os grupos para

Programa “Saluda”

ambos (rapé e cannabis) foram zero e negativo. O consumo de cannabis demonstrou uma pequena diferença em relação ao programa Treino de Habilidades para Vida, este foi um pouco melhor. Em termos de eficácia preventiva verificou-se que o programa de educação em saúde demonstrou baixo efeito ($d = 0.34$).

Por outro lado, foram também apresentadas diferenças significativas entre os grupos para a variável atitude em relação à droga. O grupo que recebe o programa Saluda mostrou ser mais eficaz na melhoria atitudes em relação à droga, quando comparado com os outros grupos com tamanhos de efeito moderado na maioria das avaliações realizadas lugar.

Portanto, o grupo que recebeu o programa demonstrou mais mudanças do que o grupo controlo (a curto prazo e primeiro acompanhamento), a Atenção Placebo programa (a curto prazo) e Treino de Habilidades para a Vida, grupos de educação para a saúde (a curto e longo prazo). O programa Treino de Habilidades para a Vida, com um efeito moderado ($d = 0.50$) melhorou as atitudes dos adolescentes em maior medida do que o grupo de Educação em Saúde.

Após os diferentes resultados obtidos para cada uma das variáveis propostas no presente estudo, concluiu-se que:

- O programa Saluda foi o mais eficaz em comparação com outros programas destinados a reduzir o consumo de álcool e não promover atitudes favoráveis ao uso de drogas.
- O programa foi eficaz para diminuir a intenção de consumo de rapé e cannabis.
- O programa de Treino de Habilidades para a Vida foi o segundo melhor programa (após programa Saluda) para influenciar a intenção de beber. Foram encontradas diferenças em relação aos outros programas para melhorar as atitudes face consumo, com exceção de uma melhoria em relação ao grupo de educação em saúde no curto prazo.
- O programa de educação para a saúde foi menos eficaz em comparação com o Programa Saluda e Treino de Habilidades para a Vida, na redução do consumo e melhoria das atitudes dos consumidores. Não foram encontradas diferenças entre o grupo de Educação para a Saúde, placebo e grupo de controlo na redução do consumo de álcool.

- Na intenção de beber o grupo Placebo Atenção melhorou e o grupo de controlo piorou.

4.3.4. Análise da contribuição dos componentes: treino de habilidades sociais e treino de resolução de problemas

Espada, Griffin, Pereira, e Garcia- Fernández (2012) realizaram um estudo sobre o desmantelamento do programa Saluda, a fim de analisar os dois principais componentes do programa: treinamento em habilidades sociais e resolução de problemas. Da mesma forma, procurou-se determinar a sua influência sobre as variáveis: consumo, atitudes, intenção e regras de consumo, tanto na percepção de curto e longo prazo.

A amostra era composta por 341 alunos do ensino secundário (161 meninos e 180 meninas) com idade entre 12 e 15 anos. A amostra foi distribuída igualmente em quatro grupos, três experimental e um de controlo. Os três grupos experimentais foram compostas de 68 participantes que foram sujeitos ao programa Saluda com todos os seus componentes (PS), 98 Saluda sem receber o componente de formação na resolução de problemas de programa (PS-ERP), e 87 que receberam o programa Saluda sem o componente de treinamento de habilidades sociais (PS-EHS). O grupo controlo foi composto por 88 alunos.

Os instrumentos utilizados foram um questionário sobre Uso de Drogas (CCD, Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), um questionário de Intenções do Consumidor (CIC, Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), questionário Atitudes em relação às drogas (Escámez, 1990), Formulário de Autoconceito, Questionário A (AFA, Musitu, García, & Gutiérrez, 1997), Questionário de Avaliação dificuldades interpessoais para Adolescentes (CEDIA, Inglês, Méndez, & Hidalgo, 2000), questionário Avaliação de Habilidades de Resolução de Problemas Sociais adaptado (SPSI -R; Maydeu, & D' Zurilla, 1996), questionário de Avaliação de Lazer (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), Questionário de informação acerca da droga (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003), o questionário afirmação às Drogas (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003) e questionário de Suscetibilidade à Persuasão (Luengo et al., 1999).

Os principais resultados obtidos neste estudo foram os seguintes:

Programa “Saluda”

- O programa Saluda completo foi mais eficaz do que o grupo de controlo em termos de taxas de consumo mais baixas na monitorização, bem como a na variável alterações de risco. Portanto, a intervenção é melhor do que nenhuma intervenção.
- Programa Saluda completo obteve melhores resultados do que programa preventivo, sem um de seus componentes, com qualificações em matéria de não - conformidade em três das variáveis (intenção, o risco e a informação percebida).
- No que diz respeito à igualdade entre as duas versões incompletas do programa Saluda, está confirmada para todas as variáveis, exceto na variável dificuldades interpessoais, nas quais não foram encontradas diferenças significativas entre estas duas versões do programa Saluda. Este resultado é lógico, uma vez que a versão do programa que não incluiu o treino de habilidades sociais.
- Os resultados obtidos sem um dos componentes foram melhores do que o grupo de controlo para todas as variáveis, exceto a afirmação de drogas. Portanto, a hipótese de pesquisa cumpriu-se assim como o efeito específico de duas versões completas contra nenhuma intervenção.

4.3.5. Estudo de adaptação cultural do programa Saluda em Portugal

Fernandes (2015) efetuou a adaptação cultural do programa Saluda para ser aplicado em Portugal. Nesse sentido, recorreu, numa primeira fase, à tradução para a língua portuguesa, seguindo-se um processo de adaptação do programa. Para tal, a versão provisória, resultante da tradução, foi submetida à análise de um comité de especialistas, com experiência em vários domínios, não só da prevenção do consumo de álcool e drogas, bem como conhecimento de língua espanhola, português, de Psicologia da Saúde e Psicologia Clínica. Foi considerado e tomado em conta, a opinião de um grupo de 4 adolescente em relação às atividades do programa. Seguidamente foram feitas algumas modificações no programa, quer de forma (nome do programa), quer de conteúdo.

O programa Saluda, na versão portuguesa (Manifesta Saúde) foi alvo de um estudo piloto, junto de uma amostra de 98 alunos de 7.º ano de um escola do 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico, no Concelho de Funchal, na Região Autónoma da Madeira. Os resultados deste estudo piloto levaram a determinadas conclusões, como sejam:

- Compressividade e adequação cultural do programa Manifesta Saúde, junto da população madeirense.
- Os instrumentos de avaliação revelaram consistência interna e estabilidade temporal.
- Verificou-se igualdade nos grupos experimental e de controlo face a parâmetros considerados relevantes.
- O programa parece ter tido um efeito amortecedor no grupo experimental, no que é considerado uma norma de consumo entre os jovens.

Este estudo piloto, pelos resultados, demonstrou a sua qualidade de adaptação cultural eficaz e a presente tese é um passo lógico no seguimento deste estudo.

SÍNTESE

O programa Saluda (Espada & Méndez, 2003) é um programa de prevenção do abuso do álcool e outras substâncias e é virado para os adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos (prevenção universal), que não tenham iniciado os consumos, ou cujo consumo esteja ainda numa fase inicial, daí ser uma prevenção primária. O programa é para ser aplicado, no meio escolar e a sua incidência é sobre os conteúdos e as capacidades diretamente relacionadas com o abuso da droga, podemos assim ser incluído entre os programas de prevenção específicos. É constituída por dez sessões que incluíram componentes informativas, tendo como base metodologia lúdica e componentes de formação em competências genéricas de desenvolvimento pessoal e de resistência à pressão para o consumo (competências genéricas, resolução de problemas, autocontrolo e compromisso público). São dois os objetivos a atingir, como seja o de atrasar a idade do início do consumo de álcool e reduzir o consumo abusivo tanto do álcool, como de outras drogas. Para este efeito serve-se de múltiplos componentes inspirados em evidência científica. Estes são aplicados em 3 fases distintas: informação, treino de competências e manutenção. Associado a este programa existem já investigações atualizadas, centradas na eficácia preventiva do mesmo. Referência concreta ao estudo piloto realizado na Região Autónoma da Madeira e os seus resultados positivos o que releva a importância da tese no seu seguimento.

PARTE 2

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA:

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE

PREVENÇÃO “SALUDA”

CAPÍTULO 5
OBJETIVOS E HIPÓTESES

5.1. OBJETIVOS

Como já referido na Introdução, os programas de prevenção do abuso de substâncias em meio escolar assumem especial importância, pois abrangem um número significativo de indivíduos, numa fase importante do seu desenvolvimento (Botvin & Griffin, 2004).

Na Região Autónoma da Madeira foram várias as iniciativas existentes no meio escolar, com as iniciativas existentes no meio escolar, com o mesmo objetivo de prevenir o abuso de substâncias. Têm sido, no entanto, intervenções pontuais e não se conhece o verdadeiro impacto, junto dos jovens madeirenses.

Por seu lado, o programa Saluda (Espada & Méndez, 2003) é um programa que pretende prevenir o abuso do álcool e outras substâncias em meio escolar, dirigido a adolescentes. Foi já amplamente testado e existem evidências da sua eficácia. No entanto, não se sabe, ainda, se a intervenção desenvolvida em Espanha, será eficazmente aplicável noutros países. Após realizar o primeiro estudo piloto com a população portuguesa (Fernandes 2015) do qual o programa Saluda demonstrou ser válido para a sua aplicação com adolescentes portugueses, é necessário comprovar se com uma amostra ampla de adolescente se obtém resultados positivos.

5.1.1. Objetivos gerais

Com esta investigação pretende-se avaliar o Programa de Prevenção Saluda, com uma amostra significativa de adolescentes portugueses da Região Autónoma da Madeira.

5.1.2. Objetivos específicos

1. Analisar o efeito que exerce a intervenção sobre as variáveis consumo.
2. Valores os efeitos do programa na redução de novos casos de consumidores.
3. Avaliar a influência do programa sobre o nível de conhecimentos sobre as drogas.
4. Examinar o efeito que o tipo de condição experimental exerce sobre outros fatores protetores: autoeficácia, assertividade, percepção de risco, percepção normativa e intenção de consumo.

Objetivos e hipóteses

5. Analisar os efeitos diferenciais do programa em função do consumo prévio dos participantes.
6. Analisar os efeitos diferenciais do programa em função do género, idade e naturalidade.
7. Examinar os efeitos imediatos e a longo prazo da intervenção preventiva.

5.2. HIPÓTESES

5.2.1. Hipóteses sobre a *eficácia* do programa.

- H1:** A intervenção será eficaz na variável de consumo quando comparada ao grupo de controlo.
- H2:** A intenção de consumo diminuirá no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H3:** A perceção de risco aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H4:** A perceção normativa do consumo melhorará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H5:** O nível de autoeficácia aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.
- H6:** O nível de assertividade aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo.

5.2.2. Hipótese sobre os *efeitos temporais* do programa.

- H7:** A médio prazo, existirão mudanças nas variáveis protetoras (fatores de proteção) e observar-se-á um menor número de casos de novos consumidores no grupo experimental.

5.2.3. Hipóteses sobre a *eficácia diferencial* do programa.

- H8:** O programa será menos eficaz no caso dos alunos que consumiam previamente.

CAPÍTULO 6

MÉTODO

6.1. PROCEDIMENTO

6.1.1. Contacto com parceiros

Na primeira fase deste estudo houve necessidade de estabelecer contactos, com as entidades oficiais envolvidas nestas áreas (como sejam a Educação e os Serviços Sociais – Saúde), a fim de darmos a conhecer o objeto deste projeto, solicitando a sua colaboração. Por essa razão, contactámos com a Direção Regional de Educação e com o Serviço Regional de Prevenção da Toxicodependência, que são, dentro da estrutura hierárquica oficial, as entidades responsáveis pelas Escolas dos vários graus de ensino e pela implementação de programas de prevenção. Em Junho e Agosto de 2011, realizámos algumas reuniões com os dirigentes responsáveis dos serviços já citados, apresentámos as nossas propostas, aos objetivos que norteavam a investigação a realizar e, a metodologia de avaliação a ser prosseguida. Desta forma, foi dada autorização superior para a realização do estudo e foram seleccionadas as escolas alvo, atendendo a determinadas características, como o facto de serem urbanas, com várias turmas do 3º Ciclo e que não fossem beneficiar de outras intervenções semelhantes, nesse ano letivo.

Neste período acima descrito, fizemos reuniões com os diretores das escolas seleccionadas, falando do estudo, das características das escolas e dos seus alunos e esclarecemos as dúvidas que foram colocadas. Acordamos o método de trabalho a seguir, estabelecemos calendário de trabalho e ficou combinado que o programa seria implementado por professores diretores de turma (caso fosse possível), utilizando-se os tempos letivos das aulas da área de Projeto (a seleção seria feita pela Direção das Escolas).

6.1.2. Seleção, formação e supervisão dos monitores

Tentamos dar atenção especial ao processo de formação dos monitores (como o tínhamos feito no processo de seleção, juntamente com a Direção das escolas). É um programa baseado na evidência e tenta-se que os monitores tenham a empatia e a organização, como características suas, pois as mesmas conduzam quase sempre a resultados que se pretendem alcançar (Kumpfer et al., 2008).

Sabemos que o monitor é indispensável e fundamental num processo deste tipo, pois para além de orientar o grupo, ajuda a criar bom ambiente de trabalho e faz com os

Método

jovens participem de bom grado. Deverá levar os jovens, em conjunto, a dar respostas a todas as dúvidas que surjam, mostrando-se neutral perante todos, a fim de que as opiniões sinceras sejam obtidas.

Como a metodologia do programa leva a uma participação dos destinatários do mesmo, o monitor deverá levar a que as participações sejam ativas, devendo para isso ter noções claras da condução dos grupos. Como contrapartida a todo este trabalho extra que os monitores iriam ter, conseguiu-se que a formação fosse Certificada pela Direção Regional de Educação, obtendo assim créditos para a progressão nas suas carreiras.

Foram então selecionados 14 professores, sendo 6 da escola com mais elevado índice de alunos e 4 de outras duas escolas.

Posteriormente de Novembro a Dezembro de 2011 foram realizadas atividades formativas de 25 horas, sendo 15 presenciais e 10 de trabalho autónomo (cf. Tabela 1). Foi-lhes distribuído o manual do Programa Manifesta Saúde e cada sessão foi analisada ao pormenor, com os monitores, explicando a metodologia e as técnicas que deveriam ser aplicadas (cf. Anexo B). Houve necessidade de afetar pequenos ajustes às sessões, uma vez que cada uma delas poderia ter 45mn, em vez dos 60 propostos.

A formação incluiu a monitorização de algumas sessões, para obtenção de feedback, assim como uma avaliação no final da aplicação do programa (cf. Anexo C). Foram distribuídos os pedidos de consentimentos dos Encarregados de Educação dos jovens, para que estes pudessem ter a autorização dos educadores, para responderem aos questionários (cf. Anexo D).

A presença dos alunos era obrigatória, uma vez que as sessões de programa de prevenção foram integradas na componente letiva. A fim de serem Certificados pela Direção Regional da Educação (cf. Anexo E), procedemos, no final da formação dos professores ao preenchimento da documentação requerida, assim como as grelhas de avaliação dos professores. Essa avaliação teve critérios definidos previamente e considerados importantes, com vista à promoção de uma total e correta implementação do programa, especificamente a Assiduidade e Pontualidade, a Implementação dos produtos resultantes do Projeto, no contexto a que se destinava, e o número de propostas de melhoria apresentadas, após da experimentação dos referidos produtos.

Tabela 1.

Descrição dos módulos de formação

Módulo	Conteúdos
Módulo 1	I Oficina de Formação (aspetos burocráticos)
	II Contextualização da Investigação
	III Contextualização da Formação
	IV Programa Manifesta Saúde (1ª Sessão)
Módulo 2	- Revisão / Feedback – Sessão 1
	- Aspetos metodológicos de investigação (pré teste, pós teste)
Módulo 3	IV Programa Manifesta Saúde (2ª Sessão)
Módulo 4	IV Programa Manifesta Saúde (Sessões 3 a 10)
	- Feedback implementação do Programa
	- Auto/Hétero Avaliação

6.1.3. Avaliação pré teste

A bateria de questionários foi selecionada e elaborada pela equipa de investigação com o objetivo de ajustar ao tempo estabelecido de uma sessão de avaliação de 45 minutos, assim como a isenção do pretendido (cf. Anexo F). Claro que houve explicação prévia da finalidade da avaliação, foram dadas as instruções necessárias ao preenchimento dos mesmos e esclareceram-se as dúvidas que existiam entre os professores, havendo lugar, depois disso ao preenchimento dos mesmos.

Escolheu-se, para a avaliação aos alunos, dos grupos experimental e controlo a forma de questionário de autopreenchimento individual, por forma a ser garantido o anonimato. Foi também implementado um código pessoal para se poder fazer o seguimento, nos diferentes momentos de avaliação. Em Janeiro de 2012 administrou-se o pré teste e iniciou-se a implementação do estudo experimental em 3 escolas do 3 ciclo da RAM.

6.1.4. 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 aquilo que aprenderam com o mesmo.

6.1.5. Avaliação pós teste

Em Junho de 2012, terminadas as sessões do programa administrou-se o pós teste, de acordo com os procedimentos implantados no pré teste.

6.1.6. Avaliação da implementação

Para a avaliação de um programa piloto é importante ter em conta alguns aspetos 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).

Tabela 2.

Plano de trabalho

Data	Atividades
Junho a Agosto, 2011	- Reunião com a Secretaria Regional de Educação, na definição das Escolas o projeto experimental seira implantado. - Reunião com os Presidentes do Conselho Executivo das 3 escolas do Concelho do Funchal.
Novembro a Dezembro, 2011	- Formação de Colaboradores para a implementação do Estudo Experimental.
Janeiro, 2012	- Administração do pré teste e início da implementação do estudo experimental em 3 escolas do 3º ciclo.
Junho, 2012	- Administração do pós teste e avaliação com os colaboradores.
Outubro, 2012	- Administração do teste do <i>follow-up</i>
Novembro a Dezembro, 2012	- Recolha dos testes e introdução dos mesmos na base de dados.

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 (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). No sentido de monitorizar a qualidade da administração, pediu-se

aos colaboradores 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 G) assinalando se foram implementadas todas as atividades propostas, qual a receptividade dos alunos, as dificuldades sentidas e assinalando propostas de melhoria atendendo aos constrangimentos que foram surgindo. Como referido anteriormente foram efetuadas reuniões periódicas no sentido de monitorizar e discutir a implementação da intervenção. A Tabela 2 reflete a cronologia da intervenção, desde o contacto com os parceiros à análise dos dados recolhidos.

6.1.7. Avaliação *follow-up*

Constitui-se assim, o terceiro momento de avaliação em que foram administrados os instrumentos de avaliação quatro meses após o pós teste. Em Outubro de 2012, aplicou-se assim o teste do *follow-up* e de Novembro a Dezembro de 2012, recolheram-se os testes e fez-se a introdução dos mesmos, na base de dados.

6.3. PARTICIPANTES

6.3.1. Evolução do número de inquéritos válidos ao longo do tempo

O estudo iniciou com 283 alunos no grupo experimental e 277 no grupo controlo totalizando 560 alunos do 7º e 8 anos de escolas públicas da RAM. No segundo momento de avaliação o grupo experimental contava com 269 alunos o que representa uma taxa de mortalidade da amostra de 5% e no grupo controlo 265 alunos responderam o que resulta numa taxa de mortalidade da amostra de 4.3%. No *follow-up* (M3) a taxa de mortalidade da amostra do grupo experimental foi de 20.1% e no grupo controlo de 39.4%, estes valores elevados ficam a dever-se à retenção dos alunos e mudança de turma ou de escola. A tabela 3 mostra as alterações observadas ao longo do tempo.

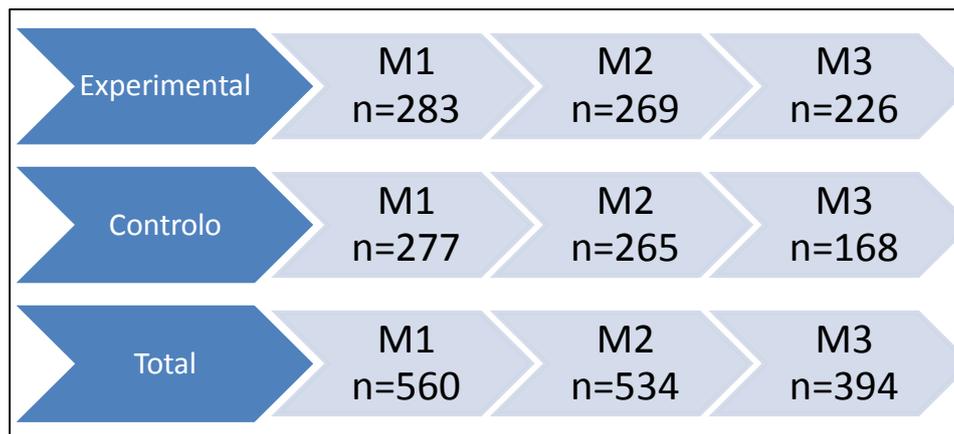


Figura 1. Evolução do número de inquéritos válidos ao longo do tempo

Tabela 3.

Evolução do número de inquéritos válidos ao longo do tempo

	Experimental		Controlo		Total	
	n	% Sob o número inicial de participantes	n	% Sob o número inicial de participantes	n	% Sob o número inicial de participantes
M1	283	100	277	100	560	100
M2	269	95.1	265	95.7	534	95.4
M3	226	79.9	168	60.6	394	70.4

Nota. Ainda existem 14 alunos (7 de cada grupo) que fizeram o primeiro e terceiro momento de avaliação

6.3.2. Caracterização da amostra

Como o estudo é longitudinal e dada a mortalidade da amostra a caracterização da amostra será feita considerando os dados do primeiro momento da avaliação (cf. Tabela 4).

Tabela 4.

Número e percentagem de alunos que responderam os dados do primeiro momento de avaliação

		n	%
Momento 1	Controlo	277	49.5
	Experimental	283	50.5
	Total	560	100

Relativamente à idade os alunos deste estudo têm, em média 13 anos, variando relativamente à média em mais ou menos um ano. Quando comparamos a idade dos dois grupos, observamos que as médias são muito próximas e o teste de Mann-Whitney com

valor de prova $.208 > .05$ permite concluir que as duas amostras são iguais quanto à idade (cf. Tabela 5).

Tabela 5.

Diferenças entre os grupos de investigação ao nível da idade

		Grupo				Total	
		Experimental		Controlo		M	DP
		M	DP	M	DP		
Idade (anos)	<i>M(DP)</i>	13.1	1.0	13.2	1.2	13.1	1.2
<i>(U = 37617.5; p = .474)</i>							

Os alunos incluídos neste estudo frequentavam o 7º e 8º ano de escolaridade. O teste de independência do Qui-Quadrado permite afirmar que a distribuição por anos de escolaridade é igual nos dois grupos, e as variações percentuais observadas são aleatórias (cf. Tabela 6).

Em ambas as amostras existe um maior número de rapazes do que de raparigas pelo que as amostras são estatisticamente iguais quanto à esta distribuição, como confirma o teste do Qui-Quadrado.

No conjunto de alunos em estudo, 22.7% têm 1 irmão e 43.5% têm dois irmãos. O teste de Mann-Whitney permite afirmar que existem diferenças significativas entre as duas amostras uma vez que o valor de prova $.011 < .05$. Ao compararmos as percentagens observamos que entre os alunos do grupo experimental existem mais alunos com maior número de irmãos.

Dado que o mais comum é os alunos terem um ou dois irmãos, é natural que exista um maior número de adolescentes a referir que são os mais velhos ou os segundos mais velhos, independentemente do aluno ser parte do grupo experimental ou controlo.

Além de caracterizarmos os alunos, dada a natureza do projeto, importa conhecer as características do agregado familiar dos jovens. A tabela 7 mostra as características dos agregados familiares dos adolescentes do estudo.

Tabela 6.

Diferenças entre os grupos de investigação ao nível das características sociodemográficas

		Grupo				Total	
		Experimental		Controlo		n	%
		n	%	n	%		
Ano de escolaridade	7º	154	54.4	136	49.1	290	51.8

Método

(X = 1.59; p = .208)	8°	129	45.6	141	50.9	270	48.2
Sexo do sujeito	Rapaz	157	55.7	141	50.9	298	53.3
(X = 1.28; p = .258)	Rapariga	125	44.3	136	49.1	261	46.7
	1	69	24.5	58	20.9	127	22.7
	2	105	37.2	138	49.8	243	43.5
	3	61	21.6	45	16.2	106	19.0
Número de irmãos	4	35	12.4	19	6.9	54	9.7
(X = 18.33; p = .011)	5	7	2.5	7	2.5	14	2.5
	6	2	0.7	7	2.5	9	1.6
	7	3	1.1	1	0.4	4	0.7
	9	0	0.0	2	0.7	2	0.4
	1	134	47.5	150	54.2	284	50.8
	2	86	30.5	84	30.3	170	30.4
Lugar na ordem de nascimento	3	39	13.8	25	9.0	64	11.4
(X = 13.61; p = .059)	4	17	6.0	12	4.3	29	5.2
	5	4	1.4	1	0.4	5	0.9
	6	0	0.0	4	1.4	4	0.7
	7	2	0.7	0	0.0	2	0.4
	9	0	0.0	1	0.4	1	0.2
		1	0.4	1	0.4	2	0.4
	Portugal	261	92.2	261	94.2	522	93.2
	Africa Do Sul	2	0.7	1	0.4	3	0.5
	Alemanha	1	0.4	0	0.0	1	0.2
	Antilhas Holandesas	1	0.4	0	0.0	1	0.2
Lugar de nascimento do sujeito	França	0	0.0	1	0.4	1	0.2
(X = 13.16; p = .514)	Havai	0	0.0	1	0.4	1	0.2
	Holanda	0	0.0	1	0.4	1	0.2
	Inglaterra	6	2.1	8	2.9	14	2.5
	Jamaica	1	0.4	0	0.0	1	0.2
	Jersey	0	0.0	1	0.4	1	0.2
	Moldávia	1	0.4	0	0.0	1	0.2
	Peru	1	0.4	0	0.0	1	0.2
	Ucrânia	1	0.4	0	0.0	1	0.2
	Venezuela	7	2.5	3	1.1	10	1.8

Em 70.5% dos casos, os pais destes alunos são casados, como o valor de prova do teste foi superior a .05, podemos concluir que esta distribuição é impendente do grupo em que se encontra o aluno. Também o nível de estudos do pai destes jovens é o Básico, quer entre os alunos do grupo experimental, quer entre os alunos do grupo controlo. O mesmo se observa entre as mães dos alunos que participaram no estudo. Mais de 94% dos alunos do estudo consideram ter uma relação boa ou muito boa com a família, independentemente do grupo em que se situam (cf. Tabela 7).

Tabela 7.

Diferenças entre os grupos de investigação ao nível das características dos agregados familiares dos alunos

		Grupo				Total	
		Experimental		Controlo		n	%
		n	%	n	%		
Situação parental ($X = 1.91$; $p = .753$)	Casados	198	70.2	196	70.8	394	70.5
	Solteiro/a	11	3.9	7	2.5	18	3.2
	Separados	57	20.2	59	21.3	116	20.8
	União de facto	7	2.5	4	1.4	11	2.0
	Viúvo/a	9	3.2	11	4.0	20	3.6
Nível de estudos do pai ($X = 7.55$; $p = .183$)	Até 4º Ano	79	28.0	66	23.8	145	25.9
	Até 6º Ano	44	15.6	59	21.3	103	18.4
	Até 9º Ano	53	18.8	46	16.6	99	17.7
	Até 12º Ano	54	19.1	40	14.4	94	16.8
	Ensino Superior	36	12.8	46	16.6	82	14.7
	Não responde	16	5.7	20	7.2	36	6.4
Nível de estudos da mãe ($X = 2.96$; $p = .706$)	Até 4º Ano	65	23.0	51	18.4	116	20.8
	Até 6º Ano	51	18.1	48	17.3	99	17.7
	Até 9º Ano	43	15.2	42	15.2	85	15.2
	Até 12º Ano	55	19.5	57	20.6	112	20.0
	Ensino Superior	58	20.6	70	25.3	128	22.9
	Não responde	10	3.5	9	3.2	19	3.4
Relação com a família ($X = 2.19$; $p = .700$)	Muito boa	182	64.5	164	59.2	346	61.9
	Boa	87	30.9	95	34.3	182	32.6
	Indiferente	11	3.9	15	5.4	26	4.7
	Má	1	0.4	2	0.7	3	0.5
	Muito Má	1	0.4	1	0.4	2	0.4

6.4. INSTRUMENTOS

Como instrumentos de avaliação do programa administrou-se uma bateria composta por 7 questionários de autopreenchimento.

A maioria dos questionários foram primeiramente traduzidos e adaptados para português a partir da sua versão espanhola (Espada, Méndez, & Hidalgo, 2003). 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.

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, perceção de risco de diferentes drogas e a perceção normativa. É constituído por 13 itens escolha múltipla.

Escala de Autoeficácia Geral (AEG, General Self-Efficacy Scale, Schawarzer & Jerusalem, 1995). É um instrumento que avalia a autoeficácia geral, sendo constituída 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 perceção de Autoeficácia. 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 próximas a 90 indicam um comportamento assertivo com tendência agressiva (Bandeira, Quaglia, Bachett, Ferreira, & Souza, 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 dicotómica, 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%.

Na adaptação feita para Portugal (Região Autónoma da Madeira) do Programa Saluda, todos estes instrumentos foram aplicados a idêntica população tendo-se obtido propriedades psicométricas aceitáveis, nomeadamente no que concerne à consistência interna e estabilidade temporal patentes na tabela Tratando-se da mesma população consideramos os valores de fiabilidade e de consistência interna equiparáveis.

Tabela 8.

Dados de consistência interna (Fernandes, no prelo)

Escala	Consistência interna
Questionário de consumo	$KR-20 = 0.51$
Perceção de risco	$\alpha = .85$
Perceção normativa	$\alpha = .92$
Escala de Autoeficácia Geral (AEG)	$\alpha = .76$
Escala de Assertividade de Rathus (RAS)	$\alpha = .66$
Questionário de Intenção de Consumo	$\alpha = .87$

6.5. DESENHO

O presente estudo é um estudo quase experimental e longitudinal. Existe um grupo que recebeu um programa, composto por grupos de estudantes designados aleatoriamente, em relação às condições experimentais. Avaliou-se a evolução de cada grupo ao longo de três momentos de análise.

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:

Método

SPSS versão 20.0. Na avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos, a fidelidade foi avaliada pelo coeficiente de alfa de Cronbach. 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). Para cada instrumento importa:

- Comprovar a igualdade das amostras antes da intervenção. Só assim conseguimos provar que as diferenças observadas entre os dois grupos nos momentos 2 e 3 são provocadas pela intervenção, pois antes da mesma os dois grupos eram iguais. Nesta parte do trabalho foram utilizados os testes de igualdade de distribuição de duas amostras independentes, neste caso foi utilizado o teste de Mann-Whitney, no caso de variáveis ordinais, e o teste de homogeneidade do Qui-Quadrado, no caso de variáveis categóricas (Pestana & Gageiro, 2003). A hipótese nula deste teste é que a distribuição do grupo controlo e do grupo experimental é estatisticamente igual, para valores de prova inferiores a .05 devemos rejeitar a hipótese nula, logo existem diferenças significativas entre o grupo controlo e experimental. Nestas condições não podemos concluir acerca da eficácia do programa, pois à partida os grupos já eram diferentes.
- Avaliar a evolução ao longo do tempo (M1, M2 e M3) em cada grupo. Avaliamos inicialmente as diferenças nos três momentos, tratando-se de amostras emparelhadas e dados não normais foi utilizado o teste de Friedman, no caso de variáveis numéricas e o teste de Cochran no caso de variáveis dicotómicas (Pestana & Gageiro, 2003). Caso o valor de prova seja menor que 0.05 concluímos que ao longo do tempo ocorreram, e nesses casos procuramos saber se as diferenças ocorreram M1-M2, M2-M3 ou M1-M3. Para avaliar diferenças entre dois instantes foi utilizado o teste de Wilcoxon, para valores de prova inferiores a .05 podemos concluir que ocorreram diferenças significativas entre os dois instantes.
- Comparar os dois grupos em cada instante, este teste permite verificar diferenças entre dois grupos em cada momento, semelhante ao observado no primeiro ponto. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar duas amostras independentes.

- Finalmente, para avaliar a existência de fatores de risco e de proteção do consumo, foram utilizadas árvores de decisão. As árvores de decisão criam modelos de classificação, podem ser utilizados para segmentar e estratificar, para fazer previsões ou identificar interações entre variáveis. São procedimentos exploratórios e confirmatórios. Nas árvores de decisão o investigador não escolhe o ponto de corte ou os grupos que serão agregados, pois os resultados advêm das interações entre a variável dependente e o conjunto de variáveis independentes (Maimon & Rokach, 2005). No presente estudo foi utilizado o critério CHAID (Chi-Square automatic Interaction Detection) pois a variável dependente era do nível ordinal. Em cada interação é escolhida a variável independente que apresenta maior associação com a dependente. Em cada passo surgem nós que representam grupos homogêneos e revelam a interação entre as variáveis. Neste método de crescimento da árvore, a estatística do Qui-Quadrado define a divisão dos nós e as categorias a fundir (IBM, 2012).

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 controle antes do início da intervenção. Seguidamente, avalia-se a eficácia do mesmo, comparando os resultados do grupo experimental face ao grupo de controle quanto ao consumo de drogas e quanto aos fatores de proteção.

7.1. AVALIAÇÃO DA LINHA DE BASE

Para podermos comparar os grupos controle e experimental iniciamos a análise demonstrando que no pré teste (M1) os grupos provem da mesma população para tal foi utilizado o teste de ajustamento do Qui-Quadrado, cuja hipótese nula é que as duas amostras têm a mesma distribuição, para valores de prova inferiores a .05 devemos rejeitar essa hipótese, isto é no pré teste os grupos já eram diferentes pelo que as diferenças que se venham a observar nas fases seguintes podem ser imputadas a outros fatores que não apenas a implementação do programa.

7.1.1. Questionário do consumo

A Tabela 9 mostra que o consumo de substâncias como álcool, tabaco, marijuana, cocaína, anfetaminas, alucinogénios e *ecstasy* é estatisticamente igual entre o grupo experimental e o grupo controle, pois os níveis de significância associados ao teste de ajustamento são superiores a .05, logo não existe evidência estatística que permita rejeitar a hipótese nula de igualdade de distribuição, por outras palavras os alunos dos grupos experimental e controle provêm da mesma população no que diz respeito ao consumo e experiência daquelas substâncias, desta forma obtemos estimativas da incidência do consumo e experiência de substâncias entre alunos do 7º ano de escolaridade nas escolas incluídas no estudo.

Dos alunos da amostra 44.8% já consumiram alguma vez álcool, foi estimado, com 95% de confiança que entre 40.7% e 48.9% dos alunos destas escolas já experimentaram pelo menos uma vez álcool e que entre 26.8% e 34.4% consumiram álcool no mês que antecedeu a aplicação do questionário pela primeira vez, face a estes valores podemos ainda afirmar que é o consumo de álcool recente ou há mais de um mês o mais frequente entre estes alunos.

Resultados

Tabela 9.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo o consumo de substâncias em cada grupo

		Grupo				Total	
		Experimental		Controlo		n	%
		n	%	n	%		
Consumo de álcool alguma vez ($X = 0.42$; $p = .519$)	Sim	129	45.7	121	43.8	250	44.8
	Não	153	54.3	155	56.2	308	55.2
Consumo álcool no último mês ($X = 5.35$; $p = .021$)	Sim	95	33.7	76	27.5	171	30.6
	Não	187	66.3	200	72.5	387	69.4
Consumo de tabaco alguma vez ($X = 3.21$; $p = .073$)	Sim	47	16.7	58	21.0	105	18.8
	Não	235	83.3	218	79.0	453	81.2
Consumo tabaco no último mês ($X = 2.03$; $p = .154$)	Sim	16	5.7	22	8.0	38	6.8
	Não	266	94.3	254	92.0	520	93.2
Consumo de marijuana (charros) alguma vez ($X = 2.54$; $p = .111$)	Sim	6	2.1	11	4.0	17	3.0
	Não	276	97.9	265	96.0	541	97.0
Consumo de marijuana (charros) no último mês ($X = 0.0$; $p = .958$)	Sim	6	2.1	6	2.2	12	2.2
	Não	276	97.9	270	97.8	546	97.8
Consumo de cocaína alguma vez ($X = 0.54$; $p = .464$)	Sim	1	0.4	2	0.7	3	0.5
	Não	281	99.6	274	99.3	555	99.5
Consumo de cocaína no último mês ($X = 0.0$; $p = .983$)	Sim	1	0.4	1	0.4	2	0.4
	Não	281	99.6	275	99.6	556	99.6
Consumo de anfetaminas alguma vez ($X = 1.63$; $p = .201$)	Sim	3	1.1	6	2.2	9	1.6
	Não	279	98.9	270	97.8	549	98.4
Consumo de anfetaminas no último mês ($X = 0.0$; $p = .97$)	Sim	3	1.1	3	1.1	6	1.1
	Não	279	98.9	273	98.9	552	98.9
Consumo de alucinogénios alguma vez	Sim	0	0.0	0	0.0%	0	0.0
	Não	282	100	276	100	558	100
Consumo de alucinogénios no último mês	Sim	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Não	282	100	276	100	558	100
Consumo de ecstasy alguma vez ($X = 2.06$; $p = .151$)	Sim	0	0.0	2	0.7	2	0.4
	Não	282	100	274	99.3	556	99.6
Consumo de ecstasy no último mês ($X = 0.98$; $p = .322$)	Sim	1	0.4	0	0.0	1	0.2
	Não	281	99.6	276	100	557	99.8
Total		282	100	276	100	558	100

Relativamente ao consumo de tabaco, 18.8% dos alunos já experimentaram e quase 7% consumiram no último mês, estas estimativas indicam que com 95% de confiança entre 15.6% e 22% dos alunos do 7º ano, já fumaram pelo menos uma vez e que entre 4.7% e 8.9% consumiram no último mês.

Entre os alunos da amostra, 3% já experimentaram pelo menos uma vez marijuana, este valor conduz a uma estimativa para a população que variam entre 1.6% e 4.4%, não sendo muito distante da estimativa de alunos que consumiram aquela substância no último mês, pois o intervalo de confiança para a população indica que entre 1% e 4.4% dos alunos consumiram no último mês marijuana, isto significa que recentemente fizeram consumos.

O consumo de cocaína é menor que o consumo de marijuana, quer nas experiências, quer nos consumos recentes, menos de 1%.

Quanto ao consumo ou experiência de consumo de anfetaminas, observamos que é mais comum que o consumo de cocaína, com 95% de confiança entre 0.6% e 2.6% dois alunos destas escolas consumiram pelo menos uma vez esta substância e entre 0.2% e 2% fizeram consumos recentes.

Tabela 10.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo o consumo de álcool em cada grupo

		Grupo				Total	
		Experimental		Controlo		n	%
		n	%	n	%		
Ultima vez álcool ($X = 6.94; p = .327$)	Nunca	151	53.5	160	58.0	311	55.7
	Na semana passada	24	8.5	26	9.4	50	9.0
	No mês passado	50	17.7	48	17.4	98	17.6
	No ano passado	43	15.2	36	13.0	79	14.2
	Há 2 anos	6	2.1	2	0.7	8	1.4
	Há mais de 2 anos	4	1.4	4	1.4	8	1.4
	Não responde	4	1.4	0	0.0	4	0.7
Frequência do consumo de álcool durante o último ano ($X = 4.32; p = .634$)	Não bebi no último ano	179	63.5	186	67.4	365	65.4
	Diariamente	3	1.1	2	0.7	5	0.9
	2-3 vezes/ semana	9	3.2	3	1.1	12	2.2
	1 vez/semana	7	2.5	9	3.3	16	2.9
	1 vez/mês	25	8.9	26	9.4	51	9.1
	Menos 1 vez/mês	48	17.0	40	14.5	88	15.8
	Não responde	11	3.9	10	3.6	21	3.8
Quantos copos álcool ($X = 14.50 ; p = .07$)	Não bebi	174	61.7	181	65.8	355	63.7
	1 bebida	63	22.3	37	13.5	100	18.0
	2 bebidas	9	3.2	16	5.8	25	4.5
	3 bebidas	12	4.3	7	2.5	19	3.4
	4 bebidas	3	1.1	5	1.8	8	1.4
	5 bebidas	3	1.1	9	3.3	12	2.2
	6-9 bebidas	6	2.1	5	1.8	11	2.0
	10 ou mais bebidas	4	1.4	7	2.5	11	2.0
Não responde	8	2.8	8	2.9	16	2.9	
Embebedar-se no último mês ($X = 5.46; p = .244$)	Sim	12	4.3	19	7.0	31	5.6
	Não	260	92.5	241	88.3	501	90.4
	Não responde	9	3.2	13	4.8	22	4.0

Resultados

Nenhum aluno refere ter consumido alucinogénios, este facto pode ser explicado pela campanha a nível regional e discussão na Assembleia de legislação que proíbe e penaliza a comercialização de alguns destes produtos.

O *ecstasy* também surge com uma percentagem relativamente baixa quando comparada com outras substâncias, à semelhança ao observado coma cocaína, a percentagem reduzida impede de calcular um intervalo de confiança que forneça estimativas para a população.

Do conjunto de quatro perguntas que avaliam a frequência e quantidade de álcool os dados recolhidos no instante 1 (M1) não revelam diferenças significativas entre os alunos do grupo experimental e os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 10). Dos alunos que já beberam, 25% tinham 11 anos quando beberam mais do que uns goles, este valor coincidem em ambos os grupos. Assim como 50% dos alunos em estudo tinham 12 no máximo 12 anos quando beberam pela primeira vez.

No que se refere ao consumo de outras drogas, em ambas as amostras 50% dos alunos consumiram no máximo 1 vez, ainda de realçar que existem casos de até 5 consumos de drogas entre alunos do grupo controlo, contudo estes casos não provocam a existência de diferenças significativas entre as duas amostras (cf. Tabelas 11 e 12).

Tabela 11.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo idade do primeiro consumo de álcool e n.º de vezes de consumo de drogas por grupos

		Grupo		Total
		Experimental	Controlo	
Idade da primeira vez tomar mais do que uns goles <i>U=11625; p = .176)</i>	Mínimo	7.0	7.0	7.0
	Percentil 25	11.0	11.0	11.0
	Mediana	12.0	12.0	12.0
	Percentil 75	14.0	13.0	14.0
	Máximo	17.0	14.0	14.0
Nº de vezes que consumiste outras drogas <i>U = 0.5; p = .333)</i>	Mínimo	0.0	1.0	0.0
	Percentil 25	0.0	1.0	0.5
	Mediana	0.5	3.0	1.0
	Percentil 75	1.0	5.0	3.0
	Máximo	1.0	5.0	5.0

Tabela 12.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo último consumo de drogas por grupo

		Experimental		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Última vez marijuana ($X = 6.61; p = .359$)	Nunca	274	97.2	262	94.9	536	96.1
	Na semana passada	6	2.1	4	1.4	10	1.8
	No mês passado	1	0.4	2	0.7	3	0.5
	No ano passado	1	0.4	5	1.8	6	1.1
	Há dois anos	0	0.0	1	0.4	1	0.2
	Há mais de 2 anos	0	0.0	1	0.4	1	0.2
	Não responde	0	0.0	1	0.4	1	0.2
Frequência do consumo de marijuana no último ano ($X = 6.98; p = .323$)	Não consumi no último ano	1	14.3	3	21.4	4	19.0
	Diariamente	1	14.3	1	7.1	2	9.5
	2-3 vezes/ semana	3	42.9	2	14.3	5	23.8
	1 vez/semana	0	0.0	4	28.6	4	19.0
	1 vez/ mês	0	0.0	1	7.1	1	4.8
	Menos de 1 vez/mês	2	28.6	1	7.1	3	14.3
	Não responde	0	0.0	2	14.3	2	9.5
Última vez que consumiste outras drogas ($X = 4.95; p = .175$)	Nunca	2	66.1	3	37.5	5	45.5
	Na semana passada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	No mês passado	1	33.3	0	0.0	1	9.1
	No ano passado	0	0.0	3	37.5	3	27.3
	Há dois anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Frequência do consumo de outras drogas no último ano ($X = 6; p = .199$)	Nunca	2	66.7	1	16.7	3	33.3
	Na semana passada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	No mês passado	0	0.0	1	16.7	1	11.1
	No ano passado	0	0.0	2	33.3	2	22.2
	Há 2 anos	1	33.3	0	0.0	1	11.1
	Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Nº de vezes que consumiste outras drogas ($X = 2; p = .368$)	0	1	50.0	0	0.0	1	25.0
	1	1	50.0	1	50.0	2	50.0
	5	0	0.0	1	50.0	1	25.0

7.1.2. Variáveis protetoras

a) Perceção de risco

À semelhança do que foi feito nos restantes questionários procuramos estabelecer se existem diferenças significativas entre as duas amostras nas medidas a utilizar. O teste de ajustamento do Qui-Quadrado resultou em níveis de significância superiores a .05 pelo que não existe evidência estatística que permita afirmar que as duas amostras não eram comparáveis naquele instante (cf. Tabela 13).

Resultados

Tabela 13.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo percepção de risco de consumo por grupos

		Experimental		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Risco envolvido no consumo de tabaco ($X = 2.26$; $p = .521$)	Nenhum	18	6.4	14	5.1	32	5.8
	Algum	67	23.9	59	21.5	126	22.7
	Bastante	103	36.8	95	34.7	198	35.7
	Muito	92	32.9	106	38.7	198	35.7
	Total	280	100.0	274	100.0	554	100.0
Risco envolvido no consumo de álcool ($X = 2.63$; $p = .452$)	Nenhum	10	3.6	11	4.0	21	3.8
	Algum	88	31.4	71	25.9	159	28.7
	Bastante	99	35.4	97	35.4	196	35.4
	Muito	83	29.6	95	34.7	178	32.1
	Total	280	100.0	274	100.0	554	100.0
Risco envolvido no consumo de marijuana ($X = 2.24$; $p = .525$)	Nenhum	12	4.3	11	4.0	23	4.2
	Algum	12	4.3	16	5.9	28	5.1
	Bastante	74	26.3	59	21.6	133	24.0
	Muito	183	65.1	187	68.5	370	66.8
	Total	281	100.0	273	100.0	554	100.0
Risco envolvido no consumo de cocaína ($X = 1.03$; $p = .793$)	Nenhum	12	4.3	10	3.6	22	4.0
	Algum	11	3.9	9	3.3	20	3.6
	Bastante	55	19.6	47	17.2	102	18.4
	Muito	202	72.1	208	75.9	410	74.0
	Total	280	100.0	274	100.0	554	100.0
Risco envolvido no consumo de pastilhas ($X = 4.67$; $p = .197$)	Nenhum	16	5.7	10	3.6	26	4.7
	Algum	18	6.5	29	10.6	47	8.5
	Bastante	71	25.4	61	22.3	132	23.9
	Muito	174	62.4	174	63.5	348	62.9
	Total	279	100.0	274	100.0	553	100.0

b) Percepção normativa

A norma percebida é uma variável numérica, ordinal pelo que foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar os resultados de cada amostra no instante inicial. A hipótese nula do teste de Mann-Whitney é que as amostras (experimental e controlo) provém da mesma população. Como os valores de prova observados na tabela 14 foram superiores a .05 podemos afirmar que ambas as amostras são estatísticas mente iguais no primeiro momento, assim quaisquer diferenças que venham a ser observadas nos momentos seguinte são provocadas pelo programa e não por diferenças que inicialmente existiam entre estes dois grupos.

Tabela 14.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo a percepção normativa por grupos

		Experimental	Controlo	Total
Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente ($U = 36876$; $p = .471$)	Mínimo	0.0	0.0	0.0
	P ₂₅	20.0	20.0	20.0
	Me	40.0	45.0	40.0
	P ₇₅	60.0	65.0	60.0
	Máximo	100.0	100.0	100.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez ($U = 36059.5$; $p = .279$)	Mínimo	0.0	0.0	0.0
	P ₂₅	15.0	20.0	20.0
	Me	40.0	40.0	40.0
	P ₇₅	60.0	60.0	60.0
	Máximo	100.0	100.0	100.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente ($U = 36852$; $p = .421$)	Mínimo	0.0	0.0	0.0
	P ₂₅	30.0	35.0	30.0
	Me	50.0	60.0	60.0
	P ₇₅	80.0	80.0	80.0
	Máximo	100.0	810.0	810.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros ($U = 36146.5$; $p = .238$)	Mínimo	0.0	0.0	0.0
	P ₂₅	10.0	10.0	10.0
	Med	30.0	30.0	30.0
	P ₇₅	60.0	55.0	60.0
	Máximo	100.0	100.0	100.0

c) Autoeficácia

Antes de implementar o programa os alunos dos dois grupos responderam de forma estatisticamente igual, como prova os níveis de significância dos testes de independência do Qui-Quadrado, comprovando que qualquer diferença observada ao longo do tempo pode ser imputada apenas ao programa (cf. Tabela 15).

Dado que os itens que compõem a autoeficácia foram estatisticamente igual entre alunos do grupo controlo e experimental, a medida autoeficácia que resulta da soma das pontuações, também é estatisticamente igual entre os dois grupos (cf. Tabela 16).

Resultados

Tabela 15.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo autoeficácia por grupos

		Experimental		Controlo		Total	
		n	%	n	%	n	%
Obtenção dos meus objetivos mesmo que alguém se oponha ($X = 3.63$; $p = .304$)	Nada convicto	40	14.3	36	13.3	76	13.8
	Pouco convicto	75	26.9	62	23.0	137	25.0
	Moderadamente convicto	101	36.2	119	44.1	220	40.1
	Completamente convicto	63	22.6	53	19.6	116	21.1
Resolução de problemas difíceis ($X = 1.57$; $p = .666$)	Nada convicto	9	3.2	6	2.2	15	2.7
	Pouco convicto	25	8.9	26	9.6	51	9.2
	Moderadamente convicto	104	36.9	90	33.1	194	35.0
	Completamente convicto	144	51.1	150	55.1	294	53.1
Facilidade em ser persistente para o alcance dos objetivos ($X = 4.86$; $p = .182$)	Nada convicto	18	6.5	7	2.6	25	4.6
	Pouco convicto	44	15.8	43	16.0	87	15.9
	Moderadamente convicto	140	50.4	137	51.1	277	50.7
	Completamente convicto	76	27.3	81	30.2	157	28.8
Confiança no manejo eficaz de acontecimentos inesperados ($X = 1.85$; $p = .605$)	Nada convicto	14	5.0	19	7.1	33	6.0
	Pouco convicto	78	28.0	77	28.7	155	28.3
	Moderadamente convicto	144	51.6	126	47.0	270	49.4
	Completamente convicto	43	15.4	46	17.2	89	16.3
Uso das qualidades e recursos para superar situações imprevistas ($X = 3.85$; $p = .278$)	Nada convicto	16	5.7	14	5.2	30	5.5
	Pouco convicto	66	23.7	50	18.6	116	21.2
	Moderadamente convicto	117	41.9	134	49.8	251	45.8
	Completamente convicto	80	28.7	71	26.4	151	27.6
Habilidade em permanecer tranquilo perante dificuldades ($X = 2.68$; $p = .444$)	Nada convicto	27	9.6	25	9.3	52	9.5
	Pouco convicto	79	28.2	69	25.7	148	27.0
	Moderadamente convicto	119	42.5	132	49.1	251	45.7
	Completamente convicto	55	19.6	43	16.0	98	17.9
Capacidade em manejar face ao que vier ($X = 0.22$; $p = .975$)	Nada convicto	20	7.1	19	7.0	39	7.1
	Pouco convicto	75	26.8	77	28.5	152	27.6
	Moderadamente convicto	121	43.2	113	41.9	234	42.5
	Completamente convicto	64	22.9	61	22.6	125	22.7
Capacidade para resolver a maioria dos problemas ($X = 5.21$; $p = .157$)	Nada convicto	7	2.5	9	3.3	16	2.9
	Pouco convicto	41	14.6	26	9.6	67	12.2
	Moderadamente convicto	101	36.1	117	43.2	218	39.6
	Completamente convicto	131	46.8	119	43.9	250	45.4
Saber o que fazer numa situação difícil ($X = 0.93$; $p = .818$)	Nada convicto	15	5.4	10	3.7	25	4.5
	Pouco convicto	75	26.8	71	26.3	146	26.5
	Moderadamente convicto	133	47.5	132	48.9	265	48.2
	Completamente convicto	57	20.4	57	21.1	114	20.7
Ocorrência de várias alternativas de resolução para fazer frente a um problema ($X = 2.95$; $p = .399$)	Nada convicto	19	6.8	15	5.5	34	6.2
	Pouco convicto	52	18.5	42	15.5	94	17.0
	Moderadamente convicto	119	42.3	134	49.4	253	45.8
	Completamente convicto	91	32.4	80	29.5	171	31.0

Tabela 16.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo autoeficácia por grupos

		Experimental	Controlo	Total
Autoeficácia ($t = -0.48; p = .629$)	Mínimo	6.00	3.00	3.00
	Mediana	30.00	30.00	30.00
	Máximo	40.00	40.00	40.00
	Média	29.14	29.38	29.26
	Desvio Padrão	6.05	5.65	5.85

d) Assertividade

Nos itens que avaliam a assertividade observamos igualdade distribucional entre alunos do grupo experimental e controlo com exceção do item “Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros provocada esta diferença por um maior número de alunos do grupo controlo que concordam em parte ou fortemente com esta afirmação (cf. Tabela 17).

A escala de assertividade varia entre -10 e 10 sendo 0 o valor do *cut-off* e resulta da soma das pontuações dos itens de acordo com o manual. Embora as diferenças observadas num dos itens da escala de assertividade, no total da escala não se observam diferenças significativas entre as amostras (cf. Tabela 18).

Tabela 17.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo os itens da escala de assertividade por grupos

		Experimental (n = 226)		Controlo (n = 168)	
		n	%	n	%
A maioria das pessoas parece mais agressiva ou defende melhor os seus direitos do que eu ($X = 5.76; p = .33$)	Discordo fortemente	31	11.2	48	17.8
	Discordo em parte	77	27.8	66	24.5
	Discordo ligeiramente	66	23.8	61	22.7
	Concordo ligeiramente	68	24.5	65	24.2
	Concordo em parte	21	7.6	20	7.4
	Concordo fortemente	14	5.1	9	3.3
Procuo não ferir os sentimentos dos outros, mesmo daqueles que me tenham incomodado ($X = 6.31; p = .278$)	Discordo fortemente	21	7.5	21	7.8
	Discordo em parte	19	6.8	15	5.6
	Discordo ligeiramente	49	17.6	29	10.8
	Concordo ligeiramente	58	20.8	59	21.9
	Concordo em parte	56	20.1	66	24.5
	Concordo fortemente	76	27.2	79	29.4

Continua na página seguinte...

Resultados

		Experimental (n = 226)		Controlo (n = 168)	
		n	%	n	%
Quando alguém me pede para fazer alguma coisa, insisto em saber porquê ($X = 1.57$; $p = .905$)	Discordo fortemente	8	2.9	9	3.3
	Discordo em parte	24	8.6	25	9.3
	Discordo ligeiramente	18	6.4	20	7.4
	Concordo ligeiramente	59	21.1	60	22.2
	Concordo em parte	52	18.6	55	20.4
	Concordo fortemente	119	42.5	101	37.4
Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros ($X = 11.44$; $p = .043$)	Discordo fortemente	33	11.9	25	9.2
	Discordo em parte	24	8.6	19	7.0
	Discordo ligeiramente	29	10.4	53	19.6
	Concordo ligeiramente	65	23.4	49	18.1
	Concordo em parte	51	18.3	56	20.7
	Concordo fortemente	76	27.3	69	25.5
As pessoas aproveitam-se de mim com frequência ($X = 2.58$; $p = .765$)	Discordo fortemente	137	49.5	128	47.8
	Discordo em parte	54	19.5	61	22.8
	Discordo ligeiramente	30	10.8	22	8.2
	Concordo ligeiramente	23	8.3	28	10.4
	Concordo em parte	21	7.6	18	6.7
	Concordo fortemente	12	4.3	11	4.1
Se alguém mais velho diz-me algo que considero errado, não me importo de expor publicamente o meu próprio ponto de vista ($X = 7.21$; $p = .206$)	Discordo fortemente	20	7.2	28	10.5
	Discordo em parte	25	9.0	15	5.6
	Discordo ligeiramente	41	14.7	29	10.9
	Concordo ligeiramente	53	19.0	60	22.6
	Concordo em parte	48	17.2	54	20.3
	Concordo fortemente	92	33.0	80	30.1
Digo sempre aquilo que sinto ($X = 1.96$; $p = .855$)	Discordo fortemente	14	5.0	10	3.7
	Discordo em parte	27	9.6	20	7.5
	Discordo ligeiramente	48	17.1	44	16.4
	Concordo ligeiramente	53	18.9	59	22.0
	Concordo em parte	66	23.5	64	23.9
	Concordo fortemente	73	26.0	71	26.5
Com frequência tenho dificuldade em dizer que não ($X = 3.27$; $p = .658$)	Discordo fortemente	72	25.8	68	25.4
	Discordo em parte	49	17.6	55	20.5
	Discordo ligeiramente	48	17.2	40	14.9
	Concordo ligeiramente	41	14.7	33	12.3
	Concordo em parte	45	16.1	40	14.9
	Concordo fortemente	24	8.6	32	11.9
Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público ($X = 2.42$; $p = .789$)	Discordo fortemente	39	14.0	34	12.7
	Discordo em parte	36	12.9	29	10.8
	Discordo ligeiramente	40	14.4	43	16.0
	Concordo ligeiramente	56	20.1	50	18.7
	Concordo em parte	48	17.3	43	16.0
	Concordo fortemente	59	21.2	69	25.7
Expresso facilmente os meus pontos de vista ($X = 5.12$; $p = .401$)	Discordo fortemente	19	6.8	9	3.4
	Discordo em parte	14	5.0	14	5.2
	Discordo ligeiramente	36	12.8	46	17.2
	Concordo ligeiramente	73	26.0	73	27.2
	Concordo em parte	74	26.3	67	25.0
	Concordo fortemente	65	23.1	59	22.0

Tabela 18.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo assertividade por grupos

		Experimental (n = 226)	Controlo (n = 168)	Total
Assertividade ($t = 0.45$; $p = .652$)	Mínimo	-19.0	-17.0	-19.0
	Mediana	7.0	6.0	7.0
	Máximo	27.0	29.0	29.0
	Média	6.8	6.4	6.6
	Desvio Padrão	7.9	8.1	8.0

e) *Intenção de consumo*

Quanto à intenção de beber álcool, os alunos das duas amostras revelam diferenças significativas na probabilidade de beber álcool sendo superior entre os alunos do grupo controlo. Relativamente à intenção de consumir tabaco, charros ou outras drogas, os dois grupos são estatisticamente iguais, por outras palavras, os alunos têm a mesma probabilidade de vir a consumir, ou não, estas substâncias, independentemente do grupo a que pertence (cf. Tabela 19).

Tabela 19.

Distribuição dos alunos na linha de base segundo a intenção de consumo

		Experimental (n = 226)		Controlo (n = 168)		Total	
		n	%	n	%	n	%
Probabilidade beber álcool ($X = 9.50$; $p = .05$)	Certamente que não	162	58.5	159	59.1	321	58.8
	Provavelmente não	49	17.7	43	16.0	92	16.8
	Pode ser	45	16.2	33	12.3	78	14.3
	Provavelmente sim	16	5.8	16	5.9	32	5.9
	Certamente que sim	5	1.8	18	6.7	23	4.2
Probabilidade fumar tabaco ($X = 6.74$; $p = .151$)	Certamente que não	223	80.8	208	77.3	431	79.1
	Provavelmente não	31	11.2	27	10.0	58	10.6
	Pode ser	12	4.3	17	6.3	29	5.3
	Provavelmente sim	6	2.2	4	1.5	10	1.8
	Certamente que sim	4	1.4	13	4.8	17	3.1
Probabilidade fumar charro ($X = 2.16$; $p = .707$)	Certamente que não	256	92.4	243	90.3	499	91.4
	Provavelmente não	14	5.1	16	5.9	30	5.5
	Pode ser	4	1.4	4	1.5	8	1.5
	Provavelmente sim	1	0.4	4	1.5	5	0.9
	Certamente que sim	2	0.7	2	0.7	4	0.7
Probabilidade tomar outras drogas ($X = 2.72$; $p = .605$)	Certamente que não	265	95.7	253	94.4	518	95.0
	Provavelmente não	8	2.9	9	3.4	17	3.1
	Pode ser	3	1.1	2	0.7	5	0.9
	Provavelmente sim	1	0.4	2	0.7	3	0.6
	Certamente que sim	0	0.0	2	0.7	2	0.4

7.2. 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).

7.2.1. Questionário do consumo

Os resultados anteriores mostraram igualdade dos grupos experimental e controlo antes da implementação do programa para a maioria das escalas em estudo.

Tabela 20.

Distribuição dos alunos segundo o consumo de álcool, tabaco e drogas no pós teste por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Consumo de álcool alguma vez ($X = 0.00$; $p = .955$)	Sim	139	51.7	123	46.4
	Não	130	48.3	142	53.6
Consumo álcool no último mês ($X = 0.92$; $p = .337$)	Sim	48	17.8	49	18.5
	Não	221	82.2	216	81.5
Consumo de tabaco alguma vez ($X = 6.41$; $p = .011$)	Sim	51	19.0	66	24.9
	Não	218	81.0	199	75.1
Consumo tabaco no último mês ($X = 5.77$; $p = .016$)	Sim	18	6.7	27	10.2
	Não	251	93.3	238	89.8
Consumo de marijuana alguma vez ($X = 4.31$; $p = .038$)	Sim	10	3.7	18	6.8
	Não	259	96.3	247	93.2
Consumo de marijuana no último mês ($X = 4.65$; $p = .031$)	Sim	3	1.1	9	3.4
	Não	266	98.9	256	96.6
Consumo de cocaína alguma vez ($X = 1.04$; $p = .308$)	Sim	6	2.2	2	0.8
	Não	263	97.8	263	99.2
Consumo de cocaína no último mês ($X = 2.25$; $p = .134$)	Sim	3	1.1	0	0.0
	Não	266	98.9	265	100.0
Consumo de anfetaminas alguma vez ($X = 4.19$; $p = .041$)	Sim	6	2.2	11	4.2
	Não	263	97.8	254	95.8
Consumo de anfetaminas no último mês ($X = 0.04$; $p = .833$)	Sim	3	1.1	1	0.4
	Não	266	98.9	264	99.6
Consumo de alucinogénios alguma vez ($X = 1.44$; $p = .23$)	Sim	3	1.1	6	2.3
	Não	266	98.9	259	97.7
Consumo de alucinogénios no último mês ($X = 0.05$; $p = .833$)	Sim	1	0.4	1	0.4
	Não	268	99.6	264	99.6
Consumo de ecstasy alguma vez ($X = 0.62$; $p = .43$)	Sim	2	0.7	3	1.1
	Não	267	99.3	262	98.9
Consumo de ecstasy no último mês ($X = 0.75$; $p = .388$)	Sim	1	0.4	0	0.0
	Não	268	99.6	265	100.0

Após a implementação do programa, já no pós teste foram observadas algumas diferenças entre as amostras, nomeadamente um número significativamente inferior de

alunos que consumiram tabaco entre os alunos do grupo experimental ($X = 6.41$, $p < .05$) assim como no número de alunos que consumiram tabaco no último mês, 6.7% entre alunos do grupo experimental e 10.2% entre alunos do grupo controle ($X = 5.77$; $p < .05$).

Também se observam, na tabela 20, diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere ao consumo de charros alguma vez pois 3.7% dos alunos do grupo experimental indicam já ter consumido contra 6.8% entre os alunos do grupo controle e p consumo de charros no último mês que regista 1.1% dos alunos do grupo experimental contra 3.4% entre os alunos do grupo controle; para ambas perguntas o valor de prova dos testes foi inferior a .05.

Não se observaram diferenças significativas no número de alunos que consumiram ou experimentaram cocaína. Mas no que se refere à experiência de anfetaminas existem diferenças entre as amostras com maior número de alunos entre o grupo controle.

Em relação à frequência do consumo não se observaram diferenças significativas entre os alunos dos dois grupos no pós teste, os valores de prova foram superiores a .05 (cf. Tabela 21).

Tabela 21.

Distribuição dos alunos segundo frequência de consumo de álcool, tabaco e drogas no pós teste por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Frequência do consumo de álcool durante o último ano ($X = 8.74$; $p = .272$)	Não bebi no último ano	164	61.0	178	67.2
	Diariamente	3	1.1	0	0.0
	2-3 vezes/ semana	4	1.5	5	1.9
	1 vez/semana	11	4.1	9	3.4
	1 vez/mês	31	11.5	19	10.2
	Menos 1 vez/mês	44	16.4	45	17.0
	Não responde	12	4.5	9	3.4
Quantos copos álcool ($X = 8.40$; $p = .396$)	Não bebi	142	52.8	151	57.0
	1 bebida	75	27.9	61	23.0
	2 bebidas	20	7.4	19	7.2
	3 bebidas	11	4.1	8	3.0
	4 bebidas	5	1.9	6	2.3
	5 bebidas	3	1.1	5	1.9
	6-9 bebidas	2	0.7	5	1.9
	10 ou mais bebidas	1	0.4	5	1.9
Não responde	10	3.7	5	1.9	
Embebedar-se no último mês ($X = 1.92$; $p = .382$)	Sim	8	3.0	13	4.9
	Não	244	92.1	242	91.7
	Não responde	13	4.9	9	3.4

Continua na página seguinte...

Resultados

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Última vez marijuana ($X = 5.61$; $p = .346$)	Nunca	260	96.7	249	94.0
	Na semana passada	2	0.7	4	1.5
	No mês passado	1	0.4	4	1.5
	No ano passado	3	1.1	7	2.6
	Há dois anos	1	0.4	0	0.0
	Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0
	Não responde	2	0.7	1	0.4
Frequência do consumo de marijuana no último ano ($X = 5.27$; $p = .384$)	Não consumi no último ano	262	97.4	252	95.1
	Diariamente	0	0.0	0	0.0
	2-3 vezes/ semana	2	0.7	2	0.8
	1 vez/semana	0	0.0	1	0.4
	1 vez/ mês	1	0.4	6	2.3
	Menos de 1 vez/mês	3	1.1	2	0.8
	Não responde	1	0.4	2	0.8
Última vez que consumiste outras drogas ($X = 2.84$; $p = .585$)	Nunca	263	97.8	257	97.0
	Na semana passada	2	0.7	2	0.8
	No mês passado	2	0.7	2	0.8
	No ano passado	1	0.4	4	1.5
	Há dois anos	0	0.0	0	0.0
	Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0
	Não responde	1	0.4	0	0.0
Frequência do consumo de outras drogas no último ano ($X = 5.24$; $p = .387$)	Nunca	263	97.8	257	97.0
	Na semana passada	0	0.0	0	0.0
	No mês passado	1	0.4	1	0.4
	No ano passado	0	0.0	3	1.1
	Há 2 anos	1	0.4	1	0.4
	Há mais de 2 anos	2	0.7	3	1.1
	Não responde	2	0.7	0	0.0
Nº de vezes que consumiste outras drogas ($X = 3.12$; $p = .682$)	0	17	73.9	20	71.4
	1	1	4.3	2	7.1
	2	2	8.7	4	14.3
	3	2	8.7	1	3.6
	6	0	0.0	1	3.6
	7	1	4.3	0	0.0

7.2.2. Variáveis protetoras

a) Percepção de risco

A percepção do risco do consumo de tabaco é significativamente diferente entre alunos do grupo experimental e controlo, contudo os resultados indicam que os alunos do grupo controlo atribuem maior risco ao consumo de tabaco que os alunos do grupo experimental (cf. Tabela 22). Este resultado pode ser devido ao reforço que o programa faz sobre drogas que resultam em maior grau de dependência. De forma semelhante, os alunos do grupo controlo indicam com maior frequência risco muito elevado para o

consumo de álcool comparativamente aos alunos do grupo experimental que moderam as suas respostas entre os níveis algum e bastante risco.

Tabela 22.

Distribuição dos alunos segundo a percepção de risco no pós teste por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Risco envolvido no consumo de tabaco ($X = 14.52$; $p = .002$)	Nenhum	18	6.8	15	5.8
	Algum	84	31.6	50	19.2
	Bastante	95	35.7	95	36.5
	Muito	69	25.9	100	38.5
Risco envolvido no consumo de álcool ($X = 20.71$; $p < .001$)	Nenhum	9	3.4	14	5.4
	Algum	100	37.6	63	24.2
	Bastante	99	37.2	86	33.1
	Muito	58	21.8	97	37.3
Risco envolvido no consumo de marijuana ($X = 0$; $p = .978$)	Nenhum	12	4.5	17	6.6
	Algum	13	4.9	15	5.8
	Bastante	72	27.2	43	16.6
	Muito	168	63.4	184	71.0
Risco envolvido no consumo de cocaína ($X = 10.94$; $p = .027$)	Nenhum	10	3.8	14	5.4
	Algum	8	3.0	6	2.3
	Bastante	63	23.8	35	13.5
	Muito	184	69.4	205	78.8
Risco envolvido no consumo de pastilhas ($X = 3.19$; $p = .671$)	Nenhum	11	4.2	14	5.4
	Algum	13	4.9	11	4.2
	Bastante	67	25.4	58	22.3
	Muito	173	65.5	177	68.1

Tabela 23.

Distribuição dos alunos segundo a percepção normativa no pós teste por grupo de investigação

	Experimental			Controlo		
	P_{25}	Me	P_{75}	P_{25}	Me	P_{75}
Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente ($U = 33971.5$; $p = .783$)	30.0	50.0	70.0	30.0	50.0	70.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez ($U = 33856.5$; $p = .733$)	20.0	40.0	70.0	25.0	45.0	60.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente (M2) ($U = 33783.5$; $p = .758$)	40.0	60.0	80.0	40.0	60.0	80.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros ($U = 33891$; $p = .805$)	20.0	40.0	60.0	20.0	40.0	60.0

b) Norma percebida

Tal como foi observado no pré teste, não se observam diferenças significativas entre os alunos das duas amostras no pós teste na norma percebida, isto significa que a norma percebida é um conceito estável ao longo do tempo e o tempo entre as duas observações pode não ter sido suficiente para manifestar alterações (cf. Tabela 23).

c) Autoeficácia

Do conjunto de itens da escala de autoeficácia apenas se observaram diferenças significativas no item "Confiança no manejo eficaz de acontecimentos inesperados" sendo que os alunos do grupo controlo estão mais convictos que os alunos do grupo experimental (cf. Tabela 24). Face a este resultado não é de esperar que existam diferenças significativas entre os dois grupos na autoeficácia, como fica confirmado pelo teste de Mann-Whitney cujo valor de prova foi .621 (cf. Tabela 25). Assim podemos afirmar que no pós teste não se observaram diferenças significativas entre os dois grupos nos níveis de autoeficácia.

Tabela 24.

Distribuição dos alunos segundo as respostas aos itens de autoeficácia no pós teste por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Obtenção dos meus objetivos mesmo que alguém se oponha ($X = 1.17$; $p = .76$)	Nada convicto	35	13.2	31	12.0
	Pouco convicto	72	27.2	69	26.6
	Moderadamente convicto	91	34.3	100	38.6
	Completamente convicto	67	25.3	59	22.8
Resolução de problemas difíceis ($X = 1.50$; $p = .683$)	Nada convicto	6	2.3	10	3.8
	Pouco convicto	18	6.8	19	7.3
	Moderadamente convicto	97	36.7	100	38.3
	Completamente convicto	143	54.2	132	50.6
Facilidade em ser persistente para o alcance dos objetivos ($X = 4.22$; $p = .239$)	Nada convicto	8	3.0	17	6.5
	Pouco convicto	45	16.9	44	16.9
	Moderadamente convicto	143	53.8	127	48.7
	Completamente convicto	70	26.3	73	28.0
Confiança no manejo eficaz de acontecimentos inesperados ($X = 9.45$; $p = .024$)	Nada convicto	11	4.2	21	8.0
	Pouco convicto	83	31.4	55	21.1
	Moderadamente convicto	120	45.5	129	49.4
	Completamente convicto	50	18.9	56	21.5

Continua na página seguinte...

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Uso das qualidades e recursos para superar situações imprevistas ($X = 1.43; p = .699$)	Nada convicto	14	5.3	18	6.9
	Pouco convicto	53	19.9	56	21.5
	Moderadamente convicto	135	50.8	120	46.2
	Completamente convicto	64	24.1	66	25.4
Habilidade em permanecer tranquilo perante dificuldades ($X = 1.12; p = .772$)	Nada convicto	20	7.5	21	8.0
	Pouco convicto	71	26.7	78	29.9
	Moderadamente convicto	129	48.5	115	44.1
	Completamente convicto	46	17.3	47	18.0
Capacidade em manejar face ao que vier ($X = 4.25; p = .236$)	Nada convicto	14	5.3	14	5.4
	Pouco convicto	84	31.6	63	24.1
	Moderadamente convicto	123	46.2	128	49.0
	Completamente convicto	45	16.9	56	21.5
Capacidade para resolver a maioria dos problemas ($X = 5.39; p = .249$)	Nada convicto	5	1.9	10	3.8
	Pouco convicto	37	13.9	24	9.2
	Moderadamente convicto	109	41.0	111	42.7
	Completamente convicto	115	43.2	115	44.2
Saber o que fazer numa situação difícil ($X = 0.59; p = .900$)	Nada convicto	12	4.5	11	4.2
	Pouco convicto	75	28.2	67	25.7
	Moderadamente convicto	123	46.2	123	47.1
	Completamente convicto	56	21.1	60	23.0
Ocorrência de várias alternativas de resolução para fazer frente a um problema ($X = 0.06; p = .996$)	Nada convicto	9	3.4	9	3.5
	Pouco convicto	50	18.9	48	18.5
	Moderadamente convicto	126	47.5	122	46.9
	Completamente convicto	80	30.2	81	31.2

Tabela 25.

Distribuição dos alunos segundo a autoeficácia no pós teste por grupo de investigação

	Experimental			Controlo		
	P_{25}	Me	P_{75}	P_{25}	Me	P_{75}
Autoeficácia ($U = 33850.5; p = .621$)	26.00	30.00	33.00	27.00	30.00	33.00

d) Assertividade

Do conjunto de itens que avaliam a assertividade, existem diferenças entre as duas amostras no item: “Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público”, sendo que existem mais alunos do grupo experimental que respondem nos níveis concordo ligeiramente, em parte e fortemente (cf. Tabela 26). Tal como foi observado na autoeficácia, o facto de apenas existir diferenças num item explica que não existam diferenças na escala (cf. Tabela 27).

Tabela 26.

Distribuição dos alunos segundo as respostas aos itens de assertividade no pós teste por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
A maioria das pessoas parece mais agressiva ou defende melhor os seus direitos do que eu ($X = 5.47$; $p = .361$)	Discordo fortemente	39	14.8	54	20.8
	Discordo em parte	64	24.3	58	22.3
	Discordo ligeiramente	71	27.0	54	20.8
	Concordo ligeiramente	50	19.0	55	21.2
	Concordo em parte	26	9.9	24	9.2
	Concordo fortemente	13	4.9	15	5.8
Procuo não ferir os sentimentos dos outros, mesmo daqueles que me tenham incomodado ($X = 2.22$; $p = .818$)	Discordo fortemente	12	4.5	17	6.5
	Discordo em parte	29	10.9	27	10.3
	Discordo ligeiramente	40	15.1	42	16.1
	Concordo ligeiramente	70	26.4	58	22.2
	Concordo em parte	57	21.5	56	21.5
	Concordo fortemente	57	21.5	61	23.4
Quando alguém me pede para fazer alguma coisa, insisto em saber porquê ($X = 4.07$; $p = .54$)	Discordo fortemente	15	5.7	8	3.1
	Discordo em parte	19	7.2	12	4.6
	Discordo ligeiramente	38	14.3	42	16.1
	Concordo ligeiramente	56	21.1	57	21.8
	Concordo em parte	44	16.6	48	18.4
	Concordo fortemente	93	35.1	94	36.0
Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros ($X = 5.37$; $p = .373$)	Discordo fortemente	25	9.4	19	7.3
	Discordo em parte	27	10.2	16	6.1
	Discordo ligeiramente	40	15.1	44	16.9
	Concordo ligeiramente	53	20.0	58	22.2
	Concordo em parte	59	22.3	52	19.9
	Concordo fortemente	61	23.0	72	27.6
As pessoas aproveitam-se de mim com frequência ($X = 4.44$; $p = .488$)	Discordo fortemente	114	43.0	109	42.1
	Discordo em parte	52	19.6	54	20.8
	Discordo ligeiramente	30	11.3	29	11.2
	Concordo ligeiramente	35	13.2	32	12.4
	Concordo em parte	19	7.2	11	4.2
	Concordo fortemente	15	5.7	24	9.3
Se alguém mais velho diz-me algo que considero errado, não me importo de expor publicamente o meu próprio ponto de vista ($X = 2.46$; $p = .783$)	Discordo fortemente	16	6.1	13	5.0
	Discordo em parte	15	5.7	18	6.9
	Discordo ligeiramente	46	17.4	40	15.4
	Concordo ligeiramente	54	20.5	65	25.0
	Concordo em parte	46	17.4	40	15.4
	Concordo fortemente	87	33.0	84	32.3
Digo sempre aquilo que sinto ($X = 2.02$; $p = .846$)	Discordo fortemente	17	6.5	16	6.2
	Discordo em parte	19	7.3	27	10.4
	Discordo ligeiramente	45	17.2	43	16.6
	Concordo ligeiramente	69	26.4	65	25.1
	Concordo em parte	59	22.6	62	23.9
	Concordo fortemente	52	19.9	46	17.8

Continua na página seguinte...

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Com frequência tenho dificuldade em dizer que não ($X = 2.31$; $p = .805$)	Discordo fortemente	71	26.8	66	25.6
	Discordo em parte	52	19.6	44	17.1
	Discordo ligeiramente	45	17.0	44	17.1
	Concordo ligeiramente	44	16.6	50	19.4
	Concordo em parte	31	11.7	26	10.1
	Concordo fortemente	22	8.3	28	10.9
Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público ($X = 13.81$; $p = .017$)	Discordo fortemente	28	10.6	40	15.3
	Discordo em parte	49	18.6	32	12.3
	Discordo ligeiramente	42	16.0	63	24.1
	Concordo ligeiramente	67	25.5	62	23.8
	Concordo em parte	38	14.4	23	8.8
	Concordo fortemente	39	14.8	41	15.7
Expresso facilmente os meus pontos de vista ($X = 3.62$; $p = .605$)	Discordo fortemente	11	4.2	11	4.2
	Discordo em parte	17	6.4	24	9.2
	Discordo ligeiramente	50	18.9	47	18.0
	Concordo ligeiramente	76	28.8	66	25.3
	Concordo em parte	58	22.0	50	19.2
	Concordo fortemente	52	19.7	63	24.1

Tabela 27.

Distribuição dos alunos segundo a assertividade no pós teste por grupo de investigação

	Experimental				Controlo			
	P_{25}	Me	P_{75}	$\bar{x} \pm S$	P_{25}	Me	P_{75}	$\bar{x} \pm S$
Assertividade ($U = 34192$; $p = .823$)	0.0	6.0	13.0	6.3±8.5	0.0	5.0	13.0	6.7±9.0

e) *Intenção de consumo*

Face ao conjunto de substâncias, a escala da intenção de consumo regista diferenças significativas no tabaco e charros em ambas os valores de prova foram inferiores a .05 e para estas duas substâncias existem mais alunos do grupo experimental com a certeza que não pretendem consumir (cf. Tabela 28). Relativamente ao álcool não se observam diferenças significativas, este resultado pode ser explicado pela aceitação social do consumo de álcool, mesmo entre os mais jovens. As semelhanças observadas entre os alunos das duas amostras para a intenção de consumo de outras drogas é resultado da concentração de alunos das duas amostras no nível certamente não.

Resultados

Tabela 28.

Distribuição dos alunos segundo a intenção de consumo no pós teste por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Probabilidade beber álcool ($X = 8.42$; $p = .077$)	Certamente que não	141	54.4	154	59.5
	Provavelmente não	42	16.2	32	12.4
	Pode ser	48	18.5	37	14.3
	Provavelmente sim	21	8.1	18	6.9
	Certamente que sim	7	2.7	18	6.9
Probabilidade fumar tabaco ($X = 13.76$; $p = .008$)	Certamente que não	205	78.8	187	72.2
	Provavelmente não	27	10.4	21	8.1
	Pode ser	12	4.6	20	7.7
	Provavelmente sim	10	3.8	8	3.1
	Certamente que sim	6	2.3	23	8.9
Probabilidade fumar charro ($X = 12.86$; $p = .012$)	Certamente que não	245	94.6	227	87.6
	Provavelmente não	8	3.1	9	3.5
	Pode ser	0	0.0	8	3.1
	Provavelmente sim	4	1.5	8	3.1
	Certamente que sim	2	0.8	7	2.7
Probabilidade tomar outras drogas ($X = 8.24$; $p = .083$)	Certamente que não	247	95.4	238	91.9
	Provavelmente não	7	2.7	6	2.3
	Pode ser	0	0.0	7	2.7
	Provavelmente sim	2	0.8	2	0.8
	Certamente que sim	3	1.2	6	2.3

7.3. FOLLOW-UP

Os seguintes resultados mostram os resultados das duas amostras no *follow-up*, é uma análise do terceiro coorte do estudo.

7.3.1. Questionário de consumo

Quanto ao consumo de álcool, no *follow-up* existem diferenças significativas entre os alunos das duas amostras, sendo que entre os alunos do grupo experimental existem 47.7% que indicam ter consumido álcool contra 57.7% entre os alunos do grupo controlo, assim podemos afirmar que após a intervenção os alunos têm menos probabilidade de consumir álcool, este comportamento também se observa no consumo recente, onde 11.6% dos alunos do grupo experimental referem ter consumido álcool contra 16.6% observado entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 29).

Em relação ao consumo de tabaco e charros, também se observam diferenças significativas entre os dois grupos. Tanto no consumo em geral como no consumo recente de tabaco, os alunos do grupo experimental revelam menor risco de consumo.

Passando para a cocaína, anfetaminas, alucinogénios e *ecstasy*, em geral não se observam diferenças entre os dois grupos, simplesmente porque a probabilidade de um aluno ter consumido estas substâncias e permanecer no sistema de ensino ou admitir que as consome é bastante reduzida; ainda assim foram observadas diferenças entre as duas amostras no consumo de cocaína onde 2.9% dos alunos do grupo controlo aceitar ter experimentado a substância contra 0% observado entre os alunos do grupo experimental. O mesmo foi observado em relação ao consumo de anfetaminas e alucinogénios.

Tabela 29.

Distribuição dos alunos segundo o consumo de tabaco, álcool e drogas no follow-up por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Consumo de álcool alguma vez ($X = 4.91$; $p = .027$)	Sim	110	47.2	101	57.7
	Não	123	52.8	74	42.3
Consumo álcool no último mês ($X = 2.11$; $p = .146$)	Sim	27	11.6	29	16.6
	Não	206	88.4	146	83.4
Consumo de tabaco alguma vez ($X = 6.06$; $p = .014$)	Sim	52	22.3	56	32.0
	Não	181	77.7	119	68.0
Consumo tabaco no último mês ($X = 4.79$; $p = .029$)	Sim	12	5.2	20	11.4
	Não	221	94.8	155	88.6
Consumo de marijuana (charros) alguma vez ($X = 10.17$; $p = .001$)	Sim	4	1.7	14	8.0
	Não	229	98.3	161	92.0
Consumo de marijuana (charros) no último mês ($X = 12.39$; $p < .01$)	Sim	0	0.0	10	5.7
	Não	233	100.0	165	94.3
Consumo de cocaína alguma vez ($X = 6.81$; $p = .009$)	Sim	0	0.0	5	2.9
	Não	233	100.0	170	97.1
Consumo de cocaína no último mês ($X = 1.35$; $p = .246$)	Sim	0	0.0	1	0.6
	Não	233	100.0	174	99.4
Consumo de anfetaminas alguma vez ($X = 5.44$; $p = .02$)	Sim	0	0.0	4	2.3
	Não	233	100.0	171	97.7
Consumo de anfetaminas no último mês ($X = .045$; $p = .833$)	Sim	1	0.4	1	0.6
	Não	232	99.6	174	99.4
Consumo de alucinogénios alguma vez ($X = 6.81$; $p = .009$)	Sim	0	0.0	5	2.9
	Não	233	100.0	170	97.1
Consumo de alucinogénios no último mês ($X = 1.35$; $p = .246$)	Sim	0	0.0	1	0.6
	Não	233	100.0	174	99.4
Consumo de <i>ecstasy</i> alguma vez ($X = 2.89$; $p = .089$)	Sim	1	0.4	4	2.3
	Não	232	99.6	171	97.7
Consumo de <i>ecstasy</i> no último mês ($X = 1.35$; $p = .246$)	Sim	0	0.0	1	0.6
	Não	233	100.0	174	99.4

Resultados

Tabela 30.

Distribuição dos alunos segundo a frequência de consumo de álcool e drogas no follow-up por grupo de investigação

	Experimental		Controlo		
	n	%	n	%	
Última vez álcool ($X = 9.46; p = .15$)	Nunca	124	53.2	74	42.3
	Na semana passada	16	6.9	14	8.0
	No mês passado	27	11.6	35	20.0
	No ano passado	53	22.7	42	24.0
	Há 2 anos	7	3.0	5	2.9
	Há mais de 2 anos	4	1.7	5	2.9
	Não responde	2	0.9	0	0.0
Frequência do consumo de álcool durante o último ano ($X = 20.22; p = .005$)	Não bebi no último ano	166	71.6	104	59.4
	Diariamente	0	0.0	2	1.1
	2-3 vezes/ semana	3	1.3	2	1.1
	1 vez/semana	3	1.3	11	6.3
	1 vez/mês	17	7.3	13	7.4
	Menos 1 vez/mês	32	13.8	39	24.0
	Não responde	11	4.7	4	1.7
Quantos copos álcool ($X = 15.26; p = .054$)	Não bebi	142	60.9	90	51.4
	1 bebida	52	22.3	36	20.6
	2 bebidas	12	5.2	19	10.9
	3 bebidas	6	2.6	10	5.7
	4 bebidas	7	3.0	5	2.9
	5 bebidas	3	1.3	2	1.1
	6-9 bebidas	3	1.3	2	1.1
Embebedar-se no último mês ($X = 0.78; p = .676$)	10 ou mais bebidas	1	0.4	7	4.0
	Não responde	7	3.0	4	2.3
	Sim	6	2.6	7	4.1
	Não	215	92.7	158	91.9
Última vez marijuana ($X = 17.23; p = .004$)	Não responde	11	4.7	7	4.1
	Nunca	230	98.7	162	92.6
	Na semana passada	0	0.0	8	4.6
	No mês passado	1	0.4	2	1.1
	No ano passado	0	0.0	3	1.7
	Há dois anos	1	0.4	0	0.0
	Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0
Frequência do consumo de marijuana no último ano ($X = 17.23; p = .008$)	Não responde	1	0.4	0	0.0
	0	230	98.7	162	92.6
	Não consumi no último ano	1	0.4	2	1.1
	Diariamente	0	0.0	1	0.6
	2-3 vezes/ semana	0	0.0	1	0.6
	1 vez/semana	0	0.0	0	0.0
	1 vez/ mês	0	0.0	2	1.1
Menos de 1 vez/mês	0	0.0	7	4.0	
Não responde	2	0.9	0	0.0	

Continua na página seguinte...

	Experimental		Controlo		
	n	%	n	%	
Ultima vez que consumiste outras drogas ($X = 8.21$; $p = .042$)	Nunca	231	99.1	167	95.4
	Na semana passada	0	0.0	4	2.3
	No mês passado	0	0.0	2	1.1
	No ano passado	2	0.9	2	1.1
	Há dois anos	0	0.0	0	0.0
	Há mais de 2 anos	0	0.0	0	0.0
	Não responde	0	0.0	0	0.0
Frequência do consumo de outras drogas no último ano ($X = 11.632$; $p = 0.04$)	0	231	99.1	166	94.9
	Nunca	0	0.0	4	2.3
	Na semana passada	0	0.0	2	1.1
	No mês passado	1	0.4	0	0.0
	No ano passado	1	0.4	1	0.6
	Há 2 anos	0	0.0	0	0.0
	Há mais de 2 anos	0	0.0	2	1.1
Não responde	0	0.0	0	0.0	
Nº de vezes que consumiste outras drogas ($X = 5.62$; $p = .345$)	0	1	50.0	4	44.4
	1	0	0.0	1	11.1
	2	1	50.0	0	0.0
	3	0	0.0	2	22.2
	4	0	0.0	1	11.1
	7	0	0.0	1	11.1

Ainda no questionário de consumo, foram observadas diferenças significativas entre as duas amostras quanto à frequência de consumo de álcool último ano ($p < .05$), com clara concentração dos alunos do grupo experimental no nível "Não bebi no último ano" (cf. Tabela 30).

Após a intervenção entre os alunos do grupo controlo mais de 7% consumiram marijuana, este valor é significativamente superior ao observado entre os alunos do grupo experimental. Também de realçar diferenças significativas entre os dois grupos quanto à distribuição segundo a última vez que consumiram outras drogas; menos de 1% dos alunos do grupo experimental indica ter consumido outras drogas no último ano contra quase 5% observado entre os alunos do grupo controlo. Este resultado está associado à frequência com que consumiram outras drogas no último ano, dois alunos do grupo experimental referem ter consumido outras drogas no mês anterior ou no ano anterior e entre os alunos do grupo controlo 2 alunos referiram ter consumido na semana anterior e os restantes há mais tempo.

7.3.2. Variáveis protetoras

a) Percepção de risco

A percepção do risco é igual entre as duas amostras no *follow-up*, pois os valores de prova são superiores a .05 como pode observar-se na tabela 31.

Tabela 31.

Distribuição dos alunos segundo a percepção de risco no follow-up por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Risco envolvido no consumo de tabaco ($X = 0.59$; $p = .90$)	Nenhum	15	6.5	13	7.4
	Algum	53	22.9	44	25.1
	Bastante	89	38.5	62	35.4
	Muito	74	32.0	56	32.0
Risco envolvido no consumo de álcool ($X = 0.54$; $p = .91$)	Nenhum	12	5.2	9	5.1
	Algum	76	32.8	53	30.3
	Bastante	86	37.1	64	36.6
	Muito	58	25.0	49	28.0
Risco envolvido no consumo de marijuana ($X = 2.43$; $p = .488$)	Nenhum	17	7.4	11	6.3
	Algum	12	5.2	15	8.6
	Bastante	58	25.1	48	27.4
	Muito	144	62.3	101	57.7
Risco envolvido no consumo de cocaína ($X = 1.78$; $p = .619$)	Nenhum	14	6.0%	7	4.0
	Algum	5	2.2	6	3.4
	Bastante	49	21.1	33	18.9
	Muito	164	70.7	129	73.7
Risco envolvido no consumo de pastilhas ($X = 2.91$; $p = .573$)	Nenhum	15	6.5	9	5.2
	Algum	6	2.6	9	5.2
	Bastante	56	24.2	39	22.4
	Muito	154	66.7	117	67.2

b) Norma percebida

Nos quatro itens da norma percebida existem diferenças significativas entre as amostras. O 50% dos alunos do grupo experimental consideram que 40% das pessoas da mesma idade bebem habitualmente álcool, contra 50% dos alunos do grupo controlo (cf. Tabela 32). Os mesmos valores se registam quanto à percentagem de jovens da mesma idade que já se embebedaram. Também metade dos alunos do grupo experimental considera, que 60% dos seus colegas fumam habitualmente entre os alunos do grupo controlo essa percentagem é de 65% e em relação ao consumo de charros metade dos

alunos do grupo experimental consideram que 30% das pessoas da mesma idade fumam charros contra 40% dos alunos do grupo experimental.

Tabela 32.

Distribuição dos alunos segundo a norma percebida no follow-up por grupo de investigação

	Experimental			Controlo		
	<i>P</i> ₂₅	<i>Me</i>	<i>P</i> ₇₅	<i>P</i> ₂₅	<i>Me</i>	<i>P</i> ₇₅
Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente (<i>U</i> = 17299; <i>p</i> = .008)	30.0	40.0	70.0	35.0	50.0	70.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez (<i>U</i> = 17983.5; <i>p</i> = .041)	20.0	40.0	70.0	30.0	50.0	70.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente (<i>U</i> = 17795; <i>p</i> = .027)	40.0	60.0	80.0	40.0	65.0	80.0
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros (<i>U</i> = 17986; <i>p</i> = .041)	15.0	30.0	60.0	20.0	40.0	60.0

Em síntese podemos afirmar que no *follow-up* a perceção do consumo de substância dos seus pares é inferior o que contribui para a diminuição da pressão sentida pelos alunos alvo de intervenção.

c) Autoeficácia

Em relação à autoeficácia, tanto nos itens como na escala global, não se observam diferenças entre os dois grupos no *follow-up* (cf. Tabelas 33 e 34). Este resultado indica que a autoeficácia é um conceito estável em curtos períodos de tempo ou ainda que o programa não têm efeitos sobre esta dimensão.

Tabela 33.

Distribuição dos alunos segundo a autoeficácia no follow-up por grupo de investigação

	Experimental			Controlo		
	<i>P</i> ₂₅	<i>Me</i>	<i>P</i> ₇₅	<i>P</i> ₂₅	<i>Me</i>	<i>P</i> ₇₅
Autoeficácia (<i>U</i> = 20101; <i>p</i> = .984)	27.00	30.00	34.00	28.00	30.00	33.00

Resultados

Tabela 34.

Distribuição dos alunos segundo as respostas aos itens de autoeficácia no follow-up por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Obtenção dos meus objetivos mesmo que alguém se oponha ($X = 6.47; p = .091$)	Nada convicto	21	9.3	9	5.1
	Pouco convicto	53	23.3	43	24.6
	Moderadamente convicto	105	46.3	70	40.0
	Completamente convicto	48	21.1	53	30.3
Resolução de problemas difíceis ($X = 0.95; p = .918$)	Nada convicto	3	1.3	3	1.7
	Pouco convicto	13	5.7	11	6.3
	Moderadamente convicto	95	41.3	71	40.6
	Completamente convicto	119	51.7	90	51.4
Facilidade em ser persistente para o alcance dos objetivos ($X = 0.66; p = .882$)	Nada convicto	6	2.6	3	1.7
	Pouco convicto	35	15.3	27	15.4
	Moderadamente convicto	136	59.4	101	57.7
	Completamente convicto	52	22.7	44	25.1
Confiança no manejo eficaz de acontecimentos inesperados ($X = 3.19; p = .364$)	Nada convicto	6	2.6	4	2.3
	Pouco convicto	54	23.5	40	22.9
	Moderadamente convicto	139	60.4	96	54.9
	Completamente convicto	31	13.5	35	20.0
Uso das qualidades e recursos para superar situações imprevistas ($X = 0.94; p = .815$)	Nada convicto	5	2.2	3	1.7
	Pouco convicto	41	17.8	30	17.1
	Moderadamente convicto	134	58.3	97	55.4
	Completamente convicto	50	21.7	45	25.7
Habilidade em permanecer tranquilo perante dificuldades ($X = 1.30; p = .73$)	Nada convicto	10	4.3	6	3.4
	Pouco convicto	57	24.8	51	29.3
	Moderadamente convicto	115	50.0	85	48.9
	Completamente convicto	48	20.9	32	18.4
Capacidade em manejar face ao que vier ($X = 2.10; p = .552$)	Nada convicto	10	4.4	6	3.4
	Pouco convicto	48	21.0	35	20.0
	Moderadamente convicto	117	51.1	101	57.7
	Completamente convicto	54	23.6	33	18.9
Capacidade para resolver a maioria dos problemas ($X = 1.61; p = .658$)	Nada convicto	4	1.7	6	3.4
	Pouco convicto	20	8.7	12	6.9
	Moderadamente convicto	101	43.9	75	43.1
	Completamente convicto	105	45.7	81	46.6
Saber o que fazer numa situação difícil ($X = 1.78; p = .62$)	Nada convicto	7	3.0	8	4.6
	Pouco convicto	51	22.2	40	22.9
	Moderadamente convicto	115	50.0	92	52.6
	Completamente convicto	57	24.8	35	20.0
Ocorrência de várias alternativas de resolução para fazer frente a um problema ($X = 1.26; p = .739$)	Nada convicto	6	2.6	5	2.9
	Pouco convicto	52	22.6	44	25.1
	Moderadamente convicto	117	50.9	92	52.6
	Completamente convicto	55	23.9	34	19.4

d) Assertividade

Do conjunto de itens da assertividade, apenas se observam diferenças entre as duas amostras no item: “As pessoas aproveitam-se de mim com frequência”. Estas diferenças são provocadas por maior concentração de alunos no grupo experimental nos níveis de discordância quando comparados com os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 35). Embora existam diferenças num dos itens, na escala de assertividade não se registam diferenças no terceiro momento de avaliação ($p > .05$) (cf. Tabela 36).

Tabela 35.

Distribuição dos alunos segundo os itens de assertividade no follow-up por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
A maioria das pessoas parece mais agressiva ou defende melhor os seus direitos do que eu ($X = 2.81; p = .729$)	Discordo fortemente	39	17.6	28	16.2
	Discordo em parte	59	26.6	47	27.2
	Discordo ligeiramente	53	23.9	33	19.1
	Concordo ligeiramente	41	18.5	42	24.3
	Concordo em parte	21	9.5	17	9.8
Procuo não ferir os sentimentos dos outros, mesmo daqueles que me tenham incomodado ($X = 8.11; p = .15$)	Concordo fortemente	9	4.1	6	3.5
	Discordo fortemente	8	3.5	1	0.6
	Discordo em parte	12	5.3	10	5.8
	Discordo ligeiramente	38	16.8	21	12.1
	Concordo ligeiramente	53	23.5	34	19.7
Quando alguém me pede para fazer alguma coisa, insisto em saber porquê ($X = 3.73; p = .59$)	Concordo em parte	51	22.6	46	26.6
	Concordo fortemente	64	28.3	61	35.3
	Discordo fortemente	10	4.4	3	1.7
	Discordo em parte	16	7.1	9	5.2
	Discordo ligeiramente	23	10.2	22	12.7
Luto, como a maioria das pessoas, para defender o meu ponto de vista face aos outros ($X = 2.86; p = .721$)	Concordo ligeiramente	51	22.6	36	20.8
	Concordo em parte	41	18.1	35	20.2
	Concordo fortemente	85	37.6	68	39.3
	Discordo fortemente	16	7.1	9	5.2
	Discordo em parte	15	6.6	12	7.0
As pessoas aproveitam-se de mim com frequência ($X = 13.16; p = .022$)	Discordo ligeiramente	33	14.6	18	10.5
	Concordo ligeiramente	59	26.1	45	26.2
	Concordo em parte	49	21.7	38	22.1
	Concordo fortemente	54	23.9	50	29.1
	Discordo fortemente	124	55.4	72	42.1
	Discordo em parte	41	18.3	40	23.4
	Discordo ligeiramente	22	9.8	17	9.9
	Concordo ligeiramente	12	5.4	21	12.3
	Concordo em parte	19	8.5	11	6.4
	Concordo fortemente	6	2.7	10	5.8

Continua na página seguinte...

Resultados

	Experimental		Controlo		
	n	%	n	%	
Se alguém mais velho diz-me algo que considero errado, não me importo de expor publicamente o meu próprio ponto de vista ($X = 1.96; p = .854$)	Discordo fortemente	15	6.7	9	5.3
	Discordo em parte	14	6.3	11	6.4
	Discordo ligeiramente	23	10.3	19	11.1
	Concordo ligeiramente	47	21.1	42	24.6
	Concordo em parte	52	23.3	32	18.7
Digo sempre aquilo que sinto ($X = 1.74; p = .884$)	Concordo fortemente	72	32.3	58	33.9
	Discordo fortemente	13	5.8	8	4.6
	Discordo em parte	18	8.0	12	6.9
	Discordo ligeiramente	30	13.3	26	15.0
	Concordo ligeiramente	69	30.7	49	28.3
Com frequência tenho dificuldade em dizer que não ($X = 5.30; p = .381$)	Concordo em parte	46	20.4	43	24.9
	Concordo fortemente	49	21.8	35	20.2
	Discordo fortemente	65	28.8	48	27.7
	Discordo em parte	46	20.4	27	15.6
	Discordo ligeiramente	22	9.7	24	13.9
Prefiro reprimir os meus sentimentos do que ter que expressá-los em público ($X = 2.19; p = .822$)	Concordo ligeiramente	40	17.7	38	22.0
	Concordo em parte	36	15.9	20	11.6
	Concordo fortemente	17	7.5	16	9.2
	Discordo fortemente	31	13.8	24	14.0
	Discordo em parte	25	11.2	23	13.4
Expresso facilmente os meus pontos de vista ($X = 2.23; p = .817$)	Discordo ligeiramente	41	18.3	36	20.9
	Concordo ligeiramente	60	26.8	36	20.9
	Concordo em parte	34	15.2	28	16.3
	Concordo fortemente	33	14.7	25	14.5
	Discordo fortemente	8	3.6	4	2.3
	Discordo em parte	16	7.1	8	4.6
	Discordo ligeiramente	33	14.7	31	17.9
	Concordo ligeiramente	64	28.4	48	27.7
	Concordo em parte	57	25.3	46	26.6
	Concordo fortemente	47	20.9	36	20.8

Tabela 36.

Distribuição dos alunos segundo a assertividade no follow-up por grupo de investigação

	Experimental				Controlo			
	P_{25}	Me	P_{75}	$\bar{x} \pm S$	P_{25}	Me	P_{75}	$\bar{x} \pm S$
Assertividade ($t = 0.37; p = .715$)	2.0	8.0	13.0	7.3 ± 8.2	1.0	7.0	12.0	7.0 ± 8.3

e) Intenção de consumo

Embora não se registem diferenças significativas entre os alunos do grupo controlo e experimental na assertividade e autoeficácia, a intervenção resulta em diferenças significativas na intenção de consumo dos alunos das amostras (cf. Tabela 37).

Com exceção da probabilidade de tomar outras drogas, os alunos do grupo experimental apresentam menor probabilidade de vir a consumir álcool, tabaco ou charros.

Tabela 37.

Distribuição dos alunos segundo o consumo de tabaco, álcool e drogas no follow-up por grupo de investigação

		Experimental		Controlo	
		n	%	n	%
Probabilidade beber álcool ($X = 14.44$; $p = .006$)	Certamente que não	132	57.6	87	51.2
	Provavelmente não	48	21.0	31	18.2
	Pode ser	35	15.3	21	12.4
	Provavelmente sim	8	3.5	17	10.0
	Certamente que sim	6	2.6	14	8.2
Probabilidade fumar tabaco ($X = 11.90$; $p = .018$)	Certamente que não	188	82.1	124	72.9
	Provavelmente não	26	11.4	17	10.0
	Pode ser	9	3.9	14	8.2
	Provavelmente sim	3	1.3	5	2.9
	Certamente que sim	3	1.3	10	5.9
Probabilidade fumar charro ($X = 15.49$; $p = .004$)	Certamente que não	211	92.5	145	85.3
	Provavelmente não	14	6.1	9	5.3
	Pode ser	2	0.9	5	2.9
	Provavelmente sim	1	0.4	3	1.8
	Certamente que sim	0	0.0	8	4.7
Probabilidade tomar outras drogas ($X = 8.97$; $p = .062$)	Certamente que não	220	96.5	154	90.6
	Provavelmente não	7	3.1	9	5.3
	Pode ser	0	0.0	2	1.2
	Provavelmente sim	1	0.4	2	1.2
	Certamente que sim	0	0.0	3	1.8

7.4. COMPARAÇÕES INTRAGRUPOS (EFEITO TEMPORAL)

Pretendemos comparar a evolução dos indicadores nos três momentos em estudo. Para avaliar os efeitos temporais do programa serão avaliados os 394 alunos que completaram as três fases do estudo classificando-os segundo o grupo (experimental ou controlo). Para tal serão utilizados os testes de Cochran no caso de variáveis dicotómicas e o teste de Friedman nos restantes casos, estes testes procuram identificar se existem diferenças significativas ao longo do tempo, sempre que existam mais de duas medições. Ainda será realizado o teste de ajustamento que avalia a igualdade de proporções entre os grupos em cada momento.

7.4.1. Questionário de consumo

a) Consumo de álcool

Relativamente ao consumo de álcool alguma vez, existem diferenças significativas entre os três momentos avaliados, quer no grupo experimental quer no grupo controlo, pois o nível de significância do teste de Cochran foi $.027 < .05$ (cf. Tabelas 38 e 39). Entre os alunos do grupo experimental, 41.6% indicavam já ter experimentado álcool no momento 1 (M1) e essa percentagem aumentou para 49.1% no momento 2 e sofreu uma redução aquando da terceira avaliação, já no grupo controlo, as diferenças são provocadas por aumentos sucessivos do número de alunos que experimentaram álcool entre períodos avaliados, note de que 45.8% no primeiro momento passou para 49.4% no segundo momento e para 57.7% no terceiro momento. Particularmente, na evolução entre os momentos observamos que existem diferenças entre M1 e M2 no grupo experimental ($X = 6.24, p = .012 < .05$) o que não se regista no grupo controlo ($X = .625, p = .005 < .05$). Ainda no grupo controlo observou-se aumento significativo entre momentos consecutivos pois de M2 para M3 ($X = 4.02, p = .045$) e de M1 para M3 ($X = 7.85; p = .005$).

Tabela 38.

Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de álcool alguma vez	Sim	n	94	111	105	1,2,3	7.194	.027
		%	41.6	49.1	46.5	1,2	6.244	.012
	Não	n	132	115	121	1,3	2.222	.136
		%	58.4	50.9	53,5	2,3	0.658	.417
Consumo álcool no último mês	Sim	n	66	36	25	1,2,3	32.951	<.001
		%	29.2	15.9	11.1	1,2	12.368	<.001
	Não	n	160	190	201	1,3	27.119	<.001
		%	70.8	84.1	88.9	2,3	2.703	.100

Já no que se refere ao consumo de álcool no mês que antecedeu a avaliação foram registadas diferenças significativas em ambos os grupos sendo clara a redução do número de alunos que consomem álcool, contudo a redução entre os alunos do grupo experimental é notável, pois de 29.2% que inicialmente bebiam passaram para 15.9% em M2 e para 11.1% em M3. Os valores de prova confirma que estas diferenças são significativas no conjunto dos momentos em análise, mas particularmente de M1 para M2 e de M1 para

M3. No grupo controlo se observaram diferenças significativas ao longo do tempo ($X = 9.00$; $p = .011 < .05$). Neste grupo, de 26.8% que experimentaram álcool no último mês, passaram para 19.6% no segundo momento e para 16.1% no terceiro momento foram observadas diferenças significativas entre os valores no primeiro e no terceiro momento. Este resultado mostra que a redução percentual de alunos que experimentaram álcool no último mês foi superior entre os alunos do grupo experimental (cf. Figura 2).

Tabela 39.

Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de álcool alguma vez	Sim	n	77	83	97	1,2,3	9.875	.007
		%	45.8	49.4	57.7	1,2	0.625	.429
	Não	n	91	85	71	1,3	7.848	.005
		%	54.2	50.6	42.3	2,3	4.024	.045
Consumo álcool no último mês	Sim	n	45	33	27	1,2,3	9.000	.011
		%	26.8	19.6	16.1	1,2	3.184	.074
	Não	n	123	135	141	1,3	6.568	.010
		%	73.2	80.4	83.9	2,3	0.833	.361

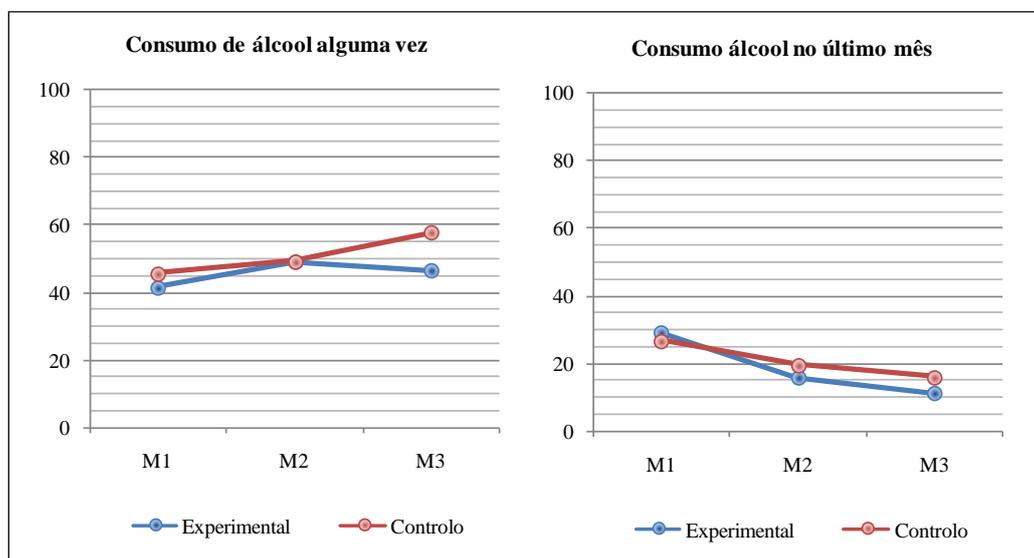


Figura 2. Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool para os grupos de investigação

b) Consumo de tabaco

O consumo de tabaco alguma vez, sofreu alterações significativas no decurso do projeto tanto no grupo experimental como no grupo controlo, contudo as diferenças que resultam de um aumento em ambas as amostras do numero de alunos que experimentaram tabaco ao longo do projeto não tem a mesma expressão, pois entre os alunos do grupo experimental inicialmente 13.3% já tinham fumado pelo menos uma vez esse valor passa para 16.8% no segundo momento de avaliação e para 21.7% no terceiro momento de avaliação, já no grupo controlo, dos 19.6% iniciais passaram para 27.4% no segundo momento (superior ao observado no grupo experimental após terceira avaliação) e finalmente no terceiro momento mais de 32% dos alunos referirem ter experimentado tabaco.

No grupo experimental, a avaliação entre dois momentos importa ainda que estes processos são gradativos pois não se observa um aumento significativo do número de alunos que experimentaram tabaco entre dois momentos consecutivos. Já no grupo controlo, os aumentos são significativos entre o M1 e M2 mas não são significativos entre M2 e M3. Destes resultados podemos afirmar que o programa contribui para que o aumento da percentagem de novos fumadores seja menor (cf. Figura 3).

Tabela 40.

Comparações intragrupos segundo o consumo de tabaco para o grupo experimental

		Experimental (n=226)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de tabaco alguma vez	Sim	n	30	38	49	1,2,3	11.143	.004
		%	13.3	16.8	21.7	1,2	1.885	.170
	Não	n	196	188	177	1,3	9.818	.002
		%	86.7	83.2	78.3	2,3	2.564	.109
Consumo tabaco no último mês	Sim	n	8	10	12	1,2,3	1.600	.449
		%	3.5	4.4	5.3	1,2		
	Não	n	218	216	214	1,3		
		%	96.5	95.6	94.7	2,3		

O consumo de tabaco ao longo do tempo não regista diferenças significativas entre os dois grupos, pois o teste de Cochran resultou em níveis de significância superiores a .05. Dado este resultado não foram realizados os testes para pares de momentos M1, M2 ou M2, M3 ou M1, M3 (cf. Tabelas 40 e 41).

Tabela 41.

Comparações intragrupos segundo o consumo de tabaco para o grupo de controlo

		Controlo (n=168)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	X	p	
							Momentos	
Consumo de tabaco alguma vez	Sim	n	33	46	55	1,2,3	14.392	.001
		%	19.6	27.4	32.7	1,2	5.333	.021
	Não	n	135	122	113	1,3	11.605	.001
		%	80.4	72.6	67.3	2,3	1.730	.188
Consumo tabaco no último mês	Sim	n	12	18	19	1,2,3	2.867	.239
		%	7.1	10.7	11.3	1,2		
	Não	n	156	150	149	1,3		
		%	92.9	89.3	88.7	2,3		

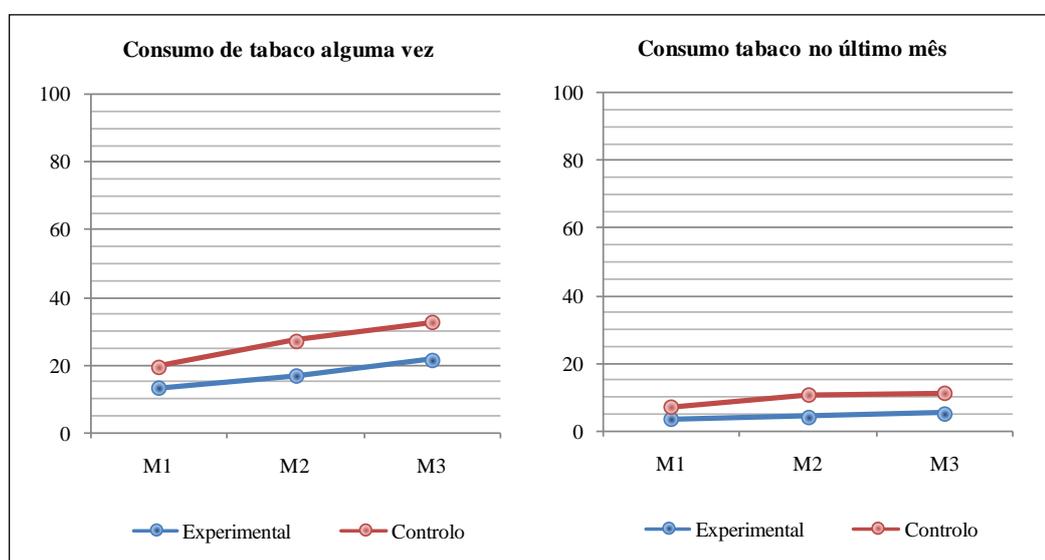


Figura 3. Comparações intragrupos segundo o consumo de álcool os grupos de investigação

c) Consumo de marijuana

O consumo de marijuana alguma vez, regista diferenças significativas entre os alunos do grupo controlo, estas diferenças são provocadas por um aumento entre o M1 e M2 que de 3.0% passaram para 7.7% e mantiveram o consumo nesse nível, já no grupo experimental a percentagem inicial era inferior a 1% aumentou para 3.3% no segundo momento e voltou aos 1.3% no terceiro momento. Este resultado indica que as experiências desta substância poderão representar consumo frequente entre os alunos do grupo experimental, o que não acontece entre alunos do grupo controlo, o que vem

Resultados

confirmado como nível de significância de .05 (menor que .05 por arredondamento fica em .05) observado entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 43).

Tabela 42.

Comparações intragrupos segundo o consumo de marijuana para o grupo experimental

		Experimental (n=226)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de marijuana (charros) alguma vez	Sim	n	2	7	3	1,2,3	4.200	.122
		%	0.9	3.1	1.3	1,2		
	Não	n	224	219	223	1,3	2.000	.368
		%	99.1	96.9	98.7	2,3		
Consumo de marijuana (charros) no último mês	Sim	n	2	2	0	1,2,3	2.000	.368
		%	0.9	0.9	0.0	1,2		
	Não	n	224	224	226	1,3	2.000	.368
		%	99.1	99.1	100	2,3		

Entre os alunos do grupo experimental há uma redução do número de casos que consumiram marijuana no último mês contra um aumento observado entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 42). Ambos os grupos partiram no M1 com percentagens muito próximas, percentagens essas que foram divergindo ao longo do tempo, com aumento observado entre alunos do grupo controlo e reduções observadas entre os alunos do grupo experimental (cf. Figura 4). Este resultado é semelhante no que se refere às experiências em geral ou às experiências no últimos mês. Logo podemos concluir que a probabilidade de consumir marijuana aumenta entre os alunos que não foram sujeitos ao programa.

Tabela 43.

Comparações intragrupos segundo o consumo de marijuana para o grupo de controlo

		Controlo (n=168)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de marijuana (charros) alguma vez	Sim	n	5	13	13	1,2,3	7.111	.029
		%	3.0	7.7	7.7	1,2		
	Não	n	163	155	155	1,3	0.843	.039
		%	97.0	92.3	92.3	2,3		
Consumo de marijuana (charros) no último mês	Sim	n	2	7	9	1,2,3	6.000	.050
		%	1.2	4.2	5.4	1,2		
	Não	n	166	161	159	1,3	0.843	.039
		%	98.8	95.8	94.6	2,3		

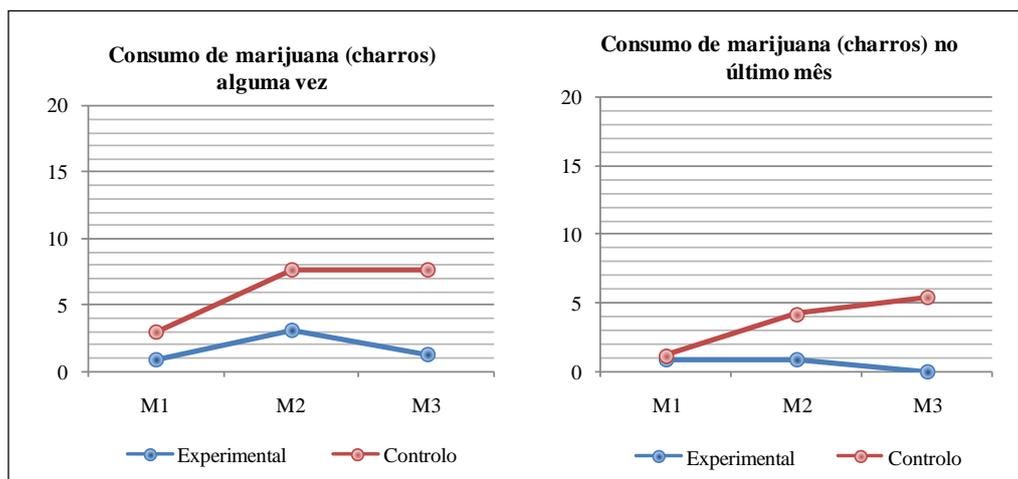


Figura 4. Comparações intragrupo segundo consumo de marijuana para os grupos de investigação

d) Consumo de cocaína

As tabelas 44 e 45 mostram que o consumo de cocaína é significativamente diferente em ambos os grupos. No grupo experimental as diferenças são significativas entre os momentos 2 e 3 pois o valor de prova foi $.031 < .05$, já no grupo experimental não se observam diferenças significativas entre pares de momentos, pois em todos os testes realizados os valores de prova foram superiores a $.05$ (cf. Figura 5). Quanto ao consumo no último mês não se registaram diferenças significativas entre os alunos dos dois grupos.

Tabela 44.

Comparações intragrupos segundo o consumo de cocaína para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de cocaína alguma vez	Sim	n	1	6	0	1,2,3	8.857	.012
		%	0.4	2.7	0.0	1,2	0.724	.125
	Não	n	225	220	226	1,3	0.317	<.001
		%	99.6	97.3	100	2,3	0.860	.031
Consumo de cocaína no último mês	Sim	n	1	3	0	1,2,3	3.500	.174
		%	0.4	1.3	0.0	1,2		
	Não	n	225	223	226	1,3		
		%	99.6	98.7	100	2,3		

Resultados

Tabela 45.

Comparações intragrupos segundo o consumo de cocaína para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Consumo de cocaína alguma vez	Sim	n	1	2	5	1,2,3	6.500	.039
		%	0.6	1.2	3.0	1,2	0.317	1.000
	Não	n	167	166	163	1,3	0.724	.125
		%	99.4	98.8	97.0	2,3	0.617	.250
Consumo de cocaína no último mês	Sim	n	0	0	1	1,2,3	2.000	.368
		%	0.0	0.0	0.6	1,2		
	Não	n	168	168	167	1,3		
		%	100	100	99.4	2,3		

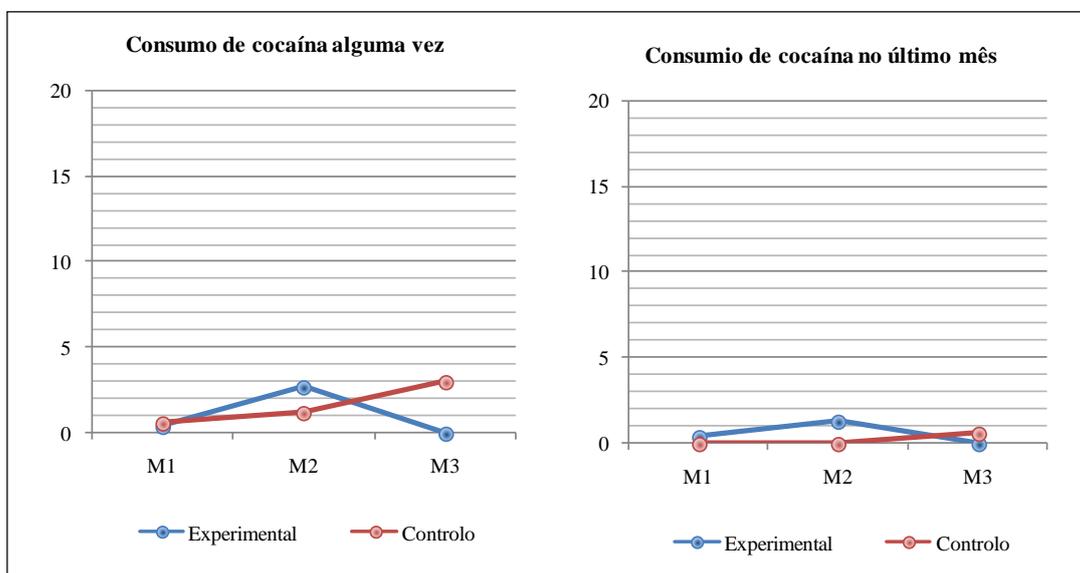


Figura 5. Comparações intragrupos segundo consumo de cocaína para os grupos de investigação

e) Consumo de anfetaminas

O consumo de anfetaminas não sofreu mudanças significativas, quer no grupo controlo quer no experimental, basta observar que os valores de prova obtidos foram superiores a .05 (cf. Tabelas 46 e 47). Particularmente no grupo controlo, não foram registados casos no último mês, o que não permite o cálculo dos testes entre todos os momentos nem entre dois momentos (cf. Figura 6).

Tabela 46.

Comparações intragrupos segundo o consumo de anfetaminas para o grupo experimental

			Experimental (n = 226)					
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		
						Momentos	X	p
Consumo de anfetaminas alguma vez	Sim	n	2	3	0	1,2,3	2.800	.247
		%	0.9	1.3	0.0	1,2		
	Não	n	224	223	226	1,3		
		%	99.1	98.7	100	2,3		
Consumo de anfetaminas no último mês	Sim	n	2	1	1	1,2,3	0.500	.779
		%	0.9	0.4	0.4	1,2		
	Não	n	224	225	225	1,3		
		%	99.1	99.6	99.6	2,3		

Tabela 47.

Comparações intragrupos segundo o consumo de anfetaminas para o grupo de controlo

			Controlo (n = 168)					
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		
						Momentos	X	p
Consumo de anfetaminas alguma vez	Sim	n	4	8	4	1,2,3	2.667	0.264
		%	2.4	4.8	2.4	1,2		
	Não	n	164	160	164	1,3		
		%	97.6	95.2	97.6	2,3		
Consumo de anfetaminas no último mês	Sim	n	1	1	1	1,2,3	-	-
		%	0.6	0.6	0.6	1,2		
	Não	n	167	167	167	1,3		
		%	99.4	99.4	99.4	2,3		

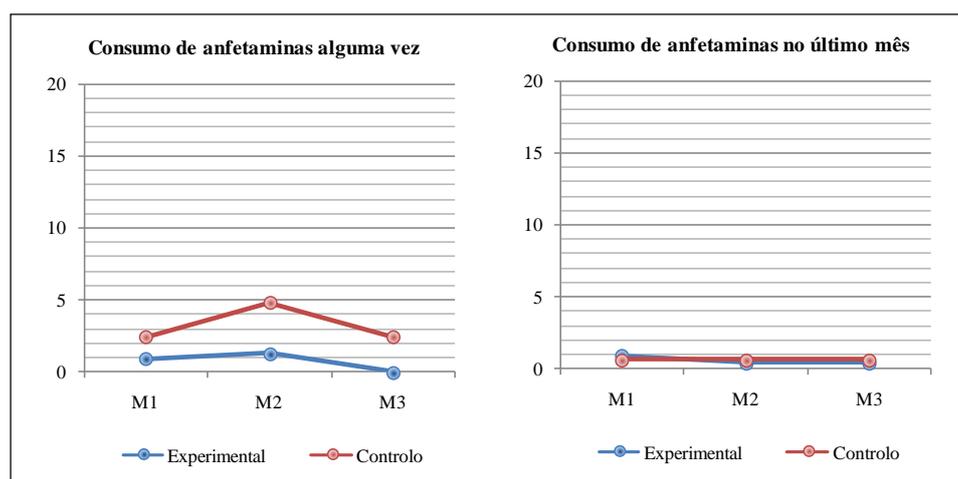


Figura 6. Comparações intragrupos segundo consumo de anfetaminas para os grupos de investigação

f) Consumo de alucinogénios

Como pode ser observado nas tabelas 48 e 49, em ambas as amostras o número de alunos que já experimentou alucinogénios é bastante reduzido contudo entre os alunos do grupo controlo se observou um aumento significativo de experiências, especialmente entre o primeiro e segundo momento mas que se manteve até ao terceiro momento e que resulta em diferenças significativas das duas amostras naquele instante.

Tabela 48.

Comparações intragrupos segundo o consumo de alucinogénios para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)						
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		
						Momentos	X	p
Consumo de alucinogénios alguma vez	Sim	n	0	2	0	1,2,3	4.000	.135
		%	0.0	0.9	0.0	1,2		
	Não	n	226	224	226	1,3	2.000	.368
		%	100	99.1	100	2,3		
Consumo de alucinogénios no último mês	Sim	n	0	1	0	1,2,3	2.000	.368
		%	0.0	0.4	0.0	1,2		
	Não	n	226	225	226	1,3	2.000	.368
		%	100	99.6	100	2,3		

Tabela 49.

Comparações intragrupos segundo o consumo de alucinogénios para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)						
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		
						Momentos	X	p
Consumo de alucinogénios alguma vez	Sim	n	0	4	5	1,2,3	7.000	.030
		%	0.0	2.4	3.0	1,2		
	Não	n	168	164	163	1,3	0.317	1.000
		%	100	97.6	97.0	2,3		
Consumo de alucinogénios no último mês	Sim	n	0	1	1	1,2,3	2.000	.368
		%	0.0	0.6	0.6	1,2		
	Não	n	168	167	167	1,3	2.000	.368
		%	100	99.4	99.4	2,3		

Tal como observado com alucinogénios, o consumo de *ecstasy* é bastante reduzido entre os alunos da amostra, e quer sejam alunos do grupo controlo ou experimental não se observam diferenças significativas no consumo e experiência desta substância. Assim como também não se observam diferenças em cada instante entre os dois grupos (cf. Tabelas 50 e 51 e Figura 7).

Tabela 50.

Comparações intragrupos segundo o consumo de ecstasy para o grupo experimental

			Experimental (n = 226)					
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	X	p
						Momentos		
Consumo de <i>ecstasy</i> alguma vez	Sim	n	0	2	1	1,2,3	2.000	.368
		%	0.0	0.9	0.4			
	Não	n	226	224	225			
		%	100	99.1	99.6			
Consumo de <i>ecstasy</i> no último mês	Sim	n	1	1	0	1,2,3	1.000	.607
		%	0.4	0.4	0.0			
	Não	n	225	225	226			
		%	99.6	99.6	100			

Tabela 51.

Comparações intragrupos segundo o consumo de ecstasy para o grupo de controlo

			Controlo (n = 168)					
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	X	p
						Momentos		
Consumo de <i>ecstasy</i> alguma vez	Sim	n	2	3	4	1,2,3	1.000	.607
		%	1.2	1.8	2.4			
	Não	n	166	165	164			
		%	98.8	98.2	97.6			
Consumo de <i>ecstasy</i> no último mês	Sim	n	0	0	1	1,2,3	2.000	.368
		%	0.0	0.0	0.6			
	Não	n	168	168	167			
		%	100	100	99.4			

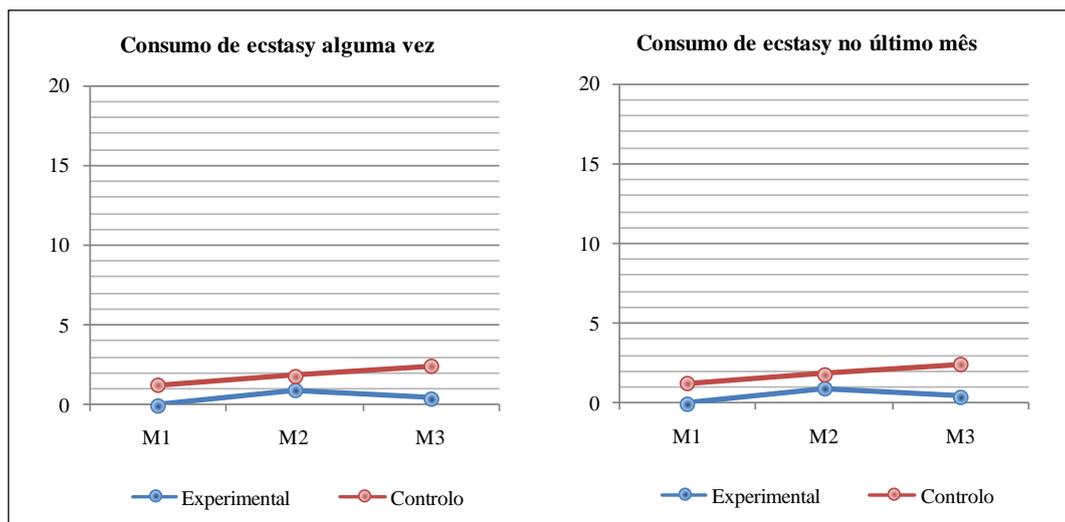


Figura 7. Comparações intergrupos segundo o consumo de ecstasy para os grupos de investigação

g) Diferenças no conjunto de variáveis ao longo do tempo

Consideramos CP1 (curto prazo 1) como o período de tempo que decorreu entre o M1 e M2, CP2 (curto prazo 2) é o período de tempo entre M2 e M3 e LP (longo prazo) o período entre M1 e M3. Para dar resposta a este objetivo foram criadas novas variáveis com base no inquérito ao consumo que classificam os alunos segundo as mudanças ou não nos consumos das diversas substâncias nos níveis: Sem consumos os alunos que não consumiam no momento inicial e permaneceram sem consumir. Novos consumos os alunos que no momento inicial não consumiam e no momento final passaram a consumir no momento final. Abandonaram os consumos que são os alunos que consumiam no momento inicial e no momento final não consumiam, mantiveram consumos que agrega os alunos que consumiam no momento inicial e continuaram a consumir.

Tabela 52.*Diferenças na distribuição dos alunos entre os dois grupos no consumo de álcool*

		Experimental		Controlo			
		n	%	n	%	n	
Experiência de álcool no CP1 ($X = 3.67$; $p = .300$)	Sem consumos	103	45.6	68	40.5	171	43.4
	Novos consumos	29	12.8	23	13.7	52	13.2
	Abandonaram consumos	12	5.3	17	10.1	29	7.4
	Mantiveram consumos	82	36.3	60	35.7	142	36.0
Experiência de álcool no CP2 ($X = 8.62$; $p = .035$)	Sem consumos	99	43.8	57	33.9	156	39.6
	Novos consumos	33	14.6	43	25.6	76	19.3
	Abandonaram consumos	22	9.7	14	8.3	36	9.1
	Mantiveram consumos	72	31.9	54	32.1	126	32.0
Experiência de álcool no LP ($X = 6.81$; $p = .078$)	Sem consumos	104	46.0	58	34.5	162	41.1
	Novos consumos	28	12.4	33	19.6	61	15.5
	Abandonaram consumos	17	7.5	13	7.7	30	7.6
	Mantiveram consumos	77	34.1	64	38.1	141	35.8
Consumo álcool no CP1 ($X = 4.54$; $p = .209$)	Sem consumos	141	62.4	110	65.5	251	63.7
	Novos consumos	19	8.4	13	7.7	32	8.1
	Abandonaram consumos	49	21.7	25	14.9	74	18.8
	Mantiveram consumos	17	7.5	20	11.9	37	9.4
Consumo álcool no CP2 ($X = 2.81$; $p = .422$)	Sem consumos	135	59.7	102	60.7	237	60.2
	Novos consumos	55	24.3	33	19.6	88	22.3
	Abandonaram consumos	24	10.6	18	10.7	42	10.7
	Mantiveram consumos	12	5.3	15	8.9	27	6.9
Consumo álcool no LP ($X = 3.29$; $p = .349$)	Sem consumos	151	66.8	110	65.5	261	66.2
	Novos consumos	9	4.0	13	7.7	22	5.6
	Abandonaram consumos	50	22.1	31	18.5	81	20.6
	Mantiveram consumos	16	7.1	14	8.3	30	7.6
Total		226	100.0	168	100.0	394	100.0

Com esta classificação procuramos estabelecer se existem diferenças na distribuição dos alunos entre os dois grupos. Observando a tabela 52 podemos afirmar:

- No CP1, não se observam diferenças significativas entre os dois grupos no padrão de experiência de álcool;
- No CP2, já existem diferenças entre grupo experimental e controlo, tal como observado anteriormente, entre M1 e M3, os alunos do grupo controlo registaram aumento na taxa de experiência de álcool, nesta forma de ver os dados observamos que no grupo experimental ocorreram 14.6% de novos consumos de álcool e no grupo controlo essa taxa foi de 25.6%.
- No longo prazo (LP) não se observam diferenças significativas, embora se observa que a taxa de novos alunos a experimentar álcool no grupo experimental é de 12.4% e no grupo controlo é de 19.6%.
- O consumo de álcool no último mês não regista diferenças significativas nem a curto prazo nem a longo prazo.

Tabela 53.

Comparações intragrupos segundo o último consumo de álcool para o grupo experimental

Última vez álcool		Experimental (n = 226)			Testes para amostras emparelhadas		
		M1	M2	M3	Momentos	X	p
Nunca	n	131	113	122	1,2,3	7.945	.019
	%	58.0	50.0	54.0			
Na semana passada	n	16	19	16			
	%	7.1	8.4	7.1			
No mês passado	n	36	27	25			
	%	15.9	11.9	11.1			
No ano passado	n	32	51	50			
	%	14.2	22.6	22.1			
Há 2 anos	n	4	5	7			
	%	1.8	2.2	3.1			
Há mais de 2 anos	n	3	7	4			
	%	1.3	3.1	1.8			
Não responde	n	4	4	2			
	%	1.8	1.8	0.9			

Tal como observado anteriormente quase metade destes alunos não experimentaram álcool, mas existem diferenças entre os alunos das duas amostras ao longo do programa, pois em ambos o nível de significância observado no teste de Friedman foi inferior a .05, mas as diferenças não têm o mesmo sentido em ambas as amostras (cf. Tabela 53 e 54). Na amostra de alunos do grupo experimental, há uma

Resultados

redução do número de alunos que consumiram no mês anterior à avaliação e entre os alunos do grupo controlo esse valor aumenta.

Tabela 54.

Comparações intragrupos segundo o último consumo de álcool para o grupo de controlo

Última vez álcool		Controlo (n = 168)			Testes para amostras emparelhadas		
		M1	M2	M3	Momentos	X	p
Nunca	n	95	84	71	1,2,3	17.341	<.001
	%	56.5	50.0	42.3			
Na semana passada	n	16	13	12			
	%	9.5	7.7	7.1			
No mês passado	n	28	21	33			
	%	16.7	12.5	19.6			
No ano passado	n	24	38	42			
	%	14.3	22.6	25.0			
Há 2 anos	n	2	7	5			
	%	1.2	4.2	3.0			
Há mais de 2 anos	n	3	1	5			
	%	1.8	0.6	3.0			
Não responde	n	0	4	0			
	%	0.0	2.4	0.0			

No gráfico 8 observamos o aumento dos consumos recentes entre os alunos do grupo controlo, particularmente no M3 o grupo controlo regista mais alunos que indicam que consumiram álcool no último mês.

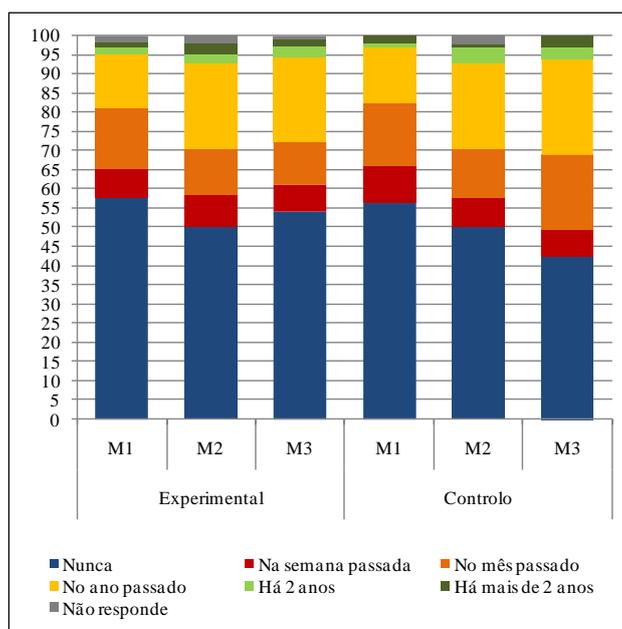


Figura 8. Distribuição do número de alunos dos dois grupos segundo o último consumo de álcool

A idade mediana da primeira experiência de álcool é aos 12 anos quer sejam alunos do grupo experimental quer sejam do grupo controlo, embora alguns refiram ter experimentado com 6 ou 7 anos, são casos menos comuns, pois 25% dos alunos referem ter experimentado álcool antes dos 11 anos. Esta primeira experiência não pode ser controlada pelo programa, pelo que naturalmente não se registam diferenças entre os alunos dos dois grupos (cf. Tabelas 55 e 56).

Tabela 55.

Comparações intragrupos segundo a idade do primeiro consumo de álcool para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)			Testes para amostras emparelhadas		
		M1	M2	M3	Momentos	X	p
Idade da primeira vez tomar mais do que uns goles	Mínimo	7.0	7.0	7.0	1,2,3	5.347	.069
	P 25	11.0	12.0	12.0			
	Mediana	12.0	12.0	13.0			
	P 75	14.0	14.0	14.0			
	Máximo	16.0	16.0	19.0			

Tabela 56.

Comparações intragrupos segundo a idade do primeiro consumo de álcool para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)			Testes para amostras emparelhadas		
		M1	M2	M3	Momentos	X	p
Idade da primeira vez tomar mais do que uns goles	Mínimo	8.0	6.0	8.0	1,2,3	0.095	.953
	P 25	11.0	12.0	12.0			
	Mediana	12.0	12.0	13.0			
	P 75	13.0	13.0	14.0			
	Máximo	15.0	15.0	16.0			

A frequência do consumo é menos de uma vez por mês, em ambas as amostras e se mantém bastante estável ao longo do tempo pois o valor de prova do teste de Friedman foi superior a .05, que significa que não existem diferenças ao longo do tempo (cf. Tabelas 57 e 58).

Resultados

Tabela 57.

Comparações intragrupos segundo a frequência do consumo de álcool durante o último ano para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)						
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	X	p
Frequência do consumo de álcool durante o último ano						Momentos		
						1,2,3		
Frequência do consumo de álcool durante o último ano	Não bebi no último ano	n	153	146	162		0.721	.697
		%	67.7	64.6	72.0			
	Diariamente	n	1	3	0			
		%	0.4	1.3	0.0			
	2-3 vezes/semana	n	6	4	3			
		%	2.7	1.8	1.3			
	1 vez/semana	n	4	8	3			
		%	1.8	3.5	1.3			
	1 vez/mês	n	19	24	16			
		%	8.4	10.6	7.1			
	Menos 1 vez/mês	n	34	30	30			
		%	15.0	13.3	13.3			
	Não responde	n	9	11	11			
		%	4.0	4.9	4.9			

Tabela 58.

Comparações intragrupos segundo a frequência do consumo de álcool durante o último ano para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)						
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	X	p
Frequência do consumo de álcool durante o último ano						Momentos		
						1,2,3		
Frequência do consumo de álcool durante o último ano	Não bebi no último ano	n	112	110	101		1.949	.377
		%	66.7	65.5	60.1			
	Diariamente	n	0	0	2			
		%	0.0	0.0	1.2			
	2-3 vezes/semana	n	1	2	0			
		%	0.6	1.2	0.0			
	1 vez/semana	n	6	3	10			
		%	3.6	1.8	6.0			
	1 vez/mês	n	13	13	12			
		%	7.7	7.7	7.1			
	Menos 1 vez/mês	n	29	33	39			
		%	17.3	19.6	23.2			
	Não responde	n	7	7	4			
		%	4.2	4.2	2.4			

Tabela 59.

Comparações intragrupos segundo a quantidade de copos bebidos durante o último consumo de álcool para o grupo experimental

		Experimental (n=226)			Testes para amostras emparelhadas			
		M1	M2	M3	Momentos	X	p	
Quantos copos álcool	Não bebi	n	147	127	137	1,2,3	1.234	.539
		%	65.0	56.2	60.6			
	1 bebida	n	47	60	50			
		%	20.8	26.5	22.1			
	2 bebidas	n	5	14	12			
		%	2.2	6.2	5.3			
	3 bebidas	n	8	7	6			
		%	3.5	3.1	2.7			
	4 bebidas	n	2	4	7			
		%	0.9	1.8	3.1			
	5 bebidas	n	3	3	3			
		%	1.3	1.3	1.3			
	6-9 bebidas	n	5	2	3			
		%	2.2	0.9	1.3			
	10 ou mais bebidas	n	1	1	1			
		%	0.4	0.4	0.4			
Não responde	n	8	8	7				
	%	3.5	3.5	3.1				

Tabela 60.

Comparações intragrupos segundo a quantidade de copos bebidos durante o último consumo de álcool para o grupo de controlo

		Controlo (n=168)			Testes para amostras emparelhadas			
		M1	M2	M3	Momentos	X	p	
Quantos copos álcool	Não bebi	n	112	92	87	1,2,3	10.108	.006
		%	67.1	54.8	51.8			
	1 bebida	n	25	40	36	1,2		
		%	15.0	23.8	21.4			
	2 bebidas	n	11	12	17	1,3		
		%	6.6	7.1	10.1			
	3 bebidas	n	2	7	9			
		%	1.2	4.2	5.4			
	4 bebidas	n	2	4	5			
		%	1.2	2.4	3.0			
	5 bebidas	n	4	5	2			
		%	2.4	3.0	1.2			
	6-9 bebidas	n	4	1	2			
		%	2.4	0.6	1.2			
	10 ou mais bebidas	n	3	4	6			
		%	1.8	2.4	3.6			
Não responde	n	4	3	4				
	%	2.4	1.8	2.4				

Resultados

Se bem não existem diferenças quanto à frequência do consumo, o mesmo não ocorre quanto à quantidade de álcool consumido, entre os alunos do grupo experimental (cf. Tabela 59), o número de bebidas não sofreu mudanças significativas ao longo do tempo, já entre os alunos do grupo controlo (cf. Tabela 60), isso não se registou, por um lado este grupo registou um aumento do número de bebidas ao longo do tempo e se afastou bastante dos resultados observados no grupo experimental especialmente nos níveis 2, 3 e 10 ou mais bebidas

Quer sejam alunos do grupo experimental quer sejam do grupo controlo menos de 7% dos alunos referem ter-se embebedado alguma vez e essa respostas se mantém inalterada ao longo do tempo (cf. Tabela 61 e 62).

Tabela 61.

Comparações intragrupos segundo a número de vezes que se embebedaram para o grupo experimental

		Experimental (n=226)						
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		
						Momentos	X	p
Embebedar-se no último mês	Sim	n	8	8	5	1,2,3	1.640	.441
		%	3.6	3.6	2.2	1,2		
	Não	n	211	204	210	1,3		
		%	93.8	91.5	93.3	2,3		
	Não responde	n	6	11	10			
		%	2.7	4.9	4.4			

Tabela 62.

Comparações intragrupos segundo a número de vezes que se embebedaram para o grupo de controlo

		Controlo (n=168)						
			M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		
						Momentos	X	p
Embebedar-se no último mês	Sim	n	10	9	6	1,2,3	0.091	.956
		%	6.0	5.4	3.6	1,2		
	Não	n	147	152	153	1,3		
		%	88.6	91.0	92.7	2,3		
	Não responde	n	9	6	6			
		%	5.4	3.6	3.6			

Tal como resulta dos dados apresentados anteriormente existem poucos alunos que indicam ter feito consumos de marijuana, pelo que é natural que não existam diferenças ao longo do tempo nos dois grupos (cf. Tabelas 63 e 64). Em geral, quer no grupo experimental quer no grupo controlo, mais de 90% dos alunos nunca experimentaram esta substância. Ainda de referir que entre os alunos do grupo

experimental, 1.3% indicaram que tinham consumido na semana que antecedeu o preenchimento do inquérito no M1, e 0.9 no M3, não se observando qualquer caso em M3, isto é no grupo experimental a percentagem de alunos que experimentaram marijuana tendeu a diminuir, ao contrário do observado entre os alunos do grupo controlo. Esta última observação apenas se aplica à amostra pois os dados não são conclusivos, e não permitem extrapolar para a população.

Tabela 63.

Comparações intragrupos segundo último consumo de marijuana para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)			Testes para amostras emparelhadas		
		M1	M2	M3	<i>X</i>	<i>p</i>	
pÚltima vez marijuana	Nunca	n	222	220	224	1.938	.380
		%	98.2	97.3	99.1		
	Na semana passada	n	3	2	0		
		%	1.3	0.9	0.0		
	No mês passado	n	1	0	0		
		%	0.4	0.0	0.0		
	No ano passado	n	0	2	0		
		%	0.0	0.9	0.0		
	Há dois anos	n	0	1	1		
		%	0.0	0.4	0.4		
	Há mais de 2 anos	n	0	0	0		
		%	0.0	0.0	0.0		
	Não responde	n	0	1	1		
%		0.0	0.4	0.4			

Tabela 64.

Comparações intragrupos segundo último consumo de marijuana para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)			Testes para amostras emparelhadas		
		M1	M2	M3	<i>X</i>	<i>p</i>	
Última vez marijuana	Nunca	n	161	157	156	0.954	.621
		%	95.8	93.5	92.9		
	Na semana passada	n	3	3	7		
		%	1.8	1.8	4.2		
	No mês passado	n	1	2	2		
		%	0.6	1.2	1.2		
	No ano passado	n	2	5	3		
		%	1.2	3.0	1.8		
	Há dois anos	n	1	0	0		
		%	0.6	0.0	0.0		
	Há mais de 2 anos	n	0	0	0		
		%	0.0	0.0	0.0		
	Não responde	n	0	1	0		
%		0.0	0.6	0.0			

Resultados

Os consumos de marijuana no último ano não apresentam diferenças significativas ao longo dos três momentos avaliados, tanto no grupo experimental como no grupo controlo (cf. Tabela 65 e 66).

Tabela 65.

Comparações intragrupos segundo frequências de consumo de marijuana no último ano para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Frequência do consumo de marijuana no último ano	Não consumi no último ano	n	224	222	224	1,2,3	0.545	.761
		%	99.1	98.2	99.1			
	Diariamente	n	1	0	0			
		%	33.3	0.0	0.0			
	2-3 vezes/semana	n	0	2	0			
		%	0.0	0.9	0.0			
	1 vez/semana	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			
	1 vez/ mês	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			
	Menos de 1 vez/mês	n	1	2	0			
		%	33.3	0.9	0.0			
	Não responde	n	0	0	0			
	%	0.0	0.0	0.0				
Não responde	n	0	0	2				
	%	0.0	0.0	0.9				

Tabela 66.

Comparações intragrupos segundo frequências de consumo de marijuana no último ano para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momentos	X	p	
Frequência do consumo de marijuana no último ano	Não consumi no último ano	n	163	158	156	1,2,3	0.095	.953
		%	97.0	94.0	92.9			
	Diariamente	n	1	0	2			
		%	16.7	0.0	1.2			
	2-3 vezes/semana	n	1	1	1			
		%	16.7	0.6	0.6			
	1 vez/semana	n	2	1	1			
		%	33.3	0.6	0.6			
	1 vez/ mês	n	0	4	0			
		%	0.0	2.4	0.0			
	Menos de 1 vez/mês	n	0	2	2			
		%	0.0	1.2	1.2			
	Não responde	n	1	2	6			
	%	16.7	1.2	3.6				
Não responde	n	0	0	0				
	%	0.0	0.0	0.0				

Em ambos os grupos observamos o aumento do número de alunos que afirmam que nunca consumiram drogas. Mas essa variação ao longo do tempo não é significativa (Tabela 67 e 68).

Tabela 67.

Comparações intragrupos segundo último consumo de drogas para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)					Testes para amostras emparelhadas	
		M1	M2	M3		X	p	
Última vez que consumiste outras drogas	Nunca	n	1	223	224	2.000	.368	
		%	50.0	98.7	99.1			
	Na semana passada	n	0	1	0			
		%	0.0	0.4	0.0			
	No mês passado	n	1	1	0			
		%	50.0	0.4	0.0			
	No ano passado	n	0	0	2			
		%	0.0	0.0	0.9			
	Há dois anos	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			
	Há mais de 2 anos	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			
	Não responde	n	0	1	0			
		%	0.0	0.4	0.0			

Tabela 68.

Comparações intragrupos segundo último consumo de drogas para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)					Testes para amostras emparelhadas	
		M1	M2	M3		X	p	
Última vez que consumiste outras drogas	Nunca	n	2	162	160	2.000	.368	
		%	40.0	96.4	95.2			
	Na semana passada	n	0	1	4			
		%	0.0	0.6	2.4			
	No mês passado	n	0	1	2			
		%	0.0	0.6	1.2			
	No ano passado	n	3	4	2			
		%	60.0	2.4	1.2			
	Há dois anos	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			
	Há mais de 2 anos	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			
	Não responde	n	0	0	0			
		%	0.0	0.0	0.0			

7.4.2. Variáveis protetoras

a) *Percepção de risco*

Entre os alunos do grupo experimental existem diferenças significativas na percepção do risco envolvido com o tabaco e álcool (cf. Tabela 69).

Tabela 69.

Comparações intragrupos segundo a percepção de risco para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)					Testes para amostras emparelhadas	
		M1	M2	M3			<i>X</i>	<i>p</i>
Risco envolvido no consumo de tabaco	Nenhum	n	18	18	15	7.360	.025	
		%	6.4	6.8	6.5			
	Algum	n	67	84	53			
		%	23.9	31.6	22.9			
	Bastante	n	103	95	89			
		%	36.8	35.7	38.5			
Muito	n	92	69	74				
	%	32.9	25.9	32.0				
Risco envolvido no consumo de álcool	Nenhum	n	10	9	12	10.395	.006	
		%	3.6	3.4	5.2			
	Algum	n	88	100	76			
		%	31.4	37.6	32.8			
	Bastante	n	99	99	86			
		%	35.4	37.2	37.1			
Muito	n	83	58	58				
	%	29.6	21.8	25.0				
Risco envolvido no consumo de marijuana	Nenhum	n	12	12	17	1.420	.492	
		%	4.3	4.5	7.4			
	Algum	n	12	13	12			
		%	4.3	4.9	5.2			
	Bastante	n	74	72	58			
		%	26.3	27.2	25.1			
Muito	n	183	168	144				
	%	65.1	63.4	62.3				
Risco envolvido no consumo de cocaína	Nenhum	n	12	10	14	0.476	.788	
		%	4.3	3.8	6.0			
	Algum	n	11	8	5			
		%	3.9	3.0	2.2			
	Bastante	n	55	63	49			
		%	19.6	23.8	21.1			
Muito	n	202	184	164				
	%	72.1	69.4	70.7				
Risco envolvido no consumo de pastilhas	Nenhum	n	16	11	15	0.720	.698	
		%	5.7	4.2	6.5			
	Algum	n	18	14	7			
		%	6.5	5.3	3.0			
	Bastante	n	71	67	55			
		%	25.4	25.4	23.8			
Muito	n	174	172	154				
	%	62.4	65.2	66.7				

As diferenças no grupo experimental são provocadas por um ligeiro agravamento do risco percebido pelo consumo destas duas substâncias, frequentes entre alunos destas idades. Contrariando o que ocorre entre os alunos do grupo controlo que registou um aumento na percentagem de alunos que consideram que o tabaco e álcool não representa qualquer risco ou apenas representa algum risco (cf. Tabela 70).

Tabela 70.

Comparações intragrupos segundo a percepção de risco para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)							
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas				
					X	p			
Risco envolvido no consumo de tabaco	Nenhum	n	14	15	13	1.715	.424		
		%	5.1	5.8	7.4				
	Algum	n	59	50	44				
		%	21.5	19.2	25.1				
	Bastante	n	95	95	62				
		%	34.7	36.5	35.4				
Muito	n	106	100	56					
	%	38.7	38.5	32.0					
Risco envolvido no consumo de álcool	Nenhum	n	11	14	9	0.878	.645		
		%	4.0	5.4	5.1				
	Algum	n	71	63	53				
		%	25.9	24.2	30.3				
	Bastante	n	97	87	64				
		%	35.4	33.5	36.6				
Muito	n	95	96	49					
	%	34.7	36.9	28.0					
Risco envolvido no consumo de marijuana	Nenhum	n	11	17	11	4.490	.106		
		%	4.0	6.6	6.3				
	Algum	n	16	15	15				
		%	5.9	5.8	8.6				
	Bastante	n	59	43	48				
		%	21.6	16.6	27.4				
Muito	n	187	184	101					
	%	68.5	71.0	57.7					
Risco envolvido no consumo de cocaína	Nenhum	n	10	14	7	0.961	.618		
		%	3.6	5.4	4.0				
	Algum	n	9	6	6				
		%	3.3	2.3	3.4				
	Bastante	n	47	36	33				
		%	17.2	13.8	18.9				
Muito	n	208	204	129					
	%	75.9	78.5	73.7					
Risco envolvido no consumo de pastilhas	Nenhum	n	10	14	9	2.752	.253		
		%	3.6	5.4	5.2				
	Algum	n	29	11	9				
		%	10.6	4.2	5.2				
	Bastante	n	61	59	39				
		%	22.3	22.7	22.4				
Muito	n	174	176	117					
	%	63.5	67.7	67.2					

b) Norma percebida

Em média, os alunos do grupo experimental consideram que 42% das pessoas da idade dele bebem álcool habitualmente, esse valor passou para 49.9% no segundo momento mas regrediu para 46.6% no terceiro momento de avaliação, considerando todo o tempo avaliado existem diferenças significativas ao longo da implementação do programa, contudo as diferenças observadas foram entre o primeiro momento e o segundo e terceiro e não entre o segundo e terceiro momento de avaliação (cf. Tabela 71). Já no grupo controle também se observou um aumento da média percebida do número de pessoas que bebem habitualmente álcool e à semelhança do observado entre os alunos do grupo experimental as diferenças foram provocadas entre o primeiro e segundo e terceiro momento (cf. Tabela 72). Ainda de ressaltar que os valores médios são estatisticamente iguais no primeiro e segundo momento, mas no terceiro momento o grupo controle e experimental apresentam médias significativamente diferentes ($t = -2.69, p = .008$).

Em média, os alunos do grupo experimental consideram que 37.7% dos pares já se embebedaram alguma vez, esta percentagem aumenta significativamente ao longo do tempo, mas não da mesma forma que aumenta entre os alunos do grupo controle, que certamente têm percepção que um maior número de pessoas da sua idade já se embebedou. Tal como observado anteriormente, as duas amostras apresentam médias estatisticamente iguais no primeiro e segundo momento mas não no terceiro momento onde as diferenças são estatisticamente significativas ($t = -2.09, p = .037$).

Entre os alunos do grupo experimental, consideram que 54% das pessoas da sua idade fumam habitualmente e essa percepção aumenta para o segundo momento e reduz para 56% no terceiro momento de avaliação, já entre os alunos do grupo controle a percentagem média aumenta entre períodos consecutivos resultando em ambos os casos em diferenças significativas da percepção da percentagem de pessoas que fumam habitualmente, se compararmos estes valores com os observados nesta amostra para a percentagem de alunos que fumem habitualmente notamos que existem diferenças entre os dois resultados confirmando que estes jovens tem a percepção que existem mais jovens a fumar do que a realidade e essa percepção pode vir a ser uma pressão para que o jovens inicie o consumo de tabaco ou álcool.

Tabela 71.

Comparações intragrupos segundo a norma percebida para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momento	X	p	
Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente	M	42.0	49.9	46.6	1,2,3	23.096	<.001	
	DP	25.5	24.7	24.0	1,2	-4.836	<.001	
	Me	40.0	50.0	40.0	1,3	-3.187	.001	
					2,3	-1.545	.122	
Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez	M	37.7	45.5	43.9	1,2,3	20.883	<.001	
	DP	26.8	26.2	27.1	1,2	-4.747	<.001	
	Me	40.0	40.0	40.0	1,3	-3.663	<.001	
					2,3	-0.557	.578	
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente	M	54.0	60.2	56.1	1,2,3	7.834	.020	
	DP	29.5	24.9	25.9	1,2	-3.351	.001	
	Me	50.0	60.0	60.0	1,3	-1.417	.157	
					2,3	-1.647	.100	
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros	M	34.4	41.1	39.1	1,2,3	19.222	<.001	
	DP	28.7	25.8	27.0	1,2	-3.939	<.001	
	Me	30.0	40.0	30.0	1,3	-3.096	.002	
					2,3	-1.183	.237	

Tabela 72.

Comparações intragrupos segundo a norma percebida para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)						
		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas			
					Momento	X	p	
Percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool habitualmente	M	43.6	49.1	53.0	1,2,3	28.102	<.001	
	DP	26.4	23.0	23.3	1,2	-3.674	<.001	
	Me	45.0	50.0	50.0	1,3	-4.737	<.001	
					2,3	-1.874	.061	
Percentagem de pessoas da mesma idade que já se embebedaram alguma vez	M	40.4	44.5	49.4	1,2,3	11.488	.003	
	DP	27.2	25.4	25.7	1,2	-2.638	.008	
	Me	40.0	45.0	50.0	1,3	-3.966	<.001	
					2,3	-2.204	.028	
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam habitualmente	M	59.2	59.0	61.7	1,2,3	11.082	.004	
	Dp	52.9	25.8	23.7	1,2	-1.243	.214	
	Me	60.0	60.0	65.0	1,3	-3.199	.001	
					2,3	-1.904	.057	
Percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros	M	36.1	41.5	44.0	1,2,3	13.470	.001	
	DP	26.3	26.3	25.3	1,2	-3.382	.001	
	Me	30.0	40.0	40.0	1,3	-4.073	<.001	
					2,3	-0.568	.570	

A figura 9 mostra que, para o conjunto hábitos os alunos mostram o aumento da perceção da percentagem de pessoas da idade deles que têm consomem essas substâncias,

Resultados

contudo entre os alunos do grupo experimental. No M3 a percentagem média da perceção de pessoas que consomem é menor.

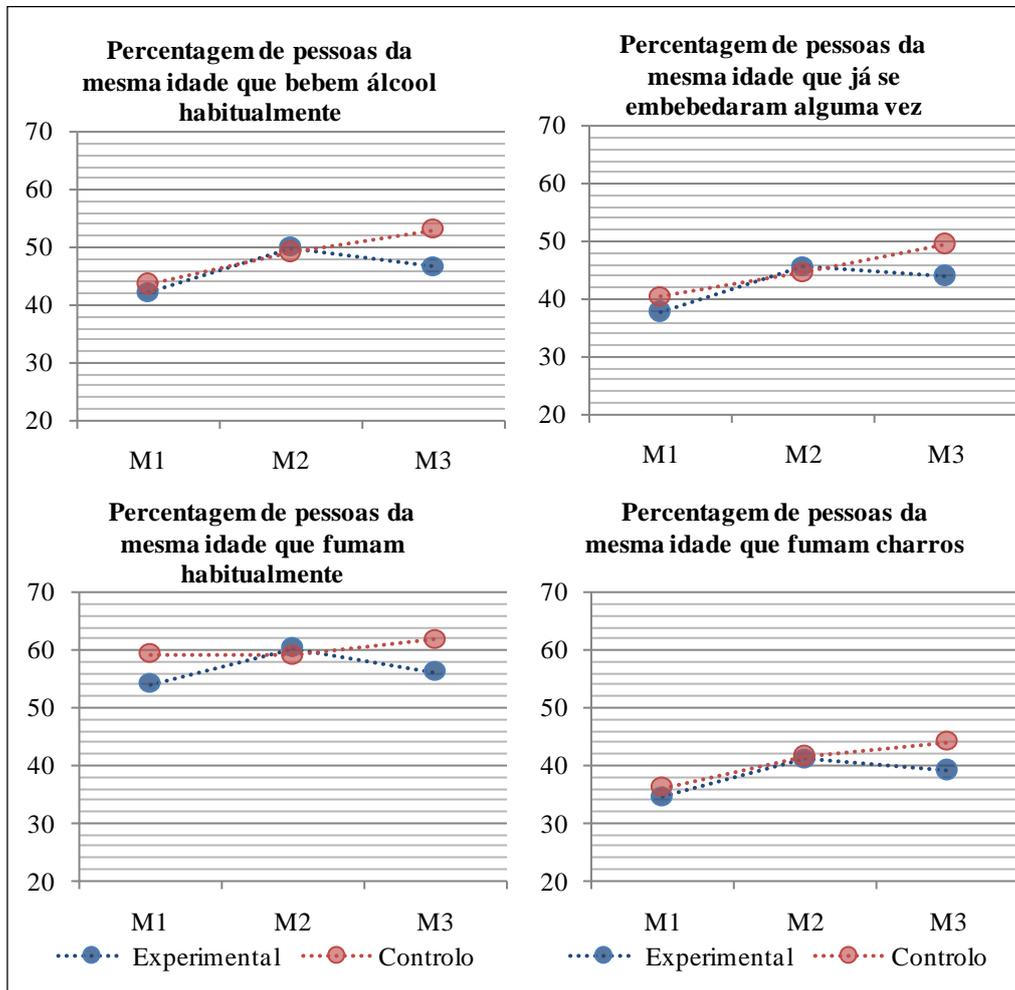


Figura 9. Comparações intragrupos segundo a norma percebida para os grupos de investigação

c) Autoeficácia

Quer entre os alunos do grupo controlo quer entre os alunos do grupo experimental a autoeficácia aumenta dos 29 até aos 30, sem que seja possível aferir o impacto do programa nesse aumento que ocorre em ambas as amostras, e por outro lado o incremento registado ao longo do tempo não é significativo (cf. Tabela 73).

Tabela 73.*Comparações intragrupos segundo a autoeficácia para os grupos de investigação*

	Experimental (n = 226)				Controlo (n = 168)					
	M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	
				<i>X</i>	<i>p</i>				<i>X</i>	<i>p</i>
M	29.14	29.48	30.24	0.593	.743	29.38	29.56	30.21	1.804	.406
DP	6.05	5.20	5.01			5.65	5.53	4.94		
Me	30.00	30.00	30.00			30.00	30.00	30.00		

d) Assertividade

Em geral, estes alunos se apresentam com valores superiores ao *cut-off*, o que revela níveis positivos de assertividade, no entanto, as mudanças observadas ao longo do tempo não permitem concluir que o programa tenha contribuído para melhores resultados, em ambas as amostras os alunos aumentaram o valor médio de assertividade sendo ligeiramente superior entre os alunos do grupo experimental mas não significativamente diferentes (cf. Tabela 74 e figura 10).

Tabela 74.*Comparações intragrupos segundo a assertividade para os grupos de investigação*

	Experimental (n = 226)				Controlo (n = 168)					
	M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas		M1	M2	M3	Testes para amostras emparelhadas	
				<i>X</i>	<i>p</i>				<i>X</i>	<i>p</i>
M	6.75	6.32	7.27	2.926	.232	6.45	6.73	6.97	1.300	.522
DP	7.88	8.53	8.22			8.14	9.00	8.26		
Me	7.00	6.00	8.00			6.00	5.00	7.00		

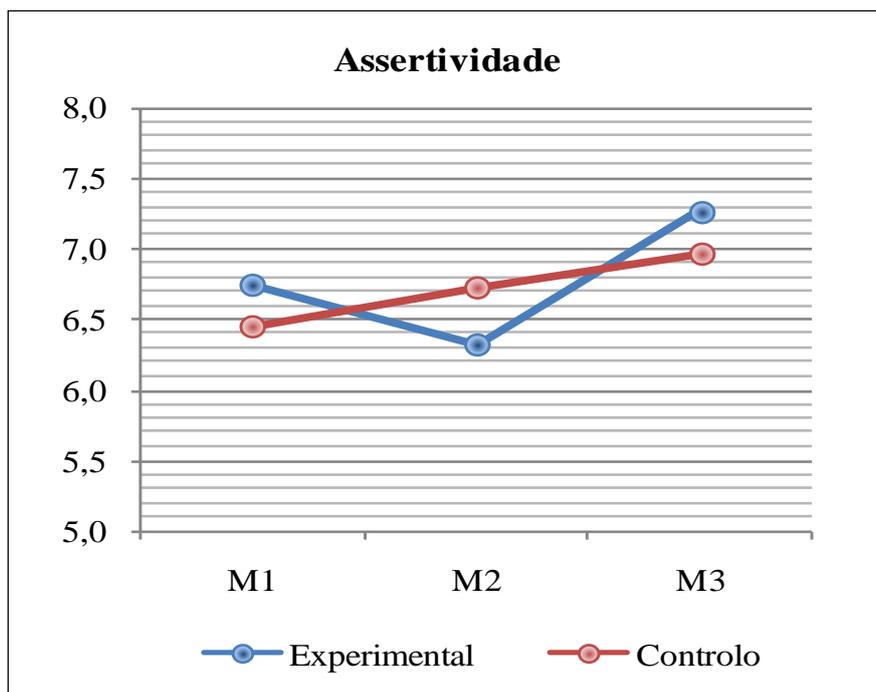


Figura 10. Comparações intragrupos segundo a assertividade para os grupos de investigação

e) Intenção de consumo

A evolução do número de casos de alunos que alteraram a probabilidade de beber álcool é semelhante em ambos os grupos, de facto essas alterações não tem significado estatístico, o que não ocorre com a probabilidade de fumar tabaco entre alunos do grupo controlo (cf. Tabela 76) que veem aumentar a probabilidade de fumar, enquanto os alunos do grupo experimental revelam probabilidades mais estáveis ao longo do tempo (cf. Tabela 75).

Finalmente no que diz respeito à probabilidade de fumar charros ou outras drogas, os alunos não revelam mudanças significativas ao longo do programa, contudo devemos referir que existem mais alunos a afirmar que certamente não fumarão estas substâncias entre o grupo experimental.

Tabela 75.

Comparações intragrupos segundo a intenção de consumo para o grupo experimental

		Experimental (n = 226)					Testes para amostras emparelhadas	
		M1	M2	M3	X	P		
Probabilidade beber álcool	Certamente que não	n 162 % 58.5	141 54.4	132 57.6	3.416	.181		
	Provavelmente não	n 49 % 17.7	42 16.2	48 21.0				
	Pode ser	n 45 % 16.2	48 18.5	35 15.3				
	Provavelmente sim	n 16 % 5.8	21 8.1	8 3.5				
	Certamente que sim	n 5 % 1.8	7 2.7	6 2.6				
	Certamente que não	n 223 % 80.8	205 78.8	188 82.1			1.646	.439
Probabilidade fumar tabaco	Provavelmente não	n 31 % 11.2	27 10.4	26 11.4	0.521	.771		
	Pode ser	n 12 % 4.3	12 4.6	9 3.9				
	Provavelmente sim	n 6 % 2.2	10 3.8	3 1.3				
	Certamente que sim	n 4 % 1.4	6 2.3	3 1.3				
	Certamente que não	n 256 % 92.4	245 94.6	211 92.5				
	Provavelmente não	n 14 % 5.1	8 3.1	14 6.1			0.087	.957
Pode ser	n 4 % 1.4	0 0.0	2 0.9					
Provavelmente sim	n 1 % 0.4	4 1.5	1 0.4					
Certamente que sim	n 2 % 0.7	2 0.8	0 0.0					
Certamente que não	n 265 % 95.7	247 95.4	220 96.5					
Probabilidade tomar outras drogas	Provavelmente não	n 8 % 2.9	7 2.7	7 3.1	0.087	.957		
	Pode ser	n 3 % 1.1	0 0.0	0 0.0				
	Provavelmente sim	n 1 % 0.4	2 0.8	1 0.4				
	Certamente que sim	n 0 % 0.0	3 1.2	0 0.0				

Resultados

Tabela 76.

Comparações intragrupos segundo a intenção de consumo para o grupo de controlo

		Controlo (n = 168)			Testes para amostras emparelhadas	
		M1	M2	M3	X	P
Probabilidade beber álcool	Certamente que não	n 159	154	87	1.580	.454
		% 59.1	59.5	51.2		
	Provavelmente não	n 43	32	31		
		% 16.0	12.4	18.2		
	Pode ser	n 33	37	21		
		% 12.3	14.3	12.4		
Probabilidade fumar tabaco	Provavelmente sim	n 16	18	17	9.752	.008
		% 5.9	6.9	10.0		
	Certamente que sim	n 18	18	14		
		% 6.7	6.9	8.2		
	Certamente que não	n 208	187	124		
		% 77.3	72.2	72.9		
Probabilidade fumar charro	Provavelmente não	n 27	21	17	3.504	.173
		% 10.0	8.1	10.0		
	Pode ser	n 17	20	14		
		% 6.3	7.7	8.2		
	Provavelmente sim	n 4	8	5		
		% 1.5	3.1	2.9		
Probabilidade tomar outras drogas	Certamente que sim	n 13	23	10	2.368	.306
		% 4.8	8.9	5.9		
	Certamente que não	n 243	227	145		
		% 90.3	87.6	85.3		
	Provavelmente não	n 16	9	9		
		% 5.9	3.5	5.3		
Probabilidade tomar outras drogas	Pode ser	n 4	8	5	2.368	.306
		% 1.5	3.1	2.9		
	Provavelmente sim	n 4	8	3		
		% 1.5	3.1	1.8		
	Certamente que sim	n 2	7	8		
		% 0.7	2.7	4.7		
Probabilidade tomar outras drogas	Certamente que não	n 253	238	154	2.368	.306
		% 94.4	91.9	90.6		
	Provavelmente não	n 9	6	9		
		% 3.4	2.3	5.3		
	Pode ser	n 2	7	2		
		% 0.7	2.7	1.2		
Probabilidade tomar outras drogas	Provavelmente sim	n 2	2	2	2.368	.306
		% 0.7	0.8	1.2		
	Certamente que sim	n 2	6	3		
	% 0.7	2.3	1.8			

A figura 11 mostra a evolução em cada grupo da intenção de consumo, torna clara a semelhança entre os dois grupos nos três momentos, com exceção do consumo de tabaco entre os alunos do grupo controlo, que reduzem a probabilidade de não fumar pois a barra azul diminui, isto é mais cedo ou mais tarde estes alunos aceitam que podem vir a fumar,

ao contrário do que se observa entre os alunos do grupo experimental. Daqui podemos concluir que o programa contribuiu para reduzir a intenção de fumar.

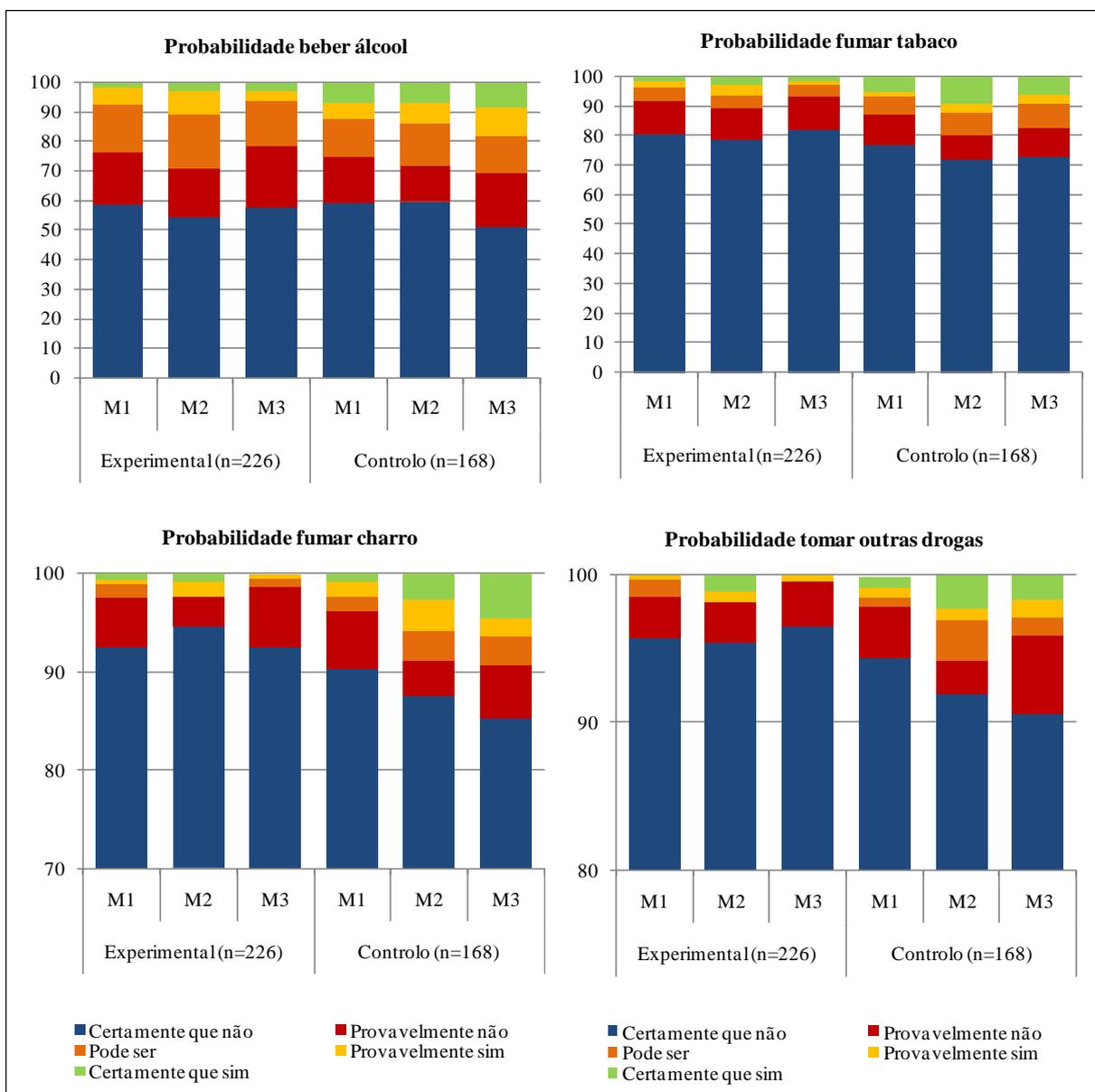


Figura 11. Comparações intragrupos segundo a intenção de consumo para os grupos de investigação

7.5. IDENTIFICAÇÃO DE FACTORES DE RISCO E FACTORES PROTECTORES DO CONSUMO

A análise anterior mostra alguns resultados estavam relacionados, não sendo possível afirmar que as diferenças eram provocadas por apenas um dos fatores mas sim

Resultados

pela interação/ocorrência conjunta de alguns fatores, para poder despistar essas interações, recorreremos às árvores de decisão considerando a variação da intenção de consumo uma variável dependente e as restantes escalas como variáveis independentes. Foram obtidas árvores de decisão que "são ferramentas de análise de dados que permitem a definição de grupos sem necessidade do investigador definir à partida o ponto de corte, os resultados advêm de interações dos dados que definem os pontos que definem os grupos no caso de variáveis contínuas e agregam grupos no caso de variáveis categóricas" (Maimon & Rokach, 2005).

A variação da intenção de consumo foi calculada como sendo a diferença entre as pontuações atribuídas no primeiro e terceiro momento, essa diferença indica se cada aluno manteve inalterada a intenção de consumo, se a intenção de consumo aumentou ou diminuiu. Considerando esta variável como dependente foram obtidas árvores de decisão para explorar o efeito de outras variáveis medidas nos três momentos.

Relativamente à intenção de beber álcool (cf. figura 12) podemos afirmar:

- Os fatores que afetam esta variação são distintos entre os alunos dos grupos experimental e controlo;
- Dos alunos do grupo experimental que nunca beberam álcool, 75.4% mantêm inalterada a intenção de consumo contra 39.6% entre os alunos que já experimentaram. Também há diferença no número de alunos que diminuiram a intenção de consumo. Dos que nunca experimentaram, 7.1% diminuem a intenção de consumo mas entre os que já experimentaram álcool 36.3% diminuem a intenção de consumo. Podemos afirmar que o programa contribuiu para a diminuição a intenção de consumo de álcool especialmente entre os alunos que já experimentaram (nós 3 e 4);
- Continuando com os alunos do grupo experimental e que não experimentaram álcool, existem diferenças significativas na intenção de beber álcool segundo a percepção do risco envolvido no consumo de álcool. Os alunos que percebem *algum* risco no consumo de álcool diferem dos restantes; pois apresentam uma maior percentagem de alunos que aumentaram a intenção de consumo de álcool comparativamente com o resto dos alunos (nós 7 e 8);
- Entre os alunos do grupo experimental que já experimentaram álcool alguma vez, a variação da intenção de beber álcool está associada à percepção do risco de

consumo de cocaína (nós 9 e 10). Existe maior número de alunos com aumento da intenção de consumo entre os que consideram o consumo de cocaína como tendo muito risco;

- Entre os alunos do grupo controle, 25.9% aumentam a intenção de consumo de álcool (nó 2), sendo que esse aumento está relacionado com a experiência de tabaco. Dos que já experimentaram tabaco alguma vez 46.9% diminuem a intenção de consumo de álcool e entre os que nunca consumiram tabaco, 13.8% diminuem a intenção de consumo de álcool (nós 5 e 6);
- Dos alunos do grupo controle que não experimentaram tabaco apresentam intenção de consumo de álcool tendencialmente inalterada ao longo do tempo (60%);
- Entre os alunos do grupo controle que não experimentaram tabaco, a variação da intenção de consumo é significativa consoante a percepção da percentagem de pessoas da mesma idade que fumam charros. Entre os alunos com norma percebida superior a 20% para o consumo de charros há tendência para a intenção de consumo aumentar ao longo do tempo e entre os que indicam menos de 20% a maior parte mantém inalterada a intenção de consumo. Este resultado confirma que a percepção que os pares têm comportamentos de risco contribui para que os jovens adotem esse comportamento ou comportamentos semelhantes; neste caso, a percepção que mais de 20% dos pares fumam charros está associado ao aumento da intenção de consumo de álcool.

Resultados

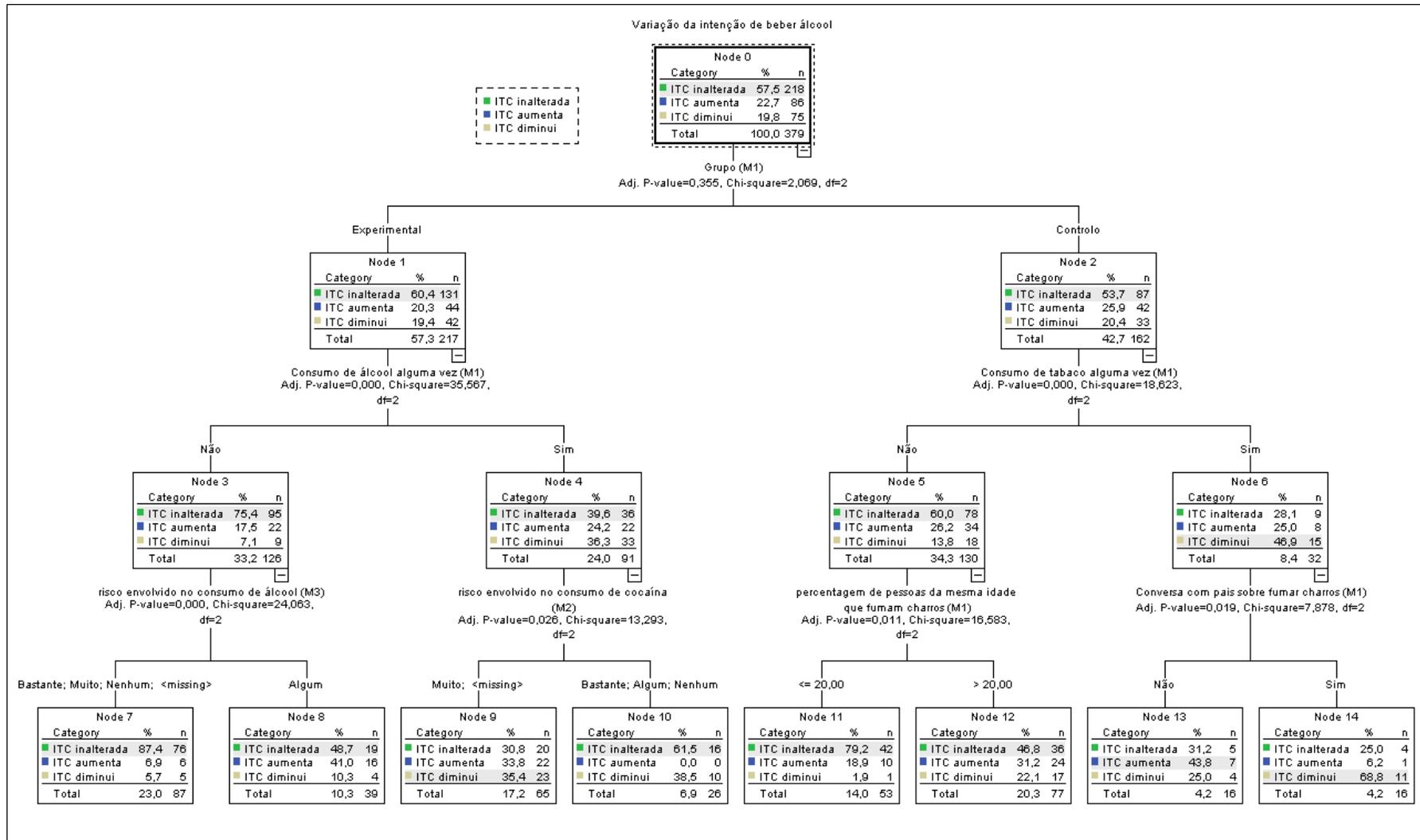


Figura 12. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de álcool

A seguinte árvore de decisão (figura 13) mostra os fatores que podem explicar a variação da intenção de consumo de tabaco.

- Os fatores que podem explicar a variação da intenção de consumo de tabaco são distintos entre os alunos do grupo experimental e controlo e essas diferenças podem ser explicadas pela intervenção;
- No grupo experimental, os alunos que não consumiram tabaco nunca têm maior probabilidade de manter inalterada a intenção de consumo, com 86.2% dos alunos neste grupo contra 26.8% dos alunos do grupo experimental que já consumiram tabaco alguma vez. Menos de metade dos alunos que experimentaram tabaco apresentam diminuição da intenção de consumo de tabaco. Nesta substância, a experiência pode ser um facto importante para a manutenção do consumo;
- Dos alunos do grupo experimental que não consumiram tabaco a variação da intenção de consumo de tabaco está associada ao número de negativas. A intenção de consumo de tabaco aumenta entre os alunos com 1, 3, 4 ou 7 negativas (nós 7, 8 e 9);
- Entre os alunos do grupo experimental que já experimentaram tabaco, percepção do risco envolvido no consumo de tabaco provoca alterações significativas na variação da intenção de consumo de tabaco. Os alunos que reconhecem muito risco mantêm a intenção de consumo e entre os alunos que atribuem menor risco 30.4% aumentam a intenção de consumo e 56.6% diminuem a intenção de consumo;
- Nos alunos do grupo controlo, o consumo de tabaco alguma vez provoca o mesmo efeito que sobre os alunos do grupo experimental, isto é, evitar a experiência de tabaco é um facto protetor do aumento da intenção de consumo (nós 6 e 7);
- Dos alunos do grupo controlo que já consumiram tabaco e em cujas famílias não existem regras sobre o fumar a intenção vir a fumar aumenta em 75% dos casos contra 20.8% observado entre os alunos cujas famílias têm regras sobre fumar.

Resultados

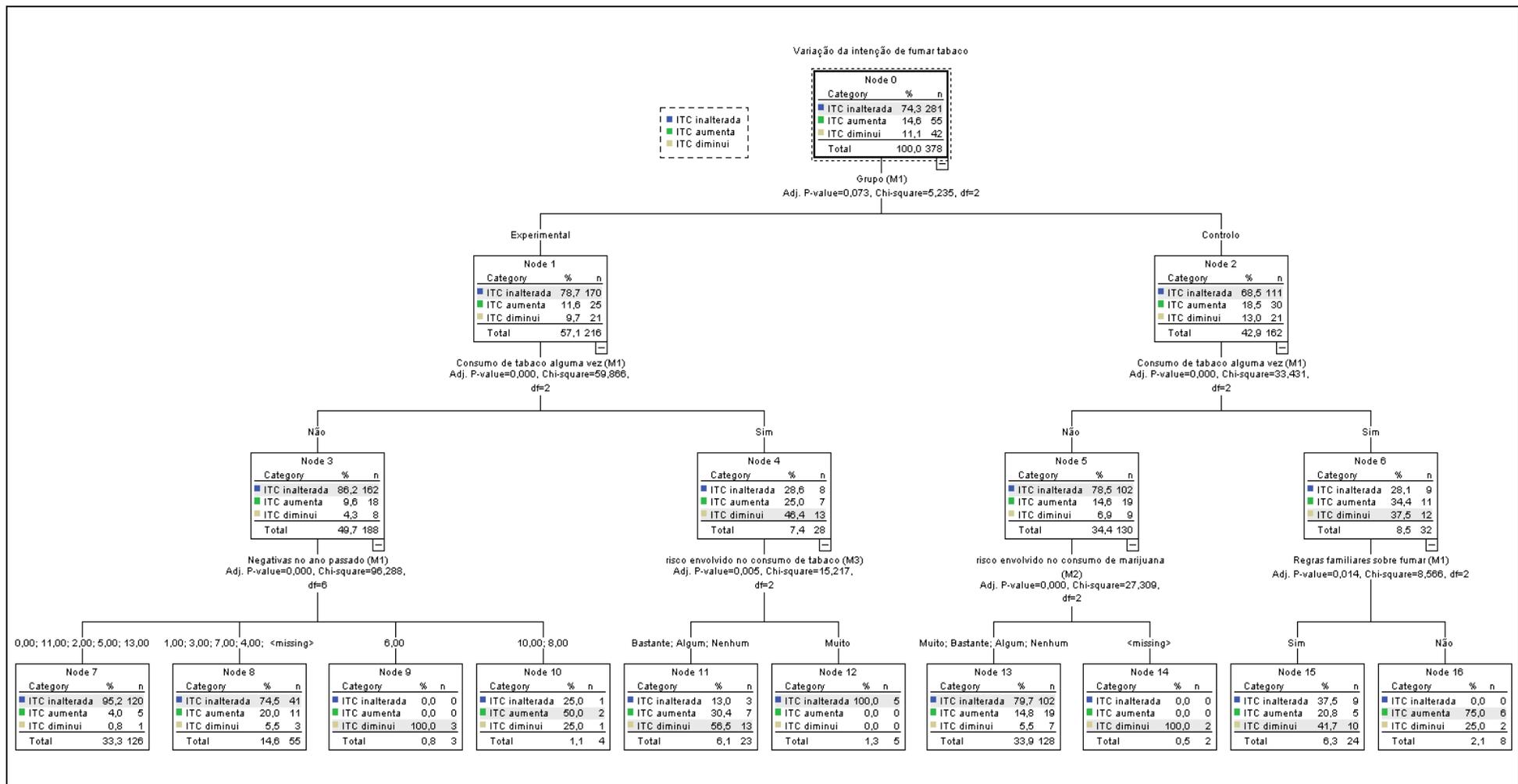


Figura 13. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de tabaco

A árvore de decisão apresentada na figura 14 mostra os fatores que podem explicar a variação da intenção de consumo de marijuana (charros).

- A variação da intenção de fumar charros é significativamente diferente entre alunos do grupo experimental e controlo; mas os fatores que podem explicar as diferenças entre os grupos não são os mesmos. Entre os alunos do grupo experimental o número de negativas, a assertividade e o consumo de tabaco no último mês são fatores com impacto na variação da intenção de consumo. Entre os alunos do grupo controlo, o consumo de tabaco no último mês e a percepção do risco do consumo de álcool são fatores de diferenciação da intenção de consumo de charros;
- Entre os alunos do grupo experimental e que não tiveram negativas ou tiveram 7, 10, 11 ou 13 negativas, 95.3% vêm a intenção de consumo de charros inalterada mas destes alunos a intenção de consumo de charros diminui mais se eles consumiram tabaco no último mês. Será um efeito de substituição?
- Dos alunos do grupo experimental com um número de negativas entre 1 e 5 ou 8, a assertividade é um facto de diferenciação. Este grupo de alunos e que apresentam assertividade superior a 8 a intenção de consumo se mantém inalterada. 3.6% dos alunos com assertividade inferior a 2 manifestam aumento da intenção de consumo de charros, essa percentagem é nula entre alunos com assertividade entre 2 e 4 e de 29.4%;
- Entre os alunos do grupo controlo os que consumiram tabaco no último mês mo M1 contribui para o aumento da intenção de consumo. 58.3% dos alunos deste grupo aumentam a intenção de consumo de charros. Mas entre os alunos do grupo controlo que não fumaram tabaco no último mês (M1) 10% afirmam que a intenção de consumo de charros é superior no M3, este é o resultado a esperar se os alunos não forem sujeitos ao programa;
- A percepção do risco do consumo de álcool é um facto de diferenciação entre os alunos do grupo controlo que consumiram tabaco no último mês (M1). É mais frequente o aumento da intenção de consumo de charros entre os alunos que consideram que o consumo de álcool acarreta algum risco ou nenhum risco 24.5% contra os 3% entre que consideram o risco de consumo de álcool muito ou bastante.

Resultados

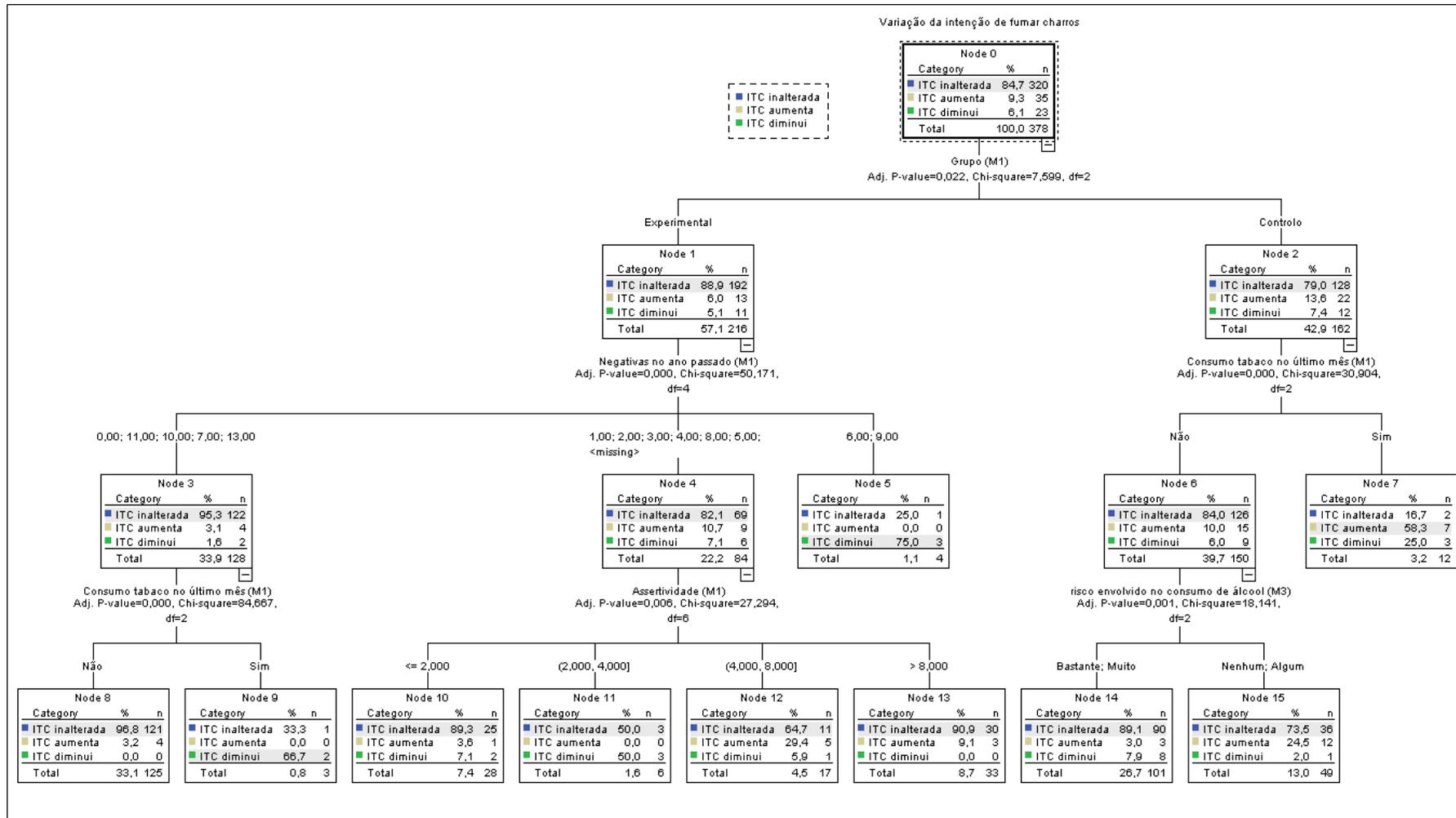


Figura 14. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de marijuana (charros)

Relativamente à variação da intenção de consumo de outras drogas (cf. Figura 15), existem diferenças significativas entre os alunos do grupo controlo e experimental, estas diferenças são provocadas essencialmente porque a intenção de consumo aumenta em 3.2% dos alunos do grupo experimental contra 8.6% entre os alunos do grupo controlo, relativamente ao número de alunos em que diminui a intenção de consumo a diferença é menor;

- Entre os alunos do grupo experimental, o número de negativas influencia significativamente a variação da intenção de consumo, um dos grupos são os alunos que tiveram entre 4 e 6 negativas no ano anterior que 33.3% diminui a intenção de consumo e os restantes mantêm inalterada e os restantes alunos que 3.4% aumentam a intenção de consumo e 94.6% mantêm inalterada essa intenção;
- Entre alunos do grupo experimental com menos de 4 negativas ou mais de 6 negativas, o consumo de tabaco no último mês no M1 está relacionado à diminuição da intenção de consumo;
- Dos alunos do grupo experimental com número de negativas entre 4 e 6 os rapazes tendem a diminuir a intenção de consumo de outras drogas enquanto as raparigas mantêm inalterada essa intenção;
- Entre os alunos do grupo controlo o facto de ter consumido tabaco no último mês no M1 contribui de forma significativa para o aumento da intenção de consumo de outras substâncias, pois os alunos que já tinham consumido tabaco, 33.3% aumentam a intenção de consumo de outras drogas e entre os alunos do grupo controlo que não consumiram tabaco no mês que antecedeu o M1 6.7% aumentam a intenção de consumo de outras drogas;
- Ainda entre os alunos do grupo controlo que não tinham consumido tabaco no mês antes do M1, revelam maior intenção de consumo de drogas se no M3 minimizam o risco associado ao consumo de marijuana, 31.6% contra 3.1% entre os que consideram o consumo de marijuana muito ou bastante arriscado.

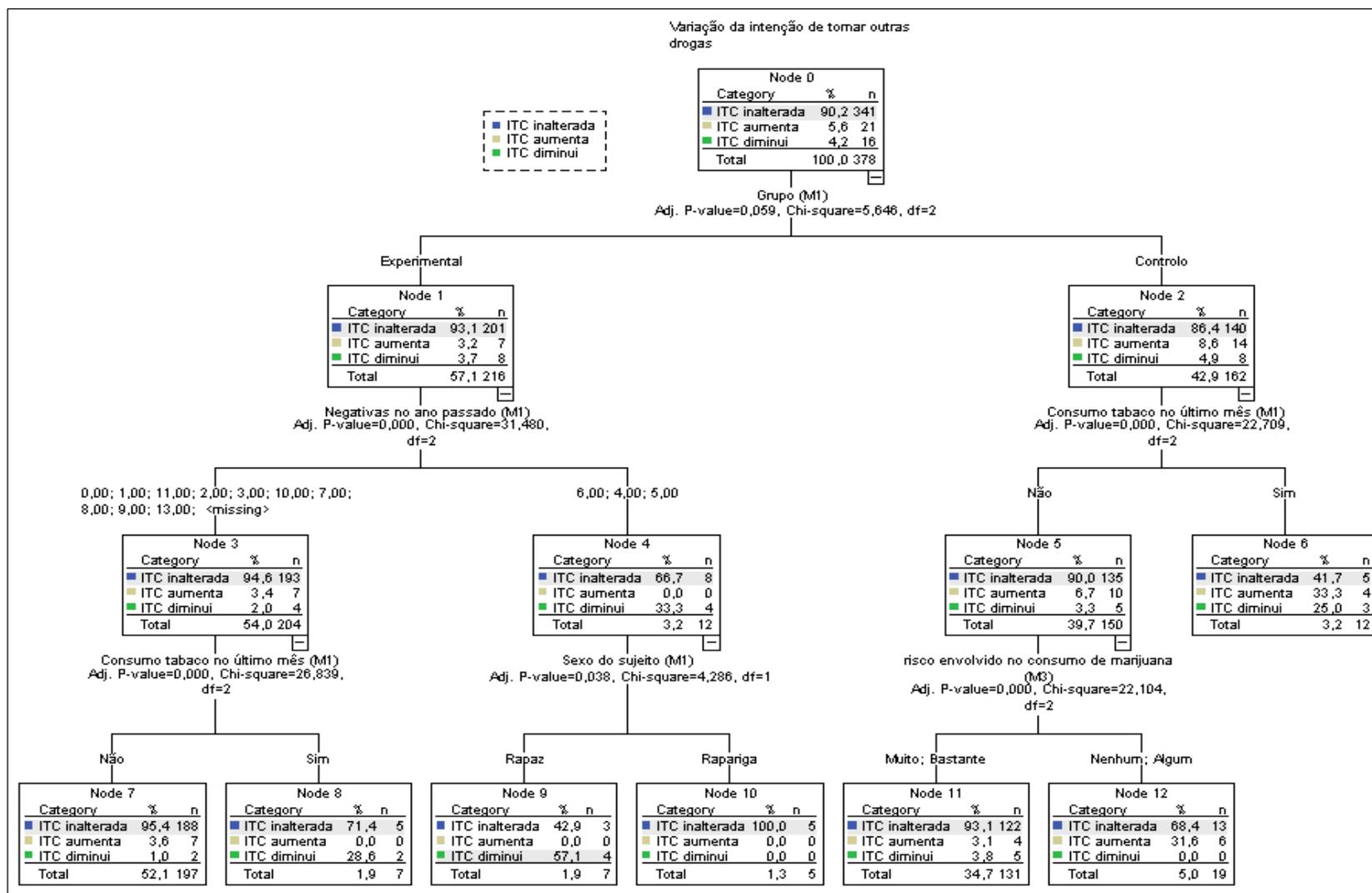


Figura 15. Árvore de decisão considerando a variação da intenção de consumo de outras drogas

CAPÍTULO 8

DISCUSSÃO

Neste capítulo, procede-se à interpretação dos principais resultados atendendo aos objetivos definidos nesta investigação bem como à literatura existente neste domínio.

Primeiramente, há que frisar que as amostras em que se baseia a validação deste programa são equiparáveis do ponto de vista sociodemográfico (idade, género, naturalidade, etc.) e mantiveram-se ao longo dos momentos de avaliação com valores de mortalidade aceitáveis. Ademais, não se detetaram na avaliação da linha base diferenças significativas entre os grupos experimental e de controlo no que aos níveis das variáveis relevantes na avaliação do programa diz respeito (comportamentos de consumo, intenção de consumo, percepção normativa, autoeficácia, assertividade, etc.).

A maioria dos participantes é filho de pais com nível de estudos básico e alega boa relação com a família, o que pode assegurar a não interferência de fatores psicossociais adversos (a maioria gera-se no seio de famílias disfuncionais e incompetentes no provimento de relações seguras e satisfatórias), nem a ingerência de fatores de proteção não controlados (por exemplo, a informação sobre os efeitos das drogas que cuidadores com níveis de estudos superiores poderiam providenciar).

Pensa-se, assim, ter achado as condições investigativas necessárias à aplicação de um estudo válido e potencialmente validatório do programa Saluda / Manifesta Saúde.

A **primeira hipótese** desta investigação suporta que a intervenção será eficaz na variável de consumo quando comparada ao grupo de controlo. Esta confirma-se, na medida em que no pós teste registaram-se diferenças significativas intergrupos, nomeadamente no que concerne ao consumo de tabaco e charros, sendo que este diminuiu no grupo experimental comparativamente com o grupo de controlo. A hipótese não é confirmada no consumo de outras drogas. A diminuição significativa do consumo de álcool no grupo experimental face ao grupo de controlo detetou-se apenas no *follow-up*. Também neste último momento de avaliação, registou-se um aumento de consumo de marijuana no grupo de controlo face ao experimental. Outro dado curioso é que somente 1% do grupo experimental iniciou o consumo de outras drogas no último ano contra 5% no último ano no grupo de controlo. Estes resultados atestam a eficácia do Saluda/ Manifesta Saúde na prevenção de novos casos de consumo de drogas, tal como é referido por Espada e Méndez (2003). Este programa também mostra-se eficaz na redução do consumo de tabaco e marijuana, mas relativamente ao álcool, parece ser eficaz somente

depois de transcorrido algum tempo. É possível que a pressão social, mediada pela cultura, no sentido da aceitação do álcool enquanto artefacto convencional de relação interpessoal (não só no convívio com os pares, mas também por parte das famílias) atrase de forma massiva os efeitos preventivos do programa sobre as atitudes e comportamentos de consumo face a esta substância psicoativa. Relativamente a outras drogas, talvez a população dos grupos experimental e de controlo mostre-se tão parca em percentagens de consumos de outras substâncias psicoativas, que acaba por inviabilizar inferências sobre a eficácia deste programa preventivo nesse âmbito específico.

A **segunda hipótese** sustenta que a intenção de consumo diminuirá no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo. Esta é corroborada no que se refere ao aumento da certeza de não querer consumir tabaco e charros no grupo experimental face ao de controlo. No momento de *follow-up* esta tendência expande-se relativamente ao consumo de álcool. Não se observaram diferenças significativas relativamente à intenção de consumo de outras drogas. Interessantemente, o funcionamento da variável intenção de consumo, a que se dedica esta hipótese, acompanha a eficácia do programa saluda / manifesta saúde, na medida em que: notou-se um aumento da certeza de não querer consumir tabaco e álcool no grupo experimental. Parece ser necessário mais tempo para gerar um efeito preventivo face ao álcool. Mais uma vez, não se detetaram diferenças entre os grupos experimental e de controlo quanto às intenções de consumo de outras drogas. Esta coincidência entre a intenção de consumo e a eficácia preventiva do programa poderá implicar que a discussão dos fatores intervenientes na eficácia do programa podem ser transpostos para explicar esta variável. Com efeito, a intenção de consumo, enquanto atitude de consumo, é um forte preditor dos comportamentos de consumo e existe numerosa bibliografia que o sustenta.

A **terceira hipótese** baseia-se na premissa de que a perceção de risco aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo. Esta não se confirma, pois observa-se um aumento da perceção de risco no grupo de controlo face ao grupo experimental no pós teste e nenhuma diferença relevante entre os dois grupos no *follow-up* a semelhança do registado no programa de Espada, Méndez, e Hidalgo (2003). Efetivamente, o programa saluda/manifesta saúde baseia-se fundamentalmente em

premissas modernas e cientificamente validadas como a informação objetiva (emocionalmente neutra) sobre as drogas lícitas e ilícitas e treino de competências. Como não incide em aspetos como a dissuasão pelo medo da letalidade das drogas, parece ser natural que a perceção de risco se mantenha inalterada e que inclusive diminua com o programa a curto prazo. Paradoxalmente, o medo ou a consciência da letalidade não implica mais aversão ao consumo de substâncias psicoativas e até poderá ter um efeito contrário e aumentar a propensão para o consumo e essa realidade é caracterizada em estudos baseados na evidência. A intenção de consumo aumenta entre os alunos que já experimentaram alguma substância, assim se já experimentaram tabaco, consideram o consumo de charros com menor risco e admitem vir a consumir outras drogas no futuro.

A **quarta hipótese** sugere que a perceção normativa do consumo melhorará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo. Esta confirma-se apenas no *follow-up*, detetando-se diferenças significativas, designadamente na diminuição da percentagem de consumo na norma percebida do grupo experimental face ao grupo de controlo. Esta trata-se de uma variável muito cognitiva, a que o Saluda / Manifesta saúde dedica uma atividade muito direta e incisiva. Com efeito, pelo alívio de pressão social que proporciona aos participantes, pode fornecer um efeito preventivo do uso de drogas muito apreciável. De notar que esta variável altera-se significativamente apenas no *follow-up*, tal como a intenção de consumo de álcool, coincidência que parece ter um interesse explicativo e confirmatório do alívio de pressão social que é necessário para produzir um efeito preventivo eficaz sobre o consumo de álcool. Os dados apontam para uma volatilidade do conceito que deve ser reforçada com sessões de esclarecimento.

A **quinta hipótese** apoia que o nível de autoeficácia aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo. Esta não é sustentada pelos resultados deste estudo, em nenhum dos momentos ulteriores de avaliação. A autoeficácia é uma variável marcadamente sócio emocional, complexa, potencialmente composta por múltiplos fatores. Segundo Bandura, no mínimo, o desenvolvimento da autoeficácia implicaria o contacto com modelos vicários, a exposição a comportamentos vicariantes, o treino de modelagem e a aquisição de um sentimento de mestria sobre o comportamento socialmente condicionado. Acresce que o questionário utilizado não é específico, não

correspondendo à mensuração da autoeficácia para rejeitar drogas. Tal pode implicar que a autoeficácia generalizada demora muito mais tempo a desenvolver e implica mais recursos que o fomento de uma variante específica ligada à gestão do consumo de drogas.

A **sexta hipótese** indica que o nível de assertividade aumentará no grupo que recebeu a intervenção face ao grupo de controlo. Esta não é sustentada pelos resultados deste estudo, em nenhum dos momentos ulteriores de avaliação. A assertividade é uma variável fortemente baseada na detenção de competências específicas afetas ao comportamento social. Como tal, implica muito tempo e intensidade de treino para ser adquirida e consolidada. Tal como no caso da autoeficácia, a assertividade treinada neste programa é específica para rejeitar substâncias psicoativas e foi medida por um instrumento generalista e que poderá carecer da sensibilidade necessária para registar os efeitos das competências adquiridas. Outro aspeto fundamental é que esta hipótese, para ser validada, implicaria que todos os adolescentes teriam um comportamento passivo à partida. Ora, é lógico pensar que os jovens que á partida tivessem um comportamento mais agressivo, registassem uma diminuição dos níveis de assertividade no grupo experimental, devido ao treino de competências sociais, e isso é também de grande interesse preventivo. A assertividade e autoeficácia são conceitos estáveis e o programa não alterou, contudo provou-se a importância da assertividade na prevenção do consumo de charros, pois alunos mais assertivos não pretendem consumir charros no futuro.

A **sétima hipótese** sustenta que a médio prazo, existirão mudanças nas variáveis protetoras (fatores de proteção) e observar-se-á um menor número de casos de novos consumidores no grupo experimental. Com efeito, entre M1 e M3 verificaram-se diferenças significativas, tanto no abandono dos consumos, quanto na prevenção de novos consumos. Embora a percentagem de embriaguezes tenha-se mantido inalterada em ambos os grupos e não se tenham verificado diferenças significativas quanto ao consumo de outras drogas (por razões já discutidas e inerentes a uma amostra pouco consumidora), o consumo de álcool, tabaco, marijuana e cocaína decresceu ou manteve-se no grupo experimental, enquanto no grupo de controlo continuou a aumentar. Quanto á variáveis protetoras, a perceção de risco aumentou de forma não significativa no grupo experimental, contra um decréscimo no grupo de controlo, e apenas relativamente ao

consumo de álcool e tabaco. A percepção normativa inerente à percentagem de pessoas da mesma idade que bebem álcool, fumam, embebedam-se e fumam charros é menor em M3 no grupo experimental face ao grupo de controlo. Outros fatores protetores como a autoeficácia e a assertividade aumentaram em ambos os grupos. A intenção de consumo manteve-se inalterada em ambos os grupos, exceto no caso do tabaco, em que a probabilidade de poder vir a fumar aumenta no grupo de controlo, comparativamente com o grupo experimental. O funcionamento da percepção de risco remete para a possibilidade das informações veiculadas no programa preventivo terem sido eficazes contra as pressões sociais no sentido da normalização e subestimação dos efeitos nefastos para a saúde do tabaco e do álcool, mormente por serem drogas lícitas, legalmente tributadas e ainda alvo de alguma publicidade. A isto, junta-se a possível influência do trabalho sobre a percepção normativa, do qual resultou um alívio da pressão social para consumir drogas. Daqui resultaram divergências entre o grupo experimental e o de controlo, pelo que os consumos diminuíram nas drogas mais consumidas pelos participantes, enquanto os que não beneficiaram do programa continuaram no crescendo de consumo. Não é de negligenciar que os jovens de ambos os grupos estão em franco desenvolvimento, não somente físico, mas também psicológico e social. Tal implica, pelo menos relativamente à evolução de variáveis afetas a um desenvolvimento saudável da personalidade como a autoeficácia e a assertividade, o levantamento da possibilidade de o efeito do assombroso desenvolvimento psicobiológico que alcança a população estudada abafar os efeitos do programa.

A **oitava hipótese** apoia que o programa será menos eficaz no caso dos alunos que consumiam previamente. Tal hipótese é contrariada, pelo menos parcialmente, na medida em que este programa contribui para a diminuição da intenção de consumo de álcool, especialmente entre os jovens que já experimentaram essa substância antes. Tal poderá implicar que o programa Saluda / Manifesta Saúde poderá não estar limitado a uma vocação somente de prevenção primária do uso de drogas. Estes resultados podem apontar para aplicações pertinentes do programa dentro da prevenção secundária – um âmbito preventivo muitas vezes negligenciado, talvez pela premissa errónea de que nada à fazer para prevenir o abuso de substâncias na população consumidora. Como já foi abordado, a filosofia não julgadora deste programa preventivo é baseada em informações

realistas e neutras do ponto de vista emocional e dá espaço a que os jovens formem as suas próprias representações sobre o consumo de drogas. Tal não suscita tão facilmente efeitos paradoxais de exacerbamento de consumos ligados a reações de rebeldia que poderiam normalmente advir de abordagens preventivas moralistas ou centradas no medo da letalidade das drogas (Sussman & Ammes, 2008).

Gostaria, no entanto, de deixar expressa, como reflexão a nossa expectativa em relação ao estudo e quais os resultados que poderíamos alcançar. A nossa base de partida, foi o Programa Saludo – Saluda ao Fim de Semana, da autoria de Espada e Méndez (2003), considerado o programa de maior sucesso, em Espanha, para o contexto escolar. Como já referido é um programa direcionado para a prevenção de consumo de álcool e drogas sintéticas, durante os fins-de-semana. É destinado a adolescentes, com idades entre os doze e os catorze anos (alias idade de início de saída à noite dos jovens na Madeira, aos fins de semana. Foi desenhado, este programa, para ser implementado em contexto escolar, com o intuito de desenvolver nos adolescentes habilidades, como a assertividade e a capacidade de resistência contra os consumos. E, a Região Autónoma da Madeira, se bem que não tivesse uma relevância no consumo das drogas, tinha-o no consumo de álcool, onde desde cedo, os jovens eram “iniciados” nesta prática, por tradições culturais, que tinham a ver, em épocas mais recuadas, com a sua orografia/clima de zona mais elevadas e dificuldade financeira de vida das populações das zonas rurais e das zonas altas do Funchal.

Além disso, as novas juventudes, de agora, estão a manter-se demasiadamente fieis a determinadas tradições e a começar cada vez mais cedo, a sua iniciação no álcool, para além do tabaco (aliás, as “drogas” licitas, que os incentivam através de marketing e publicidade com uma boa dose de atração).

Este Programa Saluda foi precedido por outros estudos em Espanha, no sentido de melhorar a resposta dos jovens a evitarem ou reduzirem o consumo de álcool e outras drogas, com experiência de métodos interativos (Espada, Rosa, & Méndez, 2003), com mínimos de horas mais elevados, para produzir importantes mudanças no uso de substâncias (White & Pitts, 1998), para além de muitos outros estudos, o que o levou a tornar-se o programa mais eficaz, em comparação com outros programas destinados a reduzir o consumo de álcool e não promover atitudes favoráveis ao uso das drogas.

Ora eram precisamente estes dois aspetos (a que poderíamos acrescentar a diminuição do consumo do tabaco), que constavam das nossas expectativas pois, nomeadamente na diminuição do uso do álcool, mesmo resultado, muito bem, como foi o caso de uma diminuição de utilização bastante significativa, essa percentagem ainda ficou perto dos 45% o que, mesmo com as condições apropriadas vai levar a que tenha que passar uma geração para que se inverta a situação.

Além disso, deva haver nas escolas uma continuidade de acompanhamento, através de ações que possam lembrar o programa Manifesta Saúde.

CAPÍTULO 9

CONCLUSÕES

Aquando o pré teste, os grupos experimentais e controlo eram estatisticamente iguais para o conjunto de parâmetros e escalas medidos. Foram exceção a esta regra as seguintes variáveis:

- Número de irmãos, pois entre os alunos do grupo controlo há mais irmãos;
- Consumo de álcool no último mês com maior consumo de álcool entre os alunos do grupo experimental;
- Probabilidade de beber álcool superior entre os alunos do grupo experimental.

Após a primeira intervenção observamos:

O consumo de álcool entre os alunos do grupo experimental reduziu relativamente ao pré teste mas não relativamente ao grupo de controlo, no momento 1. Este resultado é relevante porque no grupo experimental estava registada maior percentagem de alunos com consumo de álcool e logo após a primeira intervenção essa percentagem diminuiu de forma significativa. No *follow-up* já existem diferenças significativas entre as duas amostras sendo menor o consumo de álcool entre os alunos do grupo experimental. As diferenças significativas no consumo de álcool registam-se entre o primeiro e segundo momento. Embora estes resultados sejam bastante positivos não podemos ignorar o facto de aproximadamente 10% dos alunos consumirem álcool no mês que antecedeu a aplicação do *follow-up* e mais relevante o facto de perto de 60% dos alunos terem experimentado alguma vez álcool. O programa resulta na redução dessa percentagem para perto dos 45%.

Após a intervenção registou-se uma diminuição significativa na percentagem de alunos abrangidos pelo programa que consumiram tabaco e marijuana, quer recentemente, quer alguma vez, assim como um redução na percentagem de alunos que consumiram anfetaminas, alucinogénios, e *ecstasy* alguma vez. No *follow-up* existem diferenças entre os dois grupos de alunos com menor percentagem de consumo entre os alunos do programa, comparativamente aos alunos do grupo de controlo; apenas não se registam diferenças no consumo recente de cocaína, anfetaminas, alucinogénios e *ecstasy*. Em geral, os alunos abrangidos pelo programa reduzem o consumo de substâncias relativamente aos alunos do grupo controlo o que confirma a importância da implementação deste tipo de programas nas escolas e a sua permanência ao longo do tempo.

Conclusões

Após a primeira intervenção, os alunos do grupo experimental registaram aumento do risco percebido no consumo de tabaco, álcool, e cocaína, mas essas diferenças esbateram-se para o *follow-up*. A percepção do risco é pouco estável, pois no *follow-up*, os alunos sujeitos ao programa registaram valores próximos do pré-teste, este facto confirma a necessidade de não só aplicar o programa, como regularmente haver sessões de esclarecimento para recordar aos alunos os riscos dos consumos- Este resultado pode ser explicado pela importância que os jovens atribuem nesta fase da via à opinião dos pares.

O risco percebido requer intervenções com alguma regularidade que “atualizem” os valores reduzindo o risco de novas experiências e consumos de álcool, tabaco, ou outras drogas.

A intervenção permite que os alunos tenham uma percepção mais ajustada da percentagem de jovens que incorrem em comportamentos de risco como consumo de álcool, tabaco ou charros o que desincentiva a experiência e consumo destas substâncias. É importante que os jovens percebam que o número de pessoas da mesma idade que consomem substâncias é menor, pois existe o efeito de grupo que é incentivo para novos consumos.

Da escala de autoeficácia, os alunos do grupo de controlo revelam maior confiança perante situações inesperadas após a primeira intervenção. No *follow-up* não se observam diferenças entre os dois grupos, logo a intervenção não produz resultados visíveis a este nível. Da mesma forma não se observa efeito do programa ao nível da assertividade, pois estes conceitos são bastante estáveis no curto prazo ou já fazem parte da forma de proceder dos jovens e não são alteradas com intervenções pontuais.

Após a primeira intervenção, os alunos sujeitos ao programa reduziram a probabilidade de consumir tabaco e charros. No *follow-up*, este resultado mantém-se com exceção das outras drogas em que os alunos dos dois grupos convergem nos resultados.

Ao avaliar o efeito da interação do conjunto de escalas sobre a intenção de consumir álcool surge logo a importância do programa na redução da intenção de consumo de álcool. Quanto maior é o risco percebido menor a probabilidade de vir a consumir e a intenção de consumo de álcool. Por outro lado, entre alunos com percepção maior do risco associado ao consumo de cocaína e marijuana, consideram vir a consumir álcool no futuro. Isto é, ao esclarecer sobre o risco do consumo de cocaína e marijuana

podemos cair na desvalorização do risco do álcool, sobretudo entre jovens que já consumiram álcool.

A intenção de consumir tabaco no futuro é superior entre os alunos que já experimentaram tabaco; podemos afirmar que apenas a experiência de tabaco é um fator de incentivo ao consumo futuro, agravado ainda com a presença de maus resultados escolares.

Os maus resultados escolares voltam a ser um fatores de risco ao consumo de charros entre os alunos que participaram no programa. Menor assertividade e a experiência anterior de consumo de tabaco a percepção do menor risco no consumo de álcool aumentam a intenção de consumo de charros.

Este espaço permitira evidenciar algumas limitações identificadas, durante o percurso do projeto. Contrariamente ao que acontece em Espanha, onde as aulas duram 60 minutos, em Portugal as aulas têm uma duração de 45 minutos. Em virtude desta diferença substancial, foi preciso reduzir o tempo utilizado em certas atividades, chegando-se mesmo a dispensar algumas delas. O impacto deste especto concreto, sobre o resultado do programa, é para nós desconhecido. A avaliação poderia ter incidido sobre outras dimensões trabalhadas no programa (como por exemplo nível de conhecimento das drogas,). Uma vez mais, por limitações temporais (pressão externa para aplicação do programa num determinado período) e escassez de instrumentos validados em Portugal, tal não foi possível. Ainda em relação aos instrumentos, como referido anteriormente, utilizaram-se escalas gerais na avaliação da assertividade e da autoeficácia. À semelhança do que aconteceu noutros estudos do Programa Saluda, questiona-se se tivesse optado por escalas mais específicas (por exemplo, assertividade perante as drogas) teríamos obtido resultados mais relevantes nestas variáveis. Os professores foram seleccionados por serem ou diretores de turmas ou professores de áreas que apresentassem maior disponibilidade de tempo, para este estudo, Questiona-se se a escolha dos professores tivesse em conta a sua maior inclinação/vocação para estas temáticas poderia conduzir a resultados mais expressivos.

Como conclusões finais deste estudo poderemos deixar algumas mensagens finais sobre o mesmo, como sejam:

Conclusões

1. O programa é eficaz para os adolescentes portugueses, uma vez que o grupo apresenta menos consumo de substâncias, redução dos consumos e menos probabilidade de consumir no futuro.
2. O consumo de álcool reduz significativamente, no curto prazo, mas ainda assim a percentagem de adolescentes que já experimentaram álcool é muito elevada, produto de tradições e crenças ainda arraigadas, que diluem o efeito da intervenção, no longo prazo.
3. A experiência de tabaco aumenta a intenção de consumir no futuro e é agravada na presença de resultados escolares negativos.
4. Os adolescentes que já experimentaram tabaco têm maior probabilidade de vir a experimentar charros e eventualmente outras drogas, sendo o programa um fator protetor.
5. Maior perceção de risco corresponde a menor intenção de consumo.
6. A perceção do risco é pouco estável e sem novas ações de sensibilização, os alunos das escolas voltam a valores próximos dos iniciais.
7. Os maus resultados escolares explicam o aumento da intenção de consumo de tabaco e de charros.
8. Chega-se à conclusão que a médio prazo se verificaram diferenças significativas favoráveis, tanto no abandono dos consumos, quando na prevenção de novos consumos. Faz-nos antever, com as premissas do ponto seis, que os maiores efeitos serão a longo prazo e o programa pode não estar limitado a uma vocação apenas de prevenção primária do uso das drogas.

CONCLUSIONS

During the pre-test, the experimental and control groups were statistically equivalent for the set of measured parameters and scales. The following variables were the exception to this rule:

- Number of siblings, for among the students of the control group there are more siblings;
- Alcohol consumption in the last month, with the highest alcohol consumption among students in the experimental group;
- Higher probability to drink alcohol among students in the experimental group.

After the first intervention, it was observed:

Alcohol consumption among students in the experimental group decreased when compared to the pre-test but not in relation to the control group. This result is relevant because in the control group it was recorded a highest percentage of students with alcohol consumption and right after the first intervention this percentage decreased significantly. In the follow-up there are already significant differences between the two samples, being lower the alcohol consumption among students in the experiment group. The significant differences in alcohol consumption are recorded between the first and second moments. Although these results are very positive, we cannot ignore the fact that approximately 10% of the students had consumed alcohol in the month prior to the implementation of follow-up and, more relevant, the fact that nearly 60% of the students have tried alcohol at some point. The program results in the reduction of that percentage to near 45%.

After the intervention, there was a significant reduction in the percentage of students involved in the program who consumed tobacco and marijuana, either recently or at some point, and a reduction in the percentage of students who used amphetamines, hallucinogens and ecstasy. In the follow-up, there are differences between the two groups of students, with a lower percentage of use among the students of the program compared to the students in the control group. No differences were recorded in recent use of cocaine, amphetamines, hallucinogens and ecstasy. In general, the students under the program reduced the consumption of substances compared to the students in the control group, which confirms the importance of implementing such programs in schools and its permanence over time.

Conclusões

After the first intervention, the students in the experimental group experienced an increase in the perceived risk in the consumption of tobacco, alcohol and cocaine, but these differences have blurred in the follow-up. The perception of the risk is unstable because the follow-up students subject to the program recorded values near the ones on the pre-test. This confirms the need to not only apply the program but also to regularly implement information sessions to remind students of the risks of consumption. This result can be explained by the importance that young people attribute, in this stage of life, to the opinions of peers.

The perceived risk requires interventions on a regular basis to “update” the values, reducing the risk of new experiences and alcohol, tobacco or other drugs consumption.

The intervention allows student to have a more accurate perception of the percentage of young people who incur in risk behaviors such as the consumption of alcohol, tobacco or joints, which discourages the experience and use of these substance. It is important that young people realize that the number of people the same age who use substance is lower, as there is a group effect that is an incentive for new consumptions.

Self-efficacy scale, the students in the control group showed greater confidence before unexpected situations after the first intervention. In the follow-up no differences were observed between the two groups, so the intervention does not produce visible results at this level. Similarly, it is not observed an effect of the program at the level of assertiveness, as these concepts are quite stable in the short term or have been part of young people’s way of acting and do not change with occasional interventions.

After the first intervention, the students subject to the program reduced the probability of consuming tobacco and joints. In the follow-up, this result remains, except for the other drugs in which the students of the two groups converge in the results.

When evaluating the effect of the interaction of the set of scales on the intention of consuming alcohol, soon comes the importance of the program in reducing the intention of alcohol consumption. The higher the perceived risk, the lower the probability of consuming alcohol and the intention of its consumption. On the other hand, students with higher perception of risk associated with cocaine and marijuana consumption consider consuming alcohol in the future. This is revealing about the risk of cocaine and marijuana consumption, as we call fall into the devaluation of the risk of alcohol, particularly among young people who have already consumed alcohol.

The intention of consuming tobacco in the future is higher among students who have already tried tobacco. We can say that the tobacco experience itself is a motivating factor for future consumption, further aggravated by poor school results.

The poor school results are again a risk factor for the consumption of joints among the students who participated in the program. Less assertiveness, previous experience of tobacco consumption and the perception of lower risk in the consumption of alcohol increase the intention of the consumption of joints.

This space will allow the demonstration of some limitation identified during the project implementation. Contrary to what occurs in Spain, where classes last 60 minutes, in Portugal the classes are 45 minutes long. Due to this substantial difference, it was necessary to reduce the time spent on certain activities, being some of them put aside. The impact of this particular aspect on the outcome of the program is unknown to us. The evaluation could have focused on other dimensions worked in the program (such as the level of knowledge about drugs). Once again, due to time constraints (external pressure to implement the program in a given period) and the lack of validated instruments in Portugal, this was not possible. Also in relation to the instruments, as mentioned above, we used general scales in the assessment of assertiveness and self-efficacy. Similar to what happened in other studies of the Saluda Program, we wonder if we had opted for more specific scales (for example, assertiveness before drugs) would we have obtained more relevant results in these variables. Implementers were selected for being either class directors or teachers of subjects which had more time available for this study. We wonder if the choice of teachers had taken into account its higher steepening / vocation regarding these issues it could lead to results that are more significant.

As final conclusions of this study, we can leave some final messages about it, such as:

1. The program is effective for Portuguese adolescents, since the group show less substance abuse, reduction of consumption and less probability to consume in the future.

Conclusões

2. Alcohol consumption reduces significantly, in the short term, but the percentage of adolescents who have already tried alcohol is still very high, as the result of traditions and beliefs, which dilute the effect of the intervention, in the end.
3. The tobacco experience increases the intention to consume in the future and is aggravated by the negative school results.
4. Adolescent who have already tried tobacco are more likely to experience joints and possibly other drugs in the future, being the program a protective factor.
5. A higher perception of risk corresponds to less intention of consumption.
6. The perception of risk is unstable and without further awareness raising activities students return to values close to the initial. This confirms the need to not only apply the program, but also to regularly implement information sessions to remind students about the risk of consumption and blur the group effect.
7. The poor school results explain the increase of the intention to consume tobacco and joints.
8. We conclude that, in the medium term, significant favorable differences were found both in the abandonment of consumption, and in the prevention of new consumptions. It makes us foresee, with the assumptions in point six, that the greatest effects will be on the long term and the program may not be limited to the primary prevention of drug use.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago, IL: The Dorsey Press.
- Ajzen, I., Timko, C., & White, J. B. (1982). Self-monitoring and the attitude-behavior relation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 426-435.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. C. (1974). *Your perfect right: A guide to assertive behavior*. San Luis, CA: Impact.
- Alonso, C. (2005). La prevención del consumo de drogas en España: evolución y propuestas para la reflexión. *Revista Española de Drogodependencias*, 30(3), 367-381.
- Amengual, M., & Calafat, A. (1997). Un modelo evaluado de prevención escolar: El programa "Tú decides". *Revista de Estudios de Juventud*, 40, 111-126.
- Antón, F. A., & Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- APA - American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, D C: APA.
- Aragão, M. J., & Sacadura, R. (2002). *Guia Geral das Drogas: explicar o seu mecanismo e as suas consequências*. Lisboa: Terramar.
- 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.
- 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. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Halls.

Referências

- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la Prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Becoña, E., & Gutiérrez-Moyano, M. M. (1987). Las terapias de solución de problemas: una revisión. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 5, 89-118.
- Biglan, A., Glasgow, R., Ary, D., Thompson, R., Severson, H., Lichtenstein, E., Weissman, W., Faller, C., & Callison, C. (1987). How generalizable are the effects of smoking prevention programs? Refusal skills training and parent messages in a teacher administered program? *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 613- 627. doi: 10.1007/BF00846658
- Bobes, J., Lorenzo, P., & Sáiz, P. (1998). *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. Barcelona: Masson.
- Bobes, J., Sáiz, P. A., Gonzalez, M. P., & Bascarán, M. T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13(Supl. 2), 23-36.
- Borges, C., & Filho, H. (2004). *Usos, abusos e dependências, Alcoolismo e toxicoddependência* (2º vol.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bornás, X., & Tortella, M. (1998). Conceptualización, evaluación y tratamiento cognitivo-conductual. In S. Cervera, M. Roca, & J. Bobes (Eds.), *Fobia Social* (pp. 51-62). Barcelona: Masson.
- 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* (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2000). Preventing substance use and abuse. In K. M. Minke, & G. C. Bear (Eds.), *Preventing school problems-promoting school success: strategies and programs that work* (pp. 259-298). Bethesda, MD: National Association of School Psychologists.
- Botvin, G. J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health*, 56, 369-386.

- Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors, 25*, 887–897. doi:10.1016/S0306-4603(00)00119-2
- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of primary prevention, 25*(2), 211-232. doi: 10.1023/B:JOPP.0000042391.58573.5b
- Botvin, G. J., & Wills, T. A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. In C. Bell, & R. J. Battjes (Eds.), *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents* (NIDA Research Monograph 63). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Brook, D., Brook, J., Zhang, C., Cohen, P., & Whiteman, M. (2002). Drug Use and The Risk of Major Depressive Disorder, Alcohol Dependence, and Substance Use Disorders. *Archives of General Psychiatry, 59*, 1039-1044.
- Brown, S. (2008). Developmental Perspective on Alcohol and Youths 16 to 20 Years of Age. *Pediatrics, 121*, 290-310. doi: 10.1542/peds.2007-2243D
- Bruvold, W. H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health, 83*, 872-880.
- Bukoski, W. J. (1986). School-based substance abuse prevention: A review of program research. In S. Griswold-Ezekoye, K.L. Kumpfer, & W.J. Bukoski (Eds.), *Childhood and chemical abuse* (pp. 95-115). Nueva York: Haworth.
- Caballero, F. (1989). *Droit de la drogue*. Paris: Dalloz éditeur.
- Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (5ª edición). Madrid: Siglo XXI.
- Calafat, A. (Ed.) (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in europe*. Valencia: Martin Impresores, S.L.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., & Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones, 20*(1), 37-47.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., & Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema, 21*(2), 227-233.

Referências

- Calimari, J. E., & Cox, W. M. (1996). Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. In V. E. Caballo, G. Buela-Casal, & J. A. Carrobes (Coord.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 205-240). Madrid: Siglo XXI.
- Caplan, M. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Piados.
- Cardoso, Z. (2002, Setembro). A Avaliação da formação. In *Seminário sobre a Avaliação da Formação*, Direcção-Geral de Desenvolvimento Rural, Lisboa.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 195-219.
- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Champion, V. L., & Strecher, V. J. (2002). The Health Belief Model. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath (Ed.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. Glantz, & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug use* (pp. 15-51). Washington, D.C.: APA.
- Clayton, R. R., Cattarello, A., Day, L. E., & Walden, K. P. (1991). Persuasive communication and drug prevention: An evaluation of the D.A.R.E. program. In L. Donoher, H. Sypher, & W. Bukoski (Eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp. 295-313). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Asociacion.
- Cleaveland, B. L. (1994). Social cognitive theory recommendations for improving modeling in adolescent substance abuse prevention programs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 53-68.
- Cochrane, C., Malcom, R., & Brewerton, T. (1998). The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addictive Behaviors*, 23, 291-307.
- Collins, L., Sussman, S., Rauch, J., Dent, C., Johnson, C., Hansen, W., & Flay, B. (1987). Psychosocial predictors of Young Adolescent Cigarette Smoking: A sixteen-month, Three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(6), 554-573.

- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (2002). *Programas modelo*. Retrieved from <http://modelprograms.samhsa.gov>
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- De Jong, W.M. (1987). *De sociale beweging van opiatengebruikers in Nedrerland (Responses of self-organizations of drug users in the Netherlands against AIDS)*. Unpublished Dissertation.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C., Espada, J. P., Torregrosa, M. S., & García-Fernández, J. M. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y Drogas*, 5(2), 55-65.
- 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.
- DGIDC - Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (2007). *Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação de Portugal.
- Dielman, T. E., Kloska, D. D., Leech, S. L., Schulenberg, J. E., & Shope, J. T. (1992). Susceptibility to peer pressure as a exploratory variable for the differential effectiveness of an alcohol misuse prevention program in elementary schools. *Journal of School Health*, 62(6), 233-237.
- DiPardo, R. (1993): Los patrones socioculturales de alcoholización en México. *JANO*, 44, 1521-1533.
- 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.
- Donaldson, S. I., Graham, J. W., Piccinin, A. M., & Hansen, W. B. (1995). Resistance skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. *Health Psychology*, 14(4), 291-300.
- Dorn, N., & Murji, K. (1992). *Drug Prevention: A review of the literature*. London: ISDD.

Referências

- Durlak, J. A. (1995). *School-Based Prevention Programs for Children and Adolescents*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dusenbury, L., & Falco, M. (1995). Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health*, 65, 420–425.
- Espada J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. In J. M. Ortigosa, M. J. Quiles, & F. X. Méndez (Eds.), *Psicología de la salud. Intervención con niños, adolescentes y familia* (pp. 325-348). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J. P., & Méndez, F. X. (2003). *Prevención del abuso de alcohol y drogas de síntesis*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., García-Fernández, J. M., & Orgilés, 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., Méndez, F. X., & Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de Alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingestión. *Adicciones*, 12(1), 57-64.
- 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., 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., Pereira, J. R., & García-Fernández, M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescents. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- 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 (2), 61-82.
- Espada, J. P., Sarabia, F., & Lillo, N. (1998, março). Los centros juveniles como recurso para la prevención del consumo de drogas. *Congreso de Alcohol, drogas de diseño y alternativas de ocio para jóvenes*, Madrid.

- Espada, J. P., Sussman, S., Huedo-Medina, T. B., & Alfonso, J. P. (2011). Relation between substance use and depression among Spanish adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 79-90.
- 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 in Educational Psychology*, 8(3), 315-328.
- Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, X., García-Fernández, & Inglés, C.J. (2008). Efectos del programa Saluda sobre factores cognitivos relacionados con el consumo de drogas. *Salud y drogas*, 8(1), 29-50.
- European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) (2007). *Overview of the ESPAD project: background, methodology and Organisation*. Akureyri: University of Akureyri.
- Evans, R. I., Rozelle, R. M., & Mittlemark, M. B. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate psychological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 126-135.
- Fabre, R., & Truhaut, R. (1977). *Toxicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti F. D., Versino E., Zambon A., Borraccino A., & Lemma P. (2008). Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. *Cochrane Database of systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD003020
- Fernández, J. R., & Secades, R. (2003). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos y Plan Nacional sobre Drogas.
- Flay, B. R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 5, 449-488.
- Flay, B. R. (2000). Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviors*, 25(6), 861-885.
- Flores, J.C. (1998). *Cómo Prevenir el consumo de Tabaco y Alcohol: Guía Didáctica para profesores*. Madrid: Editorial Escuela Española.
- Ganeri, A. (2002). *Drogas: Do êxtase á agonia*. Men Martins: Publicações Europa América.

Referências

- García-Rodríguez, J. A. (1991). Modelo de prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales. In *XIX Jornadas Nacionales de Socidroalcohol*, Santa Cruz de Tenerife.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de terapia de conducta*. Barcelona: Martínez Roca.
- Gázquez, M. (2010). *Comparación de tres programas de prevención de drogas en el ámbito escolar*. (Doctoral Dissertation). Universidad Miguel Hernández, Alicante.
- Gersick, K. E., Grady, K., & Snow, D. L. (1988). Social-cognitive skill development with sixth graders and its initial impact on substance use. *Journal of Drug Education*, 18, 55-70. doi: 10.2190/TPND-4H44-HL8U-453T
- Gil, E., & Romo, N. (2008). Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Revista de teología y ciencias humanas*, 66(129), 493-509.
- Gilchrist, L. D., & Schinke, S. P. (1983). Coping with contraception: Cognitive and behavioral methods with adolescents. *Cognitive Therapy and research*, 7(5), 379-388. doi: 10.1007/BF01187166
- Goldfried, M. R., & Davison, G. (1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gonçalves, A. (2008). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares*. (Doctoral Dissertation). Universidade do Minho, Braga.
- Goodstadt, M. S. (1978). Alcohol and drug education. *Health Education Monographs*, 6, 263-279.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Graña, J. L., Muñoz-Rivas, M., Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2000). Variables psicológicas relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes: depresión y autoconcepto. *Revista de Drogodependencia*, 25(1), 170-181.
- Grimes, J. D., & Swisher, J. D. (1989). Educational factors influencing adolescent decision making regarding use of alcohol and drugs. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 35(1), 1-15.

- Haeussler, I., & Milicic, N. (1995). *Confiar en uno mismo. Programa de desarrollo de la autoestima*. Santiago: Editorial Dolmen.
- Hammes, M., & Petersen, D. (1986). Teaching decision-making skills to a sixth grade population. *Journal of Drug Education*, 16(3), 233-242.
- Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum: 1980–1990. *Health Educational Research*, 7(3), 403-430.
- Herenberg, A. (1992). *Penser la drogue, penser les drogues*. Paris: Descartes.
- IBM (2012). *Manual IBM SPSS Decision Trees 21*. IBM Corporation. Retirado de <http://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg27024972>
- IDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (1996). *Relatório Nacional do Fenómeno da Droga*. Lisboa: IDT.
- IDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (2006). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência*. Lisboa: IDT.
- IDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (2011). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência*. Lisboa: IDT.
- Becoña, E. B. (2002). *Bases científicas de prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D., & Levine, D. W. (1997). The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents behavior. *American Journal of Public Health*, 87, 359-364.
- Jardim Fernandes, J. (2015). *Adaptação cultural do programa de prevenção Saluda: um estudo piloto*. (Doctoral Dissertation). Universidad Miguel Hernandez de Elche, Alicante.
- Jason, L. A., & Bogat, G. A. (1983). Preventive Behavioral Interventions. In R. D. Felner (Ed.), *Preventive Psychology: Theory, Research, and Practice* (pp. 128-143). New York: Pergamon.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. In D. J. Lettieri, M. Sayers & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, pp. 102-109). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Referências

- Jessor, R., & Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Jiménez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. In D. Lettieri, M. Sayers, & H. W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse* (pp. 120-127). Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry*, 21, 328-347.
- Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the Gateway Theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 447-457.
- Karp, I., & O'Loughlin, J. (2006). Risk factors for tobacco dependence in adolescent smokers. *Tobacco Control*, 15, 199-204. doi: 10.1136/tc.2005.014118
- Klitzner, M. (1998). Integrating environmental change theory into prevention practice. Northeast CAPT Regional Summit: Environmental Strategies to Reduce Youth Substance Abuse. *Providence, RI, Dec.*, 2-3.
- Kramer, J. F., & Cameron, D. C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58, 457-465.
- Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T., & Whiteside, H.O. (2008). Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Evaluation & the Health Professions*, 31, 226-239. doi: 10.1177/0163278708315926
- Luengo, A., Gómez, J. A., Garra, A., Romero, E., & Otero, J. M. (1998). *Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social*. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Luengo, 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: Ministerio de Educación y Cultura.

- Lynsky, M., & Sussman, S. (2001). Pilot studies. In S. Sussman (Ed.), *Handbook of Program Development for Health Behaviour Research Practice* (pp. 391-421). Los Angeles: Sage Publications.
- Macedo, T. (2000). Contributo das neurociências para a compreensão da Toxicodependência. *Toxicodependências*, 6(3), 3-16.
- Macià, D., Méndez, F. J., & Olivares, J. (1993). *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Macià, D., Olivares, J., & Méndez, F. X. (1991). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. In F. X. Méndez, D. Macià, & J. Olivares (Eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención* (pp. 97-129). Madrid: Pirámide.
- Maimon, O., & Rokach, L. (2005). *Data mining and knowledge discovery handbook*. Heidelberg: Springer.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la prevención por objetivos. In E. Becoña, A. Rodríguez, & I. Salazar (Ed.), *Prevención de las Drogodependencias* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- 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.
- Martínez, M., & Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas. ¿Existe relación? *Adicciones*, 15 (2), 145-158.
- Masten, A., & Faden, V. (2008). Underage Drinking: A Developmental Framework. *Pediatrics*, 121, 235-251. doi: 10.1542/peds.2007-2243A
- Mendonza, R. (2000). La prevención del tabaquismo entre los jóvenes: Un reto alcanzable. In J. Precioso, D. Viseu, L. Dourado, M. T. Vilaça, R. Henriques & T. Lacerda (Coord.), *Educação Para a Saúde*. Braga: Departamento de Metodologias da Educação – Universidade do Minho
- Milam, J., & Ketcham, K. (1991). *Alcoolismo: Os mitos e a realidade*. São Paulo: Nobel.

Referências

- Miller, J., Naimi, T., Brewer, R., & Everett, S. (2007). Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students. *Pediatrics*, *119*, 76-85. doi: 10.1542/peds.2006-1517
- 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.
- Morales, E., Ariza, C., Nebot, M., Pérez, A., & Sánchez, F. (2008). Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*, *22*(4), 321-9.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodpendente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Muisener, P. P. (1994). *Understanding and Treating Adolescent Substance Abuse*. London: SAGE Publications.
- Murray, D. M., Davis-Hearn, M., Goldman, A. I., Pirie, P., & Luepker, R. V. (1988). Four and five year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, *11*, 395-405.
- Murray, D. M., Pirie, P., Luepker, R. V., & Pallonen, U. (1989). Five and six-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, *12*, 207–218.
- Navarro, M. F. (2000). Educar para a saúde ou para a vida? Conceitos e fundamentos para novas práticas. In J. Precioso, F. Viseu, L. Dourado, M. Vilaça, R. Henriques, & T. Lacerda (Orgs.), *Educação para a Saúde* (pp. 13-28). Braga: Universidade do Minho.
- Negreiros, J. N.C. (1991). *Prevenção do Abuso do Álcool e drogas nos Jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Nutbeam, D. (1995). Exposing the myth. What schools can and cannot do to prevent tobacco use by young people. *Promotion and Education*, *2*, 11-4.
- OED – Observatório Espanhol sobre Drogas (2000). *Inquérito sobre Drogas a População Escolar*. Madrid: Ministerio del Interior.
- OED – Observatorio Español sobre Drogas (2008). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria ESTUDES 2008*. Oviedo: Ministerio de sanidad y consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- OEDT – Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe anual 2009. El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (2012). *A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicações da União Europeia
- OMS – Organização Mundial de Saúde (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. *Health Promotion 1*, iii-v.
- OMS – Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2008. Plan de medidas MPOWER*. Ginebra: OMS.
- Pascual, F. (2001). Aproximación histórica a la cocaína. De la coca a la cocaína. *Adicciones*, 13(Supl. 2), 7-22.
- Pastor, Y., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: Un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-24.
- Patton, R., Hilton, C., Crawford, M.J., & Touquet, R. (2004). The Paddington Alcohol Test: a short report. *Alcohol and Alcoholism*, 39(03), 266-268. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agh049>
- Pentz, M. A. (2001). Un ejemplo de prevención efectiva de la drogodependencia. El Proyecto STAR: Un programa completo de prevención de la drogodependencia basado en la comunidad. In F. De Arce (Ed.), *Ponencias de las V Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias* (pp. 49-55). Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón.
- Pereira, J.R., & García-Ferández, J.M. (2009). Evaluación de los efectos del programa preventivo saluda según la edad de los participantes. *Health and Addictions*, 9(1), 93-11.
- Petraitis, J., Flay, B. R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- Pickens, K. (1985). Drug education: the effects of giving information. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 30, 32-44.

Referências

- PNSD – Plan Nacional Sobre Drogas (2007). *Guía sobre drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M. & Antunes, H. (2012). Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(4), 182-187.
- Rathus, S.A. (1973). A 30-item Schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Rehfeldt, K. (1989). *Álcool e trabalho: Prevenção e administração do alcoolismo na empresa*. São Paulo: EPU.
- Ribeiro, L. C. (1997). *Avaliação da aprendizagem* (6ª Edição). Lisboa: Texto Editora.
- Richard, D. (1997). *As Drogas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Richard, D., & Senon, J. L. (1997). *Les tranquillisants et les hypnotiques, Que sais-je?* Paris: P.U.F.
- Richards, H., Bretz, S. W., Johnson, E. B. Turnipseed, S. D., & Brofeldt, B. T. (1999). Methamphetamine abuse and emergency department utilization. *West Journal Medical*, 170(4), 425-436.
- Rodríguez-Martos, A. (1996). Abuso de sustancias volátiles. In E. Becoña, A. Rodríguez, & I. Salazar (Coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 221-255). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Salazar, I., & Rodríguez, A. (1996). Drogas de síntesis: psicodélicos. In E. Becoña, A. Rodríguez, & I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 221-255). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Sánchez-Hervás, E. (2000). Uso de drogas en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 16(1), 79-85.
- Santacreu, J., Zaccagnini, J. L., & Márquez, M. O. (1992). *El problema de “la droga”*. *Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Schaps, E., Moskowitz, J.M., Malvin, J.H., & Scheffer, G.H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1081-1112.

- Schelegel, R. P., Crawford, C. A., & Sanborn, M. D. (1977). Correspondence and mediational properties of the Fishbein model: An application to adolescent alcohol use. *Journal of Experimental Social Psychology, 133*, 421-430.
- Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5th ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.
- 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.
- Secades, R. (1996). *Álcoolismo juvenil. Prevenção y Tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Smith, G. H., Coles, C. D., Poulsen, M. K., & Cole, C. K. (1995) *Children, Families, and Substance Abuse: Challenges for Changing Educational and Social Outcomes*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing C°.
- Snow, D. L., Tebes, J. K., Arthur, M. W., & Tapasak, R. C. (1992). Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *Journal of Drug Education, 22*(2), 101-114.
- So, D. W., Wong, F. Y., & DeLeon, J. M. (2005). Sex, HIV, and substance use among asian American college students. *AIDS Education and Prevention, 17*(5), 457-468. doi: 10.1521/aeap.2005.17.5.457
- 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.
- Thomas, R., & Perera, R. (2006). Programas escolares para la prevención del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus, 2*. Retrieved from <http://www.update-software.com>
- Thombs, D. L. (1994). *Introduction to Addictive Behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Tira- Picos, A., & Sampaio J. (2000). *A Avaliação Pedagógica na Formação Profissional - Técnicas e Instrumentos* (3.º Ed.). Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Referências

- Tobler, N. S. (1992). *Meta-Analysis of Adolescent Drug Prevention Programs: Final Report*. Rockville, Md: National Institute of Drug Abuse.
- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., Delgado, B., Martínez-Monteaagurdo, 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 and Crime (2011). *World Drug Report*. Vienna: UNODC. Retrieved from http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf.
- Van Den Bree, M. B. A., & Pickworth, W. B. (2005). Risk Factors Predicting Changes in Marijuana Involvement in Teenagers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 311-319. doi:10.1001/archpsyc.62.3.311
- Vogel, J. (2003). The Relationship between Depression and Smoking in Adolescents. *Adolescence*, 38(149), 57-74.
- Weiss, C.J., & Millman, R.B. (1998). Hallucinogens, phencyclidine, marijuana and inhalants. In R.J. Frances, & S.I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (2th. Ed.). New York: Guildford.
- Yubero, S., Larrañaga, E., Sánchez, M. C., Navarro, R., Montalvo, F., & Revuelata, C. (2005). *Estilo de vida y conductas asociadas al consumo de drogas en los jóvenes de Tarancón*. Cuenca: Ayuntamiento de Tarancón.

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

EXMO. SENHOR
DR. CARLOS ALBERTO CABAÇA
ALMEIDA ESTUDANTE

003320 /5

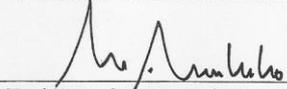
Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
	22/06/11	Proc. 5.72/11	30. JUN 2011

ASSUNTO: Autorização - Investigação - Estudo experimental na área da prevenção do abuso do álcool e outras drogas

Em referência à 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)

RA/ MCP

Direcção Regional de Educação - Ed. D. João - Rua Cidade do Cabo, n° 38 - 9050-047 Funchal
☎ 291708420 Fax 291708437

Mod. IE-700-015 - Sig.

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

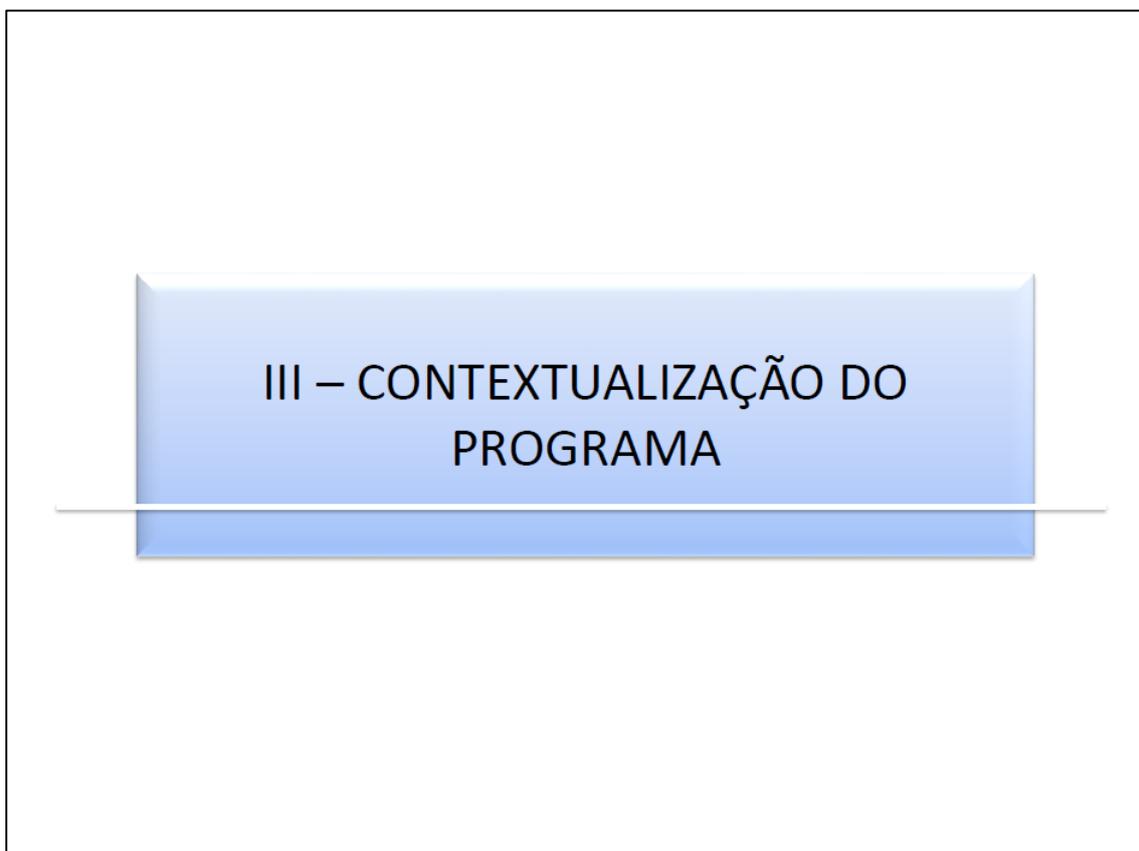
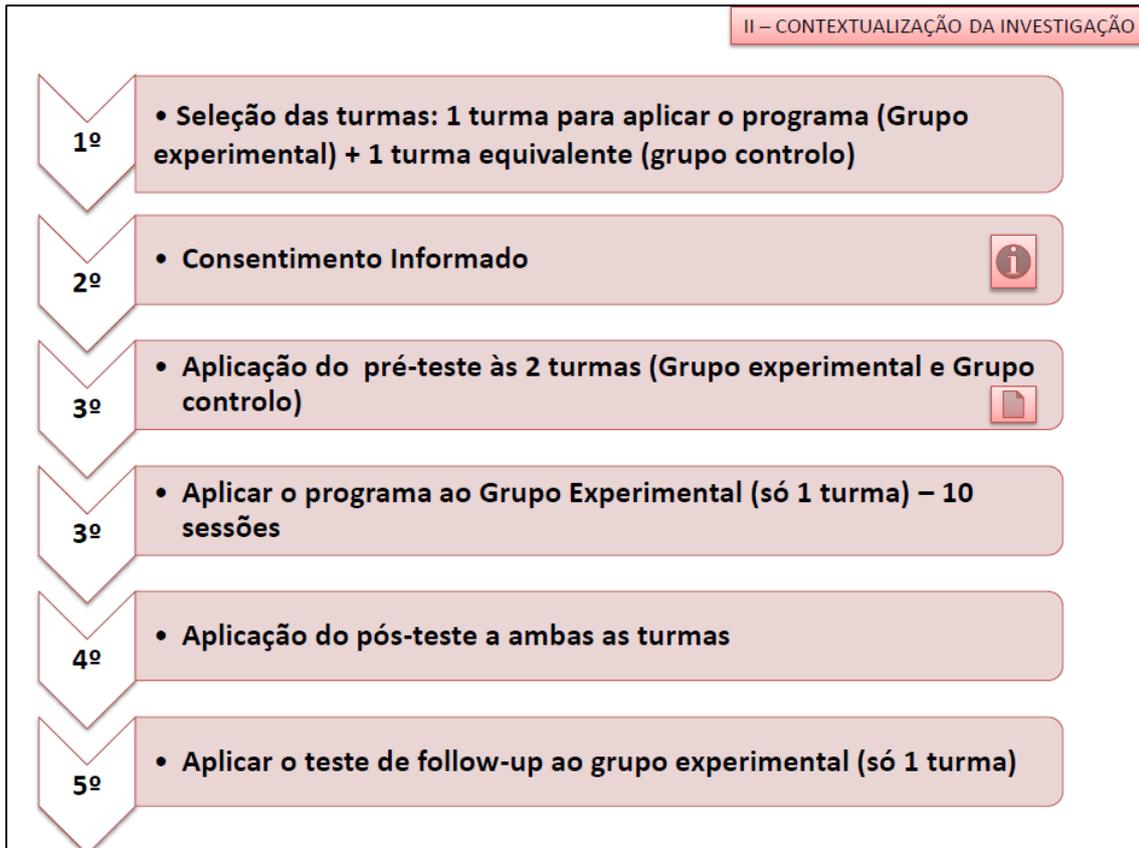
II – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

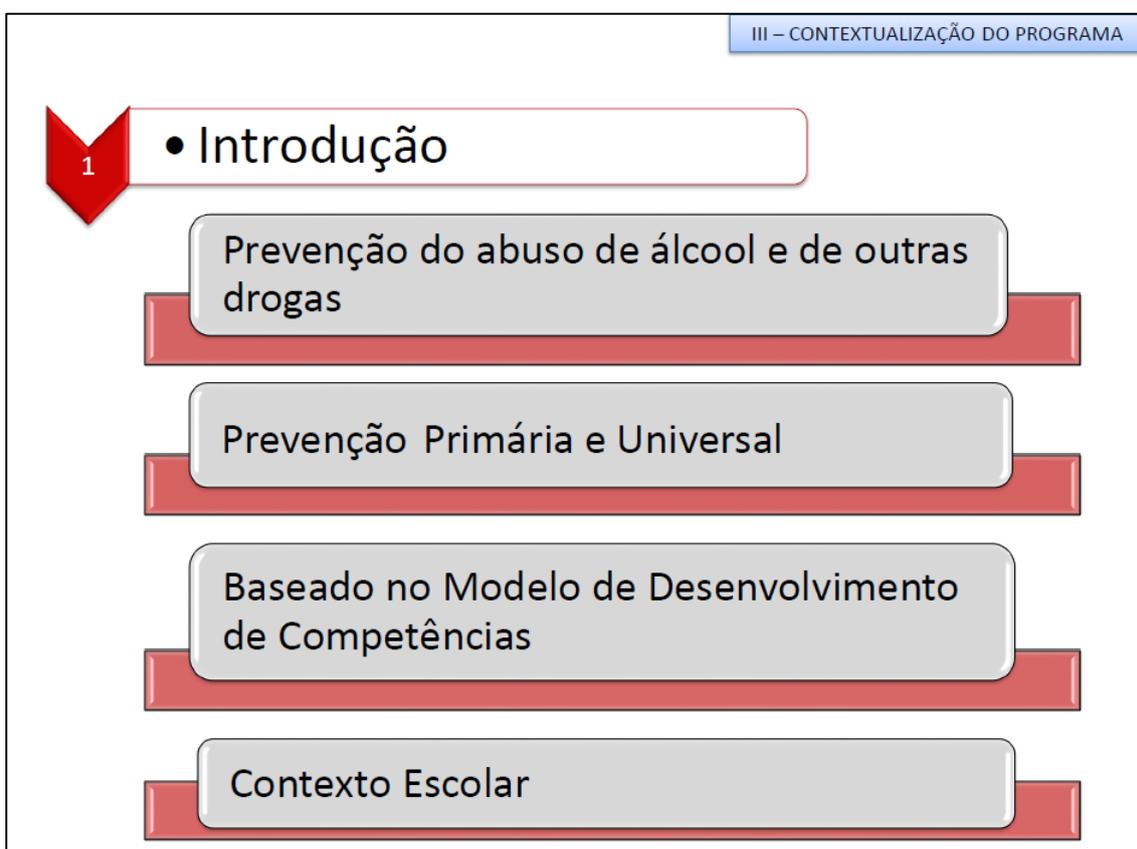
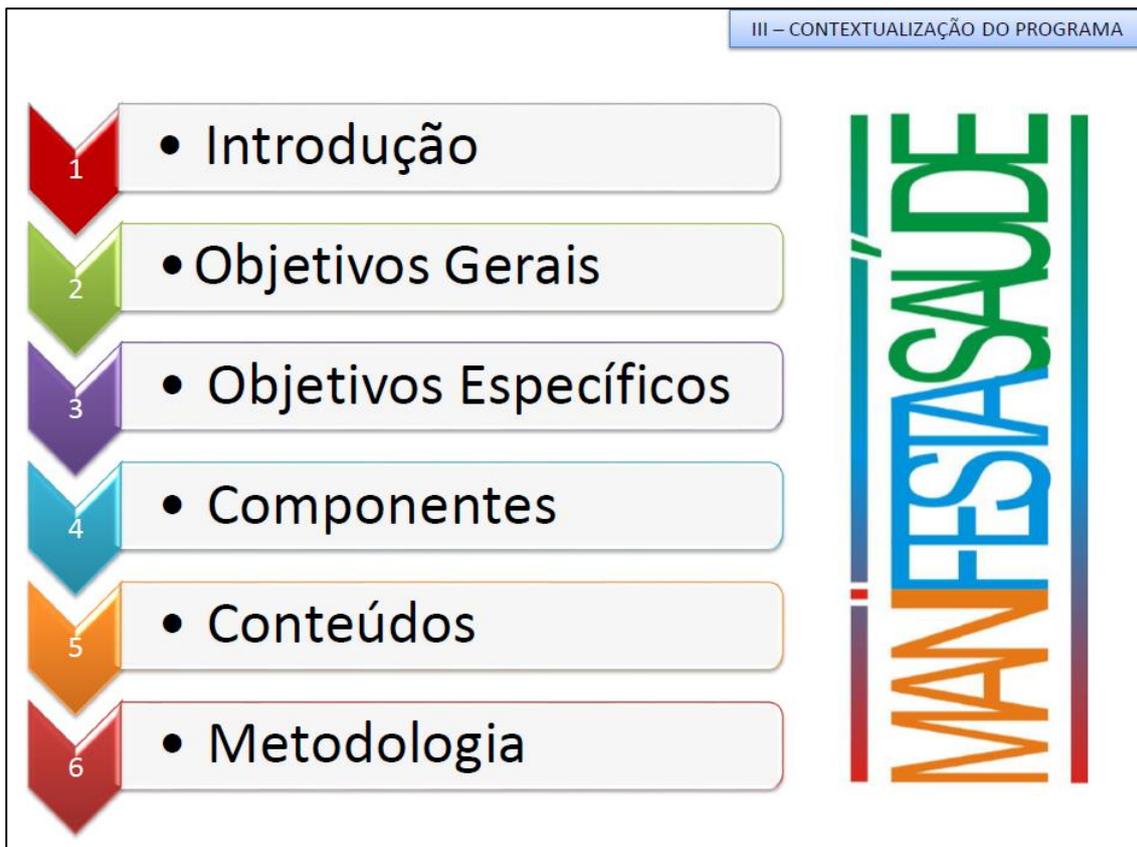
2 Investigações:

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

+

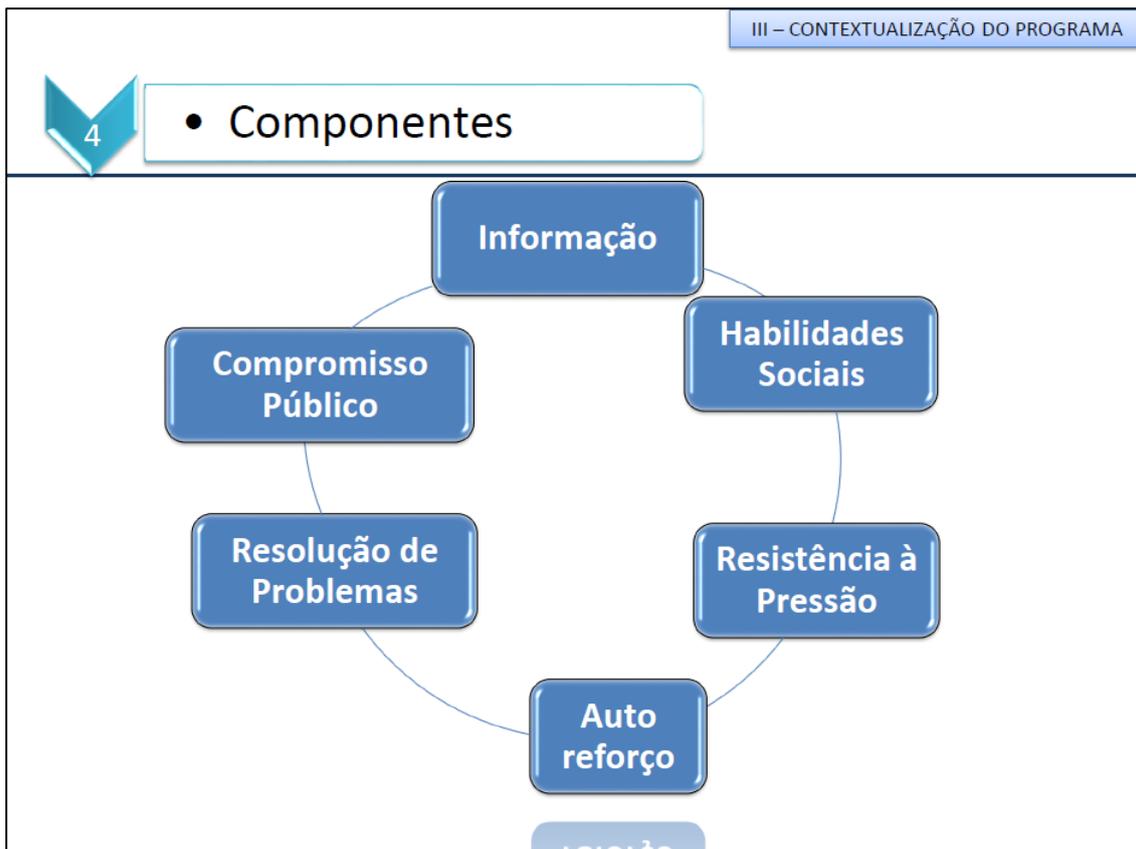
Reduzir
o consumo
abusivo de
álcool e outras
drogas

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

MANIFESTA SAÚDE

Sessão 2

Porque é que alguns jovens abusam do álcool e outras drogas?

Objetivos da sessão

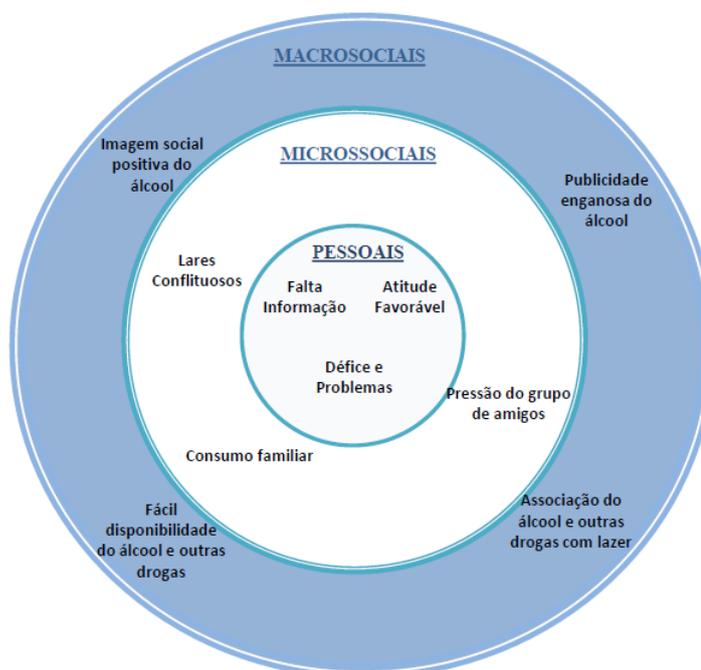
- Analisar as motivações do consumo juvenil de álcool e outras drogas.
- Conhecer os fatores de risco do abuso de álcool e outras drogas.
- Modificar a percepção dos participantes relativamente à prevalência do consumo juvenil de álcool e outras drogas.
- Promover atitudes positivas em relação à abstinência 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 - Bebo para esquecer (preocupações, mágoas, desgostos, desilusões, problemas, etc.)</p> <p>Motivos positivos - Bebo por prazer (divertir-me, estar eufórico, apreciar o sabor, satisfazer a curiosidade, etc.)</p>	<p>Motivos de imitação social - Bebo porque outros o fazem (amigos, pais, televisão, cinema, publicidade, etc.)</p> <p>Motivos para a relação social - 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

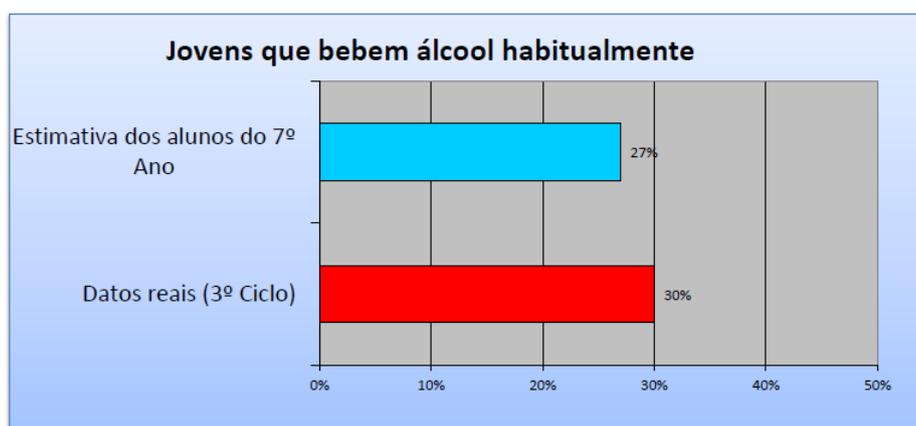
Sessão 2

Mitos sobre o álcool e outras drogas	Resposta e explicação
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



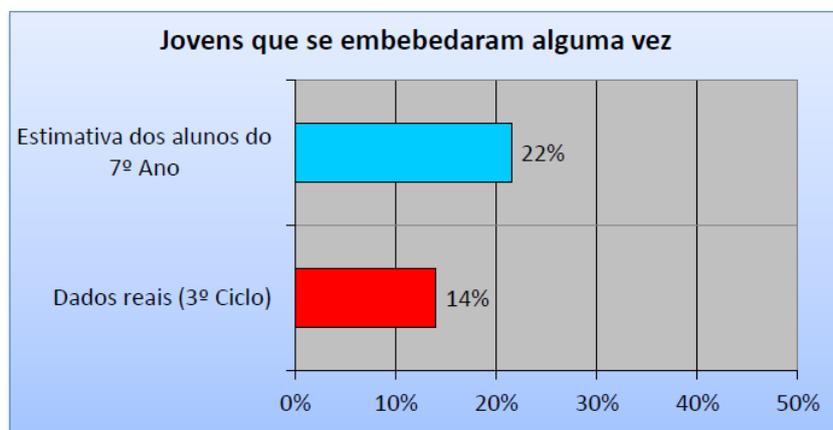
■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que consomem habitualmente ou abusam do álcool.

■ Dados reais de adolescentes que bebem álcool habitualmente (Feijão, 2010).

Perceção normativa do consumo de álcool e outras drogas

Sessão 2

GRÁFICO 2



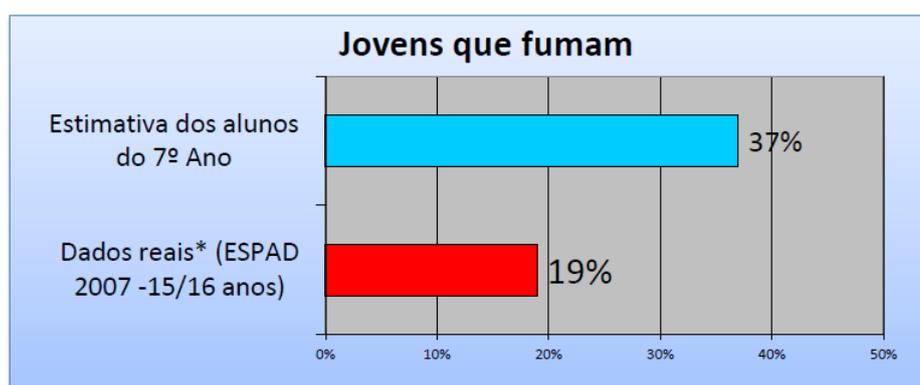
■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que se embebedaram alguma vez

■ Dados reais adolescentes que se embebedaram alguma vez (Feijão, 2010).

Perceção normativa do consumo de álcool e outras drogas

Sessão 2

GRÁFICO 3



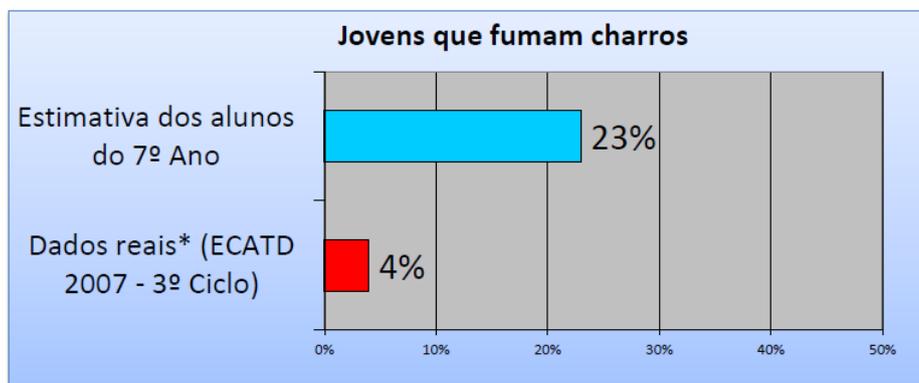
■ Estimativa realizada por alunos do 7º ano da Escola Horácio Bento de Gouveia, sobre a quantidade de rapazes e raparigas da idade deles que se embebedaram alguma vez.

■ 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).

MANIFESTASAÚDE

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.

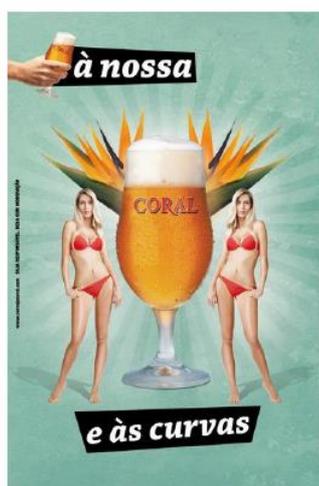
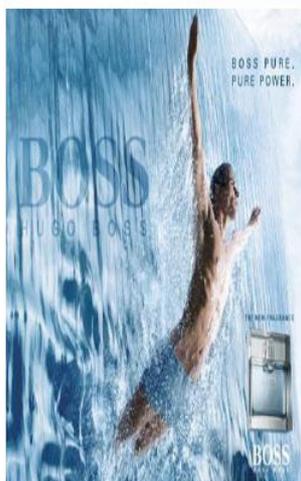
Valores juvenis: relaciona-se o produto com valores da juventude, como o desejo de autenticidade, irreverência, etc. Por exemplo, o anunciante afirma que o produto tem “o sabor da aventura”.

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



Praia só é praia com

SAGRES mini

Fresca ATÉ À ÚLTIMA GOTA.



Para dentes saudáveis... Proteja as suas gengivas

Amanhã dia 18 de Março, faça um check-up gratuito às suas gengivas no Espaço Colgate Total

Em Lisboa no Parque das Nações, junto à Estação do Oriente, das 9h às 21h

Colgate - A Marca de Dentes mais usada pelos Dentistas em Portugal



SÓ NO TAG SMS GRÁTIS PARA TODAS AS REDES

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.

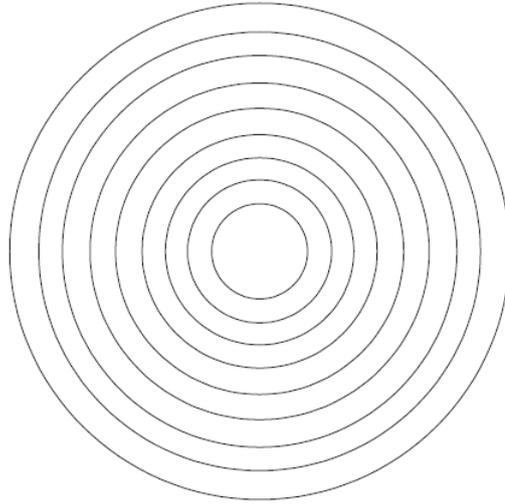
Passo 2: Analisá-lo seguindo o seguinte guião:

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.



MANIFESTASAÚDE

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>

MANIFESTA SAÚDE

Sessão 9

Resolver problemas: Drogas e fim de semana

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.

MANIFESTA SAÚDE

Sessão 10 Eu controlo

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
AVALIAÇÃO DOS PROFESSORES

Administração do Programa ManiFestaSaúde

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:

ANEXO D
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 efetuado no âmbito de uma tese de Doutoramento na área da Psicologia da Saúde pelos investigadores Carlos Estudante e Joana Jardim Fernandes.

O objetivo 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 ações 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 objetivo 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 E
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

INSTRUÇÕES

Somos um grupo de investigadores da Universidade Miguel Hernández 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)	0	0
Até 6º Ano de Escolaridade (2º Ciclo)	1	1
Até 9º Ano de Escolaridade (3º Ciclo)	2	2
Até 12º Ano de Escolaridade (Secundário)	3	3
Ensino Superior	4	4

9. Como classificas a relação com a tua família?

Muito boa	4
Boa	3
Indiferente	2
Má	1
Muito má	0

10. Como te sentes com os teus colegas?

Muito bem	4
Bem	3
Normal	2
Mal	1
Muito mal	0

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 mês:
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.e. speed, bloom, pastilhas para emagrecer)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Alucinogénios (LSD, mescalina, cogumelos mágicos)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Extasy	<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 mes 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) _____

RP

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, extasy)	<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



Anexo E

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

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. Procuro 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
CERTIFICADO DE DINAMIZAÇÃO DA
FORMAÇÃO



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL



CERTIFICADO

A Secretaria Regional da Educação e Recursos Humanos, através do Diretor Regional de Educação, certifica que **Carlos Estudante**, dinamizou a seguinte Ação de Formação:

Prevenção do Abuso do Álcool e outras Drogas

- **Formação Válida** para efeitos de progressão na carreira de acordo com o Despacho nº 106/2005
- **Código:** 20.1.DV/11
- **Modalidade:** Oficina de Formação
- **Destinatários:** Docentes do 3º Ciclo do Ensino Básico de todos os Grupos de Recrutamento
- **Calendário:** 29 de setembro, 14 e 21 de Outubro, 14 e 24 de Novembro, 05 e 21 de dezembro de 2011 e 14 de junho de 2012

Funchal, 6 de novembro de 2012

O DIRETOR REGIONAL DE EDUCAÇÃO


S.R.E.
REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
(João Manuel Almeida Estanqueiro)

Certificado nº:DFPD-0049/11-12

ANEXO G
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 aspetos:

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 actividades realizadas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indica as actividades de que mais tenhas gostado:

Indica as actividades de que menos tenhas gostado:

Acrescenta alguma sugestão para melhorar o programa: