

EUPC-BRASIL

ADAPTAÇÃO BRASILEIRA DO CURRÍCULO EUROPEU DE PREVENÇÃO

Manual para pessoas tomadoras de decisão,
formadoras de opinião e formuladoras de políticas
(TFFs) quanto a prevenção do uso de álcool e outras
drogas com base em evidência científica



ADVERTÊNCIA JURÍDICA

A presente publicação é uma versão provisória do Currículo Europeu de Prevenção, propriedade da Agência de Drogas da União Europeia, adaptada para o contexto brasileiro. A adaptação está sendo realizada pelo Projeto de Apoio à Implantação do Sistema Nacional de Prevenção do Uso de Álcool e Outras Drogas (SINAP), fruto da cooperação entre o Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas e Gestão de Ativos no âmbito do Ministério da Justiça e Segurança Pública do Brasil (SENAD/ MJSP), em parceria com a EUDA.

Esta publicação provisória tem como objetivo único complementar a realização da formação do Currículo Europeu de Prevenção no Brasil, de modo que as entidades responsáveis declinam de qualquer responsabilidade, real ou implícita, por eventuais consequências resultantes da utilização desta publicação e das informações contidas no presente documento para outros fins, bem como não se responsabiliza pela distribuição indevida da publicação provisória no atual formato em qualquer outro meio ou plataforma.



FICHA TÉCNICA

Presidente da República: **Luiz Inácio Lula da Silva**

Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP)

Ministro de Justiça e Segurança Pública: **Enrique Ricardo Lewandowski**

Secretária Nacional de Política sobre Drogas e Gestão de Ativos: **Marta Machado**

Diretora de Prevenção e Reinserção Social: **Nara de Araújo**

Coordenadora-Geral de Prevenção: **Flora Lorenzo, Antonio Rafael da Silva Filho (Interino)**

Coordenadora do Projeto BRA/15/009: **Solange Pereira Leal**

Eurides Branquinho Silva - Chefe da Divisão de Projetos de Prevenção

Coordenação técnica (Fiocruz): **Débora Estela Massarente Pereira**

Agência de Drogas da União Europeia (EUDA)

Analista Científico Chefe em Prevenção: **Gregor Burkhart**

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Representante Residente: **Claudio Providas**

Representante Residente Ajunto: **Elisa Calcaterra**

Representante Residente Assistente para Programa: **Maristela Baioni**

Gerente de Projeto da Unidade de Governança e Justiça para o Desenvolvimento: **Rosana Tomazini**

Assistente de Programa da Unidade de Governança e Justiça para o Desenvolvimento: **Aline Santana**

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)

Diretora do Escritório de País do UNODC no Brasil: **Elena Abbati**

Coordenadora-Geral de Projeto: **Samia Abreu de Oliveira**

Analista Técnico em Prevenção do Uso de Drogas: **Caio Incrocci**

Analista Técnica em Prevenção do Uso de Drogas: **Nathália Souza**

Analista Técnico em Comunicação e Campanhas: **Bruno Fortuna**

Analista de Dados: **Michaela Batalha Juhasova**

Assistente Técnica de Design Gráfico: **Gabriella de Azevedo Carvalho**

Consultora Especializada: **Zila Sanchez**, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - Professora Associada Livre-Docente da Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP

Consultora Especializada: **Elis Viviane Hoffmann**, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - Formadora Nacional do EUPC pela EUDA, Brasil

Consultora Especializada: **Lidiane Nogueira Rebouças**, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE

Colaboradores

Fabiane do Amaral Gubert: Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza/CE

Larissa Nobre-Sandoval: Formadora Nacional pela EUDA, Granada, Espanha

Marcelo Couto Dias: Secretária da Família, Cidadania e Segurança Alimentar da Prefeitura de Osasco, São Paulo, Brasil

Jane Moraes Lopes: Referência Técnica em Prevenção na SENAD/MJP, Florianópolis, Brasil

Valéria Debórtoli de Carvalho Queiroz: Pós-doutora em Política Social (UnB), Brasília, Brasil

Luis Eduardo Soares dos Santos: Cientista na área de Prevenção ao Uso de Álcool e Drogas e Pós-doutorando em Saúde Coletiva na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil

Marília Mendes Moreira de Sousa: Psicóloga, Doutoranda em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Jordana Calil Lopes de Menezes de Oliveira: Psicóloga clínica e da saúde e Docente no Centro Universitário de Brasília (UNICEUB), Brasília, Brasil

Nathan Luz de Beltrand: Consultor em Prevenção junto à Secretaria de Educação do Município de São Paulo, São Paulo, Brasil

Márcia Helena Matsushita: Professora e Assistente Técnico de Educação na Secretaria Municipal de Ensino de São Paulo, São Paulo, Brasil

Projeto Gráfico e Diagramação

Afonso Vilas-Boas - Ohpá! Design e Comunicação

SUMÁRIO

Abreviaturas	6
Utilização do presente manual	8
Preâmbulo	9
Prefácio	12
Introdução	16
PARTE 01 - CONCEITOS GERAIS SUBJACENTES A UMA PREVENÇÃO EFETIVA	26
CAPÍTULO 01.	
Epidemiologia – compreender a natureza e a extensão do uso de álcool, tabaco e outras drogas	29
CAPÍTULO 02.	
Fundamentos da ciência da prevenção e de intervenções preventivas baseadas em evidência científica	60
CAPÍTULO 03.	
Intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica	72
CAPÍTULO 04. Monitoramento e avaliação	98
PARTE 02 - ABORDAGENS DE PREVENÇÃO EM DIFERENTES CONTEXTOS	120
CAPÍTULO 05. prevenção em contexto familiar	123
CAPÍTULO 06. Prevenção em contexto escolar e no local de trabalho	140
CAPÍTULO 07. Prevenção ambiental	160
CAPÍTULO 08. Prevenção baseada na mídia	178
CAPÍTULO 09. Prevenção comunitária	192
CAPÍTULO 10. Advocacy da prevenção	204
Referências	149
ANEXO 01 SÍNTESE DA METODOLOGIA	221
ANEXO 02 FASES DO DESENVOLVIMENTO ENTRE OS 3 E OS 16 ANOS DE IDADE	225
ANEXO 03 GLOSSÁRIO	229
ANEXO 04 FICHA INFORMATIVA	239

ABREVIATURAS

APA:	American Psychological Association (Associação Americana de Psicologia, em português)
-------------	---

APSI:	Applied Prevention Science International (Ciência Internacional de Prevenção Aplicada, em português)
--------------	--

CID-II:	Classificação Internacional de Doenças
----------------	--

COM-B:	Capability (C), Opportunity (O), Motivation (M), Behavior (B) (capacidade, oportunidade, motivação e comportamento, em português)
---------------	---

CTC:	Communities That Care (Comunidades que Cuidam - CQC, em português)
-------------	--

DSM-5:	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
---------------	---

ECDC:	European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças, em português)
--------------	--

EDPQS:	European Drug Prevention quality Standards (Padrões Europeus de Qualidade para a Prevenção do Uso de Drogas, em português)
---------------	--

EMCDDA:	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, em português), atualmente EUDA.
----------------	--

ESPAD:	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Projeto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Alcool e outras Drogas, em português)
---------------	--

EUDA:	European Union Drugs Agency (Agência de Drogas da União Europeia)
--------------	---

E-UPC:	European Prevention Curriculum (Currículo Europeu de Prevenção, em português)
---------------	---

EUSPR:	European Society for Prevention Research (Sociedade Europeia para Pesquisa em Prevenção, em português)
---------------	--

GBG:	Good Behavior Game (no Brasil, Programa Elos)
-------------	---

ID:	Identificação
------------	---------------

MDMA:	Metilendioximetanfetamina
--------------	---------------------------

NAMLE:	National Association for Media Literacy Education (Associação Nacional para Educação em Alfabetização Midiática, em português)
---------------	--

OMS:	Organização Mundial da Saúde
-------------	------------------------------

PROSPER:	Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience (Promoção de parcerias entre universidades, escolas e comunidades para reforçar a resiliência, em português)
-----------------	---

SNC:	Sistema Nervoso Central
-------------	-------------------------

SRBA:	Serviço responsável por bebidas alcoólicas
--------------	--

STAD:	Stockholm förebygger Alkohol-och Drogetproblem (Estocolmo previne problemas com álcool e drogas, em português)
--------------	--

TCP:	Teoria do Comportamento Planejado
-------------	-----------------------------------

TFFs:	Pessoas tomadoras de decisão, formadoras de opinião e formuladoras de políticas
--------------	---

UNODC:	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
---------------	---

UPC:	Universal Prevention Curriculum (Currículo Universal de prevenção, em português)
-------------	--

UTILIZAÇÃO DO PRESENTE MANUAL

O presente manual do Currículo Europeu de Prevenção foi elaborado com o objetivo principal de fornecer material de referência específico para os cursos de formação do Currículo Europeu de Prevenção (EUPC, do inglês European Prevention Curriculum), adaptado para o Brasil sob o nome Brasil EUPC. Serve igualmente para apresentar a qualquer leitor interessado em uma introdução mais geral à ciência da prevenção e, em especial, às intervenções baseadas em dados científicos. Quando aplicado para efeitos de formação, destina-se exclusivamente para pessoas que tenham concluído a formação de formadores do EUPC.

Os critérios para a realização dos cursos do EUPC podem ser consultados em https://www.euda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en, juntamente com informações sobre os atuais órgãos de formação. Contate EUPC@euda.europa.eu para pedidos de informação e comentários a este respeito.

PREÂMBULO

Tenho o prazer de apresentar este manual do Currículo Europeu de Prevenção (EUPC), que foi concebido como uma pedra angular para a formação de pessoas tomadoras de decisão, formadoras de opinião e formuladoras de políticas (TFFs) locais e regionais que enfrentam questões relacionadas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Nas últimas décadas observou-se no Brasil e no mundo o desenvolvimento das intervenções preventivas responsáveis e baseadas em princípios científicos. No entanto, permanecem muitos desafios e, em muitos países, continuamos a ver a aplicação de práticas de prevenção para as quais existe pouca ou nenhuma evidência de eficácia ou efetividade. Nos piores casos, as intervenções preventivas mal concebidas têm o potencial de causar danos e até incentivar indivíduos com maior propensão a adotar comportamentos de risco. Por esta razão, é vital para a Agência de Drogas da União Europeia (EUDA) impulsionar a aplicação e a adoção de abordagens de prevenção modernas e efetivas, de forma a facilitar escolhas que sejam informadas por sobre as prioridades de implementação e financiamento em nível nacional, regional ou local.

Você encontrará aqui uma introdução de elevada qualidade sobre as ações baseadas em evidências científicas que podem promover comportamentos mais saudáveis. No entanto, o objetivo é também despertar o seu interesse pelas ciências que testam empiricamente a melhor forma de a prevenção alcançar e manter um comportamento mais saudável e de que forma essas medidas podem ser ampliadas e integradas no planejamento e nas práticas da rotina e nas políticas públicas municipais, estaduais e federais.

Prestar apoio às pessoas que tomam estas decisões e que as implementam é um objetivo fundamental da Estratégia 2025 da EUDA e do programa de cooperação entre a União Europeia e os países da Comunidade de Estados Latino-americanos e Caribenhos (COPOLAD). Um pilar importante disto é a educação e formação das pessoas encarregadas de escolher e financiar intervenções adequadas com vista

a garantir a saúde e o bem-estar dos jovens e comunidades nos países parceiros da EUDA.

A publicação do presente manual representa um passo importante para alcançar este objetivo. Baseia-se nos resultados dos Padrões Europeus para a Prevenção do Uso de Drogas (EDPQS), publicados pela EUDA em 2011 com vista a melhorar a qualidade, a efetividade e o alcance das medidas de prevenção.

Fora da Europa, o EUPC só é implementado quando se pode garantir que as partes interessadas e cientistas de prevenção de determinado país estejam envolvidos na realização de uma adaptação culturalmente adequada deste manual. Isso garante que tanto as partes interessadas quanto aqueles que irão implementar o EUPC no futuro aceitem e estejam alinhados com sua aplicação adequada. Gostaria de agradecer aos nossos parceiros no Brasil, PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), UNODC (Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime) e SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), que contribuíram amplamente para este trabalho, em especial às cientistas e profissionais brasileiras formadas no EUPC que colaboraram na adaptação cultural deste manual à realidade brasileira.

Buscando refletir que esta formação se baseia na filosofia de intervenção europeia, decidimos conjuntamente com a equipe brasileira, manter o nome EUPC. Assim sendo, nos baseamos no respeito pelos direitos humanos, reconhecimento do valor complementar da redução de danos a partir do final da adolescência, um equilíbrio sinérgico entre programas de prevenção e políticas públicas locais e regionais e o reconhecimento de que os sistemas dos nossos entornos precisam ser aprimorados para facilitar escolhas mais saudáveis, em vez de somente visar tornar os indivíduos cada vez mais resilientes e competentes para terem autocontrole ou “fazerem escolhas melhores”.

Estou firmemente convencido de que população brasileira se beneficiará grandemente de dispor de um número cada vez maior de profissionais que valorizem a ciência da prevenção, tenham o apoio das instituições públicas e possuam formação e conhecimento sobre abordagens testadas cientificamente e capazes de produzir resultados que

contribuem para o desenvolvimento positivo dos jovens e um Brasil mais saudável, equitativo e seguro.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'J. B. S.', is positioned above the title. The signature is fluid and cursive, with the letters 'J', 'B', and 'S' being the most prominent.

Analista Científico Chefe em Prevenção e responsável na EUDA pelo EUPC

PREFÁCIO

O Currículo Europeu de Prevenção - EUPC é um manual desenvolvido na Europa, traduzido e adaptado para o Brasil para ser utilizado na formação em prevenção de pessoas tomadoras de decisão, formadoras de opinião e formuladoras de políticas (TFFs). O principal objetivo da formação do EUPC é reduzir os problemas de saúde, sociais e econômicos associados ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas ao construir e fortalecer as capacidades internacionais de prevenção por meio da expansão da força de trabalho no domínio da prevenção.

Este programa de formação foi desenvolvido por um projeto europeu intitulado UPC-Adapt, cofinanciado pela Comissão Europeia, sendo traduzido e adaptado para o Brasil por meio do Projeto de Apoio à Implantação do Sistema Nacional de Prevenção do Uso de Álcool e Outras Drogas, realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) em parceria com o Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD), que oferece assessoria técnica especializada ao Ministério de Justiça e Segurança Pública (MJSP). O projeto inicial contou com a colaboração de onze parceiros de nove países europeus, que adaptaram o Universal Prevention Curriculum (UPC) para o público europeu. O UPC foi originalmente desenvolvido pela Applied Prevention Science International (APSI), com financiamento do Departamento de Estado dos EUA, para o programa de aconselhamento em matéria de droga do Plano Colombo. A adaptação do UPC ao contexto europeu se baseou nas orientações da I European Prevention Standards Partnership sobre a adaptação e divulgação dos padrões de qualidade em diferentes contextos internacionais [Caixa de Ferramentas 4 dos EDPQS¹]. O Anexo 1 apresenta informações pormenorizadas sobre a metodologia adotada e os países envolvidos no projeto.

O EUPC europeu, também adaptado ao Brasil (Brasil EUPC), é mais curto e mais acessível do que o UPC original. Ao contrário do UPC ori-

¹ https://www.euda.europa.eu/drugs-library/european-drug-prevention-quality-standards-edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination_en

ginal, que exige até nove semanas de formação, a formação do EUPC pode ser concluída em até cinco dias.

O EUPC pode ser realizado de diferentes formas. Há um curso de formação introdutório on-line, um módulo para inclusão na formação de prevenção realizado em ambientes acadêmicos e um módulo de formação para TFFs. A estrutura da formação para os dois últimos módulos utiliza uma abordagem em cascata de “formação de pessoas facilitadoras”, segundo a qual aquelas que o concluíram podem replicar o processo formativo e disseminar ainda mais a formação. As pessoas formadoras que concluíram esse processo recebem material de formação do EUPC, incluindo um guia do facilitador e apresentações em PowerPoint. O presente manual destina-se a servir de material de referência tanto para as pessoas em formação como para as pessoas facilitadoras.

A QUEM SE DESTINA O BRASIL EUPC?

Este manual foi concebido especificamente para fornecer às TFFs conhecimentos essenciais sobre as intervenções e abordagens efetivas na área de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas baseadas em evidência científica. Este grupo de pessoas, designado como “profissionais da prevenção”, inclui pessoas gestoras e profissionais da política sobre drogas, pessoas tomadoras de decisão e formuladoras de políticas, além de especialistas e pessoas estudiosas do campo da prevenção. Em alguns países, este grupo pode também incluir profissionais de alto nível hierárquico, com influência na tomada de decisões e no desenvolvimento profissional. Podem estar localizados a nível de comunidade, região ou país. Podem ser pessoas dirigentes de organizações não governamentais envolvidas na realização da prevenção, pessoas coordenadoras de prevenção numa administração regional, pessoas funcionárias públicas que desenvolvem estratégias e contratam intervenções preventivas num município, pessoas parceiras ou pessoas membros de coligações comunitárias. O EUPC se concentra especificamente neste grupo, devido ao papel fundamental que pode desempenhar para influenciar o desenvolvimento de sistemas de prevenção. Este grupo pode salientar a importância do trabalho de prevenção na sociedade e influenciar as

culturas e atividades de prevenção nas suas regiões e entre as suas comunidades. Estes profissionais podem já possuir algum conhecimento em matéria de prevenção e, nesse caso, este manual poderá reforçar ou até ampliar esses conhecimentos.

A divulgação de abordagens inovadoras e baseadas em dados científicos nos sistemas de prevenção financiados por fundos públicos exige mudanças na tomada de decisões sobre o financiamento e as prioridades, incluindo a supressão de abordagens generalizadas, porém ineficazes. É também cada vez mais reconhecido que é essencial capacitar as TFFs antes ou ao mesmo tempo da formação de profissionais da ponta (que atuem diretamente com o público). Caso contrário, as tentativas de inovação e melhoria das práticas de prevenção por parte do pessoal de primeira linha devidamente formado, como docentes, educadores da saúde e técnicos de desenvolvimento comunitário, podem ser bloqueadas, uma vez que a prevenção baseada em dados científicos é, muitas vezes, considerada contrária à prática já estabelecida e ao que é reconhecido pela instituição.

Além disso, a série UPC original, destinada para pessoas gestoras que atuam em prevenção, também contém um programa de formação abrangente para as pessoas que trabalham a nível local. Entretanto, assim como na Europa, no Brasil, é pouco provável que as TFFs a nível regional e local possam (ou queiram) participar num curso de formação longo e intensivo sobre o tema. Desta forma, a formação do EUPC foi desenvolvida para fornecer os conhecimentos necessários em prevenção para este grupo respeitando, simultaneamente, suas limitações de tempo. Fornece uma noção abrangente e concisa, mas, simultaneamente, informativa, prática e útil sobre temas como a etiologia e a epidemiologia, a prevenção em contexto escolar, a prevenção em contexto familiar, a prevenção ambiental, monitoramento e avaliação. A realização da formação em contextos escolares contribuirá igualmente para assegurar que a próxima geração de TFFs disponha de conhecimentos específicos sobre os progressos e a utilidade da ciência da prevenção.

Assim, espera-se, com esta abordagem, proporcionar aos atuais e futuras TFFs conhecimentos e compreensão suficientes sobre os

princípios científicos da prevenção. Buscando, por um lado, incentivar a aplicação de práticas baseadas em dados científicos e defender a supressão de abordagens ineficazes ou mesmo danosas e, por outro, criar um ambiente em que as pessoas profissionais da prevenção da ponta sejam incentivadas a aprimorar os seus conhecimentos e competências.

INTRODUÇÃO

POR QUE A PREVENÇÃO É IMPORTANTE?

Melhorias em saúde não só têm um impacto direto no bem-estar das pessoas, como também estão relacionadas ao aumento dos níveis de rendimento nacional por meio da educação, da produtividade dos trabalhadores e da redução dos encargos para os sistemas nacionais de saúde e de assistência social.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)², as doenças não transmissíveis são responsáveis, atualmente, por 74% das mortes em todo o mundo. Estas mortes não se devem a infecções, mas sim a condições ambientais e socioeconômicas, práticas industriais e decisões relativas ao estilo de vida, incluindo o uso de álcool, tabaco e outras drogas. O crescente reconhecimento das doenças não transmissíveis relacionadas com a industrialização e as escolhas de estilo de vida levou os países a definirem e colocarem em prática políticas e intervenções preventivas abordando o uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção de uma nutrição adequada e a manutenção da saúde física.

Neste contexto, as medidas de promoção da saúde são uma forma importante de envolver e capacitar pessoas e comunidades para escolherem comportamentos saudá-

veis e introduzirem mudanças que reduzam o risco de desenvolver doenças não transmissíveis e diminuam quaisquer outros problemas de saúde.

É reconhecida a importância de introduzir e manter intervenções preventivas do uso de álcool, tabaco e outras drogas com base em evidência científica junto às mães, pais e responsáveis, escolas, trabalho e mídia. As atividades de prevenção complementam a promoção da saúde, mas diferem desta na medida em que realizam ações específicas centradas em fatores de risco e de proteção modificáveis considerados causadores ou atenuantes de problemas de saúde.

A prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas visa impedir ou retardar o início do seu uso. Assim como também pode ajudar as pessoas que já começaram a usar a evitar o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso, como os problemas sociais e de saúde. A prevenção também tem uma intenção mais ampla: incentivar o desenvolvimento saudável e seguro das crianças e dos jovens, para que possam concretizar os seus talentos e potencialidades, contribuindo na interação positiva com sua família, escola, pares, local de trabalho e sociedade.

² Doenças não-transmissíveis

CURRÍCULO EUROPEU DE PREVENÇÃO (EUPC)

Este manual foca na aplicação dos principais elementos-chave apresentados pelas Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção ao uso de Drogas desenvolvidos pelo UNODC e dos Padrões Europeus de Qualidade para a Prevenção do Uso de Drogas (European Drug Prevention Quality Standards, ou EDPQS, em inglês) desenvolvidos pela Agência de Drogas da União Europeia (European Union Drugs Agency - EUDA) e pela Parceria para Padrões de Prevenção (Prevention Standards Partnership), aos contextos “do mundo real”. Na Europa, esses padrões e diretrizes se tornaram importantes para a aplicação das conclusões do Conselho da União Europeia a respeito dos padrões mínimos de qualidade³. As informações do material contribuem para prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas e dos problemas relacionados ao uso dessas substâncias em todo o mundo, sendo aplicável, inclusive, para abordagens preventivas de outros comportamentos de risco, como por exemplo, violência, comportamento antissocial e uso excessivo de jogos. A aprendizagem sobre a prevenção baseada em evidência científica proporciona ferramentas valiosas e efetivas, que podem fazer a diferença nas intervenções junto às populações afetadas em diferentes países e contextos.

Este manual destina-se principalmente para pessoas tomadoras de decisão, formadoras de opinião e formuladoras de políticas (TFFs) que trabalham com abordagem de prevenção, e visa fornecer aos participantes:

- uma introdução aos fundamentos da ciência da prevenção;
- um panorama das informações necessárias para a seleção e a implementação das intervenções preventivas;
- ferramentas que informem sobre os fundamentos da prevenção do uso de álcool e outras drogas com base em evidência científica;
- as ferramentas para coordenar a implementação e a avaliação de intervenções baseadas em evidência científica;
- uma introdução aos princípios e práticas de prevenção nos contextos familiar, escolar, local de trabalho, comunidade, ambiente e mídia.

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

- Compreender a evolução do uso de álcool e outras drogas e o papel da prevenção na resposta a esta questão;
- Explicar os fundamentos científicos das intervenções preventivas, incluindo:
 - quem, o quê, quando, onde e como está definido o contexto do uso de álcool, tabaco e outras drogas;

³ https://www.euda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en

- as influências de fatores pessoais e ambientais na vulnerabilidade e no risco;
- o papel dos fatores comportamentais e de desenvolvimento, tanto para direcionar as intervenções como para adaptar as mensagens e as estratégias de intervenção;
- como aplicar teorias de mudança de comportamento de base empírica; e
- a importância da pesquisa para compreensão da efetividade das intervenções;
- Descrever o contexto e os princípios subjacentes à elaboração das Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas e dos EDPQS;
- Descrever a importância da fidelidade à implementação e do monitoramento na realização de intervenções preventivas, bem como na aplicação de políticas de prevenção;
- Compreender os componentes essenciais da intervenção e das políticas baseadas em evidência científica em diferentes contextos, tais como a família, a escola, o local de trabalho, a comunidade, o ambiente e os meios de comunicação (mídia).

UTILIZAÇÃO DO PRESENTE MANUAL

O presente manual destina-se a servir de documento de referência tanto para as pessoas em formação como para os formadores, permitindo uma leitura pormenorizada dos temas abordados no curso do Brasil

EUPC, que podem ser consultados conforme forem necessários durante a aplicação prática da aprendizagem.

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

O Capítulo 1 descreve a relação entre a epidemiologia e as teorias etiológicas e permite compreender o papel que a prevenção pode desempenhar na abordagem do desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

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

O Capítulo 3 aprofunda as intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica e centra-se nas Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas do UNODC e nos EDPQS da EUDA. Além disso, compara as abordagens baseadas em evidência científica, que preconizam a utilização de intervenções padronizadas, com as abordagens baseadas em experiência profissional e demandas observadas. Este debate destaca

a forma como as diferentes abordagens são utilizadas em toda a Europa.

O Capítulo 4 é dedicado ao monitoramento e avaliação. Apresenta um panorama dos diferentes tipos de estudos que podem ser utilizados para monitorar e avaliar os efeitos de uma intervenção ou política.

Os Capítulos seguintes descrevem as características mais importantes das intervenções preventivas nos contextos familiar (Capítulo 5), escolar e local de trabalho (Capítulo 6), ambiental (Capítulo 7), mídia (Capítulo 8) e comunitário (Capítulo 9). A cada tema debatem-se as questões ou os desafios específicos em relação a cada tipo de abordagem, como por exemplo, a dificuldade de envolver as famílias nas intervenções, a resistência às mensagens de prevenção dos meios de comunicação e os obstáculos à implementação de intervenções preventivas em ambientes de lazer. Há também um enfoque nas práticas baseadas em evidência científica e uma análise mais pormenorizada das intervenções.

A formação e os materiais do Brasil EUPC destacam vários temas fundamentais. O primeiro é a **conceituação do uso de álcool, tabaco e outras drogas**, e como essas afetam os sentimentos, as percepções, os processos de raciocínio e/ou o comportamento. As substâncias psicoativas podem incluir produtos derivados do tabaco e do álcool, substâncias voláteis (inalantes), dentre outras, tais como a heroína, a cocaína, a maconha e os medicamentos controlados quando utiliza-

dos para fins não médicos. No EUPC, evitamos deliberadamente a utilização da expressão “abuso de substâncias”, uma vez que se trata de um conceito ambíguo e que pode ser considerado um juízo de valor. Em vez disso, quando se pretende fazer referência ao uso de álcool, tabaco e outras drogas associado a danos significativos, utiliza-se a expressão “problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas”. O EUPC também introduz outros termos que descrevem padrões de uso de álcool, tabaco e outras drogas que podem não estar necessariamente associados a danos significativos. Estes temas são analisados com detalhes no capítulo 1.

Outro tema é a **ciência da prevenção**, que permite compreender os fatores associados ao início e à progressão do uso de álcool, tabaco e outras drogas: o modo como o uso dessas substâncias afeta pessoas, famílias, escolas, comunidades e países, e como pode ser abordado através de intervenções eficazes. O UNODC realizou uma análise das atividades de prevenção a fim de identificar as abordagens mais eficazes, a qual está publicada nas Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas, UNODC, 2018.

Há intervenções eficazes e efetivas, também conhecidas como intervenções baseadas em evidências, que estão atualmente disponíveis para implementação. Essa formação pode auxiliar no entendimento da importância de escolher intervenções com base em evidências, bem como na necessidade de sua aplicação adequada, com o devido con-

trole de qualidade (monitoramento) e avaliação (de estrutura, processo e resultados).

A ciência da prevenção também reconhece que o uso de álcool, tabaco e outras drogas, assim como comportamentos de risco relacionados, estão frequentemente associados a problemas de desenvolvimento. Esses fatores de risco tendem a surgir cedo, geralmente se manifestando no final da infância ou durante a adolescência. Dessa forma, é crucial entender como realizar intervenções efetivas em diferentes faixas etárias. Isso envolve começar com intervenções seletivas e indicadas com lactentes e crianças pequenas, continuando com ações específicas para os mais vulneráveis durante toda a infância, adolescência e início da vida adulta, e mantendo o suporte necessário nos anos subsequentes.

Outra questão relatada no presente manual é que o uso de álcool, tabaco e outras drogas e a adoção de outros **comportamentos de risco são frequentemente o resultado de uma interação complexa entre fatores ambientais e características individuais**. Além disso, esses comportamentos podem também ser uma consequência de processos de socialização fragilizados. Por exemplo, os jovens que procuram por fortes sensações e que eventualmente não tenham sido favorecidos por uma parentalidade positiva podem reagir de forma diferente a ambientes favoráveis à comercialização do álcool, como os patrocínios esportivos, em comparação àqueles que não apresentam este traço de personalidade ou que even-

tualmente tenham tido uma parentalidade positiva, que direcione essa busca por sensações, para comportamentos construtivos. As intervenções preventivas baseadas em evidência científica se destinam a intervir positivamente nestes diferentes contextos – por exemplo, a família, a escola, o local de trabalho, a comunidade e o ambiente – para melhorar as interações entre as crianças e suas mães, pais e responsáveis, as crianças e a escola, os trabalhadores e o seu local de trabalho, bem como os residentes e a sua comunidade e ambiente, a fim de reforçar o sentimento de segurança e apoio. É por esta razão que produzimos programas curriculares que visam ajudar os profissionais da prevenção em todos estes contextos.

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

- Avaliar a natureza e a extensão do uso de álcool, tabaco e outras drogas em seu território, incluindo a coleta e a análise de dados;
- Identificar as populações de maior risco e fazer uma avaliação adequada das necessidades;
- Reunir grupos de pessoas capacitadas para intervir e buscar soluções para o problema;

- Convencer os parceiros quanto a importância dos programas e políticas baseadas em evidência científica;
- Apoiar a seleção e a avaliação de intervenções preventivas e escolher as intervenções apropriadas que levam em conta os resultados da avaliação das necessidades;
- Selecionar as intervenções necessárias para fazer a diferença;
- Executar e acompanhar os esforços com base em evidência científica e avaliar os resultados, frequentemente em colaboração com uma equipe de pesquisa; e
- Promover a fidelidade e a sustentabilidade das intervenções, mantendo sua viabilidade e aceitação.

O PAPEL DO PROFISSIONAL DA PREVENÇÃO

Até recentemente, havia uma escassez de fontes de informação que integrassem as competências e tarefas necessárias para as TFFs no campo da prevenção. Isso limitava a capacidade desses profissionais de alinhar suas funções com os processos de seleção e implementação de intervenções e políticas de prevenção adequadas, que atendam às necessidades específicas da sociedade. A introdução deste manual e a implementação da formação Brasil EUPC visam padronizar a educação e a formação nessa área. O objetivo é fortalecer o corpo de profissionais qualificados em prevenção, marcando uma das etapas cruciais para a formalização e reconhecimento do papel do profissional da prevenção.

Será utilizada a expressão “profissional da prevenção” como referência às TFFs encarregadas do planejamento, da implementação e do monitoramento das intervenções e/ou políticas de prevenção em território específico. Estas pessoas podem supervisionar outras trabalhadoras e trabalhadores da linha de frente da prevenção, que ajudam na execução e acompanhamento das intervenções preventivas, servindo de imagem e voz da prevenção na sociedade.

Vários grupos nacionais e internacionais possuem publicações referentes às competências necessárias para intervenções preventivas de qualidade. Entre estes recursos estão as Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção ao Uso de Drogas do UNODC (2018), os EDPQS da EUDA, anteriormente European Monitoring centre for Drugs and Drug Addiction - EMCD-DA e as normas do Consórcio Internacional de Certificação e Reciprocidade para os profissionais da prevenção e do campo das dependências (www.internationalcredentialing.org). Grande parte do conteúdo apresentado neste manual originou-se destas fontes.

O manual dos EDPQS inclui padrões de qualidade para os profissionais da prevenção. Ele destaca quatro domínios de competências vinculadas à realização da intervenção: 1) competências gerais, 2) competências básicas de intervenção, 3) competências específicas de intervenção e 4) metacompetências.

- As competências gerais dizem respeito a pessoas que realizam atividades de prevenção – por exemplo,

competências de comunicação, gestão da intervenção e competências sociais e pessoais;

- As competências básicas de intervenção incluem as competências necessárias para realizar uma intervenção de prevenção – por exemplo, conhecimento de abordagens e componentes efetivos de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, estratégias pedagógicas interativas e conhecimento sobre desenvolvimento humano;
- As competências específicas de intervenção incluem os conhecimentos e aptidões específicos para uma determinada intervenção – por exemplo, estratégias parentais efetivas no ensino de habilidades para tomada de decisões;
- As metacompetências são transversais aos domínios referidos anteriormente e incluem as competências necessárias para adaptar as intervenções preventivas a fim de atender as necessidades específicas do público-alvo de modo efetivo – por exemplo, sensibilidade cultural – mas também incluem a organização comunitária, o planejamento, o desenvolvimento de recursos, bem como o monitoramento e a avaliação.

ÉTICA E PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

Embora seja relativamente comum debater questões éticas relacionadas ao cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, bem

como na redução de danos e na pesquisa, a análise da ética no contexto da prevenção ainda não é tão frequente. As atividades de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas podem não exigir intervenção física ou clínica, mas representam uma forma de intervenção na vida das pessoas. Todas as intervenções preventivas fundamentam-se em julgamentos sobre o que é “bom” ou “ruim” para os participantes (explicitado nos objetivos da intervenção, por exemplo). Ademais, essas intervenções podem ser influenciadas pelas percepções da sociedade sobre a aceitabilidade de certos comportamentos, que podem ou não ser compartilhadas pela população-alvo. Além disso, a prevenção é normalmente dirigida aos jovens e, no caso de uma prevenção direcionada, estes jovens podem estar entre os mais vulneráveis da população e excluídos da sociedade. Como todos os países dispõem de legislação que controla o uso de algumas substâncias, garantir que, por exemplo, as intervenções “não causem danos”, aumentando o seu uso, é também uma consideração ética muito importante.

Portanto, as questões éticas surgem em vários níveis, começando pela justificativa do próprio trabalho de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Os profissionais não devem presumir que as atividades de prevenção desse uso são, por definição, éticas e benéficas para os participantes. Os princípios das atividades éticas de prevenção dessas substâncias, provenientes dos EDPQS e aplicados a este manual, são os seguintes:

- Cumprir os requisitos legais para participação na intervenção;
- Respeitar os direitos e a autonomia dos participantes (por exemplo, os definidos nos quadros internacionais em matéria de direitos humanos e dos direitos das crianças e adolescentes);
- Proporcionar benefícios reais aos participantes (ou seja, garantir que a intervenção é útil e aceita por essas pessoas);
- Não prejudicar ou causar danos substanciais aos participantes (por exemplo, efeitos iatrogênicos – nocivos inadvertidos e imprevistos -, doença ou lesão, exclusão, estigma);
- Fornecer informações transparentes, precisas, neutras e completas;
- Obter o consentimento dos participantes, previamente a sua participação;
- Assegurar que a participação é voluntária;
- Tratar os dados dos participantes de maneira confidencial;
- Tratar a participação em atividades de prevenção de forma confidencial, sempre que necessário;
- Adaptar a intervenção às necessidades dos participantes;
- Envolver os participantes no desenvolvimento, na implementação e na avaliação da intervenção;
- Proteger a saúde e a segurança dos participantes e dos membros da equipe.

Dependendo do tipo de intervenção, pode ser difícil ou inviável cumprir todos os princí-

pios de prevenção ética do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Nas intervenções preventivas de caráter universal ou, por exemplo, nas intervenções no âmbito da justiça penal, em que as pessoas participantes podem ser obrigadas legalmente a participar, pode ser difícil obter o consentimento informado e garantir a participação voluntária. Em relação ao princípio de não causar danos, vale a pena salientar que abordagens de prevenção seletiva e indicada também podem estigmatizar os participantes (EMCDDA, 2009, p. 48).

Diferentes princípios podem entrar em conflito. Exemplificando, os participantes podem querer se envolver em comportamentos que lhes causam danos (como por exemplo o uso de álcool, tabaco e outras drogas) ou, como parceiros no desenvolvimento da intervenção, os participantes podem solicitar abordagens de intervenção que se mostraram potencialmente inefetivos ou até mesmo prejudiciais (como por exemplo, o testemunho de uma pessoa que faz ou já fez uso de álcool, tabaco e outras drogas). Pode também ser difícil avaliar a ética da intervenção antes da sua implementação (por exemplo, previsão de benefícios e danos). Por último, todos os princípios da prevenção estão, em certa medida, sujeitos a interpretação (por exemplo, o que pode ser considerado um benefício e para quem?) e as alterações na legislação relativa às drogas em alguns países (por exemplo, a posse de maconha) podem sugerir que alguns tipos de comportamento são mais aceitáveis na sociedade do que outros.

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



PARTE 01

CONCEITOS GERAIS SUBJACENTES
A UMA PREVENÇÃO EFETIVA



CAPÍTULO 01

EPIDEMIOLOGIA – COMPREENDER A NATUREZA
E A EXTENSÃO DO USO DE ÁLCOOL, TABACO
E OUTRAS DROGAS

As intervenções em prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas efetivas se baseiam em uma boa compreensão da natureza e da extensão deste uso em uma comunidade. Esta é habitualmente a função da epidemiologia, no que diz respeito ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. A OMS define a epidemiologia como “o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde (incluindo as doenças), do início do estado/evento/doença relacionado à saúde (incidência), dos casos existentes do estado/evento/doença relacionado à saúde ou à doença (prevalência) e a aplicação deste estudo ao controle das doenças e de outros problemas de saúde”⁴.

Em relação aos esforços de prevenção, os dados epidemiológicos nos ajudam a compreender a forma como os eventos relacionados à saúde (incluindo as doenças) se distribuem entre a população e os determinantes do problema de saúde em questão. As medidas utilizadas no campo da epidemiologia são:

- **Incidência:** que indica o número de casos novos ocorridos em um certo período de tempo em uma população específica; e a
- **Prevalência:** que se refere ao número de casos (novos e velhos) encontrados em uma população definida em um determinado ponto no tempo.

As estimativas de prevalência das pes-

quisas acerca do uso de álcool, tabaco e outras drogas são baseadas em períodos de tempo padrão, e os mais comuns são:

- Qualquer uso durante a vida da pessoa (ou prevalência ao longo da vida), também chamado de “experiência ao longo da vida”.
- Qualquer uso durante o ano anterior (ou prevalência nos últimos 12 meses), também chamado de “uso recente”.
- Qualquer uso durante o mês anterior (ou prevalência nos últimos 30 dias), também chamado de “uso atual”.

A “experiência ao longo da vida” por si só não capta a situação atual das drogas entre adultos (embora seja considerada útil entre crianças e adolescentes), pois também inclui pessoas que experimentaram drogas há muito tempo. Por outro lado, é uma medida de referência e pode fornecer uma estimativa aproximada da extensão da experiência com drogas, especialmente para drogas de baixa prevalência. Medidas de experiência ao longo da vida podem ajudar a estimar os padrões de uso, tais como, incidência, duração, continuidade e interrupção.

A prevalência do último ano (“uso recente”) produz números mais baixos, mas reflete melhor a situação mais recente, embora muitas vezes o uso possa ser ocasional. A combinação da experiência ao longo da vida e do uso recente pode fornecer informações

⁴ <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

básicas sobre os padrões de uso de drogas, como por exemplo, a interrupção ou continuação do uso.

A prevalência do último mês (“uso atual”) viabiliza uma indicação de uso mais regular e incluirá as pessoas que fazem uso de drogas de forma mais frequente, embora, na verdade, muitas pessoas que fazem uso atual não o façam de forma frequente.

A epidemiologia envolve a utilização de uma série de métodos de coleta de informações, incluindo sistemas de vigilância e pesquisas, e incluem estudos analíticos para compreensão dos determinantes de um problema de saúde. É importante conhecer quais são os dados relevantes para tomada de decisão dentro de cada contexto, onde seja possível ter um conhecimento do cenário nacional ou regional dessas tendências e padrões de uso, através dos dados. É fundamental também que esses dados sejam levantados de maneira periódica, permitindo a realização de um monitoramento que ajude os profissionais da prevenção a compreenderem as oportunidades e as prioridades preventivas.

Neste capítulo serão apresentados os diferentes tipos de dados disponíveis a partir de pesquisas epidemiológicas e estudos analíticos. Para explicitar algumas das causas e fatores que contribuem para o uso de álcool, tabaco e outras drogas, analisaremos um modelo etiológico, que mostra como as influências ambientais interagem com as características individuais, colocando as pes-

soas em maior ou menor risco de desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas e a outros comportamentos de risco. Neste contexto, consideramos o processo de socialização, que ajuda as crianças a adquirir atitudes, normas, crenças e comportamentos culturalmente aceitos, ao mesmo tempo que se analisam os entornos onde o seu desenvolvimento acontece e os elementos que sistematicamente e estruturalmente as vulnerabilizam ou as protegem.

Embora nosso foco sejam crianças e jovens, lembre-se de que a prevenção é relevante durante todo o curso da vida e que adultos também podem estar em risco devido às influências ambientais sobre o comportamento.

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC, publicado em 2023, houve um aumento de 23% no uso de drogas nos últimos dez anos, em parte devido ao crescimento populacional. O número estimado de pessoas que fazem uso de drogas cresceu de 240 milhões em 2011 para 296 milhões em 2021. Ou seja, em 2021, 1 em cada 17 pessoas com idade entre 15 e 64 anos no mundo havia usado alguma droga nos últimos 12 meses. Além disso, o documento aponta um aumento de 45% no número de pessoas com transtornos por uso de substâncias nos últimos 10 anos, alcançando 39,5 milhões de pessoas em 2021. Destas, apenas 1 em cada 5 encontra-se em tratamento para essa condição. No que diz respeito ao gênero, as mulheres continuam representando uma minoria de pessoas

que fazem uso de drogas no mundo, porém apresentam uma tendência de aumento na taxa referente ao uso e uma progressão mais rápida no desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de drogas.

O USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

A prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas pode se centrar em uma ou em várias substâncias lícitas ou ilícitas, como, por exemplo:

- Álcool;
- Produtos do tabaco (incluindo por exemplo, cigarros, narguilé, cigarros eletrônicos e vape);
- Outras drogas, que podem ser tanto ilícitas, como a maconha, anfetaminas e cocaína, quanto lícitas, como medicamentos utilizados sem prescrição médica, ou ainda, as Novas Substâncias Psicoativas.

É importante ter em mente que as Novas Substâncias Psicoativas, apesar de serem pouco usadas e de serem desconhecidas, fornecem importantes informações sobre o futuro, como por exemplo as novas formas de uso, venda e distribuição das mesmas.

Manter os dados epidemiológicos atualizados é essencial para uma atuação de sucesso e para o desenvolvimento de estratégias

efetivas no campo da prevenção. Cabe ressaltar, entretanto, que o Brasil ainda tem uma carência de levantamentos epidemiológicos a respeito do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Desse modo, os dados acerca do uso dessas substâncias psicoativas no Brasil são oriundos dos seguintes levantamentos:

- **PeNSE** – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar⁵: desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e com apoio do Ministério da Educação, que tem como objetivo levantar dados para o monitoramento de fatores de risco e proteção à saúde em escolares na faixa dos 13 aos 17 anos. A quarta edição foi lançada em 2019 e apresenta dados sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas, entre outros fatores de risco;
- **PNS** – Pesquisa Nacional de Saúde⁶ desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, é um inquérito de saúde de base domiciliar, realizada com a população acima dos 18 anos de idade, que tem como objetivo promover a comparação de indicadores de saúde a nível nacional, e assim oferecer dados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira edição foi publicada em 2013, e apesar da pesquisa ter sido planejada para ter periodicidade quinquenal, por questões relacionadas ao seu delineamento e execução,

5 PeNSE – Ministério da Saúde

6 Pesquisa Nacional de Saúde

a segunda edição foi realizada no ano de 2019 e apresenta dados sobre o uso de álcool e tabaco;

- **Vigitel** – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico⁷: realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, e tem como objetivo monitorar a frequência e distribuição dos fatores de risco e proteção à saúde da população brasileira com idade igual ou superior a 18 anos de idade. O Vigitel foi implantado em 2006 em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal e é publicado anualmente, apresentando dados sobre tabagismo e uso de álcool;
- **LeNUD** – Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira⁸: elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), financiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), tem como objetivo “estimar e avaliar os parâmetros epidemiológicos do uso de drogas na população de todo território nacional - inclusive população rural – entre 12 e 65 anos” (FIOCRUZ, 2017, pg. 14). Em sua terceira edição, coletada em 2015 e publicada em 2017, apresenta dados epidemiológicos sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Embora os levantamentos acima contribuam para uma melhor compreensão da frequência e distribuição do uso de álcool, tabaco e outras drogas no Brasil, eles divergem quanto aos métodos, objetivos e população estudada. Ou seja, estes dados não são comparáveis entre si. Assim, os dados apresentados abaixo têm a intenção de fornecer um panorama sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas no país. Os dados mais detalhados podem ser consultados por meio dos links indicados.

Vale ressaltar que pode ser importante buscar dados e levantamentos locais, feitos pelos serviços de saúde e assistência social, instituições de pesquisa e universidade, uma vez que podem mostrar uma panorama mais próximo das realidades locais quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Entretanto, é necessário verificar o rigor metodológico dessas pesquisas, uma vez que muitas vezes podem ser feitas de forma intuitiva e sem levar em consideração aspectos importantes de métodos quantitativos.

Uso de álcool

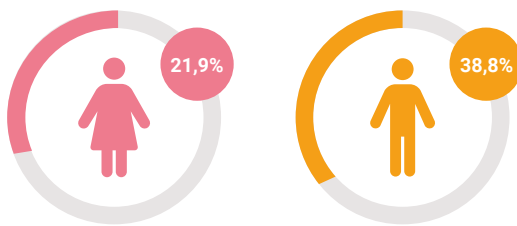
O álcool é a substância psicoativa que mais infere negativamente na saúde da população brasileira, sendo o percentual de adultos (18 anos ou mais de idade), que consomem bebidas alcoólicas uma ou mais vezes na semana é de 26,4%, de acordo com a PNS.

7 VIGITEL BRASIL 2023

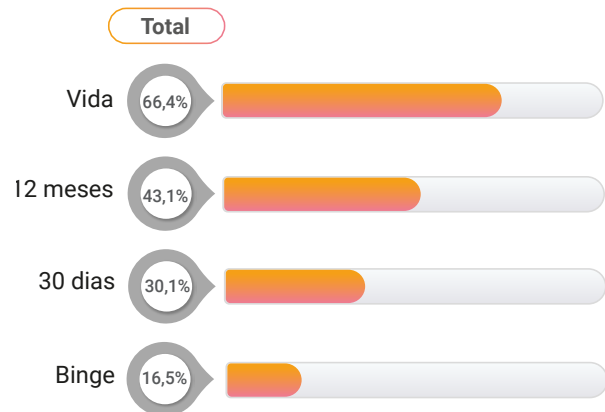
8 III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira

FIGURA 1 PREVALÊNCIA DO USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE PESSOAS DE 12 A 65 ANOS NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, NOS ÚLTIMOS 30 DIAS E EM BINGE DRINKING, SEGUNDO O SEXO – BRASIL, 2015

POR SEXO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS



TOTAL NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS



Fonte: ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

O álcool é a substância psicoativa que mais infere negativamente na saúde da população brasileira, onde 26,4% dos adultos (18 anos ou mais de idade), consomem bebidas alcoólicas uma ou mais vezes na semana, de acordo com a PNS (2013).

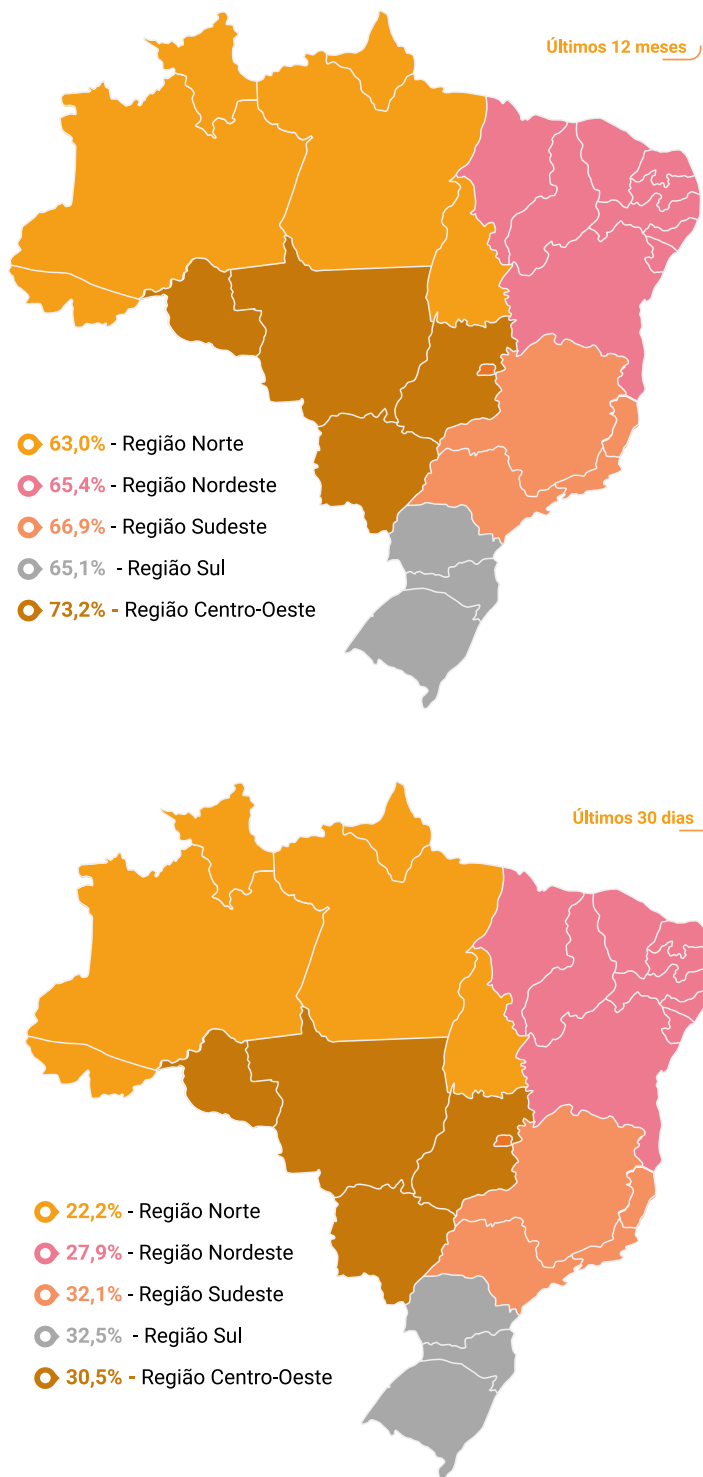
Quanto ao sexo, entre os escolares do 9º ano e segundo os dados da PeNSE de 2019, identifica-se maior uso de álcool por meninas do que por meninos tanto para a medida de uso na vida, quanto para uso nos últimos 30 dias. Na PNS identificou-se um uso maior entre os homens na faixa etária de 25 a 39 anos de idade, comparado às mulheres na mesma faixa etária, 37% e 17% respectivamente. Essa mesma tendência se confir-

mou nos últimos dados do Vigitel (2023) e do LeNUD (2017).

No Vigitel (2023), coletou-se dados relacionados ao Beber Pesado Episódico (BPE), conhecido também por Binge Drinking⁹ - que para fins dessa pesquisa foi determinado como a ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião. No conjunto das 27 cidades interrogadas, a frequência de BPE nos últimos 30 dias foi de 20,8%, sendo maior em homens (27,3%) do que em mulheres (15,2%). Em ambos os sexos, essa frequência diminuiu com o aumento da idade a partir dos 35 anos e aumentou com o nível de escolaridade.

⁹ Segundo o ESPAD, trata-se da ingestão de cinco ou mais drinques em uma única ocasião.

FIGURA 2 NÚMERO DE CONSUMIDORES DE 12 A 65 ANOS E PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, SEGUNDO OS DOMÍNIOS GEOGRÁFICOS DA AMOSTRA - BRASIL, 2015



Fonte: 1. ICICT, Fiocruz. III levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

Segundo os dados do LeNUD (2017), apresentados em detalhes na Figura 1, o uso de bebidas alcoólicas entre pessoas de 15 a 25 anos de idade também foi maior entre pessoas do sexo masculino (38,8%), comparado às mulheres (21,9%).

De acordo com a estratificação por faixa etária, o LeNUD (2017) apresentou que a maior proporção de uso de álcool nos últimos 30 dias foi encontrada entre indivíduos de 25 e 34 anos (38,2%), seguida da faixa entre 18 e 24 anos (35,1%). No concernente a experimentação de bebidas alcoólicas, a PeNSE (2019) apresentou uma taxa de 63,3% entre os escolares de 13 a 17 anos, variando de 55,9% para os escolares de 13 a 15 anos, e atingindo 76,8% para os escolares de 16 e 17 anos. A pesquisa revelou que 34,6% dos estudantes entre 13 e 17 anos já haviam ingerido a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos de idade.

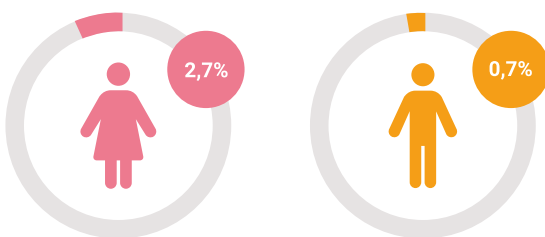
No que tange a distribuição da frequência do uso de álcool por capital do país, segundo os dados do Vigitel (2023), a frequência de BPE variou entre 12,6% em Manaus e 28,9% em Salvador. Já segundo o LeNUD (2017) as regiões com maior índice de uso de álcool entre a amostra de pessoas de 12 a 65 anos de idade, foram a região centro-oeste, para o período dos nos últimos 12 meses, e região sul para o período dos último 30 dias, e a menor prevalência, na região norte, para ambos os períodos (Figura 2). Segundo a PeNSE, a região que apresenta maior uso de álcool entre os escolares, é a região Sul..

Uso de Tabaco

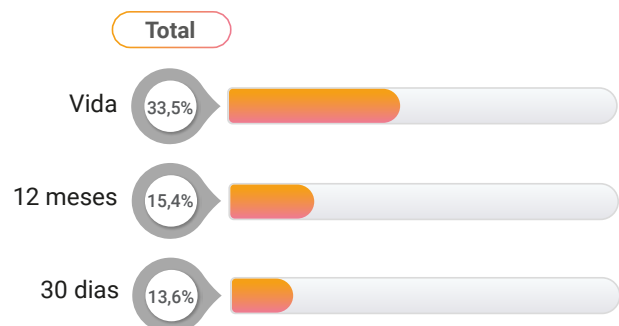
O uso de produtos derivados do tabaco, como indicado no Vigitel (2023) e da PNS (2019), é um importante fator de risco para morbimortalidade na população brasileira.

FIGURA 3 PREVALÊNCIA DE USO DE CIGARROS INDUSTRIALIZADOS ENTRE PESSOAS DE 12 A 65 ANOS NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS - BRASIL, 2015

POR SEXO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS



TOTAL NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS



Fonte: ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, 2017

Segundo dados do LeNUD (2017), estima-se que 17,3% da população brasileira entre 12 e 65 anos de idade tenham feito uso de produtos de tabaco nos 12 meses anteriores ao estudo, o que corresponde a 26,4 milhões de pessoas. Quando considerado o uso de cigarros industrializados, ao longo da vida, esse número é ainda maior, de 51 milhões de pessoas (ou seja, 33,5% da população desta faixa etária).

Ainda de acordo com o LeNUD (2017), a prevalência de uso de tabaco se mostrou maior entre os homens, quando comparado com às mulheres, tanto para os períodos do uso ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, como pode ser observado na Figura 3. Essa tendência também se confirmou nos levantamentos do Vigitel (2023) e da PNS (2019).

No que diz respeito àqueles na faixa entre 13 e 17 anos de idade, segundo a PeNSE (2019), o uso de produtos de tabaco alguma vez na vida foi de 22,6%. O estudo também indica que, assim como em relação ao uso de álcool, há uma maior prevalência do sexo feminino neste uso. Entretanto, cabe destacar que, no que diz respeito a faixa entre 16 e 17 anos de idade, a tendência se inverte, sendo maior para homens do que para mulheres, nas proporções de 35% e 30,3%, respectivamente.

Segundo o LeNUD (2017), em todas as faixas etárias, foi possível verificar a redução entre o consumo na vida e consumo atual

(nos últimos 30 dias), sugerindo a cessação do consumo desta substância, porém, a pesquisa revelou que cerca de 1,3 milhões de adolescentes de 12 a 17 anos já consumiram cigarros industrializados na vida. O consumo nos últimos 30 dias foi reportado por cerca de 2,4% dos adolescentes, o que corresponde a quase meio milhão de adolescentes. Em relação às demais faixas etárias, temos que as maiores prevalências de consumo de cigarros industrializados nos últimos 30 dias foram observadas nas faixas etárias de 45 a 65 anos de idade.

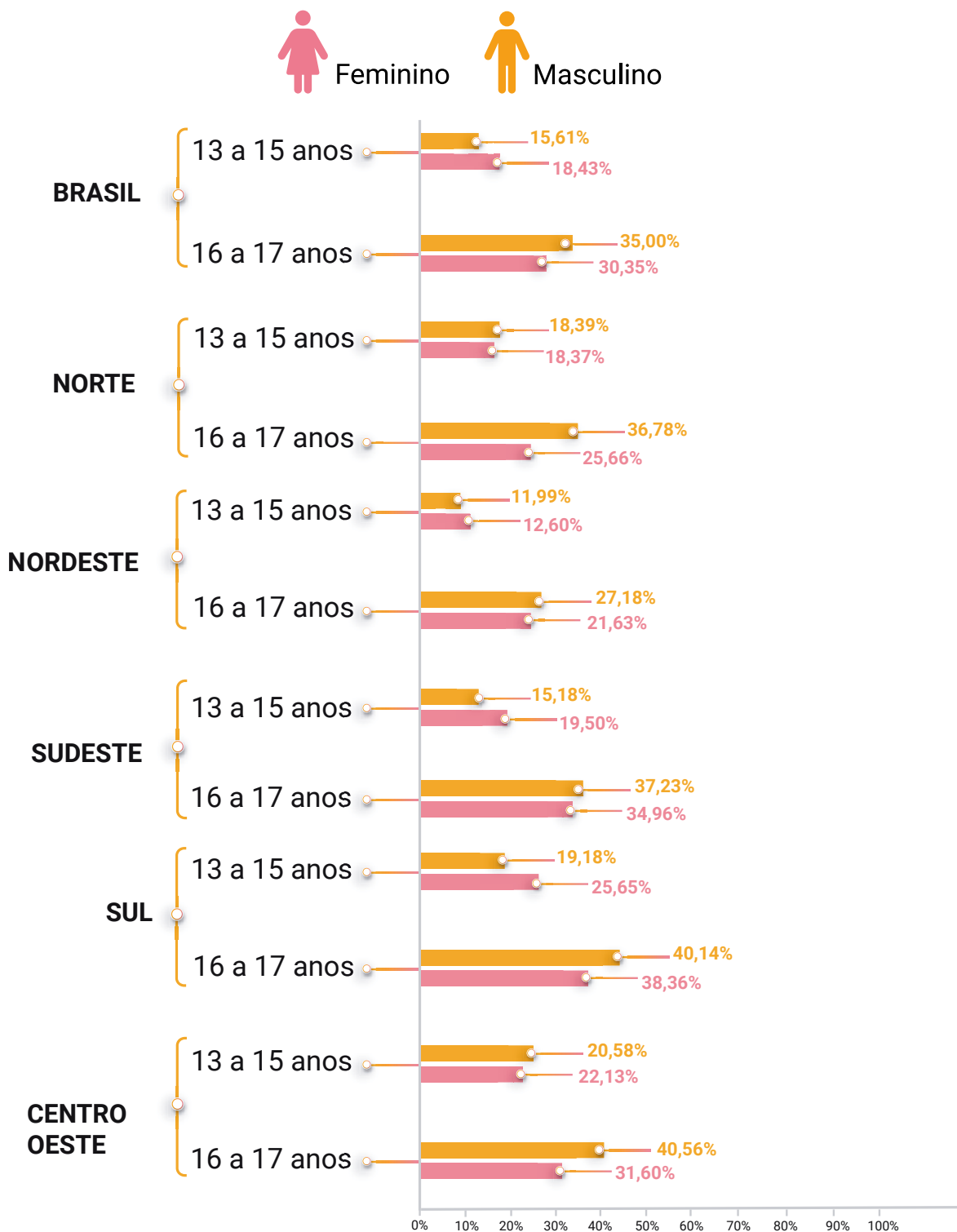
Quanto à distribuição geográfica, segundo o LeNUD (2017), há maior prevalência do uso de tabaco na região sudeste para a faixa etária de 12 a 65 anos de idade. Nos resultados da PeNSE (2019), a região que apresentou maior prevalência de uso de tabaco entre os escolares foi a região Sul, conforme detalhado da Figura 4.

Outras drogas

Segundo os dados coletados no LeNUD (2017), no que diz respeito ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, 15 milhões de brasileiros fizeram uso de alguma droga alguma vez na vida, o que corresponde a 9,9% da população. O gráfico apresentado na Figura 5 apresentado pelo LeNUD, discrimina esta prevalência por tipo de substância:

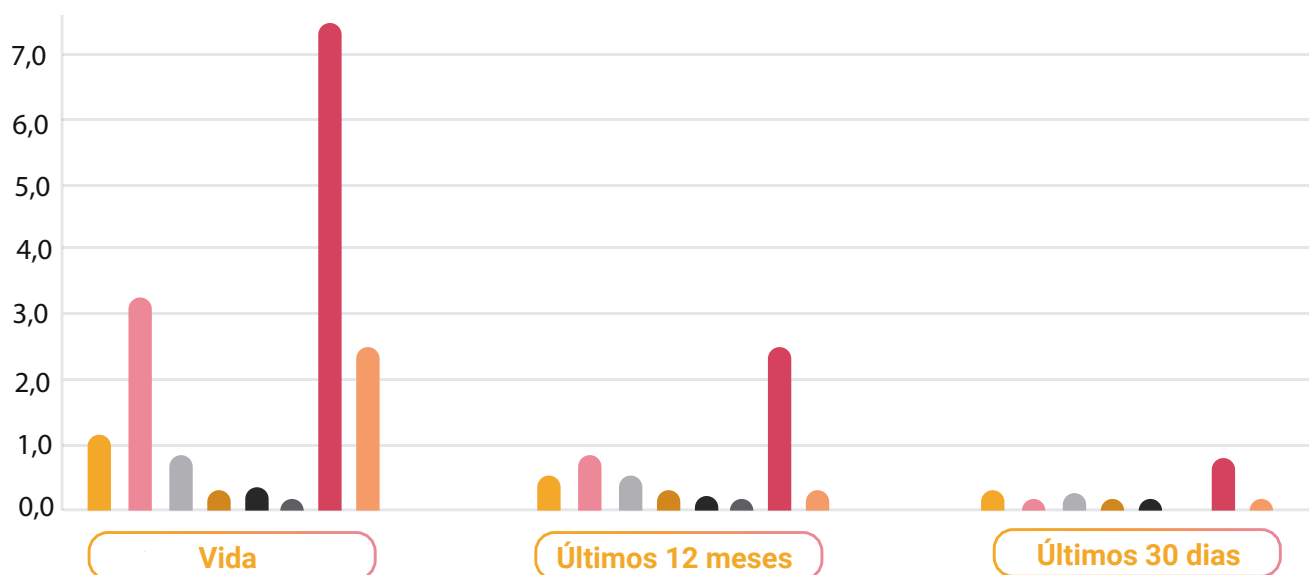
Ainda de acordo com o LeNUD (2017), e quanto à diferença entre homens e mulheres, os dados nos mostram maior prevalência de

FIGURA 4 PERCENTUAL DE ESCOLARES DE 13 A 17 ANOS QUE FUMARAM CIGARRO ALGUMA VEZ NA VIDA, COM INTERVALO DE CONFIANÇA DE 95%, POR SEXO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE SELECIONADOS E AS GRANDES REGIÕES - 2019



Fonte: IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e indicadores Sociais, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2019

FIGURA 5 PREVALÊNCIA DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIA ILÍCITAS ENTRE PESSOAS DE 12 A 65 ANOS DE VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, POR TIPO DE SUBSTÂNCIA - BRASIL 2015

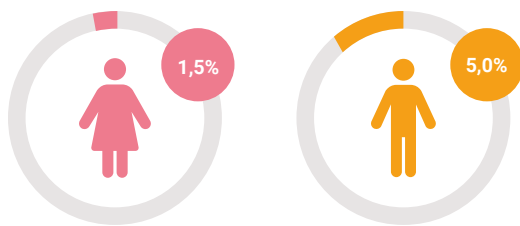


	Vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
Maconha/Haxixe/Skank	7,7	2,5	1,5
Cocaína	3,1	0,9	0,3
Crack e similares	0,9	0,3	0,1
Solventes	2,8	0,2	0,1
Ecstasy/MDMA	0,7	0,2	0,0
Drogas injetáveis	0,4	0,2	0,0
Heroína	0,3	0,3	0,0
LSD	0,8	0,2	0,0
Quetamina	0,2	0,1	0,0
Chá de Ayahuasca	0,4	0,1	0,1

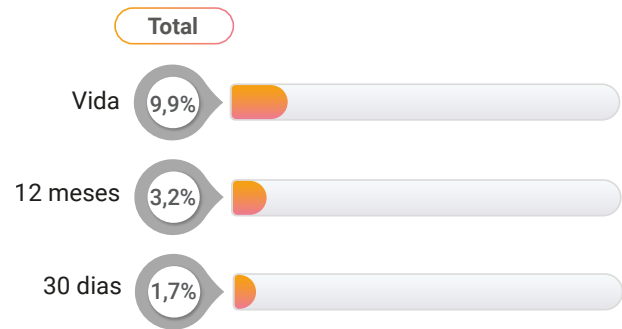
Fonte: ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira. Nota: As prevalências (%) são relativas ao total da população de pesquisa, IC95% é o intervalo de confiança de 95%, LI é o seu limite inferior e LS o limite superior.

FIGURA 6 NÚMERO DE CONSUMIDORES E PREVALÊNCIA DE PESSOAS DE 12 A 65 ANOS QUE USARAM ALGUMA SUBSTÂNCIA ILÍCITA NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, SEGUNDO SEXO - BRASIL, 2015

POR SEXO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS



TOTAL NA VIDA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES E NOS ÚLTIMOS 30 DIAS



Fonte: ICICT, Fiocruz. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira.

uso de substâncias ilícitas entre a população do sexo masculino, como se pode observar na Figura 6.

De acordo com a PeNSE (2019), 13% dos adolescentes entre 12 e 17 anos já fizeram uso de alguma substância ilícita na vida, sem diferença significativa entre os sexos.

Em ambos os estudos, PeNSE (2019) e LeNUD (2017), a maconha foi a droga ilícita de maior uso entre os brasileiros. Segundo a PeNSE (2019), a prevalência de uso de maconha nos últimos 30 dias foi de 5,3%, sendo que entre os adolescentes de 16 e 17 anos, esse número subiu para 8,8%, com maior prevalência nas regiões sul e sudeste. Também foram relatadas diferenças entre os sexos nesta amostra, sendo a maior proporção atribuída aos meninos quando comparados às meninas, com prevalências de 5,8% e 4,8%, respectivamente.

Quanto ao uso de crack e substâncias derivadas, identificou-se que 0,6% da amostra da PeNSE (2019) reportou uso nos 30 dias, com maior prevalência nos escolares de 16 e 17 anos de idade, sendo de 0,8% para meninos e de 0,3% para meninas. Os índices mais expressivos também se deram no âmbito das escolas públicas, sendo que nestas obteve-se uma prevalência de uso de 0,6% para escolas públicas, enquanto nas escolas privadas, a prevalência encontrada foi de 0,2%.

Todas as substâncias psicoativas podem ser nocivas devido a efeitos tóxicos a curto e a longo prazo, mas, uma vez que não existe controle de qualidade na fabricação e comercialização daquelas que são ilícitas, o seu uso comporta riscos adicionais.

Nos últimos anos, registrou-se um aumento da disponibilidade de Novas Substâncias Psicoativas e drogas ilícitas, potentes, adulteradas

e contaminadas, o que aumentou o risco de resultados bastante prejudiciais. Contaminantes de drogas também podem ser introduzidos como subprodutos de processos de fabricação, fornecimento e armazenamento de baixa qualidade, e estes podem incluir microrganismos e outros agentes biológicos e infecciosos. Adulterantes podem ser deliberadamente acrescentados às preparações das substâncias para alterar os seus efeitos, aumentar o peso de venda dos produtos ou disfarçar uma diminuição da potência (por exemplo, o acréscimo de anestésicos locais para imitar os efeitos entorpecentes da cocaína). Produtos químicos não psicoativos (mas potencialmente tóxicos) também podem ser utilizados para aumentar o volume da droga, a fim de permitir reduções na quantidade do ingrediente ativo e, assim, aumentar a lucratividade dos vendedores. No entanto, outros efeitos nocivos do álcool, tabaco e outras drogas podem ser imprevisíveis, e surgir devido a diferenças biológicas individuais subjacentes, ou ser afetados por problemas de saúde coexistentes, fatores socioeconômicos ou comportamentos relacionados com a droga, tais como o local onde a substância é usada, a via de administração e a higiene na administração, como por exemplo, nos casos de compartilhamento de equipamento para administração da droga, assim como outros riscos associados à injeção.

FARMACOLOGIA E FISIOLOGIA

Para os profissionais da prevenção, compreender as ciências que regem o consumo de álcool, tabaco e outras substâncias, bem

como os seus efeitos (incluindo os transtornos por uso de substâncias), torna-se relevante para discutir o tema de forma precoce, através de intervenções de prevenção baseadas em evidências. Essas informações também ajudarão as TFFs a entender que intervenções de prevenção múltiplas e abrangentes são necessárias para abordar as questões relacionadas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas e suas consequências, por um lado, direcionadas às famílias, às crianças e adolescentes (no ambiente escolar ou fora dele) e aos locais de trabalho, e por outro, levando em consideração os elementos do ambiente, dos sistemas, das normas e regulamentações que expõe as pessoas a um maior risco de uso, além de reforçar a compreensão de que as intervenções de prevenção devem levar em consideração as fases de desenvolvimento e compreender todas as faixas etárias.

O uso de álcool e outras drogas

Em geral, quando falamos de uma substância psicoativa neste curso, nos referimos a uma substância, que, quando administrada é absorvida, altera a estrutura ou o funcionamento biológico, afetando os sentimentos, percepções, processos de raciocínio e/ou comportamentos. As substâncias psicoativas produzem estes efeitos porque alteram o funcionamento do sistema nervoso. As pessoas que estudam como essas substâncias afetam o comportamento e os processos psicológicos, são chamados de psicofarmacologistas. O estudo do seu efeito nos sistemas vivos chama-se farmacologia.

Diferentes substâncias levam diferentes períodos de tempo para se decompor (metabolizar) e ser eliminadas do organismo. O tempo necessário para eliminar metade da dose original de uma substância do organismo é chamado meia-vida. A meia-vida afeta a duração dos seus efeitos e o tempo necessário para ser completamente eliminada do organismo. Quando uma pessoa a deixa de usar, pode ser importante conhecer a meia-vida desta substância, para então saber quanto tempo levará para que a pessoa que fez o uso, eliminá-la completamente do seu organismo.

Há outros fatores, além da meia-vida, que afetam o tempo da sua metabolização. A idade, o sexo, o estado de saúde, o uso de outras substâncias, o tempo regular de uso e a quantidade que é regularmente usada afetam a forma como o organismo absorve, metaboliza e elimina a substância. Se uma pessoa usar uma substância de forma intensa e frequente, esta pode ser metabolizada e eliminada mais rapidamente. As crianças mais novas e os adultos com mais idade as metabolizam e eliminam mais lentamente do que os adultos jovens e de meia idade. Em geral, as mulheres são mais sensíveis aos efeitos das drogas do que os homens, devido a diferenças em fatores como estatura, gordura corporal e função hepática.

Tentativas têm sido feitas para classificar as substâncias psicoativas com base nos seus efeitos farmacológicos e psicofarmacológicos. Não existe um sistema de classi-

ficação único e universalmente aceito, mas as substâncias psicoativas podem ser agrupadas, em termos gerais, da seguinte forma:

- Estimulantes do Sistema Nervoso Central (SNC) – por exemplo, anfetaminas, cocaína, crack, modafinil, nicotina, cafeína – aumentam a atividade do SNC. Tendem a aumentar a frequência cardíaca e respiratória, proporcionam uma sensação de euforia e excitação e, em alguns casos, aumentam as sensações de sociabilidade.
- Empatógenos (por vezes, conhecidos como entactógenos) – por exemplo, MDMA/ecstasy e mefedrona, têm efeitos estimulantes, mas também produzem experiências de conexão emocional e empatia com outros. Dependendo da substância e da dose, podem também ter efeitos psicodélicos.
- Psicodélicos – por exemplo, dietilamida do ácido lisérgico (LSD), dimetiltriptamina (DMT), psilocibina, mescalina – provocam alterações acentuadas no raciocínio, nas percepções sensoriais e nos estados de consciência.
- Dissociativos – por exemplo, cetamina, óxido nitroso, dextrometorfano (DXM), fenciclidina (PCP ou pó de anjo) – provocam alterações nas percepções sensoriais e produzem sensações de desapego (dissociação) em relação ao ambiente, aos outros e à própria pessoa que os consome.
- Canabinóides – por exemplo, a maconha – têm como efeitos esperados um

estado de relaxamento e melhorias no humor, com alterações sensoriais leves.

- Depressores do SNC – por exemplo, álcool, benzodiazepínicos, gama-hidroxibutirato (GHB) – deprimem ou reduzem a excitação ou estimulam o sistema nervoso para induzir sono e relaxamento e reduzir a ansiedade. Os depressores do SNC, como o álcool, provocam melhorias no humor e na sociabilidade em doses menores.
- Opiáceos – por exemplo, heroína, morfina, tramadol – provocam relaxamento e, por vezes, melhorias no humor. Eles são utilizados clinicamente como analgésicos (para aliviar a dor) e isso, às vezes, é a base do uso não-médico.

Com a crescente gama de novas substâncias psicoativas, listas como essa acima nunca estarão completas e profissionais da prevenção podem ter dificuldade em manter atualizados os seus conhecimentos sobre aquelas já existentes. No entanto, existe uma variedade de ferramentas disponíveis, como a Drugs Wheel¹⁰ ou “A Roda das Drogas” em português (apresentada na Figura 7), que fornece informações sobre a variedade de substâncias em diferentes classes.

É importante saber que a legalidade de uma substância psicoativa não é um indicador confiável de sua segurança. Frequentemente, a decisão sobre a legalização está

mais atrelada a tradições culturais, fatores políticos e influências religiosas do que a uma avaliação objetiva de seus riscos ou danos potenciais. O álcool e o tabaco são exemplos claros dessa discrepância. Globalmente, o uso nocivo de álcool tem levado a óbito 3 milhões de pessoas anualmente, representando cerca de 5% de todas as mortes (OPAS, 2022a). O tabaco tem sido responsável por mais de 8 milhões de mortes anuais, entretanto é provável que a Região das Américas caminhe, até 2025, para uma redução em torno de 30% na prevalência do tabagismo entre indivíduos com 15 anos de idade, tendo em vista que 23 dos 35 países, são partes da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (OPAS, 2022b).

A forma de uso de uma substância é chamada de método ou via de administração. Elas podem entrar no organismo através de diferentes vias de administração, incluindo (mas não exclusivamente) oral/deglutição; nasal/aspiração (a inalação pelo nariz, às vezes, é chamada de insuflação); fumada; inalação de fumaça ou vapor; injeção intramuscular (injetar no músculo); injeção subcutânea (injetar logo abaixo da pele); injeção endovenosa (injetar na veia); tópica (aplicar na camada superior da pele); e sublingual (dissolver sob a língua, onde é absorvida pela mucosa oral). Saber a via de administração de uma substância psicoativa é importante, pois afeta a rapidez com que ela chega ao

10 Esta figura foi traduzida e baseada no original “The Drugs Wheel” desenvolvido por Mark Adley (www.thedrugswheel.com), e está sob licenciamento descrito em “[creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).”

cérebro. Quanto mais rapidamente atingir o cérebro, maior e mais reforçado será o seu efeito. A administração endovenosa é mais rápida do que as formas inaladas ou fumadas, que, por sua vez, são vias mais rápidas do que a administração oral.

A progressão entre o primeiro uso para o desenvolvimento de consequências danosas, como os transtornos por uso de substâncias, é complexa e determinada por fatores como a idade de início, a substância usada, as experiências de uso, a exposição a intervenções e ambientes preventivos e a influência de fatores de risco e de proteção, como serão analisados mais adiante neste capítulo.

Os pesquisadores em prevenção descreveram tal transição de diferentes maneiras por meio do desenvolvimento de modelos de transição no seu uso. Embora nenhum modelo seja aplicável a todas as pessoas que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas, eles nos ajudam a refletir sobre a forma como o uso de álcool, tabaco e outras drogas pode evoluir de um uso pontual e experimental para um mais regular e desordenado. O modelo desenvolvido por Piazza e Deroche-Gamonet (2013) é apresentado aqui a título de exemplo geral aplicável a muitos padrões comportamentais, entre eles o uso de álcool e outras drogas, e descreve a progressão do uso com base em interesses sociais e recreativos associados a ele. Compreendendo que as razões iniciais para o uso de álcool e outras drogas podem não ser recreativas, algumas pessoas podem, por exemplo, auto-

medicar-se, usá-las como estratégia de manejo da ansiedade, tensão ou conflitos - no caso, por exemplo, de uma doença psiquiátrica ou física não tratada -, ou fazer uso de substâncias de forma diferente da indicada na prescrição médica. Piazza e Deroche-Gamonet explicam a transição para transtornos relacionados ao uso de substância a partir de dois elementos: a vulnerabilidade individual e o grau/quantidade de exposição às substâncias. Além disso, explicam que esta transição pode transcorrer em três fases, que são consecutivas, mas independentes – a entrada numa fase é necessária, mas não é suficiente para avançar para a fase seguinte, uma vez que implicam vulnerabilidades individuais específicas.

No uso esporádico, a utilização é moderada e eventual, onde a maioria dos indivíduos percebe a substância como um estímulo altamente recompensador. Em um uso intensificado, contínuo e aumentado, passa a ser a principal atividade recompensadora da pessoa e faz com que a substância seja fortemente desejada e necessária. Embora o funcionamento social e pessoal comece a diminuir, o comportamento ainda é amplamente organizado e a pessoa consegue desempenhar a maior parte das suas funções e responsabilidades. A perda do controle no uso é desencadeada pela exposição prolongada às substâncias e caracterizada pelo desenvolvimento de um transtorno relacionado a esse uso, onde as atividades associadas com o uso passam a ser o principal objeto de atenção da pessoa.

destes transtornos por uso de substâncias mudaram ao longo do tempo, e atualmente dois grandes sistemas de classificação são majoritariamente utilizados: a Classificação Internacional de Doenças, conhecida por CID-11, publicado pela OMS em 2019, e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, que encontra-se em sua quinta edição, conhecido como DSM-5, e publicado pela American Psychiatric Association - APA no ano de 2013.

Existem algumas diferenças entre os dois sistemas, mas eles contêm critérios comuns, como, por exemplo, o uso em quantidades maiores ou por mais tempo do que o previsto, priorizar o uso de álcool, tabaco e outras drogas em detrimento de outras atividades e funções sociais e o uso continuado, apesar das evidências de que está causando danos à pessoa (por exemplo, danos físicos e psicológicos). O Quadro 1 apresenta os tipos de critérios incluídos nos dois sistemas de classificação.

Como apresentado no Quadro 1, o DSM-5 inclui um total de 11 critérios, e é necessário que a pessoa atenda ao menos dois destes critérios para ser diagnosticada com transtorno leve por uso de substâncias; o cumprimento de mais critérios implica que o transtorno seja classificado como moderado ou grave.

A CID-11 refere-se a transtornos por uso de substâncias, mas estabelece uma distinção entre o uso nocivo (um padrão de uso de

substâncias psicoativas que causa danos à saúde física ou mental, incluindo a dos familiares) e a dependência, que inclui quatro critérios principais (necessidade compulsiva e dificuldade em controlar o uso, uso persistente apesar das consequências adversas, tolerância e abstinência). As pessoas devem apresentar, pelo menos, dois critérios para serem classificadas como dependentes. Para satisfazer os critérios de uso nocivo, pelo menos um dos critérios deve estar presente, sem preenchimento dos critérios de dependência.

As intervenções de prevenção desempenham um papel significativo na redução das possibilidades de progressão para problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Embora estes dois sistemas de classificação sejam ferramentas clínicas úteis, é importante lembrar que as pessoas podem enfrentar problemas relacionados ao uso dessas substâncias mesmo que não atinjam estes limiares clínicos. A maioria dos grupos-alvo da prevenção não está em risco imediato de desenvolver transtornos, mas estão em risco de apresentarem outros prejuízos, tais como danos à saúde e psicológicos, violência, abandono escolar ou comportamentos de risco associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, como por exemplo, comportamentos sexuais de risco, entrar num automóvel com um condutor embriagado ou se envolver em atos violentos. Esses problemas podem ser igualmente severos e importantes e podem afetar qualquer pessoa que faça uso de substâncias.

QUADRO 1 COMPARAÇÃO DOS CRITÉRIOS CID-11 E DSM-5 PARA TRANSTORNO PELO USO DE SUBSTÂNCIAS

CRITÉRIO	CID-11	DSM-5
Substâncias consumidas em grande quantidade ou por mais tempo do que o pretendido	✓	✓
Desejo persistente ou esforços malsucedidos em reduzir o consumo de substâncias psicoativas		✓
Ânsia ou forte desejo de consumir substâncias		✓
Grande parte do tempo gasto no uso de substâncias e na recuperação do uso de substâncias	✓	✓
Tolerância aos efeitos da substância	✓	✓
Sintomas de abstinência		✓
Atividades sociais, ocupacionais e outras afetadas pelo consumo de substâncias		✓
Uso contínuo apesar dos problemas sociais recorrentes causados pelo uso da substância		✓
Uso contínuo apesar de problemas físicos ou psicológicos relacionados ao uso da substância		✓
Uso contínuo de substâncias que levam ao não cumprimento de obrigações importantes	✓	✓
Uso recorrente de substâncias apesar de problemas legais	✓	
Uso recorrente de substâncias em situações de risco	✓	✓
Família prejudicada pelo fato de a pessoa consumir substâncias	✓	

Problemas de saúde associados ao uso de substâncias

De acordo com Shield et al. (2020), em 2016, estima-se que 3 milhões de mortes e 131,4 milhões de DALYs (DALY - Disability Adjusted Life Years - Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade em decorrência de doenças e ris-

cos), foram atribuídos ao uso de álcool em todo o mundo, representando 5,3% de todas as mortes e 5% de todos os DALYs, segundo publicado no estudo “Global Burden of Disease” (Carga Global das Doenças, em português), da OMS.

O uso de álcool pode levar a transtornos diretamente relacionados com o seu uso (ver

acima em “Transtornos pelo uso de substâncias”), bem como a transtornos associados ao seu uso, como por exemplo a síndrome alcoólica fetal, que constitui um complexo quadro clínico de manifestações diversas, decorrentes da exposição pré-natal ao álcool.

Décadas de pesquisa demonstraram que existem várias outras doenças e lesões relacionadas ao uso de álcool, tanto para a pessoa que faz uso como para terceiros. Dentre estas, estão os transtornos neuropsiquiátricos, doenças gastrointestinais, câncer, uso nocivo de álcool, transtornos associados ao suicídio e à violência, ferimentos não intencionais - como acidentes de viação, quedas, afogamento, envenenamento, doenças cardiovasculares, nascimento prematuro e diabetes. O uso regular de álcool está fortemente associado a sete tipos diferentes de câncer, sendo o risco aumentado de acordo com a quantidade usada. De acordo com a OMS, em 2020, houve 470.000 mortes por câncer no mundo em decorrência do uso de álcool (OPAS, 2021).

A relação entre o tabagismo e os problemas de saúde também é bem documentada. O tabaco mata até metade das pessoas que fazem uso dessa substância, ou seja, mais de 7 milhões de pessoas por ano, e estimando-se que, até 2030 sejam registrados 8 milhões de mortes por ano, a nível mundial, em consequência do tabagismo¹². A ciência atual nos mostra que o tabagismo causa doenças

cardiovasculares, doenças pulmonares, dificuldades de concepção e parto prematuro, baixo peso ao nascer e baixa densidade óssea. E não é apenas os fumantes que correm um risco maior de desenvolver problemas de saúde. Estudos apontam que as pessoas expostas ao fumo de maneira passiva também enfrentam graves problemas de saúde, em especial os familiares e os colegas de trabalho de pessoas que fazem o uso de tabaco.

Sabe-se que o uso de álcool, tabaco e outras drogas contribui para a carga global das doenças. As estimativas da OMS sugerem que, a nível mundial, os transtornos por uso de substâncias são a sexta causa principal de perdas de anos de vida saudáveis em pessoas com menos de 25 anos de idade. Há problemas de saúde crônicos e agudos associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas que são agravados por diversos fatores, como suas propriedades, a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que são usadas. Os problemas crônicos incluem dependência e doenças infecciosas relacionadas ao seu uso e há uma série de danos agudos, sendo a overdose o mais conhecido deles. A variação no conteúdo e na pureza das substâncias psicoativas atualmente disponíveis aumentam os danos potenciais para aqueles que fazem uso dessas substâncias, e cria um ambiente desafiador para o desenvolvimento de estratégias de resposta aos problemas relacionados a esse uso (EMCDDA, 2017b).

¹² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

O uso de álcool, tabaco e outras drogas também gera um custo social. Se a saúde, segurança e bem-estar dos jovens não forem abordados, os resultados adversos do uso dessas substâncias podem levar a uma menor produtividade da força de trabalho, além de serem bastante onerosos para a saúde, serviços sociais e de justiça criminal. Em muitos casos, os custos financeiros da prestação destes serviços são mais elevados para a sociedade do que os custos da realização de intervenções efetivas de prevenção e tratamento.

O MODELO ETIOLÓGICO

Etiologia é um termo médico que descreve as causas ou origens de doenças ou de outros transtornos e os fatores que as motivam ou que predisõem as pessoas para tal. Compreender a etiologia é importante para a prevenção, uma vez que ajuda a identificar os fatores ou mecanismos associados ao aparecimento de um problema social ou de saúde, como, por exemplo, um problema associado ao uso de álcool, tabaco ou outras drogas. A partir dessas informações, os programas de prevenção podem ser desenvolvidos ou selecionados para abordar esses fatores.

O conceito de fatores de risco e de proteção relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas ganhou aceitação universal e tem sido fundamental para as intervenções preventivas nas últimas duas décadas. Os fatores de proteção, os quais reduzem a vulnerabilidade, são características que neutralizam ou diminuem a influência dos fatores de risco. Estes últi-

mos são geralmente definidos como padrões de comportamento ou aspectos do funcionamento psicossocial, incluindo atitudes, crenças e traços de personalidade, que estão ligados a um risco aumentado de uso de álcool, tabaco e outras drogas. Estes podem incluir:

- Fatores contextuais, como por exemplo, leis e normas favoráveis a comportamentos de uso de álcool, tabaco e outras drogas, incluindo os relacionados com a comercialização e disponibilidade, privação econômica e a desorganização do bairro ou da comunidade; e/ou
- Fatores individuais e interpessoais, como por exemplo, predisposição genética e outras doenças fisiológicas, antecedentes familiares quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, atitudes de familiares a favor do uso dessas substâncias, gestão familiar deficiente/incoerente, conflitos familiares e baixo vínculo familiar (Hawkins et al., 1992).

Embora os fatores contextuais, como por exemplo, leis e normas, disponibilidade, uso ou incentivo de pares, desempenham um papel significativo no início do uso de álcool, tabaco e outras drogas, os fatores individuais e interpessoais, em especial os fatores fisiológicos, neurológicos e genéticos, têm uma influência importante na progressão para padrões mais regulares de uso e no desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias (Glantz e Pickens, 1992).

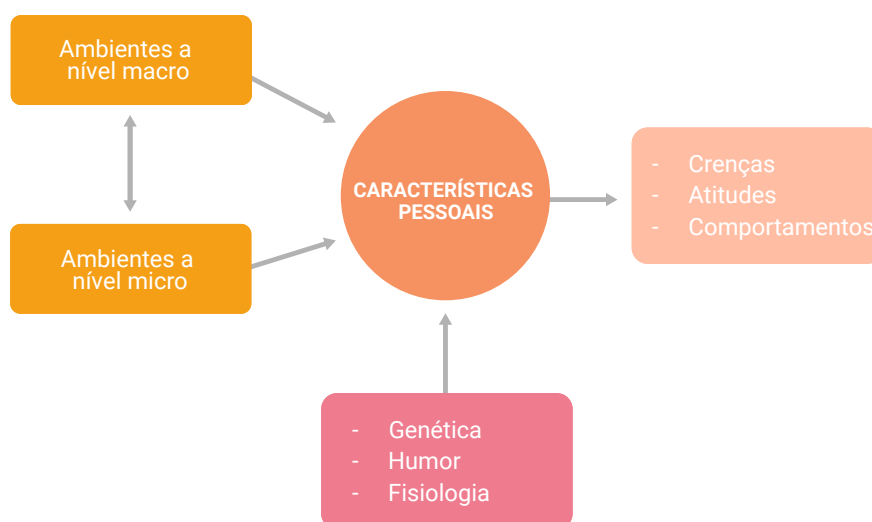
No entanto, estudos mais recentes passaram a considerar os fatores de risco e de proteção como indicadores de outros mecanismos de desenvolvimento que podem aumentar a vulnerabilidade individual ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, sendo a interface da vulnerabilidade individual com os ambientes a nível micro (por exemplo, interações sociais e interpessoais) e macro (por exemplo, fatores sociais, comunitários e institucionais), que colocam uma pessoa em risco ou a protege do envolvimento em comportamentos de risco, como o do uso dessas substâncias.

O uso de álcool, tabaco e outras drogas começa geralmente no final da infância e na adolescência. Trata-se de um processo que inclui muitos caminhos diferentes e não tem uma causa simples, sendo principalmente impulsionado por reações influenciadas por fatores biológicos internos e fatores exter-

nos, ambientais e sociais. A teoria do desenvolvimento é uma base importante para a compreensão destes processos. Cada fase de desenvolvimento, desde a gestação até a idade adulta, está associada ao aumento da capacidade intelectual, das habilidades de linguagens e do funcionamento cognitivo, emocional e psicológico, bem como à aquisição contínua de competências sociais e de controle de impulsos (ver Anexo 2). Qualquer interrupção significativa desse crescimento pode levar ao desenvolvimento de transtornos, como aqueles em decorrência do uso de álcool, tabaco e outras drogas, através da interação com outros fatores ambientais.

Os estudos das origens de comportamentos de risco mostram que o início do uso de álcool, tabaco e outras drogas implica uma interação entre características individuais, como a predisposição genética, o comportamento, humor e o tipo de personalidade, as

FIGURA 8 O MODELO ETIOLÓGICO



Fonte: Baseado em UNODC, 2013

diferenças no modo como se vê, ouve e “sente” o ambiente circundante ou as pessoas, e as experiências externas à pessoa. O modelo etiológico (Figura 8) mostra estas interações, que são bidirecionais tanto a nível micro como macro. Este modelo servirá de base para análises sobre as causas do uso de álcool, tabaco e outras drogas em cada capítulo.

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

Ao longo da vida, as pessoas passam por momentos muito importantes desde o nascimento, incluindo o início da escolaridade, o começo da puberdade, a realização de escolhas profissionais, o início de uma relação amorosa e a parentalidade. Em cada estágio, eles são orientados ou influenciados por exemplo, por suas famílias, escolas, laços religiosos, clubes desportivos e organizações de jovens e pares, que formam seus ambientes a nível micro, e a sociedade em que vivem, que constitui o seu ambiente a nível macro. Quando os marcos importantes de desenvolvimento não são alcançados, as crianças ficam vulneráveis a atrasos nas metas de desenvolvimento subsequentes e têm maior probabilidade de se envolver em comportamentos de risco e prejudiciais à saúde. A

conquista dessas metas de desenvolvimento é influenciada pelas interações das pessoas com os seus ambientes a nível micro e macro à medida que crescem. Dessa forma, as intervenções preventivas se concentram em lidar com as vulnerabilidades em ambos os níveis de ambiente.

A socialização das crianças é uma das responsabilidades mais significativas atribuídas à família, à escola e ao ambiente social mais amplo. Agentes de socialização, como os professores, mães, pais e responsáveis, têm um papel crucial nesse processo. É essencial que as crianças assimilem as atitudes, valores e comportamentos que são valorizados em sua cultura, para que possam crescer conscientes dos riscos e tornarem-se adultos bem adaptados e responsáveis.

Estes fatores ambientais a nível micro e macro podem servir tanto para proteger os indivíduos, como para aumentar o risco daqueles mais vulneráveis. A relação funciona em ambos os sentidos. Por exemplo, uma criança desenvolve um temperamento difícil logo após o nascimento e tem dificuldade em se adaptar ao mundo ao seu redor. A criança pode ser considerada “inquieta” e exigir atenção. Se os responsáveis tiverem dificuldades em lidar com essa criança, é possível que ela tenha problemas em lidar com novos ambientes à medida que cresce, como na escola, com os seus pares e no local de trabalho. No entanto, se nesse caso, os responsáveis desenvolverem as habilidades necessárias, de forma adequada e compreensiva para

criação dessa criança, isso poderá aumentar o seu potencial para uma adaptação mais fácil a esses ambientes.

O mesmo elemento se aplica ao impacto da interação entre o ambiente a nível macro e ao indivíduo. Considere, por exemplo, uma criança que é próxima aos responsáveis, mas que vive em um bairro pobre e com muitas casas abandonadas. O nível de desemprego é elevado, existe uma alta densidade de comércios que vendem álcool e tabaco e, durante o dia, jovens de todos os gêneros passam o tempo nas ruas, por vezes usando essas substâncias. A criança passa por estes jovens a caminho da escola. Apesar de ter responsáveis afetuosa e compreensivos, a criança pode acabar se juntando ao grupo e ficar exposta a oportunidades quanto ao seu uso.

Uma outra interação que pode afetar pessoas vulneráveis é o impacto que o ambiente a nível macro pode ter no ambiente a nível micro. Alguns estudos sugerem que essa interação pode conduzir a um aumento ou a uma diminuição do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Estudos realizados na Europa indicam que, após a crise econômica de 2008, para cada aumento de 1% das taxas de desemprego regional, houve um aumento de 0,7% no uso de maconha pelos jovens (Ayllón e Ferreira-Batista, 2018). A nível individual, as pessoas podem ter uma menor renda disponível, como salários ou mesadas para gastar em substâncias, mas quando as taxas de desemprego aumentam como resultado de uma crise econômica, as pessoas podem recorrer

à automedicação devido à maior probabilidade de ficarem desempregadas ou pela falta de oportunidades encontradas no mercado de trabalho local. Esta situação provoca um aumento do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Se os empregos são escassos e os salários são baixos, passar o tempo usando drogas em vez de trabalhar ou procurar emprego tem um impacto socialmente menos excludente do que se houvesse muitos empregos disponíveis e os salários fossem mais altos. Além disso, às vezes, uma ou ambas as pessoas responsáveis precisam trabalhar longe e não estão disponíveis com regularidade para atender aos seus filhos. Se não forem supervisionadas por um adulto responsável e afetuoso, estas crianças podem encontrar acolhimento em grupos nos quais as pessoas fazem uso dessas substâncias.

Nenhum fator isolado é suficiente para levar ao uso de álcool, tabaco e outras drogas ou ao desenvolvimento de padrões de uso mais arriscados. É provável que haja alguma combinação crítica do número e tipo de influências e experiências que leve a pessoa a iniciar o uso de álcool, tabaco e outras drogas e, assim, a evoluir para um transtorno por uso de substâncias. O limite pode ser atingido por qualquer número de combinações destes fatores, que podem ser únicos para cada pessoa.

O processo de socialização é utilizado na prevenção baseada em evidências científicas. Tipos específicos de intervenções de prevenção são dirigidas aos indivíduos diretamente ou através dos seus ambientes. Isso

significa que elas funcionam para mudar as crenças, as atitudes e os comportamentos de uma pessoa (por exemplo, intervenções escolares que ensinam habilidades de resistência aos pares), ajudar os agentes de socialização a melhorar as suas habilidades (por exemplo, melhorar as habilidades parentais ou de ensino) ou modificar o ambiente do indivíduo com vistas a dificultar a participação em comportamentos de risco (por exemplo, solicitar comprovação de maioridade legal para impedir que as crianças e adolescentes tenham acesso ao álcool). O processo de socialização se torna uma influência positiva que supera as exposições negativas e serve como força principal na prevenção baseada em evidência científica. Pesquisas demonstraram que ajudar os jovens a tomarem decisões apropriadas para sua saúde e bem-estar com relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas pode ser alcançado, e esse continua sendo o objetivo da prevenção.

As intervenções de prevenção são cuidadosamente projetadas não só para capacitar os profissionais da prevenção, transformando-os em agentes de socialização efetivos, mas também para facilitar a interação direta deles com os grupos-alvo durante o processo de socialização. Além disso, essas intervenções visam formar agentes de socialização fundamentais, como os responsáveis e os professores, aprimorando suas habilidades essenciais. Isso inclui o fortalecimento de competências em áreas como a prática da parentalidade positiva e o gerenciamento efetivo de salas de aula, com o propósito de

otimizar o impacto dessas interações no desenvolvimento dos indivíduos.

ESTRUTURA DE DESENVOLVIMENTO EM MÚLTIPLOS NÍVEIS (MULTINÍVEL)

A estrutura de desenvolvimento em vários níveis destaca como a vulnerabilidade de uma pessoa ou os riscos aos quais ela está exposta podem resultar da interação entre características pessoais e ambientais. Mais especificamente, ela define os fatores de risco que são fundamentais para a estrutura. No início deste capítulo, discutimos a vulnerabilidade dos jovens com fortes influências negativas. Essas influências negativas são fatores de risco, ou seja, as características individuais (psicológicas), ambientais ou sociais que aumentam a probabilidade de resultados negativos.

Os fatores de risco, incluindo o uso de álcool, tabaco e outras drogas, podem variar entre as faixas etárias quanto à sua natureza e influência. Fatores de risco podem ter efeitos cumulativos, mas também são afetados por influências em nível macro e micro, características pessoais e ambientes familiares, escolares, de trabalho, comunitários e o entorno social (físico, cultural, econômico).

As intervenções preventivas efetivas abordam os fatores de risco antes do aparecimento de comportamentos de risco. A Figura 9 apresenta exemplos de fatores de risco originados em cada um destes ambientes, que podem ser abordados através de intervenções preventivas.

FIGURA 9 MATRIZ DE VULNERABILIDADE



Fonte: Baseado no UNDOC, 2013

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

- Características pessoais, como ter um temperamento equilibrado e capacidade de autorregulação;
- Influências familiares, como o estabelecimento de vínculos com responsáveis;
- Influências escolares, como as habilidades pró-sociais, desenvolvimento (por exemplo, tomada de decisões e resolução de problemas) e participação na educação; e
- No caso das comunidades, a qualidade do ensino e outros fatores relacionados com a escola e normas comunitárias positivas.

As intervenções baseadas em evidência científica executadas numa determinada fase de desenvolvimento podem influenciar as fases de desenvolvimento posteriores e até produzir efeitos de longo prazo. Este “efeito cascata” ajuda a produzir resultados positivos em fases posteriores da vida adulta. Em outras palavras, um resultado positivo pode ter repercussões em outras áreas da vida e poder ganhar impulso para fornecer proteção complementar contra os fatores de risco futuros. Por exemplo, os efeitos de uma das intervenções baseadas em evidência científica

encontrada no documento sobre as normas do UNODC, o Good Behavior Game (GBG), revelaram que a intervenção não só resultou na redução do uso de álcool, tabaco e outras drogas, como também se traduziu na redução dos problemas de saúde mental ao longo da vida.

No Brasil, em 2014, após passar por uma adaptação cultural, o programa GBG, renomeado para “Elos: construindo coletivos”, foi submetido a uma avaliação de efetividade através de ensaio não randomizado. Os resultados mostraram evidência de redução de comportamento agressivo entre meninos com idade média de 8 anos de idade (Schneider et al., 2022). No ano de 2019, após passar por mais uma revisão, o programa passou a ser chamado “Elos 2.0” e foi submetido a uma avaliação de efetividade através de um ensaio controlado randomizado. Os resultados apontam para efeitos positivos do programa em três medidas de saúde mental: melhora na concentração, redução de comportamento disruptivo e aumento de comportamento pró-social (Mariano et al., 2022; Caetano et al., 2024). A redução destes comportamentos na infância é preditora importante de menor uso de drogas na adolescência.

Resultados de avaliações de intervenções baseadas em evidências científicas destinadas a prevenir o uso de álcool, tabaco e outras drogas nos jovens demonstram que não só reduzem a probabilidade do uso em fases posteriores da vida, mas também têm efeitos positivos em resultados não previstos. A in-

investigação sobre o programa “Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10-14” por exemplo, também demonstrou (por meio de implementações nos EUA) que se produziram resultados não direcionados, incluindo reduções da atividade criminosa, depressão, ansiedade e comportamentos sexuais de risco, bem como melhores resultados escolares.

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

- Para onde direcionar as intervenções de prevenção, que podem ser necessárias para territórios específicos;
- Quais substâncias devem ser selecionadas – para algumas populações, o álcool e os produtos do tabaco podem ser mais problemáticos do que a maconha, por exemplo;
- A quem as intervenções devem ser direcionadas e quais grupos parecem estar mais expostos ao risco ou mais suscetíveis, como por exemplo os filhos de pessoas que usam álcool, tabaco e outras drogas e pessoas em alto risco de exclusão social;
- Quando realizar as intervenções – se identificado que a idade em que se inicia o uso for de 14 anos, as intervenções devem começar mais cedo, por volta dos 12 anos; e
- Quais devem ser os mediadores da intervenção de prevenção – quais os objetivos e mensagens que devem ser motivo

de preocupação, por exemplo, abordando as atitudes em relação ao uso, as crenças normativas sobre a prevalência do uso e as percepções de riscos associados ao uso (ver Capítulo 3).

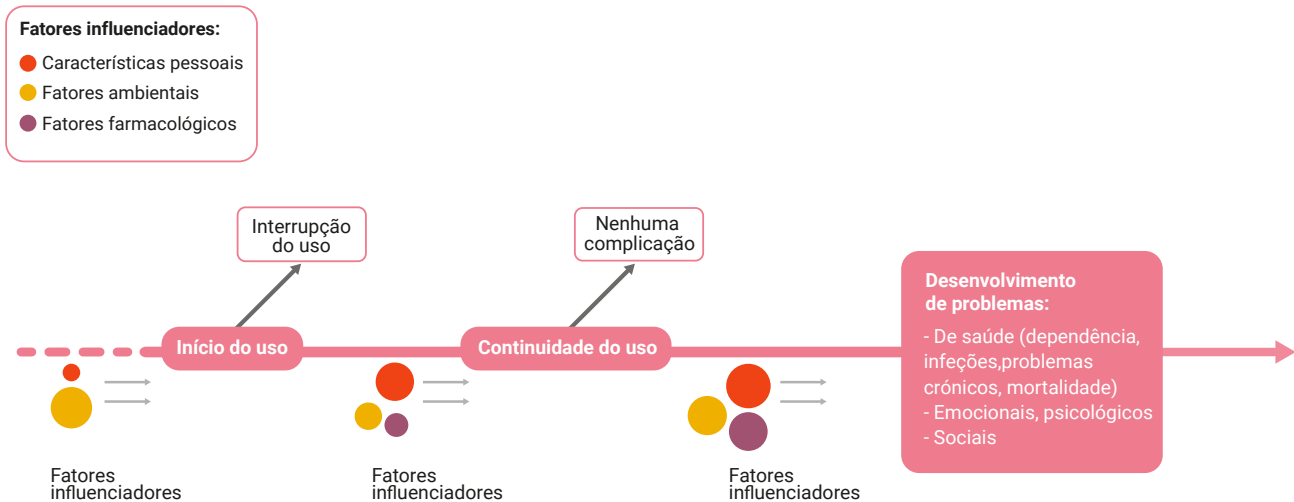
A NECESSIDADE DE SERVIÇOS DE APOIO ABRANGENTES E INTERDISCIPLINARES AO LONGO DAS ETAPAS DO CICLO DE VIDA

Para os profissionais da prevenção, é importante compreender que o uso de álcool, tabaco e outras drogas pode começar como um comportamento de risco relativamente baixo, mas a sua continuação pode levar a um aumento da quantidade e frequência desse uso, bem como a um aumento da probabilidade de desenvolvimento de prejuízos associados. Às vezes, como mencionado anteriormente, o uso de álcool, tabaco e outras drogas pode dominar a vida dessas pessoas, levando-as a negligenciar outras atividades e responsabilidades sociais e provocar, por consequência, problemas sociais e de saúde.

A referência a fatores de risco e de proteção dentro do modelo etiológico nos permite entender melhor os caminhos que podem levar ao desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (Figura 10) e ajudar no desenvolvimento e direcionamento de intervenções adequadas de prevenção (assim como de tratamento e redução de danos).

Conforme mostrado na Figura 10, os fatores ambientais (nos níveis macro e micro) e,

FIGURA 10 PERCURSOS DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS



em menor grau, as características pessoais são determinantes importantes para saber se alguém começará ou não a fazer uso de álcool, tabaco e outras drogas. É o caso, por exemplo, dos fatores que podem preceder imediatamente um episódio de uso dessas substâncias, como a disponibilidade de álcool, tabaco e outras drogas ou a oferta para que usem, e, eventualmente, a vulnerabilidade precoce e os fatores de risco e de proteção que afetam o desenvolvimento e aumentam a probabilidade de ocorrência desse uso.

Tal como sugerido pelos estudos de prevalência, a maioria das pessoas que iniciam o uso de álcool, tabaco e outras drogas não continua a fazê-lo e a sua exposição se limita a um pequeno número de episódios pontuais. Há vários fatores adicionais que diferenciam estas pessoas daquelas que continuam a fazer uso, incluindo a resposta psicofarmacológica (por exemplo, a experiência subjetiva que

a droga produz), se é ou não gratificante, prazerosa ou causa algum alívio, e se cumpre ou não uma função específica para a pessoa que faz uso da droga (por exemplo, a ajuda a regular o estresse, socializar ou automedicar-se para uma necessidade fisiológica ou psicológica percebida). As pessoas que continuam a fazer uso de álcool, tabaco e outras drogas podem ou não sofrer prejuízos, e a maioria deixa de fazer uso mesmo após períodos de uso mais prolongados. No entanto, algumas pessoas que fazem uso dessas substâncias por um período mais longo enfrentam problemas relacionados com a saúde física e mental, ao bem-estar emocional e psicológico e no funcionamento social (incluindo o sistema de justiça penal). As ações de prevenção seletiva e indicada, bem como as intervenções de redução dos danos e de tratamento, são particularmente importantes quando se tenta evitar a transição para padrões de uso mais nocivos, reduzindo os prejuízos daí resultantes.

As vias e as transições entre diferentes tipos de comportamento relacionado ao uso de álcool, tabaco e outras drogas são por vezes referidas como “história natural” do uso e dos transtornos por uso de substâncias. Os fatores de risco e de proteção, bem como os danos potenciais, podem ser distintos em diferentes pontos do percurso.

Os fatores que determinaram o início são diferentes dos que determinam a continuidade e os danos relacionados ao uso. É importante lembrar que as pessoas que atualmente não fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas não constituem um único grupo, uma vez que podem incluir pessoas que já experimentaram ou tiveram complicações com o seu uso no passado.

Portanto, há necessidade de uma grande variedade de serviços de serviços sociais, emocionais, físicos e ocupacionais abrangentes para dar resposta às necessidades das pessoas que usam álcool, tabaco e outras drogas (Figura 11), independentemente do ponto onde se encontram no percurso quanto ao seu uso. Em geral, o espectro de programas de prevenção visa três grupos.

- As intervenções universais dirigem-se a todos os membros de um grupo-alvo, independentemente de seu risco subjacente de uso ou histórico de uso de álcool, tabaco e outras drogas. No entanto, é provável que a maioria seja constituída por pessoas que não fazem uso dessas substâncias. Esta ca-

tegoria de intervenções abrangeria a maior parte dos programas escolares e das políticas escolares e ambientais de que falaremos mais adiante.

- As intervenções seletivas visam grupos vulneráveis em que há o uso frequente de álcool, tabaco e/ou outras drogas e se concentram em melhorar suas oportunidades em condições sociais e de vida. Esta categoria inclui também intervenções na escola e na família, bem como políticas que mantêm as crianças nas escolas ou que apoiam mecanismos de diminuição das vulnerabilidades estruturais.
- As intervenções indicadas visam a ajudar as pessoas a lidarem com as suas características de personalidade e os fatores de risco individuais que as tornam mais vulneráveis ao uso frequente de álcool, tabaco e outras drogas.

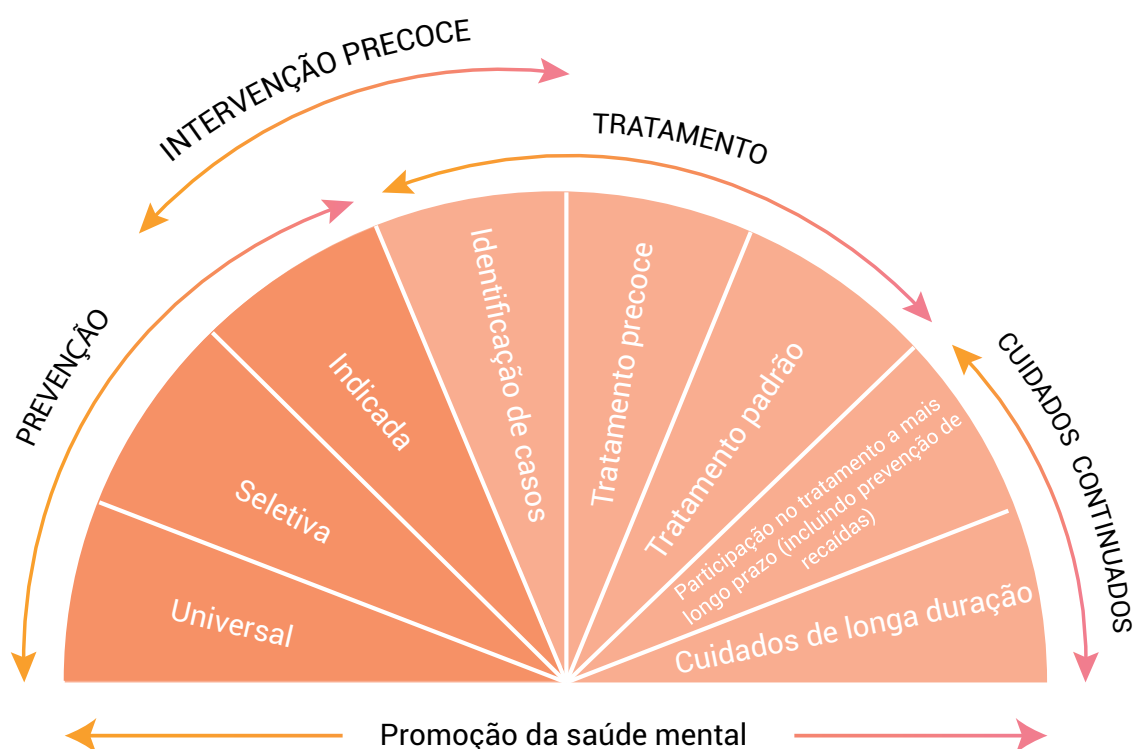
Embora as intervenções universais sejam normalmente (embora não exclusivamente) destinadas a grupos-alvo antes do início do uso de álcool, tabaco e outras drogas, é possível aplicar medidas de prevenção seletivas e indicadas em todos os pontos de transição.

As intervenções precoces estão associadas à prevenção indicada e são mais comuns no que diz respeito ao uso de álcool. As intervenções precoces destinam-se a prevenir ou retardar o uso de álcool, tabaco

e outras drogas e a evitar o aparecimento de problemas relacionados a esse uso. Estas intervenções são limitadas no tempo e funcionam, como se vê na Figura 11 (adaptado

de Mrazek e Haggerty, 1994), no domínio da transição entre prevenção e tratamento. Geralmente, destinam-se a jovens ou pessoas em maior risco (EMCDDA, 2017b).

FIGURA 11 DIVERSIDADE DE RESPOSTAS AOS PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS



Fonte: adaptado de Mrazek e Haggerty, 1994.



CAPÍTULO 02

FUNDAMENTOS DA CIÊNCIA DA PREVENÇÃO
E DE INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BASEADAS
EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O presente capítulo apresenta os conceitos de “prática baseada em evidência científica” e de “boas práticas”, uma vez que implicam diferenças significativas nas abordagens do trabalho de prevenção. Apresenta também um panorama de teorias importantes, destacando aquelas globalmente aceitas, ou introduzindo outras, como a Roda da Mudança de Comportamento, na qual é demonstrada uma forma de classificar os tipos de intervenções de prevenção e as funções políticas. Por último, o capítulo introduz o conceito de adaptação das intervenções e a importância da fidelidade na implementação.

DEFINIÇÕES E PRINCÍPIOS

A prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas visa evitar ou retardar o início do uso dessas substâncias e auxilia na prevenção do desenvolvimento de problemas entre aqueles que já iniciaram o uso. No entanto, o escopo da prevenção é mais vasto: a mesma procura manter as pessoas saudáveis e seguras, além de apoiá-las na realização de seus talentos e potenciais. O desenvolvimento e a aplicação de intervenções efetivas baseadas em evidências para os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas é o foco central das políticas europeias de uso dessas substâncias e envolve uma série de medidas.

Assim, o que significa a prevenção “baseada em evidência científica”?

Segundo o *Evidence Based Practice Institute* da Universidade de Washington (2012):

“A prática baseada em evidência científica é a utilização de processos de tomada de decisão sistemáticos ou a prestação de serviços que tenham demonstrado, por meio de dados científicos disponíveis, melhorar de forma coerente os resultados mensuráveis dos clientes. Ao invés de tomar decisões com base na tradição, nas reações instintivas ou em observações isoladas, a prática baseada em evidência científica recorre a dados obtidos por meio de pesquisa experimental, levando em consideração as características individuais das pessoas e os conhecimentos médicos”.

Esta definição contém dois aspectos fundamentais: a tomada sistemática de decisões com base em evidência científica concreta, associada a resultados melhores ou positivos, e o acesso a dados coletados por meio de uma pesquisa experimental rigorosa. Essa é uma questão desafiadora, mas é necessário um entendimento geral de suas complexidades para compreender por que os especialistas frequentemente - e de forma bastante legítima - discordam sobre quais programas e práticas de prevenção podem ser chamados de “baseados em evidências”, ao invés de “promissores” ou “melhores práticas”.

A definição de “boa prática” utilizada pela EUDA no seu portal eletrônico é “a melhor aplicação dos dados disponíveis às atividades em andamento referente à política sobre drogas”. A EUDA acrescenta que:

- A evidência de efetividade deve ser pertinente para os problemas e as questões com que se deparam as pessoas afetadas pelo uso de álcool, tabaco e outras drogas, incluindo profissionais, pessoas tomadoras de decisão e as respectivas suas famílias;
- Todos os métodos de determinação das boas práticas devem ser “transparentes, confiáveis e replicáveis”;
- Toda a evidência científica adequada deve ser considerada; e
- Tanto as evidências de efetividade, como as de viabilidade da implementação de-

vem ser consideradas no processo de tomada de decisões.

Pesquisadoras, pesquisadores e profissionais que atuam com prevenção têm acumulado uma grande quantidade de informação que possibilita orientar o desenvolvimento e a realização de intervenções e políticas de prevenção efetivas para uma variedade de comportamentos, incluindo o uso de álcool, tabaco e outras drogas. A EUDA centralizou muitas dessas intervenções no seu portal eletrônico (Figura 12), onde é possível encontrar informações disponíveis

FIGURA 11 **BEST PRACTICE PORTAL OF THE EUDA (PORTAL DE MELHORES PRÁTICAS DA EUDA)**

Quick links

EUDA
EUROPEAN UNION
DRUGS AGENCY

Portuguese Search

Data Countries Topics Best practice Activities Publications Events News About

Início

[Subscribe for updates about best practice by e-mail](#)

Portal de boas práticas

O portal de boas práticas foi criado para o ajudar a encontrar informações práticas e fiáveis sobre as estratégias que funcionam (e as que não funcionam) nas áreas da prevenção, tratamento, redução dos danos e reintegração social. Ajudá-lo-á a identificar rapidamente intervenções testadas e comprovadas, a afetar recursos a estratégias eficazes e a melhorar as intervenções através da aplicação de instrumentos, normas e diretrizes.

Entre em contacto com a [equipa do portal de boas práticas](#)

- RESUMOS INFORMATIVOS RESUMOS INFORMATIVOS EM MATÉRIA DE POLÍTICAS E PRÁTICAS
- IMPLEMENTAÇÃO HNT, EUPC, EIB E XCHANGE DADOS DISPONÍVEIS UM REGISTO DOS DADOS DISPONÍVEIS
- NORMAS E DIRETRIZES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Resumos informativos em matéria de políticas e práticas

Cada um destes resumos informativos em matéria de políticas e práticas foi concebido como um instrumento de consulta centralizado para qualquer pessoa envolvida no planeamento ou na implementação de respostas, nos domínios da saúde e social, aos problemas da droga na Europa. Cada resumo informativo consiste: (1) numa síntese das principais questões em causa; (2) nas principais opções de resposta; (3) numa visão geral do panorama europeu; (4) nas implicações fundamentais em políticas e práticas; e (5) em ligações para recursos adicionais. Os resumos informativos fazem parte do portal de boas práticas do EMCDDA.

Tipos ou padrões de consumo de substâncias

Fonte: https://www.euda.europa.eu/best-practice_pt

para consulta sobre as boas práticas em diferentes contextos, tipos de substâncias e tratamentos¹³.

A Sociedade Europeia para Pesquisa em Prevenção (*EUSPR – European Society for Prevention Research*) define a ciência da prevenção como um esforço multidisciplinar para considerar a etiologia, a epidemiologia, os modelos de intervenção, a efetividade e a implementação na prevenção de uma série de problemas sociais e de saúde¹⁴. Entre eles, há os problemas por uso de álcool, tabaco e outras drogas, saúde sexual e gravidez na adolescência, HIV/aids, violência, acidentes, suicídio, transtornos mentais, delinquência, obesidade, má alimentação/nutrição, falta de exercício físico e doenças crônicas. Uma característica comum é a importância do comportamento como fator determinante para problemas e iniquidades em saúde.

Os fatores de risco comportamentais são causas importantes das doenças não transmissíveis. A ciência da prevenção abrange o estudo sistemático de intervenções destinadas a reduzir a incidência de comportamentos disfuncionais e a promover comportamentos adaptativos nas populações. Para tal, são necessários conhecimentos especializados em uma variedade de abordagens teóricas e metodológicas para realização de pesquisas no âmbito dos sistemas sociais e socializadores

da família, da saúde e da educação, do local de trabalho, da comunidade, da assistência social, do planejamento ambiental, do urbanismo e da política orçamental.

A SPR, Sociedade Estadunidense de Pesquisa em Prevenção (*US Society for Prevention Research*), definiu os princípios orientadores para o domínio da prevenção. Estes princípios constituem a base do EUPC e sublinham a importância dos fatores seguidamente indicados para o êxito de suas atividades:

- Atenção ao desenvolvimento: significa que, enquanto profissionais da prevenção, temos de compreender que os fatores que influenciam os comportamentos variam de acordo com as etapas ao longo da vida. Significa também que há várias atividades relacionadas com o desenvolvimento ou a etapa, que surgem à medida que as crianças crescem (ver Anexo 2). A desordem no cumprimento dessas tarefas pode levar à ocorrência de transtornos ou comportamentos de risco em determinadas fases de desenvolvimento. Tudo isso tem de ser levado em consideração quando analisamos as potenciais intervenções preventivas que pretendemos utilizar nas nossas comunidades.
- A epidemiologia do desenvolvimento da população-alvo desempenha um papel fundamental na prevenção. É importante reconhecer como as transições entre di-

13 https://www.euda.europa.eu/best-practice_pt

14 <https://www.euspr.org/prevention-science/>

ferentes fases da vida expõem as crianças a variados riscos. Um exemplo claro é a transição de uma criança que inicialmente passa a maior parte do tempo em casa para a escola, em que começa a desenvolver uma maior independência, inclusive ao eventualmente sair da casa da família. Além disso, é essencial reconhecer a diversidade dos fatores relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas dentro e entre as populações. Isso significa que os fatores ou processos que levam ao início e à continuação do uso de substâncias psicoativas variam consideravelmente entre indivíduos, grupos e populações.

- Os fatores transacionais e ecológicos são compostos por várias influências ambientais nas crenças, valores, atitudes e comportamentos das pessoas. Estas incluem a interação entre as características da pessoa e de sua família, escola e comunidade e os ambientes sociopolíticos e físicos mais abrangentes. Tais interações não só influenciam as nossas crenças, atitudes e comportamentos, como também são interdependentes, de forma que se afetam mutuamente.
- Compreender a motivação humana e os processos de mudança ajuda a conceber intervenções efetivas, as quais levam a alterações nas pessoas e nos ambientes a fim de prevenir ou tratar o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Muitos fatores contribuem para influenciar comportamentos e afetar a tomada de decisões no que diz respeito a esse uso ou à adoção

de outros comportamentos de alto risco.

- A natureza transdisciplinar da ciência da prevenção implica em envolver equipes multiprofissionais com uma série de conhecimentos especializados para fazer face à complexidade das questões abordadas pela ciência da prevenção.
- As normas éticas profissionais são baseadas em valores. Os valores são as crenças fundamentais que uma pessoa considera verdadeiras e são também vistos como princípios orientadores na sua vida ou como a base em que essa pessoa toma decisões. A prevenção acarreta decisões relativas ao tratamento de terceiros nos contextos mais importantes da vida da pessoa – família, escola e meio laboral. Contudo, envolve também a sociedade, onde as políticas e a legislação regulamentam os comportamentos desejados ou antissociais/ilegais.
- A interação constante entre os estudos teóricos e empíricos procura explicar os mecanismos que justificam um resultado comportamental descoberto através de pesquisas epidemiológicas ou de avaliações de intervenções preventivas.
- Melhorar a saúde pública é uma visão que a ciência da prevenção pode alcançar por meio do trabalho colaborativo de cientistas e profissionais no domínio da prevenção, recorrendo às suas competências coletivas e aos seus conhecimentos específicos.
- A justiça social está relacionada ao movimento dos direitos humanos e os cuidados de saúde, que são um direito huma-

no. A justiça social é o imperativo ético e moral para compreender por que razão a doença, a deficiência e a morte afetam de forma desproporcional determinados subgrupos da população e é importante para conceber e executar programas, sistemas de prevenção e alterações políticas a fim de combater as causas profundas das desigualdades.

BASE TEÓRICA DA PREVENÇÃO

Várias teorias importantes contribuíram para o desenvolvimento de intervenções preventivas baseadas em evidências científicas e para definir diretrizes de pesquisa. Quando pesquisadores e profissionais da prevenção mencionam ‘teoria’, os mesmos estão se referindo a um conjunto de conceitos inter-relacionados. Esses conceitos são utilizados para descrever, explicar e prever a relação entre os vários aspectos do comportamento humano. Na maioria dos casos, tais teorias são construídas a partir de dados empíricos robustos e estão em constante evolução, sendo refinadas por meio de pesquisas continuadas.

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

- Permite compreender os determinantes ambientais e/ou comportamentais relacionados a um problema de saúde específico;

- Torna nítido os mecanismos potenciais para produzir o resultado de interesse que se pretende alcançar; e
- Ajuda a escolher a medida ou abordagem de intervenção que permitirá alcançar esses resultados (Bartholomew e Mullen, 2011).

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

A ciência da prevenção se sustenta fortemente em teorias desenvolvidas em outras áreas do conhecimento, como a economia comportamental, a neuropsicologia e a ciência comportamental. O Quadro 2 destaca algumas das teorias que têm uma influência importante na prevenção, bem como algumas teorias que são exclusivas da ciência da prevenção.

É importante conhecer essas teorias, ainda que de uma forma resumida, para compreender que o desenvolvimento de intervenções efetivas se baseiam em uma teoria empírica. Uma das teorias comumente aplicadas

QUADRO 2 VISÃO GERAL DE ALGUMAS TEORIAS IMPORTANTES EM MATÉRIA DE PREVENÇÃO

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

à ciência da prevenção tem sido a Teoria do Comportamento Planejado (TCP; Figura 13). Esta última é apresentada a seguir como exemplo da forma como a teoria pode contribuir para o desenvolvimento e o conteúdo da intervenção. Os fatores considerados na TCP são os descritos abaixo.

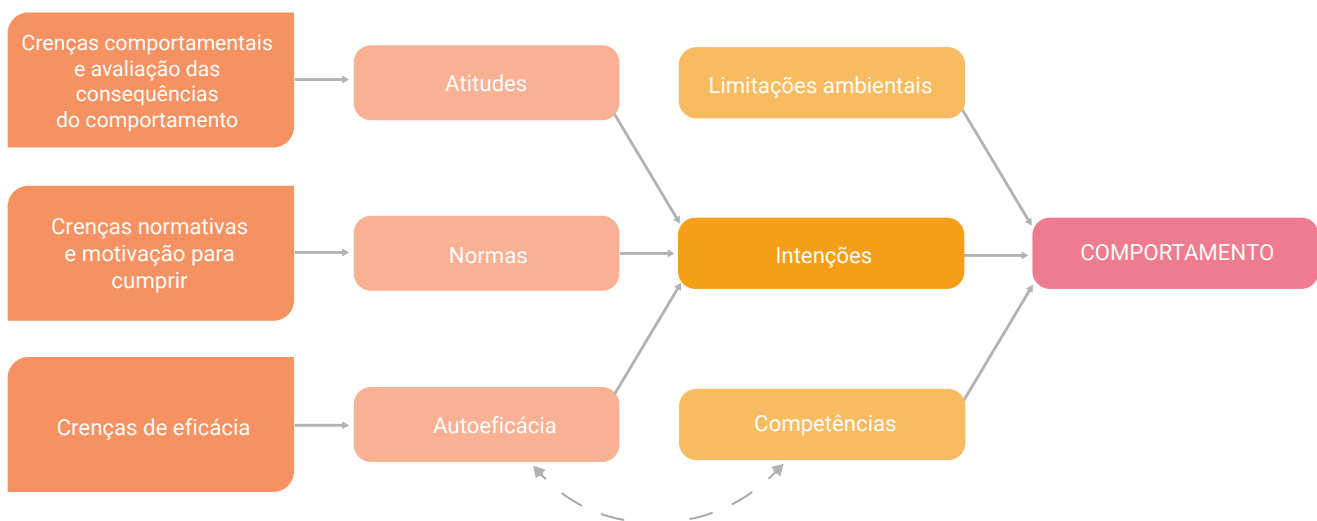
- Atitudes em relação ao comportamento – crenças quanto à associação de consequências positivas ou negativas ao comportamento de interesse e ao valor atribuído a essas consequências como, por exemplo, “O que aconteceria se eu fumasse cigarros?”, “Quais são as consequências para a saúde?”, “São reais?”, “Tal atitude afetará a minha vida e as vidas das pessoas ao meu redor?”.
- Percepções das consequências do comportamento e da natureza normativa do comportamento por parte de

pessoas influentes como, por exemplo, “Se eu começasse a fumar, o que diriam os meus pais?”, “O que diriam os meus amigos?”.

- Crenças quanto às habilidades que impediriam ou facilitariam o comportamento e à percepção da capacidade de controlar o próprio comportamento como, por exemplo, “Tenho as habilidades necessárias para resistir ao uso de álcool na festa do meu amigo?”.

A interação entre esses componentes apresenta a intenção de uma pessoa em realizar determinado comportamento, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas e, é claro, indica se a pessoa possui ou não as habilidades e os recursos necessários que facilitem esse comportamento. O passo seguinte na adoção de um fundamento teórico para uma intervenção é o desenvolvimento dos seus objetivos.

FIGURA 13 TEORIA DO COMPORTAMENTO PLANEJADO



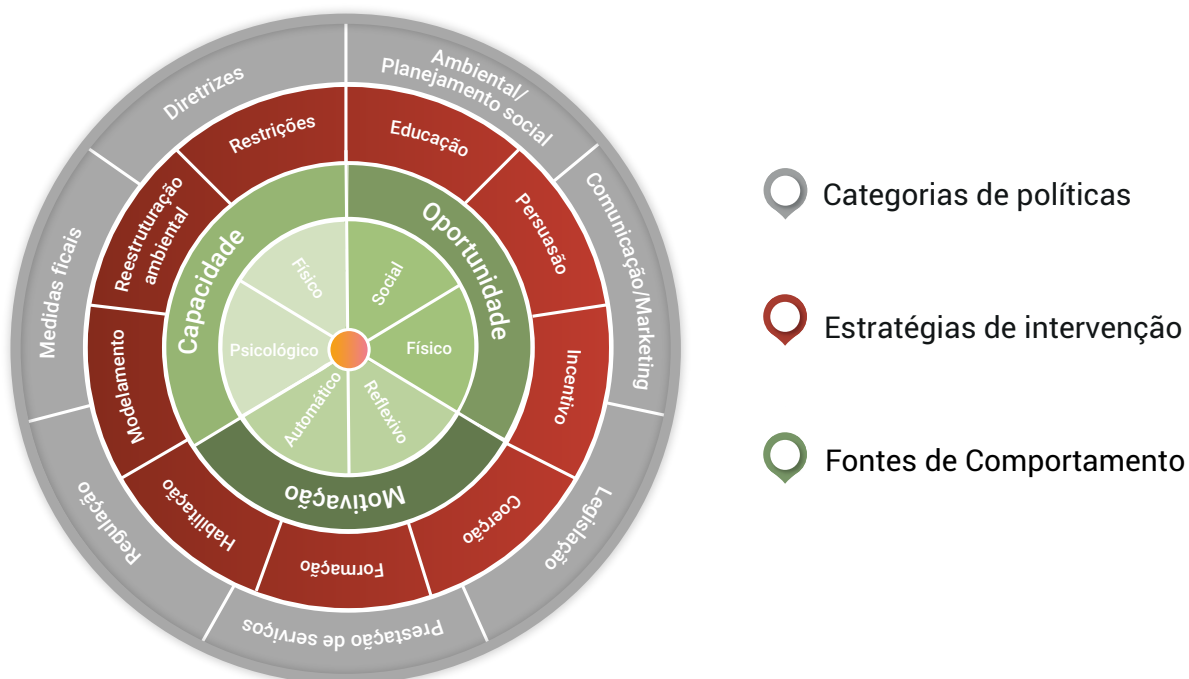
A dificuldade em construir uma intervenção baseada na teoria é a conversão da teoria em prática. Como pode ser feita a transição dos objetivos identificados para boas intervenções e políticas? Uma ferramenta útil para guiar esse processo é a Roda da Mudança de Comportamento, desenvolvida por Susan Michie e colaboradores (2011), que se baseia no modelo global COM-B (capacidade, oportunidade, motivação e comportamento).

O modelo COM-B reflete as possíveis origens do comportamento, como se vê no círculo interno da Roda da Mudança de Comportamento (Figura 14). As grandes categorias de abordagens que podem ser utilizadas para gerar uma mudança de comportamento estão ilustradas nos círculos externos da roda. O círculo do meio (em vermelho) fornece métodos de intervenção e de política para alterar

comportamentos e tipos de intervenções que foram utilizadas para influenciar o comportamento. Embora a Roda da Mudança de Comportamento não permita identificar as intervenções específicas a serem executadas, ela é útil para restringir e escolher o tipo de abordagem que pode ser útil.

A motivação é considerada um aspecto automático e também reflexivo, ao passo que a capacidade implica estar apto tanto do ponto de vista psicológico como físico. A oportunidade refere-se às possibilidades oferecidas no contexto social ou físico para a realização de um determinado comportamento. O círculo vermelho resume abordagens de intervenções adequadas que visam estes determinantes comportamentais e o círculo externo, em cinza, inclui mecanismos políticos que apoiam a realização das intervenções.

FIGURA 14 A RODA DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO



EXEMPLO DO PROGRAMA X

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

O primeiro objetivo de prevenção do modelo TCP consiste nas atitudes em relação ao comportamento e a suas consequências, as percepções das consequências do uso de álcool, tabaco e outras drogas para os adolescentes e as crenças normativas (percepções sobre a natureza normativa do uso de substâncias entre os seus pares). Essas atitudes e percepções ajudarão o grupo-alvo a tomar decisões sobre o uso de substâncias; em geral, o grupo-alvo pretende não as usar. Uma vez tomada essa decisão, a participação na intervenção ajudará o grupo-alvo a desenvolver as habilidades necessárias para apoiar essa decisão. Isso inclui habilidades de comunicação e resistência e podem também incluir outras habilidades de vida associadas ao alcance de metas e objetivos pró-sociais e positivos.

A intervenção ajuda os estudantes a atingirem estes objetivos e metas, incentivando-os a coletar informações e a usar a tomada de decisões e outras competências para interpretar essas informações e aplicá-las em suas próprias vidas. Isso pode ser conseguido por meio de atividades em pequenos grupos e grupos de discussão.

A intervenção precisa fazer mais do que aumentar a percepção da autoeficácia na resistência ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Uma boa intervenção fará isso ensinando estratégias comportamentais por meio de exemplos, treinamento de habilidades, de práticas direcionadas com feedback e reforço.

ESTRUTURA, CONTEÚDO E IMPLEMENTAÇÃO

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

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

A categoria “conteúdo” está relacionada aos objetivos da intervenção e se refere a quais in-

formações, competências e medidas que são utilizadas para alcançar os objetivos desejados. Por exemplo, pode envolver a inclusão de habilidades de recusa entre pares e o desenvolvimento de normas sociais na intervenção, para além da formação em comunicação familiar.

A categoria “implementação” analisa a forma como a intervenção ou política deve ser implementada e como se espera que seja recebida pelo público-alvo. Exemplos desse aspecto da intervenção incluem o emprego de estratégias de ensino interativas para adolescentes e adultos; a oferta de intervenções de habilidades parentais em horários convenientes para as famílias; e o monitoramento da implementação de uma intervenção ou política para aumentar a fidelidade aos elementos centrais da intervenção.

Populações-alvo

Com base no modelo etiológico acima, podemos identificar várias áreas-chave em que uma intervenção pode ser eficaz na prevenção da formação de crenças, atitudes e comportamentos que podem levar ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, e a comportamentos de risco. Estes pontos de intervenção não se referem apenas diretamente às pessoas, mas também aos seus ambientes de nível micro e macro. Ao longo desta formação, você aprenderá sobre as intervenções preventivas realizadas junto às mães, pais e responsáveis, professores, crianças e adolescentes, e dentro da família, na escola e a nível comunitário.

Ao definir a população-alvo da intervenção/política, uma série de características são importantes.

- A idade está relacionada com as competências de desenvolvimento, com a situação “de risco” e com o nível de gravidade das consequências do uso de álcool, tabaco e outras drogas. A idade também é um meio de direcionar as intervenções e deve ser levada em consideração no planejamento da realização. Na prevenção em contexto escolar, por exemplo, foi demonstrado que diferentes tipos de atividade são mais eficazes para diferentes grupos etários e de desenvolvimento. As comunidades/culturas também podem diferir quanto aos tipos de comportamentos que são considerados aceitáveis para diferentes faixas etárias. Por exem-

plo, além das leis que colocam restrições de idade para compra de produtos como o álcool, o uso supervisionado de álcool em importantes celebrações familiares podem ser aceitáveis para adolescentes mais velhos, mas não para crianças mais novas.

- O gênero pode desempenhar um papel no fato de uma pessoa estar “em risco” e pode ser importante para o ambiente em que a intervenção ocorre. Além disso, as sociedades/culturas podem ter expectativas diferentes para homens e mulheres, que precisam ser abordadas na intervenção. No entanto, é importante que as intervenções de prevenção não reforcem estereótipos de gênero prejudiciais que permitam alguns tipos de comportamento prejudicial à saúde para os homens, mas não para as mulheres.
- A localização geográfica é importante não apenas em termos das substâncias que podem estar disponíveis, mas também dos recursos e serviços de apoio que podem estar disponíveis e de fácil acesso.
- Alcance significa até que ponto a intervenção ou a política se destina a atingir vários grupos.
- Por último, o foco de uma intervenção ou política poderá estar centrado em populações com diferentes níveis de vulnerabilidade e de risco.

Para identificar a população-alvo e as suas necessidades específicas, é preciso realizar uma avaliação das necessidades, que será analisada no Capítulo 3.



CAPÍTULO 03

INTERVENÇÕES E POLÍTICAS DE PREVENÇÃO
BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O presente capítulo apresenta uma visão mais aprofundada de dois documentos importantes que constituem a base principal do Currículo Europeu de Prevenção. O primeiro documento se trata das Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas (UNODC, 2018) e sintetiza a ciência destinada às intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica para prevenir ou reduzir o uso de álcool, tabaco e outras drogas. As Diretrizes Internacionais foram elaboradas pelo UNODC e pela OMS, em colaboração com pesquisadores da área de prevenção, especialistas em prevenção e formuladores de políticas de todo o mundo. Além disso, fornecemos informações sobre os repositórios de programas baseados em evidência científica, que podem ser utilizados para encontrar e selecionar intervenções com base em evidência científica adequadas à sua situação, em conformidade com as recomendações das Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas.

A segunda fonte são os Padrões Europeus de Qualidade para a Prevenção do Uso de Drogas (EDPQS) publicados pela EUDA, que constituem um quadro europeu para a realização de intervenções de elevada qualidade em matéria de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Diferentemente das Diretrizes Internacionais, que se centram no conteúdo, na estrutura e estratégia instrucional mais apropriada das intervenções, os EDPQS são centrados na forma de planejar, escolher e executar intervenções preventivas a fim de garantir a qualidade (EMCDDA, 2013a).

AS DIRETRIZES INTERNACIONAIS SOBRE PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS (UNODC & OMS)

As Diretrizes Internacionais foram elaboradas para reunir os resultados de estudos em matéria de prevenção e identificar as principais características das intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica que demonstraram reduzir o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

As Diretrizes Internacionais têm por objetivo ajudar os gestores a apoiarem intervenções ou políticas que tenham demonstrado ser eficazes por meio de uma pesquisa rigorosa. Além disso, as Diretrizes Internacionais oferecem às pessoas formadoras de opinião e decisores, aos pesquisadores da área de prevenção e a demais atores que compreendem a importância de uma prevenção eficaz, a oportunidade de planejar programas de prevenção eficazes para a sua sociedade.

Em sua segunda edição atualizada, um grupo formado por especialistas do UNODC e da OMS revisou sistematicamente os artigos e estudos sobre o uso de drogas, selecionando aqueles que eram mais relevantes para as intervenções de prevenção. Em seguida, esses artigos e estudos foram categorizados de acordo com os métodos usados para avaliar os resultados das intervenções de prevenção.

Uma vez concluídas as análises, os artigos e estudos foram categorizados utilizando três dimensões, que descrevem as intervenções e

políticas analisadas em matéria de prevenção quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas:

Períodos de desenvolvimento relacionados com a idade:

- Pré-natal: Focado em mães e gestantes;
- Primeira infância: 0 a 5 anos de idade;
- Infância: 6 a 10 anos de idade;
- Pré-adolescência: 11 a 14 anos de idade;
- Adolescência: 15 a 18/19 anos de idade;
- Vida adulta: Idades subsequentes.

O contexto em que a intervenção ou política é executada:

- Família
- Escola
- Comunidade
- Local de trabalho
- Setor de saúde

População-alvo:

- Universal
- Seletiva
- Indicada

O Quadro 3 apresenta uma breve descrição dos resultados do nível de risco por cada etapa do ciclo de vida. Utilizando um quadro de desenvolvimento humano, as Diretrizes Internacionais reconhecem que as pessoas em várias fases de desenvolvimento (pré-natal, primeira infância, infância, pré-adolescência, adolescência e idade adulta) têm necessidades diferentes e reagem a diferentes tipos de estratégias de ensino. Além disso, o documento reconhece que as intervenções e políticas podem ser realizadas em diferentes contextos, como na família, na escola, no local de trabalho ou na comunidade, e pode ter como alvo tanto aqueles que influenciam a vida dos indivíduos (responsáveis, professores, supervisores de trabalho) quanto os próprios indivíduos. Reconhece igualmente que o nível de risco das diferentes populações (universal, seletiva ou indicada) é importante para a realização adequada das intervenções.

A infância e a primeira infância incluem crianças de até 5 anos de idade.

QUADRO 3 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DURANTE A PRÉ-NATAL E PRIMEIRA INFÂNCIA

INTERVENÇÃO	NÍVEL DE RISCO AVALIADO
Acompanhamento pré-natal e pediátrico	Seletivo
Intervenções direcionadas a mulheres grávidas	Indicada
Educação na primeira infância	Seletivo
Iniciativas escolares de múltiplos componentes	Universal e Seletiva

Como podemos ver no Quadro 3, três tipos de intervenção tiveram algum efeito nessa faixa etária, embora a qualidade da evidência fosse diferente entre eles.

As intervenções direcionadas a mulheres grávidas com transtornos por uso de substâncias tiveram evidência limitada de eficácia. Os estudos que apresentaram bons resultados referem-se a intervenções realizadas por profissionais de saúde treinados. O conteúdo das intervenções eficazes incluía:

- Terapia farmacológica e/ou psicossocial adaptada às necessidades da paciente;
- Tratamento de comorbidades físicas e/ ou transtornos mentais evidentes;
- Desenvolvimento de habilidades parentais para reforçar uma boa vinculação afetiva; e
- Serviços prestados num contexto de tratamento integrado.

As intervenções que implicam visitação às novas mães com problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas foram avaliadas como apresentando resultados adequados de eficácia:

- Quando foram realizadas por profissionais de saúde com formação adequada para a prestação destes serviços no âmbito da estrutura recomendada – incluindo visitas regulares ao bebê até os dois anos de idade, inicialmente prestando serviços e apoio de duas em duas semanas e depois mensalmente;

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

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

Verificou-se que as intervenções seletivas no ensino pré-escolar dirigidas a crianças com idades compreendidas entre dois e cinco anos de idade, que vivem em territórios vulneráveis, fornecem bons resultados de eficácia. Estas intervenções não só têm impacto no uso de maconha durante a adolescência, como também previnem outros comportamentos de risco e apoiam o sucesso escolar, a inclusão social e a saúde mental. Foram vários os aspectos essenciais destas intervenções.

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

QUADRO 4 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DURANTE A INFÂNCIA

INTERVENÇÃO	NÍVEL DE RISCO AVALIADO
Intervenções focadas no desenvolvimento de habilidades parentais	Seletivo
Educação para habilidades pessoais e sociais	Universal
Medidas de melhoria do gerenciamento de sala de aula	Universal
Políticas de permanência escolar	Seletivo
Intervenções direcionadas para transtornos de saúde mental	Indicada

Acerca da idade deste grupo, verificou-se que as intervenções apresentadas no Quadro 4 apresentam resultados de eficácia suficientes. Três intervenções visam grupos universais, uma grupos seletivos ou de risco e uma para grupos indicados, embora as abordagens adotadas para manter as crianças na escola estejam centradas principalmente nas crianças em risco.

As intervenções que dizem respeito a habilidades parentais prestam apoio aos responsáveis e melhoram os seus estilos e competências parentais. Foram consideradas eficazes para a população geral de crianças, bem como para crianças em risco.

Existem resultados consistentes das intervenções que desenvolvem competências parentais para esta fase de desenvolvimento. O conteúdo das intervenções que se considerou estarem associadas a resultados positivos estava centrado no fortalecimento

do vínculo familiar e na disponibilização aos responsáveis quanto às habilidades necessárias para:

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

As intervenções em matéria de habilidades parentais com resultados positivos incluíam várias sessões interativas com a participação de responsáveis e crianças, e todos os profissionais receberam formação específica.

As intervenções em matéria de habilidades parentais que não tiveram impacto ou

que geraram resultados negativos foram as que se concentraram apenas na criança ou as que foram realizadas essencialmente sob a forma de palestras. Verificou-se igualmente que as intervenções em matéria de habilidades parentais que apenas forneceram às mães, pais e responsáveis informações sobre drogas, ou que comprometeram a autoridade dessas pessoas, não conduziram a resultados positivos nem negativos.

As intervenções para desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais são geralmente realizadas em contextos escolares. Houve bons resultados quanto a sua eficácia. Estas intervenções proporcionam às crianças oportunidades para aprenderem habilidades que as ajudarão a lidar com várias situações que surgem na sua vida cotidiana. Elas apoiam o desenvolvimento de habilidades sociais gerais e abordam as crenças e atitudes normativas em relação às substâncias e aos comportamentos relacionados com estas.

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

- São realizadas por professores que passaram por processo formativo, que utilizam métodos interativos para ministrar os conteúdos;
- Incidem, em primeiro lugar, no desenvolvimento de habilidades, nomeadamente habilidades de resposta às di-

ficuldades e competências pessoais e sociais;

- São geralmente ensinadas nos primeiros anos de escolaridade e envolvem ativamente os alunos;
- Consistem numa série de sessões; e
- Reforçam as competências dos professores em matéria de gestão da sala de aula e apoiam a socialização das crianças, para que estas possam assumir com êxito o seu papel como alunos.

Estratégias que melhoram a experiência escolar e aumentam os sentimentos positivos em relação à escola e à educação são importantes, pois contribuem simultaneamente para aprendizagem acadêmica e socioemocional. A prevenção em contexto escolar será analisada em maior detalhe mais adiante.

A pré-adolescência e a adolescência compreendem o período entre 11 e 19 anos de idade, segundo a divisão proposta nas Diretrizes internacionais¹⁵ e é uma fase de muitos desafios, uma vez que o cérebro continua a desenvolver-se no contexto de processos hormonais e outros processos biológicos normais. No entanto, muitas funções cerebrais continuam a se desenvolver depois da adolescência, o que realça a importância das intervenções após os 18 anos de idade.

Há muitos estudos de avaliação de intervenções voltadas para a adolescência (Quadro

15 Cabe ressaltar que a divisão proposta pelas Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas do UNODC e OMS difere da divisão proposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Brasil. Lei nº 8.069, De 13 de julho de 1990. Disponível em: https://www.Gov.Br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/julho/trinta-e-um-anos-do-estatuto-da-crianca-e-doadolescente-confirma-as-novas-acoes-para-fortalecer-o-eca/eca2021_digital.Pdf

5). As intervenções de habilidades parentais foram discutidas anteriormente e são relevantes para essa faixa etária, assim como os programas de habilidades pessoais e sociais e as políticas escolares positivas voltadas para populações universais. Para a população em maior risco, as intervenções que oferecem atenção individual, como as que tratam de vulnerabilidades psicológicas e orientação, têm evidências adequadas de eficácia.

As intervenções em matéria de habilidades parentais para este grupo estão centradas em programas eficazes de habilidades parentais em relação aos adolescentes e incluem:

- Intervenções que reforçam a vinculação familiar e as habilidades parentais, especificamente na definição de

regras, no monitoramento do tempo livre e dos tipos de amizade, e na participação contínua na educação do adolescente; e

- Intervenções que apresentam materiais, situações e questões pertinentes aos adolescentes, incluindo várias sessões interativas de grupo.

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

As intervenções voltadas à educação para as habilidades pessoais e sociais também são muito importantes para esta faixa etária.

- Promovem competências que possibilitem a recusa de álcool, tabaco e

QUADRO 5 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DURANTE A ADOLESCÊNCIA

INTERVENÇÃO	NÍVEL DE RISCO AVALIADO
Intervenções focadas no desenvolvimento de habilidades parentais	Universal e seletiva
Educação em prevenção baseada em habilidades pessoais e sociais e em influência social	Universal
Dar respostas para vulnerabilidades individuais	Indicada
Políticas de Permanência escolar	Universal
Políticas escolares sobre álcool e tabaco	Universal
Tutoria	Seletiva
Programas de prevenção em espaços de entretenimento	Indicada
Intervenções direcionadas para transtornos de saúde mental	

outras drogas e a recusa entre pares para combater as pressões sociais relacionadas ao uso dessas substâncias e para lidar com situações desafiadoras da vida de forma saudável.

- Os componentes adicionais abordam a percepção de riscos ou de danos associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, com foco sobre as consequências que são particularmente relevantes para a adolescência.
- Essas intervenções abordam concepções errôneas geralmente mantidas pelos adolescentes em relação à natureza normativa do uso de substâncias, sendo que muitos superestimam o número de colegas que acham que fumam, bebem ou usam outras drogas.
- Estas intervenções fornecem informações precisas para ajudar os adolescentes a avaliarem as consequências percebidas do uso de álcool, tabaco e outras drogas em relação às suas percepções quanto às expectativas associadas a esse uso.
- A participação ativa em atividades de prevenção requer professores ou profissionais com formação nessa área que funcionem mais como facilitadores e orientadores do que como palestrantes.

As políticas escolares oferecem outras oportunidades para intervenções preventivas baseadas em evidência científica em contexto escolar, em especial as relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras

drogas, e abordam como lidar com as violações dessas políticas. Políticas bem elaboradas podem também criar um ambiente mais positivo em que os alunos se sentem seguros, confortáveis e bem-sucedidos. Elas foram consideradas eficazes, com evidências adequadas de que produziram um impacto positivo no uso de álcool, tabaco e outras drogas entre todos os alunos e funcionários da escola.

Durante este período, é adequado um aconselhamento psicológico individual ou uma intervenção breve para crianças com vulnerabilidades psicológicas, tais como busca de sensações fortes, impulsividade, sensibilidade à ansiedade ou pânico, que foram associadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Os jovens deste grupo também podem ter problemas na escola, com os responsáveis ou com os colegas. Em geral, aqueles que se identificam com estes tipos de problemas:

- são examinados por profissionais usando instrumentos validados;
- recebem intervenções que lhes proporcionam habilidades para lidar positivamente com suas emoções e vulnerabilidades psicológicas; e
- recebem intervenções realizadas por profissionais treinados e que consistem em duas a cinco sessões curtas.

Os programas de tutoria, em especial para os jovens suscetíveis a comportamentos de risco, não apresentam fortes evidências de

eficácia. No entanto, a literatura de pesquisa indica que tutores treinados que oferecem um programa de atividades bem estruturado podem resultar em resultados positivos. Em geral, esses tipos de programas combinam um jovem com um adulto que se compromete a apoiar o jovem regularmente e por um longo período de tempo.

A idade adulta inclui os jovens adultos a partir dos 19 anos de idade.

- As políticas de álcool e tabaco têm uma excelente base científica no que se refere à sua eficácia (Quadro 6). Como o uso de álcool e tabaco é mais frequente do que o uso de drogas ilícitas e que o impacto associado na saúde da população é maior, retardar o uso dessas substâncias entre os jovens pode ter um impacto social significativo.
- As políticas em matéria de álcool e tabaco baseadas em evidência cien-

tífica são aquelas que reduzem a disponibilidade de álcool, tabaco e outras drogas, bem como o acesso a crianças e adolescentes a esses produtos.

- As políticas bem-sucedidas são aquelas que aumentam a idade mínima para a venda destes produtos e também aumentam os preços por meio de impostos.
- A proibição da publicidade ao tabaco e a restrição da publicidade aos produtos alcoólicos dirigida aos jovens também demonstraram reduzir o uso.
- A aplicação ativa e coerente destas políticas e o envolvimento dos varejistas por meio de ações educativas são parte das abordagens eficazes em matéria de uso de álcool e tabaco.

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

QUADRO 6 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DURANTE A IDADE ADULTA

INTERVENÇÃO	NÍVEL DE RISCO AVALIADO
Prevenção baseada nas habilidades pessoais e sociais e na influência social	-
Política e cultura na escola	-
Dar resposta a vulnerabilidades psicológicas individuais	-
Orientação	-
Políticas referentes a álcool e tabaco	Universal População geral

QUADRO 7 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA EM DIFERENTES CONTEXTOS

INTERVENÇÃO	NÍVEL DE RISCO AVALIADO
Iniciativas Comunitárias de Múltiplos Componentes	Universal e seletivo População geral e grupos em risco
Campanhas de Sensibilização na Mídia	Universal População geral
Prevenção no ambiente de trabalho	Universal, seletivo e indicado Todos os públicos
Espaços de Entretenimento	Universal População geral
Intervenção breve	Indicada Pessoa em risco

PADRÕES EUROPEUS DE QUALIDADE PARA A PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS (EDPQS)

Os Padrões Europeus de Qualidade para a Prevenção do uso de Drogas, The European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS), foram concebidos para melhorar o desenvolvimento e a realização de políticas e intervenções preventivas, reduzir a aplicação de abordagens consideradas ineficazes e assegurar que as atividades de prevenção sejam realizadas por organizações e profissionais competentes e estejam adequadas a um determinado contexto ou grupo-alvo. Estas normas visam estimular uma mudança na cultura profissional de prevenção rumo a uma abordagem do trabalho de prevenção mais sistemática e baseada em evidência científica.

Os EDPQS descrevem um ciclo de projeto com oito etapas (ver Figura 15). Embora o ciclo do projeto sugira uma sequência de-

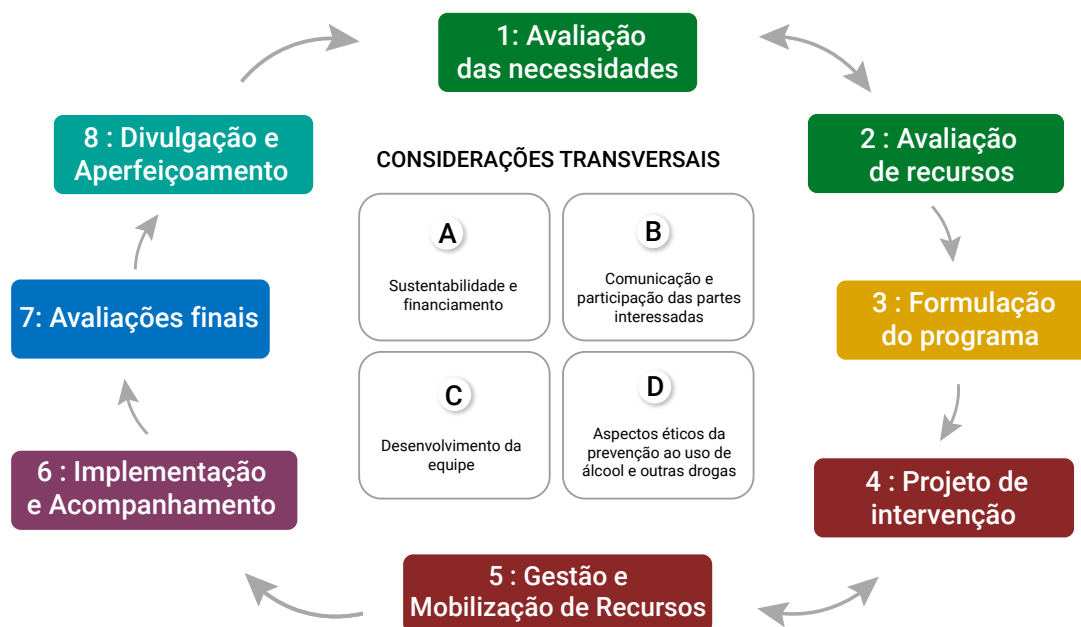
signada de atividades, na prática, algumas etapas podem ser concluídas numa ordem diferente e nem todas as etapas serão pertinentes para todos os tipos de atividade de prevenção. Além disso, os EDPQS apresentam algumas considerações transversais que devem ser levadas em conta em cada etapa do projeto. A descrição seguinte do ciclo do projeto baseia-se no Guia Rápido dos EDPQS (EMCDDA, 2013a).

As considerações transversais são temas recorrentes que dizem respeito a todo o ciclo e não apenas a uma etapa do projeto. Há quatro desses temas, que são descritos abaixo: sustentabilidade e financiamento, comunicação e participação dos parceiros, desenvolvimento da equipe e ética na prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

A: Sustentabilidade e financiamento

As intervenções devem ser inseridas numa estrutura mais ampla de atividades de

FIGURA 15 CICLO DO PROJETO DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS



prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. A viabilidade a longo prazo dos trabalhos de prevenção deve ser assegurada na medida do possível. Idealmente, quando apropriado, as intervenções devem continuar além da sua implementação inicial e/ou após o termo do financiamento externo. No entanto, a sustentabilidade depende não só da disponibilidade contínua de financiamento, mas também do compromisso duradouro da equipe e de outras partes interessadas relevantes com a organização e/ou campo da prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Embora algumas intervenções individuais possam ser limitadas no tempo, outras podem fazer parte de uma medida de prevenção a longo prazo em que a longevidade é importante.

B: Comunicação e participação de parcerias

Os parceiros são pessoas, grupos e organizações que têm um interesse efetivo nas atividades e nos resultados das intervenções e/ou são diretas ou indiretamente afetados pelos mesmos, tais como a população-alvo, a comunidade, os financiadores e outras organizações que trabalham no campo da prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Eles devem ser contatados e envolvidos no planejamento e na implementação de intervenções e/ou políticas, a fim de coordenarem esforços, partilharem as lições aprendidas e estabelecerem um planejamento e orçamento conjuntos.

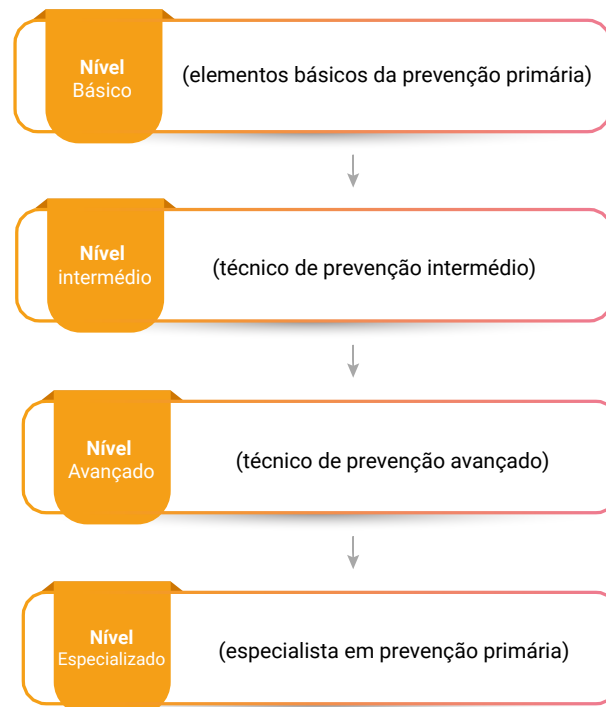
C: Desenvolvimento da equipe

Este componente consiste em três pilares: treinamento, desenvolvimento contínuo de pessoal e apoio profissional e emocional. As necessidades formativas da equipe devem ser avaliadas antes da implementação e os membros da equipe devem receber formação para garantir que a intervenção/política seja realizada com um alto padrão. O desenvolvimento contínuo do pessoal é um meio de recompensar e manter os membros da equipe e de garantir que seus conhecimentos e suas habilidades estejam atualizados. Durante a implementação das intervenções e/ou políticas, é importante dar aos membros da equipe a oportunidade de refletir e melhorar o seu trabalho.

A qualidade da equipe é uma influência importante na qualidade das intervenções e está estreitamente ligada à formação ou educação recebida. Infelizmente, em muitos países, não existe um sistema unificado de formação para os profissionais da prevenção. Charvat e colaboradores (2012) propuseram para a República Tcheca um sistema de qualificação para profissionais da prevenção no sistema escolar (Figura 16), em uma tentativa de padronizar diferentes níveis de formação e educação, que, por sua vez, reflete os conhecimentos específicos e as habilidades exigidas dos profissionais.

Assim, por exemplo, o professor de uma escola que ministre um programa de ensino simples ou uma sessão de sensibilização re-

FIGURA 16



Fonte: Adaptado de Charvat et al., 2012

lativa às drogas precisa ter apenas o nível básico de competências, enquanto um especialista em educação responsável pela triagem e rastreio de alunos e pela realização de um programa de prevenção indicada deverá demonstrar competências avançadas. O Brasil EUPC é mais uma tentativa de melhorar e padronizar a formação.

D: Aspectos éticos da prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas

As atividades de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas têm impacto na vida das pessoas e são geralmente dirigidas aos jovens; no caso da prevenção seletiva e indicada, estes jovens podem estar entre os

mais vulneráveis da sociedade. Os profissionais não devem assumir que as atividades de prevenção são, por definição, éticas e benéficas para os participantes. Embora nem sempre seja possível cumprir todos os princípios éticos da prevenção, uma abordagem ética deve ser evidente em cada etapa do projeto. Consequentemente, devem ser desenvolvidos protocolos para proteger os direitos dos participantes, e os riscos potenciais devem ser avaliados e atenuados.

Passamos agora para cada etapa do ciclo do projeto.

Etapa 1: Avaliação das necessidades

Para que a intervenção possa ser planejada em detalhes é importante explorar previamente a natureza e a extensão das necessidades relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, bem como as possíveis causas e os fatores que contribuem para essas necessidades. Essa avaliação garante que a intervenção é necessária e que atenderá as necessidades e as populações-alvo corretas. Há quatro tipos de necessidades: necessidades de políticas, necessidades (gerais) da comunidade, necessidades definidas por lacunas na oferta de prevenção e necessidades (específicas) da população-alvo.

1.1 Conhecimento de políticas e legislação relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas: a política e a legislação relacionadas a esse uso devem orientar todas as atividades de prevenção nesta área. A equipe

deve ter conhecimento e trabalhar em conformidade com as políticas e a legislação relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas a nível local, regional, nacional e/ou internacional. Mesmo que as intervenções abordem as necessidades que não sejam prioridades políticas atuais, ainda assim elas devem apoiar a agenda mais ampla de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, conforme definido pelas estratégias nacionais ou internacionais. Outras orientações como normas e diretrizes, também devem ser consideradas quando apropriado.

1.2 Avaliação do uso de álcool, tabaco e outras drogas e das necessidades comunitárias: o segundo componente desta etapa do projeto especifica o requisito de avaliar a situação desse uso na população geral ou em subpopulações específicas. Ao planejar o trabalho de prevenção, não basta confiar em suposições ou ideologias. Pelo contrário, as intervenções ou políticas de prevenção devem basear-se numa avaliação empírica das necessidades das pessoas. Outras questões relevantes, como privação e desigualdades, devem também ser avaliadas levando-se em conta a relação entre o uso e outras necessidades.

1.3 Descrição da necessidade – justificativa da intervenção: as conclusões da avaliação das necessidades da comunidade são documentadas e contextualizadas para justificar a necessidade de intervenção. A justificativa deve levar em conta as opiniões da comunidade, a fim de garantir que a intervenção lhe seja pertinente. O foco nas “necessidades” em

vez dos “problemas” pode ajudar a envolver parceiros que, de outro modo, podem se sentir estigmatizados. As intervenções ou políticas de prevenção existentes são também analisadas neste ponto para obter uma compreensão de como a intervenção pode complementar a atual estrutura de implementação.

1.4 Compreensão da população-alvo: a avaliação das necessidades é aprofundada através da coleta de dados detalhados sobre a população-alvo potencial, tais como informações sobre os fatores de risco e de proteção, a cultura e a vida cotidiana da população-alvo. Uma boa compreensão da população-alvo e suas realidades é um pré-requisito para uma prevenção efetiva, economicamente eficiente e ética quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Quando apropriado, uma população alvo intermediária, que pode receber a intervenção, embora não esteja em risco de uso (ex: responsáveis, professores), pode precisar ser considerada, além da população-alvo final (ex: jovens em risco de uso de substâncias).

Etapa 2: Avaliação de recursos

Uma intervenção é definida não só pelas necessidades da população-alvo, mas também pelos recursos disponíveis. Enquanto a avaliação das necessidades (ver “Etapa 1: Avaliação das necessidades”) indica o objetivo que a intervenção ou política deve alcançar, a avaliação de recursos fornece informações importantes sobre como esses objetivos podem ser alcançados.

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

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

Etapa 3: Formulação do programa

A formulação da intervenção ou das políticas define o conteúdo e a estrutura e for-

nece as bases necessárias para permitir um planejamento direcionado, detalhado, coerente e realista. Com base na avaliação das necessidades da população-alvo e dos recursos disponíveis, os elementos essenciais da intervenção ou política devem ser claramente definidos.

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

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

3.3 Definição de finalidades, metas e objetivos: sem finalidades, metas e objetivos

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

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

3.5 Referência a provas de efetividade: ao planejar o trabalho de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, é importante conhecer e utilizar os conhecimentos existentes sobre “o que funciona”. A base de dados científicos existentes sobre a prevenção efetiva deve ser consultada e os resultados com importância para a intervenção ou política planejada devem ser destacados. Como referido anteriormente, as Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas e o portal de boas práticas da EUDA¹⁶ constituem boas referências quanto às intervenções ou políticas baseadas em evidência científica. Os dados científicos devem ser conjugados com a experiência profissional dos participantes, a fim de conceber uma intervenção que seja pertinente para o seu contexto específico. Caso não existam dados científicos sobre a eficácia, é possível consultar as experiências profissionais e os conhecimentos especializados das partes interessadas. No entanto, as limitações destas formas de conhecimento (por exemplo, a eventual impossibilidade de generalizar) devem ser cuidadosamente consideradas em comparação com forte evidência científica de pesquisa.

3.6 Determinação do cronograma: um cronograma realista é essencial para o planejamento e a implementação da intervenção ou política, para que os membros da equipe possam direcionar e coordenar os seus esforços. Ele apresenta o calendário de atividades

previstas e os prazos aplicáveis. Um cronograma pode ser atualizado durante a implementação da intervenção, a fim de refletir a sua evolução real.

Etapa 4: Projeto de intervenção

Estes padrões contribuem tanto para o desenvolvimento de uma nova intervenção, quanto para a seleção e adaptação de uma já existente, e incentivam a consideração dos requisitos de avaliação como parte do projeto de intervenção.

4.1 Construção focada em qualidade e efetividade: depois de delineados os pilares da intervenção, são especificados os seus detalhes. O planejamento de atividades baseadas em evidência científica e que os participantes considerem ser motivadores, interessantes e significativos é um aspecto importante para alcançar as metas e os objetivos definidos. Sempre que possível, a intervenção deve ser concebida como uma progressão lógica das atividades que reflita a evolução dos participantes ao longo de todo o processo. A consulta de várias fontes sobre intervenções ou políticas anteriormente executadas pode ajudar a evitar a realização de atividades que já se tenham revelado inefetivas ou que tenham tido efeitos iatrogênicos. Boas referências para intervenções ou políticas baseadas em evidências são as Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas e o portal de boas práticas da EUDA.

¹⁶ https://www.euda.europa.eu/best-practice_pt

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

4.3 Ajuste e adaptação da intervenção à população-alvo: independente de se desenvolver uma nova intervenção ou adaptar uma intervenção existente, a intervenção deve ser ajustada à população-alvo, em conformidade com as conclusões da avaliação das necessidades. Uma competência essencial do pessoal neste domínio é a sensibilidade cultural, ou seja, a vontade e a capacidade dos membros da equipe para compreender a importância da cultura (nos seus diferentes tipos), valorizar a diversidade cultural, responder eficazmente às necessidades culturalmente definidas e incorporar considerações culturais em todos os aspectos do trabalho de prevenção.

4.4 Caso esteja planejando avaliações finais: monitoramento e as avaliações finais do processo e dos resultados devem também ser planejados nesta fase. A avaliação dos resultados é um meio de avaliar se as metas e os objetivos foram alcançados, ao passo que a avaliação do processo é um meio de compreender como foram alcançados ou por que razão não foram. A equipe de avaliação deve decidir o tipo de avaliação adequado para a intervenção ou política e definir indicadores de

avaliação em consonância com as metas e os objetivos. Ter a avaliação nesta fase garante que os dados necessários para monitoramento e avaliações finais estarão disponíveis de forma satisfatória, quando forem necessários.

Etapa 5: Gestão e mobilização de recursos

Uma intervenção ou política de prevenção implica, além da intervenção propriamente dita, uma boa gestão do projeto e um planejamento detalhado para garantir a sua viabilidade. Os aspectos gerenciais, organizacionais e práticos precisam ser considerados durante o projeto de intervenção. Para iniciar a implementação, é necessário ativar os recursos disponíveis e ter acesso a novos recursos, conforme for necessário.

5.1 Planejamento do programa – elaboração do plano do projeto: um procedimento específico garante que o planejamento e a implementação sejam realizados de forma sistemática. Um plano de projeto escrito documenta todas as tarefas e procedimentos necessários para implementação bem-sucedida da intervenção. Esse plano orienta a implementação, fornecendo uma estrutura comum na qual todos os membros da equipe do pessoal podem trabalhar. Nas fases posteriores do projeto, o plano deve ser consultado para avaliar se a intervenção ou política foi executada conforme previsto ou se serão necessários ajustes.

5.2 Planejamento das necessidades financeiras: as necessidades financeiras (custos)

e as capacidades financeiras (orçamento) da intervenção devem ser determinadas de modo a contextualizar os recursos necessários e disponíveis. Se forem necessários mais recursos do que os disponíveis, o plano financeiro esclarece qual financiamento adicional pode ser necessário ou como o plano do projeto poderá ser alterado.

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

5.4 Recrutamento e retenção de participantes: o recrutamento refere-se ao processo de seleção das pessoas elegíveis da população-alvo, informando-as sobre a intervenção, convidando-as a participar, inscrevendo-as e assegurando que iniciem a intervenção (por exemplo, assistam à primeira sessão). As pessoas participantes devem ser recrutadas a partir da população-alvo definida de uma forma metodologicamente correta e ética. A retenção refere-se ao processo de garantir que todas as pessoas participantes permane-

çam na intervenção até que esta tenha terminado e/ou até que as metas sejam atingidas (o que for mais apropriado). Este aspecto é particularmente importante para as intervenções que requerem o envolvimento dos participantes durante longos períodos. Os obstáculos à participação devem ser identificados e eliminados, a fim de garantir que os participantes possam participar da intervenção até a sua conclusão.

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

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

(que resume a intervenção ou política após a sua conclusão).

Etapa 6: Implementação e Monitoramento

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

6.1 Em caso de realização de uma intervenção-piloto: em certos casos, por exemplo, se uma intervenção tiver sido desenvolvida recentemente ou passar de uma implementação local para uma implementação nacional, a intervenção deve ser testada primeiro, por meio da sua aplicação em menor proporção. Isso ajuda a identificar potenciais problemas práticos e outras deficiências que não surgiram durante a fase de planejamento e cuja resolução pode ser muito onerosa se acontecer em plena implementação. Uma intervenção-piloto é um teste em pequena escala da intervenção antes da implementação plena (por exemplo, com menos participantes e em apenas um ou dois locais). Durante a intervenção-piloto, os dados relativos ao processo e aos resultados (limitados) são coletados e utilizados para realizar uma avaliação em

pequena escala. Utilizando as conclusões da intervenção-piloto, os criadores das intervenções podem fazer ajustes finais e pouco dispendiosos financeiramente na intervenção antes da implementação real.

6.2 Implementação da intervenção: uma vez que haja evidências suficientes para sugerir que a intervenção de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas será efetiva, viável e ética, a intervenção é executada da forma descrita no plano do projeto. No entanto, isso não significa que o plano do projeto deva ser rigorosamente cumprido se houver uma necessidade evidente de alterações. Para facilitar avaliações posteriores e relatórios sobre a intervenção, a implementação é documentada em detalhes, incluindo acontecimentos imprevistos, desvios e falhas.

6.3 Monitoramento da implementação: enquanto a intervenção é realizada, os resultados e os dados do processo são coletados e analisados periodicamente, por exemplo no que diz respeito à pertinência da intervenção para os participantes, à fidelidade ao plano do projeto e à efetividade. A implementação real da intervenção e outros aspectos são comparados com os detalhes estabelecidos no plano do projeto. O monitoramento, ou seja, a incorporação de análises regulares dos progressos, também ajuda a determinar se é necessário alterar o plano original.

6.4 Ajuste da implementação: a implementação precisa permanecer flexível, para que possa responder a eventuais problemas,

à alteração das prioridades etc. Sempre que necessário e possível, a implementação da intervenção deve ser ajustada de acordo com os resultados das análises de monitoramento. No entanto, as alterações devem ser devidamente justificadas, e o seu potencial impacto negativo na intervenção ou na política deve ser considerado. Consequentemente, se forem feitos ajustes, estes devem ser documentados e avaliados para compreender o efeito que tiveram sobre os participantes e os resultados finais.

Etapa 7: Avaliações finais

Uma vez concluída a intervenção, as avaliações finais avaliam os resultados e/ou o processo de realização e implementação da intervenção ou da política. Resumidamente, as avaliações dos resultados são centradas na mudança de comportamento dos participantes (por exemplo, redução do uso de álcool, tabaco e outras drogas), enquanto as avaliações do processo se centram nos dados introduzidos e nos resultados, ou seja, determinam se a intervenção foi ou não implementada como previsto (por exemplo, o número de sessões realizadas, o número de participantes contatados e mantidos).

7.1 Caso esteja realizando uma avaliação de resultados: os dados dos resultados são sistematicamente recolhidos e analisados para avaliar a efetividade da intervenção. Todos os resultados devem ser relatados conforme definido na etapa de planejamento (ou seja, de acordo com os indicadores de avalia-

ção definidos). Dependendo da escala da intervenção e do projeto de pesquisa utilizado, análises estatísticas devem ser realizadas para determinar a eficácia da intervenção na consecução dos objetivos definidos. Sempre que possível, uma declaração causal sobre a eficácia da intervenção deverá resumir as conclusões da avaliação dos resultados.

7.2 Caso esteja realizando uma avaliação do processo: a avaliação do processo documenta o que aconteceu durante a implementação da intervenção. Além disso, analisa a qualidade e a utilidade da intervenção, considerando o seu alcance e abrangência, a aceitação da intervenção pelos participantes, a fidelidade da implementação e o uso de recursos. Os resultados da avaliação de processo ajudam a explicar os resultados da avaliação dos resultados e destacam como a intervenção pode ser melhorada no futuro ou por que razão ficou aquém das expectativas.

Os resultados da avaliação dos resultados e da avaliação de processos devem ser interpretados em conjunto, a fim de obter uma compreensão completa do sucesso da intervenção. Estes conhecimentos servirão de base para a etapa final do projeto (Etapa 8).

Etapa 8: Disseminação e aperfeiçoamento

No estágio final do projeto, o futuro da intervenção ou da política é uma preocupação importante: ela deve continuar e, em caso afirmativo, como? A divulgação de informações

sobre a intervenção ou política pode ajudar a promover a sua continuidade, mas também permite que terceiros aprendam com a experiência adquirida através da implementação da intervenção ou política.

8.1 Decisão quanto à manutenção ou não da intervenção ou política: idealmente, uma intervenção ou política de prevenção de elevada qualidade pode continuar para além da sua implementação inicial e/ou após o término do financiamento externo. Com base nos dados empíricos produzidos através do monitoramento e das avaliações finais (dependendo de quais dados estão disponíveis), é possível decidir se o programa merece ser continuado. Caso se determine que a intervenção deve ser mantida, devem ser especificadas e executadas medidas adequadas e ações de monitoramento.

8.2 Divulgação de informações sobre o programa: a divulgação pode beneficiar a intervenção de muitas formas, por exemplo, obtendo o apoio de partes interessadas relevantes para sua continuidade ou melhorando a intervenção a partir de comentários. Além disso, complementa a base de evidências para a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, contribuindo assim para a política, a prática e a pesquisas futuras em relação ao uso de substâncias psicoativas. A fim de dar a outros profissionais a oportunidade de reproduzirem a intervenção, esses materiais e outras informações pertinentes (por exemplo, informações sobre os custos devem também ser disponibilizados com o

máximo de detalhes possível (dependendo dos requisitos de direitos de autor etc.).

8.3 Caso esteja elaborando um relatório final: o relatório final é um exemplo de um produto de divulgação. Pode ser apresentado como um registro da implementação, como parte de um acordo de financiamento ou simplesmente para informar aos outros sobre a intervenção. O relatório final, geralmente, resume a documentação produzida durante as fases anteriores do projeto. Descreve o escopo e as atividades da intervenção e, quando disponíveis, os resultados das avaliações finais. Uma vez que nem sempre é exigido um relatório final e que outros meios de divulgação podem ser mais adequados (por exemplo, apresentações orais), este componente só é pertinente se for elaborado um relatório final.

PROGRAMAS ADAPTADOS BASEADOS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Como mencionado anteriormente, os EDP-QS centram-se no “como” se realiza o trabalho de prevenção (ou seja, na implementação significativa), enquanto as Diretrizes Internacionais sobre Prevenção do Uso de Drogas do UNODC se centram no “quê” (ou seja, no conteúdo de intervenções ou políticas bem-sucedidas). Os programas “baseados em evidência científica” podem, às vezes, ser vistos com desconfiança e os profissionais da prevenção podem desconfiar dele, acreditando que são muito prescritivos e indiferentes à experiência profissional. Estes profissionais

podem também preferir trabalhar “de baixo para cima”, a partir das necessidades da sua população-alvo, em vez do que consideram ser intervenções “de cima para baixo”.

Esses serviços ou intervenções criados e desenvolvidos a nível local baseiam-se na compreensão e na integração da situação, dos recursos, dos atores e das mentalidades. Tendem a ser menos complexos do que as intervenções baseadas em manuais, no sentido em que tendem a basear-se mais no fornecimento de informações do que na formação de habilidades ou na regulamentação, incentivando ou limitando o comportamento diretamente. Exigem também profissionais da prevenção com muita motivação e qualificação e que estejam cientes de que a prevenção não se limita a educar as

pessoas sobre os riscos, a informá-las sobre os perigos, a prestar aconselhamento, a utilizar táticas de medo, a organizar jornadas de sensibilização quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas ou palestras externas dadas por policiais e por pessoas que faziam uso de drogas. Resumindo, exigem que os profissionais utilizem outras técnicas além das estratégias cognitivas para mudar comportamentos. A resolução dessas tensões pode constituir um desafio, razão pela qual o Brasil EUPC é necessário.

Existem muitos motivos para implementar uma intervenção ou política baseada em evidência científica, mas também pode haver barreiras ideológicas e contextuais que impeçam o seu uso. Estes fatores são apresentados no Quadro 8.

QUADRO 8 BARRERAS E VANTAGENS PARA IMPLEMENTAR INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	VANTAGENS DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
Muitas vezes, parecem contrariar a sabedoria convencional	Proporcionam aos grupos-alvo e às populações-alvo as melhores intervenções, técnicas e políticas disponíveis
Desafiam as crenças culturais e religiosas no que diz respeito à parentalidade, à estrutura familiar, aos papéis de gênero, etc.	Oferecem a possibilidade de prestar serviços de forma mais eficaz e eficiente
Exigem novas habilidades e formação especializada	Proporcionam uma base mais racional para decisões sobre políticas sobre drogas
Dificuldade em manter a fidelidade da implementação e, simultaneamente, ter em conta as necessidades específicas do grupo-alvo e da população-alvo	Proporcionam uma linguagem comum
Disponibilidade limitada de recursos	Dão a oportunidade de desenvolver um conceito comum para a avaliação da pesquisa científica
Exigem monitoramento e avaliações	Constituem uma nova base para a educação e a formação, oferecem a possibilidade de assegurar a continuidade e uma maior uniformidade na prestação de serviços e dão mais esclarecimentos sobre os elos perdidos e as lacunas nos nossos conhecimentos científicos atuais.

No entanto, os dois conceitos de intervenções baseadas em evidências manualizadas e a experiência localmente relevante não são mutuamente exclusivos e podem ser combinados, como demonstra a experiência com as Comunidades que Cuidam (Communities that Care, CTC) em alguns países da América Latina¹⁷. Este sistema permite que as comunidades primeiro analisem objetivamente as suas necessidades específicas e o seu perfil de problemas e, em seguida, escolha as intervenções mais adequadas que atendam a sua situação específica.

Nesta formação, analisamos tanto as abordagens ascendentes como os programas existentes baseados em evidência científica, uma vez que acreditamos firmemente que estas duas abordagens não são necessariamente contraditórias. A combinação de ambas as abordagens pode ser uma situação vantajosa para todos. Os EDPQS, que permitem uma abordagem ascendente, asseguram um processo de implementação de elevada qualidade, ao passo que as Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas, nas quais são listadas as intervenções baseadas em evidência científica, ajudam a selecionar uma intervenção de prevenção de alta qualidade.

Equilíbrio entre adaptação e fidelidade

À medida que construímos a intervenção, temos de considerar a possibilidade de adap-

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

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

Por que razão é importante ter atenção com o equilíbrio entre fidelidade e adaptação? Algumas razões são evidentes. Por exemplo, se a intervenção estiver redigida em inglês e for realizada em inglês, mas o grupo-alvo não possui pessoas que dominam esse idioma,

¹⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26706808/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154437/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34297814/>

o conteúdo não será compreendido. Outras razões são menos evidentes: por exemplo, se o programa for avaliado entre uma população branca ou ocidental e o grupo-alvo não for nem branco nem ocidental, poderão existir conflitos de crenças, valores e, eventualmente, normas (Castro et al., 2004; Castro et al., 2010). O Quadro 9 apresenta exemplos de algumas das questões que precisam ser consideradas ao adaptar os programas. A EUDA publicou um documento temático que examinou se os programas de prevenção norte-americanos poderiam ser executados em culturas e contextos europeus (EMCDDA,

2013b). Este documento descreve as especificidades dos programas Good Behavior Game, Strengthening Families and Communities that Care.

Alguns indicadores são descritos na Caixa de Ferramentas 4 dos EDPQS (Brotherhood et al., 2015) e em um artigo escrito por Van der Kreeft e colaboradores (2014):

- Alterar a capacidade antes de alterar a intervenção. Pode ser mais fácil alterar o programa, mas alterar a capacidade local para o realizar da forma

QUADRO 9 EXEMPLOS DE QUESTÕES QUE PODEM TER UM IMPACTO NEGATIVO NA ADAPTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

	CARACTERÍSTICAS DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	NOVO GRUPO-ALVO	CONSEQUÊNCIAS
Língua	Inglês	Outra	Incapacidade para compreender o conteúdo do programa
Etnia	Branca	Outra	Conflitos de crenças, valores e/ou normas
Urbano/rural	Urbano	Rural	Obstáculos logísticos e ambientais que afetam a participação
Número e gravidade dos fatores de risco	Poucos fatores/ gravidade moderada	Vários fatores/gravidade elevada	Efeito insuficiente em vários fatores de risco ou nos fatores de risco mais graves
Estabilidade familiar	Sistemas familiares estáveis	Sistemas familiares instáveis	Cumprimento limitado
Consulta da comunidade	Consulta da comunidade sobre a concepção e/ou administração do programa	Não consultada	Baixa adesão da comunidade, resistência, baixas taxas de participação
Prontidão da comunidade	Moderada	Reduzidas	Ausência de infraestruturas e organizações para resolver os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e executar programas

como foi concebido é uma escolha mais segura.

- Consultar o desenvolvedor da intervenção para saber se tem experiência e/ou conselhos a dar para a adaptação da intervenção a um determinado contexto ou circunstância.
- Manter os componentes fundamentais. Existe uma maior probabilidade de efetividade quando a intervenção mantém os componentes fundamentais da intervenção original. Os componentes fundamentais são características da intervenção identificadas como motivadoras de um mecanismo de mudança de comportamento e são, por conseguinte, a razão pela qual uma intervenção funciona. Um dos componentes fundamentais do programa europeu de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas Unplugged¹⁸, por exemplo, era “reagir à pressão dos amigos”. Este componen-

te fundamental não deve ser excluído no processo de adaptação.

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

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

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

QUADRO 10 ADAPTAÇÃO VERSUS ADAPTAÇÃO COM FIDELIDADE

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

¹⁸ O termo “programa” é utilizado quando falamos de intervenções específicas com base em manuais. O termo “intervenção” é mais genérico.



CAPÍTULO 04

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A avaliação é um tipo de pesquisa que proporciona uma forma sistemática de averiguar os resultados a curto e a longo prazo de uma intervenção de prevenção e os fatores relacionados com esses resultados. As avaliações podem ser realizadas ao longo do desenvolvimento da intervenção, desde as fases de planejamento e desenvolvimento inicial até a implementação e o monitoramento após a conclusão da mesma. Na realidade, todas as fases da intervenção de prevenção devem ser avaliadas, uma vez que é possível obter informações valiosas para melhorar o trabalho e ajudar a decidir se a intervenção deve ou não prosseguir.

Neste capítulo, serão abordados os principais objetivos de uma avaliação: medir o impacto e os resultados, verificar quais populações e segmentos populacionais responderam e quais não responderam, comparar os custos com os benefícios e comparar a eficácia de uma intervenção com outra. O monitoramento e a avaliação são etapas importantes no ciclo do projeto EDPQS, como será discutido neste capítulo.

O presente capítulo apresenta alguns dos principais conceitos relevantes. Desta forma, contribui para uma melhor compreensão dos artigos e relatórios de investigação sobre prevenção e, por conseguinte, possibilita reflexões sobre como realizar uma avaliação do seu próprio trabalho ou que tipo de elementos ter em mente se decidir atuar com equipe externa de pesquisadores para realizar uma avaliação. Não é o objetivo aqui, dotar a

pessoa interlocutora das habilidades necessárias para realizar o seu próprio projeto de avaliação ou de pesquisa.

As avaliações utilizam vários projetos de pesquisa robustos. Serão analisadas as definições, bem como as vantagens e desvantagens, de algumas das abordagens mais gerais: o Ensaio Controlado Randomizado, o modelo de Série Temporal Interrompida e o modelo de Grupo Pré/pós-teste.

Serão analisados brevemente outros componentes da avaliação, por exemplo, a amostragem e as medições dos resultados, para observar a forma como a população é definida e selecionada e as medidas desenvolvidas para avaliar as suas atitudes, crenças, intenções e comportamentos relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Além disso, é provável que qualquer avaliação necessite de medidas quantitativas e qualitativas. As medidas quantitativas dizem essencialmente respeito a números objetivos de aspectos concretos, como os níveis de uso; enquanto as medidas qualitativas tratam dos aspectos subjetivos e abordam questões do tipo “por quê?” e “o que significa?”. Por fim, examinaremos os métodos de coleta de dados e a análise de dados, para que se entenda melhor a importância deles nos relatórios de avaliação.

Embora não se peça que os participantes da formação realizem avaliações, este capítulo inclui também uma breve descrição das avaliações *ex ante* que consideram os resultados suscetíveis de serem alcançados

antes do início de um programa. Isso ajudará as pessoas formandas a compreenderem melhor os recursos necessários para executar um programa de prevenção e os tipos de análises necessários para gerar as informações que permitam determinar se um programa foi ou não bem-sucedido.

Para aprofundar a leitura, recomendamos uma série de recursos de avaliação suplementares. A EUDA publicou o Prevention and Evaluation Resources Kit¹⁹ - PERK, ou Kit de Recursos de Prevenção e Avaliação, em português, e as Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (Diretrizes para avaliação de ações de prevenção do uso de drogas: manual para planejamento e avaliação de programas, em português)²⁰. Além disso, o UNODC elaborou um guia para avaliar programas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, dirigidos aos jovens²¹. Para uma leitura mais avançada, a Society for Prevention Research publicou os seus Standards of efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science (Normas de eficácia, efetividade e de expansão da investigação na ciência da prevenção, em português)²². Por fim, o quadro RE-AIM (Alcance, Eficácia/Efetividade, Adoção, Implementação, Manutenção) proporciona uma abordagem da avaliação que estende a avaliação das intervenções, para além da eficácia, há vários critérios

que podem identificar melhor a aplicabilidade e o impacto das intervenções²³. No entanto, este último é apenas recomendado para as pessoas que realizaram a formação e estão muito familiarizadas com a pesquisa em matéria de avaliação, e que possuem ligações estreitas com pesquisadores.

AVALIAÇÃO E PESQUISA

Os estudos do comportamento humano incluem uma série de questões e abordagens de pesquisa que incluem pesquisa etiológica envolvendo genética e neurociência, bem como as atitudes, as crenças e comportamentos associados que contribuem para a doença. A pesquisa é definida como uma investigação sistemática concebida para desenvolver ou contribuir para um conhecimento generalizável. Tal como referido no início do presente capítulo, a avaliação é um tipo de pesquisa definida como uma forma sistemática ou estruturada de avaliar os resultados desejados de uma intervenção de prevenção a curto e a longo prazo e os fatores que estão relacionados com esses resultados.

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

- Impacto ou resultados: a intervenção alcançou os resultados pretendidos,

19 [Prevention and Evaluation Resources Kit \(PERK\)](#)

20 [Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators \(second edition\)](#)

21 <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/monitoring-and-evaluation.html>

22 [Standards of Evidence for Efficacy, Effectiveness, and Scale-up Research in Prevention Science: Next Generation](#)

23 RE-AIM

estes foram significativamente melhores do que se não tivesse sido realizada nenhuma intervenção?

- Consequências não intencionais da intervenção: assegurar que as intervenções preventivas não prejudiquem os destinatários é uma prioridade ética fundamental.
- Alcance: a intervenção envolveu de forma diferenciada todos os participantes ou apenas determinados grupos? A intervenção produziu os mesmos resultados para todos os participantes ou apenas para determinados grupos? Os resultados para as pessoas do sexo masculino foram semelhantes aos das pessoas do sexo feminino, por exemplo?

As avaliações podem ser realizadas ao longo do ciclo de vida de uma intervenção, desde os estágios de planejamento e desenvolvimento inicial até a entrega, reflexão e avaliação do impacto (Figura 17). São técnicas úteis para uma melhor compreensão não apenas das novas intervenções preventivas, mas também das que têm um maior histórico de implementação, como as intervenções realizadas pelos serviços convencionais, que podem ser consideradas estáveis e plenamente desenvolvidas. As avaliações também podem ser valiosas mesmo quando a intervenção não estiver mais sendo realizada, uma vez que permitem avaliar alguns dos seus impactos a longo prazo. Portanto, o ideal é que todas as fases da intervenção de prevenção sejam avaliadas.

FIGURA 17 PONTOS TEMPORAIS PARA A AVALIAÇÃO



- Custos: em que medida os benefícios obtidos devido à intervenção superam os custos da própria intervenção?
- Comparação: a intervenção foi mais efetiva do que outras, em termos de resultados, tendo em conta os custos envolvidos?

Por exemplo, a avaliação de uma nova intervenção de prevenção exigiria, em primeiro lugar, garantir que os componentes da intervenção – conteúdo, estrutura e realização – estejam associados ao efeito pretendido. Por exemplo, as lições sobre a tomada de decisões melhoram efetivamente as competências de

tomada de decisões dos participantes? É possível ministrar a sessão sobre tomada de decisões no tempo de uma aula de 40 minutos? Os formatos de realização, nomeadamente as técnicas interativas utilizadas para ministrar a lição sobre tomada de decisões, são efetivas ou há outras formas mais adequadas? Estes tipos de avaliações, denominadas avaliações, estudos ou ensaios de eficácia, colocam a questão: a intervenção alcança os seus objetivos em condições controladas? A avaliação da intervenção nesta fase contribuirá para revisões e melhorias que podem ser introduzidas para continuar a desenvolver a intervenção antes da sua aplicação integral (Figura 18).

curto prazo, imediatamente ou poucos meses após a implementação. A avaliação pode ajudar a destacar os resultados bem-sucedidos e as áreas que requerem melhorias. Os resultados de longo prazo também podem ser avaliados, com períodos de monitoramento que vão de seis meses a vários anos após a intervenção. No caso do uso de álcool, tabaco e outras drogas, o acompanhamento geralmente se estenderia do meio ao final da adolescência.

No final da intervenção de prevenção, a avaliação ajuda a medir seus resultados, bem como a documentar as recomendações para futuras ações. Nesta fase, uma

FIGURA 17 DIFERENTES TIPOS DE AVALIAÇÃO



A avaliação de uma intervenção de prevenção estável e plenamente desenvolvida que é realizada em condições “do mundo real” é chamada de avaliação da efetividade. Os resultados da avaliação destes tipos de estudos podem ser utilizados para acompanhar a intervenção e dar feedback sobre os resultados a

avaliação pode aferir a adoção e a sustentabilidade da intervenção. Trata-se de um momento em que também é possível avaliar os resultados inesperados.

Os estudos de efetividade das intervenções em condições “do mundo real” têm um inte-

resse primordial para os profissionais da prevenção. Fornecem dados sobre os resultados da intervenção e abordam também as questões: para quem a intervenção foi mais efetiva e em que condições de implementação?

SISTEMA DE AVALIAÇÃO E MODELOS DE PESQUISA

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

- A intervenção de prevenção alcançou os seus resultados de curto prazo? Por exemplo, a percepção que as crianças têm do risco está evoluindo na direção certa? Os pais utilizam competências de monitoramento adequadas? As novas mães atendem às necessidades dos seus recém-nascidos?
- A intervenção/política alcançou o(s) efeito(s) pretendido(s) para a população-alvo? Houve respostas diferentes de cada subgrupo – gênero, grupo étnico, uso de álcool, tabaco e outras drogas ou condição socioeconômica? A intervenção reduziu ou produziu desigualdades nos resultados de alguns grupos em comparação com outros?
- Que características da intervenção/política estiveram associadas aos resultados alcançados? Foram devido a mudanças de atitudes e crenças? Foi

uma combinação de mudanças de atitudes e competências?

- Em que medida a fidelidade da realização esteve associada a resultados positivos/negativos?

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

- Quais são as questões de pesquisa? Qual é a finalidade da avaliação? Será a de verificar por que razão um programa é efetivo? Será a de determinar se a avaliação deve ou não ser mantida? Será a de satisfazer um financiador?
- O que vai ser avaliado? Quais são os resultados?
- Quem estaria interessado nos resultados da avaliação e por quê? Trata-se de uma informação importante para um governo local? Existe interesse em reproduzir o programa no resto da região ou mesmo do país?
- Qual é o seu cronograma? Ele é realista e você tem os fundos e outros recursos para cumpri-lo? Se estiver interessado no uso de álcool, tabaco e outras drogas como resultado de uma intervenção em contexto escolar destinada a jovens de 12 anos, mas também sabe que a idade normal de início do uso para a maioria dos participantes é de 16 anos, a avaliação teria que acompanhar estas crianças ao longo de quatro a cinco anos para verificar se o resultado pretendido (prevenção ou redução

do início) é alcançado. Também teria de considerar se seria fácil acompanhar os participantes durante um período tão longo. Se o seu grupo de participantes tiver abandonado o ensino no momento em que se pretende fazer o seguimento, como voltará a contactá-los para realizar a avaliação?

- Como serão resumidos e comunicados os resultados? Quem terá acesso a estes resultados? Que tipo de informações, e com que nível de detalhes, serão comunicadas aos participantes e a outros parceiros? Como pretende evitar que os resultados da avaliação sejam utilizados sem prejuízo aos seus participantes?
- Que recursos estão disponíveis para a avaliação? Que nível de experiência e de conhecimentos especializados estão disponíveis? Quanto custará? Quanto tempo demora a avaliação?

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

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

acontecendo, para ter a certeza de que a intervenção ou política está sendo executada conforme pretendido, não apenas de acordo com um manual ou orientações, mas também de acordo com o plano estratégico de prevenção. Como abordagem de monitoramento, trata-se de um instrumento administrativo muito importante a utilizar por qualquer prestador de serviços.

A avaliação ou o monitoramento de um processo coloca várias questões.

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

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

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

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

COMPONENTES DO MODELO DE PESQUISA OU AVALIAÇÃO

O que se entende por modelo de pesquisa? Em geral, um modelo de pesquisa é um rotei-

ro, um guia ou um plano para investigar uma questão ou hipótese. O modelo de um estudo é definido pelas questões ou hipóteses de pesquisa abordadas. O tipo de estudo, o tipo de população em estudo, a amostragem etc., dependem de questões ou hipóteses de pesquisas muito claras.

- Questões de pesquisa: provavelmente, a etapa mais importante no desenvolvimento de um projeto de pesquisa é a elaboração de perguntas de pesquisa claras. Como profissional de prevenção, você pode estar preocupado em saber e documentar se a intervenção de prevenção que sua organização está realizando está realmente atingindo o grupo-alvo e produzindo os efeitos pretendidos. Além disso, talvez você queira determinar se a intervenção pode ser realizada em diferentes grupos-alvo e gerar os mesmos efeitos. As questões de alcance e efeitos de resultados orientarão o planejamento de uma avaliação.
- Tipo de estudo: quando houver acordo sobre as perguntas da pesquisa, o próximo componente do projeto é decidir sobre o tipo de estudo, por exemplo, se será descritivo, experimental ou quase experimental, e se será transversal, longitudinal ou um estudo de caso.
- População do estudo: quem será incluído na população do estudo? Quais faixas etárias serão incluídas? De que gênero? Serão apenas pessoas que moram em casas, pessoas que não têm moradia estável ou as que encontram-se em um ambiente seguro ou hospital também serão incluídas?

Essas diretrizes são chamadas de critérios de inclusão. Mas também precisamos considerar quem não será incluído no estudo. Às vezes, o estudo é limitado a pessoas com um alto padrão de alfabetização ou a pessoas que conseguem compreender as perguntas da pesquisa que estão sendo feitas. Esses requisitos são chamados de critérios de exclusão.

- Critérios de seleção e amostragem: uma vez decidida a população do estudo, como as pessoas serão selecionadas para o estudo? Todas as pessoas que atenderem aos critérios de inclusão e exclusão serão incluídas no estudo ou será necessário selecionar um subgrupo menor do grupo maior? O subgrupo é chamado de amostra. Entretanto, é importante que essa amostra seja representativa do grupo maior. Há vários métodos de amostragem que foram desenvolvidos para garantir a representatividade.
- Medidas: é importante traduzir as perguntas de pesquisa em variáveis, constructos ou palavras, também chamadas de “atributos”, que possam ser medidas. Como exemplo de transformação de atributos em medidas, podemos dividir o estado civil simplesmente em casado ou não casado, ou podemos preferir uma classificação mais detalhada. Questões como a validade devem ser consideradas ao decidir sobre as medidas: essas medidas realmente representam o que queremos saber?
- Coleta de dados: uma vez determinadas as medidas, é preciso decidir como essas

medidas ou dados serão coletados. Às vezes, essas medidas ou dados já foram coletados por escrito. Exemplos disso são os formulários que todos nós preenchemos para obter nossa carteira de motorista ou aqueles que podem ser preenchidos por outras pessoas, como a equipe do hospital em um departamento de emergência ou por policiais. Há vários métodos para coletar dados diretamente da população do estudo. Podemos solicitar dados aos indivíduos usando um formato padrão, como um questionário ou uma pesquisa. Esses formulários de coleta de dados podem ser preenchidos pessoalmente, por telefone, pelo correio ou pela Internet, cada vez mais por meio de aplicativos para smartphones e tablets. Deve-se considerar cuidadosamente as questões de anonimato e confidencialidade, bem como a veracidade e a confiabilidade das respostas. Além disso, toda pesquisa com humanos no Brasil exige aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, que garante a segurança dos participantes do estudo.

- Análise dos dados: por fim, o projeto de pesquisa inclui um plano para analisar os dados coletados. Como podemos reunir todos os dados para começar a responder às perguntas originais da pesquisa?

TIPOS DE MODELOS DE PESQUISA

Há muitos modelos de pesquisa referidos na literatura, mas apenas alguns deles são utilizados com maior frequência nas avaliações das intervenções preventivas. Nenhum

é perfeito, nem sequer o modelo experimental clássico “padrão ouro” (por exemplo, os ensaios controlados randomizados). Todos têm vantagens e desvantagens. Alguns são mais aplicáveis em determinadas situações do que outros.

Questões de qualidade a serem consideradas ao avaliar os resultados da avaliação

Ao considerar os resultados de uma avaliação e os tipos de conclusões que deles podem ser retiradas, há uma série de fatores que devem ser levados em consideração, independentemente do modelo de investigação. Devem também ser considerados o período da realização de uma avaliação.

Validade

Em todas as avaliações, as principais preocupações são em relação à validade dos resultados. O que significa a validade? No caso de uma avaliação, a validade significa que os efeitos verificados resultaram realmente da intervenção. No entanto, há dois tipos de validade que devem ser considerados.

- Validade interna: as conclusões são realmente resultado da participação ou da exposição à intervenção ou resultam de outros fatores?
- Validade externa: as conclusões da avaliação da intervenção de prevenção são aplicáveis a outras situações e a outras populações? Em outras pa-

lavras, se a intervenção de prevenção for considerada efetiva com crianças norte-americanas, será também aplicável às crianças no Brasil?

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

Validade interna

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

- **Maturação:** o impacto da passagem do tempo.
- **História:** outro aspecto da passagem do tempo; o que aconteceu antes ou durante.
- **Seleção da amostra:** se a pessoa pesquisadora responsável pela avaliação não puder realizar a intervenção a todos os participantes de um grupo, terá de selecionar um grupo menor, ou uma amostra de estudo, que represente o grupo maior. Isto significa que o grupo menor tem de refletir as principais características do grupo maior para que as conclusões lhes possam ser aplicadas.
- **Atrito (ou abandono):** o termo refere-se aos participantes no estudo que o abandonam ou podem ser perdidos ao longo do tempo.
- **Instrumentos de medição:** existem algumas evidências de que os participantes

podem aprender apenas respondendo às questões de avaliação.

Validade externa

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

- Possibilidade de generalização: as conclusões são aplicáveis em população maior do que a população que foi feita a pesquisa?
- Possibilidade de reprodução: é provável que as conclusões sejam reproduzidas por outras pessoas interessadas em realizar a intervenção?
- Contexto ou realização da intervenção: podem incluir as condições de intervenção, bem como a hora do dia ou o momento do ano, a localização, a iluminação e o ruído associados à intervenção.
- Efeitos pré/pós-teste: existe um efeito de aprendizagem que ocorre apenas por fazer o pré ou pós-teste.
- Outra ameaça à validade é a chamada “reatividade à pesquisa” ou “reatividade à intervenção”: isto acontece quando o participante sabe que está participando de uma intervenção no âmbito de um estudo de pesquisa, afetando a sua forma de como reagir à intervenção (por exemplo, tentando deliberadamente “obter sucesso” ou “prejudicá-la”) ou a forma como responde a instrumentos de pesquisa, como os questionários.

Há vários termos relacionados, como o efeito placebo (quando uma intervenção só tem um efeito positivo nos resultados porque os destinatários acreditam que esse é o caso), o efeito de novidade (quando as pessoas tendem a reagir melhor à introdução inicial de uma intervenção porque é uma novidade e difere do habitual, e não porque é mais efetiva) e efeitos Hawthorne (quando as pessoas modificam o seu comportamento habitual por saberem que fazem parte de um estudo de investigação ou que estão sendo acompanhadas pela equipe da intervenção).

Grupo de controle ou de comparação

O desejável em qualquer avaliação é constatar que, na intervenção, houve uma forte relação entre a participação na mesma e o resultado de interesse: no nosso caso, o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Para garantir que a intervenção é a “causa” do resultado, é importante garantir que não houve interferência de outros fatores para esse resultado. Tais fatores incluem, por exemplo, a maturidade, o histórico etc. Como podemos garantir que tal situação aconteça? Incluindo um grupo de pessoas que não participa na intervenção, mas é semelhante ao grupo que participou. Este grupo é denominado por grupo controle ou de comparação.

O grupo controle é também denominado por “tratamento habitual” ou “condições habituais”. Por outras palavras, o grupo controle

representa o que aconteceria ao grupo de intervenção se não participasse na intervenção. “Tratamento habitual” pode referir-se à ausência de intervenção ou à prática habitual. Tal acontece, por exemplo, quando um novo programa de prevenção em contexto escolar é comparado com as sessões gerais sobre saúde e sociedade lecionadas normalmente aos estudantes. Esta é a essência de um modelo robusto de pesquisa.

Exemplos de modelos de avaliação convencionais

Existem vários bons modelos de pesquisa utilizados para avaliar a efetividade das intervenções preventivas. Há vantagens e desvantagens para cada um.

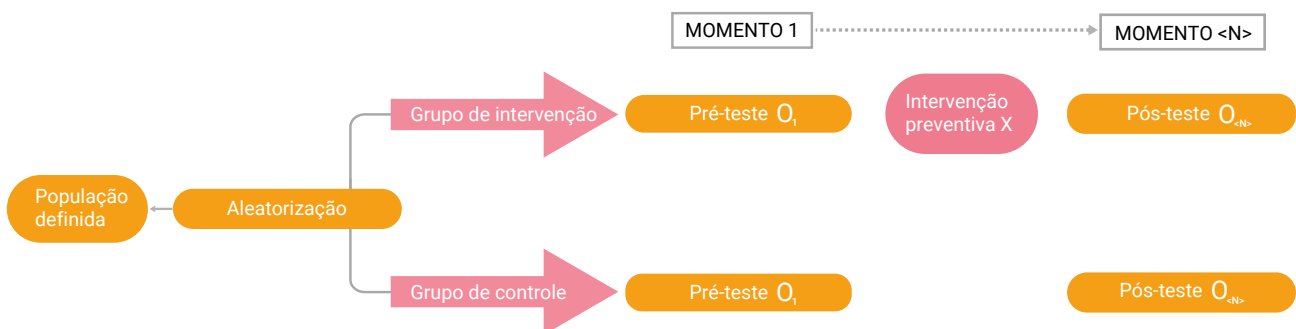
O modelo experimental clássico é mais conhecido por Ensaio Controlado Randomizado (Figura 19). É considerado o modelo de pesquisa mais rigoroso e é frequentemente utilizado na pesquisa clínica, bem como na

pesquisa de elevada qualidade no domínio da prevenção. Os principais elementos deste modelo são os seguintes:

medidas de resultados adequadas;

- seleção de um grupo sem exposição/não participante (grupo de controle) que tenha as mesmas características que os participantes na intervenção;
- atribuição aleatória de participantes aos grupos de intervenção e de controle;
- dados coletados antes da participação na intervenção e em vários pontos após a participação na intervenção para aqueles que receberam a intervenção e em períodos de tempo semelhantes para aqueles que não receberam a intervenção;
- compreensão clara da exposição/participação na intervenção;
- tempo suficiente e apropriado após a participação na intervenção para medidas de resultados (por exemplo, para o início do uso de álcool, tabaco e outras drogas aos 16 anos de idade).

FIGURA 19 MODELO EXPERIMENTAL CLÁSSICO OU ENSAIO CONTROLADO RANDOMIZADO



O Ensaio Controlado Randomizado tem pontos fortes e fracos:

- Ajuda a demonstrar as relações de causa e efeito entre a realização de um programa de prevenção e os resultados.
- A equipe de pesquisa pode atribuir ou recusar a intervenção de forma precisa.
- Reduz alguns tipos de enviesamentos por meio da atribuição aleatória de participantes aos grupos de intervenção e de controle.
- Geralmente requer uma grande amostra estudada durante um longo período de tempo, portanto, pode ser muito caro e levar muito tempo para gerar resultados.
- Os resultados podem não reproduzir as condições do “mundo real” de implementação na prática de rotina
- Podem ainda existir algumas diferenças ocultas entre os grupos estudados que não são levadas em consideração pelo processo de randomização.
- Nem sempre responde a questões importantes, como “o que funciona?”, “para quem?” e “em que circunstâncias?”. Serão necessários outros tipos de modelos de estudo (por exemplo, estudos qualitativos) para obter este tipo de entendimento.

Modelo de série temporal interrompida

Um modelo alternativo utilizado quando é difícil desenvolver um grupo de comparação ou de controle é o modelo da Série Temporal Interrompida (Figura 20). Neste modelo, são efetuadas até 100 medições antes e depois da intervenção na população-alvo. Este tipo de modelo foi utilizado com êxito para examinar a introdução de intervenções preventivas ambientais. Por exemplo, um governo pode decidir introduzir um novo imposto sobre o álcool. Neste caso, não é possível designar um grupo-alvo (ou seja, elementos do público) para participar ou não na intervenção, como aconteceria em um Ensaio Controlado Randomizado, uma vez que todos os produtos do álcool são afetados. Entretanto, o modelo de Série Temporal Interrompida permite que o pesquisador estude o que aconteceu com as tendências dos resultados de interesse antes e depois da introdução do novo imposto.

As Séries Temporais Interrompidas têm pontos fortes e fracos.

- São relativamente fáceis de realizar quando os dados já são recolhidos por rotina (por exemplo, denúncias de crimes, hospitalizações).

FIGURA 20 SÉRIE TEMPORAL INTERRRROMPIDA



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

Modelo de grupo pré/pós-teste

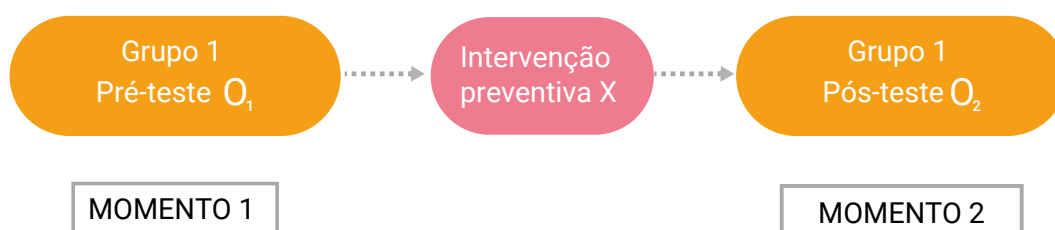
O modelo de Grupo Pré/Pós-teste (por vezes chamado de modelo “intragrupo”) é o

modelo que se encontra mais comumente encontrado na pesquisa de avaliação (Figura 21). Antes da intervenção de prevenção, são coletados dados do grupo-alvo, o qual recebe a intervenção e, em seguida, são recolhidos dados semelhantes aos recolhidos antes da intervenção. A coleta de dados após a intervenção pode acontecer imediatamente após a intervenção até um ano depois.

O modelo de Grupo Pré/Pós-teste tem pontos fortes e fracos.

- A sua realização é rápida e prática, é pouco onerosa e pode ser incorporada nas atividades de monitoramento de rotina de uma organização de prevenção.
- Podem ser utilizadas ferramentas simples, como os inquéritos, para recolher todos os dados.
- Este modelo pode ser utilizado para descrever o que acontece a um determinado grupo quando este participa em uma intervenção.
- Não pode ser utilizado para demonstrar relações de causa e efeito. Só pode revelar alterações a curto prazo, que podem nem ser resultado da intervenção, já que a mu-

FIGURA 20 MODELO DE GRUPO PRÉ/PÓS-TESTE



dança de comportamento em um período pode se dar por outros fatores que não a intervenção. Por esta razão este é um desenho de estudo fraco e não causal.

- Não exclui quaisquer explicações alternativas para eventuais alterações observadas.

AMOSTRAGEM E MEDIÇÃO

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

O processo de amostragem inclui várias fases.

- Definição e descrição da população: quais são as características da população? Qual é a diferença de gênero? Quantos são homens? Quantas são mulheres? Informações quanto a cidades, subúrbios ou zonas rurais também podem ser necessárias.
- Acesso à população: na realidade, pode acontecer da pesquisa não conseguir chegar a todos, o que suscita a seguinte pergunta: a que população há acesso? Em regra geral, se estiver prevista a realização de um inquérito nacional, este pode ser limitado a pessoas que vivem em agregados familiares ou a pessoas

que têm computadores com acesso à Internet.

- Critérios de inclusão/exclusão: defina quem participará no estudo e amostra e quem não será incluído na amostra dentro da mesma população.

Quando falamos de medição, estamos preocupados com a confiabilidade e a validade da medição. Quão estáveis são as medições quando repetidas ao longo do tempo? Isso representa consistência ou confiabilidade. Estamos medindo o que queremos medir? Isso representa a validade. Felizmente, o campo da prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas desenvolveu instrumentos para avaliar a eficácia das intervenções de prevenção que foram usadas em muitas situações diferentes e para muitas populações diferentes. A EUDA publicou detalhes de muitos deles em seu Banco de Instrumentos de Avaliação²⁴.

Tal como referido anteriormente, existem dois tipos de dados que podem ser utilizados na coleta: quantitativos e qualitativos. Existem muitas definições destes tipos de dados. Apresentam-se a seguir alguns exemplos.

Geralmente, os dados quantitativos:

- proporcionam medidas quantitativas, por exemplo, “quantas pessoas com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos fizeram uso de maconha nos últi-

24 [Banco de Instrumentos de Avaliação](#)

mos 30 dias?” ou, para as pessoas que usaram maconha nos últimos 30 dias, “em média, quantas vezes usaram maconha nos últimos 30 dias?”;

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

Geralmente, as medidas qualitativas:

- são subjetivas e abordam perguntas do tipo “por quê?” e “o que significa?”;
- fornecem informações sobre o comportamento, as tendências e as percepções; e
- são mais explicativas e ajudam a interpretar dados quantitativos.

COLETA DE DADOS, ANÁLISE E ESTATÍSTICAS

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

As estatísticas descritivas são utilizadas para descrever, mostrar e sintetizar os dados coletados de forma significativa, como a média da idade ou a distribuição por gêneros.

Os dados são frequentemente apresentados através de uma combinação de quadros, descrições gráficas (por exemplo, gráficos de barras e tabelas) e comentários estatísticos (por exemplo, uma análise dos resultados que explica qual pode ser o seu significado). As estatísticas descritivas são também utilizadas para sintetizar o uso de álcool, tabaco e outras drogas em populações de interesse.

O relatório do ‘Projeto Europeu de Inquéritos Escolares sobre o Álcool e outras Drogas - ESPAD’, é um bom exemplo de estatísticas descritivas informativas e significativas²⁵.

As estatísticas inferenciais são mais complexas do que as estatísticas descritivas e utilizam dados coletados a partir de uma pequena amostra para tirar conclusões sobre a população maior de onde a amostra foi extraída. As estatísticas inferenciais são valiosas quando não é prático ou possível examinar todos os membros de uma população. Estes tipos de estatísticas permitem, por exemplo, prever a probabilidade de resultados observados ou determinar se as diferenças encontradas dentro das populações e entre estas ocorreram ou não por acaso. As abordagens estatísticas inferenciais são muito importantes em qualquer estudo de avaliação da prevenção. No entan-

²⁵ [ESPAD](#)

to, dada a complexidade do trabalho, quando realizar estas análises, aconselha-se trabalhar com um estatístico de uma instituição de pesquisa, como por exemplo, uma universidade. Seguem-se alguns conselhos sobre a forma de colaborar com estas pessoas.

TRABALHANDO COM UMA PESQUISADORA OU PESQUISADOR DE AVALIAÇÃO - O MODELO COLABORATIVO

Na abordagem tradicional, o avaliador externo é independente da intervenção (por

exemplo, um departamento universitário especializado) e toma decisões sobre todos os aspetos da avaliação, com exceção dos relativos à intervenção. A interação entre o pessoal da intervenção e a equipe de avaliação é geralmente mantida ao nível essencial e mínimo para evitar enviesamentos.

Em contrapartida, a avaliação colaborativa é desenvolvida com a contribuição da equipe da intervenção e o avaliador trabalha com essa equipe ao longo de toda a avaliação. Uma abordagem colaborativa implica a for-

QUADRO 11 FUNÇÕES DA EQUIPE DO PROGRAMA E DO AVALIADOR EXTERNO

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

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention, 2010

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

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

Um avaliador externo deve também estar empenhado em assegurar padrões elevados de investigação e prática e estar apto a trabalhar com prazos rigorosos. Deve também co-

municar bem com o pessoal da intervenção e os parceiros e adotar os valores e as normas éticas da organização responsável pela realização, garantindo, inclusive, a aprovação da pesquisa por um Comitê de Ética em Pesquisa registrado no Brasil, garantindo o cumprimento da lei de segurança dos participantes de pesquisa no país.

UTILIZAÇÃO DOS REPOSITÓRIOS DE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Na maior parte dos casos, não é necessário criar um programa de prevenção; em vez disso, procuramos trabalhar com os programas efetivos existentes. Assim, como podemos encontrar intervenções preventivas quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas efetivas? Felizmente, existem vários repositórios que compilaram as intervenções baseadas em evidência científica no domínio da prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Estes repositórios identificam intervenções com uma sólida base empírica ou de comprovação, e os mais completos dispõem de uma base de dados de pesquisa, em que é possível introduzir termos-chave relacionados com as intervenções e com os interesses de quem faz a pesquisa.

No entanto, os repositórios podem apresentar problemas, portanto, é preciso ter cuidado ao analisar as intervenções que eles apresentam. Os critérios utilizados para incluir uma intervenção em um repositório podem não preencher os requisitos de qualidade das Diretrizes Internacionais do UNODC. Os

repositórios podem se basear em qualquer evidência de efetividade apresentada pela pessoa ou organização que solicitou a análise. Como resultado, as evidências analisadas podem não incluir os resultados de avaliações que não produziram evidências de efetividade, e as avaliações publicadas também podem não incorporar novas evidências que se tornem disponíveis. Os repositórios também variam quanto à forma como apresentam as evidências. Apesar disso, continuam a ser uma importante fonte de informação, listando muitas intervenções preventivas avaliadas com descrições de conteúdos e aplicação.

Existem repositórios que servem de consulta para buscar a intervenção de prevenção mais adequada para a população-alvo e para os problemas com que se depara no que diz respeito ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Na Europa, estes repositórios incluem o *Xchange*²⁶, a “Lista Verde” na Alemanha²⁷, o registro espanhol²⁸ e o registro da *Mentor UK*²⁹. Nos EUA, incluem o *Blueprints for Healthy Child Development*³⁰ e o *Preventing Drug Use among Children and Adolescents*³¹.

Para facilitar a implementação de práticas de prevenção baseadas em evidências, juntamente com a adaptação do EUPC aos países

da América Latina e Caribe, a EUDA desenvolveu um repositório online de práticas avaliadas nesses países, incluindo intervenções de prevenção da região. O repositório foi denominado *EvidenciaViva*³² (Inventário Latinoamericano de Intervenções Preventivas baseadas em evidência), e seguirá os mesmos métodos, estrutura central e objetivos do já existente *Xchange*. No Brasil, em 2022, deu-se início à implementação do Sistema Nacional de Prevenção do Uso de álcool, tabaco e outras drogas (SINAP), que também contribuirá no mapeamento e registros de programas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas que melhor se adequam ao cenário brasileiro.

O *Xchange* é um repositório europeu de referência em linha de programas de prevenção baseados em evidência científica. Todos os programas de prevenção incluídos abordam problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. O *Xchange* apresenta tanto estudos de avaliação europeus que mostram resultados benéficos relacionados a esse uso, quanto às classificações *Blueprints*, no caso dos programas de origem norte-americana. Fornece informações sobre a efetividade dos programas de prevenção na Europa e detalha quanto às adaptações locais nos idiomas nacionais. Todas estas informações

26 https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange_en

27 <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

28 <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net/>

29 <http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/>

30 <https://www.blueprintsprograms.org/>

31 https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

32 <https://www.euda.europa.eu/best-practice/xchange/evidenciaviva>

contribuem, no seu conjunto, para que os utilizadores tomem decisões informadas.

Os critérios para a inclusão de um programa no *Xchange* são os seguintes:

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

Uma outra forma de conhecer a investigação sobre o trabalho de prevenção é consultar revistas científicas, como por exemplo, a *Prevention Science*³³ e o *Journal of Prevention*, a revista científica oficial da EUSPR-Sociedade Europeia para Pesquisa em Prevenção³⁴. A publicação de pesquisas é um aspecto fundamental da prevenção moderna.

As revistas científicas podem ajudar a encontrar publicações mais recentes, uma vez que costuma ser necessário algum tempo até que os repositórios incorporem as informações provenientes de novos estudos.

AVALIAÇÕES EX ANTE

Ao contrário das intervenções baseadas em evidências, que têm lugar durante e após a realização de uma intervenção de prevenção, uma avaliação *ex ante* é um instrumento de

gestão de projetos aplicado antes da implementação e concebido para ajudar a planejar projetos e avaliação. Os resultados das avaliações *ex ante* são frequentemente utilizados para otimizar o plano do projeto e determinar a pertinência das ações previstas na resposta às necessidades relacionadas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas em comparação com outras abordagens que possam ser adotadas. A avaliação *ex ante* fornece igualmente informações importantes que servem de base ao monitoramento e à avaliação e que ajudam a definir objetivos e a identificar os resultados que são importantes, o impacto que se pode esperar da realização do programa e o tipo de informações necessárias para avaliar se o projeto foi ou não bem-sucedido. Os decisores e financiadores recorrem, por vezes, às conclusões das avaliações *ex ante* para avaliar o valor das propostas que receberam de prestadores de prevenção externos.

O trabalho pode ser realizado internamente ou, à semelhança de outros tipos de avaliação, é possível recorrer aos conhecimentos especializados suplementares de um avaliador externo. A Comissão Europeia forneceu princípios gerais e orientações úteis para compreender e realizar este tipo de trabalho, embora o guia não diga diretamente respeito às avaliações *ex ante* dos programas de prevenção³⁵. Os principais requisitos de informação deste tipo de abordagem de avaliação são resumidos a seguir.

³³ [Prevention Science](#)

³⁴ [Journal of Prevention](#)

³⁵ http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_

REQUISITOS ESSENCIAIS DE INFORMAÇÃO PARA A AVALIAÇÃO EX ANTE

- Análise do problema e avaliação das necessidades
 - Qual é o problema a resolver, quais são os principais fatores e quais são os parceiros envolvidos?
 - Qual é o grupo-alvo e quais são as suas necessidades relacionadas com álcool e outras drogas?

- Definição de objetivos
 - Os objetivos gerais, específicos e operacionais da intervenção de prevenção foram definidos em termos de resultados esperados?
 - Quais são os indicadores de avaliação previstos para medir os recursos, as realizações, os resultados e os impactos?

- Mecanismos alternativos de realização e avaliação do risco
 - Que medidas preventivas alternativas foram consideradas (incluindo não intervir) e por que razão foi escolhida a proposta?
 - Que riscos (por exemplo, custos de oportunidade, potenciais resultados negativos) estão envolvidos na implementação da intervenção e que contramedidas foram tomadas?

- Valor acrescentado da intervenção
 - A intervenção proposta é complementar e coerente com outras ações associadas?
 - Produz alinhamento com estas?

- Ensinamentos do passado
 - Que evidência científica e informações de avaliações, auditorias ou resultados de estudos/experiências anteriores com ações semelhantes estão disponíveis?
 - Como podem ser aplicados para melhorar o modelo da intervenção?

- Planeamento de monitoramento e avaliação futuros
 - Os métodos propostos para a coleta, o armazenamento e a análise dos dados do sistema de monitoramento/avaliação são sólidos?
 - O sistema de monitoramento/avaliação está plenamente operacional desde o início da implementação da intervenção?
 - Que tipos de avaliações são necessárias, quando devem ser realizadas e quem deve fazê-las?

- Contribuição para uma boa relação custo-eficácia
 - Quais são as diferentes implicações em termos de custos da opção de intervenção proposta?
 - Os mesmos resultados poderiam ser alcançados a um custo inferior ou poderiam ser alcançados resultados melhores com o mesmo custo, fazendo algo diferente?



PARTE 02

ABORDAGENS DE PREVENÇÃO
EM DIFERENTES CONTEXTOS



CAPÍTULO 05

PREVENÇÃO EM CONTEXTO FAMILIAR

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

Neste capítulo, são apresentados, a título de exemplo, diferentes programas baseados em evidência científica para a prevenção em contexto familiar, tais como o EFFEKT – *Educating Fathers for Empowering Children Tomorrow* (Educando Pais para Empoderar Crianças Amanhã) e o *Triple P – Positive Parenting Program* (Triplo P – Programa de Parentalidade Positiva³⁶). No final, apresentamos uma análise dos desafios do trabalho com as famílias e como superá-los.

DEFINIÇÕES

Neste manual, considera-se que “família” significa coisas diferentes para pessoas diferentes e pode, por conseguinte, ser definida de formas diversas. Família é uma união de pessoas com vínculos baseados no afeto, podendo ser vínculos sanguíneos ou por convivência.

Diferentes grupos de estudiosos, como antropólogos, sociólogos, psicólogos e economistas, podem definir e estudar as famílias de formas diferentes. As pessoas de países ou culturas diferentes também podem definir a família de formas diferentes. Em uma perspectiva mais tradicional, “família” é geral-

mente definida como a “família nuclear”, ou seja, duas pessoas e os seus filhos, famílias monoparentais ou paternidade-maternidade coexistente, ou compartilhada (famílias “mistas”). Entretanto, tanto no Brasil³⁷, quanto em outros países, “família” também pode ser definida a partir de uma versão mais ampla, que inclui avós, tias, tios, irmãos primos e outros parentes. As elevadas taxas de divórcio e de novo casamento, tanto na Europa como no Brasil, ao longo das últimas décadas contribuíram para um aumento do número de famílias “mistas” e famílias monoparentais.

As famílias enquanto sistemas

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

Existem algumas formas comuns de interação entre a maioria das famílias, mas há também muitos aspectos que distinguem as

36 <https://exp.psy.uq.edu.au/pesquisatriplep/>

37 <https://www.stj.jus.br/sites/portalp/Paginas/Comunicacao/Noticias/2023/08102023-Familias-e-familias-consequencias-juridicas-dos-novos-arranjos-familiares-sob-a-otica-do-STJ.aspx>

famílias umas das outras. Tal como não existem duas pessoas exatamente iguais, não há duas famílias com o mesmo tipo de relação entre si. As famílias desenvolvem a sua própria identidade e uma forma específica de comportamento entre os seus membros e com pessoas que não fazem parte dela. Muitas vezes, os membros de uma família dizem e fazem entre si coisas que nunca diriam ou fariam com pessoas de fora da sua família.

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

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

Tipos de intervenções em contexto familiar

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

As intervenções de prevenção baseadas na família também foram caracterizadas com base em quem da família participa e em quais partes da família a intervenção foi projetada para mudar.

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

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

As intervenções em matéria de competências familiares são por vezes realizadas em combinação com outras intervenções (por exemplo, uma intervenção em contexto

escolar na mesma comunidade) no âmbito de uma medida de prevenção mais ampla e abrangente. Essa intervenção é muitas vezes aplicada a nível social, devido aos muitos fatores macro e micro que influenciam o uso de álcool, tabaco e outras drogas pelos jovens. Alguns dados sugerem que uma combinação de abordagens pode ser efetiva na redução do uso dessas substâncias na população.

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

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

Os resultados dos programas familiares estão também relacionados com o período de desenvolvimento. Os resultados no início do ciclo de vida estão relacionados com a saúde, o bem-estar e os comportamentos pró-sociais. No fim da infância e na adolescência, os efeitos adicionais incluem a redução ou a prevenção de comportamentos problemáticos, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

A Figura 23 mostra medidas efetivas (preto), metas de mudança (vermelho) e resultados positivos (azul) para intervenções realizadas desde o nascimento até a adolescência.

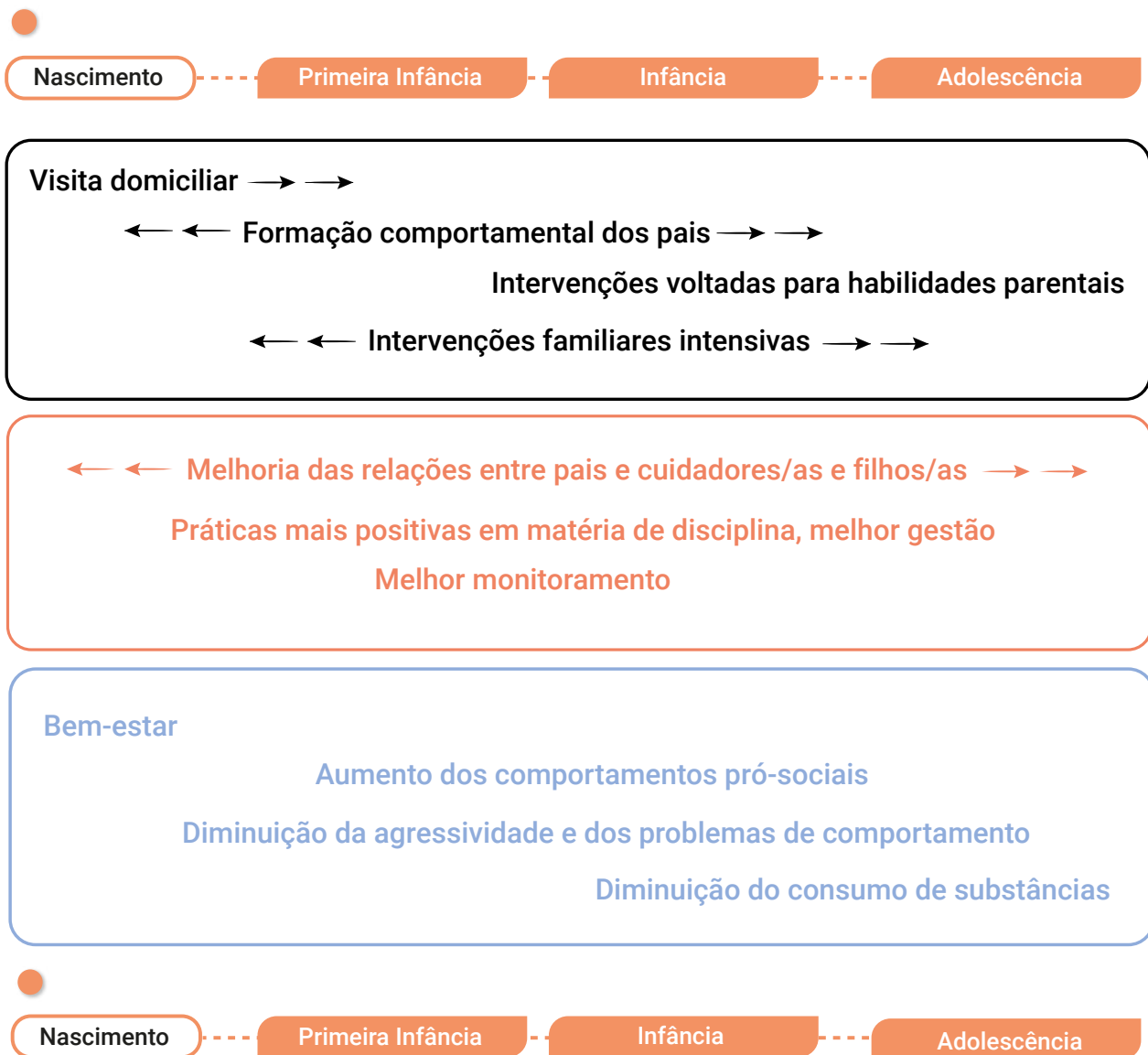
Está implícito às intervenções familiares a teoria de que, ao influenciarem os processos familiares, como a parentalidade, as intervenções promoverão um comportamento saudável dos jovens e evitarão o desenvolvimento de problemas de comportamento. A família é uma das mais importantes influências a nível micro sobre as características individuais de uma pessoa que, em última análise, a podem levar ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. A família é um contexto importante para o desenvolvimento e, quando funciona mal, deixa as crianças mais suscetíveis a problemas. No entanto, quando as famílias funcionam bem, podem diminuir a probabilidade de ocorrência de problemas. As estratégias de intervenção centradas na família podem começar antes do nascimento, por exemplo, com programas de visitas ao domicílio para gestantes em situação de pobreza e grávidas pela primeira vez.

Esses tipos de intervenção são focados na alteração dos comportamentos parentais, na melhoria do bem-estar das mães, na melhoria da relação entre a mãe e a criança e na melhoria dos resultados de desenvolvimento a longo prazo para os jovens.

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

- Boas relações entre mães, pais e responsáveis e os filhos: a qualidade das relações

FIGURA 23 INTERVENÇÕES PREVENTIVAS EM CONTEXTO FAMILIAR, EM FUNÇÃO DAS FASES DE DESENVOLVIMENTO



entre responsáveis e filhos começa na infância, quando sua relação e os bebês criam uma forte ligação durante o período de amamentação, e continuam a ser uma influência importante no desenvolvimento durante a adolescência. Embora algumas qualidades da relação se alterem ao longo do tempo, quando a relação se caracteriza por um apoio emocional caloroso e positivo, tende a proteger os jovens contra problemas de comportamento. Aqueles que passam tempo com os filhos e participam ativa e positivamente na sua vida ajudam a construir este tipo de relações. As intervenções comportamentais de formação dos responsáveis podem produzir boas práticas de parentalidade, relações mais saudáveis entre estes e seus filhos, comportamentos mais positivos e menos negativos por parte de crianças ou adolescentes e resultados a longo prazo, como a diminuição do uso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência e no início da idade adulta.

- Medidas de gestão comportamental efetivas: a socialização do comportamento positivo dos jovens e a resposta adequada a comportamentos de risco para os jovens são elementos importantes da função dos responsáveis. O objetivo da utilização de medidas efetivas é permitir que estas pessoas ajudem os jovens a seguir e interiorizar padrões de comportamento adequados. Há muitas estratégias de parentalidade que são utilizadas para apoiar este processo, mas o recurso a uma disciplina efetiva – uma disci-

plina clara e firme, mas não severa (uma abordagem “com autoridade”, mas não “autoritária” ou severa) – comunicando regras e expectativas claras e utilizando técnicas para supervisionar onde e com quem a criança passa o tempo, também pode proteger essas crianças de influências negativas a nível macro.

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

Se conseguirmos reforçar alguns destes fatores familiares críticos através da implemen-

tação de uma intervenção, poderemos ser capazes de reduzir comportamentos como o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Um dos desafios com algumas intervenções voltadas para a família é que elas atuam em uma idade em que poucas famílias estão realizando os tipos de atividades que a intervenção está realmente tentando prevenir. Ou seja, a intervenção pode ter por objetivo mudar a parentalidade a curto prazo, mas impedir o uso a longo prazo. Mais uma vez, a lógica é que a mudança dos processos familiares e parentais irá alterar o desenvolvimento dos jovens.

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

- se centravam nas interações positivas entre responsáveis e filhos – ou seja, quando ensinavam as essas pessoas a passarem tempo com os filhos em situações não disciplinares, como em momentos de diversão, explicando-lhes como demonstrar entusiasmo e dar uma atenção positiva, com ênfase em atividades criativas e livres;

- explicavam para os responsáveis as emoções e as formas de expressá-las, principalmente o modo de utilizar as habilidades de escuta ativa para refletir o que a criança diz, ajudando essas pessoas a ensinarem os filhos a reconhecerem, rotular e expressar adequadamente as emoções e as ensinando a reduzirem a comunicação negativa, como a ironia;
- ensinavam uma disciplina efetiva sob a forma da utilização do “tempo limite” e de uma resposta consistente; e
- estavam estruturadas de modo a que os responsáveis pudessem aplicar as habilidades acima referidas com os seus próprios filhos nas sessões e em casa. Não se tratava de simulações, mas sim de interações reais entre elas.

CONTEÚDO GERAL DAS INTERVENÇÕES EM CONTEXTO FAMILIAR

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

Conteúdo para os cuidadoras e cuidadores

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

As intervenções efetivas ensinam os responsáveis a serem responsivos e como reagir adequadamente às necessidades e aos pedidos dos filhos.

A essas pessoas, deve ser ensinado a mostrar afeto e empatia um pelo outro, pelos filhos e por outras pessoas. Elas devem:

- utilizar a atenção positiva e informar os filhos quando estão agindo bem – e não apenas quando estão infringindo as regras;
- falar tanto sobre as suas próprias emoções como sobre as emoções dos filhos para ajudá-los a reconhecer e manifestar emoções;
- aprender a importância de dar exemplos de comportamentos adequados – se os responsáveis não querem que as crianças e os adolescentes façam uso de álcool, tabaco e outras drogas, devem dar o exemplo nesse comportamento;
- adquirir novas habilidades de enfrentamento e controle da raiva para lidar com a inevitabilidade do estresse e da mudança na família e no seu ambiente social em geral;
- aprender a brincar de forma responsiva – ou seja, permitir que os filhos tenham algum controle e dirijam a brincadeira enquanto os responsáveis acompanham; e
- ter expectativas adequadas à idade e ao nível de desenvolvimento dos filhos (ver Anexo 2).

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

- ensinar os responsáveis a utilizarem medidas disciplinares adequadas à idade, ajudando-os especialmente a ensinar os filhos sobre as consequências do seu comportamento;
- estabelecer e comunicar regras claras para o lar e ajudar os filhos a compreenderem as regras e os valores da sociedade;
- reconhecer formas de proteger as crianças de eventuais situações problemáticas na família e na sociedade (que podem ser na comunidade, mas também nas mídias);
- tentar entrar em acordo sobre as principais questões relacionadas com a educação dos filhos nas famílias em que exista mais de um responsável e colocá-las em prática;
- responsáveis que sabem monitorar efetivamente onde estão os filhos, com quem e o que estão fazendo;
- gerir conflitos, resolver discussões e praticar o perdão – o que criará um ambiente emocional caloroso e aberto para a família e ajudará a afastar as crianças das discussões entre os responsáveis; e
- rotinas específicas, tais como fazer as refeições em conjunto e rotinas da hora de ir dormir, que podem ser

divertidas e criar oportunidades para conversar com os filhos, sem os reprimir, sobre temas importantes que valorizem.

As boas intervenções também podem ensinar a participarem na vida escolar dos seus filhos. Ao lado da família, a escola é uma das mais importantes estruturas socializadoras da criança. Alguns se mostram relutantes em interagir com a escola, mas pesquisas mostram que, quando os responsáveis ajudam os filhos a formar laços fortes na escola, as crianças têm melhores experiências escolares. Para isso, essas pessoas podem, principalmente:

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

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

Conteúdo Infantil

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

Um dos conjuntos de habilidades que as intervenções podem ajudar as crianças a desenvolverem são as habilidades emocionais. As intervenções as ajudam também a reforçar estas habilidades:

- reconhecendo as suas próprias emoções e as de outras pessoas;
- expressando as suas emoções adequadamente;
- gerindo emoções difíceis;
- sentindo e demonstrando empatia pelos outros quando estes estão em sofrimento; e
- sendo capazes de receber feedback sobre si mesmo sem ficar na defensiva – esta é uma boa forma de aprenderem sobre si e sobre as suas relações.

Outra habilidade útil para jovens é a orientação para o futuro. Os adolescentes, que são capazes de refletir sobre o futuro, têm uma visão positiva do mesmo e são capazes de definir objetivos realistas e de compreender de que forma alguns tipos de comportamentos, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas, podem impedir de atingir os seus objetivos.

As crianças e os adolescentes podem desenvolver habilidades efetivas de resolução de problemas que as ajudarão quando tiverem de enfrentar situações sociais desafiadoras com os colegas e tiveram de encontrar a melhor solução para o problema.

As crianças e os adolescentes também podem aprender a cuidar de si de forma sau-

dável – incluindo a alimentação, a saúde física e a forma como o uso de álcool, tabaco e outras drogas afetará o cérebro, o desenvolvimento físico, o comportamento, as emoções, o desenvolvimento cognitivo, a vida social com amigos e familiares, o desempenho escolar e as oportunidades futuras.

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

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

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

Muitas intervenções efetivas centram-se em ensinar aos jovens habilidades para que resistam à pressão dos pares, para que consigam recusar as propostas de alguns dos seus amigos, que irão tentar influenciar as suas decisões e envolvê-los no uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Conteúdo para as famílias

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

Para se comunicar de forma efetiva, as famílias podem aprender a ouvir com atenção, comunicar claramente sobre funções e responsabilidades e debater com calma temas que muitas vezes são difíceis para os responsáveis e os filhos debaterem em conjunto, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas e a sexualidade.

As famílias também podem organizar e estruturar a sua vida familiar em conjunto, sendo claras, consistentes e justas quanto à disciplina, resolvendo os inevitáveis conflitos que surgem na vida familiar, por meio de discussões abertas e outros métodos recomendados pela intervenção.

PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

De acordo com várias avaliações realizadas em diferentes países europeus, as intervenções a seguir apresentadas têm resultados promissores. A seleção destes programas baseia-se nas classificações constantes do registro *Xchange* da EUDA. Incluímos estes programas como exemplos que poderão orientar a sua própria

procura de uma intervenção adequada ao seu contexto. Aqui, analisamos o EFFEKT e o Triplo P.

O EFFEKT é uma intervenção classificada como “possivelmente benéfica” no registro *Xchange*. Trata-se de uma intervenção de prevenção universal destinada a jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos, que tenta prevenir o uso de álcool entre os adolescentes, alterando as atitudes dos responsáveis. Eles são incentivados a comunicar aos seus filhos políticas de tolerância zero relativamente ao uso de álcool. As informações são divulgadas para essas pessoas nas reuniões escolares no início de cada semestre e através de cartas enviadas regularmente para casa ao longo do ano letivo. Os responsáveis recebem igualmente catálogos com informações detalhadas sobre as atividades organizadas que têm lugar na comunidade, para que as crianças tenham uma forma construtiva de aproveitar o seu tempo.

O *Triple P – Positive Parenting Program* (Triplo P – Programa de Parentalidade Positiva) é uma estratégia de apoio à parentalidade e à família orientada para a prevenção e concebida para prevenir problemas comportamentais, emocionais e de desenvolvimento graves nas crianças através do reforço dos conhecimentos, das competências e da confiança dos responsáveis (Figura 24). O Triplo P ainda não está incluído no *Xchange* da EUDA, mas o repositório *Blueprints* o classifica como “promissor”. Embora existam

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

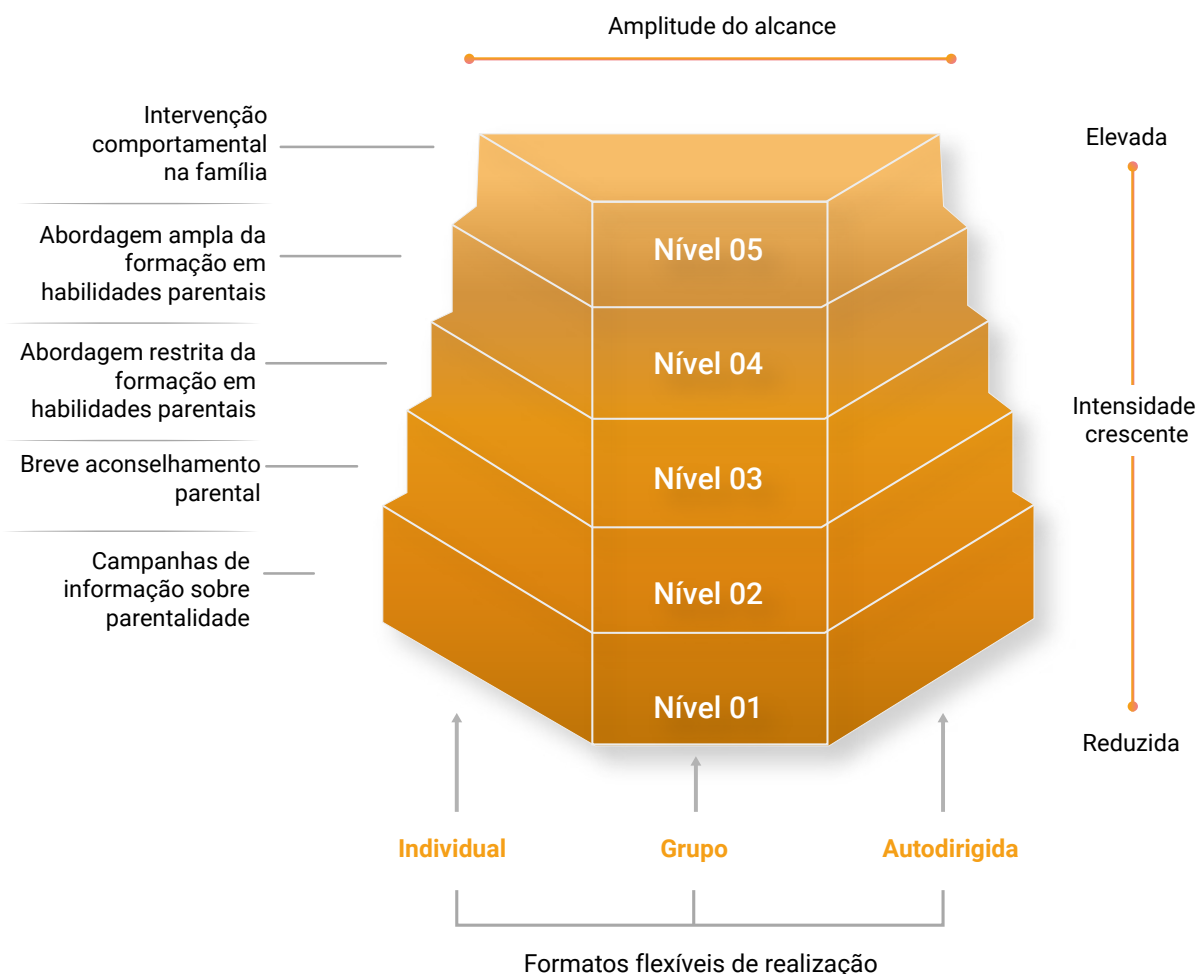
Outro programa comumente utilizado é o *Strengthening Families Programme* (SFP) 10-14, conhecido no Brasil como Programa Famílias Fortes (PFF). Trata-se de um programa de prevenção de comportamentos de risco, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas, por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e do desenvolvimento de habilidades parentais e socioemocionais. Destinado a famílias com filhos de 10 a 14 anos, o conteúdo do programa, desenvolvido por meio de 7 encontros semanais, é baseado na premissa de que as crianças se saem melhor em seu desenvolvimento social quando as famílias são capazes de estabelecer limites e regras de convivência e de expressar afeto e dar apoio adequado às crianças. Este programa deu boas evidências de efetividade nos EUA, tendo sido classificado pelo *Blueprints* como “promissor”, mas, até o momento, não existem evidências suficientes para uma aplicação efetiva na Europa, segundo o *Xchange*.

No Brasil, o PFF foi submetido, em 2014, a uma avaliação de necessidades para identificar adequação cultural do programa para as famílias brasileiras. Os resultados mostraram que o programa foi percebido como suficientemente atraente, culturalmente relevante e parcialmente claro pela população brasileira, sendo feitas recomendações para adaptação cultural e melhoria da qualidade da implementação (Murta *et al.*, 2018). Além disso, também foi avaliada a validade social do programa junto a população brasileira e percepção das famílias sobre os efeitos do

programa. Os resultados mostraram que os objetivos do programa são considerados socialmente relevantes e que houve percepção de impacto positivo na coesão familiar, no estilo parental autoritativo e nas habilidades de vida do adolescente (Murta *et al.*, 2020).

Ademais, foi realizado um estudo quasi-experimental (sem grupo controle) para avaliar para explorar os efeitos de curto prazo do PFF e os resultados mostraram efeitos mistos, evidenciando potencial de aumentar a autoeficácia dos jovens para o aprendizado,

FIGURA 23 TRIPLO P



mas também a abstenção escolar, sem a permissão dos pais (Murta *et al.*, 2021).

Um estudo (Sanchez *et al.*, 2024) realizado em 12 municípios brasileiros avaliou o efeito do PFF no curto prazo (6 meses) na prevenção do uso de drogas por adolescentes e na melhoria do comportamento dos pais. Os resultados indicaram que o programa reduziu em 60% a chance de os pais serem negligentes, aumentou o uso de disciplina não violenta e reduziu em 80% a exposição dos adolescentes à embriaguez dos adultos responsáveis. Embora não tenha havido impacto direto do programa no uso de drogas pelos adolescentes, os resultados positivos nas práticas familiares sugeriram um potencial preventivo significativo.

Além disso, uma análise subsequente (Santos *et al.*, s/d). com a mesma amostra do estudo original investigou o efeito mediador das práticas parentais na redução do consumo de álcool, cigarro e inalantes entre adolescentes de 10 a 14 anos. Descobriu-se que as práticas parentais atuaram como mediadoras do efeito do PFF na redução do uso de álcool, especialmente do *binge drinking* ao longo da vida, além de influenciarem indiretamente a redução do uso de cigarros e inalantes através do aumento na responsividade e exigência dos pais. Assim, embora o programa não tenha impactado diretamente os adolescentes, suas intervenções efetivamente preveniram o uso dessas substâncias ao influenciar positivamente as ações parentais, refletindo em mudanças indiretas no comportamento dos adolescentes.

OBSTÁCULOS

Existem muitos desafios e obstáculos à aceitação deste tipo de intervenções pelas organizações e pelas famílias. Alguns destes desafios dizem respeito apenas à implementação da intervenção, mas muitos deles estão relacionados com uma implementação suficientemente ampla da intervenção para produzir um efeito significativo. Mais adiante serão descritos alguns dos desafios e fornecidas orientações de como superá-los.

As maiores barreiras para a implementação de intervenções de prevenção centradas na família, especialmente nas intervenções familiares universais e seletivas, são o recrutamento e a continuidade de participação das famílias. A pesquisa mostra que as intervenções baseadas na família, geralmente, têm baixas taxas de participação. Durante a fase de inscrição para intervenções universais, as taxas costumam estar entre 10% e 30% das famílias elegíveis.

As intervenções direcionadas, como as intervenções indicadas para famílias de jovens que já apresentam alguns problemas de comportamento, podem atingir taxas mais elevadas, entre 40% e 60%. No entanto, também sabemos que as taxas de participação podem ser mais baixas entre as famílias desfavorecidas. Taxas reduzidas podem significar que a intervenção não tem alcance suficiente para influenciar a saúde pública.

A pesquisa identificou algumas das barreiras mais comuns³⁸ à participação nos tipos habituais de intervenções familiares em formato de grupo.

FIGURA 25

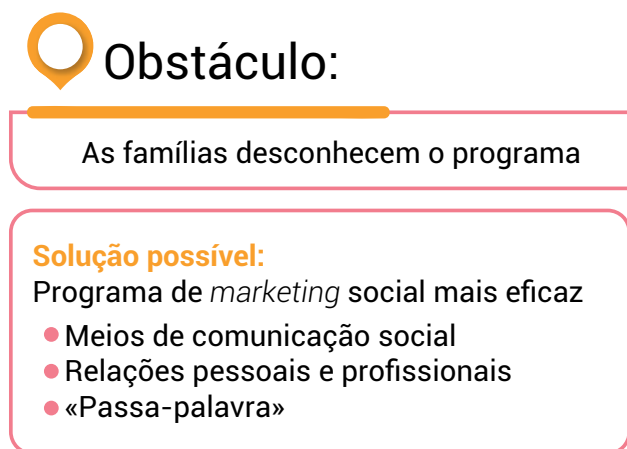
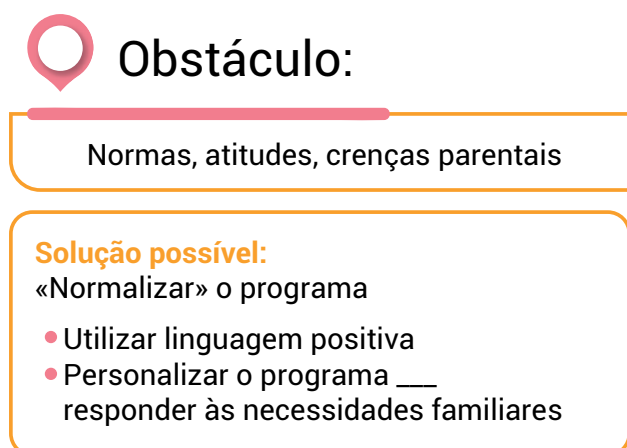


FIGURA 26



- Os responsáveis não têm conhecimento da intervenção. A informação sobre a intervenção pode não estar chegando às famílias que dela necessitam.
- A opinião e o sentimento das famílias em relação ao programa influenciarão também a sua quanto a sua continuidade de participação ou não na intervenção.
- As famílias estão muito ocupadas e dividem o seu tempo entre muitos afazeres. Conseguir participar de uma intervenção que pode durar duas ou três horas, uma noite por semana, pode ser difícil para algumas famílias devido aos seus horários ocupados.
- Às vezes, as intervenções são realizadas em locais que dificultam o acesso das famílias, prejudicando sua participação. Inclusive, podem não dispor de meios de transporte ou ter que percorrer um longo caminho.

Medidas podem ser adotadas para superar estes desafios (ver Figuras 25-27).

As intervenções são diferentes para cada comunidade, devido aos recursos disponíveis, mas, geralmente, existem boas formas de comunicar informações sobre a intervenção.

Uma forma muito boa é envolver a mídia. Sempre que possível, as organizações po-

38 No Brasil, as dificuldades estão mais relacionadas ao custoso processo de implementação, ao contexto político, ao engajamento dos implementadores, entre outros (Abdala, et al., 2020).

dem incentivar jornais ou rádios a fazerem reportagens sobre a intervenção. As redes sociais também têm contribuído na divulgação efetiva a algumas comunidades.

O programa Triplo P utilizou-as de forma muito eficaz para aumentar a sensibilização quanto à implementação do programa.

Um estudo concluiu que, quando estes tipos de estratégias midiáticas foram utilizados, até 80% dos responsáveis da comunidade já tinham ouvido falar da intervenção.

Utilizar a rede pessoal e profissional para ajudar na divulgação é também uma excelente estratégia. É igualmente útil aproveitar, caso tenha proximidade, órgãos e entidades que atuam com jovens e famílias para contribuir nessa divulgação. As famílias sentem-se mais à vontade se a referência da informação tiver origem numa fonte de confiança.

Às vezes, os responsáveis têm uma visão

de que a intervenção é apenas para aqueles que são “ruins”, ou têm a percepção de que a sua família não beneficiária da intervenção porque não é necessária, ou podem ter tido experiências anteriores negativas com os profissionais dos serviços, o que diminui a probabilidade de quererem participar de outra intervenção.

Na sua comunicação com as famílias, é importante garantir a utilização de uma linguagem positiva e que seja fiel ao padrão da intervenção. A forma como a intervenção está descrita nos repositórios e nos meios de comunicação social pode ajudar a moldar as opiniões das famílias sobre a intervenção ser ou não adequada a elas.

Às vezes, os responsáveis podem não considerar necessária uma intervenção e pensar que não retirarão grandes benefícios desta. Ser capaz de comunicar às famílias de que forma a intervenção aborda suas necessidades específicas pode aumentar a aceitabilidade da intervenção. Além disso, é possível consegui-lo com anúncios bem escritos que destacam aspectos específicos da intervenção. Contudo, em outras ocasiões, pode ser mais útil debater a intervenção diretamente com as famílias, quer visitando-as nas suas casas, quer disponibilizando formatos de grupo onde possam obter mais informações sobre o que a intervenção proporciona.

Alguns dos obstáculos mais comuns referidos pelas famílias são simplesmente

FIGURA 27



Obstáculo:

Logística: horários incompatíveis e deslocamento até o programa.

Solução possível:

- Ser Flexível no agendamento
- Encontrar dias e horários mais convenientes
- Localização conveniente e auxílio no transporte
- Incentivos: refeições, acolhimento de crianças, auxílio financeiro.

os desafios logísticos de inserir uma sessão de intervenção familiar de duas horas num horário familiar atarefado. Programar as sessões de forma que possam receber o maior número possível de famílias ajudará a manter uma participação elevada. É importante ser flexível ao planejar o horário das sessões, para que os responsáveis possam inserir as sessões no seu horário familiar. Aproveitar momentos com encontros já estabelecidos com a família, como as reuniões de mães e responsáveis para entrega de boletins como acontece no programa EFFEKT descrito acima, pode ajudar a acomodar horários ocupados. No entanto, é importante respeitar o tempo familiar positivo, que é, afinal, um dos objetivos que estas intervenções tentam promover.

Encontrar um local conveniente e com o fácil acesso a transporte facilitará uma melhor participação. A escolha estratégica de um local que as pessoas já frequentam seria a solução ideal. Idealmente, deve tratar-se de um local próximo de casa das famílias, mas, nas grandes cidades ou em zonas mais rurais, isto poderá não ser possível, e a locomoção pode constituir um problema. Algumas intervenções podem prever uma ajuda de custo para pagar o transporte até ao local da intervenção.

Os incentivos à participação podem ser úteis para motivar as famílias e ajudar a superar outros obstáculos logísticos. Por exemplo, o fornecimento de refeições e estruturas de acolhimento de crianças para as famílias

pode tornar mais fácil para os responsáveis organizarem as suas famílias e participarem das sessões noturnas. É útil consultar especialistas locais para saber que tipos de incentivos poderão ser mais úteis.

Para mobilizar famílias não basta simplesmente anunciar a intervenção e depois esperar que as famílias compareçam. Refletir cuidadosamente sobre as características das famílias, as suas necessidades e a forma como estão interligadas entre si e com outros ambientes sociais, como escolas, bairros e serviços, pode ajudá-lo a criar um plano claro para o recrutamento e a retenção de famílias. Por exemplo, se as famílias tiverem baixo nível socioeconómico, os incentivos financeiros poderão ser úteis. A criação de relações fortes e respeitadas com as famílias que possam estar interessadas na intervenção, a manutenção do contato com as famílias mesmo que não compareçam inicialmente e o cumprimento das promessas podem criar confiança junto às famílias e melhorar a reputação da intervenção na sociedade, o que ajudará na mobilização.

A utilização de várias medidas diferentes e não apenas uma pode ser mais efetiva. Utilize várias mensagens, transmitidas de várias formas e em várias ocasiões. As intervenções recomendam frequentemente que a mensagem chegue às famílias de, pelo menos, três formas diferentes, uma vez que podem ser necessárias muitas tentativas para chamar sua atenção.

Envolver lideranças comunitárias no processo de implementação dos programas e contar com a sua ajuda na divulgação e no acompanhamento das famílias participantes contribui para aumentar a adesão, quando existe uma relação de confiança entre as lideranças e as famílias de uma determinada comunidade, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil. Ofertar os programas em um espaço em que as famílias já estão habituadas a frequentar e se sintam confortáveis é outra forma de aumentar a aceitação e a assiduidade. Esse local pode ser a escola do bairro, uma associação, uma igreja, entre outros.



CAPÍTULO 06

PREVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR
E NO LOCAL DE TRABALHO

Outros contextos para o trabalho de prevenção incluem a escola e o local de trabalho, ambos contextos a nível micro. Começamos analisando as características das intervenções preventivas em contexto escolar e os seus objetivos, bem como a forma de aplicar a teoria na prática.

No que diz respeito à prevenção em contexto escolar, salientamos a importância da utilização dos dados estudantis quando trabalhamos com intervenções. Os programas *Unplugged* (#Tamojunto 2.0), *Good Behavior Game* (Programa Elos) e KiVa³⁹ são programas baseados em evidência científica, conhecidos por serem intervenções efetivas para a prevenção nas escolas.

Infelizmente, assim como na Europa, no Brasil ainda não existem muitas intervenções preventivas no local de trabalho, muito menos baseadas em evidência científica. Esperamos que este capítulo possa servir de inspiração para as pessoas que estão se engajando na prevenção neste contexto. A seguir, descrevemos as características de intervenções de

prevenção no local de trabalho e analisamos os obstáculos que poderá encontrar.

PREVENÇÃO NO CONTEXTO ESCOLAR

No caso das crianças e dos adolescentes, os dois locais principais para a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas são a família e a escola. Percebe-se ainda que muitas crianças passam mais tempo na escola do que com as mães, pais e responsáveis, ou ao menos um deles. Uma das vantagens das escolas (Quadro 12) é que as intervenções podem ser realizadas com todas as crianças (população universal) e não apenas com as que pertencem a um grupo de alto risco (população seletiva) ou que são vulneráveis (uma população indicada).

Todas as crianças podem potencialmente se beneficiar de intervenções universais nas escolas, uma vez que todas enfrentam um certo grau de risco. Além disso, a transmissão de mensagens a todas as crianças nas escolas pode ser feita sem estigmatizar os destinatários, já que a intervenção não se baseia na

QUADRO 12 TIPOS E EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES PREVENTIVAS EM CONTEXTO ESCOLAR

INTERVENÇÃO	NÍVEL DE RISCO AVALIADO
Educação para a prevenção baseada nas competências pessoais e sociais e na influência social	Universal e seletivo População geral e grupos em risco
Política e cultura escolares	Universal População geral
Dar resposta a vulnerabilidades psicológicas individuais	Indicada Pessoa em risco

39 <https://www.kivaprogram.net/>

identificação e no isolamento potencial dos jovens que já começaram a usar álcool, tabaco e outras drogas. De fato, foi demonstrado que colocar essas crianças de alto risco juntas em um grupo aumenta o comportamento de risco (Poulin e Dishion, 2001).

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

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

determinados problemas, questões ou condições.

A escola, assim como a família, é um dos ambientes a nível micro que serve de instituição fundamental para moldar o desenvolvimento infantil e suas atitudes pró-sociais e comportamentais. Existem muitas interações complexas entre as características biológicas, pessoais, sociais e ambientais que afetam o comportamento humano. Estas interações moldam os valores, as crenças, as atitudes e os comportamentos das crianças e dos jovens e são particularmente importantes para o desenvolvimento físico, emocional e social desde a infância à adolescência e desde a adolescência à idade adulta. A escola pode influenciar a forma como as crianças e os jovens percebem a aceitabilidade e a inaceitabilidade de vários comportamentos positivos e negativos. Por isso, as intervenções escolares podem afetar, em particular, a vulnerabilidade e o risco de comportamentos específicos e do uso de álcool, tabaco e outras drogas.

A prevenção voltada para o contexto escolar também pode ser do interesse de uma universidade ou de outros contextos de formação contínua, ou ainda do ensino superior. Estes estudantes estão, muitas vezes, expostos ao risco para o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Isto deve-se ao fato de muitos estudantes se mudarem da casa da família para um ambiente em que têm mais independência e se espera que tenham controle sobre uma série de comportamentos sociais e relacionados com a saúde. Além disso, no ambiente

escolar, certas substâncias podem estar disponíveis para uso e pode existir uma cultura de uso de álcool, tabaco e outras drogas nas organizações e nos eventos de estudantes.

Embora seja especialmente importante criar e manter um ambiente escolar positivo, as escolas desempenham também um papel essencial na prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas em, pelo menos, três áreas adicionais:

- Abordagens comportamentais: prevenir ou, pelo menos, retardar o uso de álcool, tabaco e outras drogas pelos jovens, tentando estimular valores, normas, crenças e atitudes contra o uso de álcool, tabaco e outras drogas e conferindo as competências necessárias para lidarem de maneira efetiva com os colegas que possam convidá-los a fazer uso dessas substâncias psicoativas.
- Prevenção ambiental: desenvolvimento de políticas razoáveis, claras e aplicadas de forma coerente que regulam o uso e a venda de todas as substâncias, incluindo o álcool e o tabaco, nas escolas e nas suas proximidades e em todos os eventos patrocinados pela escola.
- Redução das consequências adversas associadas ao uso: tratar os alunos que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas de forma sensível e compassiva, encaminhando-os para serviços de aconselhamento e apoio adequados (incluindo o tratamento, se

necessário) e ajudando-os a reduzir ou cessar esse uso.

A literatura científica sobre prevenção no contexto escolar também demonstra que estas intervenções atuam no desempenho acadêmico e na prevenção do abandono escolar (Gasper, 2011), dois grandes objetivos escolares. Portanto, os coordenadores da prevenção têm de ser capazes de argumentar que é do interesse das escolas, bem como dos seus alunos, reservar tempo para a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Prontidão das escolas

Em primeiro lugar, deve-se avaliar a prontidão das escolas para adotar e executar medidas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (Greenberg *et al.*, 2005). Abaixo listamos algumas questões fundamentais para se levar em consideração. Todos estes fatores devem ser avaliados antes de se selecionar uma abordagem de prevenção.

- Existe apoio administrativo para permitir a inclusão de programas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas durante o horário escolar?
- Existe capital humano com as habilidades necessárias para a implementação dos programas?
- Existem recursos financeiros para custear os materiais da intervenção, a formação de professores e os professores substitutos para cobrir as salas de aula durante o treinamento e assis-

- tência técnica de acompanhamento?
Existem formação e assistência técnica de alta qualidade disponíveis para orientar a equipe escolar no sucesso da implementação dos programas de prevenção e na resposta aos desafios à medida que surgem?

É importante que a administração da escola e os gestores educacionais competentes deem apoio e liderem a implementação do programa para assegurar a adoção e implementação efetivas (Sloboda et al., 2014; Wandersman et al., 2008). No entanto, muitos outros fatores também devem existir. A escola deverá ter articulado uma visão do tipo de ambiente que procura para apoiar o desenvolvimento educativo e social dos seus alunos. Esta visão deve ser acompanhada de objetivos relacionados, um dos quais deve ser de garantir um ambiente escolar sem álcool, produtos de tabaco e outras drogas.

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

Objetivos da prevenção no contexto escolar

As medidas efetivas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas são concebidas para abordar as diferentes fases de desenvolvimento de crianças, adolescentes e

outros estudantes (Ginsburg, 1982; UNODC & OMS, 2018). Tal como referido nas Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas, nem todas as atividades e programas de prevenção em contexto escolar serão eficazes para toda a população em idade escolar, pois as intervenções devem ser executadas apenas com os grupos etários para os quais tenha evidências de efetividade.

Por exemplo, para as crianças do primeiro ciclo de ensino, as medidas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas devem ser de fácil compreensão e diretas – por exemplo, os médicos lhe dão remédios quando você está doente para que fique bom; os remédios podem fazer mal se você os tomar sem a orientação do médico; dar remédios a outras pessoas pode ser perigoso, mesmo que elas peçam. Os professores podem também aplicar intervenções destinadas a recompensar comportamentos pró-sociais e corrigir comportamentos impulsivos ou inadequados.

Com orientação, os pré-adolescentes podem desenvolver valores e atitudes positivas pouco propícias ao uso de álcool, tabaco e outras drogas e nos quais podem basear as suas decisões.

Os estudantes podem se familiarizar com as políticas da sua escola em matéria de álcool, tabaco e outras drogas e as consequências das infrações. Podem compreender de que forma a publicidade tenta os influenciar para o uso de álcool e podem obter ensinamentos sobre as consequências adversas do

uso de álcool, tabaco e outras drogas quanto aos seus sentimentos, percepções e saúde comportamental, bem como no desenvolvimento cerebral. Devem também continuar a desenvolver e a praticar uma série de habilidades pessoais e sociais relacionadas à idade.

No final da adolescência, os alunos devem ser capazes de utilizar os seus valores, as suas habilidades de tomada de decisão e várias habilidades de vida – em especial as suas habilidades de assertividade ou de “resistência” – em situações em que há uso de álcool tabaco e outras drogas ou em que podem ser convidados a fazer uso. Devem também conhecer as consequências legais quanto às drogas ilícitas. Por último, podem ser ensinadas várias medidas para reduzir os efeitos adversos do seu uso (Marlatt *et al.*, 2011). Como vimos, estas estratégias podem evidenciar os perigos de dirigir sob o efeito do álcool ou de andar com um motorista que bebeu, por exemplo.

É evidente que, para serem efetivas, as intervenções preventivas baseadas em evidência científica devem ser cuidadosamente adaptadas à fase de desenvolvimento das crianças. A ciência da prevenção é construída sobre o desenvolvimento infantil e na melhor forma de chegar às crianças em cada fase de desenvolvimento.

Dados sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes

Os dados relativos ao uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes são úteis

para compreender o grau e a natureza do uso, incluindo quais substâncias são usadas pelos estudantes. Capítulos anteriores deste manual analisaram a realização de avaliações das necessidades, que envolvem a coleta e/ou análise dos dados existentes para descrever o problema quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. As avaliações das necessidades para descrever o uso pelos estudantes incluem dados sobre os tipos de substâncias que são usadas, a frequência do uso e o modo de administração; suas origens; as características de quem faz uso incluindo gênero, idade, etnia, bairro, evasão escolar e saúde física e emocional; e a idade do primeiro uso, bem como a primeira substância usada.

As pesquisas com alunos realizadas em ambiente escolar são geralmente consideradas o melhor método global de coleta de dados sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes. Estes dados constituem o núcleo dos esforços de coleta de dados que podem incluir outros tipos de dados qualitativos e quantitativos. Embora a realização de pesquisas com alunos forneça as melhores informações sobre os padrões atuais de uso de álcool, tabaco e outras drogas e sobre as respectivas percepções, estas pesquisas podem ter desafios quanto a desenvolver, administrar e classificar, e os dados podem ser difíceis de analisar e interpretar.

As escolas podem também optar por utilizar os resultados de pesquisas realizadas por outras organizações. No Brasil, o primeiro levantamento nacional do uso de drogas com estudantes brasileiros foi realizado pelo CEBRID,

que teve sua primeira edição lançada em 1987, e a última lançada em 2010. Dos dados mais atuais, recomendamos as pesquisas conduzidas no Brasil como a PeNSE, a Vigitel, o LeNUD, a PNS (discriminados no primeiro capítulo deste manual). Embora algumas pesquisas apresentem resultados antigos, podem, ainda assim, fornecer parâmetros de referência úteis para comparar os resultados de pesquisas realizadas a nível local. Cabe ressaltar que, caso existam levantamentos locais, antes de se realizar comparações de resultados, recomenda-se que sejam observados os aspectos metodológicos das pesquisas, como definição de participantes e parâmetros para caracterização do uso de álcool, tabaco e outras drogas, de modo a evitar comparações errôneas ou enviesadas.

As pesquisas locais também podem ser usadas, com muito cuidado, como um substituto para a pesquisa da própria escola, especialmente se os resultados forem divididos por região ou (talvez) por densidade populacional. Entretanto, os dados locais são quase sempre mais úteis para as TFFs locais do que os dados de pesquisas regionais ou nacionais. É muito fácil para as pessoas desconsiderar os resultados preocupantes de uma pesquisa sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas realizada em nível nacional ou regional, dizendo que ela não representa as crianças de sua comunidade.

Aplicação da teoria

As teorias da cognição e da aprendizagem e a Teoria do Comportamento Planejado (TCP) podem ser aplicadas a intervenções

preventivas do uso de álcool, tabaco e outras drogas em contexto escolar. Uma escola não é apenas um local de aprendizagem, inclui pessoas – estudantes e equipe escolar – que interagem durante grande parte do dia.

Assim, tal como a casa, onde os responsáveis interagem com os filhos em intervenções preventivas em contexto familiar, a equipe da escola interage com os alunos na realização de intervenções efetivas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Estas intervenções incluem programas curriculares, políticas escolares e o ambiente escolar. Os programas escolares foram considerados os mais efetivos na produção de resultados de prevenção a longo prazo e são analisados no presente capítulo. As políticas escolares e o ambiente escolar são analisados mais adiante, no Capítulo 7.

Uma formação de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas refere-se a uma intervenção em contexto de sala de aula com um conjunto de atividades baseado num manual para cumprir objetivos de aprendizagem específicos. As políticas escolares de prevenção referem-se a um conjunto de regras ou regulamentos escritos relativos a esse uso na escola e em instalações escolares. Estas regras incluem a definição de qualquer infração (o que acontece quando alguém viola as regras) e as consequências das infrações. Por último, o ambiente escolar é definido como a qualidade e o caráter da vida escolar. O ambiente escolar baseia-se nos padrões de comportamento dos alunos, dos respon-

sáveis e da equipe da escola na vida escolar e reflete normas, objetivos, valores, relações interpessoais, práticas de ensino, aprendizagem e estruturas organizacionais.

Duas décadas de investigação e avaliação nas escolas demonstram quais as interven-

ções que funcionam e as que não são apoiadas por evidência científica (Quadro 13).

Além disso, muitas intervenções de prevenção mostram efeitos positivos imediatamente após sua conclusão, enquanto menos mostram efeitos, se avaliados, em acompa-

QUADRO 13 O QUE FUNCIONA E NÃO FUNCIONA NA PREVENÇÃO EM CONTEXTO FAMILIAR

O QUE FUNCIONA	O QUE NÃO FUNCIONA
REALIZAÇÃO E ESTRUTURA	
Métodos interativos; Lições altamente estruturadas e trabalho em grupo; Segue um currículo.	Métodos didáticos, como palestras; Debates espontâneos e não estruturados; Confiança na apreciação e intuição dos professores.
Ministrada por um facilitador/professor com formação.	Os dados relativos a programas de prevenção dirigidos por pares versus programas de prevenção liderados por adultos são insuficientes.
Executada através de 10-15 sessões semanais.	Quaisquer atividades autônomas e isoladas.
Programas multicomponentes.	Os dados quanto ao valor das sessões de reforço em anos sucessivos são insuficientes.
	Cartazes e panfletos.
REALIZAÇÃO E ESTRUTURA	
Habilidades de decisão, comunicação e resolução de problemas.	Aumentar o conhecimento dos estudantes através do fornecimento de fatos relativos a substâncias específicas, o que pode simplesmente os transformar em pessoas mais informadas que fazem uso de substâncias.
Relações entre pares e habilidades pessoais e sociais.	Pessoas que já usaram drogas que dão o seu testemunho podem acabar por louvar ou sensacionalizar o consumo de droga
Autoeficácia e assertividade.	Centrar a atenção apenas no desenvolvimento da autoestima.
Competências em matéria de resistência às drogas e reforço dos compromissos pessoais contra o abuso de drogas.	Testagem aleatórias de uso de drogas.
Reforço das atitudes e normas que não reforçam o uso de drogas	Táticas de medo e histórias assustadoras que exageram e deturpam os perigos do consumo de substâncias e que muitas vezes contradizem as experiências dos alunos e dos seus pares
Apoio aos hábitos de estudo e ao sucesso escolar	

nhamentos de longo prazo, como após um ano. Até que ponto isso é um problema? Claramente, é desejável que os efeitos durem anos, em vez de meses (ou mesmo semanas), e, se todos os outros fatores forem iguais, é sempre melhor selecionar intervenções que tenham demonstrado efeitos de longo prazo. Entretanto, mesmo as intervenções que se limitam a efeitos de curto prazo podem ser consideradas bem-sucedidas se retardarem o início do uso de álcool, tabaco e outras drogas em estágios importantes do desenvolvimento. Os grupos-alvo também podem se beneficiar da exposição repetida a diferentes tipos de atividades de prevenção em diferentes estágios de desenvolvimento.

Além disso, foi também defendido que pode ser inadequado esperar que os programas de prevenção tenham efeitos duradouros quando os estudantes são regularmente expostos a incentivos para fazer uso de álcool, tabaco e outras drogas nos seus ambientes sociais (por exemplo, através de representações na cultura popular, publicidade e outras práticas de marketing) e veem adultos que as desfrutam sem efeitos adversos evidentes. Portanto, pode não ser razoável esperar que uma intervenção isolada seja suficiente para lidar com o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Os defensores da prevenção devem tentar argumentar que, em conformidade com as Diretrizes Internacionais e Europeias de Prevenção (Capítulo 3), as atividades de prevenção devem fazer parte de uma estratégia de mais longo prazo e podem ter mais chances de serem bem-sucedidas

quando são aplicadas também políticas de prevenção ambiental (ver Capítulo 7), a fim de promover um contexto comportamental mais saudável.

As intervenções preventivas do uso de álcool, tabaco e outras drogas adequadas à idade e ao desenvolvimento têm de ser integradas em todo o contexto escolar, desde a creche até ao final do ensino médio, tanto dentro como fora da sala de aula.

Programas baseados em evidência científica

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

O programa *Unplugged*, conhecido no Brasil como *#Tamojunto 2.0*, é um programa em contexto escolar que inclui componentes centrados no pensamento crítico, na tomada de decisões, na resolução de problemas, no pensamento criativo, na comunicação efetiva, nas competências de relacionamento interpessoal, na autoconsciência, na empatia, na resposta às emoções e ao estresse, nas crenças normativas e no conhecimento sobre os efeitos nocivos do álcool, tabaco e outras drogas para a saúde. O programa é composto por 12 aulas de 50 minutos em média

cada, lecionadas uma vez por semana por professores que frequentaram previamente um curso de formação de 16 horas. O registo *Xchange* classifica o *Unplugged* como “benéfico”, o que significa que é suscetível de efetividade em diferentes contextos.

Segundo as evidências mais recentes no Brasil, é possível identificar que o Programa #Tamojunto 2.0 foi efetivo na redução das chances de adolescentes iniciarem o uso de álcool (Sanchez *et al.*, 2021), em retardar o uso de álcool ao longo da vida por meio do aumento de percepções negativas (Garcia-Cerde *et al.*, 2023) e também demonstrou efeito indireto na prevenção do bullying (tanto a vitimização quanto a prática) ao diminuir o uso de álcool pelos adolescentes (Valente *et al.*, 2023).

O GBG, conhecido no Brasil como Programa Elos, com as versões Programa Elos - Construindo coletivos e Programa Elos 2.0, são programas focados na gestão do comportamento em contexto de sala de aula para as escolas primárias, utilizada pelos professores juntamente com os programas de ensino regulares da escola. O GBG está classificado como “benéfico” no *Xchange*, o que significa que o programa tem efeitos convincentes, consistentes e sustentáveis, conforme constatado em dois ou mais estudos de excelente qualidade na Europa.

Os dados resultantes das avaliações da versão brasileira foram previamente apresentados no Capítulo 1.

O GBG recorre a um formato de jogo (gamificação) na sala de aula, com equipas e recompensas, para promover comportamentos pró-sociais nos estudantes e reduzir comportamentos considerados disruptivos em sala de aula, os quais acabam constituindo um fator de risco a processos a longo prazos, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes e adultos, além de desenvolvimento de transtorno de personalidade antisocial e comportamentos violentos. Nas salas de aula do GBG, o professor divide as crianças em equipas, que são equilibradas em termos de género, comportamentos agressivos e disruptivos e comportamentos de timidez e de isolamento social. As regras básicas do comportamento dos alunos na sala de aula são publicadas e analisadas. Quando se joga o GBG, cada equipa é recompensada se todos os membros da equipa cometerem no total quatro ou menos infrações às regras da sala de aula durante os períodos de jogo.

Durante as primeiras semanas da intervenção, joga-se ao mais ou menos três vezes por semana, com o tempo a variar de 10 a 30 minutos, durante os períodos do dia em que o ambiente na sala de aula está menos estruturado e os alunos trabalham independentemente do professor. Inicialmente, o professor anuncia o início de um período de jogo e dá recompensas no final do jogo. Mais tarde, o professor adiou as recompensas para o final do dia ou semana escolar. Ao longo do tempo, o GBG é jogado em diferentes momentos do dia, em diferentes atividades e em diferentes locais, pelo que o jogo evolui, deixando de

ser altamente previsível em termos de calendário e de ocorrência, com reforço imediato, para ser imprevisível, com atraso no reforço, para que as crianças aprendam que se espera delas um bom comportamento em todas as circunstâncias e em todos os locais.

O KiVa é um programa anti-bullying, que teve avaliações promissoras na Finlândia e foi também adotado na Estônia. Este programa visa os alunos entre os 5 e os 11 anos de idade e utiliza intervenções universais e indicadas. Procura reforçar o comportamento pró-social e o bem-estar emocional. O KiVa consta no registro *Xchange* como potencialmente benéfico, mas é classificado como “promissor” no registro *Blueprints*, o que significa que a investigação de alta qualidade o considerou efetivo.

LOCAL DE TRABALHO E PREVENÇÃO

Na sociedade, o local de trabalho é o local físico onde as pessoas trabalham, ou seja, instalações, explorações agrícolas, escolas, organizações governamentais e não governamentais, unidades industriais e fábricas, lojas e armazéns, organizações de cuidados de saúde, instituições militares, grandes empresas, etc. Para algumas pessoas, como as que trabalham no comércio, nos transportes ou no transporte rodoviário, pode não existir um local de trabalho físico propriamente dito. Na experiência de muitas nações industrializadas, o local de trabalho é uma das principais instituições da sociedade, uma vez que uma percentagem significativa de adultos está empregada e participa em algum tipo de local de

trabalho. Além disso, o trabalho e os contextos laborais estimulam a economia e fomentam o crescimento económico. Os problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas são altamente pertinentes nos setores em que existem problemas de segurança ou em que as falhas de desempenho individuais podem ter um impacto significativo. Estes incluem, entre outros, os setores da construção, agricultura, transportes, energia, tecnologias da informação e comunicação e serviços financeiros (EMCDDA, 2017b, p. 143).

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

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

Frone (2013) também faz uma distinção entre uso de álcool, tabaco e outras drogas

e incapacidade dos trabalhadores no local de trabalho.

- O uso de álcool, tabaco e outras drogas e o comprometimento no local de trabalho referem-se ao uso que ocorre no trabalho ou durante o horário de trabalho. Isso pode significar o uso dessas substâncias no ambiente de trabalho ou imediatamente antes do trabalho, com o comprometimento ocorrendo durante o horário de trabalho.
- O uso de álcool, tabaco e outras drogas e o comprometimento da força de trabalho referem-se ao uso dessas substâncias e ao comprometimento que ocorrem fora do ambiente de trabalho e fora o horário de trabalho.

Há fatores do local de trabalho que podem promover um clima mais favorável ao uso no trabalho. Estes incluem três fatores principais:

- A (percepção da) disponibilidade de substâncias no trabalho, incluindo a facilidade de acesso (por exemplo, álcool disponível numa cantina do trabalho, álcool regularmente disponível em comemorações no local de trabalho, trabalhadores que facilitam o acesso a drogas ilícitas);
- Normas descritivas segundo as quais uma elevada percentagem da rede social da pessoa no trabalho faz uso de álcool, tabaco e outras drogas ou trabalham enquanto estão sob efeito dessas substâncias; e as

- Normas injuntivas que remetem para a aprovação ou desaprovação normativa do uso de álcool, tabaco e outras drogas e comprometimento por membros da rede social do local de trabalho.

Este último fator também inclui culturas de trabalho que promovem o uso de álcool, tabaco e outras drogas para melhorar o desempenho e lidar com grandes volumes de trabalho e horários muito ocupados, ou em que essas substâncias são consideradas parte integrante da construção de relações com colegas e potenciais clientes.

Para além dos fatores de risco gerais para o uso de álcool, tabaco e outras drogas que afetam toda a população, os fatores de estresse relacionados com o emprego, tais como um elevado nível de exigências no trabalho, a falta de controle do emprego e a insegurança, podem também aumentar a probabilidade do seu uso pelos trabalhadores. Nesta perspectiva, esse uso pode ser dado como técnica de redução da tensão e do estresse, para ajudar o trabalhador a lidar com a sua situação laboral. Considera-se que uma exposição mais frequente e a expectativa de fatores de estresse no trabalho conduzem a um uso mais frequente e mais intensivo, muitas vezes imediatamente antes, durante ou imediatamente após o dia de trabalho. No entanto, a maioria dos problemas relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas está relacionada com o uso pelos trabalhadores, o que significa que ocorre, na sua maioria, fora do posto de trabalho, embora esse compor-

tamento possa, ainda assim, afetar negativamente o desempenho profissional. Os efeitos negativos do uso pelos trabalhadores podem incluir ausências, atrasos, perda de emprego, doenças e custos médicos mais elevados. O uso no local de trabalho pode também conduzir a níveis mais baixos de percepção da segurança no local de trabalho, a um elevado estresse e a menos ânimo entre os trabalhadores que não fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas no trabalho.

No Reino Unido, estimou-se que o uso de álcool resulta na perda de 11-17 milhões de dias de trabalho, com um custo anual de 1,8 mil milhões de libras esterlinas (Plant Work, 2006). Na França, entre 15 % e 20 % dos acidentes de trabalho no sistema ferroviário francês estavam diretamente relacionados ao uso prejudicial de álcool ou de outras drogas (Ricordel & Wenzel, 2008).

No Brasil, o último levantamento nacional sobre efeitos do uso de álcool no local de trabalho foi na primeira edição do LeNUD, publicado em 2007, com amostra representativa de 2.600 participantes. Não há pesquisas recentes que apontem para padrões de uso de álcool, tabaco e outras drogas e seus respectivos efeitos no local de trabalho no Brasil, o que denota uma importante lacuna a ser apreciada nos anos futuros, de modo que as intervenções possam ser planejadas e implementadas.

O uso de álcool, tabaco e outras drogas pelos trabalhadores é uma preocupação es-

pecial nas funções críticas de segurança, em que os trabalhadores têm responsabilidade pela saúde e pelo bem-estar de terceiros (por exemplo, pilotos, médicos e técnicos de segurança) e em que as incapacidades causadas pelos efeitos do seu uso, por transtornos associados, ou ainda por outras razões, podem ter consequências graves.

Prontidão organizacional

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

A teoria das fases (Kaluzny & Hernan-Dez, 1988) descreve quatro fases pelas quais as organizações passam antes que uma mudança ou inovação seja adotada e institucionalizada.

- A **primeira fase** consiste em tomar consciência de que existe um problema e que existem soluções possíveis para resolver o problema. É evidente que o objetivo das atividades nesta fase é sensibilizar

a organização para a existência de um problema a resolver.

- A **segunda fase** é a adoção, durante a qual a organização inicia o planejamento e a adoção das políticas e intervenções destinadas a resolver o problema reconhecido na primeira fase. Pode implicar a identificação de recursos e adaptações das intervenções que podem ser executadas.
- A **terceira fase** é a implementação, que envolve todos os aspectos práticos da realização das políticas e das intervenções.
- Por último, a **quarta fase** é a institucionalização, durante a qual uma nova política ou prática se torna parte integrante das atividades do local de trabalho.

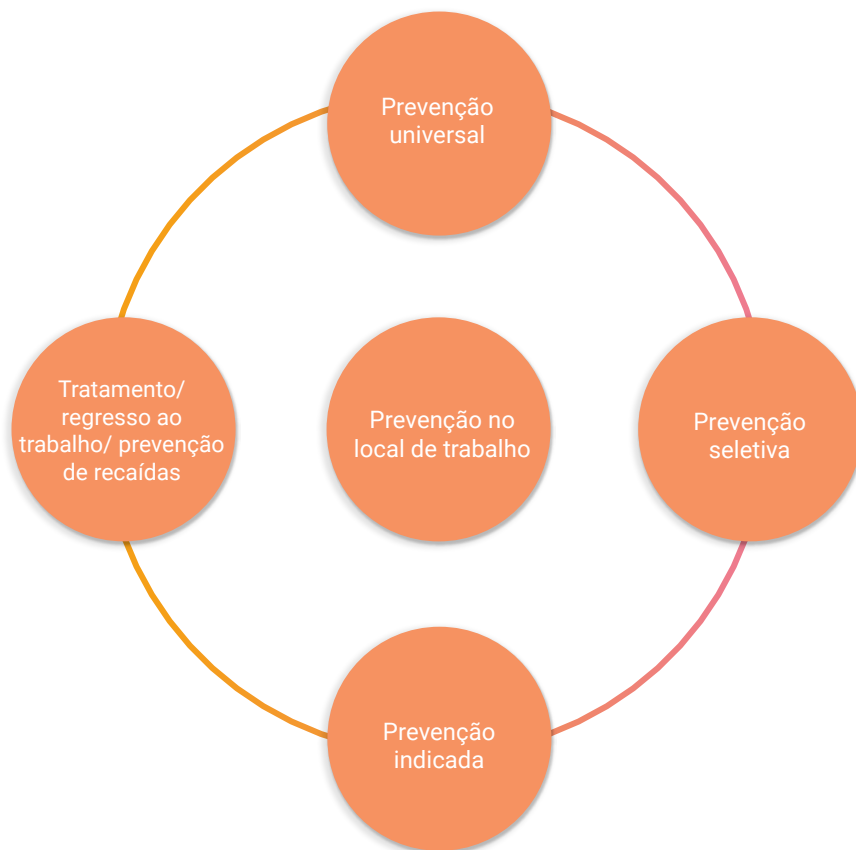
Características da prevenção no local de trabalho em relação aos grupos de prevenção

Há quatro aspectos a considerar no que diz respeito à prevenção no local de trabalho (Figura 28), que abordaremos mais pormenorizadamente nesta seção.

Prevenção universal

- As políticas no local de trabalho: são medidas de prevenção universal, uma vez que, de um modo geral, abordam questões relacionadas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas para todos os trabalhadores.

FIGURA 27 TIPOS DE PREVENÇÃO NO MEIO LABORAL



- Educação em matéria de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas: todos os trabalhadores e a diretoria recebem formação em matéria de prevenção. Estas informações devem incluir informações sobre as substâncias psicoativas e a forma como o seu uso pode afetar negativamente a saúde e o bem-estar dos trabalhadores.
- Reforço do apoio social: ao promover a coesão dos grupos de trabalho e o apoio entre trabalhadores, é possível aumentar as normas sociais no local de trabalho quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Prevenção seletiva

- O rastreio confidencial: inclui, geralmente, o rastreio de trabalhadores que estão em risco quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas e que podem apresentar problemas de comportamento no local de trabalho.
- Os programas de assistência aos trabalhadores: são concebidos para ajudar a identificar e resolver problemas de produtividade que afetam os trabalhadores incapacitados por preocupações pessoais.

Prevenção indicada

Avaliações confidenciais referentes ao uso de álcool, tabaco e outras drogas: o objetivo é identificar os trabalhadores que ne-

cessitam ser referenciados para intervenções breves ou tratamentos a longo prazo. Estas avaliações são realizadas por especialistas com formação em saúde mental.

As intervenções breves: processos sistemáticos e focalizados que visam investigar potenciais problemas quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas e motivar as pessoas a alterarem o seu comportamento.

Ao falar de prevenção em contexto de trabalho, é importante incluir políticas e intervenções centradas nos trabalhadores que precisam de tratamento, concluem-no e regressam à sua atividade e são integrados na força de trabalho. Este currículo de prevenção inclui o tratamento, o regresso ao trabalho e a prevenção de recaídas como parte essencial de uma abordagem abrangente referente ao uso de álcool, tabaco e outras drogas no local de trabalho, embora, do ponto de vista técnico, estas fases não constituam prevenção. O objetivo não é punir, mas sim prevenir o início e o agravamento desse uso e, se necessário, identificar os trabalhadores que fazem uso e proporcionar um percurso claro para o seu tratamento e reintegração na força de trabalho.

Uma vez reintegrados nos ambientes de trabalho, estes trabalhadores necessitarão de um apoio contínuo para evitar a recaída quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. O portal de boas práticas da EUDA inclui uma seção sobre prevenção no local de trabalho, que dá uma perspectiva geral das abordagens

recomendadas⁴⁰. A EUDA publicou igualmente um guia sobre as abordagens de reintegração social para melhorar os resultados no emprego das pessoas sujeitas a tratamento de transtornos por uso de substâncias, que inclui seções sobre as atividades no local de trabalho⁴¹. Os EUA publicaram um conjunto de ferramentas para ambientes de trabalho sem drogas, que, embora tenha sido desenvolvido em resposta à legislação nacional, incluem orientações sobre desenvolvimento de políticas no local de trabalho, educação dos trabalhadores, formação dos dirigentes, programas de assistência aos trabalhadores para as pessoas com problemas mais graves e testes de detecção de drogas.

As políticas globais de prevenção no local de trabalho centram-se normalmente em três objetivos principais: 1) local de trabalho, 2) interação social e apoio entre pares e 3) uso individual de álcool, tabaco e outras drogas (Figura 29). Em outras palavras, as políticas e intervenções

FIGURA 28 PREVENÇÃO ABRANGENTE NO MEIO DE TRABALHO



no local de trabalho podem ser centradas na alteração dos fatores pessoais, sociais e ambientais que afetam a probabilidade desse uso. Os componentes de uma abordagem abrangente da prevenção devem abordar os três objetivos da forma seguidamente indicada.

Local de trabalho:

- Estabelecer políticas por escrito sobre o uso de substâncias no local de trabalho.
- Mudar o ambiente de trabalho para abordar a qualidade da vida profissional e o acesso ao álcool e a outras substâncias.
- Implementar treinamento de supervisão e gerenciamento.
- Visar todo o ambiente do local de trabalho.
- Ser consistente com a cultura organizacional.

Interações sociais/apoio entre pares:

- Desenvolver programas de apoio aos colegas.
- Criar políticas claras de controle social em relação ao uso no trabalho e estabelecer normas no local de trabalho com relação ao uso de álcool.

Uso individual de álcool, tabaco e outras drogas:

- Disponibilizar programas de assistência aos funcionários.
- Abordar o uso de álcool, tabaco e outras drogas como um problema de saúde e segurança.
- Incorporar o uso de substâncias ao bem-

40 https://www.euda.europa.eu/publications/mini-guides/workplaces-and-drugs-health-and-social-responses_pt

41 https://www.euda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

- estar geral.
- Realizar triagem confidencial e identificação de pessoas que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas, o que também permite o encaminhamento para tratamento e reingresso na força de trabalho.
- Incluir testes de drogas confidenciais somente como parte de uma intervenção abrangente e com vários componentes.

Obstáculos

Apesar das razões claras para que os ambientes de trabalho apliquem políticas e intervenções preventivas quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, muitas organizações continuam a mostrar-se relutantes em aplicar tais intervenções. Embora a prevenção de outras questões de saúde e segurança seja ativamente considerada, o uso de álcool, tabaco e outras drogas continua sendo ignorado. A principal razão para esta relutância e o principal obstáculo à implementação é o estigma associado a este assunto.

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

Outros obstáculos à implementação incluem:

- Tolerância não declarada entre os supervisores e terceiros em relação a alguns comportamentos quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- Custos associados à implementação de uma intervenção de prevenção; e
- O fato do uso de álcool, tabaco e outras drogas ser frequentemente considerado mais uma questão pessoal do que uma questão de trabalho e dos ambientes de trabalho evitarem dizer às pessoas o que podem e não podem fazer na sua vida pessoal.

Teste de detecção de drogas

Embora os testes de detecção de drogas existam há décadas, continuam a ser considerados controversos em muitos locais. Na Europa, é frequentemente adotada uma resposta proporcionada, pelo que os testes de detecção de drogas podem ser justificados para papéis/funções críticas em termos de segurança, mas não em funções para as quais os níveis físicos e mentais determinados pelos testes de detecção de drogas (ou seja, ausência de drogas) não são relevantes. Para muitas organizações e até países, uma questão primordial é tentar equilibrar a segurança dos trabalhadores com as preocupações em matéria de privacidade e discriminação. Uma outra questão importante é o fato de os testes de detecção de drogas fornecerem, na realidade, provas limitadas de incapacidade, uma vez que os metabólitos das substâncias podem permanecer em uma amostra biológica muito depois do uso (por

exemplo, no caso do cabelo, a droga pode permanecer na amostra por muitos meses). Antes de decidirem aplicar um programa de testes de detecção de drogas, as organizações devem também ter em conta a legislação nacional pertinente, uma vez que varia consoante os países.

Independentemente da abordagem adotada pelos empregadores, os testes de detecção de drogas não constituem, por si só, prevenção. Embora a investigação tenha revelado alguns efeitos positivos dos testes de detecção de drogas quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas pelos trabalhadores, estes testes, em si mesmos, não constituem uma intervenção de prevenção, uma vez que não abordam a etiologia comportamental e as necessidades adicionais relacionadas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Portanto, os testes de detecção de drogas só devem ser realizados no âmbito de uma política e abordagem compreensivas de prevenção dessas substâncias.



CAPÍTULO 07

PREVENÇÃO AMBIENTAL

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

A EUDA publicou um relatório sobre as abordagens ambientais em matéria de prevenção, que pode ser consultado em sua página na internet⁴².

O AMBIENTE E AS SUAS INFLUÊNCIAS

Que influência tem o ambiente social nas crenças, atitudes e comportamentos individuais? Ele molda as normas sociais e influencia as crenças sobre os riscos e as consequências dos comportamentos, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas e a forma de lidar com situações de estresse.

O comportamento observado, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre pares e/outras grupos influentes, é visto como uma norma. Além disso, a forma como uma

comunidade aplica leis ou regulamentos têm impacto na forma como os seus residentes avaliam a tolerância ou a aprovação de comportamentos como esse uso.

As intervenções preventivas ambientais visam limitar a exposição a oportunidades comportamentais pouco saudáveis e de risco, e promover a disponibilidade de oportunidades mais saudáveis. Este aspecto é particularmente importante nos ambientes que contêm fatores desencadeadores de comportamentos de risco. Em termos simples, isso é alcançado por meio da modificação do contexto em que o comportamento, como o uso de álcool, tabaco e outras drogas, ocorre na sociedade ou em locais específicos, como lojas de bebidas alcoólicas, espaços públicos ou locais de entretenimento. Diferentemente das abordagens que visam desenvolver habilidades e cognições em indivíduos ou grupos, as intervenções ambientais têm como alvo hábitos e comportamentos familiares, de modo que não precisamos depender de que os grupos-alvo façam escolhas deliberadas e conscientes (mais saudáveis). O objetivo é transformar a escolha saudável na opção mais fácil. Por exemplo, uma sociedade pode aumentar os seus impostos sobre o tabaco para que seja mais caro comprar cigarros, impedir que os menores comprem álcool, tabaco e outras drogas estabelecendo leis de limitação de idade e requisitos de verificação da identidade, baixar o preço das bebidas não alcoólicas em ambientes recreativos no-

42 [Intervenções ambientais de prevenção do uso de substâncias na Europa](#)

turnos ou simplesmente impedir que as lojas que vendam álcool se situem nas proximidades das escolas.

Estes tipos de intervenções utilizam o ambiente para visar indiretamente uma população específica. Não implicam um contato direto com essa população, como aconteceria num programa em contexto escolar ou em intervenções em contexto familiar. A vantagem das intervenções ambientais é o fato de que, se executadas corretamente, podem ter um alcance mais vasto do que as intervenções comportamentais isoladamente. No entanto, para maximizar os efeitos positivos quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas na sociedade, tanto as intervenções comportamentais como as ambientais devem ser realizadas de forma coordenada e complementar. Uma análise dos exemplos apresentados na seção “Definições” sugere que é necessária uma abordagem ‘integrada’ para o êxito das intervenções preventivas ambientais. Os profissionais de diferentes setores, muitos dos quais consideram que a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas não é da sua competência, devem ser persuadidos de que têm um papel importante na prevenção e de que as decisões que tomam podem alterar o ambiente de forma positiva e saudável.

Dois estudos no Brasil (Carlini *et al.*, 2014; Carlini *et al.*, 2017) examinaram os fatores ambientais ligados ao consumo excessivo de álcool e ao uso de drogas em casas noturnas.

O primeiro estudo envolveu a coleta de dados de pessoas na entrada e na saída de casas noturnas em São Paulo. Descobriu-se que o serviço “*all inclusive*”⁴³ (“tudo incluso”, em português), ter duas ou mais pistas de dança e níveis de som mais altos estavam associados ao consumo excessivo de álcool. O segundo estudo investigou o uso de drogas psicotrópicas e encontrou associações entre o uso de drogas ilícitas e o serviço “*all inclusive*”, efeitos de luz como laser e luzes de discoteca, enquanto o uso de drogas lícitas foi associado ao serviço “*all inclusive*”, à presença de duas ou mais pistas de dança e ao número de seguranças.

DEFINIÇÕES

As intervenções ambientais podem dividir-se em três categorias principais: regulatórias, físicas e econômicas - embora haja uma relação próxima entre eles (EMCDDA, 2018b).

As abordagens regulatórias dizem respeito a alterações do quadro jurídico que define os comportamentos permitidos. Pode dizer respeito de leis que controlam o acesso a álcool, tabaco e outras drogas, tais como limitações em termos de idade, regulamentação em matéria de medicamentos e controles de drogas ilícitas, e ações que controlam o comportamento após seu uso, tais como leis sobre a condução de veículos sob o efeito do álcool ou que proíbem que seja servido álcool a pessoas visivelmente embriagadas. As abordagens

⁴³ *all inclusive*: os clientes pagam um valor fixo na entrada, o que lhes permite consumir álcool sem restrições dentro do estabelecimento.

regulatórias abrangem igualmente práticas como a fabricação e a venda a varejo de produtos potencialmente nocivos ou a comercialização de bens de uma forma que não exponha as pessoas que fazem uso (vulneráveis) à publicidade enganosa ou pró-uso. As limitações em termos de idade, os horários restritos para venda, as embalagens simples padronizadas de produtos do tabaco e a proibição do patrocínio de bebidas alcoólicas no esporte são bons exemplos disso. Alguns países intervm, por exemplo, exigindo que os estabelecimentos forneçam água potável gratuita como condição para a concessão de uma licença de entretenimento ou de venda de álcool. No entanto, cabe ressaltar que não há regulamentação da fabricação, distribuição ou venda para substâncias ilegais. O único controle consiste nas leis que visam dissuadir a disponibilidade e nas mensagens fortes que sublinham as normas sociais contra o seu uso.

Uma vez que a sua fabricação não é controlada, estas podem também ser misturadas com outras substâncias que sejam, elas próprias, perigosas para a saúde. Os produtos naturais que constituem a base de algumas destas, como a maconha, a papoula de ópio e as plantas de coca, podem ser erradicados quando encontrados, ou os agricultores que mantêm estas “culturas” podem receber dinheiro para não o fazer (políticas de substituição das culturas).

As abordagens físicas visam alterar o ambiente físico em que as escolhas são feitas e os comportamentos ocorrem. Podem incluir

tanto o microambiente, como o design de bares e discotecas (por exemplo, para desencorajar o uso excessivo e rápido de álcool), como o macroambiente, voltado ao planejamento urbano e o paisagismo (por exemplo, oferta de transportes gratuitos durante a noite, uma política de transportes públicos abrangente, renovação de bairros em zonas desfavorecidas). As intervenções físicas podem também ser pertinentes para os elementos e estruturas no ambiente.

Atualmente, há muito interesse, por exemplo, na forma como os copos das bebidas podem ser concebidos de modo que as pessoas consumam menos álcool do que pensam que estão consumindo (por exemplo, fazendo-os altos e finos, mas com um volume total inferior).

As abordagens econômicas são centradas nas pessoas que já fazem uso ou com potencial de usar, através de impostos, políticas de fixação de preços e subsídios para incentivar escolhas saudáveis. Por exemplo, a maioria dos países europeus introduziu impostos elevados sobre os produtos do tabaco e alguns introduziram um preço unitário mínimo para o álcool, a fim de reduzir a capacidade de compra dos produtos nocivos. Do mesmo modo, as escolhas mais saudáveis podem ser incentivadas através da redução do preço das bebidas não alcoólicas, incluindo a água em locais recreativos como bares e cafés.

Um dos documentos informativos Health and Social Responses to drug problems: a Eu-

ropean guide (Respostas sanitárias e sociais aos problemas da droga: um guia europeu, em português) (EMCDDA, 2017b) apresenta uma panorâmica das percepções comportamentais que estão na base da prevenção ambiental.

Socialização e intervenções ambientais

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

Como funciona este processo no caso das intervenções ambientais? A natureza das intervenções preventivas ambientais consiste em identificar ameaças e oportunidades no ambiente e abordá-las através de intervenções que possam afetar todas as pessoas expostas a essas ameaças. Os ambientes

saudáveis são locais positivos que maximizam os pontos fortes de uma sociedade e minimizam as influências negativas que possam existir. Estas intervenções destinam-se a alterar o contexto em que as pessoas tomam decisões:

- Ambiente físico: limitar o acesso e a disponibilidade de álcool, produtos do tabaco e outras drogas; e
- Ambiente social: reforçar as normas e atitudes de não uso.

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

Evidentemente, as pessoas podem procurar álcool fora dos ambientes regulamentados e controlados, e algumas delas podem produzir elas próprias bebidas alcoólicas. Por este motivo, é importante pôr também em prática intervenções preventivas comportamentais quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a fim de aumentar a probabilidade de as pessoas controlarem o uso de álcool.

Para afetar o comportamento no ambiente social, é muitas vezes necessário promover iniciativas políticas, campanhas e outros esforços de sensibilização centrados no reforço das normas de não uso de álcool, tabaco e outras

drogas. Estas campanhas e iniciativas políticas destinam-se a influenciar a sensibilização e as atitudes do público em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas e a promover ações e leis que previnam o uso ou as suas consequências. Muitas vezes, esses esforços resultam em uma alteração das normas de comportamento dos grupos afetados. Por exemplo, as campanhas de prevenção que promovem o controle parental criam uma “nova norma” para o público-alvo da campanha. Os esforços de saúde pública em relação ao tabagismo passivo, frequentemente executados através de regulamentos, foram também aplicados por novas normas sociais que reforçaram a mensagem de que “não se pode fumar aqui”.

ABORDAGENS DE PREVENÇÃO AMBIENTAL NAS ESCOLAS E NOS AMBIENTES DE TRABALHO

Nesta seção, analisamos as intervenções ambientais que envolvem políticas em ambientes a nível micro – principalmente nas escolas e no local de trabalho – para ver de que forma contribuem para garantir ambientes seguros, saudáveis e produtivos para a aprendizagem e o trabalho. Enquanto contextos a nível micro, são mais propícios à medição do impacto das políticas e, dessa forma, há mais pesquisa subjacente às suas abordagens para prevenir o uso de álcool, tabaco e outras drogas do que as geralmente disponíveis no nível da sociedade e para outros macroambientes

Como vimos anteriormente, estes dois níveis ambientais não são independentes um do

outro, antes interagem entre si para influenciar valores, crenças, atitudes e comportamentos, incluindo o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Por último, as intervenções ambientais oferecem a oportunidade de criar políticas coerentes em todos os contextos, de modo que as políticas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas estejam presentes em casa, na escola, no local de trabalho e na sociedade, reforçando assim uma norma social desfavorável a esse uso pelos jovens.

Políticas escolares

As políticas escolares relacionadas com o uso de álcool, tabaco e outras drogas são parte integrante e vital de uma abordagem abrangente das intervenções preventivas. Infelizmente, são muitas vezes desenvolvidas de forma casual e não sistemática, encaradas como um exercício de “preenchimento de lacunas”, ou apenas para o cumprimento de protocolos, por isso, ficam esquecidas entre o manual de políticas da escola. As políticas escolares devem, por conseguinte, incluir ações que possam ser aplicadas em toda a escola com relativa facilidade e que demonstrem uma resposta coordenada e abrangente para o uso de álcool, tabaco e outras drogas no contexto da promoção da saúde e do bem-estar.

As políticas abrangentes são importantes por várias razões e devem incluir ações-chave e prioridades que não se centram apenas no uso de álcool, tabaco e outras drogas, mas incluem também abordagens que sirvam para criar um ambiente escolar saudável e de apoio.

- As políticas que limitam o uso de álcool, tabaco e outras drogas ajudam a estabelecer a norma social de que o seu uso não será tolerado. Se os alunos considerarem que o tabagismo ou o uso de álcool não são tolerados nas instalações escolares, ou em eventos patrocinados pela escola, a sua exposição a potenciais modelos de referência que exibem esse comportamento, diminuirá. As suas crenças normativas de que esse uso é inadequado se veem, por conseguinte, reforçadas.
- As ações das políticas podem também impor limitações ambientais, na medida em que podem reduzir o acesso ao álcool, tabaco e outras drogas.
- Em contexto mais amplo, devem ser desenvolvidas políticas que ajudem os estudantes a perceberem que a escola se preocupa com o seu bem-estar e que é adotada uma abordagem escolar para apoiar o desenvolvimento emocional e o desenvolvimento social positivo com os colegas e com os adultos do contexto escolar. As políticas podem também incluir ações que facilitem o contributo dos alunos para a organização e o funcionamento da escola, ajudando a promover um sentimento de comunidade e uma maior ligação entre o pessoal e os estudantes.
- A censura e as punições em caso de incidentes relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas podem ter um papel nas políticas escolares em matéria de uso de álcool, tabaco e

outras drogas, mas devem ser proporcionadas e aplicadas de forma coerente, sem se sobrepor a outros aspectos. Os incidentes relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas constituem uma oportunidade para prestar apoio individualizado aos alunos ou para introduzir ou reforçar os esforços de prevenção na sala de aula.

A estrutura das políticas escolares em matéria quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas inclui frequentemente uma declaração de objetivos, que pode incluir referências à necessidade de criar e manter um ambiente seguro, saudável e sem uso de álcool, tabaco e outras drogas, a fim de apoiar o desenvolvimento saudável de todos os alunos e de garantir que estes concretizam o seu potencial escolar. Muitas políticas também vinculam a escola à implementação de intervenções e políticas que representem princípios conhecidos de efetividade e, sempre que possível, sejam apoiadas por evidência científica. Um dos objetivos mais importantes da política escolar consiste em assegurar que esta seja comunicada a todas as pessoas da comunidade escolar que seriam afetadas. Quem está coberto pelas políticas – estudantes, equipe, visitantes? Aplica-se apenas à vida nas instalações escolares? O que acontece em relação às atividades apoiadas pela escola? Todas estas questões devem ser consideradas e amplamente comunicadas a todos.

As políticas devem especificar a gama e os tipos de substâncias que incluem. Por exem-

plo, como a escola irá responder à popularidade crescente dos cigarros eletrônicos? Devem também abranger seu uso e posse, não só na escola, mas também em eventos patrocinados pela escola. Além disso, a política deve incluir a respeito do uso de substâncias nas dependências da escola e em eventos por professores e funcionários, bem como por alunos.

A política deve também especificar os tipos de incidentes relacionados com álcool, tabaco e outras drogas que serão punidos, por exemplo, a posse ou venda de vários tipos de substâncias ou uma suspeita razoável de que um estudante entrou na escola sob seu efeito, e como lhes será dada uma resposta de apoio.

As políticas também devem ser claras sobre quem – famílias e autoridades responsáveis pela aplicação da lei – será notificado de um eventual incidente relacionado ao uso, à posse ou à venda, e em que momento do processo isso acontecerá. Estas políticas devem também especificar consequências claras, aplicadas coerentemente, das violações cometidas pelos estudantes. Devem ainda evitar um caráter punitivo e procurar manter os alunos na escola mesmo que façam uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Os estudantes podem necessitar de aconselhamento ou tratamento. Se um estudante estiver envolvido em comportamentos de risco, poderá ser necessária uma triagem e uma intervenção breve. A maioria das escolas não

dispõe internamente de conhecimentos especializados para realizar este tipo de atividade, profissionais externos com conhecimento nesta área, que trabalham com base em evidência científica e partilham o espírito e os valores da escola, podem estar em melhor posição para realizar este trabalho. De um modo geral, os estudantes que fazem uso de álcool, tabaco e outras drogas devem ter a oportunidade de deixar de usar num ambiente de apoio em que os seus comportamentos – incluindo a assiduidade e pontualidade, a realização dos trabalhos de casa e o desempenho escolar – sejam acompanhados de perto.

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

- Declaração de objetivos: a estrutura típica de uma política escolar estabelece os objetivos e os elementos. Muitas vezes, começa por uma declaração de objetivos, geralmente relacionada com a necessidade de um ambiente seguro, saudável e sem uso de álcool, tabaco e outras drogas.
- A quem se aplica: as políticas especificam o grupo-alvo ou grupos que serão contemplados pelas políticas.
- Apoio a abordagens de prevenção baseadas em evidência científica: muitas políticas também buscam que as escolas se comprometam a executar programas e políticas baseados em evidência científica. É o foco que se pretende alcançar com essa forma-

ção, que se orienta pelas Diretrizes Internacionais.

- Quais são as substâncias abrangidas: as políticas devem especificar a gama e os tipos de substâncias que incluem, as circunstâncias especiais, como eventos esportivos e visitas escolares, e os comportamentos de funcionários.
- Especificação de sanções: a política deve também especificar os tipos de incidentes relacionados com álcool, tabaco e outras drogas que serão punidos e em que circunstâncias.
- Comunicações: a política deve ser comunicada a todas as pessoas afetadas.

Comunicar-se com as mães, pais ou responsáveis de um aluno, informando-os de que o seu filho ou filha está envolvido com álcool, tabaco e outras drogas pode ser particularmente difícil. Uma forma de ajudar a reduzir potenciais mal-entendidos e respostas negativas dessas pessoas é fazendo referência a uma política que define com precisão as medidas que serão tomadas pela escola e a ordem de resposta da escola.

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

Políticas no local de trabalho

Existem muitas semelhanças entre as políticas no local de trabalho e no contexto es-

colar. O objetivo destas políticas é o mesmo, criar um ambiente saudável, seguro e sem uso de álcool, tabaco e outras drogas, mas o público-alvo são adultos e não crianças e pessoas que trabalham com crianças.

Em primeiro lugar, tal como referido anteriormente, as intervenções ambientais são consideradas universais, uma vez que não se restringem a um público específico, ou seja, almejam o maior número possível de pessoas, e incluem pessoas que fazem ou não uso de álcool, tabaco e outras drogas. Consequentemente, as políticas no local de trabalho abordam esse uso para todos os trabalhadores. Essas políticas devem ser compreensivas e abordar a educação e a prevenção, bem como a identificação, o tratamento, a reabilitação e a reintegração dos trabalhadores com problemas relacionados a esse uso. Além disso, o desenvolvimento destas políticas deve envolver todos os principais parceiros na organização.

Como o nome indica, as intervenções orientadas para o local de trabalho podem ser focadas em características específicas deste ambiente passíveis de afetar a probabilidade dos funcionários se envolverem no uso de álcool, tabaco e outras drogas. As características incluem a disponibilidade e o acesso a álcool, tabaco e outras drogas, condições de trabalho precárias e uma cultura do local de trabalho que reforça o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

As intervenções efetivas nesse contexto abordam o uso de álcool, tabaco e outras drogas como um problema de saúde e segurança.

Desta forma, podem incentivar a disponibilidade de serviços de intervenção para pessoas e famílias, promovendo simultaneamente um ambiente seguro e produtivo. Podem ainda reduzir o estigma associado à procura de ajuda.

Uma abordagem abrangente de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas no local de trabalho começa por uma política escrita. É uma descrição escrita da posição da empresa em relação a essa questão. O seu objetivo não é ser punitivo, mas sim reconhecer que o uso de álcool, tabaco e outras drogas é um problema de saúde que, muitas vezes, requer tratamento para ajudar as pessoas que fazem esse uso a se recuperar e evitar consequências negativas adicionais. As políticas devem ser direcionadas a todos os funcionários, independentemente do estatuto da empresa.

Como em qualquer ambiente, é essencial que a política seja amplamente divulgada a todos os funcionários e demais partes interessadas. É igualmente importante que haja uma comunicação clara sobre as sanções aplicáveis em caso de violação da política. Um foco em como a nova política promoverá a saúde e a segurança geral de todos os trabalhadores é um aspecto importante da estratégia de divulgação.

POLÍTICAS AMBIENTAIS/POPULACIONAIS SOBRE TABACO E ÁLCOOL

As Diretrizes Internacionais analisaram a pesquisa sobre as políticas em matéria de tabaco e álcool e determinaram a existência de

vários tipos de iniciativas efetivas para reduzir o início e a continuidade do uso de drogas, principalmente nos jovens. Essas iniciativas centravam-se na prevenção do acesso dos jovens e em outros esforços para desencorajar o início do uso, e evitar a evolução para o uso regular. Com estas orientações, começamos a identificar os componentes que podem ser utilizados para criar intervenções ambientais que funcionam.

De acordo com as Diretrizes Internacionais, o aumento do preço do álcool e do tabaco reduz o seu uso na população geral. Portanto, aumentar o preço do tabaco e do álcool por meio de impostos é uma importante intervenção baseada em evidência científica para o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Outras medidas que demonstraram reduzir o uso incluem o aumento da idade mínima de compra dos produtos do tabaco e do álcool e fazer cumprir essa regra. A restrição e a proibição da publicidade e de outras formas de marketing de tabaco e do álcool para os jovens também demonstraram ser efetivas.

Tal como acontece com muitas intervenções preventivas, a combinação de intervenções ambientais pode ter um impacto mais forte do que as intervenções isoladas. Por conseguinte, as intervenções preventivas que são voltadas a evitar que crianças e adolescentes comprem tabaco e álcool incluem:

- A aplicação ativa e continuada lei;
- A educação dos comerciantes através de uma série de estratégias (con-

tato pessoal, redes sociais e material informativo); e

- Intervenções preventivas nas redes sociais e nas escolas para reforçar estas mensagens.

Especificamente, a pesquisa de revisão sobre as intervenções ambientais quanto ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, realizada durante o desenvolvimento das Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas do UNODC, concluiu que o aumento do preço do álcool teve vários resultados positivos. Teve impacto nas pessoas que fazem uso moderado e pesado, incluindo os jovens universitários que faziam uso de álcool em excesso. Além disso, constatou que um aumento do preço do álcool em apenas 10% conduziu a uma diminuição de 7,7% do uso de álcool na população geral e que o aumento dos preços do álcool também foi associado a uma diminuição da violência.

Por último, os dados mostraram que as intervenções multicomponente⁴⁴ foram eficazes quando incluíram várias medidas, tais como:

- restrição da distribuição de produtos do tabaco;
- regulamentação dos mecanismos de venda;
- aplicação da legislação quanto ao acesso a crianças e adolescentes; e

- educação e formação para varejistas quando realizado em conjunto com a mobilização da comunidade.

Uma análise das atitudes em relação às políticas de álcool, realizada na Noruega e na Finlândia, levou a uma melhor compreensão do que precisa ser implementado para garantir o apoio a intervenções ambientais destinadas a reduzir o uso de álcool e os danos consequentes. No primeiro estudo, uma equipe de pesquisa examinou os resultados de uma série de pesquisas nacionais realizadas na Noruega e na Finlândia durante o período de 2005-2009.

Os pesquisadores constataram que, ao longo dos quatro anos, houve um maior apoio na Noruega e na Finlândia quanto a medidas restritivas da política relacionada ao álcool. Os resultados foram comparados com pesquisas semelhantes realizadas na América do Norte e na Austrália durante o mesmo período. No entanto, estes constataram uma situação diferente: o apoio a tais medidas diminuiu. Os pesquisadores analisaram quais fatores estavam relacionados com o aumento do apoio a estas políticas na Noruega e na Finlândia (Stovall *et al.*, 2014). No Brasil, política de fechamento dos bares às 23h, na cidade de Diadema/SP, a partir da Lei Municipal 2.107/2002, foi acompanhada de outras políticas públicas para adolescentes, mulheres, políticas de educação, de infraestrutura, e, segundo os dados do município, foram salvas 273 vidas no primeiro ano de vigência da lei (Cavalcanti, Cristo e Pylro, 2007).

⁴⁴ Ou seja, que envolvem múltiplos componentes que visam aos fatores individuais e ambientais que vulnerabilizam as crianças, jovens e adultos para o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Verificaram que o aumento do apoio às políticas restritivas foi mediado, em parte, por alterações nas crenças quanto à efetividade de tais medidas e aos danos causados pelo uso de álcool. Em outras palavras, constataram que o aumento da percepção da eficácia das medidas mais restritivas da política relacionada ao álcool estava associado ao aumento das crenças quanto à associação de beber e resultados nocivos. Portanto, os pesquisadores sugeriram que fortalecer a crença das pessoas quanto à eficácia das medidas restritivas e nos danos causados pelo uso de álcool pode aumentar o apoio do público às medidas restritivas quanto à política de álcool. Esta pode ser uma parte crítica da definição de prioridades necessárias para reforçar o apoio a medidas eficazes.

Outro exemplo bem-sucedido de formulação de políticas é a proibição de fumar em espaços públicos na França. A proibição de fumar nos ambientes de trabalho, centros comerciais, aeroportos, estações ferroviárias, hospitais e escolas entrou em vigor na França em fevereiro de 2007. Em janeiro de 2008, foi ampliada a locais de encontro (cafés, restaurantes, hotéis, cassinos, bares e discotecas). Foi feito o seguimento de um grupo de 1.500 fumantes e 500 não fumantes pouco antes da implementação da proibição – dezembro de 2006 a fevereiro de 2007 – e duas vezes após a sua entrada em vigor, em 2008 e 2012. As taxas quanto a fumar nesses locais (cafés, restaurantes e ambientes de trabalho) diminuíram consideravelmente entre a primeira e a terceira ondas:

- Restaurantes – 64,7% (onda 1); 2,3% (onda 2); 1,4% (onda 3);
- Local de trabalho – 42,6% (onda 1); 19,3% (onda 2); 12,8% (onda 3);
- Cafés – 95,9% (onda 1); 3,7% (onda 2); 6,6% (onda 3).

Ou seja, que envolvem múltiplos componentes que visam aos fatores individuais e ambientais que vulnerabilizam as crianças, jovens e adultos para o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Os resultados mostram que as políticas antitabaco podem levar a reduções substanciais e sustentadas do uso de tabaco em locais públicos, ao mesmo tempo que leva a altos níveis de apoio do público (Fong *et al.*, 2013). Cinco anos após a sua introdução, 88 % dos não fumantes e 78 % dos fumantes eram a favor da proibição de fumar.

ESTRATÉGIAS EM ESPAÇOS RECREATIVOS/ENTRETENIMENTO

Alguns pesquisadores estudaram a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas em espaços de entretenimento, tais como cafés, bares, restaurantes e ambientes ao ar livre ou onde se realizam eventos em larga escala. Embora esses locais proporcionem oportunidades para reuniões sociais e apoio à economia local, também criam oportunidades de envolvimento em comportamentos de alto risco, como o uso prejudicial de álcool, tabaco e outras drogas, a condução sob a influência do álcool

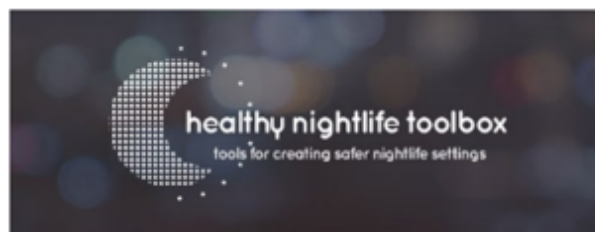
e a agressividade. Para mais informações e recursos sobre questões relacionadas com ambientes de entretenimento noturnos, veja o guia de respostas da EUDA (2017b, p. 136).

No Brasil, assim como em outros países, as casas noturnas são cenários de uso excessivo de álcool, consumo de drogas ilegais e comportamentos de alto risco, como violência e atividades sexuais arriscadas. Um estudo realizado em São Paulo (Carlini & Sanchez, 2018) categorizou essas casas noturnas em quatro tipos com base em seus temas principais: intoxicantes, violentos, dançantes e altamente sexualizados. A pesquisa revelou que o consumo excessivo de álcool estava presente em quase todas as casas noturnas estudadas, enquanto o uso de drogas foi observado em cerca de um terço delas. A análise dos dados destacou a influência dos fatores ambientais, especialmente as estratégias de venda e promoção de álcool, juntamente com a disponibilidade de áreas para atividades sexuais, na ampliação de comportamentos de alto risco. O estudo enfatiza a necessidade de intervenções preventivas e regulamentações mais efetivas para lidar com esses desafios nos ambientes das casas noturnas.

Quatro princípios são fundamentais para uma ação local efetiva, a saber: um bom conhecimento das questões relacionadas com a ambientes da vida noturna local, o compromisso na criação de ambientes de entretenimento noturnos seguros e saudáveis,

trabalho de parcerias entre as principais agências locais e respostas baseadas em evidência científica. Se não houver familiaridade com intervenções específicas baseadas em evidência científica em ambientes noturnos de entretenimento, pode sempre consultar a Healthy Nightlife Toolbox, (Caixa de Ferramentas para Ambientes Recreativos Noturnos Saudáveis) (Figura 30). Trata-se de um conjunto de ferramentas que fornece três bases de dados: um para as intervenções, um para a literatura sobre estas intervenções e outra para a literatura geral sobre a prevenção em ambientes noturnos de entretenimento.

FIGURA 30 HEALTHY NIGHTLIFE TOOLBOX (CAIXA DE FERRAMENTAS PARA AMBIENTES RECREATIVOS NOTURNOS SAUDÁVEIS)



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

Em geral, a maioria das intervenções preventivas nestes ambientes utiliza vários componentes, incluindo a formação dos funcionários e a gestão de clientes sob efeito do álcool, bem como alterações na legislação e nas políticas relacionadas com o fornecimento de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes ou sobre associação entre uso de álcool e direção etc..

Miller e colaboradores (2009) propuseram uma medida ambiental para lidar com o uso de álcool, tabaco e outras drogas em eventos de música de dança eletrônica (onde os níveis de uso tendem a ser mais elevados do que em outros tipos de eventos). Estes eventos atraem jovens adultos e estão frequentemente associados ao uso de álcool e de outras drogas. Essa intervenção tem três componentes e baseia-se em intervenções semelhantes da prevenção do alcoolismo concebidas para utilização em bares:

- Mobilização;
- Estratégias para o ambiente exterior; e
- Estratégias para o ambiente interior.

A mobilização das principais partes interessadas – motivando a participação e a ação de vários setores da comunidade, como os próprios proprietários e gestores de clubes, a polícia ou as autoridades responsáveis pela concessão de licenças de venda de bebidas alcoólicas, os representantes da saúde pública e os líderes políticos – é importante, embora seja, muitas vezes, complexa. No entanto, há algumas motivações compartilhadas que podem ajudar a promover um senso de propósito compartilhado em toda a comunidade:

- Manter um ambiente seguro e lícito para os clubes e clientes que não usam álcool, tabaco e outras drogas;
- Manter boas práticas comerciais e cumprimento da legislação quanto ao

licenciamento da venda de bebidas alcoólicas; e

- Lembrar que o uso de álcool, tabaco e outras drogas reduz os lucros dos produtos alimentares e das bebidas não alcoólicas.

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

- Pessoal de segurança ou porteiros que vigiam o espaço exterior em torno do clube, como o parque de estacionamento, para impor o cumprimento;
- Segurança na entrada para verificar os clientes à medida que entram;
- Identificação de pessoas sob o efeito de drogas ou do álcool; e
- Políticas escritas que restringem o acesso ao estabelecimento.

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

- Verificar a identificação para garantir o cumprimento das limitações relativas à idade para uso de álcool e de outros regulamentos;
- Promover práticas de serviço que reduzam a probabilidade de uso excessivo;
- Identificar e responder aos sinais precoces de uso excessivo nos clientes (por exemplo, uso rápido);
- Identificar os clientes embriagados e recusar servir-lhes mais bebidas; e
- Intervir para evitar que clientes embriagados conduzam veículos motorizados.

Outras ações necessárias incluem o seguinte:

- Políticas escritas do estabelecimento. Os estabelecimentos devem ser promovidos como um ambiente divertido e seguro, ao mesmo tempo que estabelece uma política de tolerância zero em relação ao uso e à venda de drogas ilícitas. Esta abordagem deve ser expressa através de políticas internas escritas que apoiam as ações dos membros da equipe quando detectam problemas e intervêm;
- Monitoramento do espaço físico interior. Gargalos e áreas escondidas devem ser evitadas, assim como o excesso de calor. A melhoria das condições físicas reforça as condições de saúde dos clientes e do pessoal; e

- Ação de gestão e equipe. Tanto a equipe como a administração devem ser capazes de empreender ações de apoio às normas do estabelecimento. Isso inclui a formação do pessoal em matéria de reconhecimento de drogas e medidas de intervenção adequadas, tais como abordagens ambientais externas, e tanto os porteiros como a equipe que trabalham internamente devem receber esta formação.

O Club Health desenvolveu um conjunto de normas para estabelecimentos com licença de venda de bebidas alcoólicas, gestores e promotores, mas estas também funcionam como um guia de referência para os órgãos responsáveis pelo licenciamento e pelo policiamento dos ambientes de diversão noturna. Identificam as principais prioridades da economia noturna para acabar com o marketing irresponsável de álcool e promoção de vendas, para garantir a segurança das pessoas que fazem uso e funcionários e reduzir o incômodo causado às comunidades onde os clubes se inserem.

Apesar da base científica que sustenta a efetividade das intervenções ambientais (Figura 31), persistem barreiras à sua implementação; no entanto, existem também fatores que aumentam o apelo das intervenções ambientais (Quadro 14).

FIGURA 30 AMBIENTES RECREATIVOS NOTURNOS E OUTROS CONTEXTOS RECREATIVOS

The screenshot shows the EUDA (European Union Drugs Agency) website. The page title is "Recreational settings and drugs: health and social responses". The page includes a navigation menu with options like "Data", "Countries", "Topics", "Best practice", "Activities", "Publications", "Events", "News", and "About". A search bar is located in the top right corner. The main content area features an "Introduction" section with a "Download as PDF" button. Below the introduction is a "Contents" section with five thumbnail images and their corresponding titles: "Overview", "Key issues", "Evidence and responses", "European picture", and "Implications for policy and practice".

EUDA
EUROPEAN UNION
DRUGS AGENCY

English

Search

Results hosted on duckduckgo.com

Data Countries Topics Best practice Activities Publications Events News About

Home

Recreational settings and drugs: health and social responses

Download as PDF

Introduction

This miniguide is one of a larger set, which together comprise *Health and social responses to drug problems: a European guide*. It provides an overview of what to consider when planning or delivering health and social responses to drug-related problems in festivals, nightlife and other recreational settings, and reviews the available interventions and their effectiveness. It also considers implications for policy and practice.

Last update: *March 2022*.

Contents:

- Overview
- Key issues
- Evidence and responses
- European picture
- Implications for policy and practice

Fonte: https://www.euda.europa.eu/best-practice_pt

QUADRO 14 BARREIRAS E POTENCIALIDADES DA APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO EM AMBIENTES DE ENTRETENIMENTO NOTURNO

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



CAPÍTULO 08

PREVENÇÃO BASEADA NA MÍDIA

A implementação de uma campanha de mídia costuma ser a primeira coisa em que as pessoas pensam quando se deparam com uma nova e desafiadora crise relacionada ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Isso geralmente ocorre porque as campanhas são vistas como soluções imediatas e, ao contrário dos esforços de prevenção nas escolas, na família ou no local de trabalho, costumam ser altamente visíveis e comunicam a mensagem a diferentes partes interessadas de que “algo está sendo feito”. No entanto, como aprendemos neste manual, os profissionais da prevenção sabem que a realização de campanhas efetivas pode ser complicada e difícil, pois é necessário dedicar tempo e atenção ao desenvolvimento de abordagens de prevenção.

Neste capítulo serão analisadas as conclusões das pesquisas que podem ser aplicadas ao planejamento de campanhas efetivas: características das mídias que podem apoiar a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas; dados úteis derivados de estratégias efetivas sobre o que fazer e o que não fazer; teorias da pesquisa em comunicação que orientam o desenvolvimento de mensagens; e como aplicar alguns destes princípios à programação da prevenção. Por fim, há um aprofundamento da literatura midiática, que proporciona aos profissionais da prevenção e aos grupos de destinatários as habilidades necessárias para acessar, analisar criticamente, avaliar e criar mídias. Também são fornecidos alguns conselhos sobre como colaborar com a mídia enquanto profissional da prevenção, pois isso o ajudará a obter o apoio

para seu trabalho na comunidade e a promover a prevenção baseada em evidências científicas junto de diferentes tipos de parceiros.

POR QUE UTILIZAR A MÍDIA NA PREVENÇÃO AO USO DE ALCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS?

A mídia desempenha muitas funções. Podem ajudar a definir a agenda social e política – por exemplo, transmitindo a importância da prevenção baseada em evidência científica, a necessidade de investir em serviços de prevenção e alertas sobre a segurança e as ameaças à saúde pública. Ela também pode servir para coordenar os esforços de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas realizados em vários contextos a nível micro e macro em toda a comunidade. Estes esforços com vários componentes podem ser mais poderosos do que intervenções preventivas com um único foco.

A mídia tem muitas características que a tornam atraente para a prevenção.

- Economia e alcance: uma boa campanha de mídia pode chegar a um público vasto atingindo um público amplo com despesas relativamente mínimas – o custo por pessoa alcançada por uma campanha costuma ser menor do que em abordagens em contexto comunitário ou escolar.
- Capacidade para direcionar: uma campanha pode ser programada e difundida de modo que o grupo que mais necessita do material de prevenção (por exemplo,

jovens adolescentes, estudantes universitários, frequentadores de espaços de entretenimento podem ser alcançados de forma mais efetiva.

- Resposta rápida: uma mensagem de prevenção pode ser criada rapidamente para responder a uma necessidade emergente – por exemplo, uma nova droga que está causando danos na comunidade.
- Entretenimento: se a comunicação for realizada corretamente, a mídia pode proporcionar entretenimento ao mesmo tempo que transmitem a mensagem básica de prevenção.
- Influenciar os formadores de opinião: a mídia também pode contribuir para o debate político e público, desempenha um papel na educação e influencia formadores de opinião quanto às respostas mais adequadas e efetivos referentes ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.
- Influenciar a agenda de prevenção: as mídias também podem ajudar a enquadrar positivamente as questões relacionadas com álcool, tabaco e outras drogas para moldar indiretamente as atitudes individuais e comunitárias. Isso poderá servir para incentivar o apoio comunitário ao investimento na prevenção baseada em evidência científica. A mídia pode ajudar a reduzir as atitudes negativas em relação às pessoas que usam álcool, tabaco e outras drogas, para que estes sejam considerados merecedores de ajuda e apoio tanto quanto quaisquer outros grupos em risco. Isso também terá o efeito de incentivar as pessoas que fazem esse

uso a se envolverem na prevenção ou participar em serviços de tratamento e incentivar os profissionais a entrarem no campo da prevenção.

- Papel de coordenação: a mídia é mais efetivo quando combinada com outras abordagens orientadas para a prevenção, como as abordagens já apresentadas neste manual, e utilizadas para coordenar diferentes grupos (por exemplo, escolas, empregadores, líderes) no âmbito de uma estratégia de campanha coordenada. É desta forma que as campanhas de prevenção baseadas na mídia podem ter seu maior impacto.
- Custo-benefício: a utilização da mídia nas campanhas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas não precisa ser extremamente cara. Às vezes, quando apresentados no âmbito de uma estratégia abrangente, cartazes simples expostos em locais públicos podem dar início a diálogos úteis centrados na prevenção e contribuir para o esforço de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

TEORIAS DE COMO A MÍDIA AFETA O PÚBLICO

As campanhas e outras intervenções bem-sucedidas na escola, por exemplo, dependem das teorias que orientam as atitudes, as intenções e os comportamentos individuais, especificamente o uso de álcool, tabaco e outras drogas. Estas teorias abrem caminho a intervenções com mensagens persuasivas que podem servir para reforçar o não uso, de-

sencorajar a continuidade do uso por parte daqueles que já o iniciaram ou incentivar e orientar as pessoas que fazem esse uso para os serviços de tratamento.

A Teoria do Comportamento Planejado - TCP (Fishbein, 2011) e outras teorias apresentadas na literatura sobre comunicação e persuasão sugerem que todas as atitudes são aprendidas. Portanto, para mudar uma atitude, o desenvolvedor da campanha deve fornecer informações que substituam os conhecimentos em que se baseia a atitude antiga. Esta “teoria da aprendizagem da mensagem” especifica os fatores que devem estar presentes para que a comunicação possa persuadir e a forma como estes fatores trabalham em conjunto para gerar uma mudança de atitude.

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

O princípio do reforço é simples e tem sido uma característica importante da psicologia quase desde o seu início. A teoria do reforço sugere que, se um objeto neutro for associado a um humor, sentimento ou resultado agradável, os sentimentos da pessoa em re-

lação a esse objeto neutro se tornarão uma forma de reforçar o seu comportamento. Ou seja, o objeto anteriormente neutro se tornará uma fonte de prazer para a pessoa, mesmo na ausência do reforço.

No que diz respeito ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, na maioria dos casos, o “público” pode estar familiarizado com o “produto”. Conhece a substância e seria natural que o modelo de reforço previsse insucesso neste caso. No entanto, antes de aceitarmos esta interpretação, temos de a analisar de forma mais aprofundada. Frequentemente, em públicos jovens, este uso está associado a um resultado (popularidade) ou grupo (os líderes ou os membros mais populares da turma) altamente desejável. Se os líderes fazem uso, eles são avaliados como valorizados positivamente, então é provável que o uso “absorva” algo deste sentimento positivo. A associação entre lideranças e o produto (neste caso, uma substância como a cannabis, a cocaína ou o álcool) será feita.

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

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

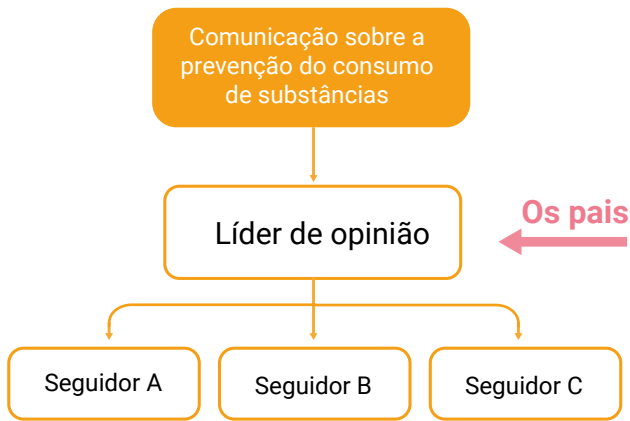
- “QUEM” refere-se à fonte da comunicação (ou seja, quem está transmitindo a mensagem persuasiva). Existem características fundamentais da fonte da mensagem que reforçam o seu carácter persuasivo – principalmente a credibilidade da fonte, que consiste, no mínimo, em conhecimentos especializados e confiabilidade. A fonte especializada tem a ver com a percepção de que o comunicador possui informações válidas e é capaz de fazer afirmações válidas.
- “O QUÊ” refere-se ao conteúdo da comunicação, incluindo a utilização de palavras e imagens específicas para transmitir a mensagem. A qualidade da informação é importante. Baseia-se em evidência científica? É relevante para o problema em questão (ou seja, o uso de álcool, tabaco e outras drogas) e é relevante para o destinatário específico da mensagem? Além disso, a linguagem é compreensível para o público-alvo?
- “PARA QUEM” refere-se ao público. Os desenvolvedores devem estar cientes das variações nos públicos e qual parte do público é de particular interesse. Claro que, em alguns casos, os desenvolvedores pretendem dirigir-se a todos os que estão expostos à men-

sagem; em outras ocasiões, o alvo é constituído por subgrupos específicos do público mais vasto, como os jovens adolescentes, as mulheres grávidas ou os idosos.

- “COMO” diz respeito ao envio de mensagens, ao contexto e às sutis variações no conteúdo das mensagens utilizadas para abordar o público ou os públicos e ao meio específico através do qual a mensagem será transmitida. Por meio, entende-se a forma como a mensagem é transmitida ao público. Embora alguns públicos possam interagir melhor com plataformas em online, como as redes sociais (por exemplo, sites de redes sociais, como o Facebook, meios de comunicação por vídeo online, como o YouTube), outros talvez não, sendo adequados, nesses casos, mídias sociais mais tradicionais, como a rádio, a televisão, os jornais, os cartazes.
- “EFEITO” refere-se à forma de medir o sucesso ou o insucesso das mensagens de prevenção do uso de álcool e outras drogas. Sem uma boa estimativa do efeito, não haverá uma ideia clara do sucesso ou insucesso destes esforços de persuasão.

O modelo de fluxo de comunicação em duas fases sugere as formas como a mídia exerce influência (Figura 32). Este modelo especifica o modo de funcionamento da mídia e como os seus efeitos devem ser avaliados.

FIGURA 32 MODELO DE FLUXO DE COMUNICAÇÃO EM DUAS FASES



As mães, pais e responsáveis (ou colegas) podem ser os formadores de opinião para os seus filhos. No entanto, é aconselhável que tenham algum conhecimento sobre as substâncias e o uso e que tenham confiança suficiente para iniciar uma conversa com os seus filhos sobre estes temas. A mídia deve, portanto, motivá-los e informar para que transmitam a informação aos seus filhos.

No caso do uso de álcool, tabaco e outras drogas pelos adolescentes, o modelo sugere que os responsáveis podem ser transmissores efetivos de informações de prevenção dessas substâncias fornecidas pela mídia. Em outras palavras, funciona através dessas pessoas, que interpretam e transmitem as informações aos seus filhos.

Muitas vezes, as pessoas podem ter expectativas irrealistas quanto ao que a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas baseada na mídia pode alcançar. É importan-

te compreender o que a mídia pode ou não fazer para prevenir o uso dessas substâncias. O modelo de fluxo em duas fases ajuda a proporcionar essa compreensão.

A teoria desenvolvida por Paul Lazarsfeld e colegas (1944) sugere que a mídia não é particularmente eficaz para persuadir as pessoas. Entretanto, a comunicação interpessoal face a face é muito mais eficaz. Então, como a mídia persuade? Eles fazem isso persuadindo líderes de opinião individuais, as pessoas a quem os outros ouvem. Esses líderes de opinião, por sua vez, transmitem a mensagem da mídia para aqueles que são sensíveis a eles. Pesquisas sugerem que a comunicação face a face pode ser mais eficaz do que a mídia tradicional (TV ou rádio), e isso pode ser especialmente verdadeiro para adolescentes.

Os pais (ou colegas) podem ser os formadores de opinião ideais para seus filhos. No entanto, é aconselhável que eles tenham algum conhecimento sobre substâncias e uso de substâncias e que tenham confiança suficiente para conversar com seus filhos sobre esses tópicos. Portanto, a mídia deve motivar e informar os pais para que transmitam as informações aos filhos. Esse é um contexto ideal para a persuasão, desde que as mensagens da mídia sejam claras e informativas e também motivem os pais a assumirem essa difícil tarefa.

Existem evidências consideráveis de que essas pessoas podem ser colaboradores

ideais nos esforços de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Alguns podem pensar que os adolescentes crescem afastados dos pais e dependem dos seus colegas; no entanto, a influência dos pais mantém-se durante uma parte significativa do início da vida adulta (Elkins et al., 2014; Scull et al., 2014; Wang et al., 2013).

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Quais são as evidências científicas disponíveis que apoiam as campanhas nas mídias? Os autores das Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas encontraram várias pesquisas de revisão da literatura sobre a eficácia das campanhas. As conclusões mais fortes resultaram dos estudos que analisaram o uso de tabaco; no entanto, não se verificaram resultados semelhantes para o álcool ou outras substâncias.

As razões para esta falta de evidência científica se baseiam principalmente na dificuldade em realizar avaliações rigorosas de campanhas. Um fato importante para se levar em consideração é que a pesquisa sobre a questão da persuasão e como ela se relaciona, influencia vários tipos de comportamentos nos últimos 50 anos. Existem conhecimentos empíricos sobre as melhores formas de persuadir e de construir mensagens persuasivas que possam ter um impacto efetivo nas atitudes e nos comportamentos.

Infelizmente, muitas campanhas na mídia não utilizam esta informação sobre métodos de persuasão efetivos. Em vez disso, baseiam-se em ideias que intuitivamente podem parecer boas, mas que não encontram base em qualquer teoria ou dado concreto.

As Diretrizes Internacionais fornecem a seguinte lista de características das campanhas com resultados positivos:

- Identificam com precisão o grupo-alvo da campanha. A investigação em matéria de comunicação concluiu que “um tamanho único não serve para todos”.
- As campanhas são baseadas em uma sólida base teórica.
- As mensagens são elaboradas com base numa forte pesquisa formativa. Isto significa que as mensagens, os materiais e as plataformas de comunicação social devem ser testados antes do lançamento da campanha.
- Se possível, as campanhas de mídia se conectam com outras intervenções preventivas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em casa, na escola e na sociedade. Os esforços de prevenção multicomponentes⁴⁵ podem ser mais efetivos.
- A exposição adequada do grupo-alvo é alcançada por um período adequado.
- As campanhas de mídia bem-sucedidas são sistematicamente avaliadas.

⁴⁵ Ou seja, que envolvem múltiplos componentes que visam aos fatores individuais e ambientais que vulnerabilizam as crianças, jovens e adultos para o uso de álcool, tabaco e outras drogas.

- As campanhas de prevenção dirigidas às crianças visam os pais, mães e responsáveis.
- As campanhas procuram alterar as normas culturais sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas e/ou educar o público sobre as consequências do uso e/ou sugerir medidas para resistir ao seu uso.

Há também pesquisa e evidências sobre os motivos pelos quais certas campanhas de mídia falham.

- As campanhas não focam os determinantes de comportamento mais importantes. Transmitir às pessoas que “basta dizer não” ou tentar assustá-las não produz bons resultados. Embora o uso de álcool, tabaco e outras drogas seja um comportamento de risco e todos as pessoas que fazem esse uso enfrentam alguma possibilidade de danos, as consequências extremas, como a morte, a deficiência e a overdose, são ainda muito raras. Assim, se os membros do público conhecem pessoas que fizeram uso de álcool, tabaco e outras drogas sem terem tido os efeitos graves apresentados nas campanhas de mídia, perde-se a credibilidade da campanha e a próxima tentativa de sensibilização e convencimento é menos suscetível de ter êxito.
- As campanhas são consideradas “exageradas”. A maioria dos jovens

não acredita em imagens horríveis de pessoas com graves perturbações por uso de álcool, tabaco e outras drogas, uma vez que estas consequências são raras. Tais apresentações se mostram muito extremas e a sua apresentação pode ser mais prejudicial do que útil. De um modo geral, essas mensagens centram-se nos aspectos negativos, sem dar qualquer conselho sobre a forma como a pessoa deve se comportar para evitar as consequências ameaçadas. Isso pode levar o público-alvo a ignorar conselhos subsequentes mais úteis e pertinentes. A tentativa de assustar as pessoas deve ser tratada com grande cuidado.

- Os resultados de pesquisa de comunicação nos dizem que, as mensagens que causam muito medo nos grupos-alvos, os levam a priorizar a abordagem de seus sentimentos de medo, em vez do comportamento para o qual estão sendo alertados. Isso pode fazer com que os destinatários ignorem a mensagem e se envolvam no comportamento sobre o qual estão sendo alertados, para provar a si próprios (e ao comunicador) que têm “controle” sobre o comportamento e que não sofrerão danos. Ainda é útil tentar aumentar os sentimentos de medo e de suscetibilidade aos danos em grupos-alvo, mas apenas a um nível que os motive a mudar o seu comportamento

ou a buscar mais apoio. A pesquisa nos diz que as campanhas de mensagens bem-sucedidas incluem o “envio de mensagens de eficácia”, que fornecem informações práticas e relevantes que ajudam a melhorar a auto eficácia (a crença de que de alguém pode realizar uma ação recomendada) e a eficácia da resposta (a crença de que uma ação recomendada terá o resultado desejado).

Quando as estratégias de campanha inefetivas descritas acima têm alguma influência, geralmente é um efeito a curto prazo em membros do público que já estavam determinados a não fazer uso de álcool, tabaco e outras drogas. No entanto, mesmo estas pessoas podem reagir às mensagens de forma contrária à prevista, portanto, nenhuma campanha seria melhor do que “fazer algo” (Barden & Tormala, 2014; Clarkson et al., 2008; Clarkson et al., 2013; Green & Witte, 2006). É por isso que o design da campanha e da mensagem é tão importante nas campanhas de prevenção de mídia e é fundamental testar previamente todas as mensagens com representantes do grupo-alvo mais amplo, para aumentar a confiança de que terão o efeito pretendido.

A ascensão das redes sociais e dos serviços de televisão e cinema sob demanda mudou a forma como as pessoas consomem mídia. O público não é mais uma parte passiva em um relacionamento de visão unidirecional e “a responsabilidade e as dimensões éticas da escolha (de visualização e mídia) do que é

visualizado e dos meios de visualização são transferidas para o cidadão e para as pessoas que fazem uso individual, com base na literacia mediática” (O’Neill, 2008, p. 13).

Bergsma e Carney (2008) acrescentam que a educação de mídia surgiu nos últimos 20 anos como uma alternativa promissora à censura (por exemplo, regulamentação da programação “não saudável”) ou a outros métodos de limitação da sua utilização (2008, p. 523). No âmbito do debate sobre a influência das redes sociais nas atitudes e nos comportamentos, quase todas as fontes parecem concordar com a necessidade de literacia mediática ou educação mediática. As únicas diferenças de opinião significativas residem na forma e no conteúdo da educação mediática.

Bergsma e Carney (2008) definem alfabetização de mídia como a capacidade de acessar, analisar, avaliar e criar meios de comunicação sob diversas formas (2008, p. 523). Nos EUA, a *National Association for Media Literacy Education - NAMLE* (2010), ou Associação Nacional para Educação em Alfabetização Midiática, em português, estabelece alguns princípios básicos da educação para essa alfabetização.

- A educação para a formação de mídia requer uma pesquisa, investigação ativa e um pensamento crítico em relação às mensagens que recebemos e criamos.
- A educação de mídia expande o conceito de literatura (ou seja, leitura e es-

crita) a fim de incluir todas as formas de comunicação social.

- A educação de mídia desenvolve e reforça habilidades para os alunos de todas as idades. Assim com a educação impressa, essas competências habilidades exigem uma prática integrada, interativa e repetida.
- A educação para a formação de mídia desenvolve participantes informados, reflexivos e empenhados, essenciais para uma sociedade democrática.
- A educação para formação de mídia reconhece que a mídia faz parte da cultura e funciona como agentes de socialização.
- A educação para formação de mídia afirma que as pessoas utilizam as suas habilidades individuais, crenças e experiências para construir os seus próprios significados a partir de mensagens.

As melhores práticas foram formuladas no que diz respeito ao conteúdo, aos conceitos e às habilidades ensinadas. Nos EUA, a NAMLE disponibilizou alguns conceitos e competências úteis para o desenvolvimento da intervenção e educação no domínio da formação de mídia, que também são importantes para a Europa e outras zonas geográficas.

Todas as mensagens de mídia são “construídas”. As intervenções ensinam o público-alvo sobre a forma como esta difere da realidade, avaliando o que é mostrado em comparação com as experiências da vida real ou avaliando o contexto histórico do pro-

ductor/da produção de mensagens de mídia.

As mensagens de mídia são criadas utilizando uma linguagem criativa com regras próprias. As intervenções ensinam o público-alvo a reconhecer técnicas de publicidade/produção ou a criar/produzir essas mensagens.

Diferentes pessoas vivenciam a mesma mensagem de forma diferente. As intervenções exploraram a forma como a mídia afeta as pessoas, o que as pessoas podem fazer para evitar seus efeitos negativos e/ou como as pessoas podem agir para a modificar.

A mídia incorpora valores e pontos de vista. As intervenções ensinam o público-alvo a identificar estereótipos, mitos, preconceitos, valores, estilos de vida e/ou pontos de vista representados ou omitidos nas mensagens dos meios de comunicação.

A maioria das mensagens da mídia é construída para obter lucro e/ou poder. As intervenções ensinam o público-alvo sobre a finalidade da publicidade ou das estratégias de marketing e incentivam o ceticismo em relação à publicidade ou à criação de contra-publicidade.

Como foi visto com as outras abordagens de prevenção discutidas nesta formação, a educação na mídia é pertinente para todas as faixas etárias e em diferentes contextos de implementação. Por exemplo, os jovens podem muitas vezes saber mais sobre tecnologias de mídia on-line do que

as gerações mais velhas, mas podem não necessariamente ter desenvolvido habilidades de educação para ajudá-los a navegar, avaliar e compreender a representação das álcool, tabaco e outras drogas que encontram. Da mesma forma, as gerações mais velhas podem fazer contribuições importantes para ajudar a manter os jovens seguros online, mas se sentem excluídos das tecnologias e plataformas voltadas para os jovens. Ajudar a desenvolver conexões digitais entre gerações pode ser uma forma de compartilhar esses conhecimentos especializados.

COMO UTILIZAR A MÍDIA NA ATUAÇÃO EM PREVENÇÃO

Quando utilizamos a mídia no nosso trabalho de prevenção, temos que ter em mente alguns princípios essenciais. Estes princípios estão presentes, por exemplo, nas diretrizes sobre a mídia no âmbito de espaços de entretenimento para os profissionais de saúde pública, publicadas pela rede Club Health⁴⁶. Estas orientações descrevem questões importantes levando em consideração o contexto da participação na mídia de massa e dão conselhos sobre formas de visar os frequentadores de espaços de entretenimento. As diretrizes também fornecem exemplos e referências interessantes para ajudar a explorar melhor sua utilização na prevenção, podendo ser uma fonte de inspiração para a interação com a mídia em geral.

No âmbito da interação com a mídia de massa, o Club Health tem uma série de sugestões para profissionais da prevenção.

- Estabelecer prioridades claras entre os seus objetivos, fazendo uma distinção entre ações de mídia no local e o debate público mais amplo e a publicidade.
- Prever, ou mesmo incluir, outros pontos de vista nas comunicações. Estas perspectivas são importantes para a definição ou rejeição de uma medida política.
- Reconhecer que as considerações de segurança e jurídicas em espaços de entretenimento são importantes, mas que deve ser sempre apresentada e promovida uma perspectiva de saúde pública.
- Fazer um bom comunicado de imprensa que possa ser resumido facilmente:
 - Redija um comunicado de imprensa que seja breve (uma página) e direto e que contenha uma mensagem-chave. Se necessário, publique mais do que um comunicado de imprensa.
 - Mantenha o comunicado de imprensa simples – não recorra excessivamente a adjetivos, jargão ou termos técnicos especializados. Mantenha um layout simples.

46 Para maiores informações visite o site do Club Health: www.club-health.eu

- Responda a pelo menos três das cinco perguntas clássicas (quem, o quê, quando, onde e o porquê) no título.
- Se possível, utilize citações e estatísticas.
- Forneça informações essenciais sobre a organização emissora e adicione os respectivos contatos.
- Inclua links para ferramentas e recursos adicionais.
- Mantenha disponível uma descrição geral dos seus conhecimentos especializados e talvez uma breve biografia.
- Promova o lançamento online e faça o monitoramento. A mídia tradicional pega cada vez mais histórias online e as distribui numa escala mais ampla.
- Nomear um porta-voz da instituição, aceitável aos olhos dos jovens frequentadores de espaços de entretenimento, acessível às mídias locais e nacionais.
- Manter os textos distribuídos pela Internet curtos e compreensíveis.
- Acompanhar as tendências dos espaços de entretenimento, de modo a que as suas mensagens sejam atuais e não pareçam desatualizadas.
- Ficar atento aos jornalistas que estão à procura de uma história

e podem transformar em sensacionalismo qualquer informação que você publicar, o que poderá afetar negativamente os frequentadores de espaços de entretenimento.

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

Mantendo esse conselho em mente, você poderá influenciar efetivamente o debate público e/ou a opinião pública sobre a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Neste caso, pode ainda conseguir um amplo alcance sem necessitar de uma grande campanha de mídia voltada à prevenção do uso dessas substâncias.



CAPÍTULO 09

PREVENÇÃO COMUNITÁRIA

Para atingir o público em geral e impactar a saúde pública, as intervenções devem ser implementadas com uma parcela significativa da população e, ainda, devem visar as pessoas que se encontram nas áreas difíceis de alcançar e, muitas vezes, vulneráveis. Tal abordagem justifica a implementação de múltiplas intervenções de prevenção.

No entanto, se uma ou várias intervenções de prevenção são implementadas, é necessário criar um sistema ou uma infraestrutura de implementação para obter o apoio da população e manter o esforço de prevenção e a qualidade da implementação ao longo do tempo, a fim de alcançar o impacto ideal na população total.

Para ter impacto é também necessário que as principais partes interessadas, com interesses na comunidade, valorizem abordagens baseadas em evidência científica. Aumentar a probabilidade de que as intervenções preventivas baseadas em evidência científica possam beneficiar seu público-alvo é um dos elementos fundamentais para a efetividade dos sistemas de implementação na comunidade. Outra razão é que eles permitem o estabelecimento de uma prevenção múltipla, abrangente e integrada, e até mesmo serviços de tratamento precoce que estão disponíveis para uma variedade de populações, grupos vulneráveis e indivíduos.

O presente capítulo define conceitos básicos que são fundamentais para compreender como criar sistemas de prevenção com

intervenções e políticas baseadas em evidência científica envolvendo vários atores, partes interessadas e recursos disponíveis.

As intervenções baseadas em evidência científica, como os projetos *Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience* (PROSPER) e o *Communities that Care - CTC* (Comunidades que cuidam, CQC, em português) são apresentadas a título de exemplo.

DEFINIÇÕES

Neste manual, consideramos a “comunidade” como um local onde podem ser desenvolvidos e implementados sistemas de prevenção efetivos. A maioria dos profissionais da prevenção trabalha a vários níveis da comunidade. Isso pode incluir a sociedade em geral, que envolve o ambiente a nível macro, por exemplo, intervenções seletivas regionais destinadas a pessoas com percursos migratórios – bem como muitos contextos a nível micro, como as organizações juvenis (organizações estudantis etc.) e os clubes esportivos

Small e Supple (1998) estabelecem uma diferença entre bairro e comunidade. Consideram que um bairro é um local físico, muitas vezes definido por limites socialmente compartilhados. Estes limites podem estar relacionados com o status socioeconômico ou a proximidade física. A comunidade, por outro lado, é definida não tanto por limites físicos, mas por um sentimento de ligação, identidade e confiança.

As iniciativas multicomponentes combinam várias intervenções e políticas baseadas em evidência científica para produzir impacto nas populações em toda comunidade (Figura 33). Alguns dos componentes podem incluir intervenções e políticas de prevenção que são implementadas na escola e em espaços de entretenimento, bem como as que respondem atendem às necessidades dos pais, das mães dos e das responsáveis e das famílias. Podem também incluir a mídia, que pode ser utilizada para fornecer efetivamente comunicações de prevenção, mensagens ou para reforçar a implementação da prevenção numa comunidade. O mais importante neste contexto é focar nas intervenções e políticas que demonstraram ser efetivas. Quando elas são combinadas para abordar várias populações em diversos contextos, constituem um poderoso instrumento de prevenção.

FIGURA 33 INICIATIVAS MULTICOMPONENTES PARA UMA COMUNIDADE



Conforme indicado pela nossa abordagem, quando os profissionais da prevenção planejam intervenções, precisam levar em consideração as pessoas através de todos os seus micro e macro ambientes. Na maioria das situações, apenas uma ou duas intervenções ou políticas de prevenção são implementadas a nível micro ou macro. A força destas diversas intervenções e políticas, que abordam influências relacionadas com a família, a escola, o local de trabalho e a sociedade, pode influenciar significativamente o número de adolescentes e adultos que iniciaria o uso de álcool, tabaco e outras drogas ou se envolveria em outros comportamentos que afetam a sua saúde social e física. Em geral, as intervenções ou medidas que abordam vários domínios (individual e pares, família, escola e comunidade) de fatores de risco e de proteção são propensos a ser efetivos.

Por exemplo, o programa *Unplugged* (ou #Tamojunto 2.0, na versão adaptada para o contexto brasileiro), um programa escolar de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas em contexto escolar, foi projetado para reduzir o uso de álcool, tabaco e outras drogas em adolescentes com idades entre 11 e 14 anos. É suscetível de ter um impacto positivo quando realizado com fidelidade junto aos jovens em um momento da sua vida em que é provável que ocorra o início desse uso. Esta intervenção baseada em evidência científica é realizada na escola, por isso aborda duas influências a nível micro: a escola e os colegas. Se for combinada com uma intervenção baseada em evidência científica centrada na família, orientada

para o mesmo grupo etário, como o EFFEKT, os resultados positivos poderão ser potencializados, pois, juntos, os dois programas abordam uma ampla gama de influências a nível micro e de agentes de socialização (pares e familiares) em momentos apropriados para o desenvolvimento.

Ambos poderiam ser aprimorados através de mudanças de políticas em toda comunidade e mudanças ambientais estratégicas (ver Capítulo 7). Através da implementação simultânea destas intervenções, tanto a nível micro como a nível macro, uma equipe pode fortalecer os efeitos de cada uma sobre os resultados almejados por ambas. Por exemplo, os efeitos de intervenções baseadas em evidência científica focadas na influência dos pares podem ser aprimorados através de intervenções ambientais, como as políticas escolares ou as medidas municipais locais, que aumentam as normas desfavoráveis ao uso de álcool, tabaco e outras drogas ou alteram o comportamento dos jovens e diminuem as suas intenções de fazer uso.

PROGRAMAS BASEADOS EM EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

De acordo com várias avaliações realizadas nos EUA e em diferentes países europeus, as intervenções que serão apresentadas a seguir indicam resultados promissores e podem servir de inspiração para uma intervenção adequada ao seu contexto. Serão discutidos os programas CTC e PROSPER.

Uma abordagem para a criação de um sistema completo de prevenção numa comunidade é o CTC (Communities That Care, em português “Comunidades que Cuidam” – CQC), um programa de prevenção baseado na comunidade local, que se resume a seguir. Embora sejam aqui fornecidas algumas informações gerais, aconselha-se obter mais informações no site do programa CTC, tendo em vista que pode haver diferença na implementação, conforme o contexto de cada sociedade, região e país.

O CTC possui uma estrutura baseada em dados que utiliza pesquisa e arquivos locais para ajudar as comunidades a identificar e priorizar necessidades com base em fatores de risco e de proteção. Depois que as necessidades são priorizadas e o público-alvo é identificado, uma coalizão comunitária é criada, são definidas e implementadas intervenções baseadas em evidência científica que tenham demonstrado ser eficazes na resposta às suas necessidades específicas. O CTC ainda não está incluído no *Xchange*, mas o repositório *Blueprints* classifica-o como “promissor”, o que significa que deu boas evidências de efetividade.

A iniciativa consiste em cinco componentes principais (Figura 34):

- Iniciar - realizando uma avaliação da prontidão da comunidade da comunidade;
- Organizar-se - envolver as principais partes interessadas e formar uma coalizão de partes interessadas da comunidade para supervisionar as atividades do CTC;

- Desenvolver o perfil da comunidade - usando dados epidemiológicos para identificar fatores de risco e de proteção e de proteção;

FIGURA 34 **COMUNIDADES QUE CUIDAM**



Criar um plano - usar dados para analisar intervenções baseadas em evidências projetadas para reduzir os fatores de risco identificados na comunidade, reforçar os fatores de proteção e selecionar a melhor opção em um menu de intervenções eficazes para as pessoas, suas famílias, escolas e comunidades;

implementar intervenções com alta fidelidade e avaliar regularmente a implementação - usando dados para fazer melhorias.

Os pesquisadores constataram que, quando as comunidades dos EUA passaram por essas etapas, seus esforços foram seguidos por mudanças positivas nos dados referen-

tes ao comportamento dos jovens, incluindo reduções significativas no início do uso de álcool e tabaco, delinquência e violência, e melhorias significativas nos fatores de proteção correspondentes para os jovens nas comunidades CTC em comparação com as comunidades de controle, que não recebiam a metodologia. No estudo original, estas reduções foram mantidas por quatro anos e a diferença significativa no início do comportamento delinquente persistiu até aos 19 anos de idade.

Este modelo sugere que, com uma boa formação e assistência técnica, as coalizões CTC podem desenvolver e reforçar as capacidades de planejamento baseadas na ciência da prevenção, o que conduz à transformação do sistema.

Normalmente, as comunidades demoram entre cerca de 12 a 18 meses para desenvolver o seu plano. Após a conclusão do planejamento, as comunidades são capazes de implementar programas e políticas de prevenção efetivas para dar resposta aos seus fatores de risco e de proteção prioritários. Isso resulta em uma redução mensurável dos fatores de risco e um aumento dos fatores de proteção num período de dois a quatro anos.

Uma outra abordagem - a título de exemplo -, trata-se do PROSPER, um programa de intervenção de base comunitária que foi classificado como "promissor" pelo Blueprints. A principal tarefa da equipe de realização é a implementação sustentada e de elevada

FIGURA 35 MODELO LÓGICO DO PROSPER



qualidade das intervenções familiares e escolares baseadas em evidências científicas, selecionadas a partir de um conjunto de programas que são aprovados pelos cientistas do PROSPER. Os cientistas contribuem com os seus conhecimentos especializados para limitar a seleção de intervenções baseadas em evidência científica para as comunidades e recomendam apenas os programas da mais elevada qualidade. Os cientistas também revisam continuamente a literatura para garantir que as pesquisas subsequentes continuem a sustentar esses programas como sendo as melhores opções para as populações-alvo. O modelo lógico abaixo apresenta um exemplo de como o PROSPER pode ser planejado e executado e os impactos que a comunidade pode esperar (Figura 35).

Foi construído um modelo de sustentabilidade com oito estratégias para atingir as metas da equipe e cumprir os objetivos relacionados com as metas. Segue-se uma descrição geral:

- Geração de recursos para os programas: o objetivo desta estratégia é gerar apoio financeiro, em dinheiro ou em suporte de voluntariado para manter os programas em contexto familiar e escolar e aumentar a oferta de programas com o passar do tempo.
- Posicionamento comunitário/escolar: esta estratégia garante que a equipe e os programas PROSPER sejam vistos positivamente na comunidade e que a escola e a comunidade no seu conjunto reconhecem a forma como a equipe contribui para a melhoria dos jovens e das famílias.
- Gestão/planejamento de qualidade do programa: esta estratégia inclui todas as etapas necessárias para acompanhar os programas de implementação da qualidade, incluindo garantir observadores, programar os registros, coletar dados, dar feedback etc.
- Fortalecimento das parcerias com escolas/outras organizações: esta estratégia inclui atividades em equipe que criam uma relação interdependente entre a equipe, a escola e os grupos comunitários, de modo que as atividades e os programas do PROSPER sirvam para alcançar objetivos mutuamente benéficos.
- Planejamento estratégico da comunicação: esta estratégia centra-se no desenvolvimento de planos de comunicação que envolvam a mídia e outros esforços de sensibilização para aumentar a visibilidade das atividades do PROSPER, o apoio financeiro aos programas e a participação no programa familiar.
- Planejamento do reconhecimento e recompensas: trata-se de uma estratégia importante para manter o interesse e o apoio às atividades e programas da equipe PROSPER. As recompensas e os reconhecimentos podem incluir membros da equipe, participantes no programa e apoiadores na escola e na comunidade.

- Estrutura, funções e participação da equipe de monitoramento: para assegurar que a equipe continua a desempenhar suas funções efetivamente e que os membros da equipe continuem entusiasmados com os esforços do PROSPER, os chefes de equipe e os coordenadores da prevenção ponderam formas de melhorar o funcionamento da equipe. Juntamente com a equipe, o chefe de equipe e coordenador da prevenção desenvolvem um plano de trabalho contínuo de melhoria que aborda todas as estratégias do modelo de sustentabilidade, conforme adequado.
- Realização de reuniões regulares e efetiva: uma vez que uma equipe que funciona bem é essencial para a sustentabilidade dos programas, o PROSPER promove reuniões agendadas com regularidade. A efetividade destas reuniões é discutida no âmbito de um plano de melhoria contínua.

CONSTRUINDO UMA EQUIPE COMUNITÁRIA EFETIVA

Este capítulo demonstrou a utilidade de recorrer às equipes comunitárias para apoiar os esforços de prevenção. Equipes comunitárias efetivas ajudam a garantir o seu êxito, reunindo muitas pessoas e as respectivas competências, experiências e redes pessoais e profissionais para se concentrarem nesses esforços. Equipes comunitárias efetivas também asseguram a sustentabilidade, uma vez que os esforços já não estão

“dependentes de uma pessoa”, mas têm o apoio de muitas.

O conceito de trabalho em equipe não é novo. No entanto, desenvolver uma equipe efetiva e garantir que os membros estejam envolvidos e trabalhem bem no seu conjunto não é tão fácil quanto parece. Existem vários fatores que podem impedir o êxito da equipe comunitária, incluindo a falta de objetivos/missão ou a falta de orientação, expectativas pouco claras, má liderança, reuniões irregulares com pouco ou nenhum retorno sobre o sucesso ou insucesso dos esforços da equipe, sub-representação na equipe das populações atendidas e conflitos entre os membros relacionados com agendas conflitantes.

Além das barreiras a nível local ou da equipe, os ambientes comunitários, as políticas e outros fatores criam barreiras aos esforços de programação de intervenções com base em evidência científica. Os grupos nacionais e internacionais e as organizações governamentais podem apoiar o uso de intervenções baseadas em evidência científica, entretanto estas não são amplamente utilizadas. Algumas das razões pelas quais essas intervenções não foram utilizadas nas comunidades estão relacionadas com os desafios com que se deparam os decisores políticos e os ambientes dentro das próprias comunidades. As políticas e as decisões de financiamento podem ser limitadas no tempo (desencadeadas por um acontecimento trágico, como uma morte relacionada com a droga na comunidade que tenha sido muito midiática) e de curto prazo.

As equipes comunitárias bem-intencionadas podem também ser desafiadas pela falta de infraestrutura ou de sistemas de apoio. As prioridades podem mudar antes das intervenções se consolidarem ou os recursos podem ser de curto prazo ou inconsistentes. Além disso, a manutenção da intervenção a longo prazo exige uma estratégia de captação de recursos que inclua marketing, promoção e construção de um portfólio diversificado de recursos (financeiros e não financeiros) que se mantenham de ano para ano. A maioria das intervenções baseadas em evidência científica não inclui este tipo de informação na sua formação e os responsáveis pela implementação podem não ter previamente este conjunto de habilidades definidas.

As equipes podem atenuar ou superar esses obstáculos se abordarem com componentes fundamentais como as funções, as responsabilidades e as qualidades dos líderes e de membros da equipe, a estrutura da equipe e o trabalho da equipe a longo prazo.

Ao formar uma equipe, é importante pensar no grupo coletivamente. As principais organizações da comunidade devem estar representadas, especialmente se estes grupos tiverem acesso à maioria dos jovens e das famílias da comunidade que são potenciais participantes na intervenção. É igualmente útil encontrar pessoas que possam representar o público que a equipe procura alcançar, de modo que as necessidades da comunidade sejam bem compreendidas.

As equipes efetivas incluem membros com um conjunto diversificado de habilidades, conhecimentos e experiências, para que todos os membros sejam capazes e necessários para contribuir com o esforço. O grupo deve ter um conjunto de redes sociais e profissionais de base ampla e que representem perspectivas diferentes na comunidade. Além disso, tendo em conta que este grupo é uma equipe de trabalho, uma equipe representativa da comunidade deve ser suficientemente pequena para que todos os membros possam participar ativamente.

As equipes efetivas têm papéis claramente identificados para cada um dos membros permitindo que utilizem os seus pontos fortes e as suas competências pessoais.

Mobilização de recursos e aumento da capacidade

Os EDPQS ajudam a identificar os recursos e potencialidades de uma comunidade. Uma vez identificados, estabelecer conexões com os locais, pessoas e grupos desta comunidade, vai levar algum tempo. Os tipos de relações a serem estabelecidas dependerão do objetivo do esforço para realizar essa aproximação e desenvolver laços com essa comunidade. É preciso decidir se esta relação estará conectada aos objetivos atuais dos financiadores em fortalecer os esforços em intenção ou recrutamento de participantes para o programa, ou o objetivo será de conscientização da comunidade local para a compreensão da

importância ou necessidade de intervenções baseadas em evidência. A intenção da conexão é construir uma parceria ou envolver pessoas com competências e talentos para realizar um esforço de arrecadação de recursos financeiros.

A intenção ou objetivo da colaboração ajudará a determinar o tipo de conexão a ser feita. Independente disso, estas conexões devem ser consideradas positivas para manter a reputação favorável da equipe e seus esforços. Para estabelecer conexões locais positivas com pessoas e grupos, o esforço da equipe comunitária deve alcançar os seguintes objetivos:

- Identificar “polos” comunitários. Os polos são os locais da comunidade onde as pessoas se reúnem naturalmente, como um centro comunitário ou os escritórios de uma organização de prevenção que se encontram num local acessível.
- Ser criativo nas formas de envolver as pessoas. Oferecer uma variedade de oportunidades para as pessoas se envolverem. Estas oportunidades devem ser convenientes para a pessoa e levar em consideração os seus interesses e habilidades.
- Apoiar as pessoas que são as “impulsionadoras” do trabalho comunitário. Em todas as comunidades há pessoas que são líderes, reunindo os outros em torno de uma causa e pessoas que são as “impulsionadoras”.

- Oferecer oportunidades de tarefas específicas ou de curto prazo. Algumas pessoas não poderão ou não estarão dispostas a se comprometer com um esforço de prevenção a longo prazo. Estas pessoas podem ter a sua disponibilidade limitada, ter horários de trabalho incompatíveis e/ ou compromissos pessoais. Em vez de não envolver esse grande conjunto de recursos, é importante considerar quais oportunidades podem existir para estas pessoas, contanto que sejam muito específicas, se centrem numa tarefa e possam ser concluídas dentro de um determinado prazo.

Quando os recursos são limitados, é importante levar em consideração como esses recursos podem ser utilizados de forma mais eficaz e efetiva. Em primeiro lugar, uma equipe da comunidade pode vincular seu esforço a um esforço existente. Cada entidade comunitária, escolas, organizações governamentais e grupos cívicos têm planos que orientam o seu trabalho. Analise a forma como estes planos podem relacionar-se com o esforço da equipe da comunidade e identifique oportunidades mutuamente benéficas para trabalharem em conjunto.

Em segundo lugar, podem surgir oportunidades específicas que reflitam sobre preocupações ou problemas locais, como a expansão do turismo local, o desenvolvimento da economia noturna ou a prevenção da criminalidade na comunidade. Estas

questões, muitas vezes urgentes, podem ser um veículo para motivar as pessoas e proporcionar oportunidades de mobilização das habilidades, competências e os recursos comunitários a fim de obter benefícios mais amplos.



CAPÍTULO 10

ADVOCACY DA PREVENÇÃO

Não é fácil nem simples influenciar a elaboração de políticas públicas para dar visibilidade à temática sobre a prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas, a fim de implementar intervenções baseadas em evidências científicas. Na maior parte do tempo, é necessário muito trabalho prévio coordenado, chamado “advocacy”. O Triangle Research Group, consórcio de investigação sobre a política em matéria de álcool na Eslovénia, descreve advocacy como um processo político por parte de uma pessoa ou de um grupo, que visa influenciar as decisões de política pública e que afetam recursos no âmbito dos sistemas e institutos políticos e sociais (Silvestre et al., 2014). O Centro Europeu de Prevenção e Controle das Doenças (ECDC) (2014) identifica o advocacy como uma medida fundamental para a promoção da saúde e para a saúde pública.

Os esforços de advocacy devem estar no fortalecimento de práticas baseadas em evidência científica, a fim de fomentar intervenções efetivas. Embora eles se dediquem frequentemente a persuadir os órgãos de decisão a introduzir novas políticas, leis e regulamentos de promoção da saúde, é igualmente necessário que continuem a apoiar essas ações após a sua aplicação. De um modo geral, pode ser apresentado um argumento que documente os danos causados pelo uso de álcool, tabaco e outras drogas (para a pessoa, seus familiares e para a sociedade) e que analise a forma como os programas e políticas de prevenção podem reduzir algumas destas consequências (ver Quadro 15). Tais esforços podem contribuir para mudar

as crenças, atitudes e normas sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas e ajudar os gestores a tomarem as decisões corretas e compreender melhor as respostas efetivas.

O ECDC (2014) descreve a forma como o “advocacy” ocorre simultaneamente a vários níveis (regional, local, nacional), ao passo que VeneKlasen e Miller (2002) acrescentam uma perspectiva multidimensional em que são utilizadas diferentes estratégias para alcançar os mesmos objetivos. As estratégias de advocacy devem também prosseguir em colaboração com representantes dos grupos afetados, decisores políticos e outros parceiros (Peloza, 2014). As ações pertinentes podem ser diversas e incluir atividades como persuasão, marchas de protesto ou litígios (por exemplo, processos judiciais devidamente publicados), mas também a educação pública e a utilização da mídia para influenciar a opinião pública (ver também o Capítulo 8). Embora o advocacy possa ser uma atividade autônoma, ela também pode fazer parte de uma intervenção de prevenção complexa (ECDC, 2014).

QUADRO 15 COMO APRESENTAR UM ARGUMENTO

COMO APRESENTAR UM ARGUMENTO

1. Indicar o problema
2. Descrever o impacto na pessoa com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas
3. Descrever o impacto na população geral (usuário ou não), em especial crianças, adolescentes e jovens
4. Incluir intervenções e políticas baseadas em evidência científica que tenham demonstrado a sua eficácia

Requisitos para um advocacy efetivo das políticas, Mercer et al. (2010) sugerem o valor de:

- descrever claramente as relações entre problemas de saúde, intervenções e resultados;
- avaliar e sintetizar sistematicamente a evidência científica;
- utilizar um grupo credível e um processo rigoroso para avaliar a evidência científica;
- envolver os principais parceiros na produção e divulgação da evidência científica e das recomendações;
- proceder uma divulgação personalizada, orientada e convincente da evidência científica e das recomendações;
- envolver vários parceiros no incentivo à adoção e adesão às recomendações políticas; e
- abordar a questão da sustentabilidade.

Além dos requisitos supramencionados torna-se necessário que as intervenções sejam monitoradas e avaliadas, a fim de possibilitar a correção de possíveis problemas.

No entanto, as conclusões de estudos sobre políticas sugerem que nem sempre existe uma relação clara entre a realização dos tipos de atividade descritos por Mercer (2010) e as alterações na política ou na definição de prioridades nos programas de prevenção. É importante ser realista quanto ao que pode ser alcançado apenas através do advocacy e retirar ensinamentos das análises do processo de elaboração de políticas. Cairney

(2016), por exemplo, descreve de que forma o processo de elaboração de políticas pode, muitas vezes, parecer irracional e complexo para quem está de fora. Ao tomarem decisões, os gestores têm frequentemente uma visão diferente daquilo que constitui um dado pertinente e útil. Embora os profissionais da prevenção e os defensores da prevenção com base em evidência científica possam considerar os dados obtidos em ensaios de investigação rigorosos e sínteses de evidência científica como uma base racional para a tomada de decisões, os gestores irão considerá-los juntamente com outras fontes de “evidência científica” e considerações, como o feedback de consultas públicas, a opinião e os valores públicos, os conselhos de colegas de confiança, os manifestos e compromissos políticos e as suas próprias histórias e experiências profissionais. Embora alguns gestores possam ter uma boa compreensão da prevenção e da necessidade de responder ao uso de álcool, tabaco e outras drogas com base em evidência científica, é incomum que as pessoas mais influentes tenham o mesmo nível de sensibilização, ou sequer de interesse, nestas matérias. As mais elevadas instâncias políticas de decisão também têm de agir por consenso, o que, muitas vezes, implica contrabalançar as exigências e expectativas de vários interesses concorrentes, em especial em domínios de atividade que podem ser controversos, como as respostas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Este consenso estende-se igualmente ao equilíbrio que tem de ser alcançado no âmbito das três esferas de governo, onde pode haver concorrên-

cia por recursos limitados ou por destaque e poder nas estratégias nacionais.

A análise destes desafios não se destina a desencorajar as atividades de advocacy, mas sim a salientar que, ao compreender as realidades do processo de tomada de decisão, é possível otimizar os resultados, identificar pontos-chave e reduzir a frustração de que os gestores “simplesmente não escutam”. Por exemplo, Cairney (2016) sugere que, ao invés de se limitarem a apresentar soluções para problemas sociais, como a implementação de programas de prevenção, os defensores de causas devem trabalhar no sentido de uma maior sensibilização para estes problemas e apresentar as razões pelas quais os gestores lhes devem dar prioridade. Os defensores de causas também devem ser capazes de apresentar respostas prontas e baseadas em evidência científica a estes problemas assim que captam a atenção, assegurando que tais respostas sejam específicas e viáveis do ponto de vista técnico e político. Depois de captada a atenção e quando os gestores tiverem um motivo para agir, os defensores de causas têm de agir rapidamente, uma vez que as “janelas de oportunidade” num ambiente político favorável são frequentemente raras e breves. Por exemplo, se a administração local estiver motivada para agir devido a uma morte relacionada com as substâncias que tenha tido grande visibilidade, os defensores da prevenção devem também estar preparados para agir rapidamente no sentido de promover a utilização de programas baseados em evidência científica como parte de uma

estratégia a longo prazo, antes de terminar a janela de oportunidade ou antes de ser dada prioridade a outras abordagens não baseadas em evidência científica. Os críticos das políticas centram frequentemente a sua atenção nas insuficiências das novas propostas, especialmente se as sugestões perturbar o statu quo, pelo que os defensores devem já ter procedido a uma autoanálise crítica para antever os problemas que poderão surgir.

As abordagens de advocacy bem-sucedidas tendem a conjugar dados científicos pertinentes com técnicas de persuasão que dão um “rostro humano” a uma história e exploram de forma inteligente as oportunidades emergentes, enquadrando as respostas sugeridas de modo a serem coerentes com as crenças políticas e pessoais dos decisores e com o que já se sabe sobre as suas preocupações. É pouco provável que seja bem-sucedido o bombardeamento dos parceiros com dados científicos e esperar que isso mude mentalidades e conquiste apoio. Deve influenciar a forma como compreendem um problema político e fornecer os dados concisos mais pertinentes para essa compreensão. Além disso, não deve esquecer que, embora os profissionais da prevenção ou outros peritos possam ter excelentes conhecimentos técnicos sobre a forma de reduzir os impactos sociais ou sanitários do uso de álcool, tabaco e outras drogas na sociedade, isso não significa necessariamente que possuam as competências necessárias para persuadir os gestores a apoiarem uma determinada resposta. É por esta razão que os grupos mais efetivos de

advocacy desenvolvem uma vasta gama de competências numa coligação de diferentes parceiros e organizações.

Uma consideração importante é a avaliação dos esforços de advocacy. O ECDC (2014) recomenda a utilização de uma abordagem de teoria da mudança para ajudar neste processo, uma vez que esta explica como e por qual motivo se espera que as atividades conduzam aos resultados pretendidos. A teoria da mudança é o caminho percorrido de um problema à solução, sendo sistêmica, apresentando passos de como será realizada a transformação que se busca e direcionando atenção aos recursos, ao que é efetivo, ao que atua em colaboração. A estratégia de advocacy, para mudança nas políticas públicas, utiliza-se de mobilização, comunicação e estudos científicos. O advocacy representa um exercício da cidadania contemplando uma participação social democrática para defesa da garantia de direitos, contribuindo na resolução de questões complexas que envolvem o coletivo. Para o seu desenvolvimento torna-se importante o diálogo e a utilização de espaço público, para uma maior participação da sociedade.

O surgimento do *advocacy* em alguns contextos acontece pelo fato de a gestão pública não ter tomado conhecimento sobre determinado problema ou não o ter considerado como prioridade. Embora o problema já tenha sido evidenciado, por meio de análise de suas implicações e demandas, pode não ter chegado a uma solução devido à insuficiên-

cia de recursos, ou pela inadequação em sua aplicação.

Os princípios gerais de avaliação das intervenções/políticas de prevenção podem ser aplicados ao advocacy. Estas avaliações baseiam-se em dados e são sistemáticas, além de utilizarem métodos conhecidos, como entrevistas ou levantamentos. À semelhança da avaliação de processo ou de resultados, podemos também avaliar os nossos esforços de advocacy para fundamentar nossos esforços, analisar os resultados ou reforçar as capacidades dos nossos profissionais no domínio do advocacy. A dificuldade em avaliar os esforços em matéria de advocacy reside em ser uma estratégia de rápida evolução das atividades e dos resultados. Esta situação é também facilmente influenciada por fatores contextuais imprevisíveis. Por conseguinte, Coffman (2007) aconselha que sejam apresentados relatórios mais regulares, em “tempo real”, após qualquer acontecimento ou ação significativos.

REFLEXÕES FINAIS

Este currículo apresentou uma introdução ao que é a ciência da prevenção, o trabalho de prevenção baseado em evidências e por que ele é importante. A epidemiologia do uso de substâncias no Brasil foi discutida para entender o escopo do trabalho da prevenção e, em seguida, foi feita uma introdução às teorias de prevenção e técnicas de mudança de comportamento para entender os mecanismos de mudança de comportamento.

Os EDPQS e as Diretrizes Internacionais foram discutidos como ferramentas importantes para orientar nosso trabalho de prevenção na seleção e na implementação das melhores intervenções e/ou políticas baseadas em evidências disponíveis no momento. Também aprendemos a avaliar nossas intervenções e políticas.

Diversos ambientes, como a família, a escola, o local de trabalho, a comunidade, a mídia e o ambiente mais amplo, foram apresentados em termos de suas especificidades no trabalho de prevenção. Isso deve nos ajudar a criar ou selecionar intervenções e/ou políticas intervenções e/ou políticas de prevenção eficazes com relação à nossa população-alvo e a considerar os desafios e barreiras presentes.

Esperamos e almejamos que, com esse conhecimento e treinamento, você seja uma força valiosa para fortalecer o trabalho de prevenção em sua região e contexto, somando-se à forte força de trabalho de prevenção no Brasil.

Essa força de trabalho é fundamental para enfrentar os próximos desafios e tarefas de traduzir as evidências disponíveis em em uma prática de prevenção no Brasil.

Essa formação e o presente manual visam, portanto, fornecer às pessoas formuladoras de políticas e aos demais profissionais da prevenção, ferramentas, recursos e estratégias para a implementação bem-sucedida da

prevenção baseada em evidências no Brasil. Esse foco na implementação oferecerá aos tomadores de decisão alternativas viáveis que sejam mais eficazes do que algumas abordagens populares, mas com menor potencial de danos.



REFERÊNCIAS

- ABDALA, Ingrid et al. Barriers and Facilitators in the Strengthening Families Program (SFP 10–14) Implementation Process in Northeast Brazil: A Retrospective Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*, vol. 17, pp. 1-24, 2020.
- AJEN, Icek. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, vol 50, pp. 179-211, 1991.
- AYLLÓN, Sara; FERREIRA-BATISTA, Natalia N. Unemployment, drugs and attitudes among European youth. *Journal of Health Economics*, n 57, pp. 236-248, 2018.
- BANDURA, Albert. Social learning theory. **General Learning Press**, Nova Iorque, 1977.
- BARDEN, Jamie; TORMALA, Zakary L. Elaboration and attitude strength: the new metacognitive perspective. **Social and Personality Psychology Compass**, vol 8, n 1, pp. 17-29, 2014.
- BARTHOLOMEW, L. Kay; MULLEN, Patricia Dolan. Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry*, vol 71, ed 1, pp. 20-33, 2011.
- BERGSMA, Lynda J.; CARNEY, Mary E. Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. *Health Education Research*, vol 23, n 3, pp. 522-542, 2008.
- BIGLAN, Anthony; HINDS, Erika. Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. **Annual Review of Clinical Psychology**, vol 5, pp. 169-196. 2009.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 297p.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128p.
- BRONFENBRENNER, Urie. **The ecology of human development: experiments by nature and design**. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
- BROTHERHOOD, Angelina; SUMNALL, Harry; EUROPERAN PREVENTION STANDARDS PARTNERSHIP. Step 3: Undertaking the adaptation. In: BROTHERHOOD, Angelina; SUMNALL, Harry; EUROPERAN PREVENTION STANDARDS PARTNERSHIP. **EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts**. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool, 2015.
- CAIRNEY, Paul. **The politics of evidence-based policy making**. Berlin, Nova Iorque: Springer, 2016.
- CARLINI, Claudia et al. **Environmental characteristics associated with alcohol intoxication among patrons in Brazilian nightclubs**. *Drug Alcohol Rev.* 2014 Jul;33(4):358-66.
- CARLINI, Claudia et al. **Environmental Factors Associated with Psychotropic Drug Use in Brazilian Nightclubs**. *J Urban Health.* 2017 Aug;94(4):549-562.
- CARLINI, Claudia; SANCHEZ, Zila. Typology of Nightclubs in São Paulo, Brazil: Alcohol and Illegal Drug Consumption, Sexual Behavior and Violence in the Venues. *Subst Use Misuse.* 2018 Sep 19;53(11):1801-1810.

- CASTRO, Felipe González; BARRERA JR, Manual; MARTINEZ JR, Charles R. The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. **Prevention Science**, vol 5, pp. 41-45, 2004.
- CASTRO, Felipe González et al. A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses. **Journal of Mixed Methods Research**, n 4, pp. 342-360, 2010.
- CATALANO, Richard F. et al. **Positive youth development in the United States: research findings on evaluations of positive youth development programs**. Washington: DHHS e NICHD, Washington, 1999.
- CAVALCANTI, Alex; CRISTO, Hugo; PYLRO, Rafael. **Lei Seca: Análise e Propostas**. GVCROME, 2007.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide**. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Division of Environmental Hazards and Health Effects, Air Pollution and Respiratory Health Branch, 2010.
- CHARVAT, Miroslav; JURYSTOVA, Lucie; MIOVSKY, Michal. Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behavior in the school system. **Adiktologie**, vol 12, n 3, pp. 190-211, 2012.
- CLARKSON, Joshua J. et al. The malleable influence of social consensus on attitude certainty. **Journal of Experimental Social Psychology**, vol 49, n 6, pp. 1019-1022, 2013.
- CLARKSON, Joshua J.; TORMALA, Zakary L.; RUCKER, Derek D. A new look at the consequences of attitude certainty: the amplification hypothesis. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol 95, n 4, pp. 810-825, 2008.
- COFFMAN, Jay. What's different about evaluating advocacy and policy change? **Evaluation Exchange**, n 13, pp. 2-4, 2007.
- COMISSÃO EUROPEIA. **Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2015.
- DEGENHARD, Louisa et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, vol 382, pp. 1564-1574, 2013.
- CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS (ECDC). **A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases**. Estocolmo: ECDC, 2014.
- ELKINS, Sara R. et al. Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school. **Psychology of Addictive Behaviors**, vol 28, n 2, pp. 475-486, 2014.
- EMCDDA. **European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals**. Luxemburgo: EMCDDA Manuals, Serviço das Publicações da União Europeia, 2011.
- EMCDDA. **European drug prevention quality standards: a quick guide**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2013a.
- EMCDDA. **North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?** Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2013b.
- EMCDDA. **New psychoactive substances in Europe: an update from the EU Early Warning System**. Luxemburgo: EUDA Rapid Communication, Serviço das Publicações da União Europeia, 2015.
- EMCDDA. **Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2017a.
- EMCDDA. **Health and social responses to drug problems: a European guide**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2017b.

EMCDDA. **Relatório Europeu sobre Drogas 2018: Tendências e evoluções**. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2018a.

EMCDDA. **Environmental substance use prevention interventions in Europe**. Luxemburgo: Technical Report, Serviço das Publicações da União Europeia, 2018b.

EMCDDA. **Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention**. Luxemburgo: Memoric Papers, Serviço das Publicações da União Europeia, 2009.

Evidence Based Practice Institute (2012). Disponível em: <https://www.ebp.institute/>

FEDERAL OFFICE OF PUBLIC HEALTH. **Lessons learned – vulnerable young people and prevention**. Berna: Federal Office of Public Health, 2006. Disponível em https://www.info-drog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf. Acesso em: 31 ago 2023.

FISHBEIN, Martin. Predicting and changing behavior: a reasoned action approach. **Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach**, Psychology Press, pp. 3-21, 2011.

FLAY, Brian R.; PETRAITIS, John. Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. In: SLOBODA, Zili; BUKOSKI, William J. (orgs). **Handbook on drug abuse prevention: theory, science, and practice**. Nova Iorque: Kluwer Academic/ Plenum Publishers pp. 239-306, 2003.

FONG, Geoffrey T. et al. Evaluation of the smoking ban in public places in France one year and five years after its implementation: findings from the ITC France survey. **Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire**, n 20, pp. 217-223, 2013.

FRONE, Michael R. **Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace**. Washington: American Psychological Association, 2013.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT); BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

GABRHELIK, Roman et al. **Quality plan for prevention science education and training in Europe**. Oxford: Science for Prevention Academic Network (SPAN), 2015.

GARCIA-CERDE, Rodrigo; VALENTE, Juliana Y.; SANCHEZ, Zila. Changes in alcohol beliefs mediate the effects of a school-based prevention program on alcohol use among Brazilian adolescents. **Addictive behaviors**, vol 137, 107522, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107522>. Acesso em: 11 set 2023.

GASPER, Joseph. Revisiting the relationship between adolescent drug use and high school dropout. **Journal of Drug Issues**, vol 41, n 4, pp. 587-618, 2011.

GINSBURG, Iona. Jean Piaget and Rudolf Steiner: stages of child development and implications for pedagogy. **Teachers College Record**, vol 84, n 2, pp. 327-337, 1982.

GLANTZ, Meyer D.; PICKENS, Roy W. Vulnerability to drug abuse: introduction and overview. In: GLANTZ, Meyer D.; PICKENS, Roy W. (orgs). **Vulnerability to drug abuse**. Washington: American Psychological Association, pp. 1-14, 1992.

GREEN, Edward C.; WITTE, Kim. Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence? **Journal of Health Communication**, vol 11, pp. 245- 259, 2006.

GREENBERG, Mark T. et al. **The study of implementation in school-based preventive interventions: theory, research, and practice**. Washington: Centre for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, 2005.

HANUSHEK, Eric A.; WÖßMANN, Ludger. The role of education quality in economic growth. **World Bank Policy Research Working Paper**, n 4122, 2007. Disponível em <https://openk->

knowledge.worldbank. org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1). Acesso em: 31 ago 2023.

HAWKINS, J. David; CATALANO, Richard F.; MILLER, Janet Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, n 112, pp. 64-105, 1992.

HOVLAND, Carl I.; JANIS, Irving; KELLEY, Harold H. **Communication and persuasion**. New Haven: Yale University Press, 1953.

HOVLAND, Carl I.; WEISS, Walter. The influence of source credibility on communication effectiveness. **Public Opinion Quarterly**, n 15, pp. 635-650, 1951.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde: 2019 - percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde do escolar: análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental municípios das capitais: 2009/2019 IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 193 p

JESSOR, Richard; JESSOR, Shirley L. **Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth**. Nova Iorque: Academic Press, 1977.

KALUZNY, Arnold; HERNANDEZ, S. Robert. Organizational change and innovation. In: SHORTELL, Stephen; KALUZNY, Arnold (orgs). **Health care management: a text in organizational theory and behavior**. Nova Iorque, John Wiley and Sons, 2ª edição, 1988, pp. 379-417.

LARANJEIRA, Ronaldo et al (org). **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LASSWELL, Harold D. The structure and function of communication in society. In: BRYSON, Lyman (org). **The communication of ideas**. Nova Iorque: Harper, 1949, pp. 37-51.

LAZARFELD, Paul F.; BERELSON, Bernard; GAUDET, Hazel. **The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign**. Nova Iorque: Columbia University Press, 1944.

MARIANO, M., da Silva, et al. (2021). **Effectiveness of the Elos 2.0 prevention programme for the reduction of problem behaviours and promotion of social skills in schoolchildren: study protocol for a cluster-randomized controlled trial**. *Trials*, 22(1), 468.

MARLATT, G. Aalan; LARIMER, Mary E.; WITKIEWITZ, Katie (orgs). **Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors**. Nova Iorque: Guilford Press, 2011.

MENDES, Fernando Joaquim F.; MENDES, Maria do Rosário. **Healthy and safer nightlife of youth project: staf training for nightlife premises**. Club Health, 2011. Disponível em: https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf. Acesso em: 31 ago 2023.

MERCER, Shawna L. et al. Translating evidence into policy: lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers. **Annals of Epidemiology**, n 20, pp. 412-420, 2010.

MICHIE, Susan; VAN STRALEN, Maartje M.; WEST, Robert. The behavior change wheel: a new method for characterising and designing behavior change intervention. **Implementation Science**, 2011. doi:10.1186%2F1748-5908-6-42.

MILLER, Brenda A.; HOLDER, Harold D.; VOAS, Robert B. Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs. **Journal of Substance Use**, 14(1), pp. 19-38, 2009.

MRAZEK, Patricia J.; HAGGERTY, Robert J. **Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research**. Washington: National Academy Press, 1994.

MURTA et al. (2018). **Needs assessment for cultural adaptation of Strengthening Families Program** (SFP 10-14-UK) in Brazil. *Psicol Reflex Crit [Internet]*. 2018;31:25.

MURTA, et al. (2020). **Social Validity of the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil: the Voices of Parents, Adolescents, and Facilitators**. *Prev Sci* 22, 658–669.

MURTA, et al. (2021). **Exploring the short-term effects of the Strengthening Families Program on Brazilian adolescents: a pre-experimental study**. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(3), 267–277.

NATIONAL ASSOCIATION FOR MEDIA LITERACY EDUCATION (NAMLE). **The core principles of media literacy education**. 2010. Disponível em: <http://namle.net/publications/core-principles/>. Acesso em: 31 ago 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Global status report on alcohol and health**. Genebra: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Substance abuse**. Disponível em: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ Acesso em: 30 de setembro de 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Informativo. Álcool e Câncer. **OPAS**, 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55188/OPAS-NMHHM210021_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 31 ago 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório sobre o Controle do Tabaco na Região das Américas 2022**. Resumo executivo. Washington DC: OPAS, 2022b. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56264/OPSNMHRF220023_por.pdf?sequence=7&isAllowed=y Acesso em: 31 ago 2023.

O'NEILL, Brian. **Media literacy and the public sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland**. Artigo apresentado na conferência Media@lse Fifth Anniversary Conference, 21-23 de setembro, Londres, 2008. Disponível em:

[http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_Oneill\(LSERO-version\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_Oneill(LSERO-version).PDF). Acesso em: 31 ago 2023.

PELOZA, Jan. **Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy**. Liubliana: Infokart, 2014.

PIAZZA, Pier Vincenzo; DEROUICHE-GAMONET, Véronique. A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology*, 229(3), pp. 387-413, 2013.

PLANT WORK. Coming clean: drug and alcohol testing in the workplace. **World of Work: Me Magazine of the ILO**, 57, pp. 33-36, 2006.

POULIN, Francois; DISHION, Thomas; BURRASTON, Bert. 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied Developmental Science*, 5(4), pp. 214-224, 2001.

RICORDEL, I; WENZKE, M. Cannabis and safety of work: evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF. *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, pp. 255-260, 2008.

SANCHEZ, Zila et al. A cluster randomized controlled trial evaluating the effectiveness of the school-based drug prevention program #Tamojunto2.0. *Addiction*, vol. 116, ed. 6, p. 1580-1592, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/add.15358>. Acesso em: 12 set 2023.

SANCHEZ, Zila et al. **Relatório sintético para apresentação dos resultados parciais da avaliação da efetividade do programa Famílias Fortes na prevenção do uso de drogas e no fortalecimento de vínculos familiares**. Brasil, 2022

SANTOS, Miguel et al. **Parental practices as mediators of the effect of a family-based program on the prevention of substance use among Brazilian adolescents**. s/d.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro et al. Elos Program's Efficacy Evaluation in School Management of Child Behavior: A Non-Randomized Controlled Trial. **Psicologia:**

Teoria e Pesquisa. 38. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38315.en> Acesso em: 31 ago 2023.

SCULL, Tracy M.; KUPERSMIDT, Janis B.; ERAUSQUIN, Jennifer Toller. The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. **Journal of Youth and Adolescence**, vol 43, n5, pp. 717-728, 2014.

SILVA, Júlia. **ACT Raising Safe Kids Program**. Washington, DC: American Psychological Association, 2011.

SILVESTRE, S. et al. **Triangle: how youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy**. Liubliana: Alcohol Policy Youth Network (APYN) e No Excuse Slovenia, 2014.

SLOBODA, Zili; DUSENBURY, Linda; PETRAS, Hanno. Implementation science and the effective delivery of evidence-based prevention. In: SLOBODA, Zili; PETRAS, Hanno. (orgs). **Advances in prevention science: defining prevention science**. Nova Iorque: Springer Publishing, 2014, pp. 293-314.

SMALL, Stephen; SUPPLE, Andy. **Communities as systems: is a community more than the sum of its parts?** Apresentado no fórum nacional sobre A community effects on children, adolescents and families, Penn State University, State College, 1998.

STOVALL, Elisabet. E.; ROSSOW, Ingeborg; RISE, Jostein. Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. **Journal of Substance Use**, 19, pp. 38-43, 2014.

UNODC. **Standards Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas**. Viena: UNODC, 2013. Disponível em <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>. Acesso em: 31 ago 2023.

VAN DER KREEFT, Peer; JONGBLOET, Johan; VAN HAVERE, Tina. Factors affecting implementation: cultural adaptation and training. In: SLOBODA, Zili; PETRAS, Hanno (orgs).

Advances in prevention science: defining prevention science. Nova Iorque: Springer Publishing, 2014, pp. 315-334.

VENEKLASSEN, Lisa; MILLER, Valerie. Planning moment #5: Mapping advocacy strategies. In: A new weave of power, people & politics: the action guide for Programs and citizen participation. Practical Action Publishing, pp. 185-208, 2007.

WANDERSMAN, Abraham et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. **American Journal of Community Psychology**, 41(3-4), pp. 171-181, 2008.

WANG, Bo et al. The influence of parental monitoring and parent- adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. **Social Science and Medicine**, 97, pp. 161-169, 2013.

WERNER, Emmy E.; SMITH, Ruth S. **Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth**. Nova Iorque: McGraw-Hill Book Co, 1982.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2021**. Vienna: UNODC, 2021. Disponível em: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf. Acesso em: 31 ago 2023.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2022**. United Nations: New York, 2022.



ANEXO 01

SÍNTESE DA METODOLOGIA

A nossa metodologia baseou-se nas orientações da *European Prevention Standards Partnership* sobre a adaptação e divulgação de normas de qualidade em diferentes contextos (Caixa de Ferramentas 4 dos EDPQS⁴⁷). Estas descrevem a forma de proceder a uma adaptação e o que deve ser tido em conta neste processo.

A equipe HoGent, sediada no Departamento de Investigação em Prevenção da Universidade de Gante, foi definida como grupo de trabalho. O “grupo de base” era constituído pelo grupo de trabalho e por Zili Sloboda (Applied APSI), Michael Miovsky (Universidade de Praga), Gregor Burkhart (EUDA) e Jeff Lee (International Society of Substance Use Professionals), todos peritos no domínio da prevenção do uso de substâncias.

O principal objetivo do grupo de base era evitar, sempre que possível, alterações nos componentes essenciais do UPC original, realizando simultaneamente importantes adaptações superficiais ao contexto europeu. Um grupo de projeto final, o “grupo de referência”, era composto por todos os 11 parceiros envolvidos no projeto *UPC-Adapt*. Entre estes contam-se representantes da Bélgica, Alemanha, Estónia, Espanha, Croácia, Itália, Polónia e Eslovénia.

O processo de adaptação começou pela leitura atenta do Manual do Formador do UPC, elaborado pela APSI. Depois de ler o programa curricular 1, ou seja, o programa

introdutório geral do EUPC, o grupo de trabalho criou um documento de trabalho que descrevia o produto adaptado e a categorização preliminar de possíveis adaptações. Esta categorização estabeleceu distinções entre adaptações “profundas” e “superficiais”, juntamente com a fundamentação de eventuais alterações sugeridas. As adaptações superficiais são, por exemplo, adaptações de locais, exemplos, dados, expressões correntes e expressões idiomáticas. As adaptações profundas são classificadas como adaptações ao contexto (como a organização social e política), à cultura (normas e valores), aos aspetos técnicos (gráficos ou ilustrações) e ao conteúdo (remoções, alterações ou aditamentos sem alterar elementos essenciais). Este trabalho preliminar foi debatido inicialmente pelo grupo de trabalho. Uma vez alcançado consenso, esta categorização preliminar e o documento de trabalho foram analisados pelo grupo de base.

Seguiu-se um processo semelhante para a adaptação dos outros programas curriculares: farmacologia e fisiologia (programa 2), monitorização e avaliação (programa 3), prevenção em contexto familiar (programa 4), prevenção em contexto escolar (programa 5), prevenção no local de trabalho (programa 6), prevenção ambiental (programa 7), prevenção baseada na mídia (programa 8) e prevenção baseada na comunidade (programa 9). Em primeiro lugar, chegou-se a um consenso no grupo de trabalho e, em seguida, as adaptações propostas foram

47 https://www.euda.europa.eu/drugs-library/european-drug-prevention-quality-standards-edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination_en

debatidas com o grupo de base. O grupo de base foi consultado regularmente por videoconferência e correio eletrônico.

Em junho de 2017 foi concluída a versão preliminar do currículo europeu e o grupo de referência e o grupo de base chegaram a um consenso sobre a primeira versão em outubro de 2017. Quanto a sua adaptação do Brasil, a partir de uma formação realizada em 2022, em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e o Governo Federal do Brasil, criou-se um grupo de trabalho responsável pela adaptação do EUPC para o contexto nacional.

Esta adaptação foi decorrente de um esforço conjunto de diferentes frentes e articulou profissionais da gestão pública, profissionais da prevenção e da pesquisa em prevenção no Brasil. Esses atores se reuniram em dois diferentes momentos no ano de 2022: uma formação realizada de forma virtual, e uma oficina presencial em Brasília, Distrito Federal. No encontro presencial, foram levantados os principais temas discutidos na formação do EUPC, com o objetivo de avaliar adaptações de termos e conceitos para o contexto brasileiro. Esta versão do manual foi elaborada a partir destes insumos e as modificações foram alinhadas com a EUDA e com a equipe da SENAD responsável.



ANEXO 02

FASES DO DESENVOLVIMENTO ENTRE OS 3 E OS
16 ANOS DE IDADE

FASES DO DESENVOLVIMENTO ENTRE OS 3 E 16 ANOS DE IDADE

Faixa-Etária	Social	Linguístico	Físico	Intelectual	Emocional	Comportamental
3-4 anos	Partilha, brinca bem com outros, brinca sozinha, usa colher/garfo para comer, higiene pessoal	Recita números, mas só consegue contar até 3, conversa, recita rimas e canções, tem uma história preferida	Consegue inserir contas em linhas, usa a tesoura, anda na ponta dos pés, consegue pedalar e guiar, consegue se manter em equilíbrio, tem percepção espacial	Consegue construir uma torre, pinta, consegue desenhar a cabeça de uma pessoa, segura o lápis corretamente	Consegue esperar que suas necessidades sejam satisfeitas, tem senso de humor, compreende o passado e o presente	Tem capacidade para negociar, mas não raciocinar, usa a imaginação, tem modo do escuro e do abandono, aprecia humor
5-7 anos	Partilha, usa a imaginação para brincar, veste-se e se despe	Gosta de histórias e se engaja em brincadeiras, compreende diferentes sentidos das palavras	Brinca com brinquedos de construção, pinta, brinca com jogos, joga com bola, dança, salta, pula corda	Consegue copiar letra, conta com os dedos, acrescenta detalhes em imagens, tem consciência do tempo	É carinhosa com amigos, amigas e bebês, tem melhor controle de sua conduta e comportamento	Exprime menos a agressividade e frustração por meio de ações e mais por meio de palavras, é mais independente
8-12 anos	É independente dos pais, tem noção do que é certo e errado, tem sentido de futuro	Consegue ler e escrever, é mais articulado, mantém conversas, consegue debater, relaciona eventos	Variações no aspecto físico mais evidentes, puberdade precoce mais presente em meninas, melhor coordenação olho-mão	Conversa sobre pensamentos e sentimento, pensa mais logicamente, desenvolveu competências matemáticas e de leitura/escrita	Aprende ao observar e falar, dá apoio em momentos de tensão, consegue enfatizar	Junta-se a clubes e se associa mais a seus pares, quer aceitação dos pares
13-16 anos	Passa mais tempo com os pares, forma identidade, põe os limites à prova, segue mais exemplos adultos.	Clareza de raciocínio, expressão de crenças próprias	Puberdade para ambos os sexos, crescimento rápido de músculos e estrutura óssea, aumento da resistência	Mais preocupação com os outros e com a comunidade, questiona e contesta regras, explora novas ideias	Passa por mudanças hormonais, prepara-se a independência em relação à família, rebela-se	Aumenta o desejo de privacidade, passa mais tempo com os pares



ANEXO 03

GLOSSÁRIO

Adaptação	Alteração do conteúdo de um programa para atender as necessidades de um público específico.
Advocacy	Processo político feito por uma pessoa ou um grupo, que tem como objetivo influenciar as decisões acerca de políticas públicas ou financiamento nos sistemas e institutos políticos e sociais (Peloza, 2014).
Audiência	Diz respeito ao público a quem uma mensagem é direcionada.
Ambientes a nível macro	Contempla, por exemplo, ambiente social e físico, como um bairro, a economia, o ambiente político e catástrofes sociais.
Ambientes a nível micro	Contempla, por exemplo, familiares, pares, a gestão e professoras e professores das escolas, líderes religiosos, chefes e colegas de trabalho.
Avaliação	Avaliação rigorosa e independente das atividades concluídas ou em curso.
Avaliação a nível comunitário	Medidas que refletem as crenças, atitudes ou valores gerais ou comuns em um grande grupo (por exemplo, uma comunidade, escola, nação), em contraste com avaliações em nível individual.
Avaliação colaborativa	Uma abordagem colaborativa que envolve o programa de prevenção e a equipe de avaliação trabalhando juntos em uma equipe. Outros membros da equipe em um modelo colaborativo podem incluir partes interessadas com interesse nos resultados da intervenção de prevenção. No entanto, é importante que as funções, atividades, responsabilidades e interações da equipe sejam claramente definidas, e também é necessária uma clara diferenciação de funções.
Avaliação dos resultados	Um processo para caracterizar até que ponto o conhecimento, as atitudes, os comportamentos e as práticas mudaram para os indivíduos ou entidades que receberam a intervenção ou que foram alvo da política, em comparação com os não beneficiários (geralmente considerados como resultados de curto e médio prazo). Os resultados de longo prazo estão relacionados ao produto desejado da intervenção, que, em nosso caso, é a redução ou eliminação do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Em geral, as avaliações terminam com os resultados de longo prazo.
Boa relação custo-eficácia	Viabilidade econômica.
Boas práticas	A melhor aplicação das evidências disponíveis acerca das intervenções em curso no âmbito das drogas.

Campanha midiática	Uma série de atividades planejadas ou uma combinação de atividades destinadas a persuadir pessoas e grupos.
Habilidades Cognitivas	Capacidade das pessoas de pensarem por conta própria e abordarem os problemas de forma razoável, compreenderem e resolverem problemas, elaborarem conclusões e soluções por meio de análise.
Comunicação	A mensagem que é transmitida pela mídia - pode envolver apenas palavras, apenas imagens ou uma combinação dos dois. Se desenvolvida adequadamente, a comunicação transmitida e a mensagem que o público recebe devem ser as mesmas.
Comunidade	Uma área geograficamente definida, onde sistemas de prevenção eficazes podem ser desenvolvidos e implementados. A maioria dos coordenadores de prevenção trabalha em vários níveis da comunidade, que podem incluir a comunidade mais ampla - isso envolve o ambiente em nível macro e inclui muitas configurações em nível micro.
Contestação cognitiva	Contra-argumentação - uma reação mental resistente a uma mensagem persuasiva que é contrária às crenças estabelecidas pelo indivíduo.
Conteúdo da intervenção	Os objetivos da intervenção e as informações, habilidades e estratégias que são usadas para atingir os objetivos desejados. Por exemplo, pode incluir habilidades de recusa de colegas e desenvolvimento de normas sociais, ou treinamento de comunicação familiar.
Controle parental	Situação em que os pais sabem onde os filhos estão e o que estão fazendo.
Destinatário	Pessoa ou grupo a quem as comunicações são dirigidas.
Doenças não transmissíveis	Doenças que não podem ser transmitidas de uma pessoa para outra.
Eficácia	É o grau em que uma intervenção (tecnologia, tratamento, procedimento, serviço ou programa) é mais benéfica do que prejudicial quando realizada em condições ideais.
Empírico(a)	Baseado(a) em observações e experiências.

Epidemiologia	O estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde (incluindo doenças), o início do estado/evento/doença relacionado à saúde (incidência), os casos existentes do estado/evento/doença relacionado à saúde (prevalência) e a aplicação desse estudo ao controle de doenças e outros problemas de saúde ⁴⁷ .
Escola	Um lugar aonde as crianças vão para serem educadas.
Estigma	Um conjunto de crenças negativas e muitas vezes injustas que uma sociedade ou um grupo de pessoas tem sobre algo; desaprovação de características pessoais ou crenças que vão contra as normas culturais. O estigma geralmente leva à perda de status, à discriminação e à exclusão de uma participação significativa na sociedade.
Estrutura da intervenção	A forma como a intervenção ou política de prevenção é organizada e construída, por exemplo, o número necessário de sessões ou reforços, ou a organização das sessões.
Exposição	Refere-se ao alcance da mídia — a extensão em que a comunicação atinge o público-alvo.
Família	As famílias podem ser definidas em termos simples por sua estrutura, ou seja, quem é considerado parte da família, e por sua função, ou seja, qual é o objetivo da família e o que ela faz. As definições de quem constitui a “família” podem diferir entre os países. Nos EUA, no Canadá e em muitos países europeus, por exemplo, “família” é mais comumente definida como a família nuclear, ou seja, mãe, pai e filhos. Em outros países, como no caso do Brasil, a “família” pode incluir outros parentes, tais como avós, tias, tios e primos.
Fatores de proteção	Características que reduzem a probabilidade do uso de álcool, tabaco e outras drogas.
Fatores de risco	Características que interagem com vulnerabilidades pessoais para aumentar a probabilidade de uso de álcool, tabaco e outras drogas.
Confiabilidade de uma medição	A estabilidade das medições quando repetidas ao longo do tempo. Também chamado de “consistência”

47 <http://www.who.int/topics/epidemiology/en/>

Fidelidade de uma intervenção	A medida da proximidade entre a forma como uma intervenção foi realizada e a forma como ela foi originalmente planejada. A qualidade da implementação é geralmente quantificada por meio de medidas de fidelidade, dose, qualidade da aplicação e elementos adicionados ao protocolo de intervenção.
Fonte	Pessoa ou entidade que transmite a mensagem persuasiva.
Implementação	O fornecimento real de uma intervenção de prevenção, política ou, de preferência, múltiplas intervenções e políticas que a pesquisa demonstrou que podem ter um impacto maior sobre as populações.
Infraestruturas	As estruturas e instalações físicas e organizacionais básicas necessárias para o funcionamento de uma sociedade. Neste currículo, a infraestrutura inclui as equipes comunitárias, o treinamento e a assistência técnica, além dos recursos financeiros e humanos necessários para implementar intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidências.
Iniciativas multicomponentes de base comunitária	Em geral, elas envolvem uma ampla gama de intervenções e políticas baseadas em evidências que podem ter um impacto em muitas faixas etárias em diversos ambientes. Os esforços típicos incluem o apoio à aplicação de políticas de tabaco e álcool, intervenções e políticas em escolas e serviços familiares.
Intervenção	Uma ação que se concentra na alteração das trajetórias de uso de álcool, tabaco e outras drogas, promovendo resultados positivos de desenvolvimento e reduzindo comportamentos e resultados de risco.
Intervenções ambientais	Isso envolve políticas, regulamentos e leis que controlam o acesso e a disponibilidade de álcool, tabaco e outras drogas, especialmente para os jovens. Elas também afetam as normas de uso dessas substâncias como resultado das próprias leis e de sua aplicação. A maioria das pesquisas está relacionada aos esforços de controle do álcool e do tabaco. As intervenções ambientais geralmente abordam o contexto em que o comportamento - uso dessas substâncias - ocorre, seja na comunidade ou em locais específicos, como lojas de bebidas alcoólicas, parques ou locais de entretenimento.
Intervenções breves	Processos sistemáticos e focados que visam investigar o possível uso de substâncias e motivar os indivíduos a mudarem seu comportamento. O objetivo é reduzir o uso de substâncias antes que o indivíduo sofra danos ou desenvolva comportamentos de uso mais arriscados ou transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Intervenções comportamentais	Essas intervenções têm como alvo o indivíduo diretamente com esforços para modificar suas atitudes e comportamentos em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas ou por meio de outras pessoas, como pais, professores e empregadores. Isso contrasta com as intervenções ambientais, que visam principalmente o contexto em que as substâncias são obtidas ou usadas.
Intervenções e políticas de prevenção baseadas em evidência científica	Intervenções e políticas de prevenção que se mostraram eficazes, por meio de pesquisas, na prevenção do início do uso de álcool, tabaco e outras drogas.
Mediadores da intervenção	Os fatores que a intervenção pretende manipular e que estão diretamente ligados aos resultados desejados.
Medidas a nível individual	Medições realizadas através de abordagens individuais, em vez de em grupos inteiros.
Meios de comunicação em massa	A categoria geral de comunicações, incluindo televisão, rádio, radiodifusão e jornais atinge um amplo grupo de pessoas.
Mídia	Qualquer forma de comunicação. Isso pode envolver televisão, rádio, revistas, sites, jornais, cartazes, outdoors, redes sociais, incluindo Facebook, Instagram, Twitter e YouTube, e assim por diante.
Modelo etiológico	Esse modelo inclui os ambientes de nível micro e macro que influenciam as pessoas à medida que crescem, desde a infância até a idade adulta. Esses ambientes interagem com as características pessoais dos indivíduos que os colocam em maior ou menor risco de uso de álcool, tabaco e outras drogas e outros comportamentos problemáticos. Esses ambientes operam em dois níveis: o nível macro envolve o ambiente maior do bairro, da comunidade, da região ou do país, enquanto o nível micro envolve os ambientes mais próximos do indivíduo, como a família, os colegas, a escola, as organizações comunitárias e o local de trabalho.
Monitoramento (avaliação do processo)	O processo contínuo pelo qual as partes interessadas obtêm feedback regular sobre o progresso que está sendo feito para atingir suas metas e objetivos.
Parte interessada/Parceiros	Uma pessoa, grupo ou organização que tem interesse ou preocupação com uma organização afetada por um curso de ação.
Persuasão	O ato de influenciar outras pessoas para que adotem uma crença, um conjunto de crenças ou uma posição ou para que mudem o(s) comportamento(s).

Persuasor	O indivíduo ou entidade que tenta mudar as opiniões, atitudes, crenças ou comportamentos de outras pessoas.
Pesquisa	Uma investigação sistemática, incluindo desenvolvimento, teste e avaliação, projetada para desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável.
Pesquisas de Efetividade:	Esses estudos testam se as intervenções são eficazes em condições do “mundo real” ou em ambientes “naturais”. Os estudos de eficácia também podem estabelecer para quem e sob quais condições de aplicação a intervenção é eficaz.
Pesquisa validada empiricamente	Pesquisa baseada em observação e experimento que foi sistematicamente confirmada e corroborada.
Prática baseada em evidência científica	Processos sistemáticos de tomada de decisão ou prestação de serviços que demonstraram, por meio de evidências científicas disponíveis, melhorar consistentemente os resultados mensuráveis dos clientes. Em vez da tradição, da reação instintiva ou de observações isoladas como base para a tomada de decisões, a prática baseada em evidências se baseia em dados coletados por meio de pesquisas experimentais e leva em conta as características individuais do cliente e a experiência do clínico (Evidence Based Practice Institute, 2012).
Prevenção	O ato de impedir que algo aconteça ou de impedir alguém de fazer algo.
Prevenção baseada na mídia	Uso da mídia, geralmente por meio de campanhas coordenadas, para evitar ou retardar o início do uso de álcool, tabaco e outras drogas ou para incentivar os indivíduos a interromper o uso de uma substância específica.
Programa	Uma intervenção específica, manualizada e nomeada.
Público-alvo	O grupo de pessoas que os profissionais de prevenção esperam influenciar ou para o qual as tentativas de persuasão são direcionadas.
Realização de uma intervenção	Como a intervenção ou política deve ser implementada e como se espera que a intervenção ou política seja recebida pelo público-alvo, por exemplo, usando estratégias de ensino interativas para adolescentes e adultos, oferecendo programas de habilidades parentais em horários convenientes para as famílias e monitorando a implementação de uma intervenção ou política para aumentar a fidelidade aos elementos centrais da intervenção.

Redução da oferta	Desenvolver políticas claras e consistentemente aplicadas que visem à posse, ao uso e à venda de todas as substâncias, inclusive álcool e tabaco, dentro e ao redor das dependências da escola e em todos os eventos patrocinados pela escola.
Redução da demanda	Prevenir ou, pelo menos, retardar o uso de álcool, tabaco e outras drogas pelo grupo-alvo, tentando promover valores, normas, crenças e atitudes contra o uso de substâncias e melhorar as habilidades de resistência.
Reforço	Na persuasão, um incentivo para aceitar a informação que está sendo fornecida.
Responsável político	Alguém que decide novas políticas para um governo, partido político, etc.
Sistemas de implementação	Vários componentes de intervenções que estão conectados para alcançar um resultado específico; um sistema geralmente envolve um sequenciamento especial dos componentes para ser eficaz.
Socialização	Um processo contínuo pelo qual atitudes, normas, crenças e comportamentos culturalmente apropriados e aceitáveis são transferidos e internalizados.
Substâncias psicoativas	Substâncias que, quando ingeridas ou administradas no organismo de uma pessoa, atuam sobre o Sistema Nervoso Central – SNC afetando os processos mentais, por exemplo, a cognição ou os sentimentos. Este termo e o seu equivalente, “droga psicotrópica”, são os termos mais neutros e descritivos para toda a classe de substâncias, lícitas e ilícitas, de interesse para a política em matéria de droga. O termo “psicoativo” não implica necessariamente a produção de dependência e, em linguagem corrente, o termo é muitas vezes omitido, como acontece em “uso de droga” ou “uso de substâncias” (OMS, s.d.).
Sustentabilidade	A implementação de longo prazo e de alta qualidade de intervenções baseadas em evidências e os sistemas de implementação que apoiam sua continuidade.
Teste de detecção de drogas	Análise química de amostras biológicas (incluindo sangue, urina, cabelo e suor) para detectar a presença de drogas ou de seus metabólitos (NB: isso é diferente da verificação de drogas, que é projetada para analisar quimicamente os produtos de drogas).
Transmissão de mensagens	Processo pelo qual a comunicação persuasiva é desenvolvida; preocupa-se com os componentes persuasivos incorporados às comunicações para influenciar as crenças e ações das pessoas

Transtornos por uso de substâncias	Os transtornos por uso de substâncias abrangem uma ampla variedade de problemas decorrentes do uso de substâncias. Esses problemas incluem dependência e danos físicos, mas também consequências sociais adversas, como o não cumprimento das obrigações sociais, familiares, educacionais ou profissionais. É importante ressaltar que o indivíduo continuará a usar substâncias apesar de ter sofrido danos psicológicos e físicos recorrentes. As descrições mais conhecidas dos transtornos por uso de substâncias são fornecidas no DSM-V da Associação Americana de Psiquiatria e no CID 11 da OMS.
UPC-Adapt	O nome do projeto que aprimorou a adaptação do UPC. Esse projeto foi financiado pela Comissão Europeia. Onze parceiros de nove países europeus cooperaram nesse projeto.
Uso de álcool, tabaco e outras drogas	Ato de o indivíduo usar substâncias que podem agir sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) provocando alterações no seu funcionamento, que podem ser fisiológicas ou comportamentais. Podem ser produtos como o tabaco, álcool, inalantes ou outras, tais como heroína, cocaína, cannabis e medicamentos psicoativos sujeitos a receita médica (com intuito de uso não médico).
Validade externa	O grau em que os resultados de uma intervenção de prevenção podem ser transferidos para outra população ou condição.
Validade interna	O grau em que os resultados de uma intervenção de prevenção podem ser atribuídos à própria intervenção em si.
Vulnerabilidade	Uma disposição individual, determinada por fatores genéticos, psicológicos e sociais, que torna mais provável o desenvolvimento de comportamentos de risco e transtornos mentais. O inverso é conhecido como resiliência (Federal Office of Public Health, 2006)





ANEXO 04

FICHA INFORMATIVA

Orientações EMCDDA – Normas de qualidade

Os EDPQS disponibilizam um conjunto de princípios para ajudar a desenvolver e avaliar a qualidade da prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Constituem um recurso abrangente que descreve todos os elementos das atividades de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Os EDPQS foram desenvolvidos pela European Prevention Standards Partnership a partir de um projeto de investigação cofinanciado pela União Europeia.

A Partnership efetuou uma análise e síntese dos Standards Internacionais e nacionais existentes, bem como consultas com mais de 400 profissionais em seis países europeus, a fim de identificar as normas de qualidade que deveriam ser aplicáveis às atividades de prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Conselho da União Europeia (2015), Conclusões do Conselho sobre a implementação do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga (2013-2016) relativamente às normas mínimas de qualidade para a redução da procura de droga na União Europeia.

REGISTROS

Acerca da presente publicação

O presente manual foi elaborado com o objetivo principal de fornecer material de referência específico para os cursos de formação do Currículo Europeu de Prevenção

(EUPC, do inglês European Prevention Curriculum). Serve igualmente para fazer uma introdução mais geral à ciência da prevenção e, em especial, às intervenções baseadas em dados científicos. O programa de formação foi desenvolvido por um projeto europeu intitulado UPC-Adapt, cofinanciado pela Comissão Europeia.

Acerca da EUDA

A EUDA é a fonte central e a autoridade confirmada para as questões relacionadas com as drogas na Europa. Há mais de vinte anos que coleta, analisa e divulga informações cientificamente rigorosas sobre as drogas e a toxicodependência e as suas consequências, fornecendo aos seus públicos um panorama baseado em fatos concretos do fenómeno da droga a nível europeu.

As publicações da EUDA são uma fonte de informação essencial para uma grande variedade de públicos, incluindo os decisores políticos e os seus consultores, os profissionais e pesquisadores que trabalham no domínio da droga e, de um modo mais geral, para os meios de comunicação social e o grande público. Com sede em Lisboa, a EUDA é uma das agências descentralizadas da União Europeia.