

# PREVENÇÃO DAS TOXICODPENDÊNCIAS EM CONTEXTO ESCOLAR

2013

## **Mónica Sousa**

Mestre em Psicologia Clínica, sub-área de especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas pela Universidade de Coimbra (Portugal). Pós-graduada em Psicoterapia Dinâmica Integrada. Pós-graduada em Avaliação e Reabilitação na Neuropsicologia Clínica (Portugal)  
[monic4sous4@gmail.com](mailto:monic4sous4@gmail.com)

## **Georgina Neves**

Mestre em Psicologia da Educação pela Universidade da Madeira (Portugal)  
[georginaneves@hotmail.com](mailto:georginaneves@hotmail.com)

---

## RESUMO

Com este artigo pretender-se-á entender e compreender o fenómeno da toxicodpendência bem como os programas preventivos aplicados em meio escolar a esta problemática. São várias as teorias e os modelos preventivos que procuram explicar as possíveis causas que estão associadas ao surgimento da toxicodpendência. À semelhança do que acontece com as teorias e com os modelos preventivos, existe uma enormidade de programas que procuram a minimização dos factores de risco e a incrementação dos factores protectores na população escolar. Como tal, este artigo corresponderá a uma clarificação da prevenção das toxicodpendências no contexto escolar.

**Palavras-chave:** prevenção das toxicodpendências, contexto escolar, psicólogo, Região Autónoma da Madeira

---

## INTRODUÇÃO

A toxicodpendência é uma realidade, cada vez mais presente, nos mais variados contextos. Contudo, para combater esta problemática é fundamental preveni-la desde muito cedo no contexto escolar.

Embora estejamos cada vez mais conscientes da urgência da aplicação de programas preventivos, infelizmente ainda não foi possível determinar com rigor as causas que advém nesta problemática, pois a toxicod dependência é um fenómeno multidimensional e plurifactorial. Estes acontecimentos fazem com que seja extremamente complicado elaborar um programa de prevenção.

O artigo em mãos está organizado em torno de três tópicos principais.

O tópico um, Toxicod dependência, iniciará com uma definição do fenómeno de toxicod dependência. Seguidamente, abordará as causas desta problemática e os tipos de drogas que os indivíduos podem consumir. Serão ainda debatidos conceitos, como factores de risco e factores protectores. Para finalizar este ponto, refere-se um estudo efectuado em meio escolar, realizado pelo Instituto Português de Droga e Toxicod dependência (I.P.D.T.), em dois mil e um.

O tópico dois, Prevenção, procurará distinguir os diferentes tipos de prevenção. Posteriormente, irá ser mencionado uma breve história da prevenção das toxicod dependências. Posto isto, passaremos enumerar algumas teorias e modelos integradores, contudo, daremos particular relevância ao modelo sócio-afectivo de Negreiros de Carvalho. Abordaremos ainda, algumas das estratégias preventivas, bem como os onze conceitos teóricos que usualmente são utilizados nos programas preventivos. Ainda no campo da prevenção, será mencionado os diferentes passos necessários à elaboração de um projecto preventivo. Este tópico terminará com a apresentação de alguns programas preventivos que se encontram articulados nos diferentes graus de ensino.

No que concerne ao tópico três, será dada a devida importância ao papel do psicólogo no que toca à prevenção das toxicod dependências no contexto escolar.

Finalmente, realizar-se-á uma conclusão sobre todo o artigo.

## **TOXICODPENDÊNCIA**

O consumo de drogas sempre acompanhou a evolução humana, neste sentido, podemos afirmar que nunca existiu uma sociedade abstémica.

Na actualidade, a evolução tecnológica tornou possível uma comunicação interpessoal e intercultural, transformando o Mundo numa Aldeia Global.

Este acontecimento faz com que deixe de existir compartimentos estanques de índole cultural relativamente ao consumo de drogas, levando ao aparecimento noutras sociedades de novas drogas (S.P.T.T., 1999). Verifica-se, nesta linha de pensamento, que as drogas ao serem

retiradas do seu ambiente natural e tradicional e transportadas para realidades sociais que desconhecem os seus efeitos e consumos, geram padrões de consumo disfuncionais.

Qualquer comportamento humano, incluindo a toxicod dependência, tem a sua origem na interação de elementos que se influenciam de forma contínua. Geralmente, considera-se que os consumos de drogas resultam da acção conjunta de três grupos de factores. O primeiro factor está relacionado com a substância que possui determinadas propriedades farmacológicas. Em segundo lugar, temos as características pessoais do indivíduo que utiliza essa substância. E por último, a natureza do contexto sociocultural em que o sujeito consome. Não existe portanto, um único motivo nem uma única maneira de tornar-se toxicod dependente. Temos que ter sempre em atenção os três vértices do triângulo: sujeito, substância e contexto.

Sendo assim, a toxicod dependência, é uma doença do foro psicológico desencadeada tanto no plano pessoal como no plano relacional (Melo, 2000). Por outras palavras, a toxicod dependência advém da motivação pessoal do próprio indivíduo como também das relações que este estabelece com os outros.

### **Causas da toxicod dependência**

Como vimos anteriormente não existe uma única razão que leve ao consumo de drogas, existem sim, um conjunto factores que podem influenciar o consumo ou não. Estes podem estar relacionados com a influência da família, dos grupos de pares e das próprias características da personalidade do indivíduo (Carvalho, 1990a).

A influência da família é muito importante, pois a relação entre pais e filhos pode promover ou não o uso de drogas. Se a relação familiar é positiva, desencoraja o consumo das substâncias, enquanto a instabilidade familiar e o divórcio pode promover o consumo. O estilo de educação escolhido pelos pais pode também ser facilitador do consumo de drogas, como é o caso do estilo “laissez-faire” ou um estilo extremamente controlador e rígido.

Alguns autores têm-se debruçado essencialmente nos padrões e nas estruturas que caracterizam as famílias onde um dos seus membros apresenta um consumo compulsivo de determinada substância psicoactiva. Como tal, esses autores têm procurado definir a “família-tipo” do toxicod dependente. Esta é frequentemente descrita como “(...) uma família em que um progenitor está positivamente envolvido com o consumidor de drogas, enquanto o outro é mais punitivo, distante ou ausente.” (Carvalho, 1990a, pp. 226 – 227).

Segundo Laufer (2000), a adolescência pode ser caracterizada como uma etapa da vida do indivíduo onde há um aumento da influência do grupo de pares. Por vezes, o medo de ser excluído do grupo faz com que o adolescente imite os comportamentos aditivos dos seus amigos,

recorrendo desta forma ao efeito de modelagem. A influência da rede de pares possibilita este consumo, pois propicia um contexto onde o adolescente possa consumir drogas legais e/ou ilegais. Esse consumo é inicialmente experimental, podendo transformar-se num consumo esporádico e deste para num consumo habitual tornando-se, assim, numa dependência.

Tal como os outros factores mencionados anteriormente, as características da personalidade são igualmente importantes. Segundo Carvalho (1990a), o consumo de drogas surge como um meio de satisfazer necessidades pessoais específicas e/ou compensar determinados problemas pessoais. Nesta visão, está subjacente a noção que determinada substância preenche certas necessidades da personalidade do indivíduo, tornando-se parte integrante do estilo de vida deste (Carvalho, 1990a). Porém, Carvalho (1990a), ainda considera que certas características particulares da personalidade, tais como, impulsividade, locus de controlo externo, auto-estima baixa, níveis elevados de ansiedade, agressividade, parecem estar correlacionadas com o uso de determinadas substâncias.

## **Tipos de Drogas**

Existem quatro categorias principais de drogas que estão tipicamente associadas a situações de abuso e/ou dependência. Deste modo temos, os depressores, estimulantes, alucinogéneos e os canabinoídes (Carvalho, 1990a; S.P.T.T., 1999).

Os depressores são substâncias que produzem efeitos depressores no Sistema Nervoso Central. Nesta categoria podemos incluir álcool, as drogas opióides, os barbitúricos e os tranquilizantes. Uma utilização crónica ou excessiva destas substâncias provoca tolerância e uma diversidade de sintomas de abstinência, como por exemplo, os tremores, a sudação, as náuseas, as dores musculares e os vómitos.

Os estimulantes constituem outra categoria onde se incluem drogas como as anfetaminas e a cocaína. Estas substâncias estimulam o Sistema Nervoso Central e, tal como acontece com a categoria referida anteriormente, estas drogas podem provocar dependência e manifestar tolerância. Nesta categoria a síndrome de abstinência manifesta-se em sintomas como apatia, longos períodos de sono, irritabilidade, depressão e desorientação.

A terceira categoria são os alucionogéneos, nestas estão inseridas drogas como LSD, mescalina, psilocibina e uma diversidade de outros compostos orgânicos e sintéticos. Estas drogas provocam um aumento da pressão sanguínea e da temperatura corporal, distorção das percepções de tempo e de espaço, podendo ainda produzir euforia, depressão e alucinações visuais. De acordo com Jaffe (1980), estas drogas não são, dum modo geral, utilizadas durante

longos períodos de tempo, por isso, é difícil determinar com rigor uma eventual existência de sintomas de abstinência.

A última classe de drogas psicoactivas designa-se por canabinóides. Os canabinóides são compostos derivados da planta *Cannabis sativa*, como é o exemplo, de marijuana, haxixe. Pequenas porções desta substância produzem agitação, uma progressiva sensação de bem-estar, seguida de um estado de relaxamento e de uma alteração da percepção do tempo. Contudo, a interrupção abrupta de uma utilização crónica pode produzir irritabilidade, perda de apetite, insónias e o aumento da temperatura do corpo.

### **Factores de risco**

É fulcral o conhecimento dos factores precursores da toxicod dependência, de modo a desenvolver-se estratégias que dificultem ou impeçam o desenvolvimento desta. A estes factores denominamos, factores de risco, sendo assim o factor de risco é “um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de uso/abuso de drogas” (Clayton, 1992, p.15 citado por Becoña, 1999). Temos como factores de risco: as influências sócio-culturais, os processos interpessoais, os factores individuais, genéticos e ambientais.

Salienta-se que os factores de risco não devem ser considerados de forma linear e directa, já que se desconhece a combinação dos factores de risco que conduzem ao surgimento da toxicod dependência (Bry, 1996). Assim, esta parece ser resultado de múltiplas combinações de diferentes factores.

Depois de uma breve descrição acerca dos factores de risco, consideramos ser fundamental ainda referir os cinco princípios que estão associados a esses factores (Becoña, 1999).

O primeiro princípio indica-nos que estes factores podem ou não estar presentes num determinado caso. Quando um factor de risco está presente, é mais provável que o indivíduo use e abuse de drogas. Contudo, o segundo princípio sugere-nos que a presença de um factor de risco não significa que o indivíduo venha utilizar drogas, ao passo que a sua ausência, não é sinónimo da não utilização desta. Por sua vez, o terceiro princípio constata que a probabilidade de um indivíduo abusar de drogas é proporcional ao número de factores de risco presentes. O quarto princípio defende que a maioria dos factores de risco e de protecção têm múltiplas dimensões mensuráveis e cada um deles influencia de forma independente e global o abuso de drogas. O quinto e último princípio diz-nos que alguns factores de risco são susceptíveis de serem reduzidos ou eliminados com intervenções, no entanto, existem intervenções que apenas conseguem atenuar a sua influência.

## **Factores de Protecção**

Se é importante sabermos os factores precusores da toxicodependência, é equitativamente importante conhecer os factores que protegem os indivíduos da toxicodependência. Sendo assim, o factor protector é “(...) um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de uso/abuso de drogas” (Clayton, 1992, p.21, citado por, Becoña, 1999).

Segundo Moreira (2001) existem quatro domínios de protecção: o comunitário, o escolar, o familiar e o individual.

Tal como os factores de risco, os factores protectores não devem ser encarados de forma rígida. A presença de um factor protector não é sinónima de imunidade, pois os efeitos de protecção resultam de uma combinação de factores protectores e não da presença de um único factor específico.

Da relação entre os factores de risco e factores protectores resulta uma maior ou menor “(...) capacidade do individuo para uma adaptação bem sucedida, funcionamento positivo ou competência na presença de uma situação de adversidade, envolvendo múltiplos riscos e ameaças internas e externas ou, ainda, a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada.” (Soares, 2000, p.28).

Pelas razões sublinhadas anteriormente, acredita-se que a identificação destes dois tipos de factores é fundamental, uma vez que permite, por um lado, uma melhor compreensão do fenómeno e, por outro lado, uma maior intencionalidade no desenho das intervenções preventivas, de modo a que essas intervenções utilizem estratégias que permitam anular os factores de risco e incrementar factores de protecção (Moreira, 2001).

## **A toxicodependência em contexto escolar**

Realizou-se em dois mil e um, o Inquérito Nacional em Meio Escolar, no âmbito do Programa de Estudos em Meio Escolar do Núcleo de Investigação do IPDT.

Este programa, inserido no Projecto Droga-Meio Escolar, visa a realização periódica de estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas em alunos do 3º ciclo e ensino secundário do ensino oficial. Este projecto abrange Portugal Continental e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Para a realização deste estudo, as amostras foram estratificadas por ano de

escolaridade, sendo 1000 turmas seleccionadas aleatoriamente e inquiridos cerca de 25 000 alunos.

Neste inquérito abordou-se as seguintes dimensões: da cultura dos tempos livres dos jovens; do consumo de substâncias psicoactivas; individuais; familiares; escolares e da comunidade residencial.

Este estudo defende a ideia de que houve uma subida generalizada dos consumos de drogas legais e ilegais, em particular da cocaína, comparativamente aos dados disponibilizados pelo European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (E.S.P.A.D.).

Ainda com este estudo, verificou-se que 14% do total de alunos já experimentou, pelo menos uma vez na vida, alguma droga, 8% consumiram alguma substância ilícita no último ano e 6% fizeram-no no último mês. Sendo que, os locais com maior prevalência de consumo de drogas ao longo da vida são os Açores (19%); Vila Real, Castelo Branco e Santarém (17%); Braga, Évora, Viseu, Lisboa e Faro (16%).

De acordo com os resultados obtidos, neste estudo, a droga mais consumida em todo o país continua a ser a Cannabis. Experimentaram cannabis 10% dos alunos, 8% consumiram-na no último ano e 5% no último mês. Os valores correspondentes ao consumo de Cannabis na Madeira foram de, 9% dos alunos já experimentaram esta droga, 6% consumiu no último ano e 3% no último mês.

As outras drogas, que não sejam a cannabis, foram consumidas pelo menos uma vez por 8% dos jovens, tendo 5% consumiu no último ano e 3% no último mês. Os valores na RAM foram de 7%, 5% e 2%, respectivamente.

## PREVENÇÃO

O consumo de drogas sofreu algumas modificações ao longo dos últimos anos devido ao aumento do consumo de drogas legais e ilegais e o aparecimento de novas substâncias. “Os problemas relacionados com o consumo de (...) drogas merecem ser equacionadas e, sobretudo, prevenidas.” (Negrão, 2004, p.18).

Em termos gerais, a prevenção consiste na capacidade de intervir por antecipação no início do problema, de modo a que haja um evitar ou retardar dos consumos. Deste ponto de vista, as acções preventivas visam a redução da oferta e da procura de substâncias lícitas e ilícitas como o desenvolvimento e o reforço dos factores de protecção (Angel, 2002).



Os objectivos da prevenção centram-se essencialmente: na capacidade de educar os indivíduos para que saibam manter “relações saudáveis”, na melhoria das condições socioculturais e na oferta de alternativas de vida mais saudável (S.P.T.T., 2002).

Normalmente pode-se distinguir três tipos de prevenção: a primária, a secundária e a terciária (S.P.T.T., 2002).

A prevenção primária surge antes das pessoas terem estabelecido um contacto com as drogas. As estratégias utilizadas, neste tipo de prevenção, baseiam-se especialmente em actividades de promoção geral, embora possa existir uma intervenção específica sobre a temática das drogas. A prevenção secundária corresponde a um conjunto de acções que se dirigem a pessoas que já tiveram um contacto com drogas. Esta prevenção tem como objectivo a diminuição até a anulação dos consumos de drogas. A prevenção terciária relaciona-se com o tratamento e reabilitação das pessoas que se tornaram toxicodependentes. O objectivo desta prevenção é reduzir as consequências adversas do consumo de drogas.

Na actualidade, considera-se que os três tipos de prevenção anteriormente mencionados correspondem a uma tipologia mais antiga, já que recentemente Marlatt & Gordon (1993) defendem a ideia de que a prevenção deve ser conceptualizada em termos da prevenção universal (dirigida à população em geral ou a sub-grupos de uma determinada população), indicada (dirigidas a indivíduos específicos, identificados como de risco “intermédio”) e selectiva (destinadas a subgrupos específicos da população geral com características de alto risco).

De um modo geral, pode considera-se que “(...) a tipologia de prevenção primária, secundária e terciária, refere-se essencialmente ao momento da evolução da condição em que as estratégias preventivas são implementadas; a tipologia da prevenção universal, indicada e selectiva focaliza o tipo de população a que as intervenções preventivas se destinam.” (Moreira, 2001, p.14).

### **Modelos de prevenção do consumo de drogas**

O carácter multidimensional e plurifactorial da toxicodependência dificulta o surgimento de uma teoria explicativa que consiga conceptualizar, de uma forma satisfatória, todas as variáveis associadas a este fenómeno (Moreira, 2001). Verifica-se, nesta linha de pensamento, que a maioria dos modelos teóricos apenas conseguem explicar, satisfatoriamente, algumas variáveis que se correlacionam com a toxicodependência. No caso de conseguirem explicar a totalidade das variáveis, não obtém um nível de consenso significativo.

Embora haja uma grande diversidade de modelos teóricos, todos eles têm em comum a identificação na breve história da prevenção das toxicodependências, de três orientações teóricas



distintas, nomeadamente, o modelo informativo-comunicacional, o modelo humanista e as perspectivas neobehavioristas (Carvalho, 1990b). O modelo informativo-comunicacional surgiu nos anos 60 e 70, atribuindo um lugar de destaque aos factores cognitivos na mudança de atitudes, isto é, o modelo valorizava a transmissão de informação sobre o uso de drogas e os seus efeitos. Nos anos 70 e 80 surgiu o modelo humanista, este modelo, por sua vez, considerava que para além da transmissão da informação é crucial ter-se em conta outras variáveis como a tomada de decisão, o papel activo dos sujeitos e a clarificação dos valores. Foi nos anos 80 e 90 que apareceu as perspectivas neobehavioristas, estas defendiam a ideia de que a aprendizagem está na base dos comportamentos e, por isso, é fundamental dotar os sujeitos de estratégias de resistência à pressão dos pares e de competências sociais.

Na actualidade, existe uma enorme panóplia de modelos, logo seria uma tarefa de esforço desmedido referir todas as teorias e os modelos existentes. Por isso, optou-se por destacar apenas algumas teorias e modelos integradores, nomeadamente, a teoria do comportamento problema – Jessor & Jessor; a teoria do comportamento de risco nos adolescentes – Jessor; a teoria da aprendizagem social de Bandura; a teoria interactiva – Thornberry; o modelo sócio-afectivo – Negreiros de Carvalho; o modelo dos factores de risco que condicionam os estilos de vida – Calafat e colaboradores; a teoria da influência triádica – Flay e Petraitis; o modelo de autocontrolo – Santacreu e colaboradores; o modelo de desenvolvimento social de Catalano – Hawkins e colaboradores.

De todas as teorias anteriormente enumeradas, iremos dar particular relevância ao modelo sócio-afectivo de Negreiros de Carvalho, pois este modelo ilustra os esforços efectuados em Portugal para desenvolver um modelo integrador da prevenção das toxicodependências. O modelo sócio-afectivo defende a ideia de que a iniciação na toxicod dependência deve ser encarada como “(...) o resultado de um sistema individual complexo, onde interagem aspectos relacionados com a individualidade e factores que têm a ver com influencias sócio-culturais e processos interpessoais específicos. Esses factores poderão conjugar-se no sentido de favorecer a emergência de uma determinada “predisposição sócio-afectiva” (predominantemente positiva ou negativa para usar drogas).” (Carvalho, 1991, p.329).

Ainda relativamente a este modelo, pode-se considerar que Negreiros de Carvalho formulou uma abordagem alternativa de prevenção das toxicod dependências, pois encara este fenómeno de uma forma holística e considera não só as variáveis individuais e as variáveis sócio-culturais mas também o processo de mudança.

## **Estratégias preventivas**

As estratégias de intervenção podem ser definidas “(...) como modos de intervenção que combinam diferentes acções em torno de um ou vários eixos e em direcção a um ou vários alvos.” (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001, p. 203). Existe um conjunto variado de estratégias preventivas, porém, apenas destacaremos algumas dessas, mais especificamente, as estratégias informativas; as estratégias educativas, as estratégias integrativas e as estratégias repressivas (Morel, et al, 2001).

As estratégias informativas procuram transmitir mensagens com o intuito de inocular novos comportamentos ou modificar os antigos. As estratégias educativas, para além da inoculação ou da aprendizagem de comportamentos através da transmissão de mensagens, fazem com que o sujeito adquira e desenvolva competências e habilidade, de modo a poder realizar a gestão de si próprio. Para tal, estas estratégias visam reforçar a confiança, auto-estima e o auto-conhecimento; oferecer alternativas; estimular a capacidade de resolução de problemas e de escolhas de opção. As estratégias integrativas prosseguem com os objectivos traçados pelas estratégias educativas, embora, neste caso, esses objectivos não sejam apenas dirigido ao indivíduo, mas também a grupos de indivíduos. Neste sentido, estas estratégias integrativas procuram instaurar e restaurar relações como incentivar a responsabilidade individual e a responsabilidade colectiva, apesar de reforçarem a consciência de cada um sobre o facto de terem poder sobre o seu meio através dos seus actos. Se todas as estratégias anteriores procuravam favorecer a aquisição de autocontrolos, as estratégias repressivas visam instaurar heterocontrolos, ou seja, interdições, limitações e constrangimentos que vêm limitar os comportamentos das pessoas sem a participação delas próprias.

Embora tenhamos apresentado isoladamente quatro estratégias preventivas, consideramos ser fundamental que as estratégias sejam multimodais, ou seja, que não negligenciem a necessidade de informar, formar, implicar ou controlar.

## **PROGRAMAS PREVENTIVOS**

Existe, tal como anteriormente tínhamos demonstrado, um vasto conjunto de teorias e de modelos explicativos, contudo, na “(...) implementação de estratégias preventivas, não se implementam teorias mas sim programas delas derivadas.” (Moreira, 2001, p.39). Um programa preventivo é um plano de actividades propositadamente organizadas de modo a alcançar determinados objectivos. Sendo assim, à “(...) semelhança do que acontece com as teorias e

modelos explicativos, existe uma grande variedade de programas preventivos que se diferenciam uns dos outros pelos conceitos teóricos que valorizam.” (Moreira, 2001, p.39).

Hansen (1992) identificou onze conceitos teóricos que são geralmente utilizados nos programas preventivos, nomeadamente, as actividades alternativas; a auto-estima; a clarificação de valores; as competências de comunicação; o compromisso; o estabelecimento de normas; a informação; o lidar com o stress; o suporte; o traçar objectivos; a tomada de decisão. As investigações levadas a cabo por Hansen (1992), indica-nos que nem todos esses conceitos teóricos são utilizados da mesma forma e/ou frequência e que os programas mais eficazes são os programas compreensivos ou integrado. Regra geral, esses programas de prevenção são interactivos, educativos e participativos e possuem diferentes espécies de estratégias.

Pelas razões sublinhadas, considera-se que os programas de prevenção das toxicodependências nas escolas deverão ser programas multimodais, isto é, que integrem um vasto número de conceitos teóricos. Se possível, esses programas de prevenção na escola deverão ser integrados nos programas curriculares, de modo a que haja um fortalecimento de factores protectores contra a toxicodependência.

### **Passos para a elaboração de um programa de prevenção**

Antes de iniciar a formulação de qualquer programa de intervenção é crucial o conhecimento dos princípios propostos pelo National Institute of Druge Abuse (2003); dos modelos teóricos como a noção de quais são os programas que tem uma maior eficácia.

De acordo com Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet (2001), a elaboração de um programa de prevenção ocorre em quatro fases.

Na primeira fase, após ter-se detectado as necessidades da realidade, procura-se delimitar e definir a população alvo. Seguidamente deverá ocorrer a formulação de um diagnóstico a essa população. É a partir deste diagnóstico que se inicia uma outra tarefa essencial nesta fase: a formulação dos objectivos. Os objectivos devem ser claros, realizáveis e avaliáveis, devem também possibilitar a legibilidade à acção e facilitar a determinação das estratégias preventivas.

A segunda fase ocupa-se com a realização de um inventário aos recursos humanos (relaciona-se com os profissionais envolvidos no projecto: número, perfil, funções e sistema de coordenação), recursos materiais (contemplam aspectos como instalações, matérias para a realização das actividades, etc) e o recurso do orçamento (deve envolver tudo aquilo que é necessário para o arranque, execução, avaliação e acompanhamento do programa). Ainda nesta fase ocorre a escolha das estratégias e dos meios de acção como procura-se encontrar um consenso entre todos os profissionais relativamente às referências éticas e teóricas, tais como, a

dimensão multifactorial do fenómeno, o respeito pelo indivíduo, os princípios próprios dos diferentes profissionais e as finalidades da intervenção.

A terceira fase corresponde, muito sucintamente, ao desenvolvimento da acção. Sendo assim, esta fase cobre, por si só, três tarefas: a planificação, a organização e a aplicação. A planificação consiste na selecção dos temas da acção, em função, por um lado das necessidades e dos objectivos fixados (primeira fase), por outro lado, da escolha das estratégias e meios de acção (segunda fase). No final desta tarefa é determinado a duração, a calendarização e o espaço geográfico onde irá realizar-se a prevenção. A organização deve possibilitar o estabelecimento de uma repartição coerente das tarefas em função de competências; facilitar a comunicação entre os participantes e valorizar a sua implicação; favorecer a produção escrita (relatórios, balanços), entre outros. A aplicação consiste na implementação das técnicas apropriadas que foram escolhidas anteriormente em função das opções estratégicas e dos recursos.

Finalmente, a quarta e última fase ocupa-se do sistema de avaliação. Este sistema de avaliação deve ser planificado desde a fase de concepção, de modo a podermos determinar se os objectivos inicialmente propostos foram alcançados ou não. Nesta última fase ocorre a medição da eficiência, eficácia e do rendimento do programa. É através da medição da eficiência do programa que pode-se verificar se a prevenção foi executada de acordo com o plano inicial. Esta medição possibilita ainda: destacar os obstáculos e os verdadeiros recursos; saber se o programa funcionou em que medida e por que razão; verificar a aceitabilidade e adesão do público-alvo, etc. A avaliação da eficácia procura determinar se o programa aplicado corresponde a um programa eficaz, ou seja, se foi um programa interactivo, educativo e participativo. Na avaliação do rendimento realiza-se um balanço entre o custo (ex: monetários e de tempo despendido) e os ganhos retirados da acção (ex: modificação de certos comportamentos, alteração de certas crença, melhoria na saúde, ou seja se houve um fortalecimento dos factores protectores em detrimento dos factores de risco).

### **Programas preventivos em Meio Escolar**

A escola é um meio privilegiado para o desenvolvimento de acções de prevenção de diversa índole, como é o caso da prevenção das toxicodependências. No entanto, a prevenção na escola apareceu apenas no final do século XIX (Morel, et al, 2001). No início e durante muitos anos a prevenção das toxicodependências incidiu sobre os adolescentes, pois o pico de consumo de drogas ocorre geralmente nessa fase da vida. Esses programas de prevenção apenas forneciam aos alunos informações acerca dos efeitos psicológicos, sociais e para saúde decorrentes do uso de drogas (Campos, 1990). De acordo com Stuart (1974), tais programas de intervenção poderiam levar ao início e/ou aumento do consumo de drogas. A consciencialização deste facto

permitiu a introdução de programas preventivos que tivessem em conta não só os factores cognitivos, mas também os factores emocionais e afectivos. A adopção deste postulado implica a introdução nos programas preventivos de actividades orientadas para a análise dos sentimentos, atitudes e valores dos alunos relativamente às toxicodependências (Carvalho, 1988, citado por Campos, 1990). No presente, defende-se ainda a ideia de que as acções e estratégias de prevenção devem realizar-se ao longo de todo o processo de desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo tendo, contudo, diferentes objectivos para cada grupo etário. A “(...) escola é um contexto privilegiado nesse processo desenvolvimental, então as estratégias preventivas em Meio Escolar deverão acompanhar o curso desenvolvimental das crianças e ser aplicadas de uma forma articulada ao longo do currículo escolar.” (Moreira, 2001, p. 80).

Doravante procuremos apresentar alguns exemplos de programas preventivos que encontram-se articulados nos diferentes graus de ensino. Iniciaremos esta apresentação nos jardins de infância, passando pelo 1º e 2º ciclo do ensino básico e terminando no 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário.

### **Intervenção em jardins de infância**

A prevenção das toxicodependências deverá iniciar-se o mais cedo possível. Sendo assim, é crucial a realização da prevenção das toxicodependências em jardins de infância. Segundo Moreira (2001), neste contexto as estratégias preventivas deverão incidir sobre o incremento de factores protectores como: estratégias de coping adaptativas; auto-estima e auto-aceitação; apreciação de experiências sensoriais e compreensão; expressão e gestão das emoções. Estas estratégias deveram também privilegiar o desenvolvimento do processo de socialização; da percepção da experiência sensorial e das necessidades pessoais; da auto-estima e auto-confiança; das competências de linguagem; da identificação; expressão e gestão das emoções; da capacidade de brincar e potenciar a criatividade e o espírito crítico.

Alguns exemplos de programas preventivos desenvolvidos em jardins de infância são: “Um jardim de infância sem brinquedos” (E.A.P.W., 1998); “Cartões de Emoções” (E.A.P.W., 1998); “Barco da vida” (E.A.P.W., 1998); “Batalha de balões” (E.A.P.W., 1998); “Caixa de espelho” (E.A.P.W. 1998); “GOSTARzinho Jogo dos Afectos” (Gonçalves, 1996).

### **1º e 2º Ciclo do Ensino básico**

Infelizmente, grande parte dos programas de prevenção da toxicodependência no ensino básico não são a continuação dos iniciados nos jardins de infância, já que a maioria desses programas de prevenção começam demasiado tarde, nomeadamente na adolescência.

Geralmente os objectivos dos programas de prevenção do ensino básico organizam-se à volta de conceitos como a: auto-estima; pressão dos pares; decisões e consequências; vulnerabilidade percebida; identificação e gestão das emoções; assertividade; clarificação de valores; aprendizagem vicariante; generalização das aprendizagens; consciência do corpo e exploração sensorial; havendo ainda uma abordagem às drogas legais e ilegais através da distinção entre factos e crenças e da atribuição de um papel activo ao sujeito na construção dos conhecimentos (Moreira, 2001).

Apresenta-se de seguida alguns exemplos de programas preventivos utilizados no ensino básico: “GOSTAR - Jogo dos Afectos” (Gonçalves, 1996); “Prevenir a brincar” (G.A.C.P.V., 1996); “Programa P.A.T.O.” (Coelho & Santos, 1998); “Crescer a brincar” (Moreira, 2001).

### **3º Ciclo do Ensino básico e Ensino secundário**

Normalmente, os programas de prevenção das toxicodependências são desenvolvidos nesta fase da vida, mais especificamente, na adolescência.

É nesta faixa etária que ocorre profundas alterações ao nível físico, cognitivo e sócio-emocional devido a um processo de maturação que implica um desenvolvimento da autonomia e da independência. A adolescência também pode-se caracterizar, entre outras coisas, por um progressivo declínio do impacto da influência dos pais e um correspondente aumento da influência da rede de pares e uma percepção de invulnerabilidade face a comportamentos comprometedores da saúde (Laufer, 2000). Tais acontecimentos fazem com que os adolescentes sejam mais vulneráveis a comportamentos de risco, como é o caso do consumo de drogas.

As estratégias preventivas para esta faixa etária são fundamentais e, usualmente, envolvem componentes de informação e a aquisição de competências sociais e interpessoais. Realça-se que a componente de informação deverá ser adaptada ao nível cognitivo-desenvolvimental, uma vez que os adolescentes tendem a manifestar uma orientação para o presente. Assim, revela-se vantajoso o foco nas consequências imediatas das drogas (Moreira, 2001).

Alguns exemplos de programas preventivos desenvolvidos no 3º ciclo do ensino básico e no ensino secundário são: “Programa de Treino de Competências de Vida – Life Style Training (LST)” (Tortu & Botvin, 1987); “All Stars – Community Program” (C.M. 2000); “Projecto STAR (Students Taught Awareness and Resistance)” (C.M., 2000); “Tu decides – Programa de educación sobre drogas” (C.M., 2000).

## O PAPEL DO PSICÓLOGO

Apesar da chegada do psicólogo às escolas ser um acontecimento relativamente recente, observa-se que a importância do seu papel e da sua participação são progressivamente reconhecidos. Deste modo, o psicólogo é parte integrante do sistema escolar sendo a sua intervenção cada vez mais solicitada.

O papel deste profissional no contexto escolar é de difícil delimitação, pois a sua intervenção situa-se entre o pólo pedagógico e o pólo psicológico (Carita, 1996). Sendo assim, é atribuído ao psicólogo escolar um vasto leque de actuação, como é o caso do apoio ao desenvolvimento do sistema de relações da comunidade educativa, do apoio psicopedagógico e da orientação vocacional. Este ainda pode aplicar ou acompanhar a execução de programas de prevenção, tal como, a prevenção das toxicodependências. Para esta actuação é indispensável o conhecimento da realidade sistémica da escola, ou seja, o conhecimento global da cultura e do clima desse contexto escolar (Carvalho, 2006).

Na prevenção das toxicodependências o psicólogo, poderá promover um conjunto de formações de modo a poder informar os professores e os pais sobre as drogas e possíveis formas de actuação sobre esta problemática. Este objectivo pode ser atingido através da realização de palestras e seminários, já que “Informar para promover o saber e a consciencialização, pode ser uma excelente forma de contribuir para evitar riscos.” (Patrício, 2007, p.67).

Salienta-se que o psicólogo não deverá trabalhar isolado da comunidade escolar, logo é fundamental que este movimente-se e interaja com os restantes agentes educativos. Pela razão sublinhada, considerar-se crucial que o psicólogo trabalhe em parceria com professores, pais e outros agentes, sem perder de vista o aluno, enquanto destinatário da intervenção (Carita, 1996).

Na realidade, o papel do psicólogo referido anteriormente é dificultado pela enorme quantidade de alunos que este tem a seu cargo. Este facto condiciona a formulação e a aplicação de programas preventivos nesse contexto. Por isso, observou-se o surgimento de programas de prevenção no contexto escolar por parte da Secretaria dos Assuntos Sociais da RAM, nomeadamente o “Plano Regional da Luta Contra a Droga”, entre outros. Nestes programas o psicólogo escolar continua a ter um papel de destaque, já que este profissional poderá supervisioná-lo e formar os agentes educativos para que possam, também estes, fazer parte integrante do plano de prevenção.



## CONCLUSÃO

O presente artigo elucidou-nos que nunca existiu uma sociedade abstémica, como também para o facto da toxicoddependência ser um fenómeno multidimensional e plurifactorial.

Com a realização deste artigo concluímos que o consumo de drogas legais e ilegais representa um problema social que assume contornos preocupantes no nosso país e, concludentemente na Região Autónoma da Madeira. Embora a extensão deste problema esteja ainda longe de uma caracterização rigorosa, é hoje consensual que os problemas relacionados com o consumo de drogas representam um dos mais sérios desafios que se coloca à nossa sociedade.

No nosso entender, uma altura positiva para iniciar um processo coerente e contínuo de prevenção primária, pode passar pelo ensino pré-escolar. Embora ainda seja uma questão bastante discutida, pensamos que a prevenção deve ter início o mais cedo possível, isto porque a idade de iniciação no consumo de substâncias psicoactivas é cada vez mais precoce.

Advogamos a ideia de que as acções/estratégias de prevenção primária devem ser realizadas ao longo de todo o processo de desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo tendo, contudo, diferentes objectivos para cada grupo etário. Estes objectivos passariam pela promoção do auto-conceito, auto-confiança e auto-estima (numa fase inicial) e pela informação sobre os riscos/consequências das substâncias (numa fase mais tardia), entre outros, tendo sempre em mente a minimização dos factores de risco e a maximização dos factores de protecção. Nesta sequência, consideramos que a escola é um lugar de excelência para a realização deste tipo de intervenção. Contudo, defendemos que a intervenção, não pode e não deve passar por acções isoladas, mas sim por actividades englobadas no currículo escolar dos diferentes ciclos de escolaridade.

Por fim, pensamos ainda ser importante as dificuldades sentidas na realização deste artigo. Uma das grandes obstáculos encontradas relacionam-se com a gigantesca dificuldade, por nós sentida, para aceder a um programa de prevenção realizados no presente e até mesmo no passado na Região Autónoma da Madeira.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angel, P. (2002). Prevenção. In P. Angel, D. Richard & M. Valleur (Ed), *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Becoña, E. I. (1999). *Bases Teóricas que sustentam los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional Sobre Drogas.

Bry, B.H. (1996) Psychological approach to prevention. In W. K. Bickel (Eds.), *Drugs policy and human nature – psychological perspectives on the prevention, management, and treatment of illicit drugs abuse*. Nova Iorque: Plenum Press.

C.M. – Comunidad de Madrid. (2000). *Catálogo de programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Consejería de Sanidad – Agencia Antidroga.

Carita, A. (1996). O Psicólogo na escola: factores condicionantes e sentido geral da intervenção. *Análise Psicológica*, 1 (XIV), 123-128.

Carvalho, J. N. (1990A). Comportamento desviante. In B. P. Campos (Ed.), *Psicologia do desenvolvimento e educação dos jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, J. N. (1990B). Programas de Prevenção sobre Drogas: Modelos e Resultados. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 6, 41-53.

Carvalho, J. N. (1991). *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação científica.

Carvalho, R. G. G. (2006). Cultura global e contextos locais: a escola como instituição possuidora de cultura própria. *Revista Iberoamericana de Educación*, vol.39,nº2.

Coelho, M. & Santos, H. (1998). *P.A.T.O.*. Lisboa: Projecto Vida.

E.A.P.W. - European Addiction Prevention Week (1998). *Addiction prevention at the Kindergarten*. Viena: Information Centre for Addiction Prevention.

G.A.C.P.V. – Gabinete do Alto Comissário para o Projecto a Vida. (1996). *Prevenir a Brincar*. Gabinete do Alto Comissário para o Projecto a Vida.

Gonçalves, G. (1996). *GOSTARzinho – jogo dos Afectos*. Gostar Edições.

Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention. *Health Education research*. 7, 403-430.

I.P.D.T. - Instituto Português de Droga e Toxicoddependência. (2001). *Inquérito Nacional em Meio Escolar*. Programa de Estudos em Meio Escolar do Núcleo de Investigação do I.P.D.T..

Jaffe, J. (1980). Drug addiction and druge abuse. In L.S. Goodman & A. Gilman (Eds.), *The pharmacological basic of therapeutics*. New York: Milan.

Laufer, M. (2000). *O adolescente suicida*. Lisboa: Climepsi.

Marlatt, A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção a recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Melo, R. A. (2000). Metodologias de Intervenção na Prevenção Primária da Toxicoddependência. *Toxicoddependências*, 6, 49-57.

Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Coimbra: Quarteto Editora.

Morel, A., Boulanger, M., Hervé F. & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.

N.I.D.A. – National Institute of Drug Abuse. (2003). Preventing drug use among children and adolescents – a research-based guide. National Institute of Drug Abuse and National Institute of Health.

Negrão, F. (2004). Conhecer para prevenir: aspectos ligados ao consumo de álcool. *Medicina e Saúde*. 78, 18-19.

Patrício, L. (2007). *Droga - aprender para prevenir*. Lisboa: Ulmeiro.

S.P.T.T. – Serviço de Prevenção e Tratamento da toxicoddependência. (1999). *Informação geral para prevenção das toxicoddependências*. Serviço de Prevenção e Tratamento da toxicoddependência.

Soares, I. (2000). Introdução à psicopatologia do desenvolvimento: questões teóricas e práticas. In I. Soares, (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto.

Stuart, R. (1986). Teaching facts about drougs: Pushing or preventing?. *Jornal of Education Psychology*. 66, 189-201.

Tortu, S. & Botvin, G. (1987). *School-based smoking prevention: factores effective provider training.*