



**LINHAS DE ORIENTAÇÃO PARA O DESENHO DA INTERVENÇÃO  
PREVENTIVA NO CONSUMO DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS**

Linhas de Orientação para a o Desenho da Intervenção Preventiva no Consumo de Substâncias Psicoactivas Lícitas e Ilícitas

Joana Carvalho e Paula Frango

Instituto da Droga e da Toxicodpendência

Núcleo de Prevenção - Departamento de Intervenção na Comunidade

Coordenação: Mário Martins

Praça de Alvalade, n.º 7 \* 1700-036 Lisboa

Tel. 21 111 91 11 \* Fax. 21 111 27 93

E-mail: [joana.carvalho@idt.min-saude.pt](mailto:joana.carvalho@idt.min-saude.pt); [paula.frango@idt.min-saude.pt](mailto:paula.frango@idt.min-saude.pt)

Novembro de 2011

Este documento é de domínio público podendo ser reproduzido apenas para fins não comerciais, não sendo necessário solicitar autorização a estes serviços para a sua reprodução. Quando utilizado agradece-se a sua referência.

## PREFÁCIO

A prevenção, enquanto dimensão do conhecimento científico, ganhou um grande impulso na última década, pelo que, pensar a intervenção preventiva e promover a sua qualidade e eficácia é um desafio que passa pela actualização permanente de conhecimentos e pela sistematização de políticas e práticas fundamentadas nessa evidência.

A avaliação da intervenção preventiva levada a cabo pelo IDT, I.P. no final de 2004, apontou para a imprescindibilidade de organizar e dar suporte a abordagens e respostas de maior rigor, intencionalidade e baseadas na evidência científica. Nesse sentido, e no âmbito do Plano Nacional contra a Droga e as Toxicodependências – Horizonte 2012 e dos respectivos Planos de Acção, foi promovido, na área da missão da prevenção, o Programa de Intervenção Focalizada. O programa, criado, implementado e avaliado entre 2006 e 2010, constituiu-se como um conjunto de 23 projectos de prevenção de carácter selectivo para famílias, crianças e jovens vulneráveis e indivíduos com padrões de consumo de substâncias psicoactivas em contextos recreativos. O Programa de Intervenção Focalizada assentou num sistema de selecção baseado em critérios de qualidade e evidência científica e foi implementado através de um sistema de monitorização e avaliação estruturados, com os quais se pretendeu promover o aumento da qualidade da intervenção preventiva e o retorno eficiente dos meios afectos.

Na sequência da experiência acumulada e da avaliação do Programa de Intervenção Focalizada, e do enquadramento técnico-científico actual em matéria de prevenção, são agora lançadas as **Linhas de Orientação para a Intervenção Preventiva no Consumo de Substâncias Psicoactivas Lícitas e Ilícitas**. Este documento pretende sistematizar as dimensões essenciais para o desenho da intervenção em prevenção do consumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas e das dependências e foi criado com o objetivo de orientar as equipas de prevenção do IDT, I.P. e todos os técnicos que desenvolvem a sua intervenção nesta área.

Consideramos que ao se introduzir no desenho das intervenções e na sua implementação, as orientações que são propostas e outras que se venham a considerar

pertinentes, contribuiremos para a melhoria da qualidade das actividades de prevenção e também para a obtenção de resultados que, nos próximos anos, se traduzam num menor uso de substâncias psicoactivas e em mais saúde dos indivíduos e comunidades, promovendo simultaneamente uma melhor e mais eficaz gestão dos escassos recursos de que dispomos.

Mário Martins

Responsável do Núcleo de Prevenção

## ÍNDICE

Introdução.....	6
Princípios Orientadores para a Intervenção Preventiva.....	15
Desenho de um Projecto .....	18
1.1 Avaliação das Necessidades .....	19
1.2 Identificação dos recursos .....	20
1.3 Grupo-Alvo .....	21
1.4 Metas e objectivos .....	22
1.5 Modelo Teórico.....	23
1.6 Componentes.....	24
1.7 Definição de um Cronograma .....	26
1.8 Avaliação .....	27
Princípios Orientadores para a Intervenção Preventiva com Grupos Vulneráveis .....	41
Glossário .....	49
Lista de Sítios de Referência na Internet.....	53
Referências Bibliográficas.....	59

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos registou-se globalmente, na área da prevenção do consumo de substâncias psicoactivas e das dependências, a necessidade e preocupação de se desenvolverem políticas e intervenções baseadas em evidência científica, que contribuam de forma consistente para o aumento da promoção da sua qualidade e eficácia de resultados nos grupos-alvo.

A Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga e Toxicodependência 2005-2012, no que se refere à Redução da Procura, preconiza a necessidade de prevenir o início do consumo de substâncias psicoactivas, intervindo precocemente nos padrões de consumo de risco de substâncias psicoactivas, de modo a evitar que o uso experimental se torne regular, e ainda no policonsumo, designadamente na associação de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas. É recomendado que a redução quantificável do uso de substâncias psicoactivas, da dependência e dos riscos de saúde e sociais associados, deverá ser promovida através de um sistema de respostas integrado e multidisciplinar, baseado no conhecimento científico, que inclua para além das medidas de prevenção e de intervenção precoce, o tratamento, a redução de danos, e a reabilitação e reintegração social. É ainda assumido que, as medidas conducentes à operacionalização destes objectivos requerem a cooperação e a coordenação entre organismos com responsabilidades públicas, profissionais, peritos, organizações não governamentais, sociedade civil e as comunidades locais, assim como consultadoria adequada através de centros científicos e outros. A Estratégia preconiza ainda que os Estados Membros devem proceder de modo a que a avaliação seja parte integrante das políticas e intervenções nesta matéria.

À semelhança da União Europeia, Portugal estabeleceu um Plano Estratégico Nacional contra as Drogas e as Toxicodependências para o período 2005-2012, operacionalizado

pelo Instituto da Droga e Toxicoddependência - IDT, I.P. em duas fases: 2006 a 2008 e 2009 a 2012. O IDT, I.P prossegue desde então no eixo redução da procura, uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicoddependência e, desde 2008, alargada aos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), alicerçada na prevenção e dissuasão dos consumos, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção social, tendo como resultado a atingir a “Redução quantificável do consumo de drogas, da toxicoddependência, dos riscos para a saúde e dos riscos sociais relacionados com as drogas,” e, no que se refere ao vector prevenção “Aumentar a qualidade da intervenção preventiva através do reforço da componente técnico-científica e metodológica”, tal como “aumentar a abrangência, a acessibilidade, a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção”.

De acordo com os estatutos do IDT, I.P. e com o seu regulamento interno, faz parte das competências do Núcleo de Prevenção “apoiar a implementação das políticas nacionais de luta contra a droga, o álcool e as toxicoddependências e apoiar a sua avaliação nas áreas da prevenção (...) e definir as linhas de orientação técnica para a intervenção preventiva, o acompanhamento, a monitorização e a avaliação de programas e projectos (Portaria n.º 648/2007, de 30 de Maio e Despacho normativo n.º 51/2008, de 1 de Outubro de 2008).

O trabalho que foi desenvolvido pelo IDT, I.P. entre 2005 e 2010 no sentido de operacionalizar o Plano Estratégico Nacional no âmbito da prevenção passou, entre outras medidas, pela implementação do Programa de Intervenção Focalizada. O programa foi desenhado com o objectivo de aumentar o número de intervenções preventivas baseadas em evidência científica, através do incremento de intervenções preventivas de **carácter selectivo** nos grupos-alvo **famílias, crianças e jovens vulneráveis** e **indivíduos com padrões de consumo de substâncias psicoactivas em contextos recreativos**, grupos então considerados como prioritários para a intervenção e com pouco investimento anterior. Pretendeu-se ainda implementar um sistema estruturado de selecção, monitorização e avaliação de projectos baseado em critérios de qualidade e eficácia (Portaria n.º 1089/2006 de 11 de Outubro; Alves et al., 2006).

O Programa de Intervenção Focalizada consubstancia-se nas recomendações que indicam que a intervenção preventiva deverá basear-se no investimento na pesquisa teórica e metodológica, na procura da qualificação e eficácia da intervenção, baseando-a na evidência científica, no ensaio de novas estratégias e metodologias, na utilização dos recursos tecnológicos disponíveis, na gestão efectiva e eficaz dos recursos financeiros, no trabalho em equipa e multidisciplinar e no acompanhamento centrado numa abordagem e relação de proximidade com as equipas que implementam e desenvolvem as intervenções localmente. Globalmente, considerando os objectivos e os pressupostos definidos para o programa e a sua avaliação de resultados, verificou-se que as intervenções desenvolvidas contribuíram para o desenvolvimento de competências nos grupos-alvo para lidar com o uso de substâncias psicoactivas e para o conhecimento sobre os seus efeitos. O programa permitiu, ainda, ensaiar e testar um modelo de selecção, monitorização e avaliação de projectos que se revelou eficaz na promoção da qualidade das intervenções (Carvalho & Frango 2010).

A Direcção-Geral da Saúde (DGS) recomenda aos organismos que funcionam sob a tutela do Ministério da Saúde a emissão de directrizes e recomendações, com o objectivo de estimular o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde e controlo da doença, assim como na promoção e protecção da saúde, contribuindo para a normalização e definição de critérios promotores de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional. Segundo a DGS, estas directrizes e orientações são entendidas como: a) normas de natureza clínica ou organizacional, ou tendentes à promoção e protecção da saúde pública, baseadas em evidência científica ou consenso de peritos, que impõem a adopção ou a abstenção de um determinado comportamento, metodologia ou prática; b) orientações, enquanto recomendações sistematizadas, incluindo as de carácter informativo (Decreto-lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro; Despacho n.º 24/2010).

Assim, na sequência do trabalho globalmente desenvolvido no âmbito da área de missão da prevenção pelo IDT, I.P., no âmbito do referido Plano de Acção, nomeadamente os

resultados obtidos com o Programa de Intervenção Focalizada e das indicações relativas à importância da criação de directrizes e recomendações para os serviços, são criadas as.

## **A Intervenção Preventiva**

A Intervenção Preventiva tem como objectivo fornecer aos indivíduos e/ou a grupos específicos informação e competências necessárias para lidarem com o risco associado ao consumo de substâncias psicoactivas. As estratégias preventivas destinam-se à população geral, a subgrupos e a indivíduos e aplicam-se nos domínios do indivíduo, da família, da escola e da comunidade (IOM, 1994).

A prevenção e a promoção da saúde mental deve contemplar a presença de factores protectores/indicadores positivos para além dos indicadores de doença mental (Keyes, 2006; World Health Organization [WHO], 2004).

Os modelos compreensivos e de influência social indicam que existem factores de risco e de protecção que influenciam as atitudes e os comportamentos dos sujeitos em relação ao consumo de substâncias psicoactivas. Estes factores, de natureza biológica, psicológica e social, são internos ou externos aos indivíduos e atravessam os vários domínios da sua vida. Na interacção/influência entre estes factores, assumem particular importância, no desenvolvimento ou não de comportamentos de consumo, a vinculação familiar e escolar, a influência dos pares e a resiliência (Jessor, Turbin & Costa, 1998; Iglesias, 2002; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2002).

No que se refere à prevenção do consumo de substâncias psicoactivas, o Institute of Medicine (IOM) com base nos modelos compreensivos e de influência social, preconiza que a intervenção preventiva deve ser operacionalizada através da avaliação do risco

dos indivíduos para o consumo de substâncias psicoactivas, tendo proposto um modelo operacional para o desenho das intervenções preventivas que contempla os níveis: universal, selectiva e indicada (IOM, 1994, 2009).

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

A **prevenção selectiva** é dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas identificadas como de risco para o consumo de substâncias psicoactivas. O risco é avaliado em função dos factores que o grupo apresenta em relação ao abuso de substâncias, não sendo avaliado o grau de risco individual. Os programas de prevenção selectiva são de média ou longa duração, variam no tipo e estrutura e os componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências.

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

Segundo o Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (OEDT) verifica-se a necessidade de, ao nível Europeu, continuar a caminhar no sentido de garantir a qualidade e a eficácia da intervenção preventiva das toxicodependências, baseando-a na

evidência científica e em **critérios de qualidade** que se constituam como orientadores para o cumprimento desse objectivo. Os critérios de qualidade são princípios ou conjuntos de regras consensualmente aceites que sistematizam e indicam qual o melhor ou mais apropriado modo de pensar e implementar e avaliar uma intervenção. Os critérios incluem aspectos formais e metodológicos que se prendem com o desenho de uma intervenção e a dimensões estruturais relativas à sua implementação e avaliação (EMCDDA, 2010).

Nesse sentido, no âmbito da Comissão Europeia (CE), foi desenvolvido um projecto que reuniu um grupo de instituições de vários países europeus com o objectivo de sistematizar um conjunto de critérios de qualidade para a intervenção preventiva na Europa - “European Drug Prevention Quality Standards”- através da revisão da literatura nas diversas matérias subjacentes à prevenção das toxicodependências, das experiências fundamentadas e validadas cientificamente, das “boas práticas” existentes nos diversos países e ainda da consulta de peritos. O documento resultante do projecto constitui-se como uma ferramenta útil destinada a todos os profissionais e interessados pela área da prevenção e fornece orientações para a intervenção preventiva no que se refere ao desenho, desenvolvimento, implementação e avaliação da intervenção em prevenção das toxicodependências (The Prevention Standards Partnership, Brotherhood & Sumnall, 2010).

Do ponto de vista metodológico, quer o OEDT, quer a CE, no âmbito dos *Quality Standards*, recomendam o Modelo Lógico como a metodologia preferencial para o desenho de projectos, na medida em que se tem revelado facilitadora da definição de intervenções com resultados positivos para os grupos-alvo (EMCDDA, 2010; W.K. Kellogg Foundation, 2004; Chinman, IMM & Wandersman, 2004).

### **Objectivos das Linhas Orientadoras**

As Linhas Orientadoras que constituem este documento foram concebidas com o objectivo de fornecer directrizes e recomendações sistematizadas que permitam auxiliar os profissionais no desenho, implementação e avaliação de intervenções no âmbito da

promoção da saúde e prevenção do consumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas. Contudo, as orientações que são propostas, não excluem outras dimensões para a intervenção que se venham a considerar pertinentes. Este guia foi também elaborado com o objectivo de fornecer directrizes que promovam uma certa homogeneidade de práticas e ainda qualidade e eficácia na intervenção promovida e levada a cabo pelo IDT, I.P. no âmbito da área de missão da prevenção.

### **Estrutura e Destinatários das Linhas Orientadoras**

O presente guia define orientações no que concerne ao **desenho e implementação** de projectos no âmbito **da promoção da saúde e prevenção do consumo de substâncias psicoactivas e dependências**, destinando-se a **todos os técnicos e profissionais que desenvolvam a sua actividade nestas áreas**.

Numa primeira parte são enunciados aqueles que se podem considerar princípios gerais para a intervenção preventiva do consumo de substâncias psicoactivas e dependências. Numa segunda parte são enunciados e descritos os elementos essenciais para o desenho e avaliação de projectos. Por último, é apresentada uma sistematização dos princípios mais importantes a ter em conta na intervenção com alguns grupos vulneráveis, nomeadamente aqueles que foram objecto da intervenção do Programa de Intervenção Focalizada: **famílias e crianças e jovens vulneráveis e indivíduos com padrões de consumo frequentadores de contextos Recreativo**.

O guia contém ainda um **glossário** com descrições e definições dos termos técnicos e metodológicos utilizados, tendo como objectivo clarificar e ajudar à compreensão da informação contida ao longo do texto.

Na concepção do documento, procurou-se integrar os aspectos mais importantes no que se refere ao desenho, implementação e avaliação das intervenções recomendados pelo OEDT, enunciados nos “European drug prevention quality standards”, assim como outras dimensões relevantes provenientes da revisão da literatura científica e metodológica actual em matéria de prevenção dos consumos de substâncias psicoactivas e dependências e, ainda a experiência obtida nos últimos anos com a intervenção

desenvolvida pelo IDT, I.P. com outras entidades. Trata-se de uma síntese que requer, para um maior aprofundamento e conhecimento sobre as temáticas abordadas, a consulta da bibliografia que lhe está subjacente, assim como pesquisa específica e adicional, sempre que cada profissional ou equipa tiver em mãos a tarefa de levar a cabo e avaliar uma intervenção. Nesse sentido, no final do documento consta uma selecção de bibliografia e de sítios de referência na internet.

**Palavra-chave:** prevenção; intervenção eficaz; desenho de projectos; avaliação.

**Destinatários:** técnicos de entidades singulares ou colectivas públicas ou privadas que intervêm na área da intervenção preventiva do consumo de substâncias psicoactivas e das dependências.



## PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A INTERVENÇÃO PREVENTIVA

O desenho e planeamento de um projecto de intervenção preventiva do consumo de substâncias psicoactivas, deve considerar princípios orientadores que assentam nas revisões actuais sobre a eficácia das intervenções preventivas nos seus diferentes níveis (NIDA, 1997; The Prevention Standards Partnership, Brotherhood, A. & Sumnall, HR 2010; Hawkins et al., 2002; Oetting et al., 1997; Carvalho & Frango, 2010), nomeadamente:

- Basear-se num enquadramento conceptual que assente na avaliação dos factores de risco e de protecção das populações e na promoção de recursos internos e externos;
- Abranger todos os tipos de uso/abuso de drogas quer individualmente quer em conjunto, incluindo o consumo precoce e/ou inapropriado de substâncias lícitas ou ilícitas;
- Integrar e adaptar programas baseados em evidência<sup>1</sup> que respondam às necessidades através de planeamento estratégico, avaliação e melhoria contínua;
- Privilegiar uma abordagem compreensiva perante a saúde e o funcionamento social, ou seja, dirigir-se a diferentes aspectos da vida individual e incluir vários domínios da sua vida: famílias, pares, escolas e comunidades como parceiros para atingir múltiplos resultados;
- Recorrer a diferentes componentes (ex. conhecimento, competências sócio-emocionais);

---

<sup>1</sup> Programas baseados em evidência-científica - São programas que obedecem a um conjunto de critérios rigorosos que incluem a eficácia demonstrada em avaliações científicas realizadas através de metodologias de controlo aleatório ou desenho quase-experimental; grandes estudos longitudinais ou múltiplas replicações (resultados que demonstram generalização para populações diversas); e efeitos significativos e sustentados nos resultados atingidos. Os efeitos têm de ser suficientemente grandes para se esperar que o programa possa resultar em mudanças efectivas nos grupos-alvo. Além do mais, os resultados devem ser sustentados para além da pós-intervenção imediata no sentido de manter resultados de longo prazo.

- Adotar metodologias atractivas e agradáveis para os participantes, desenhadas de forma imaginativa e inovadora através do equilíbrio entre metodologias interactivas e didácticas; proporcionar oportunidades para acções em grupo e individual;
- Promover o desenvolvimento de indivíduos saudáveis e comprometidos, através da aquisição de competências sócio-emocionais, da potenciação dos factores de protecção, diminuição/redução dos factores de risco;
- Promover a descoberta e a consciencialização dos recursos individuais dos participantes, orientado para a promoção das forças dos participantes;
- Assentar na construção de relações positivas com os participantes através de uma intervenção que:
  - valoriza as suas experiências e reconhece as suas dificuldades;
  - adopta abordagem inclusiva e respeitadora da diversidade (exemplo de aspectos a considerar: género, cultura, necessidades de literacia, diferenças socioeconómicas);
  - possibilita aos participantes experienciar a intervenção como significativa, produtiva e relevante;
  - prevê o envolvimento de pessoas-chave para os participantes (ex. pais das crianças em idade escolar);
- Integrar-se na comunidade sempre que for adequado;
- Ser de longo prazo, adequado às fases do desenvolvimento, para idades específicas, culturalmente apropriado aos grupos-alvo e adaptado às suas características (idade, género, etnicidade);
- Ser composto por equipas técnicas com experiência para implementar os projectos de forma efectiva, assim como criar condições para formar e fornecer suporte técnico e interpessoal às mesmas;
- Estruturar-se a partir do Modelo Lógico reflectindo a coerência entre os vários componentes e consistente na sua abordagem prática;

- Garantir uma intensidade regular, aumentando a sua frequência ao longo do tempo de implementação do projecto;
- Prever a repetição de acções após um determinado período (ex. as sessões de reforço nas abordagens de desenvolvimento de competências).

## DESENHO DE UM PROJECTO

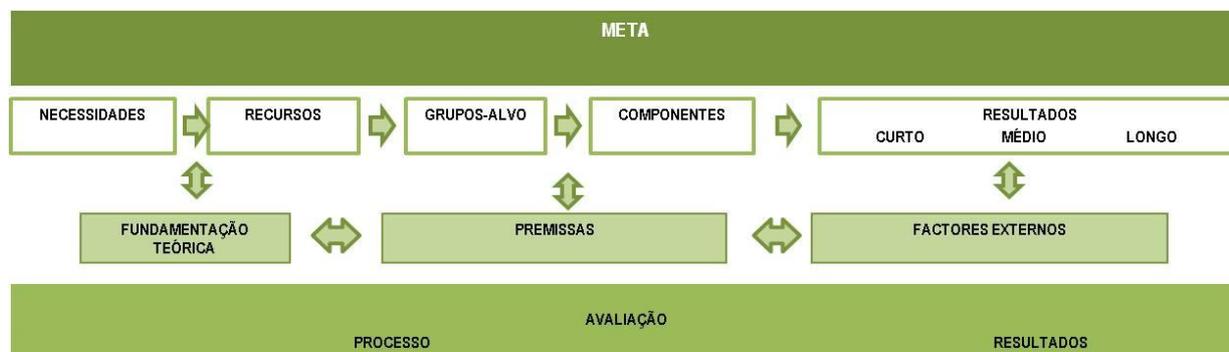
O desenho de um projecto, especialmente na área da prevenção, deverá ser baseado no Modelo Lógico, uma vez que este permite a demonstração gráfica da inter-relação coerente das componentes que o constituem (necessidades, recursos, grupos-alvo, estratégias e resultados) (W.K. Kellogg Foundation, 2004; EMCDDA, 2010; Taylor-Powell & Henert, 2008), contribuindo para a eficácia da intervenção. Através da experiência de aplicação desta metodologia no âmbito do Programa de Intervenção Focalizada constatou-se que foi uma ferramenta muito facilitadora, quer no desenho inicial, quer dos ajustamentos que foi necessário implementar no âmbito da operacionalização e da avaliação do programa (Carvalho & Frango, 2010).

### ***O que é o Modelo Lógico?***

- ⊙ *é uma forma sistemática e gráfica para representar e compreender as relações entre os diferentes elementos de um projecto.*
- ⊙ *assenta em determinadas premissas que traduzem a forma como o projecto vai funcionar e prevê a existência de factores externos que poderão influenciar a implementação do projecto.*
- ⊙ *possibilita a integração do planeamento, da gestão e da avaliação de uma forma mais rigorosa e sistematizada, permitindo verificar se as metas definidas são ou não atingíveis.*

Taylor-Powell & Henert, 2008

Tendo por base as orientações definidas nos manuais de referência sobre o desenho de modelo lógico (The Prevention Standards Partnership, Brotherhood & Sumnall, 2010; Taylor-Powell & Henert, 2008; Chinman, IMM, & Wandersman, 2004), na sua construção devem ser consideradas as seguintes dimensões:



## 1.1 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

Para a **AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO** da comunidade ou ambiente onde o projecto vai ser desenvolvido **devem ser tidos em conta os seguintes aspectos:**

- Desenho de um plano de recolha de dados:
  - Seleccionar os factores/dimensões a avaliar;
  - Identificar os indicadores a medir;
  - Seleccionar os métodos de recolha de dados (dados já existentes, dados qualitativos, novos dados quantitativos...);
  - Identificar as fontes de recolha de dados;
  - Identificar o responsável pela recolha de dados.
- Na selecção dos factores/dimensões a avaliar:
  - Recolha de informação sobre os problemas macro da área de intervenção;
  - Avaliação da importância desses problemas para os diferentes elementos da área de intervenção (ex. pais, jovens, prestadores de serviços, políticos, etc.);
  - Avaliação dos factores de risco – individuais, familiares, escolares, comunitários – que contribuem para os problemas identificados;
  - Avaliação dos factores de protecção que permitem fazer face aos problemas identificados;

- Recolha de informação sobre o uso de substâncias psicoactivas: tipo de substâncias psicoactivas, incidência e prevalência, rácio do uso (últimos 30 dias, último ano, ao longo da vida), proporção dos não utilizadores de substâncias psicoactivas, entre outros;
  - Recolha de informação sobre padrões e tendências de uso de substâncias psicoactivas: frequência do uso, circunstâncias do uso, funções do uso, idade de iniciação, frequência (ocasional, regular) nos grupos de risco;
  - Análise da influência das dinâmicas locais na resolução do problema através da identificação dos recursos existentes na área de intervenção que já actuam junto da população alvo.
- Depois de recolhida a informação, devem ser descritas as necessidades principais da população e se possível com dados quantitativos. Esta descrição deve:
    - Basear-se na avaliação de necessidades;
    - Incluir uma estimativa dos custos associados com o (potencial) problema;
    - Identificar os subgrupos ou espaços específicos;
    - Equacionar o futuro sem intervenção face às necessidades identificadas;
    - Identificar a utilidade do projecto e o custo-eficácia esperado.

## 1.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS

Identificação dos recursos técnicos, financeiros e logísticos que estão disponíveis para a implementação do projecto.

### 1.3 GRUPO-ALVO

Na identificação e caracterização do **GRUPO-ALVO**, devem ser tidas em conta as necessidades identificadas através da apresentação de informação sobre os seguintes aspectos:

- Mapeamento dos factores de risco e de protecção no grupo-alvo:
  - Os factores de risco e de protecção são diferenciados de acordo com as características do grupo-alvo (idade, sexo, cultura, vulnerabilidade) e com as problemáticas associadas (saúde mental, sexo, cultura, etnicidade, ambiente);
  - É avaliado o impacto de determinantes da saúde (individuais, biológicos, genéticos e psicológicos);
  - É avaliado o nível de risco/protecção da comunidade (índice de consumo, disponibilidade de substâncias psicoactivas, rede estrutural de suporte, normas e atitudes face ao consumo, entre outros);
  - É estimada a força dos factores de risco e de protecção (são quantificados e qualificados em termos da sua relevância para o uso de substâncias psicoactivas – relevância para o nível individual, familiar, pares, escola, local de trabalho e comunidade);
  - Os factores de risco e protecção semelhantes são agrupados (genéticos, biológicos, sociais, psicológicos, familiares, contextuais, educacionais, económicos, culturais);
  - É especificado o nível de risco do grupo-alvo (ex. risco elevado de iniciar o consumo de substâncias psicoactivas precocemente).
- São distinguidos os factores que podem ser modificados pela intervenção daqueles que não são modificados. Os factores que forem alvo de intervenção devem ser explicitados no modelo lógico;
- São identificados os factores de risco e os factores de protecção com maior probabilidade de influenciar o uso/abuso de substâncias, tendo em conta os recursos e o tempo disponíveis.

## 1.4 METAS E OBJECTIVOS

Os objectivos definem as mudanças que se espera que ocorram com a intervenção e devem ser equacionados ao nível (Chinman, IMM, & Wandersman, 2004):

- **Conhecimento:** o que é que os participantes aprendem ou sabem sobre um assunto (ex. estratégias eficazes para definir limites aos adolescentes);
- **Atitudes:** como que é que os participantes se posicionam face à questão em análise (ex. atitudes face ao uso de substâncias psicoactivas);
- **Competências:** que competências devem ser desenvolvidas pelos participantes para prevenir o consumo de substâncias psicoactivas (ex. tomada de decisão, supervisão parental);
- **Comportamentos:** que comportamentos devem ser mudados pelos participantes (ex. redução do uso de substâncias psicoactivas).

A formulação dos objectivos deve assegurar que estes sejam:

- específicos, realistas e mensuráveis:
  - especificar qual a mudança esperada (traduzir como é os participantes mudarão ao longo da intervenção e para além dela);
  - quantificar a mudança pretendida;
  - definir em que grupo a mudança é esperada;
  - definir para quando se espera que a mudança ocorra (curto, médio e longo prazo).
- baseados na identificação das necessidades e nas características dos grupos-alvo;
- em benefício dos grupos-alvo;
- baseados no modelo teórico (que orienta a identificação dos factores que devem ser trabalhados);
- acordados entre os técnicos que desenvolvem a intervenção e os grupos-alvo;

- reflectir uma mudança sustentável (são preferidas as mudanças a longo prazo em detrimento dos ganhos a curto prazo);
- ter especificadas as variáveis mediadoras (ex. conhecimento, atitudes, factores de risco e de protecção, crenças normativas).

## 1.5 MODELO TEÓRICO

O modelo teórico que sustenta a intervenção deve:

- ser baseado na evidência;
- ser aceite na comunidade científica;
- traduzir a teoria da mudança<sup>2</sup>, ilustrando os mecanismos causais para alcançar os resultados esperados (como é que os resultados esperados podem ser alcançados com o grupo-alvo);
- permitir compreender como é que o comportamento pode ser alterado;
- ser ajustado ao grupo-alvo, à intervenção definida e ao contexto.

---

<sup>2</sup> A teoria da mudança é a descrição sobre como e porquê um conjunto de actividades conduzem a resultados a curto médio e longo prazo durante um período específico de tempo." (Anderson, 2000)

## 1.6 COMPONENTES

A selecção das componentes alvo da intervenção deve ter por base as prioridades identificadas, os recursos disponíveis, as características dos grupos-alvo, os objectivos e os resultados esperados.

De acordo com a literatura, as principais componentes que concorrem para a prevenção do consumo de substâncias psicoactivas são as seguintes (ver definições no Glossário):

- Competências pessoais
- Competências sociais
- Vinculação escolar
- Vinculação familiar
- Competências de inter-relação pais/ filhos
- Competências de relação intra-familiar
- Competências parentais/ práticas parentais
- Conhecimento sobre substâncias psicoactivas e riscos associados à sua utilização
- Conhecimento sobre outros temas ligados à saúde (ex. sexualidade, nutrição, exercício físico, espiritualidade)
- Outras

Para a operacionalização das componentes seleccionadas poderá ser desenhado um programa ou poderá ser utilizado/adaptado um já existente, que vá ao encontro das necessidades identificadas. Se for este o caso devem ser tidos em conta os seguintes factores:

- Deve ser dada preferência a programas “modelo”<sup>3</sup>;
- Existência de evidência sobre os benefícios e desvantagens do programa (ex. devem ser escolhidos aqueles que apresentem uma maior dimensão de efeito,

---

<sup>3</sup> Programas modelo são programas baseados na evidência científica qualificados como eficazes e estão em disponíveis para serem aplicados e disseminados, com o apoio e acompanhamento das pessoas que os desenvolveram e assim como outros que funcionem como consultores (Chinman, IMM, & Wandersman, 2004).

ou seja, aqueles que demonstram resultados positivos da sua aplicação em diferentes contextos );

- Demonstração da sua eficácia;
- Identificação de eventuais efeitos negativos ou iatrogénicos, no caso de existirem;
- Adequação às necessidades, à idade e às características do estágio de desenvolvimento dos participantes;
- Adequação ao contexto seleccionado;
- Adequação ao idioma dos participantes;
- Deve ser garantido um equilíbrio entre a adaptação e a fidelidade;
- O modelo teórico do programa deverá ser compatível com o modelo da intervenção definida;
- Os resultados do programa deverão coincidir com os objectivos da intervenção definida;
- Os recursos necessários deverão ser compatíveis com os recursos disponíveis (ex. avaliar se existem recursos financeiros suficientes e conhecimento sobre os métodos de aplicação);
- Adequação da duração, da frequência e das metodologias de intervenção;
- O número de participantes por acção;
- Os autores do programa deverão estar identificados.

## 1.7 DEFINIÇÃO DE UM CRONOGRAMA

O cronograma do programa de intervenção deve:

- Ser claro e compreensível;
- Ser coerente;
- Traduzir a sequência das acções;
- Distinguir as acções de logística, intervenção com os grupos, acções de monitorização e de avaliação;
- Traduzir a progressão da implementação;
- Traduzir a adequação da duração e frequência das acções para alcançar os objectivos;
- Incluir um período de teste no caso de uma intervenção piloto;
- Incluir um período de adaptação no caso da aplicação de um programa já existente.

## 1.8 AVALIAÇÃO



O desenho do plano de avaliação deve ter por base o modelo lógico definido para o projecto e a sua teoria de mudança subjacente, e neste sentido deve contribuir para (W. K. Kellogg Foundation, 1998):

- Ajudar no planeamento, no arranque do projecto e na sua implementação, assim como na documentação sobre a sua evolução ao longo do tempo (avaliação de processo/implementação);
- Avaliar os resultados a curto, médio e longo prazo (avaliação de resultados).

Na sua formulação o plano de avaliação de processo e de resultados do projecto deve obedecer aos seguintes **critérios de qualidade**:

- ⊙ **Utilidade**
  - Até que ponto o plano de avaliação é útil para a equipa do projecto e para aqueles que estão envolvidos e interessados no processo de avaliação (grupo-alvo, políticos...)?
- ⊙ **Viabilidade**
  - Até que ponto o plano de avaliação é exequível?
- ⊙ **Propriedade:**
  - Até que ponto é que o plano de avaliação é apropriado para aqueles que estão envolvidos?
- ⊙ **Precisão:**
  - Até que ponto é que o plano de avaliação é preciso?

University of Wisconsin-Extension, Cooperative Extension (2008)

Ver Glossário para definições completas

Ao nível da sua **estrutura**, o plano de avaliação deve contemplar as seguintes dimensões:

- Tipo de avaliação (de processo, de resultados);
- Definição das questões, tendo em conta os resultados esperados (de processo e de resultados);
- Definição de indicadores de processo e de resultados;
- Descrição da metodologia e instrumentos de recolha de dados:
  - Permite recolher informação relevante para avaliação dos indicadores;
  - Prevê vários instrumentos previamente testados;
  - Os instrumentos são culturalmente adaptados e testados previamente quando necessário;
  - Define os grupos-alvo que são avaliados (sobre os quais se recolhe a informação dos indicadores definidos);
  - Deve envolver os participantes no processo de avaliação;
  - Contempla uma equipa específica com o número suficiente de técnicos para implementar o processo de avaliação que deve ter as seguintes funções:
    - Desenhar a estratégia e o plano de avaliação;
    - Definir as medidas de resultados e os instrumentos de recolha de dados;
    - Recolher, analisar e interpretar os dados;
    - Preparar os relatórios de avaliação.
- Definição de um cronograma.

Na sua formulação os indicadores de processo e de resultados do projecto devem obedecer aos seguintes *critérios*

- ⊙ **Directos**
  - Medir o mais exactamente possível o que se pretende medir
- ⊙ **Específicos**
  - Ser formulados de forma específica e explícita
- ⊙ **Úteis:**
  - Fornecer informação útil que permita compreender e melhorar o projecto
- ⊙ **Práticos:**
  - Os custos para recolher dados de um indicador não devem ultrapassar a utilidade da informação recolhida
- ⊙ **Apropriados Culturalmente**
  - Relevantes para o contexto cultural
- ⊙ **Adequados**
  - O número de indicadores depende do que está a ser medido, do nível de informação necessária e dos recursos disponíveis. Deverá haver entre um e cinco indicadores por dimensão de análise. Devem expressar todos os aspectos: negativos e positivos. Devem ser quantitativos e qualitativos.

University of Wisconsin-Extension, Cooperative Extension (2008)

### Avaliação de Processo

A avaliação de processo permite compreender como e porquê o projecto funcionou, para quem e em que circunstâncias (W.K. Kellogg Foundation, 2004). Descreve as actividades que foram implementadas, a qualidade da implementação, os pontos fortes e fracos da implementação, quem foi alvo de intervenção e como (Chinman, IMM & Wandersman, 2004; Taylor-Powell, Jones & Henert, 2003; OEDT, 1998).

Desta forma, a avaliação de processo é uma fonte importante de informação para interpretar os resultados e aumentar o poder e a relevância da avaliação de resultados. É mais importante saber porque é que o projecto atingiu os seus objectivos, do que apenas saber que os atingiu. Neste sentido, a avaliação de processo permite contextualizar os resultados no que foi implementado durante o projecto. De facto, sem saber o que foi

exactamente implementado e porquê, é difícil demonstrar relações causais entre as actividades do projecto e os seus resultados (W.K Kellog Foundation, 1998).

### Definição das Questões

Na definição das questões de avaliação de processo devem ser contempladas as seguintes dimensões de análise:

- ⊙ **Fidelidade** – implementação das componentes do programa de acordo com o definido;
- ⊙ **Qualidade da implementação** – competências do facilitador na implementação do programa e na forma como interage com os participantes;
- ⊙ **Responsividade dos participantes** – nível de participação e entusiasmo do grupo-alvo;
- ⊙ **Adaptações ao programa** – mudanças feitas no programa especialmente no que diz respeito ao material adicionado;
- ⊙ **Qualidade dos materiais e do suporte técnico** disponibilizado.

Durlak & DuPre, 2008

Berkel, et al., 2011; Greenberg, Domitrovich, Graczyk, & Zins, 2005

### Metodologia e instrumentos

A selecção dos métodos de recolha de dados na avaliação de processo depende daquilo que se pretende saber e como é que se prevê recolher os dados ao longo da implementação do projecto. De uma forma, geral deve ser recolhida informação ao longo do desenvolvimento do projecto através de instrumentos que permitam obter informação para responder às questões definidas.

## Exemplo

Apresentam-se de seguida exemplos de questões, indicadores e instrumentos a considerar no plano de avaliação de processo:

Questões	Indicadores	Instrumentos
<b>Qual o grau de Envolvimento dos grupos-alvo e quais as suas características</b>	Nº de participantes no projecto Eficácia no envolvimento dos participantes (rácio de recrutamento, manutenção e conclusão) Problemas relacionados com a disponibilidade dos participantes para a intervenção Métodos de recrutamento dos participantes Características demográficas, sócio económicas, culturais e geográficas Adequação entre os grupos-alvo previstos e os efectivamente intervencionados	Fichas de registo das pessoas, organizações, comunidades que são contactadas durante a implementação do projecto  Registo dos serviços e dos materiais disponibilizados: (Para exemplos de recolha de dados de processo consultar Chinman, IMM, and Wandersman, 2004).
<b>O programa foi implementado de acordo com o planeado?</b>	Descrição das acções Quais as componentes aplicadas e qual a duração da sua aplicação (até que ponto a implementação foi conduzida de acordo com o planeado) Diferenças não esperadas entre o planeado e o executado Ajustes necessários durante a implementação do projecto Problemas inesperados e como foram ultrapassados	Ficha de projecto onde conste o planeamento detalhado do mesmo  Ficha de registo com a descrição do que foi realmente implementado
<b>Qual o grau de satisfação dos vários intervenientes no projecto?</b>	Feedback dos participantes (ex. nível de satisfação) Feedback de outros decisores ( <i>stakeholdres</i> ) Feedback dos técnicos sobre a qualidade de implementação	Questionários com perguntas fechadas e abertas
<b>Qual o grau de adequação dos materiais do programa</b>	Adequação dos materiais do programa	
<b>Recursos humanos, financeiros e materiais</b>	Definição dos custos (directos, indirectos, financeiros...) Recursos financeiros e materiais utilizados Nº de recursos humanos utilizados Custos para o recrutamento dos participantes e para a promoção do programa Custos para a recolha de dados e avaliação Parcerias efectivamente estabelecidas (numero e tipo de instituições) Formação e suporte à equipa técnica Se os recursos foram suficientes para alcançar a meta e os objectivos Diferenças entre o executado e o planeado Estimar o custo-eficácia e o custo-benefício	

## Avaliação de Resultados

A avaliação de resultados permite perceber até que ponto o projecto alcançou os resultados previstos. Estes resultados dizem respeito às mudanças ocorridas nos participantes, a curto, médio e longo, resultantes do projecto de intervenção.

No caso da aplicação de um **programa** em larga escala para avaliação da sua eficácia com vista à sua disseminação, devem ser cumpridos os critérios de evidência definidos por Flay et al. (2005):

### **Intervenção eficaz:**

- Foi testado em pelos menos dois estudos rigorosos que tenham envolvido:
  - Caracterização detalhada amostra
  - Uso de instrumentos com boas características psicométricas e procedimentos de recolha de dados válidos
  - Análise dos dados com procedimentos estatísticos rigorosos
  - Demonstrado resultados positivos consistentes - sem sérios efeitos iatrogénicos
  - Ter tido pelo menos uma avaliação de *follow up* de longo prazo

### **Intervenção efectiva**

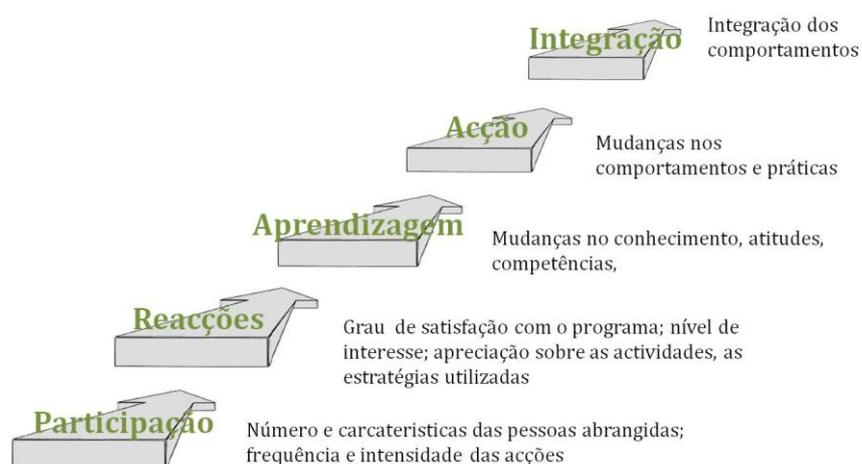
- Obedece a todos os critérios anteriores
- Tem manuais, formação adequada e apoio técnico disponível para que outros possam implementar o programa
- Foi avaliada em condições reais em estudos que incluem medidas válidas do nível de implementação e envolvimento dos grupos-alvo (tanto no grupo de controlo como no grupos de intervenção)
- Apresenta a importância prática dos resultados obtidos
- Demonstra de forma clara para quem é que os resultados podem ser generalizáveis

A intervenção pode ser considerada para **disseminação** quando:

- Obedece a todos os critérios anteriores
- Apresenta informação clara sobre os seus custos
- Disponibiliza instrumentos de monitorização e avaliação para que outros possam monitorizar e avaliar se o programa funciona no seu contexto

## Definição das Questões

O processo de definição das questões de avaliação de resultados é determinante para o desenho de um plano de avaliação útil para todos os que estão envolvidos (ex. grupo-alvo, técnicos, investigadores, políticos) na implementação do projecto. Assim, na sua definição devem ser equacionados os resultados esperados com a intervenção traduzidos nos seguintes níveis:



- A evidência é mais forte à medida que se sobe na hierarquia
- Os custos de obter evidências aumentam à medida que se sobe na hierarquia
- A avaliação é fortalecida se apresentar evidência em vários níveis
- A informação recolhida nos níveis mais baixos ajuda a explicar os resultados alcançados nos níveis mais elevados

Hierarquia dos efeitos - Bennett and Rockwell, 1995,

Targeting Outcomes of Programs

Na sua formulação as questões devem estar focadas nas **mudanças** e nos **níveis de performance** dos indivíduos, das famílias, dos grupos, das organizações e das comunidades.

Estas mudanças podem estar relacionadas com:

- conhecimento;
- atitudes;
- competências;
- motivações;
- tomada de decisão;
- comportamento;
- práticas;
- políticas ;
- condições sociais, económicas e ambientais.

### **Definição dos Indicadores**

Os indicadores devem ser construídos para responder às questões de avaliação definidas e devem traduzir de forma clara e objectiva os resultados alcançados.

Na sua formulação devem:

- Medir as dimensões importantes dos resultados esperados;
- Ser definidos em termos de número absoluto e percentagem (o número não indica a magnitude do resultado; a percentagem não indica o tamanho do resultado).

### **Descrição da metodologia e instrumentos de recolha de dados**

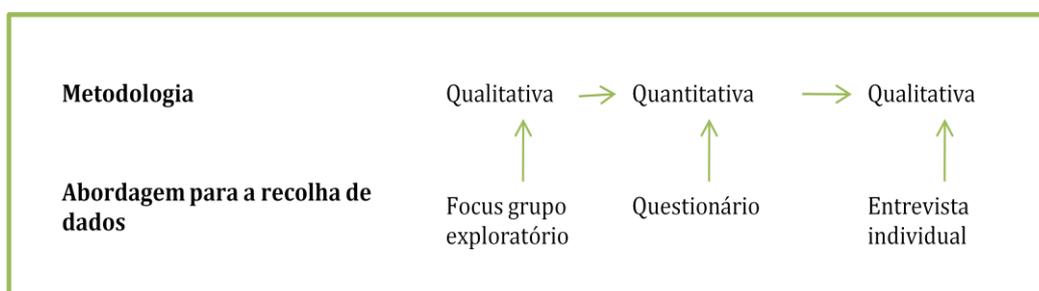
O design de avaliação diz respeito à abordagem para a recolha de dados e permite obter confiança nos resultados alcançados, de forma a tornar clara a relação entre a intervenção e os resultados. Na sua metodologia deve ser o mais “científico” possível tendo em conta as circunstâncias da intervenção. Pode ser de três tipos:

- **Experimental:** recorre à distribuição aleatória dos participantes pelo grupo de intervenção e pelo grupo de controlo para comparar os resultados de uma intervenção; através da distribuição aleatória é reduzida a probabilidade da existência de diferenças entre o grupo de controlo e o grupo de intervenção que poderão influenciar os resultados do programa.
- **Quase-experimental:** permite fazer comparações entre grupos não equivalentes e não recorre à distribuição aleatória; inclui mais do que um grupo.
- **Não-experimental:** não recorre à distribuição aleatória ou medidas múltiplas.

## Métodos

Para a recolha de dados podem ser utilizados dois tipos de métodos: **quantitativo** e **qualitativo**. Os métodos quantitativos permitem agregar mais facilmente a informação. Os métodos qualitativos fornecem maior detalhe e possibilidade de gerar novas ideias. A escolha do método mais adequado depende daquilo que se quer saber, do tipo de dados necessários, e dos recursos disponíveis. No entanto, a literatura sugere que o mais adequado é o recurso a métodos mistos, uma vez que esta abordagem fortalece a validade dos resultados oferecendo um maior nível de compreensão sobre o programa (University of Wisconsin-Extension, Cooperative Extension, 2008; Westat, 2002).

Um desenho típico de uma metodologia mista pode começar com uma análise qualitativa como o grupos focais no sentido de identificar as dimensões que devem ser avaliadas no âmbito da implementação do programa seguida depois de uma entrevista em profundidade para clarificar alguns dos resultados da aplicação dos questionários.



Joy Frechtling Westat (2002)

**Tipo de métodos de recolha de dados** (University of Wisconsin-Extension, Cooperative Extension, 2008)

### **Quantitativos**

Inquéritos – recolha de informação estandardizada através de questionários para produzir informação quantitativa. Os inquéritos podem ser enviados por correio (tradicional ou electrónico) ou preenchidos presencialmente, através de um sítio na *web* ou através de entrevistas (face a face ou telefónicas).

Questionários – recurso a critérios estandardizados para avaliar conhecimentos, competências e desempenho.

### **Qualitativos**

Grupos Focais – entrevistas estruturadas a pequenos grupos com o objectivo de recolher informação sobre um assunto específico através de um conjunto de questões.

Entrevistas – informação recolhida através de conversas face a face ou ao telefone. As entrevistas podem ser estruturadas, semi-estruturadas ou não estruturadas.

Observação – recolha de informação através da observação e da audição. A observação pode ser estruturada ou não estruturada.

Estudo de caso – avaliação profunda de um caso específico (programa, grupo de participantes, um indivíduo, local). O estudo de caso utiliza múltiplas fontes de informação e métodos para obter uma descrição o mais completa possível.

Fotografias, slides, vídeos – captura de imagens.

Diários/jornais – registo de eventos ao longo do tempo traduzindo a perspectiva pessoal do indivíduo que escreve.

## Recolha de Dados

A recolha de dados pode ser realizada em vários momentos, independentemente do tipo de desenho de investigação escolhido:

- Pós-teste - no final da intervenção;
- Pré-teste retrospectivo e pós-teste – no final da intervenção;
- Pré e pós-teste – antes e depois da intervenção num só grupo;
- Pré e pós-teste com um grupo de comparação - antes e depois da intervenção em mais do que um grupo;
- Pré e pós teste e *follow-up* – antes, depois da intervenção e 6, 12 ou 18 meses após a intervenção;
- Medidas de série e pós-teste – múltiplas medidas antes, durante e após a intervenção.

## Exemplo

De seguida, apresenta-se um exemplo de possíveis questões a colocar aquando da definição do plano de avaliação de resultados:

<b>Questões (o que quer saber?)</b>	<b>Indicadores (como é que sabe isso?)</b>	<b>Fontes – amostra (quem é que terá a informação?)</b>	<b>Métodos (como é que vai recolher a informação)</b>	<b>Quando (quando é que a informação vai ser recolhida?)</b>
Até que ponto os participantes aumentaram o conhecimento sobre desenvolvimento infantil?	Nº, % de participantes que reporta mudanças no conhecimento sobre desenvolvimento infantil	Participantes	Questionário retrospectivo	No final do programa
Até que ponto os participantes utilizam as competências parentais que aprenderam no programa?	Nº, % de participantes que reportam a utilização das competências parentais trabalhadas no programa (especificar as competências)	Participantes	Questionário retrospectivo; entrevista telefónica	No final do programa; 3 meses depois
Até que ponto o programa melhorou o desempenho académico?	Nº, % dos participantes que melhoraram os resultados académicos Nº, % dos participantes que faltaram menos às aulas Nº, % dos participantes que diminuíram nos relatórios de problemas de comportamento	Participantes Professores	Fichas de presenças Pautas dos resultados escolares Relatórios	Antes e no final do programa

## **Análise dos Dados**

Na avaliação dos resultados devem ser reportadas todas as mudanças e resultados de acordo com o plano de avaliação. Depois da recolha de dados é necessário organizá-los e analisá-los para tornar perceptíveis os resultados da intervenção. Na análise dos dados devem ser seguidos os seguintes passos:

### 1 – Organização dos dados

- Identificar cada questionário com um número. Verificar se os questionários estão completos. Retirar os questionários que estejam muito incompletos;
- Calcular o rácio de respostas. Considerar os questionários enviados e recebidos em condições de serem utilizados (rácio de resposta =  $n^{\circ}$  de questionários enviados/ $n^{\circ}$  de questionários recebidos em condições de serem utilizados);
- Manter os questionários organizados e introduzir os dados (numa base de dados) de forma sistemática. Registrar todas as anotações necessárias.

### 2 – Análise dos dados

- Retirar as frequências, percentagens e/ou outras análises;
- Criar tabelas, gráficos e/ou outras formas de apresentar os dados;
- Aprofundar a análise para encontrar os resultados entre as características dos participantes e do programa;
- Comparar os resultados alcançados com a avaliação inicial e com outras intervenções.

### 3 – Interpretação dos dados

- Observar os padrões dos dados, os valores mais elevados, os valores mais baixos e os resultados esperados/não esperados;
- Atribuir significado aos números, percentagens, palavras e comentários. Verificar que informação necessita de maior análise;
- Considerar envolver outras pessoas na análise dos dados (ex. participantes, peritos, decisores).

- Salientar três a cinco aspectos considerados mais importantes – aqueles que se pretende que sejam retidos como informação fundamental;
- Apresentar recomendações que decorram dos resultados alcançados.

#### 4 - Identificação das limitações

- Procurar explicações para os factores internos ou externos que possam ter influenciado os resultados;
- Apresentar os efeitos iatrogénicos (impactos negativos nos participantes, através de uma análise risco-benefício);
- Identificar as limitações: informação útil não recolhida, vieses nas respostas ou baixos níveis de resposta. Considerar como é que as limitações podem influenciar os resultados e equacionar o que melhorar no futuro.

## PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A INTERVENÇÃO PREVENTIVA COM GRUPOS VULNERÁVEIS

Considerando a experiência do Programa de Intervenção Focalizada e uma revisão da literatura mais actualizada sobre intervenção preventiva com grupos vulneráveis, apresenta-se de seguida os aspectos mais importantes a ter em conta na intervenção com alguns grupos específicos, nomeadamente: **famílias e crianças e jovens vulneráveis e indivíduos com padrões de consumo frequentadores de contextos Recreativo.**

### FAMÍLIAS VULNERÁVEIS

A intervenção com famílias vulneráveis deve (CEIFAC, 2009; Kumpfer, 1998; 1999; 2000; Kumpfer e al. 1998; Kumpfer, Alvarado e Whiteside, 2003; NIDA, 2003):

- Focar-se nos diferentes subsistemas da família e no seu todo (pais, filhos e irmãos);
- Privilegiar uma abordagem precoce no que diz respeito à situação problema e à fase do ciclo vital da família e à idade dos filhos;
- Recorrer a programas estruturados em sessões, de preferência “programas modelo”, com manual de apoio e plano de avaliação previamente definido (ex. *Strengthening Families Program, Incredible Years*);
- Utilizar critérios de triagem das famílias para a sua inclusão nos programas estruturados, nomeadamente:
  - existem dúvidas ou hesitações em matérias educativas;
  - verifica-se um manifesto desconhecimento em áreas/temas educativos;
  - há necessidade e/ou interesse em partilhar experiências;

- são desafiadas por características particulares dos filhos (hiperactividade, dificuldades de aprendizagem, etc.);
  - estão isoladas socialmente;
  - podem beneficiar da visualização e da experiência de outros modelos;
  - terem a capacidade de identificar as suas próprias dificuldades e limitações,
  - estarem disponíveis para pedir ajuda, motivadas e empenhadas para iniciarem um processo de co-construção da mudança.
- Recorrer a estratégias de retenção dos grupos-alvo na intervenção, nomeadamente, a disponibilização de refeições, transporte, incentivos de participação;
  - Ser de longa duração e com intensidade regular;
  - Recorrer fundamentalmente a metodologias activas no trabalho com os grupos-alvo (ex. role-playing, cooperação, promoção de interacção intra-grupo);
  - Centrar-se no desenvolvimento das seguintes componentes:
    - Processos organizacionais: coesão e união familiar, organização, flexibilidade, respeito, recurso às redes de apoio;
    - Competências de inter-relação pais/filhos: relações positivas, comunicação eficaz, construção de um ambiente familiar de confiança, afecto, suporte e partilha;
    - Competências parentais/práticas parentais: definição de normas e limites de funcionamento do sistema familiar, acompanhamento e supervisão dos filhos, promotores do seu desenvolvimento positivo e equilibrado;
    - Competências pessoais, sociais e emocionais dos filhos: autoconhecimento, reconhecimento das suas emoções, capacidade de reflexão, auto-estima, auto-eficácia, autocontrolo, tomada de decisão;
    - Conhecimentos sobre substâncias psicoactivas e riscos associados à sua eventual utilização;

- Capacidade de resolução de problemas
- Atitude familiar face ao abuso de substâncias e treino sobre educação e informação sobre drogas.

### **CRIANÇAS E JOVENS VULNERÁVEIS**

A intervenção com **CRIANÇAS VULNERÁVEIS** deve (Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Greenberg et al., 2003; Jalongo et al. 2001; NIDA, 2003; Weissberg, Kumpfer, and Seligman, 2003):

- Focar-se nos diferentes subsistemas da vida das crianças e jovens (família, escola, pares e comunidade);
- Privilegiar uma abordagem precoce no que diz respeito à situação-problema e à fase do desenvolvimento;
- Recorrer a programas estruturados em sessões, de preferência “programas modelo”, com manual de apoio e plano de avaliação previamente definido (ex. *PATHS, Incredible Years e Fourth R*)
- Recorrer a estratégias de retenção dos grupos-alvo na intervenção, nomeadamente, a disponibilização de refeições, de transporte, de incentivos de participação;
- Ser de longa duração e com intensidade regular;
- Centrar-se no desenvolvimento das seguintes componentes:
  - Educação e aprendizagem académica (para o 1º ciclo: sucesso escolar, sobretudo na leitura; para o 2º ciclo: hábitos de estudo e apoio académico);
  - Competências sócio-emocionais: auto-conhecimento, tomada de decisão responsável, relações positivas com os outros, empatia, considerar a perspectiva dos outros e auto regulação das emoções e dos comportamentos; comunicação; resolução de problemas sociais;
  - Competências pessoais: auto-eficácia, assertividade;

- Vinculação escolar: caracterizada pelas relações afectivas com aqueles que estão na escola, comprometimento e compromisso, traduzido no investimento nos estudos;
- Vinculação familiar: supervisão familiar, relações positivas, comunicação eficaz, definição de normas e limites de funcionamento do sistema familiar;
- Conhecimento sobre substâncias psicoactivas e riscos associados à sua utilização;
- Competências de resistência às substâncias psicoactivas e reforço de atitudes de não consumo (2º, 3º ciclo e secundário);
- Fortalecimento do compromisso pessoal contra o abuso de substâncias psicoactivas (2º, 3º ciclo e secundário);
- Utilização preferencial de metodologias activas no trabalho com os grupos-alvo (ex. *role-playing*, cooperação, promoção de interacção intra-grupo).

#### **INDIVÍDUOS COM PADRÕES DE CONSUMO FREQUENTADORES DE CONTEXTOS RECREATIVOS**

A intervenção com **INDIVÍDUOS COM PADRÕES DE CONSUMO FREQUENTADORES DE CONTEXTOS RECREATIVOS** deve ser perspectivada numa óptica de **intervenção comunitária e multicomponente**. A investigação científica indica que a abordagem comunitária é provavelmente mais eficaz do que as intervenções individualizadas. A intervenção preventiva multicomponente combina algumas ou todas das seguintes estratégias (Calafat, 2010; Calafat, and Members of the Pompidou Group Prevention Platform, 2010; The Healthy Nightlife Toolbox (HNT), 2010):

- Promoção de consciência sobre o problema e mobilização comunitária (envolvimento da comunidade local no desenvolvimento de soluções);

- Recolha e sistematização de informação actualizada sobre os contextos recreativos (programação de eventos, problemas existentes, as expectativas dos frequentadores/clubbers e proprietários/ gestores, legislação, etc);
- Formação dos profissionais envolvidos;
- Criação de mecanismos de cooperação entre os profissionais da indústria de lazer, a polícia, os serviços de emergência médica, entre outros;
- Revisão dos regulamentos internos dos estabelecimentos;
- Promoção da saúde e os níveis de segurança das áreas de diversão nocturna;
- Promoção de educação para os frequentadores dos espaços nocturnos de diversão sobre redução dos riscos do uso de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas;
- Promoção de acções de policiamento (no aumento da presença da polícia em momentos e locais onde se antecipa a ocorrência de problemas, utilização de estratégias baseadas na avaliação e gestão do risco para a definição de prioridades, entre outros);
- Envolvimento dos empresários locais (através da criação de fóruns de empresários para debate e tentativa de encontrar soluções.

Para além dos princípios gerais, foram equacionados princípios por tipo de intervenção:

#### **INTERVENÇÃO CENTRADA NOS ESPAÇOS DE DIVERSÃO NOCTURNA**

##### **Formação de staff e profissionais**

A formação a staff e outros profissionais dos espaços de diversão nocturna, deve ter como objectivo aumentar o conhecimento sobre os problemas associados aos contextos recreativos, aconselhar sobre as estratégias para resolver estes problemas e incentivar os responsáveis pelos estabelecimentos a desenvolver competências para lidar com padrões de uso problemáticos. Na dinamização destas acções devem ser tidos em conta aspectos que contribuem para a sua eficácia, nomeadamente:

- fornecer informação aos responsáveis dos estabelecimentos e o staff (barman e outros como por exemplo seguranças) sobre: efeitos do álcool e outras substâncias psicoactivas, relação entre o álcool as outras substâncias psicoactivas e a violência, legislação, gestão de conflitos e aspectos ligados com o uso/abuso de substâncias psicoactivas combinando-a com o treino de competências, através de técnicas activas;
- ter uma duração mínima de quatro horas;
- investir tempo na motivação, continuidade e mudança de políticas ao nível dos estabelecimentos de diversão nocturna, através do comprometimento dos seus responsáveis.

### **Aspectos físicos e contextuais**

O interior e as zonas envolventes aos espaços e contextos recreativos nocturnos podem, se não garantirem condições de segurança e higiene, favorecer a existência de problemas com consequências nefastas para os frequentadores destes contextos. Nesse sentido, é importante que se garantam alguns aspectos relativos ao interior dos estabelecimentos e zonas envolventes, designadamente:

- identificação fácil do staff;
- disponibilização de água no WC;
- áreas de descanso (*chill out*);
- disponibilização de dispositivos de controlo de alcoolémia;
- disponibilização de informação sobre transportes alternativos ao carro;
- supervisão de entradas e saídas;
- temperatura adequada;
- ventilação e manutenção dos espaços limpos;
- uso de copos de plástico, medidas dos copos e copos próprios para cada tipo de bebida;
- volume da música de acordo com os limites da lei;
- não existência de obstáculos que dificultam a circulação das pessoas entre os diversos espaços;

- vigilância<sup>4</sup> às casas de banho;
- boa iluminação das ruas;
- disponibilização de transportes públicos com paragens em zonas adequadas.

### **Educação para os frequentadores dos contextos recreativos**

Este tipo de intervenção deve ter como objectivo o aumento do conhecimento e percepção sobre os riscos associados ao consumo de substâncias psicoactivas e à diversão nocturna e orientações sobre como estes riscos podem ser evitados e/ou minimizados. Os aspectos a incluir podem ser:

- os efeitos do uso de álcool e substâncias psicoactivas e os riscos para a saúde;
- álcool e condução;
- estratégias para reduzir os danos nas saídas da noite resultantes do consumo de substâncias psicoactivas.

O recurso a estratégias de educação pelos pares deve ser utilizado com muito cuidado uma vez que existem estudos que revelam que este tipo de abordagem pode reforçar as normas e atitudes positivas face ao uso de substâncias psicoactivas (Calafat, 2010).

---

4 Por vigilância entende-se a verificação da ocorrência de situações de violência e/ou mal-estar físico e/ou mental



**GLOSSÁRIO**

---

**Competências pessoais** São capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes individuais que permitem a adaptação da pessoa a várias situações internas e externas. Algumas competências pessoais são autoconhecimento, reconhecimento das suas emoções, capacidade de reflexão, auto-estima, auto-eficácia, autocontrolo, tomada de decisão.

**Competências sociais** São capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes que permitem ao indivíduo obter resultados positivos de uma interacção social, de forma socialmente adequada e de que não resultam danos para terceiros. Algumas competências sociais são a assertividade, a comunicação eficaz, a gestão de problemas, a negociação, a resolução de conflitos.

**Vinculação escolar** Relação que os indivíduos - a criança ou o jovem - estabelecem com o ambiente escolar, que se traduz na forma como é percebida e experienciada a relação com os pares, com os professores e com os outros agentes educativos e a aprendizagem, ao nível do envolvimento nas actividades escolares e extra-curriculares.

**Vinculação familiar** Relação que a criança ou jovem estabelece com a sua família, que se traduz na forma como é percebido e experienciado o ambiente familiar e as relações com os vários elementos da família.

**Competências de inter-relação pais/ filhos** São capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes dos pais e dos filhos, que permitem o estabelecimento de uma relação positiva, que se traduz numa comunicação eficaz e na construção de um ambiente familiar de confiança, afecto, suporte e partilha.

**Competências de relação intra-familiar** São capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes dos diferentes elementos da família, que permitem o estabelecimento de uma relação positiva, que se traduz numa comunicação eficaz e na construção de um ambiente familiar de confiança, afecto, suporte e partilha.

**Competências parentais/ práticas parentais** São capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes dos pais que se traduzem na definição de normas e limites de funcionamento do sistema familiar e no acompanhamento e supervisão dos filhos, promotores do seu desenvolvimento positivo e equilibrado.

**Conhecimento sobre substâncias psicoactivas e riscos associados à sua eventual utilização** Capacidade de compreensão e integração de informação sobre substâncias psicoactivas, no que diz respeito às suas características, efeitos e riscos da sua eventual utilização, que se traduza em comportamentos promotores do desenvolvimento saudável no indivíduo.

**Conhecimento sobre outros temas ligados à saúde (ex. sexualidade, nutrição, exercício físico, espiritualidade)** Capacidade de compreensão e integração de informação sobre outros aspectos relacionados com a saúde, que se traduza em comportamentos promotores do desenvolvimento saudável no indivíduo.

**Utilidade:** Definir o propósito da avaliação de forma clara – as razões que justificam o plano de avaliação; Descrever a audiência – descrever quem vai usar os resultados da avaliação e o tipo de informação que pretendem; Comunicar os resultados – planear como partilhar a informação, em que formatos e prever como aumentar a probabilidade de outros virem a utilizar essa informação; Demonstrar o valor – explicitar a relação entre a avaliação e de que forma é disponibiliza informação útil para alcançar o propósito definido. Reflectir sobre se a avaliação disponibiliza novos conhecimentos e/ou confirma a informação anterior.

**Viabilidade:** Demonstrar a sua exequabilidade – demonstrar que o plano de avaliação não perturba a implementação do projecto ou os seus participantes e que adequado aos custos, recursos e características da situação; Considerar a viabilidade política: prever possíveis continências politicas ou potenciais consequências que podem afectar a implementação da avaliação ou o uso indevido dos resultados; Calcular a relação custo benefício: determinar se o valor dos resultados potenciais pode ser justificado em comparação com os seus custos – incluir o tempo de trabalho, tempo de apoio, fotocópias, transcrições de gravações e outras despesas

**Propriedade:** Respeitar as pessoas e os seus direitos: garantir o consentimento informado e a protecção dos dados. Demonstrar honestidade, ética e respeitar a dignidade humana na definição do plano de avaliação; Divulgar os resultados: planear a comunicação adequada dos resultados aos participantes e/ou às pessoas envolvidas no

processo de avaliação; Avaliar tudo: analisar as forças e as fraquezas do projecto utilizando a informação para melhorar a intervenção

**Precisão:** Descreve o programa e a sua implementação: descreve e documenta o projecto de forma clara e precisa; Explicar os procedimentos de avaliação: descrever as questões de avaliação e os procedimentos com o detalhe suficiente para poderem ser replicados; Apresentar as fontes de informação: descrever as fontes de informação com o detalhe suficiente para que seja possível avaliar a sua adequação; Assegurar a validade e a fidelidade da informação: no caso de utilizar medidas quantitativas, demonstrar a validade<sup>5</sup> e confiança<sup>6</sup> dos instrumentos que se vão utilizar; Utilizar os métodos de análise de dados adequados: analisar os dados adequadamente e correctamente. Descrever a análise qualitativa e/ou quantitativa para que possa ser replicada por outros; Apresentar conclusões justificadas: relacionar a interpretação com os dados. Considerar explicações alternativas para documentar os resultados do projecto. Não realizar generalizações para além da evidência dos dados recolhidos; Reportar imparcialidade: apresentar os resultados da avaliação e não os seus sentimentos ou opiniões.

---

<sup>5</sup> **Validade** – O conhecimento que possuímos daquilo que o teste está a medir, ou seja, a validade de uma medida tem a ver com sua congruência (Almeida e Freire, 2008).

<sup>6</sup> **Fidelidade** – Grau de confiança ou exactidão que podemos ter na informação obtida através da aplicação de um teste (Almeida e Freire, 2008).

**LISTA DE SÍTIOS DE REFERÊNCIA NA INTERNET**

---

- **Instituto da Droga e Toxicoddependência**  
<http://www.idt.pt>  
<http://www.tu-alinhas.pt>
- **Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência –**  
The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction  
<http://www.emcdda.europa.eu/>
- **PERK – Prevention Evaluation Resource Kit**  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk>
- **EIB – Electronic Evaluation Instrument Bank**  
<http://eib.emcdda.europa.eu/>
- **Portal Boas Práticas**  
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>
- **Fundación de Ayuda contra la Drogadicción**  
<http://www.fad.es/>
- **Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)**  
<http://www.pnsd.msc.es>
- **Sociedade científica Espanhola de Estudos sobre o Álcool, Alcoolismo e outras Toxicomanias**  
<http://www.socidrogalcohol.org/>
- **Education para la Salud Y la Prevencion de las Drogodependencias -**  
<http://www.edex.es>
- **Centre for Public Health - UK**  
<http://www.cph.org.uk/>
- **The National Collaborating Centre for Drug Prevention (NCCDP) UK**  
<http://www.cph.org.uk/substanceuse/nccdp/index.aspx?teamid=30>
- **The Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)- EUA**

<http://nrepp.samhsa.gov/>

- **The National Institute of Drug Abuse (NIDA)- EUA**

<http://www.nida.nih.gov/>

- **Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP) - EUA**

<http://www.ojjdp.gov/mpg/prevention.aspx?continuum=prevention>

- **Collaborative for Academic, social and Emotional Learning**

<http://www.casel.org/>

- **Search Institute**

<http://www.search-institute.org/>

- **Prevention Research Center**

[www.episcenter.psu.edu](http://www.episcenter.psu.edu)

- **European Society for Prevention Research**

<http://www.euspr.org/>

- **The Society for Prevention Research**

<http://www.preventionresearch.org/index.php>

- **Institute of Medicine**

<http://www.iom.edu/Reports.aspx>

- **Prevention Science**

<http://www.springerlink.com/content/104965/>

- **University of Wisconsin – Program Development and Evaluation**

<http://www.uwex.edu/ces/lmcourse/>

<http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>

- **Logic Mapping - A Tool for Grantees and Evaluators**

<http://www.edtechevaluation.com/logicmaphow2.htm>

- **Program Evaluation Resources**

<http://www.cdc.gov/HealthyYouth/evaluation/resources.htm>

#### **SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

- **Instituto para el Estudio de las Adiciones**

<http://www.lasdrogas.info/index.php?op=Sustancias/>

<http://www.drogasycerebro.com/>

- **Talk to Frank**

<http://www.talktofrank.com/>

#### **PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO**

- **Programas Família**

##### **Strengthening Families Program**

<http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/>

##### **Incredible Years**

<http://www.incredibleyears.com/>

##### **Em busca do Tesouro das famílias**

<http://www.gaf.pt/tesourofamilias/>

##### **Vários Programas**

[http://www.fad.es/contenido.jsp?id\\_nodo=18&&keyword=&auditoria=F](http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=18&&keyword=&auditoria=F)

- **Programas Crianças e Jovens**

##### **Providing Alternative THinking Strategies (PATHS)**

<http://www.prevention.psu.edu/projects/PATHS.html>

##### **Incredible Years**

<http://www.incredibleyears.com>

**Fourth R**

<http://youthrelationships.org/>

**Crescer a Brincar**

<http://www.aprevenir.com/Aprevenir/crescerabrincar.html>

- **Intervenções em Contextos Recreativos**

**NightLife Tool Box**

<http://www.hnt-info.eu/>

**Energy Control**

<http://energycontrol.org/>

**European Institute of Studies in Prevention - IREFREA**

<http://www.irefrea.org/index.php?page=RecreationalNightlife>



**Referências Bibliográficas**

---

- Alves, M., Anselmo, L., Carvalho, J., Frango, P., Silva, Nascimento, C., Rego, M.(2006). *Programa de Intervenção Focalizada – Manual de apoio à candidatura*. Instituto da Droga e da Toxicodpendência/Departamento de Prevenção - Núcleo de Planeamento e Avaliação.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação (5ª ed)*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ashery, R.S., Robertson, E.B. and Kumpfer K.L. (1998). *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph No. 177*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Berkel, C., Mauricio, A., Schoenfelder, E., & Sandler, I. (2011). Putting the pieces together: an integrated model of program implementation. *Prevention Science*, 12, 23-33.
- Calafat, A. (2010). *Prevention Interventions in Recreational Settings*. Strasbourg: Council of Europe. Pompidou Group. Downloadable from: <https://wcd.coe.int/wcd/com.instranet.InstraServ.let>.
- Calafat, A. and Members of the Pompidou Group Prevention Platform. (2010). *Prevention Interventions in Recreational Settings*. Council of Europe: Council of Europe.
- Carvalho & Frango (2010) *Programa de Intervenção Focalizada – Relatório Final*. Instituto da Droga e da Toxicodpendência/Departamento de Intervenção na Comunidade - Núcleo de Prevenção.
- CEIFAC - Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (2009). *Relatório de Avaliação Final do Projecto “Famílias Tranquilas”- Programa de Intervenção Focalizada*.
- Chinman, M., IMM, P. and Wandersman, A. (2004). *Getting to Outcomes 2004 – Promoting Accountability Thought Methods and Tools for Planning, Implementation and Evaluation*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). *Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(1), 37-52.
- Council of the European Union [UE] (2004). *European Union Drugs Strategy 2005-2012*. Brussels.

Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio - Lei Orgânica do Instituto da Droga e Toxicodependência.

Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro - Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

Despacho n.º 24/2010 - Regras para a apresentação de normas e/ou orientações - Direcção Geral da Saúde

Despacho normativo n.º 51/2008, de 1 de Outubro de 2008 - Regulamento interno do IDT, I.P.

Durlak, J. A., and DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.

EMCDDA (2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

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

Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A., & Zins, J. E. (2005). *The Study of Implementation in School-Based Preventive Interventions: Theory, Research, and Practice*. Vol. 3 of Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders. DHHS Pub. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M. U., Zins, J.E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.

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

Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L.; and Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal Emotional Behaviour Disorder*, 9,146-160.

- Iglesias, E.B. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Ministerio Del Interior - Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría General Técnica. Madrid.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. P.J. Mrazek and R.J. Haggerty (Eds.), Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine [IOM]. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Jessor, R., Turbin, M. S. & Costa, F. M. (1998). Protective Factors in Adolescent Health Behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 75, n.º 3: 788-800.
- Keyes, C. (2006). Mental health in adolescence: Is America's Youth Flourishing. *American Journal of Orthopsychiatry*. 76(3). 395-402.
- Kumper, K.L. (1999). *Strengthening America's Families: Exemplary Parenting and Family Strategies for Delinquency Prevention*. U.S. Department of Justice: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Kumper, K.L. (2000). *Effectiveness of a culturally tailored, family focused substance abuse program: the strengthening families program*. <http://www.strengtheningfamilies.org>.
- Kumpfer, K.L. (1998). *Selective Preventive Interventions: The Strengthening Families Program*. In Ashery, R.S., Robertson, E.B. & Kumpfer, K.L.(Eds). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse: NIDA, Research Monograph, 177, 12- 4.
- Kumpfer, K.L., Alvarado, R., and Whiteside, H.O. (2003). Family-based interventions for substance abuse prevention. *Substance Use and Misuse*, 38, 11-13.
- Kumpfer, K.L., Szapocznik, J. Catalano, R., Clayton, R.R., Liddle, M.A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M.E.V., Rinehart, N., Smith, L., Spoth, R. & Steele, M. (1998). *Preventing Substance Abuse Among Children and Adolescents: Family-Centered*

*Approaches*. Rockville, M.D.: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Prevention.

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (1997). *Drug Abuse Prevention: What Works*. NIH Publication. Rockville.

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2003). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. A Research-Based Guide For Parents, Educators and Community Leaders*. US Department of Health and Human Services. NIH Publication.

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

Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K. and Beauvais, F. (1997). *Risk and protective factors for drug use among rural American youth*. In: Robertson, E.B.; Sloboda, Z.; Boyd, G.M.; Beatty, L.; and Kozel, N.J., eds. *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. NIDA Research Monograph No. 168. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 90–130.

Portaria n.º 648/2007, de 30 de Maio - Estatutos do IDT, I.P.

Portaria n.º 1089/2006 de 11 de Outubro. Diário da República, 1.ª série - N.º 196. Ministério da Saúde. Lisboa.

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

Taylor-Powell, E., Jones, L., and Henert, E. (2003). *Enhancing Program Performance with Logic Models*. Retrieved March 1, 2003, from the University of Wisconsin-Extension.

The Healthy Nightlife Toolbox (HNT). (2010). *Handbook Healthy Nightlife Toolbox How to create a healthy & safe nightlife*. Retirado de <http://www.hnt-info.eu/> em Junho de 2010.

- The prevention Standards Partnership, Brotherhood, A. and Sumnall, HR. (2010). *European drug prevention quality standards. Submission to the Executive Agency for Health and Consumers (D5)*. Liverpool: Centre For Public Health.
- University of Wisconsin-Extension, Cooperative Extension (2008). *Building capacity in evaluating outcomes: A teaching and facilitating resource for community-based programs and organizations*. Madison, WI: UW-Extension, Program Development and Evaluation.
- W. K. Kellogg Foundation (1998). *Evaluation Handbook*. W.K. Kellogg Foundation. Michigan.
- W.K. Kellogg Foundation (2004). *Logic Model Development Guide*. W.K. Kellogg Foundation. Michigan.
- Weissberg, R.P., Kumpfer, K.L., and Seligman, M.E. P. (2003). Prevention that works for children and youth. *American Psychologist*, 58, 425-432.
- Westat, J. F. (2002). *The 2002 User Friendly Handbook for Project Evaluation*. The National Science Foundation - Directorate for Education & Human Resources - Division of Research, Evaluation, and Communication.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva: Author.