

## **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS ADITIVOS: DO DIAGNÓSTICO (LOCAL) À INTERVENÇÃO (SOCIOCOMUNITÁRIA)**

Pedro Aires Fernandes, Câmara Municipal de Odivelas, [pedro.fernandes@cm-odivelas.pt](mailto:pedro.fernandes@cm-odivelas.pt)

**RESUMO:** A Prevenção de comportamentos aditivos e dependências (com ou sem substância psicoativa presente) assume particular importância no contexto da Educação para a Saúde, a qual configura uma série de ações de cariz pedagógico/informativo, visando o aumento de conhecimentos e reforço de competências dos seus destinatários, no sentido da adoção de estilos de vida saudáveis. Neste contexto de intervenção, assiste-se localmente ao desenvolvimento de projetos de cariz sociocomunitário, dirigidos aos indivíduos e comunidades de um dado território, de complexidade crescente em matéria do seu planeamento, implementação e avaliação. A intervenção produzida localmente assenta regularmente no estabelecimento de parcerias, entendidas como uma aliança de vontades individuais e organizativas à volta da necessidade de coordenar as atuações de cada parceiro, procurando o incremento da qualidade da ação conjunta e a otimização dos recursos disponíveis, numa lógica de rede. As redes têm, assim, um papel vital nas políticas de educação e saúde modernas ao permitir que autores de políticas, investigadores e comunidades consigam reunir, a diversos níveis, recursos para alcançar objetivos de saúde e de desenvolvimento sustentável. Esta mobilização social deve ser comunitária, envolvendo por isso as instituições locais, conhecedoras do território onde operam. Desta forma, a dinâmica participativa estabelecida entre os diferentes níveis de organização social (serviços da Administração Central, Municípios, associações locais, investigadores...) produzirá efeitos diretos e ampliará o alcance da ação, em particular se estiver presente desde a fase de diagnóstico, através do qual se procede à identificação das necessidades concretas que caracterizam a realidade social que se pretende alterar.

### **Promoção e Educação para a Saúde**

O conceito “Saúde” tem sido objeto de uma reflexão alargada por diversas áreas científicas, face à sua complexidade, registando reformulações sistemáticas na sua definição.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) viria a propor uma das definições mais emblemáticas deste conceito, assumida como referência até aos dias de hoje, ao entender a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença.

A definição da OMS pôs em evidência a natureza positiva da saúde, reforçando o carácter essencial do bem-estar psicológico e, desta forma, contrariando a perspetiva redutora que cingia a ideia de saúde a uma perspetiva meramente biomédica. Pese embora esse facto, a

definição proposta acentua a centração no indivíduo, conferindo reduzido destaque ao contexto onde este se insere e às relações estabelecidas com o mesmo.

Foi partindo deste pressuposto que Dubos (1960, cit. por Saúde, 1999) viria a considerar a saúde como um estado de adaptação ao meio e a capacidade de funcionar em melhores condições nesse meio, representando um salto qualitativo relevante que marcaria a história evolutiva deste conceito.

Com o passar do tempo, o conceito de saúde assiste ao alargamento do seu âmbito, sendo entendida como aspeto essencial para o desenvolvimento das próprias comunidades. A definição constante na Declaração de Alma-Ata (decorrente da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, realizada a 12 de setembro de 1978, em Alma-Ata – Cazaquistão) seria um outro marco relevante neste percurso, reforçando a perspetiva de saúde como um recurso que deve estar ao alcance de todos para o desenvolvimento progressivo das comunidades (Alma-Ata, 1978).

A saúde assume-se, assim, como um constructo multifatorial, no âmbito da qual intervêm diversos fatores considerados determinantes de saúde. Desta forma, a saúde individual, embora influenciada por fatores de natureza biológica e comportamental (estilos de vida), depende também em grande medida de fatores sociais, económicos e ambientais (Carvalho Teixeira, 2007). Partindo-se de uma visão holística da saúde, reforça-se a importância de uma abordagem pluridisciplinar desta problemática.

É neste contexto de ideias que surgem dois conceitos fundamentais, distintos mas necessariamente complementares, a centralizar o debate sobre Saúde Pública: Promoção da Saúde e Educação para a Saúde.

De acordo com o constante na Carta de Ottawa (1996), documento de referência nesta área, a Promoção da Saúde é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a

aumentar o controlo sobre a sua saúde e seus determinantes – comportamentais, psicossociais e ambientais, e, assim, melhorar a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Já a Educação para a Saúde assume-se como uma estratégia da promoção da saúde, remetendo para a criação de oportunidades de aprendizagem, incluindo conhecimento e desenvolvimento de competências que conduzam à saúde individual e da comunidade.

Neste sentido, a promoção da saúde local visa a definição de estratégias locais de saúde, as quais surgem condicionadas pelo efeito regulador das políticas de saúde das instâncias nacionais com responsabilidades em matéria de saúde (Direção-Geral da Saúde, por exemplo), bem como, de instâncias internacionais de referência como é o caso da OMS.

Pese embora o efeito regulador (nacional e transnacional) acima referido, parece conferir-se ao “local” algum nível de autonomia, de modo a que as estratégias locais de saúde sejam definidas em resposta a necessidades concretas de intervenção, específicas de um dado território (bairro, freguesia, concelho ou região), mobilizando a rede de recursos e instituições/entidades com intervenção direta ou indireta na área da saúde. Nesta rede incluem-se os agrupamentos dos centros de saúde, as autarquias (Juntas de Freguesia e Câmaras Municipais), agrupamentos de escolas e escolas não agrupadas, forças de segurança, associações desportivas, recreativas, culturais e juvenis, associações de pais, centros comunitários e o tecido empresarial local, entre outros.

Neste contexto, assume particular relevância a Educação para a Saúde, configurando uma série de ações de cariz pedagógico e informativo, dirigidas aos indivíduos e comunidades desse território, visando o aumento de conhecimentos e reforço de competências dos mesmos na defesa ativa da sua própria saúde, por via da adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Desta forma, assiste-se ao desenvolvimento de programas e projetos de cariz sociocomunitário, levados a cabo pelas entidades acima referidas, de complexidade e exigência crescentes em matéria do seu planeamento, implementação e avaliação, assentes no

estabelecimento de parcerias que visam o incremento da qualidade da intervenção e a otimização dos recursos disponíveis.

### **Cidade, Poder Local e Promoção da Saúde**

#### *O Projeto Cidades Saudáveis*

Como refere Saúde (1999), desde há muito tempo que a humanidade se preocupa com a saúde das cidades e das suas populações, assistindo-se a uma intenção generalizada de promover cidades o mais saudáveis possível.

Apesar disso, acrescenta a mesma autora, a preocupação sobre a saúde da população das cidades tem variado ao longo do tempo. O rápido processo de urbanização que acompanhou a industrialização e os problemas de saúde daí resultantes sublinhou a necessidade de criar respostas que visassem a melhoria das condições de vida e de trabalho das pessoas, passando por novas leis e técnicas enquadradas no âmbito da Saúde Pública: construção de sistemas de esgotos, redes de fornecimento de água, leis para as indústrias e habitação, medidas antipoluição, inspeção de produtos alimentares, alargamento dos parques e áreas de recreio, ao mesmo tempo que o planeamento urbano ia crescendo de importância.

Com o aprofundamento da crise económica dos anos oitenta e o aumento daí decorrente dos problemas urbanos e sociais existentes, as autarquias locais sentem a necessidade de alargar o seu campo de intervenção, ultrapassando largamente a sua competência legal, visando as populações com mais dificuldades, com uma abordagem própria e territorializada.

Tendo como ponto de partida a definição de Promoção de Saúde na Carta de Ottawa (1996), é configurada uma intervenção autárquica que engloba todos os setores que estruturam a vida quotidiana das cidades, nomeadamente: urbanismo, ambiente residencial e

profissional, condições de trabalho e de lazer, redes de relacionamento e vida social, acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde, participação e cidadania, entre outros.

A Agenda 21, documento de referência produzido no âmbito da Conferência do Rio em 1992, viria a salientar a urgência em definir programas de ação local de proteção e promoção da saúde. Desta forma, é reconhecido aos poderes locais uma centralidade e posição privilegiada para o conhecimento dos problemas das suas comunidades, bem como, na definição de estratégias locais de atuação para fazer face a esses mesmos problemas, assegurando funções de coordenação com outras forças territoriais, favorecendo a troca de informações, ideias e experiências.

É neste contexto que, em 1994, por iniciativa da União Europeia, nasce o projeto “Cidades Saudáveis”, reconhecido como uma estrutura com possibilidade de estimular ações relativas aos problemas ambientais, sanitários e sociais, assentando na troca de experiências (Saúde, 1999). Baseando-se na ação local, próxima do cidadão, revela-se um instrumento útil para atingir os objetivos da OMS de “Saúde para Todos”, já que permite testar, desenvolver e implementar as novas perspetivas de saúde pública ao nível local, onde, de alguma forma, os conceitos mais abstratos e mais globais de promoção de saúde e saúde para todos podem ser mais facilmente concretizáveis. Tal pressuposto assenta na convicção de que, sendo o poder local o nível de administração mais próximo da população, as cidades podem e devem assumir um papel central na condução do processo de melhoramento da saúde (WHO, 1993).

Uma cidade saudável é definida como aquela que está continuamente a criar e a melhorar os ambientes físicos e sociais e a expandir os recursos da comunidade que permitem às pessoas apoiarem-se mutuamente no desempenho de todas as atividades inerentes à vida, desenvolvendo o seu potencial máximo (WHO, 1993).

Em Portugal, regista-se a existência da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis (RPCS), uma Associação de Municípios que tem como missão apoiar a divulgação,

implementação e desenvolvimento do Projeto Cidades Saudáveis nos municípios que pretendam assumir a promoção da saúde como uma prioridade da agenda dos decisores políticos.

*A Intervenção das Autarquias no Domínio da Saúde: do Legislado às Práticas*

Em Portugal, e de acordo com as atribuições legais das autarquias, estas não dispõem de competências próprias definidas no domínio da saúde. A responsabilidade da autarquia centra-se numa componente muito particular relacionada com a “salubridade pública”, compreendendo matérias como condições de habitabilidade, a qualidade da água, tratamento de águas e de esgotos, controlo do ruído, elementos considerados fundamentais para a higiene pública da comunidade (Saúde, 1999).

Como refere a mesma autora, o processo de desconcentração do setor da saúde, iniciado em 1995, com a formação das cinco Regiões de Saúde, não se repercutiu em descentralização de funções para as autarquias. A preocupação em melhorar a articulação entre os dois níveis de cuidados de saúde (primários e secundários), objetivo de reestruturação do setor, continuou a considerar ser a intervenção nesta área da competência exclusiva dos serviços específicos de saúde (Centros de Saúde e Hospitais), sob tutela da administração central, excluindo-se desta forma a possibilidade de uma participação do poder público local. Às autarquias caberia exclusivamente a responsabilidade de disponibilizar espaços para a concretização física dos Centros de Saúde (Decreto-Lei 77/84, Art.º 8.º, alínea g).

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), estabelece na sua Base IX que, sem prejuízo de eventual transferência de competências, as autarquias locais participam na ação comum a favor da saúde coletiva e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de atuação em que estejam diretamente interessadas e contribuem para a sua efetivação dentro das suas atribuições e responsabilidades.

Não obstante o comando legal inserto na Lei de Bases da Saúde, tem sido entendimento da Associação Nacional dos Municípios Portugueses que a participação do Poder Local no sistema de saúde tem-se restringido à nomeação de representantes para determinados órgãos consultivos do Ministério da Saúde, sem que daí advenham poderes funcionais que sejam suscetíveis de influenciar as decisões.

É com a publicação da Lei n.º 159/99, de 14 de setembro - Lei-Quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais – que se configura uma nova oportunidade de uma transferência efetiva de competências em matéria de Saúde, propiciando aos Municípios um outro grau e nível de intervenção, conjugando-se as intervenções das Administrações Central e Local nesta área. Este diploma legal estatui no seu artigo 22.º, sob a epígrafe de “Saúde”, que compete aos órgãos municipais:

- a) Participar no planeamento da rede de equipamentos de saúde concelhios;
- b) Construir, manter e apoiar centros de saúde;
- c) Participar nos órgãos consultivos dos estabelecimentos integrados no Serviço Nacional de Saúde;
- d) Participar na definição das políticas e das ações de saúde pública levadas a cabo pelas delegações de saúde concelhias;
- e) Participar nos órgãos consultivos de acompanhamento e avaliação do Serviço Nacional de Saúde;
- f) Participar no plano da comunicação e de informação do cidadão e nas agências de acompanhamento dos serviços de saúde;
- g) Participar na prestação de cuidados de saúde continuados no quadro do apoio social à dependência, em parceria com a administração central e outras instituições locais;
- h) Cooperar no sentido da compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio;

i) Gerir equipamentos termais municipais.

Pese embora alguma legislação avulsa publicada posteriormente, podemos concluir que estamos perante um quadro legislativo redutor, sendo conferidas fundamentalmente às autarquias responsabilidades na área do planeamento, construção e gestão dos equipamentos de saúde concelhios.

No entanto, e se atualmente as suas competências são limitadas, é possível verificar que as autarquias portuguesas desenvolvem, de uma forma geral, iniciativas no campo da saúde para além do legislado. Do ponto de vista da intervenção concreta em matéria de Educação para a Saúde, regista-se o desenvolvimento de uma atuação autárquica em temáticas diversas, tais como, a Alimentação Saudável, Atividade Física, Gerontologia, Doenças Cardiovasculares, Comportamentos Aditivos, Sexualidade, Saúde Mental, entre outros.

De forma mais pontual ou organizada em torno de uma estratégia municipal, as ações referidas, em alguns casos, tendem já a denotar níveis elevados de aprofundamento e complexidade, enquadradas numa intervenção integrada e estratégica para os territórios, podendo, em alguns casos, esboçar verdadeiras políticas locais de saúde, ao envolverem e forma efetiva os restantes atores locais.

Assumindo em alguns casos um carácter inovador, enquadradas numa ótica de intervenção social mais alargada, muitas das iniciativas surgem motivadas por compromissos de ordem política e como resultado das relações contratuais que se vão estabelecendo entre organismos da Administração Central e Organizações não-governamentais.

Segundo Saúde (1999), a intervenção das autarquias na saúde pode ser assim perspetivada segundo os seguintes vetores:

- Facilitar a coordenação do conjunto dos atores locais intervenientes no campo da saúde (estabelecendo sistemas de comunicação e de gestão de informação eficazes);

- Promover a territorialização das ações com objetivos de promoção da saúde (procurando responder às especificidades do território e das comunidades);
- Estimular a articulação das ações na área da saúde com outras conduzidas noutros setores de atividade (visando uma intervenção coerente e complementar).

Neste processo, tem vindo a ser concedida alguma centralidade aos municípios, pela legitimidade que lhes é conferida enquanto representantes das populações democraticamente eleitos. Neste sentido, parece esperar-se do município um papel fundamental, mobilizador de um conjunto alargado e transversal de intervenções no campo da saúde que tenham como referência essencial da sua ação, o território que servem, socialmente construído e organizado.

### **A Prevenção de Comportamentos Aditivos enquanto Estratégia Fundamental das Ações Interventivas Locais**

#### *Enquadramento da Problemática*

Entende-se por comportamento aditivo (ou processo de adição) os comportamentos com características impulsivas/compulsivas, em relação a diferentes atividades ou condutas, como, por exemplo, jogo, internet, substâncias psicoativas, envolvendo também um potencial de prazer. A continuidade e persistência deste tipo de comportamento pode evoluir para um processo de dependência.

A intervenção na área das dependências passou, assim, a abranger, para além do uso de substâncias psicoativas, outras áreas do comportamento. As adições comportamentais são semelhantes à adição às substâncias em muitas variáveis, nomeadamente nas motivações, nas consequências, as quais podem ser semelhantes às das dependências de substâncias psicoativas.

Droga ou substância psicoativa é toda a substância, de origem natural ou sintética, lícita ou ilícita, que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), deprimindo-o,

estimulando-o ou perturbando-o. O uso e abuso deste tipo de substâncias é um fenómeno cuja incidência e preocupação daí resultante têm vindo a aumentar em todo o mundo, tendo o consumo atingido também o quotidiano dos países em vias de desenvolvimento e pulverizando a distinção clássica entre países produtores e consumidores.

Relativamente à situação no nosso País, o que se verifica é que o nível de conhecimento sobre o consumo de substâncias psicoativas é ainda insatisfatório, escasseando os dados para uma completa caracterização da realidade. Pese embora este facto, têm sido realizados alguns estudos visando definir-se mais claramente a dimensão e as características do fenómeno da droga em Portugal. O Relatório Anual sobre a situação do País em matéria de drogas e toxicodependências (SICAD, 2013) reúne os mais recentes dados existentes e conhecidos sobre esta matéria, destacando os seguintes:

- No estudo realizado em 2012 na população geral residente em Portugal (15-64 anos), a cannabis, o *ecstasy* e a cocaína foram as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo) de 9,4%, 1,3% e 1,2%. Entre 2007 e 2012 verificou-se, para quase todas as drogas, uma descida das prevalências de consumo ao longo da vida (qualquer droga passou de 12% para 9,5%) e de consumo recente (qualquer droga passou de 3,7% para 2,7%), bem como uma diminuição das taxas de continuidade dos consumos (qualquer droga passou de 31% para 28%). Os jovens adultos (15-34 anos) apresentaram prevalências de consumo mais elevadas do que a população total. Cerca de 0,7% da população de 15-64 anos e 1,2% da população jovem adulta apresentavam sintomas de dependência do consumo de cannabis, cerca de um quarto dos consumidores de cannabis nos últimos 12 meses. As prevalências de consumo das várias drogas são mais elevadas nos homens, apesar de alguns consumos no sexo feminino terem aumentado entre 2007 e 2012, contrariamente ao padrão geral

de evolução. Lisboa, a Região Autónoma dos Açores e o Alentejo, foram as regiões (NUTS II) com prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e nos últimos 12 meses acima das médias nacionais, na população total e na jovem adulta. Quanto às novas substâncias psicoativas, em 2012, 0,4% da população portuguesa (0,9% dos jovens adultos) já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo ao longo da vida e 0,1% nos últimos 12 meses (0,3% dos jovens adultos). À semelhança das substâncias ilícitas, os consumidores eram sobretudo jovens e do sexo masculino, e Lisboa, Açores e o Alentejo apresentaram prevalências de consumo ao longo da vida acima da média nacional. Em 2012, Portugal continuava a apresentar prevalências de consumo de substâncias ilícitas abaixo dos valores médios europeus;

- No contexto das populações escolares, nos estudos nacionais realizados em 2010 e 2011, a cannabis continua a ser a droga mais consumida (prevalências ao longo da vida entre 2,3% nos alunos de 13 anos e 29,7% nos de 18 anos), com valores próximos às de qualquer droga (entre 4,4% nos 13 anos e 31,2% nos 18 anos). Com prevalências de consumo ao longo da vida bastante inferiores, surgem a cocaína, o *ecstasy* e as anfetaminas entre os mais novos, e as anfetaminas, LSD e *ecstasy* entre os mais velhos. Apesar dos aumentos de 2006/2007 para 2010/2011 - sobretudo do consumo de cannabis mas também de outras drogas como o LSD -, as prevalências de consumo de qualquer droga entre os alunos mais novos (13-15 anos) mantêm-se aquém das registadas entre 2001 e 2003.

#### *Prevenção: Especificidades e Relevância*

Num contexto de agravamento e extensão dos consumos de substâncias psicoativas, nomeadamente entre os adolescentes, a prevenção do consumo de drogas tornou-se uma grande preocupação para a saúde pública. No entanto, e pese embora se assista ao

reconhecimento generalizado da importância de um maior investimento ao nível da prevenção, a verdade é que a educação preventiva em matéria de consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, continua a ser o parente pobre das políticas sociais (Morel, Boulanger, Hervé e Tonnelet, 2001). No entanto, e tal como referem os mesmos autores, para ser efetiva, a educação preventiva terá que ser alvo de profundas mudanças na sua própria conceção e aplicabilidade.

A prevenção primária, definida como conjunto de estratégias, metodologias e técnicas que visam conduzir a tomadas de decisão mais conscientes, que protejam as pessoas do uso, abuso ou uso indevido das drogas, parece ser a solução mais acertada e economicamente mais rentável, contribuindo para a manutenção da qualidade de vida das populações (Silva, 2004).

Prevenir, em sentido lato, é evitar que algo aconteça. Contudo, o nosso sentir e agir sobre a Prevenção Primária deverá ser muito mais abrangente. Implica-nos a todos enquanto cidadãos responsáveis pelo nosso próprio bem-estar. O abuso de drogas, assim como outros comportamentos de risco, não se submete a relações causais. A etiologia da adição é multifatorial e compreender a interação entre fatores de risco e fatores de proteção possibilita construir projetos de intervenção.

Por outro lado, e como refere Silva (2004), as substâncias psicoativas atualmente disponíveis são muito diversificadas, estando sempre a aparecer novos tipos, com efeitos diferentes, prontas a captar novos consumidores. Neste sentido, os desafios nesta área de intervenção são constantes, implicando uma monitorização sistemática da realidade.

A promoção da saúde contempla o envolvimento da população como um todo, num contexto de vida quotidiana, em vez de se centrar exclusivamente nas pessoas em risco. Propor atitudes responsáveis face aos produtos psicotrópicos e dar aos indivíduos as capacidades para escolherem são assim os princípios diretores de uma prevenção adequada à sociedade e aos seus valores (Morel, Boulanger, Hervé e Tonnelet, 2001).

Deste modo, e tal como é referido no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 - 2012, “(...) há que investir em estratégias que preparem os jovens para enfrentar/lidar com os riscos associados ao consumo” (pg. 37), numa lógica também de redução de riscos e minimização de danos, evitando políticas e ações que apostam sobretudo na diabolização da mensagem, com a expectativa infundada de que o receio e o medo possam, por si só, assegurar a adoção de comportamentos preventivos eficazes.

Face ao exposto, e com base no disposto nos documentos mais recentes de suporte técnico de referência (Internacional, Europeu e Nacional) no que diz respeito às linhas orientadoras no âmbito da intervenção preventiva face aos comportamentos aditivos e dependências (EMCDDA, 2011; SICAD, 2013; UNOCD, 2013), pode concluir-se que as intervenções preventivas dessem ser intensivas, continuadas, interativas, compreensivas, avaliadas e multicomponentes - ou seja, integrando componente informativa, componente ambiental/reguladora e competências de vida/sócio emocionais e parentais.

#### *Mobilização Comunitária e Diagnóstico Local*

O consumo de risco de substâncias psicoativas constitui um problema cujos determinantes implicam o conjunto dos aspetos da vida social (educação, saúde, segurança, economia, etc.). Em consequência, “...querer confrontar-se com esta realidade, procurar introduzir mudanças, precisa de uma mobilização em todos os registos disponíveis e de todos os potenciais atores” (Morel, Boulanger, Hervé e Tonnelet, 2001, pg. 255).

Ainda de acordo com os mesmos autores, esta mobilização social deve ser comunitária, envolvendo por isso as instituições locais, conhecedoras do território onde operam. A dinâmica participativa estabelecida entre os diferentes níveis de organização social (Administração Central, Municípios, instituições, associações...) terá, pois, efeitos diretos e ampliará o alcance da ação, em particular se estiver presente desde a fase de diagnóstico.

As redes têm um papel vital nas políticas de saúde modernas ao permitir que autores de políticas, investigadores, comunidades e outros grupos consigam reunir, a diversos níveis, recursos para alcançar objetivos de saúde e de desenvolvimento sustentável. As redes permitem que governos locais e os seus parceiros tenham uma plataforma comum facilitadora de construção e ação, bem como estabelecer agendas políticas comuns e desenvolver sistemas de formação e suporte para a implementação de novas políticas.

Neste contexto, assume especial relevância o estabelecimento de parcerias, entendidas como uma aliança de vontades individuais e associativas à volta da necessidade de identificar e coordenar saberes-fazer. Neste sentido, o trabalho em rede constitui uma verdadeira forma de organização para manter as parcerias. Ao nível da intervenção comunitária, e face aos inúmeros constrangimentos e dificuldades com as quais as instituições se deparam, particularmente ao nível dos recursos (humanos, materiais e essencialmente financeiros), o trabalho em rede assume ainda maior preponderância, permitindo inclusivamente eliminar situações de sobreposição de atividades, bem como, potencializar os recursos existentes.

O diagnóstico local das necessidades de cada território é assumido como um eixo fundamental de atuação, sendo considerado como o primeiro passo a dar num caminho preventivo que se quer eficaz e adequado. Tal como é referido no atual Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012, “ (...) a perceção das realidades e dos fenómenos é mais sentida e melhor percebida a nível local, pelo que se deve partir das suas necessidades/propostas para construir planos de intervenção que respondam a diagnósticos territoriais, identificando prioridades para o início ou continuidade das intervenções”.

No entanto, mais do que um diagnóstico inicial, é essencial que as estruturas promotoras de uma dada ação comunitária procedam a uma avaliação sistemática da intervenção em causa, de modo a poderem reajustar continuamente as estratégias definidas inicialmente face aos resultados obtidos parcialmente. Do sucesso de um determinado projeto

depende necessariamente todo o processo de gestão a si associado, incluindo o planeamento, execução e controlo/monitorização, visando a qualidade, adequabilidade e sustentabilidade da ação desenvolvida no quadro de uma pretensa mudança de uma qualquer realidade social (Ander-Egg, 1984; Roldão, 2007).

### Referências

- Ander-Egg, E. (1984). *Evaluación de programas de trabajo social*. Buenos Aires: Ed. Humanitas.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2007). Psicologia da Saúde, In J. A. Carvalho Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde. Contextos e áreas de Intervenção*, Lisboa: Climepsi Editores, col. Manuais Universitários, 50, pp. 17-42.
- Matos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 22 (3), pp. 449-462.
- Matos, M. G. (2007), Psicologia da Saúde e Saúde Pública. In J. A. Carvalho Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde. Contextos e áreas de Intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, col. Manuais Universitários, 50, pp. 43-70.
- Morel, A.; Boulanger, M.; Hervé, F.; Tonnelet, G. (2001), *Prevenção das Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Precioso, J.; Taveira, M. C. (2007). Psicologia e Educação para a Saúde em contexto escolar. In J. A. Carvalho Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde. Contextos e áreas de Intervenção*, Lisboa: Climepsi Editores, col. Manuais Universitários, 50, pp. 71-100.
- Roldão, V.S. (2007). *Gestão de Projetos – Abordagem Instrumental ao Planeamento, Organização e Controlo*. Monitor, Lisboa.
- Saúde, A. (1999). *III Congresso da Geografia Portuguesa/Poder Local e Políticas de Promoção da Saúde*. Lisboa: Edições Colibri e Associação Portuguesa de Geógrafos.
- Silva, R. P. (2004), “Prevenção das toxicodependências: Porquê eu?”, *Análise Psicológica*, 22 (1), pp. 269-271.
- Who (1993), *Healthy Cities Project: a project becomes a movement: review of progress 1987 to 1990*. Copenhagen.

### Documentos de referência

- Carta de Ottawa (1996).  
(disponível em: [http://www.dgdc.min-du.pt/educacao\\_saude/index.php?s=directorio&pid=96](http://www.dgdc.min-du.pt/educacao_saude/index.php?s=directorio&pid=96))
- Declaração de Alma-Ata (1978)  
(disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>)
- Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012, Instituto da Droga e da Toxicodependência (2005)  
(Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/nr/rdonlyres/f6874b50-243e-49a0-86fc-d6eb0affa709/0/planonacionalfinal.pdf>)
- Relatório anual sobre a situação do país em matéria de drogas e toxicodependências 2013 (disponível em [http://www.sicad.pt/bk/publicacoes/lists/sicad\\_publicacoes/attachments/72/relat%c3%b3rioanual\\_2013\\_a\\_situa%c3%a7%c3%a3o\\_do\\_pa%c3%ads\\_em\\_mat%c3%a9ria\\_de\\_drogas\\_e\\_toxicodepend%c3%aancias.pdf](http://www.sicad.pt/bk/publicacoes/lists/sicad_publicacoes/attachments/72/relat%c3%b3rioanual_2013_a_situa%c3%a7%c3%a3o_do_pa%c3%ads_em_mat%c3%a9ria_de_drogas_e_toxicodepend%c3%aancias.pdf))
- EMCDDA (2011) – European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals (disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards>)
- SICAD (2013). Linhas gerais de orientação à Intervenção Preventiva nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
(disponível em: <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/DocumentosTecnicoNormativos/Paginas/default.aspx>)
- UNOCD (2013) – International Standards on Drug Use Prevention;  
(disponível em [http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention\\_standards.pdf](http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf))