



MMP Ilhas 2016: Um projecto de intervenção em educação e literacia para a saúde em meio escolar: Avaliação das Sessões sobre consumos e dependências

Aluno: Vasco Ricoca Freire Duarte Peixoto

Orientador: Rui Portugal

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

2015/2016

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Resumo:

Introdução:

No contexto actual ,existem cada vez mais evidência que suporta um impacto positivo das intervenções em educação para a saúde em meio escolar seguindo determinadas metodologias. Vários organismos Europeus, Nacionais e a lei portuguesa preveem a existência de componentes de educação para a saúde e promoção de saúde a nível escolar.

Objectivos e Metodologia: Este trabalho pretende analisar os resultados das sessões formativas sobre consumos e dependências em meio escolar do Projecto Medicina Mais Perto:Ilhas 2016 criado e implementado pela AEFML (Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Foram distribuídos inquéritos de avaliação da qualidade das sessões.

Resultados: As respostas aos inquéritos demonstraram resultados positivos na percepção de conhecimentos , impacto na redução de intenção de consumo e as sessões foram consideradas muito interactivas, compreensíveis e úteis pelos jovens. A média das médias de cada resposta foi de 4,14 (4- contribuiu muito/muito provável) e a média dos desvios padrão foi 0,970. Apesar de ser desejável mais investigação com implementação de projectos de educação para a saúde em meio escolar com maior duração e follow-up e com outros métodos de avaliação este projecto permitiu demonstrar resultados positivos no seu contexto.

Abstract

Background:

There is increasing evidence that supports the positive impact of school based health education interventions in the classroom following certain methodologies . A number of International and Nacional organizations support health education in schools.

Objectives and Methods: This paper analyses the results of the class room based formative sessions about drugs and drug addiction of the project Medicina Mais Perto:Ilhas 2016 created and implemented by the Students Union of the Faculty of Medicine of the University of Lisbon. Questionnaires were delivered to the school's students at the end of the sessions.

Results: There where positive results in the perception of knowledge, reduction of intention to use substances and the sessions were considered very interactive, understandable and useful by the schools students. The average of results was 4,14(4 contributed a lot/ very likely) and the mean standart deviation was 0,970. There should be more investigation and the implementation of school-based health education project with longer duration and follow-ups with better evaluation methods for this kind of interventions but this project however this project showed some positive results in its context.

Introdução

“As pessoas não conseguem atingir o seu máximo potencial de saúde sem que consigam controlar os factores que a influenciam e determinam.”[1]A primeira grande conferência internacional sobre Promoção da Saúde decorreu em Novembro de 1986 e culminou com a Carta De Ottawa[1], um documento orientador, no qual Portugal participou e ratificou.A carta de Ottawa veio dar ênfase á importância da promoção da saúde e identificou várias áreas de acção . Um dos grandes grupos de acção seria a capacitação, que preconizava que os indivíduos devem ser capacitados para controlar os determinantes que afetam sua saúde , de modo que sejam capazes de atingir uma elevada qualidade de vida. As principais estratégias apontadas foram o desenvolvimento de competências pessoais, fortalecimento de acções comunitárias, criação de ambientes protectores e da reorientação dos serviços de saúde para a prevenção e promoção da saúde. Para além disso foi afirmado que a promoção da saúde não pode ser alcançada pelo sector da saúde isoladamente e que o seu sucesso dependerá da colaboração de todos os setores do governo (social, económico ,educação etc.), bem como de organizações independentes, partilhada entre indivíduos, grupos comunitários e voluntários, organizações não governamentais, profissionais de saúde, instituições de saúde e serviços de saúde. A promoção da saúde preconiza o desenvolvimento pessoal e social através do fornecimento de informação, educação para a saúde, e melhores competências para a vida (Life Skills) .

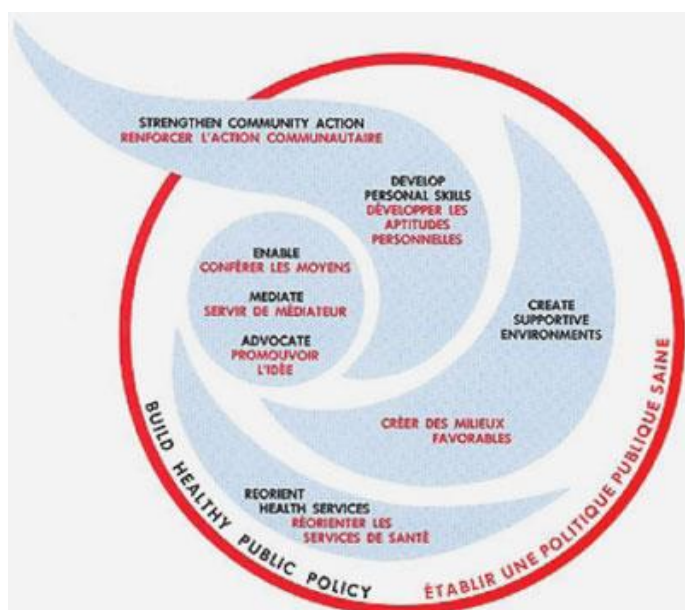


Fig1. Modelo de Acção da Carta de Ottawa

Em 2013 a OMS produziu um documento Health Literacy, the solid Facts.[2] que afirma que literacia em saúde limitada afeta significativamente a saúde . O European Health Literacy Survey [3]utiliza um método abrangente para avaliar a literacia em saúde e demonstra uma forte correlação contínua entre a literacia em saúde e a percepção de saúde/saúde auto-avaliada.

Para além disto sabemos que uma grande parte dos DALYs nos países desenvolvidos se devem a factores de risco potencialmente preveníveis. 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável.

Nos países desenvolvidos em 2012, 83% dos DALYs foram devido a doenças não transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares (21%), neoplasias (17%) e problemas de saúde mental (12%). [4]

São atribuídos ao consumo de álcool, drogas e tabaco cerca de 15% dos DALY's em Portugal em 2013.[5] em 2013 fumar foi responsável, em Portugal, pela perda de cerca de 8,2% (7,21 - 9,31) do total de anos prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, expressos em DALY (Disability Adjusted Life years).

As sociedades modernas publicitam activamente estilos de vida pouco saudáveis , e os sistemas de educação falham na criação de competências adequadas para aceder, compreender , avaliar e utilizar informação para uma melhor saúde. Tem sido demonstrado que fracas competências de literacia de saúde resultam em escolhas menos saudáveis , comportamento de risco , pior saúde , menos capacidade de auto-gestão e mais hospitalização. Este factores consomem recursos humanos e financeiros nos sistemas de saúde . As acções para resolver esta crise da literacia de saúde tem sido lenta a surgir em todos os níveis . [2]

A saúde é vital para a educação. A educação é vital para a saúde . Estudantes, famílias e comunidades mais saudáveis têm níveis mais elevados de desempenho académico e são mais produtivos posteriormente. As intervenções educativas desempenham um papel

central na promoção e reforço da literacia de saúde . [6]

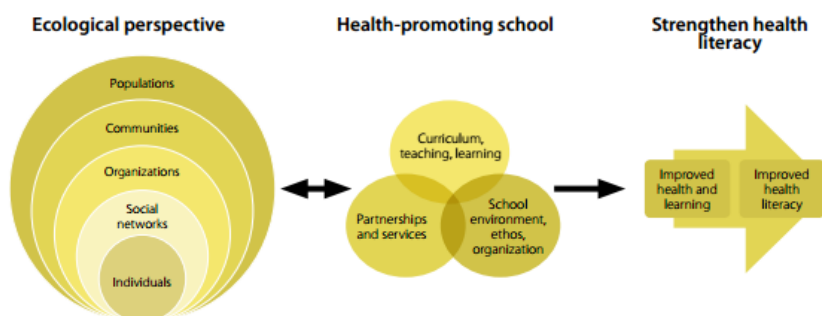


Fig. Modelo de níveis de influência compatíveis com o sistema de educação para fortalecer a literacia em saúde.[2]

O document Health Literacy: The Solid Facts [2] identifica como potenciais áreas de acção construir as bases para a literacia em saúde no desenvolvimento da infância e desenvolver e apoiar abordagens de promoção da saúde nas escolas. Estas estratégias devem ser implementadas na escola, em casa e na comunidade e sugere-se uma acção sinérgica entre as instituições e outras entidades educativas, profissionais e voluntárias.

O contexto Europeu

A OMS lançou em 1995 a Global School Health Initiative, que visa mobilizar e fortalecer a promoção da saúde e actividades de educação ao nível local, nacional, regional e global. As estratégias apontadas foram a investigação para melhorar programas de saúde escolar, criação de documentos de apoio á implementação de programas e projectos de saúde nas escolas, fortalecimento de capacidades nacionais e a criação de Redes e alianças para o desenvolvimento de Escolas Promotoras de Saúde. Assim surge Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde.[7]

Escolas Promotoras de Saúde são escolas que focam entre outros pontos [8]: o cuidar de si mesmo e dos outros; a tomada de decisões saudáveis e o controlo de cada um sobre as circunstâncias de vida ; prevenir principais causas de morte, doença e incapacidade: o uso do tabaco, HIV, sedentarismo, drogas e álcool, violência e lesões, nutrição saudável e influenciar comportamentos relacionados com a saúde: conhecimentos, crenças, competências de vida, atitudes, valores, e entreajuda.

A Rede europeia de escolas Promotoras da saúde , publicou um documento de 2013 “School health promotion: evidence for effective action” [9].

Em relação ao consumo de substâncias e dependências refere que alguns ganhos bem sucedido na escola em relação a programas nesta área podem incluir um atraso ou redução no consumo de substâncias e que os programas específicos para uma substância são mais propensos a ter menos eficácia e que pessoal docente que compreende questões de saúde mental, tem melhores resultados.

Apontam como pontos importantes para a eficácia: são interativos em vez de centrados nos professores ; focam competências para a vida, por exemplo, capacidade de recusa, assertividade; abordam toda a escola; tiverem ligação com a família e a comunidade local; melhorarem os vínculos dos alunos.

A Declaração de Odense[10] criada na 4.^a Conferência Europeia das Escolas Promotoras de Saúde em 2013 pede que os investigadores e avaliadores: usem uma agenda conjunta para a promoção da saúde na escola focando -se num conceito de saúde e bem-estar nas escolas, na investigação empírica e na sua implementação; usem a evidência científica para promover a ação; integrem os indicadores de saúde e bem-estar com os indicadores da educação e campos como a literacia, a cidadania e as capacidades participativas; dêem enfoque à identificação dos melhores mecanismos para melhorar a colaboração entre os sectores da saúde, da educação e outros; e promovam a participação de outros interessados no desenvolvimento de programas de investigação da promoção da saúde na escola.

[Anexo1] O contexto Português

[Anexo2] Evidência sobre intervenções em meio escolar na área dos consumos e dependências e base de construção das sessões.

Objectivos

O Projecto Medicina Mais Perto Ilhas:2016 que este ano se realizou na Madeira é um projecto de educação para a saúde e literacia em saúde e de prevenção da doença que pretende, através de formações nas escolas sobre consumos e dependência(tabaco, álcool e drogas), saúde mental e sexualidade e utilizando estratégias interactivas e

dinâmicas que combinam transmissão de conhecimento com competências e influências pessoais e sociais, a abordagem de crenças normativas, a identificação de alternativas saudáveis entre outras, com o objectivo de aumentar a literacia em saúde dos jovens e de os capacitar para a tomada de decisão em termos de saúde e para viverem vidas saudáveis. O projecto pretende também contribuir para a sensibilização dos estudantes de Medicina para as questões da prevenção e saúde pública e incluiu também rastreios de Diabetes, hipertensão arterial, Obesidade e aconselhamento em vários locais da Ilha da Madeira.

O objectivo deste trabalho é a avaliação do conteúdo dos inquéritos das sessões sobre consumos e dependências e dos seus resultados. Pretendeu-se formular sessões baseadas em alguma evidência e avaliar os resultados, através de inquéritos aos alunos entregues no final da sessão que avaliam percepção de conhecimento, redução na intenção de utilização e características das sessões que demonstraram ser importantes para a eficácia.

Material e Métodos

O projecto Medicina Mais Perto: Ilhas tem já 7 edições realizadas em anos anteriores, 3 no Arquipélago da Madeira e 4 no Arquipélago dos Açores. Nos últimos 3 anos foi reforçada a componente das sessões formativas nas escolas.

Este ano o projecto realizou-se na Madeira de 28 de Fevereiro a 6 de Maio.

Foram feitas no total das escolas 92 sessões sendo que 35 Sessões foram sobre Consumos e Dependências, 39 sobre de Saúde Mental e 18 de Sexualidade.

As escolas abrangidas foram :

- Escola Secundária Jaime Moniz (Funchal); (14 sessões)
- Escola Secundário Francisco Franco (Funchal); (4 sessões)
- Escola Básica e Secundária Padre Manuel Álvares (Ribeira Brava);(4 sessões)
- Escola Básica e Secundária Gonçalves Zarco (8 sessões)
- Escola Básica e Secundária de Santa Cruz; (2 sessões)
- Escola Básica 2/3 Curral das Freiras.(3 sessões)

As sessões sobre consumos e dependência distribuíram-se da seguinte forma pelos anos de escolaridade 6ºano(2), 7ºano(2), 8º ano (10), 9º ano (1), 10ºano (10), 11º ano(10). As turmas tiveram em média 14,2 alunos.

Foram analisados os resultados de 497 participantes em sessões de Consumos e dependências.

Implementação

O Projecto foi aprovado pela Unidade Técnica de Apoio à Promoção e Protecção da Saúde do Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM que não encontrou constrangimentos de ordem técnica ou ética e após parecer desta entidade pela Direcção Regional da Educação.

Foi feito o contacto com as escolas da Madeira com as quais foi decidido as turmas e temas a abordar em função da disponibilidade e preferência das escolas.

Inquéritos de avaliação

Com o desenvolvimento do projecto, tornou-se pertinente e indispensável ,algum tipo de avaliação da qualidade e impacto das sessões no sentido de avaliar indicadores de eficácia mas também de criar conhecimento que leve a que o projecto se possa tornar melhor e com melhor impacto nos jovens das áreas abrangidas.

Foram aplicados inquéritos de avaliação da qualidade e impacto das sessões aos alunos que focam pontos que demonstraram ser importantes para a eficácia das sessões (interactividade e crenças normativas)[20],[21],[22],[28] e avaliam percepção de conhecimentos e percepção de impacto e contribuição do projecto para as decisões de cada um no sentido de, após a sessão, tomar decisões corretas em termos de saúde relacionadas com os temas abordados,(redução da intenção de consumo)[20],[25].

A EMCDDA [20] e vários programas como o Too Good For Drugs [30] consideram como outcomes a redução da intenção de consumo. A EMCDA não considera no entanto o conhecimento como outcome porque não existe qualquer evidência de que o conhecimento por si só tenha impacto na utilização.[20] O TGFD[30] um ensaio aleatorizado (N = 10,762) de intervenções baseadas em influências sociais e no

modelo cognitivo-comportamental demonstrou reduções estatisticamente significativas na redução da intenção de consumo para álcool tabaco e outras drogas para além de redução na progressão para os consumos.

O programa TGFD[30] teve um impacto positivo significativo nas competências de resistência e recusa, atitudes em relação ao consumo , na percepção normativa, na aprovação do consumo pelos pares .

Devido a limitações em termos práticos e de recursos do projecto não foi possível mais que aplicar um inquérito por aluno no final de cada sessão. Os inquéritos foram baseados em partes dos inquéritos do projecto Unplugged [28] e Project Towards no drug abuse[31], projecto TGFD[30] e decidida a sua estrutura e dimensão em reunião da CO, limitados pelas condições do projecto. Decidiu-se em reunião de CO que aplicar os inquéritos logo após as sessões seria a forma mais segura de garantir que a maioria dos alunos acabaria por responder aos inquéritos. No caso dos consumos os inquéritos abordam as questões das crenças normativas, da percepção de conhecimentos sobre dependência, riscos, percepção de impacto nos comportamentos de risco no futuro (intenção de consumo) e percepção de qualidade da interação durante a sessão(componente considerada essencial para a eficácia das sessões).

Foram aplicados métodos de estatística descritiva e avaliada a distribuição das respostas pelas várias questões dos inquéritos

Foram também aplicados inquéritos aos 16 formadores seleccionados do projecto no sentido de avaliar a percepção de qualidade das sessões, qualidade da preparação, dos materiais e da estrutura das sessões, factores que influenciaram a preparação dos participantes para as sessões e a sua qualidade, críticas e sugestões.

Seleção e preparação dos formadores

São seleccionados, de entre os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, os candidatos com o melhor perfil ,avaliado segundo um sistema de pontuação com critérios objectivos e recebem formação e preparação adicional para as actividades realizadas.

Bases de construção das sessões

Este ano foi também revista a estrutura e método das sessões . Após revisão da literatura disponível no anexo [Anexo2] [20],[21],[22],[23],[24],[25],[28] o projecto Unplugged , EUDAP (European Drug Addiction Prevention Trial) , de acesso livre (financiado pela Comissão Europeia) foi considerado um guia para a estrutura e método das sessões e preparação dos formadores.

Foram criados para os formadores o Guião da sessão e Manual teórico de Consumos e dependência com base em pontos do Projecto Unplugged EUDAP .

A formação de consumos (especialmente orientada para o álcool, tabaco, e canábis), pretende a compreensão da dependência e dos mecanismos que levam á sua instalação e consequências, bem como a compreensão de factores de risco para o início dos consumos. Alerta também para o riscos dos consumos agudos (binge drinking) e, através de dinâmicas de discussão, brainstorming e roleplaying, para as questões do peerpressure e de como compreender e reagir ao mesmo, e transmite competências sociais, pessoais, de assertividade e de criação de objectivos (lifeskills) que protegem os jovens das decisões de risco e diminuem o seu impacto. Aborda mitos e verdades relacionados com os consumos, corrige crenças normativas erradas de que é muito frequente e normal consumir tabaco, álcool e drogas e sublinha a importância dos vínculos saudáveis e da criação de hábitos saudáveis e estratégias para identificar e resistir ás pressões sociais, dos media e dos pares.

No caso das sessão sobre consumos é também baseado na informação epidemiológica de prevalência de consumos na população escolar produzida pela Região Autónoma da Madeira para utilizar durante a abordagem das crenças normativas e caracterizar o problema. [26]As prevalências são em vários locais semelhantes á da média nacional , no entanto existem algumas localidades com prevalências mais elevadas. [27]

Resultados

Antes da apresentação dos resultados objectivos dos inquéritos aplicados, gostaríamos de salientar a existência de um feedback muito positivo por parte dos professores e alunos em praticamente todas as sessões de acordo com o partilhado nas reuniões diárias. Durante estas reuniões a satisfação dos participantes com a forma como correram as sessões e a sua perspectiva de impacto foi bastante positiva embora tenham sido encontradas algumas dificuldades pontuais.

Foram recebidos vários emails de agradecimento de professores e um agradecimento do Conselho Directivo da Escola Jaime Moniz a maior escola da Madeira na qual fizemos 37 sessões entre Consumos e dependências e Saúde Mental.

Em comunicação com as escolas foi apurado que foi a primeira vez que os alunos envolvidos tiveram sessões nos moldes feitos pelo projecto. Algumas escolas têm ocasionalmente sessões plenárias sobre os consumos e dependências e com várias turmas presentes por profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos). embora sejam ambas sessões mais expositivas e e com várias turmas presentes implicando um número grande de alunos que não permite certas estratégias interactivas e dinâmicas.

Na Escola Jaime Moniz foi pedido, que fosse feita uma sessão formativa e de sensibilização sobre as áreas de consumos e dependências na Reunião de Departamento de Educação Física para que os professores conseguissem melhor abordar estes temas e sensibilizar os mesmos para a importância da educação para a saúde a nível escolar de modo a que os possíveis interessados pudessem dar continuidade ao projeto ou começar novos projectos na área. Foi também explicada a metodologia e materiais utilizados durante estas sessões e contextualizada a prevenção ao nível escolar e as intervenções que melhor impacto poderão ter. Estiveram presentes nesta sessão todos os professores de Educação Física da Escola , cerca de 20.

Foi referido pelos professores que uma grande mais valia para a sessão seria o facto de ser uma sessão interactiva com dinâmicas e discussão aberta e o facto de ser uma sessão de educação pelos pares feita por jovens para jovens. Para além disso foi referido que seria possível os professores fazerem intervenções semelhantes com preparação adequada mas sem ser numa turma a quem já dessem aulas porque limitaria o á vontade dos alunos para discutir e abordar certos assuntos de forma interativa, dinâmica e aberta.

A professora coordenadora da área Saúde da Escola Jaime Moniz, a Professora Maria José Barreto que coordenou a colaboração da escola com o MMP contactou o programa Madeira Viva da RTP Madeira no sentido de agendar uma entrevista com a Comissão Organizadora do Projecto para que a mensagem de promoção de saúde e das estratégias de educação e prevenção chegasse a mais pessoas na região. A entrevista aconteceu no programa de 4 de Março de 2016 que poderá ser visualizada integralmente no site do programa Madeira Viva (VII Episódio 45).

Resultados dos inquéritos aos alunos

Resultados Inquéritos Grupo 1 Percepção de conhecimento/compreensão de conceitos

Esta sessão contribuiu para:

1- Não contribuiu, 2- Contribuiu ligeiramente, 3- Contribuiu moderadamente, 4- Contribuiu muito, 5- Contribuiu extremamente

	N	Média		Desvio Padrão
		Estatística	Erro Padrão	
1.1 Perceber o que é a dependência, como se desenvolve e como influencia a minha saúde mental e física, as minhas motivações e comportamentos e a minha vida?	492	4,11	,040	,882
1.2 Conhecer os riscos do consumo agudo de álcool/binge drinking?	491	4,21	,039	,867
1.3 Conhecer os riscos do consumo crónico de álcool?	493	4,17	,037	,818
1.4 Conhecer os riscos do consumo de tabaco?	492	4,16	,041	,912
1.5 Conhecer as consequências e riscos do consumo de canábis?	492	4,09	,045	1,001
1.6 Perceber porque os jovens começam a fumar, beber álcool ou consumir droga?	489	4,08	,044	,962
1.7 Perceber o que é o peer-pressure e outras influências sociais e nos meios de comunicação?	493	3,95	,045	1,010
1.8 Conhecer formas positivas de lidar com o stress?	493	3,72	,047	1,044
1.9 Ter noção de que a grande maioria dos adolescentes não fuma, não bebe e não consome drogas?	491	3,93	,047	1,037
1.10 Perceber os perigos dos consumos de outras drogas?	490	4,29	,038	,842

Resultados Inquéritos Grupo 2 Influência em comportamentos / redução na intenção de consumo

É provável que esta sessão contribua para que:

1-Não é provável, 2-É pouco provável, 3-Moderadamente provável, 4-Muito Provável, 5-Extremamente Provável

	N	Média		Desvio Padrão
		Estatística	Erro Padrão	
2.1Te sintas mais seguro e capaz de fazer decisões corretas em relação aos consumos abordados?	493	4,10	,041	,913
2.2Não te coloques em situações de risco e perigo por binge drinking?	490	4,11	,044	,971
2.3Não consumas álcool ou se consumires o faças com moderação?	491	4,03	,046	1,020
2.4Não fumes/não comeces a fumar? (não respondas caso fumes)	395	4,17	,055	1,100
2.5Diminuas ou pares o consumo caso fumes? (se não fumas não respondas)	196	3,87	,082	1,154
2.6Não consumas canábis/não comeces a consumir?	472	4,13	,055	1,189
2.7Diminuas ou pares o consumo de canábis caso consumas? (se não consumes não respondas)	147	3,69	,108	1,312
2.8Não experimentes outras drogas?	481	4,11	,056	1,226
2.9Saibas lidar com o peer pressure e outras influências sociais e dos média e não sejas influenciado negativamente para consumir drogas, tabaco e álcool?	486	4,08	,042	,934
2.10Não acredites em tudo o que te possam dizer em relação ao álcool, tabaco e drogas e procures encontrar informação de qualidade junto dos pais, professores, livros e internet (só em sites de confiança)?	485	4,10	,044	,976
2.11Influencies os teus amigos, familiares ou outras pessoas à tua volta para não consumirem tabaco, drogas e álcool?	480	4,06	,051	1,107

Resultados Inquéritos Grupo 3. Características da sessão /importância / satisfação

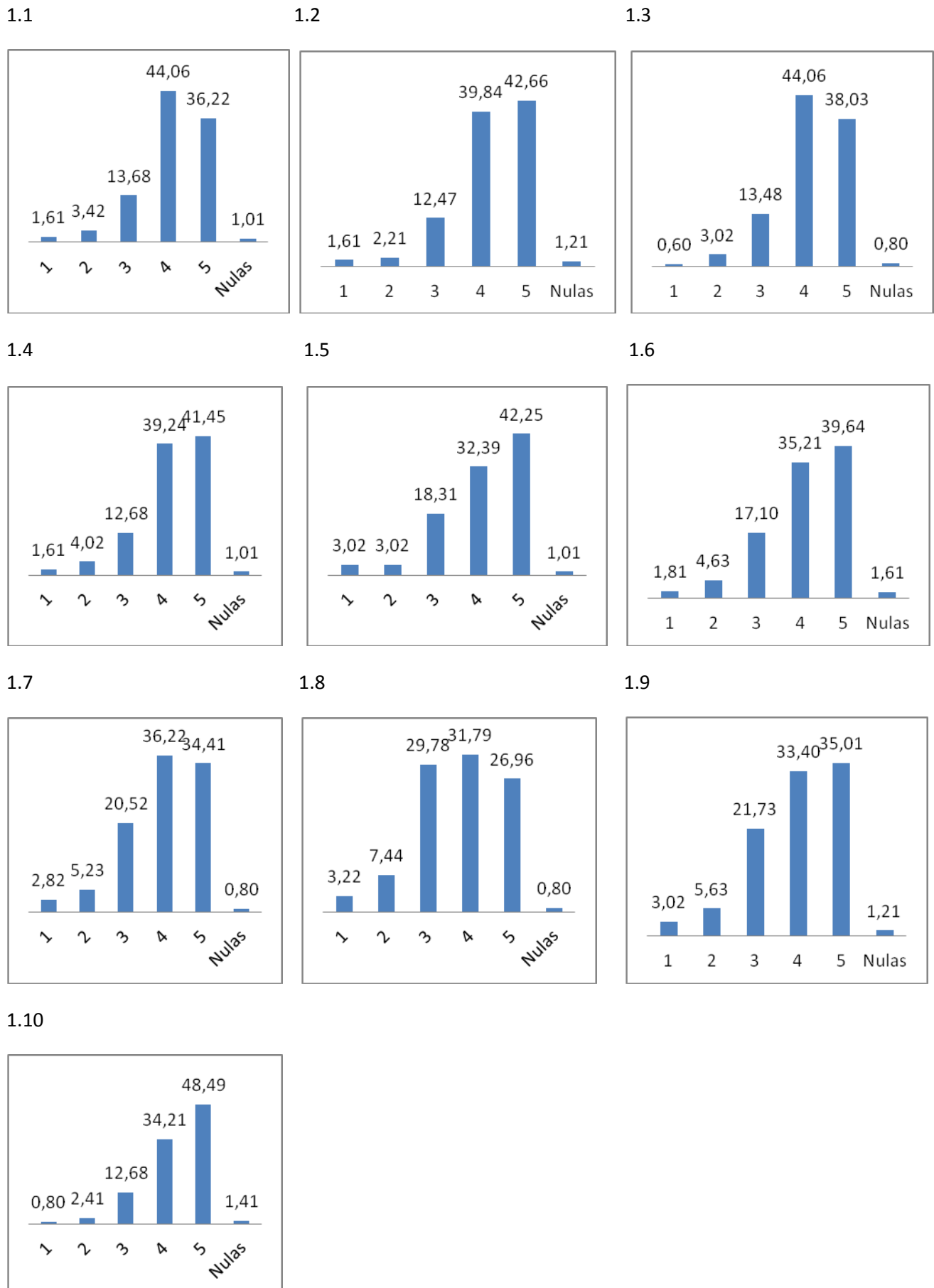
No geral:

1- Discordo Totalmente , 5-Concordo Totalmente

	N	Média		Desvio Padrão
		Estatística	Erro Padrão	
3.1Achas que a sessão foi interactiva?	486	4,68	,032	,711
3.2Achas que a sessão foi compreensível?	485	4,72	,027	,593
3.3Achas que a sessão foi importante para ti?	488	4,42	,042	,918
3.4No geral, gostaste de participar na sessão?	487	4,58	,035	,768

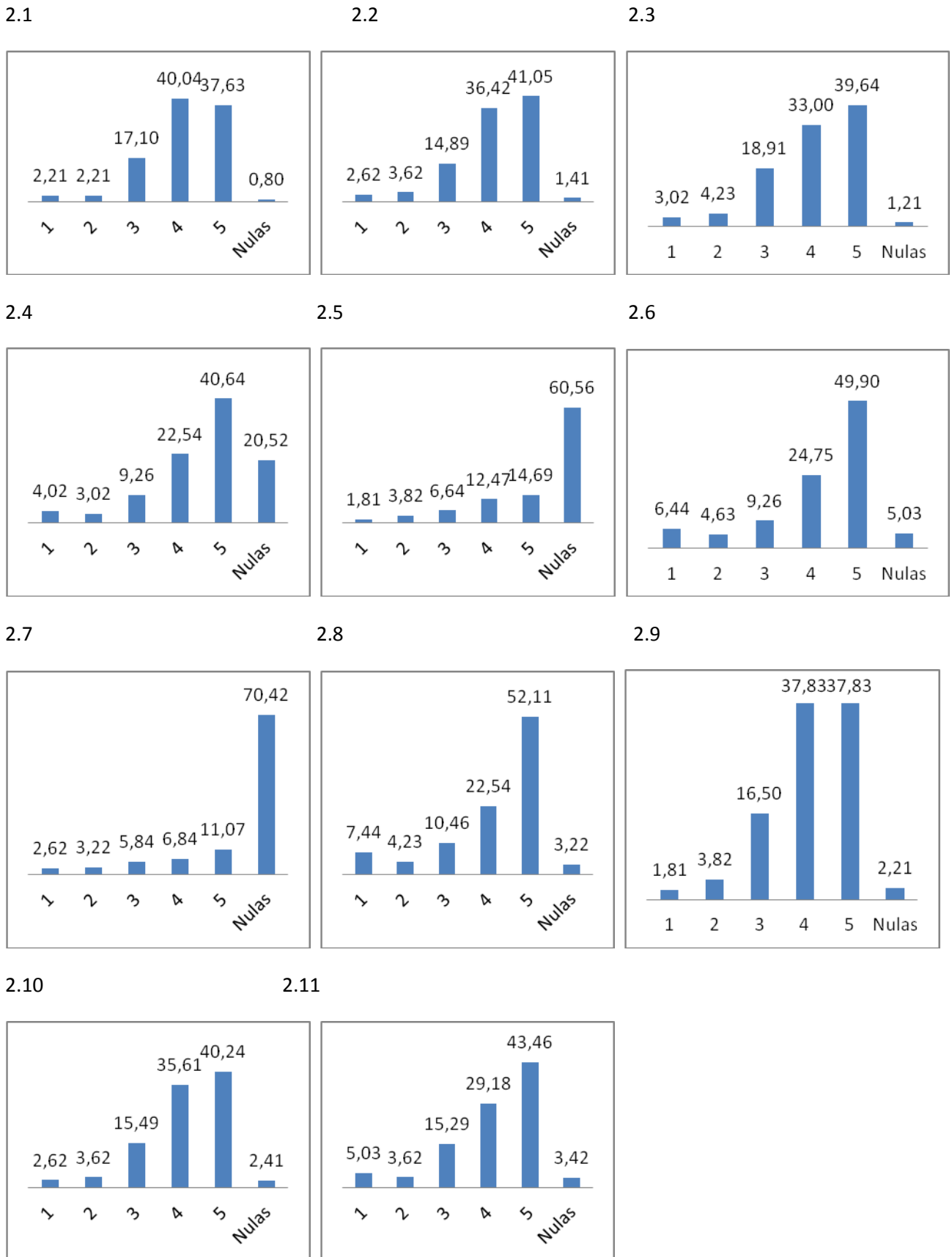
Gráficos de distribuição de respostas por questão

Grupo1. Grupo 1 Percepção de conhecimento/compreensão de conceitos : 1- Não contribuiu, 2- Contribuiu ligeiramente, 3- Contribuiu moderadamente , 4- Contribuiu muito, 5-Contribuiu extremamente



Grupo 2 Influência em comportamentos / redução na intenção de consumo

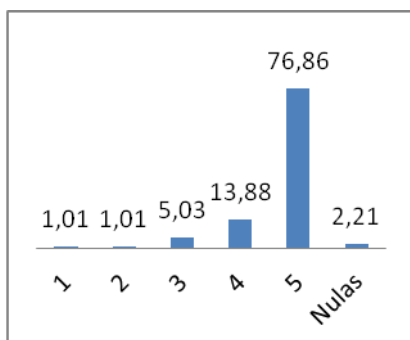
1-Não é provável, 2-É pouco provável, 3-Moderadamente provável, 4-Muito Provável, 5-Extremamente Provável



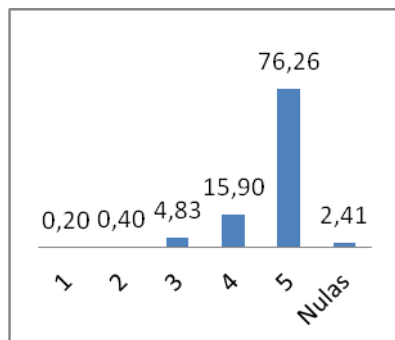
Grupo 3. Características da sessão /importância / satisfação

1- Discordo Totalmente , 5-Concordo Totalmente

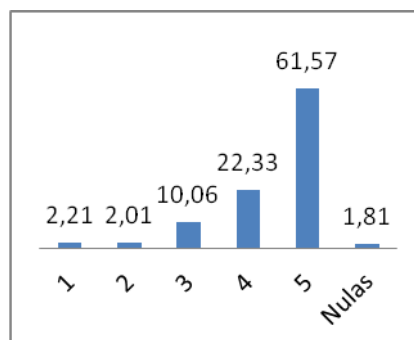
3.1



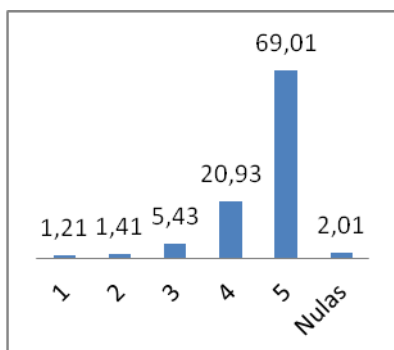
3.2



3.3



3.4



Numa visão global das respostas ás perguntas dos inquéritos constatamos que as médias das respostas variam entre 3,69 e 4,72 e o desvio padrão entre 0,593 e 1,312. A média das médias de cada resposta foi de 4,14 e a média dos desvios padrão foi 0,970. As respostas com valores mais baixos apesar de continuarem a ser bastante positivos foram “ Perceber o que é o peer pressure e outras influências sociais e nos meios de comunicação”, “Conhecer formas positivas de lidar com o stress”, “ Ter noção que a grande maioria dos adolescentes não bebe , não fuma e não consome drogas” , “ Diminuas ou pares o consumo caso fumes(se não fumas não respondas)”(N=196) e “Diminuas ou pares os consumos de canábis caso consumas(se não consumes não respondas)” (N=147).

Os valores médios mais elevados e curiosamente com desvios padrão mais baixos foram “ Achas que a sessão foi interactiva? (Média 4,68, Desvio padrão0,711) e “Achas que a sessão foi compreensível?” (4,72; 0,593)

Houve alguma sobreposição de respostas entre “Não fumes/não comeces a fumar (não respondas caso fumes)”(N=395) e “Diminuas ou pares o consumo caso fumes (se fumas não respondas)” (N=196) . Nas restantes perguntas as respostas Nulas variaram entre 0,8 e 5,3 % .

Discussão e Limitações

No contexto apresentado na Introdução, o projecto Medicina Mais perto Ilhas 2016 apresenta-se como um projecto de intervenção e promoção e educação para a a saúde em meio escolar com uma base científica baseada na evidência (embora com várias limitações metodológicas), que colabora com as escolas nos objectivos previstos a nível nacional e Europeu [9],[10],[13],[14],[17]para a educação para a saúde nas escolas e que sensibiliza a comunidade escolar nomeadamente os professores e coordenadores para estratégias práticas de intervenção com melhor evidência de impacto.

Evidência

A área da prevenção através da educação para a saúde através de sessões na sala de aula é uma área na qual continua a ser necessária mais investigação de qualidade, existem resultados heterogéneos em algumas revisões mais recentes. No entanto existem

contextos e métodos que demonstram resultados positivos em estudos de vários tipos incluindo ensaios aleatorizados com controlo. [20],[21],[22],[23],[24],[25].

O ensaio EUDAP Unplugged parece ser o ensaio com melhor evidência de eficácia no contexto Europeu [20], [23], apresenta uma estrutura sólida teórica e metodológica para o desenvolvimento das sessões e é de acesso livre (financiado pela Comissão Europeia) que facilitou a utilização de várias componentes das sessões para a construção das sessões do MMP: Ilhas 2016.

Metodologia das Sessões

Em relação á metodologia utilizada nas sessões existem diferenças importantes em relação á bibliografia utilizada como referência sendo uma limitação importante a questão de estas intervenções durarem apenas uma hora e meia comparativamente com as várias sessões num total de 12 horas utilizadas no ensaio Unplugged e noutros e outros com melhor evidência de eficácia. Apesar disso foram incorporadas nas sessões muitas das dinâmicas, estratégias gerais, e ideias chave utilizadas no projecto.

A metodologia de implementação e de preparação dos formadores foi obviamente diferente e a eficácia dos projecto não pode ser inferida ou relacionada com a do projecto Unplugged apenas por se basear em alguns pontos do mesmo. [28]

Para além disso as idades dos alunos que receberam a intervenção são diferentes das idades dos alunos do projecto Unplugged (12-14). No entanto existem projectos que fazem intervenções semelhantes em idades mais elevadas com resultados positivos como o Project Towards No Drug Abuse (16-20). [31]

A utilização do projecto Unplugged serve apenas como base e referência em termos de práticas importantes.

Avaliação

Poderemos com este projecto ter uma ideia do eventual impacto, nos termos avaliados, de intervenções breves deste tipo. Apesar de tudo a investigação existente sobre este tipo de intervenções é limitada. [19]

Os inquéritos avaliam percepção de conhecimentos e não conhecimentos em si e percepção de impacto após a sessão e não o impacto em termos de prevalência de comportamentos de risco ou de consequências da iliteracia em saúde. Esta é uma limitação identificada em vários estudos do género. No entanto a redução da intenção de consumo é muitas vezes um outcome secundário considerado [20],[30] ao contrário do conhecimento que apesar de ser frequentemente avaliado não é considerado um outcome importante por não existir evidência que suporte que o conhecimento só por si influencie os consumos. [20]

Para avaliar conhecimento em vez de percepção de conhecimento seria necessário inquéritos bastante mais extensos que consumiriam uma parte importante do tempo das sessões. No entanto, o inquérito Health Literacy survey [3] permitiu relacionar a literacia em saúde com menor prevalência de consumos e melhor percepção da própria saúde no entanto não avalia causalidade.

Para avaliar o impacto real seria necessária a aplicação de um ensaio aleatorizado com controlo com follow-up que seria incompatível com as nossas possibilidades como projecto nas circunstâncias actuais.

Outra opção eventualmente mais exequível no contexto do projecto seria o estudo caso controlo com ou sem follow-up ao fim de um período de tempo, por exemplo 1 ano.

A avaliação em termos globais dos resultados dos inquéritos ao alunos permite-nos ter uma ideia do impacto geral que um projecto nestes moldes poderá ter ainda que a relação entre a percepção de impacto, redução de intenção de consumo pelos estudantes e o impacto real seja difícil de estabelecer. No entanto a redução de intenção de consumo é um parâmetro importante e considerado pelo EMCDDA e vários estudos. [20] [30] [31]

Para além disso estes resultados não permitem com segurança identificar quais as componentes específicas(preparação, materiais , metodologia,) que fazem uma sessão com qualidade, uma questão importante e que as revisões de ensaios de intervenções ainda têm dificuldade em responder.[23] [24], [25] No entanto permite ter uma ideia de questões em que os alunos sentiram não ter ficado tão esclarecidos ou que não sentiram que tenha tido impacto na redução da intenção do consumo ou nas suas decisões no

futuro, nos moldes dos inquéritos. Os inquéritos aos formadores poderão melhor interpretar que mudanças podem ser feitas em diferentes partes da preparação dos participantes, nos materiais ou métodos das sessões ou em outras questões relacionadas e sugerir mudanças.

Foi criticado pelos formadores o facto de nos inquéritos não existir a opção (Não foi abordado). Por limitação de tempo ou por decisão de perder mais tempo com uma questão que se perceba ser importante para a turma foi várias vezes impossível abordar todos os assuntos. Neste caso é importante saber se o tema foi abordado e assim considera-se uma alteração pertinente a fazer nos inquéritos caso se mantenha um modelo idêntico. Esta questão poderá ter impacto na decisão do modelo de sessão, no guião da sessão, no tempo perdido com cada atividade, na inclusão ou não de determinadas questões ou na tentativa de aumentar o tempo de contacto com a turma ou o número de sessões sobre um mesmo tema.

Os resultados foram bastante positivos em todas as perguntas e com desvios padrões pouco elevados. Foi importante constatar que as sessões foram muito/extremamente interactivas e compreensíveis especialmente porque a interactividade é uma componente fundamental para a eficácia das sessões na prevenção de consumos.[9][20][21][22][28] Apesar de tudo outro ponto considerado importante para a eficácia , as crenças normativas foi uma das repostas com piores resultados apesar de positivos. Como tal poderá ser revista a estratégia de abordagem deste ponto. Parece ter havido um impacto importante na redução da intenção de consumo para todos os consumos abordados e no aumento do conhecimento e compreensão de questões relacionadas sendo que os alunos consideraram que as sessões foram muito úteis, interactivas e compreensíveis. Os resultados menos positivos ainda que apresentado resultados favoráveis foram em relação á diminuição ou paragem dos consumos de tabaco e canábis no caso de alunos que consumiam estas substâncias. Para além disso a abordagem das crenças normativas também foi uma das áreas com resultados menos positivos que eventualmente poderá ser reforçada.

Todos os outros pontos apresentaram resultados bastante positivos.

Apesar de tudo quando observamos a distribuição dos resultados por resposta constatamos que existe um número mais elevado de respostas 1 e 2 em algumas perguntas como “Não experimentes outras drogas” (7,44% e 4,23%) “Não consumas

álcool ou se consumires o faças com moderação” (3,02% e 4,23%) “ Não fumes/ não começas a fumar (não respondas caso fumes)” (4,02% e 3,02%) “ Não consumas cânabis/ não começas a consumir” (6,44% e 4,63%)”. Nas duas últimas estes resultados poderão dever-se á sobreposição de respostas sendo que alguns alunos que consumiam podem ter respondido com valores 1 e 2 a estas perguntas.

Os resultados dos inquéritos mostram que 20% dos alunos não respondeu á questão “Não fumes /não começas a fumar (não respondas caso fumes)” No Funchal de facto num estudo de prevalência, 14,4% dos jovens fumaram até 10 cigarros por dia nos últimos 30 dias. [26]

Implementação

Parece existir vontade por parte das escolas , através das equipas de educação para a saúde de implementar projectos mais ambiciosos, abrangentes e com maior qualidade, sendo que as oportunidades de colaboração de entidades externas são muito bem recebidas e parecem constituir um grande número de projectos de educação para a saúde [15],[16].

De facto como apresentado na introdução prevê-se a colaboração entre áreas externas á educação como a academia e a saúde. O projecto enquadra-se neste contexto mas vem trazer uma metodologia com uma estrutura sólida, passível de ser reproduzida e avaliada. No entanto não está de acordo com algumas recomendações por ser um projecto pontual.[1],[2],[13],[14],[17] Ainda assim o projecto permitiu que as escolas recebessem informação sobre todos os materiais e métodos utilizados tendo inclusivamente feito uma formação para professores numa das escolas na perspectiva de dar continuidade ou de incentivar a criação pela escola de projectos semelhantes no futuro. De facto a formação de pessoal docente para as questões da educação para a saúde faz parte dos objectivos previstos a nível nacional pelo PAPES [14] e pelo PNSE [17] e a nível Europeu e mundial [9],[10] e em vários projectos demonstra ser fundamental para a qualidade e eficácia de intervenções. [20],[22],[28].

Conclusões

A área das intervenções de educação/literacia para a saúde em meio escolar é abrangente e apresenta vários desafios á sua implementação e qualidade.

A OMS com o Health Promoting Schools estabelece linhas de acção neste contexto e em Portugal a DGE com o PAPES encontra-se neste momento a fazer um ponto de situação do país em termos de projectos de educação para a saúde e a preparar recomendações práticas.[14]

A evidência demonstra que alguns tipos de intervenções em determinados contextos têm impacto positivo no comportamento dos jovens. Ainda assim é uma área em que é necessária mais investigação para melhor definir e ajustar as melhores práticas em cada contexto. [9],[10],[13],[14],[15],[16],[17],[18],[19],[20],[22],[23],[24],[25]

Este Projecto, apesar de ser um intervenção pontual e apesar da evidência recolhida em relação á sua eventual eficácia não permitir garantir a mesma, permitiu sensibilizar os alunos, professores, escolas, direções, institutos e população em geral através dos meios de comunicação para a importância das estratégias de prevenção e literacia em saúde. Criou-se interesse nos professores e nas direções das escolas neste tipo de intervenções e numa das escolas foi pedida uma formação sobre o tema dos consumos para docentes para que os mesmos pudessem melhor abordar este tema e eventualmente dar seguimento a actividades relacionadas e implementá-las sistematicamente na escola. Foram também fornecidos os materiais e métodos criados e utilizados para as sessões e indicada bibliografia de apoio nomeadamente o Projecto Unplugged.[28]

Este é um projecto que apesar de pontual tem uma dimensão e metodologia que parece ser pouco frequente a nível nacional e que pode permitir melhor caracterizar projectos desde género em termos de eficácia e impacto e permite demonstrar um exemplo de colaboração de sucesso entre as Escolas, as entidades de saúde e educação e uma instituição de ensino superior, através da Associação de Estudantes num projecto voluntário.

As escolas têm uma responsabilidade importante na implementação a nível local de projectos estruturados e sistemáticos de educação para a saúde. No entanto na maioria das vezes estes projectos carecem de uma estrutura, metodologia e avaliação sólidas.[15] [16] Existe uma perspectiva de formação de professores para que estes implementem com maior sucesso os projectos de educação para a saúde pela DGE e DGS [14],[17] no entanto ainda é um processo numa fase inicial.

A educação pelos pares nos moldes do projecto (feito por estudantes universitários de medicina) poderá eventualmente ter um maior impacto comparativamente com sessões

semelhantes feitas por professores. No entanto existem dificuldades á sua implementação universal devido a recursos humanos com formação adequada limitados. Se os professores tiverem uma formação adequada poderão ter resultados muito positivos. [18], [20],[22]

Agradecimentos

Pelo trabalho, dedicação, espírito de missão e motivação da **Comissão Organizadora** do Projecto, o primeiro agradecimento vai para os meus colegas e companheiros que a integraram, **Rafael Inácio, Teresa Valido, Miguel Costa, Miguel Leal Rato, Carolina Cardoso e Sofia Leandro.**

Pela orientação valiosa, ajuda e pragmatismo e confiança no trabalho do projecto deixo um grande obrigado ao meu orientador do Trabalho Final de Mestrado, o **Dr. Rui Portugal .**

Um grande obrigado a todos os **16 participantes formadores** que fizeram o projecto acontecer no terreno, nas salas de aula e nos rastreios de uma forma excepcional e verdadeiramente motivada e que contribuíram para a discussão e reflexão sobre o mesmo.

Um obrigado a todas as **Escolas e Professores que receberam o projecto** com entusiasmo e dedicação e que valorizaram esta iniciativa.

Um agradecimento muito especial á **Professora Maria José Barreto**, responsável pelos projectos da área da saúde da Escola Jaime Moniz por todo o apoio, ajuda incansável e por ter acreditado nos valores e impacto do projecto.

Ao **Dr. Raul Melo e ao SICAD** pela contribuição para a formação dos formadores para as estratégias de comunicação durante as sessões e por toda a partilha de experiência que em muito enriqueceu o projecto.

Ao **Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM**, e em especial ao **Dr. Nelson Carvalho** pelo apoio insubstituível dado ao projecto e pela sensibilidade para esta causa.

Ao **Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública** da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, nomeadamente ao Miguel Andrade por todo o apoio nas questões relacionadas com o trabalho Final de Mestrado.

Á **Direção da Faculdade de Medicina** pelo reconhecimento do projecto e pela apoio em termos de aprovação do pedido de colaboração para a criação e leitura de inquéritos por leitura óptica pela **Unidade de Avaliação Pedagógica** a quem deixo também um grande agradecimento.

Finalmente, um enorme obrigado á **Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina** e ao Departamento de Saúde Pública por darem continuidade a estes projectos, por acreditarem na educação e literacia para a saúde e na educação pelos pares e por darem oportunidade a aos estudantes de medicina de continuar a dar forma e a melhorar os projectos e a evidência que os suporta.

Referências:

- [1]Mahler, H., Epp, J., Franklin, W., & Kickbusch, I. (1986). Ottawa charter for health promotion. Health Promotion International, 1(4), 405.
- [2]Kickbusch, Ilona, et al., eds. Health literacy: the solid facts. 2013.
- [3]Sørensen, Kristine, et al. "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)." The European Journal of Public Health (2015)
- [4]http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/daly_rates/text/en/ acesso em Abril 2015
- [5]<http://www.healthdata.org/portugal> acesso em Abril 2016
- [6]Nutbeam, Don. "Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century." Health promotion international 15.3 (2000): 259-267.
- [7]http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/ acesso em Abril 2016
- [8]WHO Health Promoting Schools Framework for action (2009) http://www.wpro.who.int/health_promotion/documents/docs/HPS_framework_for_action.pdf
- [9]School for Health in Europe, School health promotion: evidence for effective action.2013
- [10] Schools for Health in Europe , Odense Declaration, The 4th European conference on health promoting schools, 2013
- [11]<http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude> acesso em Abril 2016
- [12]<http://www.dge.mec.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias> acesso em Abril 2016
- [13]SICAD,(Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, 2013

- [14]Direção Geral de Educação , Programa de Apoio á Promoção e Educação para a Saúde, 2014
- [15] Promoção e Educação para a Saúde – Relatório 2012/2013
- [16]Relatório do Estudo de Avaliação do Impacto da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril
- [17] Direção Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015
- [18]European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, Universal Prevention <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html#school> acesso em Abril 2016
- [19]European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report, 2015
- [20]European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, Best practice Portal , Preventive interventions for school students ,Update Dezembro2015 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention/school-children>
- [21]Faggiano, Fabrizio, et al. "A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population." Preventive medicine 44.2 (2007): 170-173.
- [22]Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Burkhart G., Bohrn K., Cuomo L., Gregori D., Panella M., Scatigna M., Siliquini R., Varona L., van der Kreeft P., Vassara M., Wiborg G., Galanti M.R. and the EU-Dap Study Group (2010), 'The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial', Drug and Alcohol Dependence, Volume 108, Issues 1-2, Pages 56-64. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018
- [23]Agabio, Roberta, et al. "A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs." Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH 11.Suppl 1 M6 (2015): 102.
- [24]Foxcroft, David R., and Alexander Tsertsvadze. "Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people." Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal 7.2 (2012): 450-575.

- [25]Faggiano, Fabrizio, et al. "Universal school-based prevention for illicit drug use." Cochrane Database of Systematic Reviews 12 (2014).
- [26]Jardim, Maria Helena de Agrela Gonçalves ,Estudo da Prevalência dos Padrões de Consumo de Drogas pelos Jovens da RAM: relatório preliminar, 2014
- [27]The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, Key Results Portugal 2011<http://www.espad.org/portugal>
- [28]EU-Dap Study Group. Unplugged: An effective school-based program for the prevention of substance use among adolescents. No. 1. Eudap Final Technical Report, 2007.
- [29]The Development and dissemination of Life Skills Education: An overview. The Development and dissemination of Life Skills Education: An overview. Geneva: Division of Mental Health, WHO; 1994.
- [30]Bacon, Tina P., Bruce W. Hall, and John M. Ferron. 2013. One-Year Study of the Effects of the Too Good for Drugs Prevention Program on Middle School Students. Tampa, Fla.: C.E. Mendez Foundation, Inc.
- [31]Sun, Wei, et al. "Project towards no drug abuse: Long-term substance use outcomes evaluation." Preventive medicine 42.3 (2006): 188-192.

Anexos

[Anexo1] O contexto Português

[Anexo2] Evidência sobre intervenções em meio escolar na área dos consumos e dependências e base de construção das sessões.

Anexo 1

No contexto português.

Portugal faz parte das Escolas Promotoras de Saúde desde 1995, que hoje se configura na plataforma Schools for Health in Europe (SHE). Após alguns anos em que a Promoção e Educação para a Saúde dependia da adesão, por parte das escolas, à Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (RNEPS), a partir de 2005 o Projeto Educativo de Escola tem de incluir a área da Educação para a Saúde.

As Áreas Temáticas definidas são os Comportamentos Aditivos e Dependências, a Saúde Mental e Prevenção da Violência, a Educação Alimentar e Atividade Física, e os Afetos e Educação para a Sexualidade.[11]

A Direção-Geral da Educação[12] e o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 [13] do SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) pretendem prevenir os consumos em meio escolar, através de debates, sessões de sensibilização e outras estratégias de trabalho continuado com os alunos e envolvendo toda a comunidade educativa.

Baseado nestes conceitos, a Direção-Geral da Educação apresentou o novo Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES) [14], de setembro de 2014.

Com base no relatório Promoção e Educação para a Saúde 2012/2013 [15], numa análise interna SWOT é referido como pontos positivos a colaboração regular de agentes de saúde e outros agentes na comunidade (centros de saúde, hospitais, unidades de saúde familiar, unidades de saúde pública, médicos de família e enfermeiros, centros de juventude e Instituições do Ensino Superior). De uma análise externa [16] destaca-se a falta de uma cultura de avaliação sistemática de medidas em meio escolar, que acarreta dificuldades de ordem administrativa e de comunicação. A existência maioritariamente de práticas pontuais e espartilhadas, como por exemplo “o dia da contraceção” ou a “semana da prevenção do VIH/SIDA” o que origina um baixo custo-benefício, não promove a capacitação e não muda a cultura escolar, dificultando a sustentabilidade do processo (...) associadas a consecutivos pedidos avulsos de colaboração externa.

De referir que dos Projectos no âmbito da Promoção Educação para a Saúde 44,9% têm parcerias com Instituições do Ensino Superior, ainda que as parcerias com as autarquias e com os Centros de Saúde Locais tenham percentagens mais elevadas, 69% e 98 %. O resultado das parcerias e as características dos projectos desenvolvidos por cada grupo não estão disponíveis neste relatório. O relatório apresentado representa apenas o Universo de respostas de 419 agrupamentos de escolas/escolas públicas e escolas particulares e cooperativas em regime de contrato de associação. [15]

O Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015 [17] refere que os actores ou instituições que possam contribuir para uma cultura de responsabilidade, envolvimento e participação, são bem-vindos, seja a nível nacional, regional ou local. E que na Escola, os profissionais de saúde podem desconstruir mitos e crenças e construir valores e motivação para a mudança de comportamentos em saúde .A área da promoção da literacia em saúde e da capacitação têm um interesse crescente na investigação em saúde escolar, pois é cada vez mais importante usar medidas realmente eficazes na promoção de estilos de vida saudáveis e na redução dos comportamentos de risco na adolescência.

Referências

[11]<http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude> acesso em Abril 2016

[12]<http://www.dge.mec.pt/comportamentos-aditivos-e-dependencias> acesso em Abril 2016

[13]SICAD,(Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências), Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, 2013

[14]Direção Geral de Educação , Programa de Apoio á Promoção e Educação para a Saúde, 2014

[15] Promoção e Educação para a Saúde – Relatório 2012/2013

[16]Relatório do Estudo de Avaliação do Impacto da Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, regulamentada pela Portaria n.º 196-A/2010, de 9 de abril

[17] Direção Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015

Anexo2

Evidência intervenções em meio escolar na área dos consumos e dependências:

O EMCCDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) apresenta, em relação às intervenções em meio escolar na sala de aula dirigidas aos consumos e dependências de drogas lícitas e ilícitas, a evidência existente e as melhores práticas nesta área sendo que a última actualização foi feita em Dezembro de 2015. [18], [20]

A prevenção em meio escolar é, na Europa, a mais frequente e mais popular forma de prevenção universal porque a escola facilita o acesso á maioria dos jovens. Em teoria, um contexto tão favorável permitiria uma boa monitorização dos programas e projectos e do seu conteúdo e uma avaliação de impacto, qualidade e extensão das intervenções de prevenção.

A realidade que prevalece é um grupo de pequenos projectos, a curto prazo, actividades pontuais e intervenções sem uma estrutura com base estável. Estes constituem grande parte do que é relatado como actividades de prevenção em meio escolar nos Estados membros.

Em Portugal a realidade é semelhante. [15],[16]

Sabe-se que apenas um pequeno conjunto estratégias daquelas habitualmente usadas para a prevenção dos consumos realmente funcionam. A base de evidências para prevenção em meio escolar só é comprovada dentro de programas de prevenção padronizados. Esses programas têm um currículo estruturado, são multi-sessão, com conteúdo definido para cada sessão e com os respectivos materiais. Se os formadores forem bem treinados para os programa e tiverem um bom suporte estrutural, estes programas podem cobrir grandes populações escolares . [18]

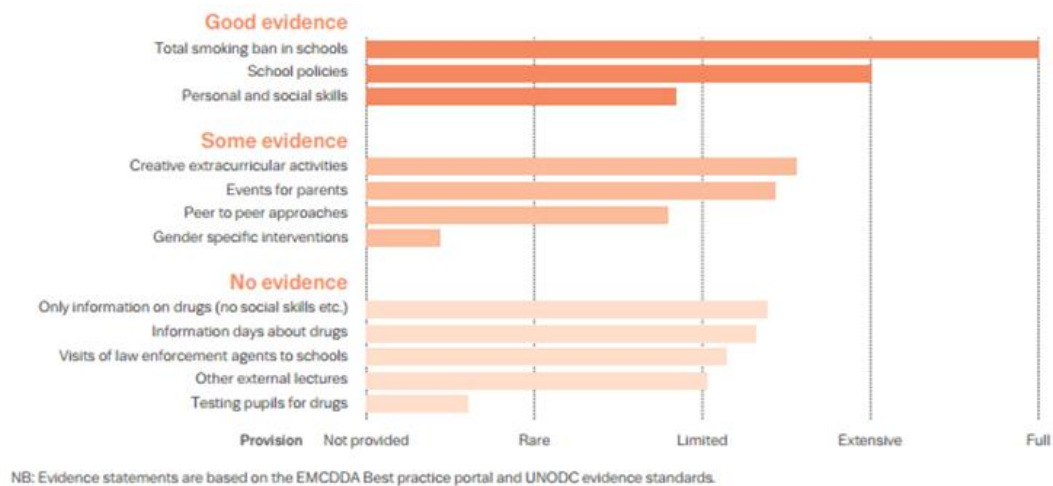


Fig. Intervenções em meio escolar para a prevenção do consumo de substâncias: evidência de eficácia European Drug Report 2015 EMCDDA[19][19]

Os programas que combinam intervenções baseadas nas influência/competências sociais e intervenções baseadas e competências pessoais e de vida têm demonstrado ser eficazes na redução do uso de drogas lícitas e ilícitas e intervenções destinadas a estudantes desfavorecidos e intervenções pelos pares têm mostrado resultados promissores.[20]

O principal objectivo das intervenções de prevenção é evitar ou atrasar o início do uso de substâncias aditivas, através da transmissão de informação associada á criação de outras competências necessárias.

Os resultados considerados pela EMCDA[20] são:

- Redução do consumo de substâncias
- Redução de comportamentos de risco
- Redução da intenção de consumo

Geralmente os estudos consideram os resultados relacionados com conhecimento dos riscos dos consumos, no entanto não há evidência de que o conhecimento isolado tenha impacto sobre a utilização. Na ausência de uma relação clara entre a consciência / conhecimento e os resultados do uso estes resultados não são utilizados na revisão feita pelo EMCDA.[20]

Uma revisão sistemática de 2015 fez uma meta- análise avaliou 53 ensaios clínicos randomizados .De acordo com as conclusões da meta-análise , o programa Unplugged

deve ser considerada como uma opção prática na Europa. Três dos 5 ensaios europeus (60 %) utilizaram o programa Unplugged com resultados positivos . A conclusão apresentada é que apesar de serem necessários novos estudos para confirmar estes resultados , o Unplugged parece ser o projeto de prevenção com a melhor evidência de eficácia em estudos europeus .[23]

O estudo EU-Dap apresenta algumas características únicas. Primeiro, é um estudo experimental aleatorizado com um grande tamanho da amostra, proporcionando maior poder estatístico do que os estudos anteriores. Além disso, a participação de sete países diferentes podem lidar com a "mudança de contexto" dos primeiros programas orientados para a competências pessoais e sociais e Lifeskills concebido no E.U.A.[21]

Sete países europeus participaram no estudo ; 170 escolas (7079 alunos de 12-14 anos de idade) foram distribuídos aleatoriamente para uma de três condições experimentais ou para um grupo de controlo durante o ano lectivo de 2004/2005 . O programa consistiu num currículo de 12 h com base numa abordagem abrangente de influências sociais. Foram identificados efeitos benéficos persistentes do programa para episódios de embriaguez e para consumo frequente de cannabis nos últimos 30 dias . Os não fumadores de base que participaram no programa progrediram para consumo de tabaco em menor escala do que aqueles no grupo de controlo , mas não foram detectadas diferenças na proporção de jovens que deixou de fumar ou reduziu o consumo entre os fumantes diários [22]

Uma revisão Cochrane de 2012 refere que não houve um padrão facilmente perceptível nas características que distinguem as intervenções com resultados positivos daqueles sem efeitos. A evidência atual sugere que certos programas de prevenção com componentes de desenvolvimento psicossocial podem ser eficazes e pode ser considerados como opções de políticas e práticas. Estes incluem o Programa Life Skills Training, o programa Unplugged, e o The Good behaviour game. A investigação future deverá ter um enfoque maior no conteúdo e implementação dos programas para perceber quais os factores que tornam um programa eficaz. [24]

Outra revisão Cochrane de 2014 demonstra que os programas escolares com base numa abordagem de combinação de competências e influências sociais mostrou, em média, efeitos pequenos mas consistentes de proteção na prevenção do uso de drogas ilícitas, [25]

Esta revisão sistemática propõe dividir as intervenções da seguinte forma[25]:

Currículos baseados apenas em conhecimentos teóricos

Intervenções em competência social utilizam estratégias cognitivo-comportamentais (instrução, demonstração, roleplay, feedback, reforço), ensinam competências gerais, competências pessoais e sociais, como a definição de metas, resolução de problemas e tomada de decisão, assim como competências cognitivas para resistir aos média e a influências interpessoais, para aumentar a auto-estima, lidar com o stress e ansiedade, para aumentar assertividade e interagir com os outros de forma positiva.

A abordagem das influências/normas sociais, utilizam métodos de ensino normativos e anti-drogas e competências para resistir às pressões sociais. Estes incluem corrigir a crença de a grande maioria dos jovens consome, reconhecer situações de alto risco, aumentando a consciência da influência dos meios de comunicação, dos pares da família, e ensinar e praticar competências de recusa na vida real. Costumam aplicar as técnicas de melhoria de competência gerais de vida (Lifeskills) para objectivos específicos de resistência anti-drogas.

Os métodos combinados têm em foco o conhecimento, competências sociais e influências/normas sociais.

O Projecto Unplugged EUDAP identifica componentes que demonstraram melhor eficácia nos programas, faz recomendações para intervenções de qualidade e apresenta estruturas e actividades para desenvolver e estratégias pedagógicas e outras recomendações que foram em parte utilizadas na construção das sessões de consumos e dependências.[28]

O EUDAP Unplugged refere que os seguintes componentes têm mostrado aumentar a eficácia dos programas de intervenção a nível escolar. Estes pontos foram focados nas sessões do nosso projecto :

- (i) formação de formadores e apoio de especialistas em prevenção.

- (ii) informações adequadas sobre as drogas, incluindo informações sobre os efeitos de curto e a longo prazo.
- (iii) Ênfase na educação normativa e reforço da consciência de que a maioria dos adolescentes não consome álcool, tabaco ou outras drogas.
- (iv) Foco em competências e influências pessoais, sociais (por exemplo, comunicações , relações com os pares) e de resistência às pressões, competências de vida, estratégias para resistir à pressão para aceitar drogas quando oferecidas , o reforço de atitudes pessoais e dos compromissos contra o uso de drogas e promoção da assertividade e capacidade de identificar pressões internas, (por exemplo, ansiedade e stress) bem como pressões externas (por exemplo, pares e publicidade).
- (v) Abordagem estruturada de competências de vida (Lifeskills)[29] como a fixação de metas, gestão do stress, capacidade de comunicação, competências sociais gerais e competências de assertividade, o pensamento crítico, a tomada de decisão com autonomia, o pensamento criativo, a comunicação afectiva, as competências de relacionamento interpessoal, o autoconhecimento, a empatia, saber lidar com as emoções, saber lidar com o stress e identificar crenças normativas.
- (vi) Adaptação á experiência cultural da sala de aula e partilha de experiências e exemplos
- (vii) Sessões interativas. Independentemente do modelo teórico subjacente, um currículo interativo tem mostrado maior eficácia do que um não-interativo na prevenção do consumo de drogas ilícitas e legais utilizadas entre os adolescentes. Os programas interativos concentram-se no intercâmbio de conhecimento e experiência e de reforço das competências e usam técnicas como discussão em grupo , resolução de problemas, decisão entre pares e roleplay.

No entanto afirma que os programas de prevenção devem ser de longo prazo, com repetidas intervenções para reforçar as metas de prevenção originais.

A motivação e entusiasmo dos professores são outro factor importante que pode aumentar a eficácia da intervenção. É essencial que os formadores estejam familiarizados com a teoria e a estrutura conceptual do projecto , bem como com o conteúdo das orientações.

Para além disso o Projecto apresenta sugestões para a actuação do professor durante as sessões, recomendações pedagógicas actividades e jogos.

Referências

- [18]European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, Universal Prevention <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1578EN.html#school> acesso em Abril 2016
- [19]European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, European Drug Report, 2015
- [20]European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, Best practice Portal , Preventive interventions for school students ,Update Dezembro2015 <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/prevention/school-children>
- [21]Faggiano, Fabrizio, et al. "A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population." *Preventive medicine* 44.2 (2007): 170-173.
- [22]Faggiano F., Vigna-Taglianti F., Burkhart G., Bohrn K., Cuomo L., Gregori D., Panella M., Scatigna M., Siliquini R., Varona L., van der Kreeft P., Vassara M., Wiborg G., Galanti M.R. and the EU-Dap Study Group (2010), 'The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 108, Issues 1-2, Pages 56-64. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018
- [23]Agabio, Roberta, et al. "A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs." *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH* 11.Suppl 1 M6 (2015): 102.
- [24]Foxcroft, David R., and Alexander Tsertsvadze. "Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people." *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal* 7.2 (2012): 450-575.
- [25]Faggiano, Fabrizio, et al. "Universal school-based prevention for illicit drug use." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (2014).