

Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes

– Revisão sistemática

Alcohol consumption prevention programs for young students
– Systematic review

Teresa Barroso *

António Barbosa **

Aida Mendes ***

Resumo

Com o objectivo de analisar a eficácia dos programas de intervenção para a prevenção do uso/abuso de álcool, dirigidos a adolescentes dos 10 aos 16 anos de idade em meio escolar, foi realizada uma revisão sistemática baseada no método sugerido por NHS Centre for Reviews and Disseminations (CRD, 2001).

Os sete estudos incluídos nesta revisão diferem em múltiplos aspectos, tais como, as intervenções desenvolvidas (intensidade, duração, métodos e estratégias pedagógicas, responsável pela intervenção), as variáveis avaliadas e o tempo de follow-up. São reportados efeitos positivos no consumo de álcool para a amostra total, em dois estudos. Dois estudos apresentam efeitos positivos para os jovens que bebiam na linha de base e um estudo apresenta efeitos positivos para os que não eram consumidores na linha de base.

Embora a base conceptual dos programas seja relativamente uniforme verifica-se uma grande variedade nas intervenções e na sua implementação, o que pode explicar a diversidade dos resultados. Apesar das diferenças verificadas, podemos concluir que a maioria dos programas são eficazes no aumento dos conhecimentos acerca do consumo de álcool e alguns desenvolvem atitudes e expectativas mais seguras acerca do uso de álcool.

Palavras-chave: álcool, jovens, prevenção, escola

Abstract

Aiming to analyse the effectiveness of intervention programs to the prevention of the use/abuse of alcohol, directed at adolescents between 10 and 16 years old, in school context, a systematic review was made, based on the method suggested by the NHC Centre for Reviews and Dissemination (CRD, 2001).

The seven studies included in this systematic review differ in many aspects, ranging from the interventions developed (intensity, duration, pedagogical methods and strategies, responsible for the intervention) to the assessed variables and the follow-up time. The effects of the programme in the alcohol consumption are reported, for the total sample in two studies. Two studies present effects of the program for those who drank in the basis line, and one study presents the effect for those who didn't consume in the basis line.

Although the conceptual base of the programs is relatively uniform, there is a great variety in the interventions and their implementation, which can explain the diversity of the results. Despite the differences found, we can conclude that most of the programs are effective in the increase of the knowledge about alcohol consumption and that some of them develop safer attitudes and expectations towards the use of alcohol.

Keywords: alcohol, youngsters, prevention, school

* Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

** Professora de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lisboa.

*** Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Doutorada em Educação, ramo de Psicologia da Educação.

Recebido para publicação em 27-04-06.
Aceite para publicação em 19-06-06.

Introdução

A investigação mostra que em Portugal, como na generalidade dos países europeus, a percentagem de jovens que consomem bebidas alcoólicas aumenta progressivamente com a idade, e que o início do consumo se realiza, em média, pelos 12 anos (Murray e Lopez, 1996 *cit in* WHO, 2002; Matos, 2003; Rodrigues *et al.*, 2005).

O consumo de álcool em idades tão precoces é duplamente preocupante: por um lado, é sabido que o sistema biológico do jovem não está suficientemente maduro para proceder à degradação do álcool provocando danos cerebrais e défices neurocognitivos com implicações para a aprendizagem e o desenvolvimento intelectual (Zeigler, *et al.* 2005), por outro lado a evidência científica sugere que o início precoce de consumo de álcool está associado a futuros comportamentos-problema na adolescência, incluindo violência relacionada com o álcool, acidentes, conduzir sob o efeito de álcool, absentismo na escola e no trabalho e aumento do risco para o uso de outras drogas e o posterior abuso de álcool (Gurber *et al.*, 1996, Grant *et al.*, 1997 *cit in* Komro, 2002).

Deste modo são necessárias intervenções planeadas no âmbito da educação para a saúde no sentido de prevenir o início precoce do consumo de álcool e o seu uso inadequado nos jovens para o benefício da sua saúde actual e futura. Intervir ao nível da prevenção primária é um desafio e um imperativo para os profissionais de enfermagem em qualquer contexto de exercício pelo que o conhecimento dos programas de intervenção praticados e da sua eficácia relativa é muito importante.

De acordo com diversas abordagens teóricas existe uma ligação potencial entre os períodos críticos do desenvolvimento comportamental dos jovens e a possibilidade das intervenções preventivas se revelarem eficazes. Assim, no contexto da prevenção primária para o uso de substâncias, é importante que as intervenções se desenvolvam antes dos padrões comportamentais estarem estáveis e resistentes à mudança (Kelder *et al.* *cit in* McBride *et al.*, 2000).

Uma análise histórica da elaboração e implementação de programas de prevenção do uso de substâncias permite-nos verificar a existência de fases distintas. Numa primeira fase, durante a década de 60 até início dos anos 70 do século XX, os programas colocaram a sua ênfase no fornecimento de *Conhecimento* acerca das drogas e nas consequências do seu uso. Partindo do pressuposto de que o *saber* é a pedra angular do comportamento, estes programas assentavam, fundamentalmente, na informação e divulgação dos riscos e malefícios do uso de substâncias. Durante a segunda fase, que podemos situar durante a década de 70 até ao início dos anos 80 do século XX, o que predominou foram os programas denominados *Afectivos*. Estes focalizavam-se na clarificação de valores e desenvolvimento da auto-estima. Na terceira fase, iniciada ainda na década de 80 do século passado e que se tem prolongado até aos dias de hoje, o *Modelo de Influência Social* tem dominado as intervenções escolares dos programas de prevenção do uso de drogas. Devido aos limitados resultados do Modelo de Influência Social surge uma extensão a este modelo integrando o *Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais* (Botvin, 2000) que inclui nos seus pressupostos teóricos a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (Bandura, 1977) e a Teoria de Comportamento-problema de Jessor's (Jessor & Jessor, 1977). Segundo esta abordagem o consumo de substâncias é conceptualizado como um comportamento funcional, socialmente aprendido, que é o resultado da interacção entre os factores sociais e pessoais. O comportamento de consumo de substâncias é aprendido através de um processo de modelamento, imitação e reforço e é influenciado pelas cognições, expectativas e crenças pessoais acerca das substâncias. Esses factores em combinação com as competências pessoais e sociais pobres conduzem a um aumento da susceptibilidade às influências sociais para o consumo de substâncias (Perry & Kelder, 1992).

Apesar do relatório da WHO (2002) acerca do estado da arte neste domínio concluir que os programas baseados na educação e intervenção

escolar⁽¹⁾ são das medidas preventivas mais populares, existe uma lacuna na avaliação formal do impacto dessas medidas no comportamento. De facto, apesar de nos últimos 20 anos, terem sido concertados esforços no sentido de desenvolver abordagens eficazes de prevenção do uso de substâncias para implementação no meio escolar, segundo Botvin (2000), existe um grande fosso entre o que a investigação tem demonstrado ser eficaz e a maioria dos programas desenvolvidos nas escolas. Em parte, este desfasamento pode ser explicado pelo facto dos próprios resultados da investigação nesta área estarem dispersos, não resultando, em consequência, suficiente conhecimento empírico que imponha uma direcção segura para a intervenção.

Assim, embora todos os investigadores expressem consenso na importância do desenvolvimento de programas que se apresentem como relevantes e significativos para os jovens, existe apenas uma pequena referência sobre como esta tarefa deva ser empreendida da melhor forma (Tobler *et al.*, 2000; Pagalia & Room, 1998 *cit in* WHO, 2002).

Neste sentido, surgiu a necessidade de realizar uma pesquisa rigorosa da literatura existente neste domínio, para extrair evidência científica e identificar as lacunas existentes, que possibilite a construção de programas de prevenção para o uso/abuso de álcool baseado na evidência.

Questão

Os programas de intervenção para prevenção de uso/abuso de álcool dirigidos aos adolescentes em meio escolar são eficazes?

⁽¹⁾ Os programas baseados nas intervenções escolares são sustentados pelo/a:

- Missão da escola na promoção do completo desenvolvimento das crianças e dos jovens, sendo a saúde uma parte integrante;
- Reconhecimento da importância da aprendizagem precoce de conhecimentos, atitudes e comportamentos relacionados com a saúde;
- Possibilidade de se aceder a um grande número de crianças e jovens durante um longo período de tempo.

Métodos

O objectivo principal desta revisão sistemática é identificar os programas de prevenção de uso/abuso de álcool baseados em intervenções escolares e avaliar a sua eficácia, seguindo a abordagem metodológica de NHS, Centre for Reviews and Dissemination (CRD, 2001).

O primeiro passo consistiu em identificar todos os estudos publicados e não publicados que sejam relevantes e de qualidade metodológica suficiente.

Para o efeito tivemos como preocupação a elaboração de uma revisão da literatura que incluísse o meio escolar, que os participantes fossem jovens estudantes, que envolvesse programas de educação acerca do álcool baseados em intervenções em sala de aula e cuja data de publicação abrangesse a última fase dos programas de prevenção, isto é, posteriores à década de 90.

Crítérios de inclusão

Participantes:

- Estudantes entre os 10 e os 16 anos de idade

Intervenções de prevenção:

- Estudos que avaliam resultados de programas de prevenção baseados em intervenções escolares, relacionados com o álcool

Variáveis avaliadas:

- Variáveis relativas ao consumo de álcool, aos comportamentos-problema relacionados com o álcool e variáveis mediadoras do consumo

Desenho do estudo e metodologia:

- Estudos com distribuição aleatória controlada (RCT) e desenhos quasi-experimentais com grupo experimental e grupo de controlo

Estratégia de pesquisa para identificação dos estudos

A pesquisa foi realizada entre Julho e Setembro de 2005, seguindo a lista dos termos de pesquisa

utilizados e com variações para as diferentes bases de dados:

School/based/prevention/alcohol/youth/evaluation

Bases de dados: CINAHL; Pre-CINAHL; Psychology and Behavioural Sciences Collection; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness; Cochrane Controlled Trials Register; MEDLINE; Nursing and Allied Health Collection: expanded; ACM-The Guide; Current Contents (ISI); ERIC (EBSCO); ISI Proceedings (ISI); Journal Citation Reports (ISI); PubMed; Web of Science (ISI); Zentrall Blatt; Ciências da Saúde (periódicos on-line): Annual Reviews; BIOME Z39 (RDN); DOAJ; Science Direct via SCIRUS (Elsevier); Oaister; SciElo; Springer Link (Springer/Kluwer); Taylor & Francis; Wiley Interscience (Wiley).

Para a avaliação de estudos não publicados foi feita pesquisa nas bibliotecas das Escolas de Enfermagem e na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação de Coimbra.

Estudos identificados

Num primeiro refinamento da pesquisa foram identificados 371 artigos. No sentido de identificar os estudos relevantes para os critérios da nossa revisão foram analisados todos os resumos encontrados. Após esta análise foi feito um inventário de 53 artigos relevantes, dos quais foi possível aceder em texto integral a 45. Destes, foram excluídos 38 estudos por não obedecerem aos critérios de inclusão⁽²⁾.

Resultados

Como resultado da metodologia utilizada na selecção final restaram 7 estudos, sobre os quais incide esta revisão:

- School Health Alcohol Harm Reduction Project - SHAHRP de McBride *et al.* (2004)

⁽²⁾ Informação complementar sobre os artigos excluídos pode ser fornecida pela autora: teresa@eseaf.pt

- Project Alert de Ellickson *et al.* (2003)
- Healthy School and Drugs de Cuijpers *et al.* (2002)
- Project Towards No Drug Abuse de Dent *et al.* (2001)
- Project Northland de Perry *et al.* (1996)
- Drug Abuse Resistance Educations - DARE de Clayton *et al.* (1996)
- Life Skills Training - LST de Botvin *et al.* (1990)

Descrição dos estudos

Os estudos analisados foram realizados em diferentes países: cinco nos Estados Unidos, um na Austrália e um estudo na Holanda. Possuem amostras consideradas grandes, com uma variação entre 1208 (Dent *et al.*, 2001) e 4466 (Botvin *et al.*, 1990) jovens, são maioritariamente dirigidos à primeira fase da adolescência (só um dos estudos é dirigido à fase intermédia da adolescência) e seleccionam múltiplas e diferentes variáveis.

Embora não nos seja dado a conhecer as especificidades dos conteúdos desenvolvidos nos programas (exceptuando o denominado de SHAHRP, de McBride e colaboradores em 2004), pelo modelo de base e pelos resultados esperados (variáveis estudadas) podemos verificar que existe uma grande variabilidade tanto nos conteúdos como na sua implementação.

O programa School Health Alcohol Harm Reduction Project – SHAHRP de McBride *et al.* (2004) – é desenvolvido ao longo de dois anos. No primeiro ano, (1ª Fase, média 13 anos idade) são desenvolvidas 17 actividades consecutivas ao longo de 8 a 10 aulas (40 a 60 minutos). No ano seguinte (2ª Fase, média 14 anos de idade) são desenvolvidas 12 actividades num período de 5 a 7 semanas. Com um total de 29 actividades, num número de sessões que não foi possível precisar, são abordados conhecimentos, treinos de competências e identificação de problemas relacionados com o álcool e a sua resolução.

O Project ALERT de Ellickson *et al.* (2003) é baseado em três teorias de mudança de comportamento: Modelo de Crenças de Saúde

(Becker, 1974); Modelo de Aprendizagem Social (Bandura, 1985); Teoria de Auto-eficácia Comportamental (Bandura, 1985). Concordante com as teorias em que se fundamenta, avalia os consumos, a auto-eficácia de resistência ao consumo, as crenças positivas e negativas acerca do álcool e a percepção da influência dos pares. Desenvolve onze sessões no primeiro ano e três sessões no segundo ano.

O programa *Healthy School and Drugs – HSD* de Cuijpers *et al.* (2002) é baseado na teoria de comportamento planeado de Ajzen & Fishbein (1990), na Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (1996) e no Modelo de Mudança Comportamental de McGuire (McGuire, 1985). A intervenção é desenvolvida em três fases ao longo de três anos. No primeiro ano decorrem 3 sessões dirigidas ao tabaco, no segundo ano são efectuadas 3 sessões dirigidas ao álcool e no terceiro, 3 sessões dirigidas à cannabis e ecstasy. Neste programa são avaliados os consumos, os conhecimentos, as atitudes acerca do álcool e a auto-eficácia.

O *Project Towards No Drug Abuse – TNDA* de Dent *et al.* (2001) é um programa que utiliza o Modelo Motivacional de Competências e Tomada de Decisão (Sussnan, 1996), desenvolvendo 9 sessões, de 50 minutos cada, durante três semanas consecutivas. Na primeira semana, a ênfase é dada à aprendizagem das competências de escuta eficaz, na segunda semana são abordadas as consequências químicas relativas à dependência de substâncias e aprendizagem de estratégias de *coping* alternativas, e por último na terceira semana procura-se o desenvolvimento de competências adicionais promovendo a motivação e o desenvolvimento de comportamentos adequados. Faz apenas referência à avaliação da frequência do consumo.

As intervenções do *Project NORTHLAND* de Perry *et al.* (1996) incluem um curriculum sócio-comportamental, a liderança pelos pares e actividades comunitárias. As intervenções são desenvolvidas durante três anos e contam com o envolvimento dos pais. Possui vários tipos de actividades: no 6.º ano são desenvolvidas actividades durante 4 semanas; no 7.º ano, realizam-se 8 sessões lideradas pelos pares e no 8.º ano,

desenvolvem-se 8 sessões integrando uma produção teatral. Avalia os consumos, a tendência para o consumo, a percepção do consumo pelos pares, a percepção da acessibilidade e a auto-eficácia.

O programa de *Drug Abuse Resistance Educations – DARE* de Clayton *et al.* (1996) – é uma intervenção de treino de resistência ao consumo de substâncias. Combina vários aspectos, tais como, a informação e educação acerca das substâncias e dos seus efeitos, as competências para resistir à pressão dos pares, a tomada de consciência da influência dos média para o consumo de substâncias, as competências de tomada de decisões, o desenvolvimento de percepções precisas dos consumos pelos pares, o aumento da auto-estima e o reconhecimento da responsabilidade pessoal na segurança. Desenvolve uma sessão de uma hora ao longo de 17 semanas. Avalia o consumo, as atitudes acerca do álcool, a resistência à pressão dos pares e a percepção dos pares para o consumo.

O *Life Skills Training – LST* de Botvin *et al.* (1990) – integra o Modelo de Influência Social e o Modelo de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais. Envolve vários domínios essenciais: educação acerca dos hábitos de consumo habituais, treino de competências sociais e desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Inclui 12 unidades curriculares para serem leccionadas ao longo de 3 anos: 15 sessões no 7.º ano, 10 no 8.º ano e 5 no 9.º ano. Avalia o consumo, os conhecimentos, as atitudes e crenças acerca das normas, as competências de assertividade, a auto-eficácia, auto-estima e a ansiedade social.

Análise crítica da metodologia dos estudos

Para se proceder a uma análise crítica da metodologia dos estudos teve-se em conta a informação contida nos artigos acerca de: a avaliação inicial da linha de base e a avaliação pós-intervenção; a descrição do desenho metodológico e o nível de controlo de estudo; a comparabilidade dos grupos de estudo na linha de base; a qualidade psicométrica dos instrumentos; o atrito e a sua análise; o

método e unidade de análise (individual/grupal); o papel das variáveis de confundimento; o viés.

Verificaram-se frequentes lacunas quanto às descrições metodológicas que passaremos a enunciar sumariamente:

Insuficiente descrição dos programas e das condições da sua execução o que impede futuras replicações;

Falta de descrição do “programa de prevenção habitual” a decorrer no grupo controlo, nos dois estudos em que tal é referido;

Apesar de cinco estudos referirem distribuição aleatória, apenas dois estudos descrevem de forma completa a metodologia utilizada;

Em relação ao atrito, há uma grande variabilidade (de 9% a 47%). Alguns estudos apresentam elevados níveis de atrito (superiores a 20%) e uma análise pouco precisa do mesmo. Quando é analisado, é avaliado o seu impacto na validade interna da investigação (manutenção da comparabilidade nas condições de intervenção e controlo), no entanto, não é analisado o efeito na validade externa e, tendo em conta que existe uma maior probabilidade dos jovens que consomem abandonarem a escola, a generalização dos resultados deve ser limitada;

Todos os estudos, à excepção do Projecto NORTHLAND de Perry, *et al.* (1996), avaliam as variáveis relativas aos consumos através de questionários de auto-resposta sem confirmação bioquímica⁽³⁾;

Alguns estudos não apresentam as qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados.

Principais resultados

Quanto à conceptualização e desenho das intervenções

O enquadramento conceptual da problemática e das intervenções encontra-se, na maioria dos estudos, razoavelmente bem definido. Tendo em conta o período de tempo considerado nos critérios

de inclusão – estudos posteriores a 1990 –, verificou-se que os estudos analisados são concebidos com base numa abordagem baseada no Modelo de Influência Social e no Desenvolvimento de Competências, tal como a revisão da literatura apontava, integrando para o efeito várias teorias e modelos, tais como o Modelo de Crenças de Saúde de Becker (Becker, 1974), o Modelo de Aprendizagem Social de Bandura (Bandura, 1977), a Teoria de Auto-Eficácia de Mudança Comportamental de Bandura (Bandura, 1985), a Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen e Fishbein (Ajzen & Fishbein, 1990), o Modelo de Mudança Comportamental de McGuire (McGuire, 1985), o Modelo Motivacional de Competências de Tomada de Decisão (Sussnan, 1996) e a Teoria do Comportamento Problema de Jessor's (Jessor & Jessor, 1997).

Os programas de intervenção apresentam diferenças tanto nos conteúdos, e concomitantemente nas variáveis mediadoras em estudo, como na sua operacionalização. Quanto ao conteúdo e estudo das variáveis mediadoras, a diversidade de teorias e modelos tomados pode justificar estas diferenças. Por outro lado, nota-se uma influência intercorrente das três fases de conceptualização anteriormente enunciadas. O *conhecimento*, uma variável preponderante na primeira fase (1960-70), é igualmente considerado nos programas SHAHRP, HSD e LST. Relativamente à segunda fase, dos sete programas estudados, quatro (ALERT, HSD, NORTHLAND e DARE) estudam a *auto-eficácia* (capacidade de resistência) como uma das variáveis que influencia o uso/abuso de álcool. É esta aliás, assim, a variável mediadora que maior consenso reúne. Quanto ao Modelo de Influência Social e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, cuja atenção se inicia na terceira fase, estão inseridos em todos os programas, embora incidindo em diferentes aspectos. O estudo da *influência de pares*, uma variável muito representativa desta terceira fase, é utilizado nos projectos ALERT e DARE. Outras variáveis como as *atitudes* (SHAHRP, HSD, DARE e LST), *crenças* (ALERT e LST) e *assertividade* (LST) são também utilizadas. Por último, as *expectativas* são trabalhadas no projecto NORTHLAND.

⁽³⁾ É de notar, contudo, que estudos recentes referem que se forem assegurados a confidencialidade e o anonimato é possível aumentar a precisão das respostas dadas aos questionários (Skog, 1992).

No que diz respeito às diferenças na operacionalização, destaca-se as relativas ao tempo de intervenção (1 a 3 anos), ao número de sessões (9 a 30) e à forma como são distribuídas nos diferentes anos. Tendo em conta estas diferenças, poderemos classificar os programas como curtos ou longos de acordo com o período de tempo em que ocorrem, como grandes ou pequenos tendo em conta o número de sessões envolvidas (magnitude) e de com ou sem reforço consoante se continuam nos anos subsequentes ou não. Considerando estas classificações verificámos que a maioria dos programas decorre em mais do que um ano (SHAHRP, ALERT, HSD, NORTHLAND e LST), podendo os anos subsequentes funcionar como reforços da intervenção inicial. Destes programas o único que é inteiramente dedicado à prevenção do uso/abuso de álcool é o denominado SHAHRP. Contudo, se a maioria dos programas tem objectivos de prevenção de uso/abuso de várias substâncias, podendo ocorrer em diferentes anos uma focalização em temas específicos, poder-se-á considerar aspectos de finalidade comum e, por conseguinte, como reforços de um comportamento a adoptar. Os programas desenvolvidos em mais do que um ano possuem, igualmente, muitas diferenças quanto ao número total de anos envolvidos, assim como à distribuição do número de sessões em cada ano.

Por outro lado, o programa DARE, apesar de decorrer num único ano (uma hora por semana durante 17 semanas consecutivas), é bastante mais longo do que o programa TNDA que se apresenta como uma intervenção caracteristicamente curta, embora intensiva (três vezes por semana em três semanas consecutivas, num total de 9 sessões).

Considerando a totalidade do programa podemos classificar a maioria dos programas como grandes – SHAHRP (aproximadamente 17 sessões), ALERT (14 sessões), DARE (17 sessões) e LST (30 sessões) –, enquanto que o programa TNDA é pequeno, pois inclui apenas 9 sessões. Relacionando o tempo com a magnitude verifica-se, também, uma grande variabilidade com programas de grande magnitude a desenvolverem-se em períodos de tempo relativamente curtos enquanto que outros, com menor

número de sessões, se prolongam por períodos de tempo mais alargados.

Encontramos diferenças, também, quanto a quem desenvolve os programas. Assim, enquanto a maioria dos programas é desenvolvida por professores especialmente treinados para o efeito, um é desenvolvido pelos professores de ciências (TNDA, de Dent *et al.*, 2001) e, por sua vez, o programa DARE de Clayton *et al.* (1996) tem a particularidade de ser ministrado por agentes da polícia.

As principais limitações para a análise dos programas são, por um lado, a apresentação pouco clara dos conteúdos desenvolvidos e das metodologias pedagógicas utilizadas, o que não permite a construção de uma matriz comparativa adequada e, por outro, os estudos analisados apresentarem ainda grandes variações na definição e operacionalização das variáveis tanto no que respeita às variáveis dos consumos (frequência do consumo, padrões de consumo, consumo massivo) como às variáveis mediadoras (atitudes acerca do álcool, auto-eficácia, etc.) o que, como veremos adiante, também no que diz respeito aos resultados, torna difícil a sua análise comparativa.

Quanto aos efeitos das intervenções

Fomos analisar os resultados das intervenções criando dois grandes grupos: resultados nas variáveis relativas ao consumo de bebidas alcoólicas e resultados nas variáveis mediadoras, que se apresentam de forma esquemática no Quadro 1.

Variáveis relacionadas com o consumo de álcool

Como podemos verificar, apesar da maioria dos programas apresentar efeitos positivos no que diz respeito ao consumo de álcool, encontramos algumas diferenças. Assim, enquanto que os programas SHAHRP e HSD apresentam uma diminuição no consumo actual de álcool e nos consumos de risco nas amostras que receberam a intervenção, o LST apresenta apenas diferenças significativas para o consumo imoderado de álcool e, se os programas ALERT⁽⁴⁾ e TNDA só encontraram diferenças para os

⁽⁴⁾ O programa ALERT apresenta também efeitos significativos no consumo problemático, com consequentes comportamentos-problema (*alcohol misuse*).

QUADRO 1 – Síntese dos Principais Resultados dos Programas e Enquadramento.

Programas	Substância*	Efeito da intervenção no consumo de álcool	Efeito da intervenção nas variáveis mediadoras	Aspectos metodológicos
SHAHRP School Health Alcohol Harm Reduction Project (McBride <i>et al.</i> , 2004) Austrália	A	Verificaram-se efeitos estatisticamente significativos do programa. Os estudantes do GI consumiam significativamente menos álcool, em contextos de supervisão e com menos problemas associados ao consumo de álcool do que os estudantes do GC. No 1.º e 2.º follow-up o GI consome significativamente menos que o GC, convergência no 3.º follow-up.	Efeitos significativos do programa nas Atitudes, Conhecimentos ao longo de todos follow-up, com convergência no último follow-up apenas para os conhecimentos.	Quasi-experimental com GC n = 2300 24% atrito Follow-up 8, 10, 20 e 32 meses
PROJECT ALERT (Ellickson <i>et al.</i> , 2003) Estados Unidos	A T OD	Efeitos estatisticamente significativos nos jovens que tinham consumo de risco na linha de base (consumiram 3 ou mais vezes no último ano). Verificaram efeitos estatisticamente significativos do programa para os comportamentos-problema associados com o consumo de álcool (alcohol misuse).	Não apresenta os resultados das variáveis	RCT, n = 4277 9% atrito Follow-up 18 meses
HEALTHY SCHOOL AND DRUGS (Cuijpers <i>et al.</i> , 2002) Holanda	A T OD	Verificaram-se efeitos estatisticamente significativos do programa para o consumo de álcool e consumo de risco.	Efeitos significativos do programa nas Atitudes, Conhecimentos no primeiro follow-up. Não encontraram efeitos do programa para a auto-eficácia.	Quasi-experimental com GC n = 1930 27% atrito Follow-up 1 ano e 2 anos
PROJECT TOWARDS NO DRUG ABUSE (Dent <i>et al.</i> , 2001) Los Angeles Estados Unidos	A T OD	Efeitos estatisticamente significativos nos jovens que tinham consumo mais elevado e de risco na linha de base.	Não apresenta outras variáveis	RCT, n = 1208 37% atrito Follow-up 1 ano
PROJECT NORTHLAND High School Intervenções (Perry <i>et al.</i> , 1996) Estados Unidos	A T OD	Efeitos significativos nos jovens que não bebiam na linha de base.	Efeitos significativos do programa na tendência para o uso de álcool, no significado funcional do álcool, na percepção do uso de substâncias pelos pares, desenvolvimento de comunicação entre pais e filhos acerca das consequências do consumo de bebidas.	RCT, n = 2351 19% atrito Follow-up 3 anos
DARE - Drug Abuse Resistance Educations (Clayton, 1996) Kentucky Estados Unidos	A T OD	Não se verificaram efeitos significativos do programa.	No 1.º ano efeitos significativos do programa nas atitudes acerca das drogas, capacidade de resistir à pressão dos pares, na percepção do uso de drogas pelos outros. 5 anos depois não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre o GI e GC.	RCT, n = 2071 45% atrito Follow-up 1 ano e 5 anos
LIFE SKILLS TRAINING (LST) (Botvin <i>et al.</i> , 1990) Estados Unidos	A T OD	Verificaram-se efeitos significativos do programa para o consumo imoderado de álcool (embriaguês). Não se verificaram efeitos significativos do programa para a frequência e quantidade no consumo de álcool.	Efeitos significativos do programa nos conhecimentos, percepção do consumo pelos pares e nas competências interpessoais. Não se encontraram efeitos significativos do programa nas variáveis da personalidade.	RCT, n = 4466 atrito analisado Follow-up 1 ano e 3 anos

* A - Álcool; T - Tabaco; OD - Outras Drogas.

jovens que já possuíam um consumo de risco na linha de base, no projecto NORTHLAND a diferença foi estatisticamente significativa nos jovens que não bebiam na linha de base.

Por sua vez o programa DARE não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Variáveis mediadoras

Em dois dos estudos (ALERT e TNDA) não são apresentados os resultados relativamente a estas variáveis. Nos restantes, são apresentadas, maioritariamente, diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo para as variáveis

mediadoras estudadas. Constituem exceções os resultados encontrados na variável *auto-eficácia*, na intervenção HSD e nas variáveis da personalidade, no programa LST. O estudo que reporta os resultados do seguimento de *follow-up* mais longo (5 anos, DARE) verifica que as diferenças encontradas entre grupo experimental e grupo de controlo, estatisticamente significativas nas primeiras avaliações, tendem a convergir ao longo do tempo. Por sua vez o estudo de McBride *et al.* (2004) – SHAHRP – com um último *follow-up* de 32 meses, só encontrou esta convergência de resultados para a variável *conhecimentos*.

Discussão

Dos 371 artigos analisados foram considerados relevantes 53. Destes, não foi possível aceder a 8 em texto integral pelo que esta revisão apresenta, à partida, este viés. Os 45 restantes foram sujeitos a análise detalhada. Obedecendo aos critérios de inclusão para este estudo ficaram 7, que foram submetidos a uma análise comparativa rigorosa no sentido de responder à nossa questão de investigação: *os programas de intervenção para prevenção de uso/abuso de álcool, dirigidos aos adolescentes, são eficazes?*

O resultado deste estudo mostra que a maioria dos programas produziu um efeito positivo, embora por vezes limitado, no consumo de álcool.

Analisando os artigos que serviram para divulgar os resultados dos diferentes programas verifica-se que estes possuem um enquadramento conceptual com uma base comum, embora com ênfase de aspectos particulares diversos. Assim, verificámos que sendo os programas baseados no Modelo de Influência Social e no Desenvolvimento de Competências, a ênfase é colocada nos factores sociais e psicológicos, no sentido de prevenir o início do uso de substâncias. No entanto, os focos de intervenção apresentam uma grande variabilidade, como se pode verificar pelos vários componentes identificados, tais como:

conhecimentos acerca das substâncias, seus efeitos e consequências do consumo; resistência à pressão social; atitudes e expectativas seguras acerca das substâncias; correcção da percepção dos hábitos de consumo e o treino de competências sociais e pessoais.

A grande diversidade de programas, tanto no que diz respeito às variáveis seleccionadas como ao desenho da intervenção no que se refere ao tempo e ao modo, pode ser percebida tendo em conta duas ordens de factores. Por um lado, as diferenças contextuais e culturais em que os programas foram desenvolvidos e, por outro, a ausência de uma evidência empírica suficientemente forte que permita uma selecção acurada das variáveis intervenientes, ou simultaneamente, a existência de uma plêiade de factores potencialmente explicativos com igual força nas suas relações. Assim, se o modelo conceptual geral parece possibilitar um bom enquadramento para a elaboração e planeamento das intervenções, por outro lado, a análise dos resultados indica-nos que futuras investigações devem procurar estabelecer a influência relativa de cada variável seleccionada e dos diferentes modos de implementação.

Ao analisarmos as diferenças dos programas e dos resultados por eles obtidos sobressai a ausência de efeitos positivos no consumo de álcool no programa DARE, os efeitos positivos mas limitados a sub-amostras – de jovens distinguidos por serem ou não consumidores na linha de base ou de tipo de consumos –, nos programas ALERT, TNDA, NORTHLAND e LST, e os efeitos mais consistentes alcançados pelos programas SHAHRP e HSD.

As diferenças apresentadas pelos diversos programas na selecção das variáveis mediadoras não parecem, neste estudo, ser suficientemente consistentes para justificar as diferenças nos resultados obtidos por cada programa em particular. O programa DARE, o único a não concluir por qualquer diferença significativa em relação ao grupo controlo, partilha com outros programas variáveis como *atitudes* (SHAHRP, HSD, LST), *auto-eficácia* (ALERT, HSD, NORTHLAND) e *influência dos pares* (ALERT). Ao mesmo tempo

verificámos que todos os estudos⁽⁵⁾, incluindo o DARE, reportam diferenças significativas nas variáveis mediadoras, no final dos programas, com os grupos experimentais a apresentarem, na generalidade, mais competências nos diferentes domínios trabalhados.

Tomando ainda como referência o programa DARE verifica-se que este apresenta uma diferença metodológica importante relativamente aos demais. Neste programa, o grupo controlo também estava a ser submetido a um programa de intervenção – o habitual incluído no currículo – pelo que, para ser significativo o efeito do programa de intervenção, as avaliações realizadas teriam que se sobrepor àquele. De facto, não se está aqui a comparar os resultados de uma intervenção com o percurso normal de desenvolvimento destes jovens, mas antes, a comparar a diferença do efeito produzido por dois tipos de intervenção diferentes. É ainda relevante salientar que a ausência da descrição do programa curricular é impeditiva de uma análise mais aprofundada acerca desta similitude dos resultados entre os grupos.

As diferenças encontradas em sub-amostras específicas levantam um outro tipo de problema: a de saber se os programas devem ser dirigidos à população em geral ou a grupos específicos. De acordo com Loveland-Cherry (1999) a noção de que as intervenções serão mais eficazes quando dirigidas a grupos específicos tem recebido um apoio crescente, argumentando-se com a eficácia e eficiência dos programas focalizados em grupos de alto risco. Por outro lado, o facto dos adolescentes constituírem um grupo em risco para um conjunto de factores que afectam a sua saúde tem sido utilizado para defender a pertinência de programas de promoção da saúde.

Neste estudo, verificámos que os programas ALERT e TNDA encontraram efeitos significativos nos *consumidores* de risco na linha de base ao contrário do programa de NORTHLAND que encontrou efeitos significativos nos *não consumidores* na linha de base. Porém, é de salientar que no

programa ALERT, 60% dos jovens já consumia na linha de base e que o TNDA era dirigido a adolescentes já numa fase intermédia (14 aos 17 anos). Para além disso, este é desenhado como um programa curto e intensivo, inicialmente direccionado para jovens de alto risco. Por sua vez o programa NORTHLAND possui a intervenção de início mais precoce (6.º ano de escolaridade), numa faixa etária onde é esperado que a maioria dos jovens não tenha tido contacto com o uso de substâncias e é uma intervenção longa, acompanhando o seu desenvolvimento durante três anos. Estas diferenças podem indicar que a população-alvo e o tempo em que decorre o programa são critérios diferenciadores importantes nos resultados obtidos. Um período mais alargado de tempo para a ocorrência do programa pode ser particularmente importante quando se pretende não a alteração de um comportamento de risco já adquirido mas, antes, com uma finalidade preventiva, a aquisição de comportamentos protectores de saúde.

Os programas SHAHRP e HSD são os que melhores resultados reportam, encontrando efeitos significativos tanto para o consumo de álcool como para os consumos de risco. Em comum estes programas possuem o facto de serem longos (2 e 3 anos) e trabalharem variáveis relativas aos *conhecimentos*, à *afectividade* e ao *desenvolvimento de competências pessoais e sociais*. Diferencia-os o facto de um estar desenhado especificamente para o álcool (SHAHRP) e o outro ser dirigido ao tabaco, álcool e cannabis. Apesar dos bons resultados apresentados quer por um quer por outro dos programas é de realçar que no programa dedicado a várias substâncias, os piores resultados foram os referentes ao álcool. Este facto não pode deixar de levantar algumas questões:

- Será que os programas ao serem desenhados especificamente para determinadas substâncias terão maiores probabilidades de se revelarem eficazes?
- Será que o facto de as intervenções serem dirigidas a substâncias tão diferentes (álcool, tabaco e outras drogas) não introduz “falsas” percepções nos jovens no sentido de considerarem umas substâncias mais seguras do que outras?

⁽⁵⁾ Os estudos ALERT e TNDA não apresentam os resultados obtidos nestas variáveis.

Devemos observar que a maioria dos estudos apresenta como objectivo a abstinência para todas as substâncias, incluindo o álcool⁽⁶⁾. Este aspecto assume grande importância e reflecte o dilema de determinar de forma realista e apropriada qual o objectivo comportamental da intervenção a desenvolver com os adolescentes. Nesta faixa etária a abstinência é o comportamento mais apropriado, tendo em conta as consequências físicas e psicológicas já referidas. Mas é sabido que o uso de álcool está amplamente difundido e que o seu consumo adequado na adultez é socialmente aceite. Este facto leva-nos a assumir, com Loveland-Cherry (1999), que, no que diz respeito ao álcool, é mais realista e benéfico focalizar os programas no desenvolvimento de um comportamento responsável, embora não promotor do consumo, e em que os objectivos sejam claramente os de adiar a experimentação e de esclarecer e consolidar as regras de moderação para consumo de álcool nos adultos saudáveis.

Conclusões

A revisão sistemática realizada seguiu o método de PICOD⁽⁷⁾.

A grande diversidade apresentada pelos programas de intervenção dificulta o estabelecimento de um padrão comparativo que permita, com clareza, realçar as relações entre variáveis que melhor contribuem para a eficácia das intervenções. Contudo, se podemos concluir que a maioria dos programas de intervenção para prevenção de uso/abuso de álcool dirigidos aos adolescentes em meio escolar é eficaz, mesmo que por vezes com uma acção mais limitada, poder-se-á igualmente sugerir que as intervenções realizadas em períodos mais longos de tempo e/ou com reforços em anos sucessivos foram aquelas que melhores resultados apresentaram. Poder-se-á, assim, afirmar que uma

implicação prática diz respeito não só à importância de implementar as intervenções num período relevante para o desenvolvimento dos jovens mas ainda à necessidade de manter os programas activos através de sessões reforçadoras no sentido de manter os efeitos iniciais das intervenções.

Os programas apresentados diferem na selecção das variáveis que foram sujeitas a intervenção. O conhecimento actual indica que o consumo de substâncias tem um complexo conjunto de determinantes que podem incluir uma variedade de factores cognitivos, atitudinais, sociais, da personalidade, farmacológicos e de desenvolvimento que propiciam a iniciação e a manutenção do consumo de substâncias. Por outro lado desconhece-se o peso relativo de cada um destes factores uma vez que a investigação já realizada não permite retirar conclusões a este respeito.

O estudo comparativo realizado permite concluir que apesar dos consideráveis progressos realizados na abordagem teórica do fenómeno são necessários mais esforços no sentido de operacionalizar essas abordagens em intervenções. Ao mesmo tempo só a replicação sistemática dos programas de intervenção, quer em grupos diferenciados quer com a alteração controlada de componentes, possibilitará a construção de modelos explicativos mais completos. Por outro lado, apesar do sucesso relativo dos programas de intervenção, há pouca evidência acerca dos seus efeitos a longo prazo.

Contudo, tendo em conta os problemas pessoais, sociais e económicos relacionados com o abuso e uso inadequado de álcool, sabendo que os hábitos de consumo são formados durante a juventude, há fortes argumentos para integrar no curriculum escolar programas de prevenção acerca do álcool. Em Portugal, apesar de 80% dos Centros de Saúde desenvolverem programas de saúde escolar é reconhecido que estes são ainda “incipientes, em particular a definição dos projectos nos domínios do planeamento, coordenação e avaliação dos mesmos” (DGS, 2004: 38) o que poderá explicar o não se ter conseguido integrar nenhum estudo realizado no país.

⁽⁶⁾ Com excepção do programa australiano, SHAHRP (McBride, *et al.*, 2004) que tem como objectivo a redução de danos.

⁽⁷⁾ Participantes, Comparação, Intervenções, Variáveis (resultados) e Desenho.

Bibliografia

- BOTVIN, G. J. [et al.] (1990) – Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. **Journal of Consulting Clinical Psychology**. Vol. 58, n.º 4, p. 437-446.
- BOTVIN, G. J. (2000) – Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. **Addictive Behaviours**. Vol. 25, n.º 6, p. 887-997.
- CLAYTON, R. R.; CATTARELLO, A. M.; JOHNSTONE, B. M. (1996) – The effectiveness of drug abuse resistance education (project DARE): 5-year follow-up results. **Preventive Medicine**. Vol. 25, n.º 3, p. 307-318.
- COHEN, J. (1988) – **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2ND ed. New Jersey: Erlbaum.
- COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. (1979) – **Quasi-experimentation: design and analysis for field settings**. Chicago: Rand McNally.
- CUJJERS, P. (2002) – The effects of drug abuse prevention at school: the 'healthy school and drugs' project. **Addiction**. Vol. 97, n.º 1, p. 67-73.
- DENT, C. W.; SUSSMAN, S.; STACY, A. W. (2001) – Project towards no drug abuse: generalizability to a general high school sample. **Preventive Medicine**. Vol. 32, n.º 6, p. 514-520.
- ELICKSON, P. L. [et al.] (2003) – New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. **American Journal of Public Health**. Vol. 93, n.º 11, p. 1830-1836.
- FEIJÃO, F.; LAVADO, E. (2004) – **Que evolução de 1999 para 2003? ESPAD (European School, Survey on Alcohol and other Drugs)**. IDT.
- FOXCROFT, D. R. [et al.] (2003) – Longer-term primary prevention for school misuse in young people: a systematic review. **Addiction**. Vol. 98, n.º 4, p. 397-411.
- GRUBER, E. [et al.] (1996) – Early drinking onset and its association with alcohol use and problem behavior in late adolescent. **Preventive Medicine**. Vol. 25, n.º 3, p. 293-300.
- KHAN, Khalid S. [et al.], ed. lit. (2001) – **Undertaking systematic reviews of research on effectiveness. CRD's Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews: CRD Report Number 4**. 2ND ed. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. ISBN 1-900640-20-1.
- KOMRO, K. A.; TOOMEY, T. L. (2002) – Strategies to prevent underage drinking. **Alcohol Research & Health**. Vol. 26, n.º 1, p. 5-14.
- MATOS, Margarida Gaspar; Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003) – **A saúde dos adolescentes portugueses: (quatro anos depois): Relatório Português do Estudo HBSC 2002**. Lisboa: Edições FMH.
- MCBRIDE, N. [et al.] (2000) – Early results from a school alcohol harm minimization study: the School Health and Alcohol Harm Reduction Project. **Addiction**. Vol. 95, n.º 7, p. 1021-1042.
- MCBRIDE, N.; MIDFORD, R.; FARRINGDON, F. H. (2004) – Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). **Addiction**. Vol. 99, n.º 3, p. 278-291.
- OMS (2002) – **Relatório Mundial de Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-082-2.
- PITKÄNEN, Tuuli; LYYRA, Anna-Liisa; PULKKINEN, L. E. A. (2005) – Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. **Addiction**. Vol. 100, n.º 5, p. 652-661.
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; BARROSO, T. (2005) – **Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde**. Coimbra: Formasau.
- SCHEIER, L. M.; BOTVIN, G. J.; GRIFFIN, K. W. (2001) – Preventive intervention effects on developmental progression in drug use: structural equation modelling analyses using longitudinal data. **Prevention Science**. Vol. 2, n.º 2, p. 91-112.
- SKOG, O. J. (1992) – The validity of self-reported use. **British Journal of Addiction**. Vol. 87, n.º 4, p. 539-548.
- TOBLER, N. S.; STRATTON, H. H. (1997) – Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. **The Journal of Primary Prevention**. Vol. 18, n.º 1, p. 71-128.
- TOBLER, N. S. [et al.] (2000) – School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. **The Journal of Primary Prevention**. Vol. 20, n.º 4, p. 275-336.
- WHO (2000) – **Report on the state of young people's health in the European Union. A Commission Services Working Paper**. Brussels: European Commission.
- WHO (2002) – **Preventing of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention, mental health: evidence and research**. Department Of Mental Health And Substance Dependence. ISBN 924 1590424.
- ZEIGLER, D. W. [et al.] (2005) – The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. **Preventive Medicine**. Vol. 40, n.º 1, p. 23-32.