

A PROMOÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PESSOAIS E SOCIAIS NO 9º ANO DE ESCOLARIDADE – RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DO PROJETO OFICINA DA PREVENÇÃO

Inês São Miguel¹; Maria João Santos¹ & Sónia Galinha²

¹Associação para o Desenvolvimento Social e Comunitário de Santarém

²Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Educação

RESUMO

A prevenção, em saúde, concentra-se na mudança de comportamentos e práticas sociais e de pessoais, para a promoção da saúde individual e coletiva. Tem como objetivo proporcionar aos indivíduos ou grupos os conhecimentos e competências específicas necessárias para lidar com o risco associado ao consumo de substâncias psicoativas e outras dependências. Considera-se adequado integrar no contexto metodologias de intervenção referenciados, tais como: programas para desenvolver competências pessoais e sociais, informação sobre substâncias e seus efeitos e a promoção de ações mais efetivas para a resolução de problemas. Nesta linha, este artigo tem como objetivo apresentar os resultados obtidos após a aplicação do programa de competências pessoais e sociais "Todos no Treino", ao 9º ano da Escola EB 2, 3 Alexandre Herculano, em Santarém, no ano letivo de 2014- 15. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de instrumentos de avaliação para cada uma das habilidades desenvolvidas: a comunicação, a cooperação, a eficácia da equipa, tomada de decisão, perceção de riscos associados ao consumo e ao grau de conhecimento sobre substâncias psicoativas, que foram tratados quantitativamente. Verificou-se que o programa implementado tem contribuído para o aumento de pessoal e as habilidades sociais nos estudantes do 9º ano, exceto para a eficácia da cooperação e da equipe. Estes resultados confirmam a importância deste tipo no desenvolvimento de programas em contexto escolar, para minimizar o aparecimento de comportamentos de risco e contribuir para uma melhor adaptação do adolescente ao seu ambiente.

Palavras-chave: Educação, Competência, Prevenção, Comportamentos aditivos.

ABSTRACT

The prevention, in health, focuses on changing behavior and personal and social practices, towards the promotion of individual and collective health. It aims to provide individuals or specific groups the knowledge and competencies needed to handle with the associated risk of the psychoactive substances consumption and other dependencies. The implementation of programs within the school based prevention is promoting the acquisition of healthy life habits. It is considered appropriate to integrate in the context of methodologies intervention referenced by search to be effective to produce the desired changes, such as programs to develop personal and social skills, information about substances and their effects and the promotion of more effective actions to solve problems. This article aims to present the results obtained after the application of the personal and social skills program "Todos no Treino" (All in practice) to 9th year classes of Escola EB 2, 3 Alexandre Herculano, in Santarém, in the academic year 2014-15. Data were collected through the application of evaluation tools for each of the skills to be developed: communication, cooperation, effectiveness of the team, decision making, perception of associated risks with consumption and the degree of knowledge on psychoactive substances, having been treated quantitatively. It was found that the implemented program has contributed to the increase in personal and social skills in students of the 9th grade, except for the cooperation and team effectiveness. These results confirm the importance of development of this kind in programs in school context, to minimize the appearance of risk behaviours and contribute to a better adaptation of the teenager to their environment.

Key-words: Education, Competence, Prevention, Addictive Behaviors and Dependencies

INTRODUÇÃO

A intervenção desenvolvida no domínio dos comportamentos aditivos e dependências em Portugal foi marcada pelo desenvolvimento de um modelo global do fenómeno do consumo de substâncias psicoativas e das dependências, tendo sido operacionalizada através de cinco áreas de intervenção: prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção.

A prevenção, no âmbito da saúde, foca-se na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva. Tem como

objetivo fornecer aos indivíduos ou a grupos específicos conhecimentos e competências necessárias para lidarem com o risco associado ao consumo de substâncias psicoativas e outras dependências.

A intervenção preventiva deve ser operacionalizada através da avaliação dos fatores de risco dos indivíduos, sendo proposto um modelo operacional para o desenho das intervenções que contempla os níveis: universal, seletiva, indicada e ambiental (IOM, 1994; 2009). A Prevenção Universal é dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco em relação ao abuso de substâncias e como podendo beneficiar dos programas de prevenção. Os programas de prevenção universal variam no tipo, estrutura e duração. Os seus componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências. A prevenção seletiva é dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas identificadas como de risco para o consumo de substâncias psicoativas. Os programas de prevenção seletiva são de média ou longa duração, variam no tipo e estrutura e os componentes contemplam a informação e o desenvolvimento de competências. A prevenção indicada é dirigida a indivíduos com comportamentos de risco e que já apresentam consumos. É feita de forma individual, ao contrário da seletiva. Na prevenção ambiental inserem-se as medidas legislativas nacionais e internacionais relativas ao consumo e venda de substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, como por exemplo, a taxação fiscal de produtos como o álcool e o tabaco, a exposição a mensagens publicitárias, o controlo da idade de venda dos mesmos ou ainda medidas em contextos particulares, como o meio escolar, que regulamentam o seu uso para toda a comunidade escolar (alunos, professores, profissionais e responsáveis pelos alunos (EMCDDA, 2011).

Os estudos realizados no contexto europeu demonstram que é entre os 10 e os 14 anos que se regista uma maior eficácia das estratégias preventivas das toxicodependências (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA, 2008). Nestas idades, a prevenção assenta no aumento dos fatores de proteção e na diminuição dos fatores de risco em quatro domínios: a criança/jovem; a família; a escola; e a comunidade (Bonino et al., 2005; Brounstein, Gardner & Baker, 2007; Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008; Marques, 2007; NIDA, 2003) (cit in Almeida & Mourão, 2010, p. 80).

O consumo de substâncias psicoativas quanto mais precocemente for iniciado, mais problemático poderá vir a ser (Loeber, Stouthamer-Loeber & White, 1999). Assim, os programas de prevenção devem iniciar-se neste período, preferencialmente no 1º ciclo.

Nos últimos anos, as investigações têm demonstrado que os programas de prevenção com melhores resultados são: (i) compreensivos e integradores, uma vez que incluem múltiplas intervenções, dirigidas ao problema das toxicodependências; (ii) interativos, uma vez que os métodos utilizados envolvem ativamente as crianças e os jovens, as famílias, os professores

e os técnicos; e (iii) sensíveis às especificidades culturais e desenvolvimentistas (Brounstein et al., 2007; Nation et al., 2003; NIDA, 2003). (cit in Almeida & Mourão, 2010, pp. 80).

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Nesse sentido, foi criado o plano PORI - Plano Operacional de Repostas Integradas, que é uma medida de âmbito nacional ao nível da intervenção integrada na área dos comportamentos aditivos e dependências, que procura potenciar os recursos disponíveis no território nacional, quer através da elaboração de diagnósticos que fundamentem a intervenção, quer da implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI).

O PRI é um programa de intervenção específico que integra respostas de diferentes áreas, com alguns ou todos os tipos de intervenção (prevenção, dissuasão, redução de riscos e minimização de danos, tratamento e reinserção) e que decorre dos resultados do diagnóstico de um território identificado como prioritário.

Em Santarém foi identificado como prioritário o Bairro de S. Domingos e as crianças, adolescentes, jovens e respetivas famílias residentes no mesmo. Trata-se de uma zona residencial periférica com problemas de consumo e tráfico de substâncias psicoativas, elevado número de famílias monoparentais com situação económica precária, filhos sem supervisão parental, situações de insucesso e abandono escolar, comportamentos problemáticos, desemprego e baixos níveis de qualificação escolar e profissional dos pais.

Neste sentido surgiu o projeto Oficina da Prevenção, inserido no Programa de Respostas Integradas (PRI) do concelho de Santarém, promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Santarém.

Por conseguinte, a intervenção do Projeto Oficina da Prevenção integra metodologias referenciadas pela investigação como eficazes para produzir as mudanças desejadas, tais como programas de desenvolvimento de competências pessoais e sociais (através de dinâmicas de grupo), informação sobre substâncias e seus efeitos e a promoção de atitudes mais efetivas de resolução de problemas.

Tendo em conta uma perspetiva de intervenção sistémica e integrada e baseando-se nos princípios da prevenção universal, o projeto desenvolve as seguintes atividades: 1) Implementação de dois programas de treino de competências pessoais e sociais junto de crianças - Coleção Crescer a Brincar (Moreira, 2002) no agrupamento de escolas Alexandre

Herculano; e de adolescentes e jovens - Programa Todos no Treino, (IDT, Projeto Sorrir à Vida-Prevenir, 2012) no mesmo agrupamento de escolas, em Santarém, com o objetivo de os tornar resilientes face ao consumo de substâncias; 2) Acompanhamento psicossocial às crianças, adolescentes, jovens e famílias cujos percursos de vida estejam já identificados com problemas relacionados com o consumo de substâncias; 3) Implementação de programa de competências parentais - Programa Ser Família, (Ribeiro, 2003) dirigido a pais ou encarregados de educação com o objetivo de desenvolver estratégias para lidar com os desafios do crescimento e fornecer ferramentas que lhes permitam melhorar o acompanhamento parental; 4) Ações de formação para técnicos das organizações que desenvolvem projetos com crianças e adolescentes, no sentido de os habilitar com novos modelos e metodologias de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e parentais. 5) Ações de sensibilização para agentes educativos, com a finalidade de os alertar para a importância da prevenção do consumo de substâncias psicoativas.

O presente artigo foca-se especificamente na apresentação e discussão de dados obtidos através da implementação de um programa de competências pessoais e sociais - Programa Todos no Treino, (IDT, Projeto Sorrir à Vida-Prevenir, 2012) nas turmas de 9º ano da Escola EB 2, 3 Alexandre Herculano, em Santarém, por ser este o estabelecimento de ensino a dar resposta aos adolescentes e jovens residentes no mesmo bairro.

Adotando uma perspetiva de ecletismo teórico e técnico, este projeto fundamenta a sua abordagem em conceitos referenciados ao modelo socio-afetivo (Carvalho, 1990 a) b), que encara o fenómeno do consumo de substâncias psicoativas como o resultado de um sistema individual complexo, realçando a interação de fatores socioculturais, interpessoais e individuais. Este modelo valoriza como estratégias preventivas quer as variáveis individuais (atitudes, crenças, valores, autoconceito, autoestima, tomada de decisão), quer sociais (processo de aprendizagem e pressão social). Desta forma, a mudança resulta de um processo dinâmico em que a interação entre as referidas variáveis predispõem ou não o indivíduo para um processo de dependência.

Considera-se pertinente a referência teórica ao modelo de desenvolvimento social de Catalano e Hawkins (1996), que salienta os fatores de risco e protetores como sendo responsáveis pelo aparecimento e desenvolvimento de comportamentos antissociais, onde se pode incluir a toxicodependência. É do conhecimento que as carências de competências sociais provocam dificuldades em situações de interação social, como por exemplo,

estabelecer novas amizades, aceitar críticas, lidar com provocações, pedir ajuda, resistir à pressão de pares. Spence (1982) ainda frisa que jovens com competências sociais deficitárias têm ainda dificuldades em encontrar e aproveitar oportunidades sociais, o que pode levar não só à delinquência, como à desmotivação, ao desajustamento escolar e ao abandono escolar.

Atualmente, as atividades/jogos lúdicos e psicopedagógicos encontram-se em voga, fazendo parte do cotidiano e possuindo extrema utilidade para inculcar determinadas aprendizagens e valores na população juvenil. Para o ser humano, a aprendizagem é tão importante quanto o desenvolvimento social e, deste modo, o jogo constitui uma ferramenta pedagógica que promove todo o desenvolvimento do jovem. A utilização de jogos lúdicos permite ainda auxiliar permanentemente o jovem durante a construção de novas estruturas mentais, pois este recurso permite experienciar determinadas vivências nas áreas cognitiva, afetiva e psicomotora. Trata-se de um instrumento fundamental para mediar o processo de construção da aprendizagem de uma forma mais dinâmica e atraente, contemplando os interesses e necessidades das crianças e possibilitando que ocorram progressos no processo de ensino-aprendizagem.

A atividade lúdica permite potenciar as competências pessoais e sociais, na medida em que, através do jogo, experienciam situações que exemplificam as vivências do seu quotidiano e percebem várias formas de as resolver apoiados, quer no grupo de pares, quer nos animadores/adultos que dinamizam as sessões. A autoconfiança, autoestima, autocontrolo, imaginação, cooperação, criatividade, entre outras, são algumas das competências que fortalecem o saber-ser e o saber-estar dos adolescentes. Uma intervenção tendo por base a facilitação da regulação das relações entre indivíduos, permite-lhes uma aprendizagem prática de competências pessoais e sociais.

A experiência no âmbito da implementação de programas de competências pessoais e sociais tem demonstrado que os indivíduos mais agressivos ou desajustados evitam as atividades puramente racionais, mais monótonas ou que exigem grande esforço atencional e de concentração; em oposição, este programa tem um carácter mais dinâmico e lúdico, acabando por minimizar as dificuldades que possam surgir. Outro dos aspetos essenciais é a interação direta com a população alvo, seguindo uma metodologia semelhante à observação participante (modelo ecológico), onde o técnico estará presente no terreno de forma a garantir uma proximidade e empatia que possibilitem o desenvolvimento de referências

construtivas e modelos de comportamento socialmente adequados. Neste sentido, o técnico deverá ser ainda um facilitador da comunicação com o grupo, bem como um detentor de informação crítica, com vista a assegurar uma aproximação ao meio (família, escola e comunidade).

METODOLOGIA

O presente estudo de natureza mista, predominantemente quantitativa, abrangeu 105 alunos do 9º ano, da Escola Alexandre Herculano (2014-2015), 52 do género feminino e 53 do género masculino, com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos. Devido à ausência de alguns jovens no momento da aplicação do pré ou pró - teste, os valores encontrados não correspondem à totalidade dos alunos abrangidos, mas sim aos 93 alunos que realizaram os dois momentos de avaliação.

O Programa Todos No Treino (IDT, Projeto Sorrir à Vida-Prevenir, 2012) tem como base o desenvolvimento das competências da comunicação - assertividade; da cooperação – eficácia da equipa; da tomada de decisão, da resolução de problemas e da pressão de pares. As competências avaliadas em pré e pós-teste foram: comunicação – assertividade, através da EAGA (Escala de Avaliação Global da Assertividade, de Jardim & Pereira, 2006), cooperação e eficácia da equipa, através das escalas EAEE (Escala de Avaliação da Eficácia de uma Equipa, de Jardim & Pereira, 2006), EAGCO (Escala de Avaliação Global da Cooperação, de Jardim & Pereira, 2006) e a tomada de decisão através da Escala de Avaliação da Competência de Tomada de Decisão (Hansen, Nucci & Wills, 2001).

Foram avaliados outros três parâmetros, a saber: a manifestação global de bem-estar, através da escala EMMB (Escala de Medida de Manifestação de Bem Estar, de Jardim & Pereira, 2006), a perceção dos riscos associados ao consumo de drogas, através da Escala de Medida de Perceção dos Riscos Associados ao Consumo de Drogas (Harmon & Jessor, 2001) e o grau de conhecimento sobre substâncias psicoativas, através de um questionário sobre o nível de conhecimento de substâncias (IDT; Sorrir à Vida-Prevenir, 2012).

Assim, para dar resposta e concretizar todos os princípios teóricos supracitados dinamizou-se, ao nível dos procedimentos da ação, o programa de treino de competências pessoais e sociais Todos no Treino (IDT, Projeto Sorrir à Vida, 2012). O cronograma que contempla o programa Todos No Treino é composto por 10 sessões de 90 minutos organizadas da seguinte forma:

Figura 1 – Cronograma das sessões do Programa Todos No Treino (IDT, Projeto Sorrir à Vida, 2012)

Sessão 1	Apresentação; aplicação de pré-teste
Sessão 2	Comunicação – assertividade
Sessão 3	Cooperação – eficácia da equipa
Sessão 4	Tomada de decisão
Sessão 5	Resolução de problemas
Sessão 6	Pressão de pares
Sessão 7	Tabaco
Sessão 8	Álcool
Sessão 9	Substâncias psicoativas
Sessão 10	Avaliação; aplicação de pós-teste

Na primeira e última sessão procedeu-se à avaliação do programa, com a aplicação de pré e pós-teste. As sessões 2 a 6 a intervenção focaram-se no desenvolvimento das competências referidas na figura 1. As sessões 7, 8 e 9 foram de âmbito informativo, abordando-se a temática das substâncias psicoativas.

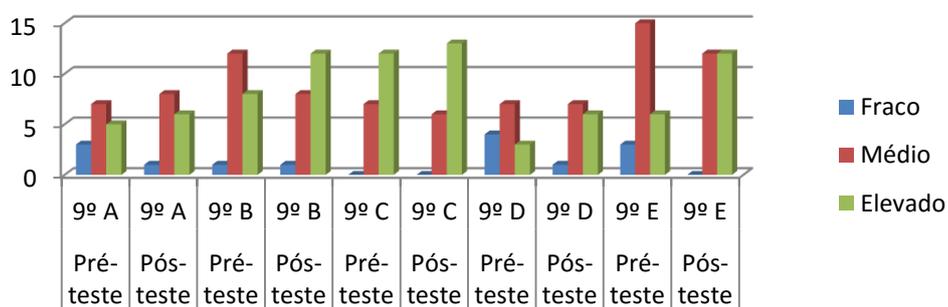
RESULTADOS

De seguida apresentam-se os dados relativos a cada uma das escalas aplicadas, em pré e pós-teste.

Quadro 1 – Resultados globais do 9º ano da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar (Jardim & Pereira, 2006)

Nível de Manifestação de Bem-Estar	Pré-teste (N.º de alunos)	Pré-teste (% de alunos)	Pós-teste (N.º de alunos)	Pós-teste (% de alunos)
Fraco	11	11,82796%	3	3,225806%
Médio	48	51,6129%	41	44,08602%
Elevado	34	36,55914%	49	52,68817%
Total	93	100%	93	100%

Gráfico 1 – Resultados da Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar (Jardim & Pereira, 2006), por turma

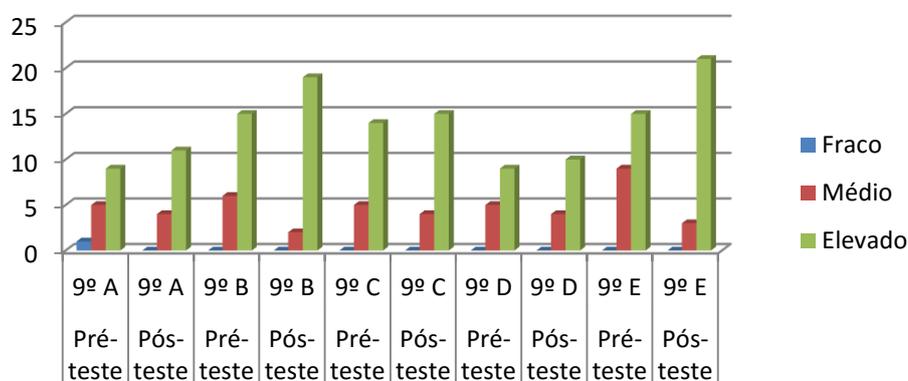


Ao nível da manifestação de bem-estar houve uma melhoria, em que 52% dos alunos revelaram em pós-teste um nível elevado.

Quadro 2 – Resultados globais do 9º ano da Escala de Medida de Assertividade (Jardim & Pereira, 2006)

Nível de Assertividade	Pré-teste (N.º de alunos)	Pré-teste (% de alunos)	Pós-teste (N.º de alunos)	Pós-teste (% de alunos)
Fraco	1	1,075269%	0	0%
Médio	30	32,25806%	17	18,27957%
Elevado	62	66,66667%	76	81,72043%
Total	93	100%	93	100%

Gráfico 2 – Resultados Escala de Medida de Assertividade (Jardim & Pereira, 2006), por turma



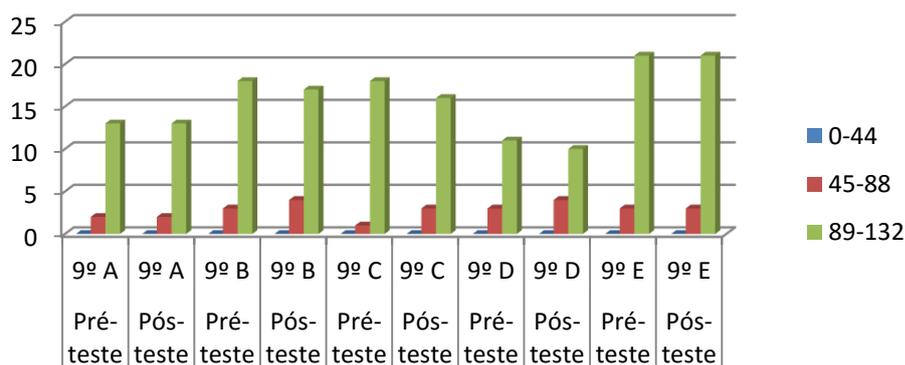
Ao nível da assertividade, 15% dos alunos inquiridos melhoraram nesta competência.

Foi pedido aos alunos que, aquando do preenchimento do questionário que avalia a eficácia de uma equipa, se focassem na sua turma e na forma como funcionam em grupo.

Quadro 3 – Resultados globais do 9º ano da Escala de Avaliação da Eficácia de uma Equipa (Jardim & Pereira, 2006)

Nível de Eficácia da Equipa	Pré-teste (N.º de alunos)	Pré-teste (% de alunos)	Pós-teste (N.º de alunos)	Pós-teste (% de alunos)
Fraco	0	0%	0	0%
Médio	12	12,9%	16	17,2%
Elevado	81	87,09%	77	82,7%
Total	93	100%	93	100%

Gráfico 3 – Resultados da Escala de Avaliação da Eficácia de uma Equipa (Jardim & Pereira, 2006), por turma

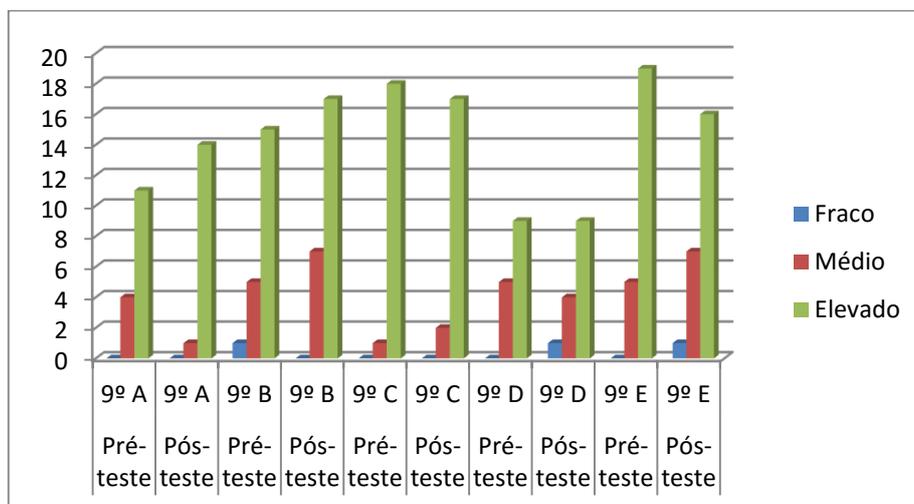


Ao nível da competência supracitada, os valores médios aumentaram 5%, ao passo que os valores elevados diminuíram essa mesma percentagem.

Quadro 4 – Resultados globais do 9º ano da Escala de Avaliação Global de Cooperação (Jardim & Pereira, 2006)

Nível de Cooperação	Pré-teste (N.º de alunos)	Pré-teste (% de alunos)	Pós-teste (N.º de alunos)	Pós-teste (% de alunos)
Fraco	1	1,075269%	2	2,150538%
Médio	20	21,50538%	21	22,58065%
Elevado	72	77,41935%	70	75,26882%
Total	93	100%	93	100%

Gráfico 4 – Resultados da Escala de Avaliação Global de Cooperação (Jardim & Pereira, 2006), por turma

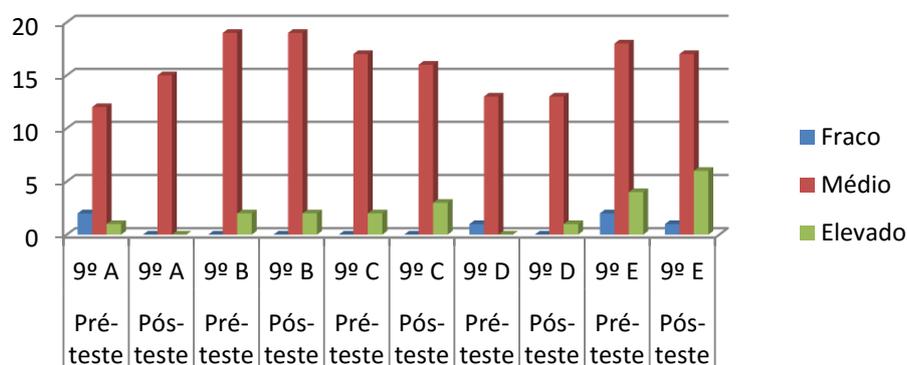


Os níveis fraco e médio na competência da cooperação sofreram um ligeiro aumento (1%), não tendo havido alterações significativas entre os dois momentos de avaliação.

Quadro 5 – Resultados globais do 9º ano da Escala de Avaliação da Competência de Tomada de Decisão (Hansen, Nucci & Wills, 2001)

Nível de Tomada de Decisão	Pré-teste	Pré-teste	Pós-teste	Pós-teste
	(N.º de alunos)	(% de alunos)	(N.º de alunos)	(% de alunos)
Fraco	5	5,376344%	1	1,075269%
Médio	79	84,94624%	80	86,02151%
Elevado	9	9,677419%	12	12,90323%
Total	93	100%	93	100%

Gráfico 5 – Resultados da Escala de Avaliação da Competência de Tomada de Decisão(Hansen, Nucci & Wills, 2001), por turma

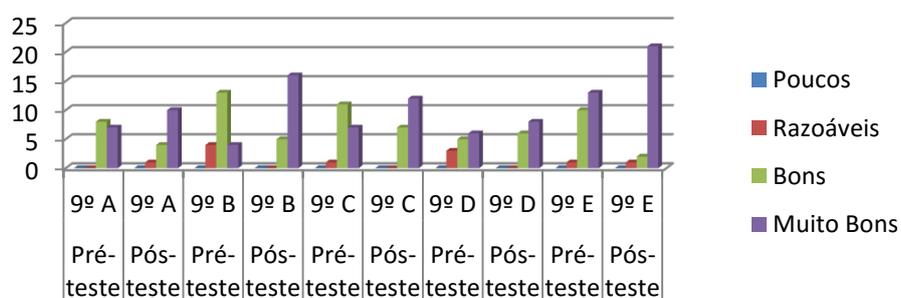


A maior parte dos alunos revelou níveis médios de tomada de decisão, no entanto, houve um ligeiro aumento (3%) de alunos que tiveram um resultado elevado nesta competência.

Quadro 6 – Resultados globais do 9º ano do Questionário sobre o nível de conhecimento de Substâncias Psicoativas (IDT, Sorrir à Vida-Prevenir, 2012)

Nível de conhecimento	Pré-teste (N.º de alunos)	Pré-teste (% de alunos)	Pós-teste (N.º de alunos)	Pós-teste (% de alunos)
Pouco	0	0%	0	0%
Razoável	9	9,67741935%	2	2,15053763%
Bom	47	50,5376344%	14	25,8064516%
Muito Bom	37	39,7849462%	67	72,0430108%
Total	93	100%	93	100%

Gráfico 6 – Resultados do Questionário sobre o nível de conhecimento de Substâncias Psicoativas (IDT, Sorrir à Vida-Prevenir, 2012), por turma

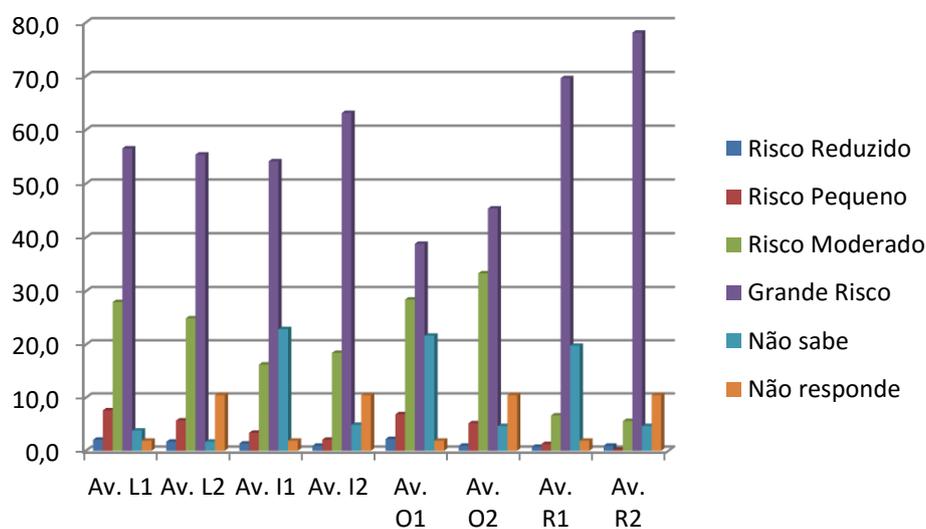


33% dos alunos aumentaram os seus conhecimentos sobre substâncias psicoativas para um nível de resposta acima de 16 valores.

Quadro 7 – Resultados globais do 9º ano do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

	Av. L1	Av. L2	Av. I1	Av. I2	Av. O1	Av. O2	Av. R1	Av. R2
Risco Reduzido	2,1	1,7	1,4	1,0	2,2	1,0	0,7	1,0
Risco Pequeno	7,6	5,7	3,4	2,1	6,9	5,2	1,3	0,2
Risco Moderado	28,0	25,0	16,3	18,5	28,5	33,3	6,7	5,6
Grande Risco	56,6	55,4	54,2	63,2	38,8	45,4	69,6	78,1
Não sabe	3,8	1,7	22,9	4,9	21,7	4,7	19,8	4,7
Não responde	1,9	10,5	1,9	10,5	1,9	10,5	1,9	10,5

Gráfico 7 – Resultados globais do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

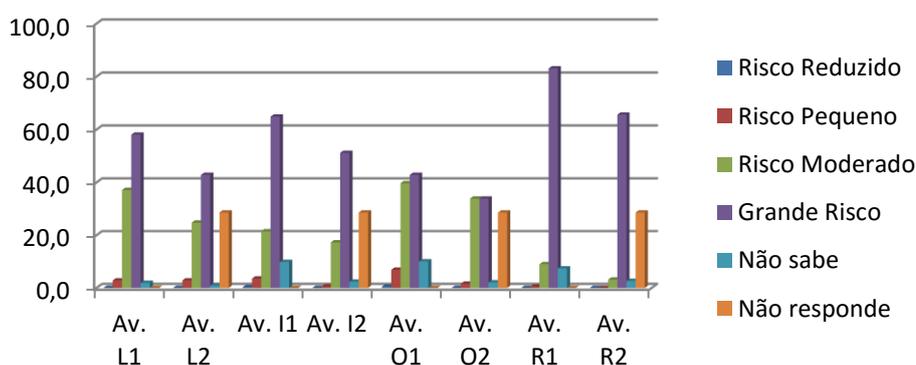


A percepção do risco associada à frequência do consumo aumentou significativamente, assim como no que diz respeito às drogas ilegais.

Quadro 8 – Resultados da turma 9º A no Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

9A	Av. L1	Av. L2	Av. I1	Av. I2	Av. O1	Av. O2	Av. R1	Av. R2
Risco Reduzido	0,0	0,0	0,3	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Risco Pequeno	2,9	2,9	3,6	0,6	6,9	1,6	0,5	0,0
Risco Moderado	37,1	24,8	21,4	17,3	39,7	33,9	9,0	3,2
Grande Risco	58,1	42,9	64,9	51,2	42,9	33,9	83,1	65,6
Não sabe	1,9	1,0	9,8	2,4	10,1	2,1	7,4	2,6
Não responde	0,0	28,6	0,0	28,6	0,0	28,6	0,0	28,6

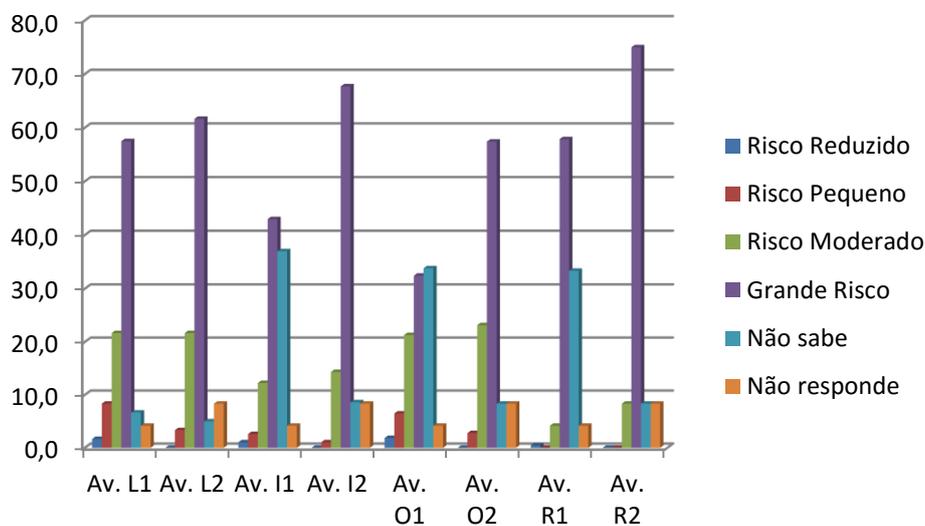
Gráfico 8 – Resultados do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas, por turma (Harmon & Jessor, 2001)



Quadro 9 – Resultados da turma 9º B no Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

9B	Av. L1	Av. L2	Av. I1	Av. I2	Av. O1	Av. O2	Av. R1	Av. R2
Risco Reduzido	1,7	0,0	1,0	0,0	1,9	0,0	0,5	0,0
Risco Pequeno	8,3	3,3	2,6	1,0	6,5	2,8	0,0	0,0
Risco Moderado	21,7	21,7	12,2	14,3	21,3	23,1	4,2	8,3
Grande Risco	57,5	61,7	43,0	67,7	32,4	57,4	57,9	75,0
Não sabe	6,7	5,0	37,0	8,6	33,8	8,3	33,3	8,3
Não responde	4,2	8,3	4,2	8,3	4,2	8,3	4,2	8,3

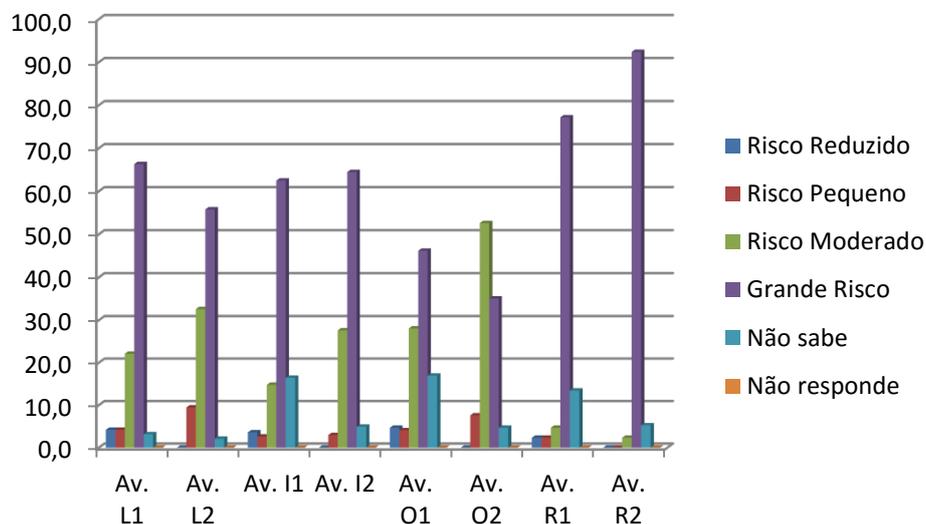
Gráfico 9 – Resultados do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas – tipo de substância, por turma (Harmon & Jessor, 2001)



Quadro 10 – Resultados da turma 9ª C no Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

9C	Av. L1	Av. L2	Av. I1	Av. I2	Av. O1	Av. O2	Av. R1	Av. R2
Risco Reduzido	4,2	0,0	3,6	0,0	4,7	0,0	2,3	0,0
Risco Pequeno	4,2	9,5	2,6	3,0	4,1	7,6	2,3	0,0
Risco Moderado	22,1	32,6	14,8	27,6	28,1	52,6	4,7	2,3
Grande Risco	66,3	55,8	62,5	64,5	46,2	35,1	77,2	92,4
Não sabe	3,2	2,1	16,4	4,9	17,0	4,7	13,5	5,3
Não responde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

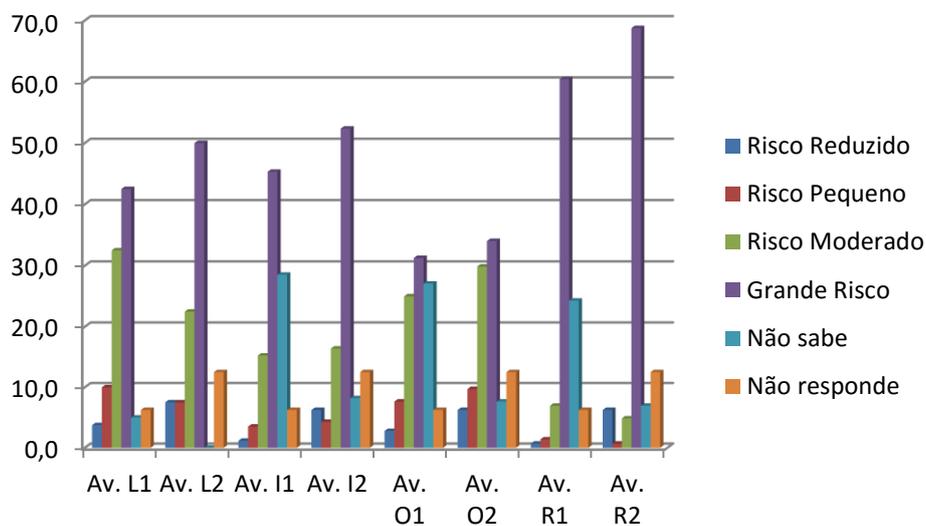
Gráfico 10 – Resultados do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001), por turma.



Quadro 11 – Resultados da turma 9º D no Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

9D	Av. L1	Av. L2	Av. I1	Av. I2	Av. O1	Av. O2	Av. R1	Av. R2
Risco Reduzido	3,8	7,5	1,2	6,3	2,8	6,3	0,7	6,3
Risco Pequeno	10,0	7,5	3,5	4,3	7,6	9,7	1,4	0,7
Risco Moderado	32,5	22,5	15,2	16,4	25,0	29,9	6,9	4,9
Grande Risco	42,5	50,0	45,3	52,3	31,3	34,0	60,4	68,8
Não sabe	5,0	0,0	28,5	8,2	27,1	7,6	24,3	6,9
Não responde	6,3	12,5	6,3	12,5	6,3	12,5	6,3	12,5

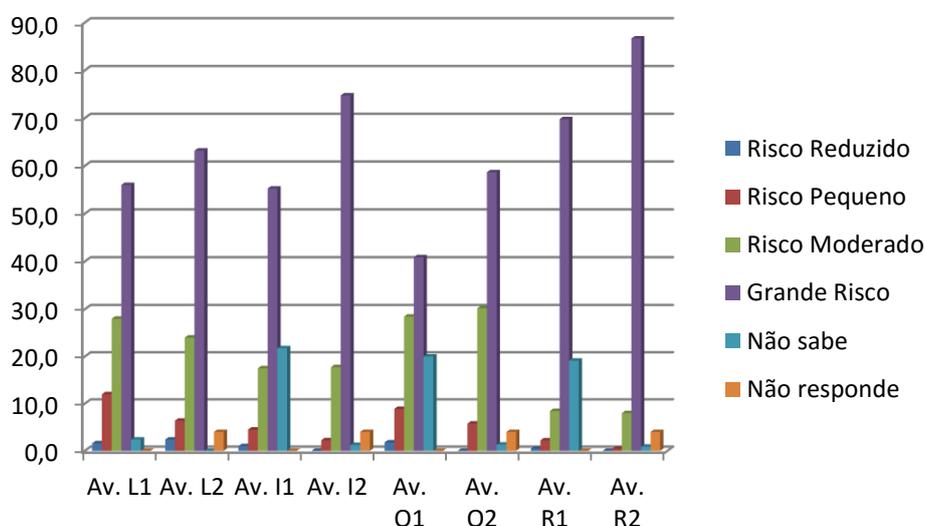
Gráfico 11 – Resultados do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001), por turma



Quadro 12 – Resultados da turma 9º E no Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001)

9E	Av. L1	Av. L2	Av. I1	Av. I2	Av. O1	Av. O2	Av. R1	Av. R2
Risco Reduzido	1,6	2,4	1,0	0,0	1,8	0,0	0,4	0,0
Risco Pequeno	12,0	6,4	4,5	2,3	8,9	5,8	2,2	0,4
Risco Moderado	28,0	24,0	17,5	17,8	28,4	30,2	8,4	8,0
Grande Risco	56,0	63,2	55,3	74,8	40,9	58,7	69,8	86,7
Não sabe	2,4	0,0	21,8	1,3	20,0	1,3	19,1	0,9
Não responde	0,0	4,0	0,0	4,0	0,0	4,0	0,0	4,0

Gráfico 12 – Resultados do Questionário sobre Percepção dos Riscos associados ao consumo de drogas (Harmon & Jessor, 2001), por turma



CONCLUSÃO

A prevenção de comportamentos de risco é primeiramente da responsabilidade da família, que deverá estimular o diálogo e a afetividade e criar um ambiente envolvente onde os adolescentes se sintam seguros e amados. Mas é importante que a prevenção encontre continuidade fora da família, numa escola que privilegie a solidariedade e a aquisição de competências sociais e pessoais, que proporcionem ao adolescente um desenvolvimento feliz e equilibrado. Uma vez que o ritmo familiar nem sempre oferece um apoio firme na vida, é para as escolas que as comunidades se voltam em busca de ajuda para os adolescentes com necessidades na área das competências sociais e emocionais.

A escola torna-se num agente da sociedade com a missão de garantir que os alunos aprendam, não apenas o que consta no seu programa educativo, mas também as lições essenciais para os desafios da vida, procurando ligar a escola, a família e a comunidade, numa teia mais unida. Crescer implica, entre outros fatores, aprender a relacionar-se. Os comportamentos, as atitudes, as aprendizagens, as mil formas de estar vivo são fortemente marcadas pela qualidade das relações que se conseguem estabelecer.

Os resultados obtidos com o projeto Oficina da Prevenção confirmam a importância de aplicar programas de treino de competências pessoais e sociais e a necessidade de haver uma intervenção integrada e continuada, focalizada nas competências em que se obtiveram

resultados mais fracos. Não tendo havido intervenção com as turmas de 9º ano de escolaridade em anos anteriores, seria pertinente haver continuidade no ensino secundário, com outro tipo de programas com objetivos similares.

O principal instrumento de prevenção e de promoção do desenvolvimento social é certamente a relação, em que as atividades desenvolvidas acabam por ser um pretexto para que se crie um espaço de experimentação, treino e debate, onde o adolescente se descobre em novos papéis, perante si próprio e o grupo (Melo, 2000). A ação, lúdica ou não, é sempre o ponto de partida para o que foi vivido, fazendo, sempre que possível, o paralelismo com o quotidiano (Melo, 2000). Por conseguinte, as metodologias utilizadas no projeto Oficina da Prevenção responderam aos objetivos inicialmente propostos, pois permitiram criar esta mesma relação entre dinamizadores e alunos, enfatizando os momentos de reflexão em cada uma das sessões dinamizadas. Tão importante como a prevenção ir ao encontro das necessidades e dos desejos da população-alvo, é também a intervenção garantir o bem-estar, a motivação e a realização dos participantes. A prevenção começa em cada um de nós e é na forma como lidamos com a realidade, o prazer e a frustração que, enquanto modelos, transmitimos aos adolescentes, formas alternativas e saudáveis de viver o dia-a-dia (Melo, 2000).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, D. & Mourão, B. (2010). *Avaliação de Programas de Prevenção das Toxicodependências*. in Revista Toxicodependência, vol. 16, n.º 3, 2010, pp. 79-88. Lisboa: IDT. Disponível em <http://www.sicad.pt>, consultado em 9 de outubro de 2015.

BIPAIP - Banco de Instrumentos para a Planificação e Avaliação da Intervenção da Prevenção da Toxicodependência (2001). *Questionário de perceção dos riscos associados ao consumo de drogas*. Agência Antidroga de la Comunidad de Madrid y Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanias: Madrid.

Banco de Instrumentos para a Planificação e Avaliação da Intervenção da Prevenção da Toxicodependência (2001). *Escala de avaliação da competência de tomada de decisão*. Agência Antidroga de la Comunidad de Madrid y Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanias: Madrid.

Bonino, S., Cattelino, E., & Ciairano, S. (2005). *Adolescents and risk behaviors, functions and protective factors*. Milan: Springer.

Brounstein, P. J., Gardner, S. E., & Backer, T. E. (2007). *Research to practice: Bringing effective prevention to every community*. In P. Tolan, J. Szapocznik & S. Sambrano (Eds.), *Preventing youth substance abuse: Science-based programs for children and adolescents* (pp. 41-64). Washington, DC: American Psychological Association.

Carvalho, J. N. (1990 a). *Programas de Prevenção sobre drogas: modelos e resultados*. Cadernos de Consulta Psicológica. 6, 41-53.

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

Catalano, R. & Hawkins, J. (1996). *The social development model: A theory of antisocial behavior*. In J. Hawkins (Ed.). *Delinquency and Crime: current theories* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press.

Cunha Filho, H., & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de substâncias: Álcool, tabaco e outras drogas*. Lisboa: Coisas de Ler.

Del Prette, Z. & Del Prette A. (2009) *Psicologia das Habilidades Sociais – diversidade teórica e suas implicações*. Petrópolis RJ: Editora Vozes.

EMDCA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2008). *EMCDDA Insights – Prevention of substance abuse*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011) *European drug prevention quality standards*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Fachada, M. O. (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais – 1º e 2º volumes*. 3ª edição. Amadora: Edições Rumo.

IDT - Projeto Sorrir à Vida-Prevenir (2012). *Programa TNT – Todos No Treino*. Anexo ao relatório final do Projeto Sorrir à Vida-Prevenir. 2010/12. Santarém: IDT.

IOM - Institute of Medicine (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. P.J. Mrazek and R.J. Haggerty (Eds.), Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press.

IOM - Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press.

Jardim, J. & Pereira A., (2006). *Competências Pessoais e Sociais – Guia prático para a mudança positiva*. Porto: Edições ASA.

Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & White, H. R. (1999). *Development aspects of delinquency and internalizing problems and their association with persistent juvenile substance use between ages 7 and 18*. *Journal of Clinical Child Psychology*, nr28 (pp. 322-332).

Marques, P. (2007). *Prevenção do consumo de substâncias psicoativas*. In A. Sousa, A. Pinto, D. Sampaio, E. Nunes, M. Baptista & P. Marques (Eds.), *Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar* (pp. 69-93). Lisboa: Direção – geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DgIDC), Direção-geral de Saúde (DgS), Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Melo, R. (2000). *Metodologias de Intervenção na Prevenção Primária da Toxicodependência*. in *Revista Toxicodependência*, vol. 6, n.º 1, pp. 49-57. Lisboa: SPTT. Disponível em <http://www.sicad.pt>, consultado em 9 de outubro de 2015.

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

NIDA - National Institute of Drug Abuse (2003). *Preventing drug use from children and adolescents: A research-based guide* (2th ed). NIH National Institute of Drug Abuse and National Institute of Health. Publication nº 04-4212 (A).

Sousa, M. & Neves, G. (2013). *Prevenção das toxicodependências em contexto escolar*. Madeira: Universidade da Madeira. Disponível em <http://www.psicologia.pt>, consultado em 9 de outubro de 2015.

Spence, S. (1982). *Social competencies training with young offenders*. *The Prevention and Control of Offending*. London: Wiley & Sons.