

Parceiros líderes
DGPNSD-CICO
FIIAPP
Espanha

Parceiros
SEDONAR
Argentina

SENAD
Brasil

SENDA
Chile

MINJUSTICIA
Colômbia

DEVIDA
Peru

JND
Uruguai

GIZ
Alemania

MILDT
Francia

SICAD
Portugal

Entidades colaboradoras

ICD
Costa Rica

CONSEP
Equador

CONADIC
México

PCB
Polonia

ANA
Rumania

CICAD-OEA

IDPC

OEDT

OPS

RIOD



QUALIDADE E EVIDÊNCIA NA REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS



QUALIDADE E EVIDÊNCIA NA REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS

**Marco de referência
para a acreditação de programas**

QUALIDADE E EVIDÊNCIA NA REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS

MARCO DE REFERÊNCIA PARA A ACREDITAÇÃO DE PROGRAMAS



Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, DEVIDA – Peru



Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC – México



Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP – Ecuador



Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD – Espanha



Dirección de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas. Ministerio de Justicia y del Derecho, MINJUSTICIA – Colômbia



Instituto Costarricense sobre Drogas, ICD – Costa Rica



Junta Nacional de Drogas, JND – Uruguay



Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas, SENAD – Brasil



Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR – Argentina



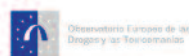
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA – Chile



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD – Portugal



Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas, CICAD – OEA



Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, OEDT



Organização Pan-americana da Saúde, OPS/OMS



Rede Ibero-americana de ONG que trabalham em Dependências, RIOD

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

EM COLABORAÇÃO COM



Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD)

Parceiros líderes:



Edição:

Entidade de Coordenação e Execução (ECE)

Sede do Programa em Madrid:
DGPNSD. Plaza de España, 17 - Planta baja
28008 Madrid. Espanha
T +34 91 436 34 21

Sede do Programa em Bruxelas:
FIIAPP, 49-51 Rue de Trèves
1040 Bruxelas. Bélgica
T +32 2 231 57 89

i-copolad@copolad.eu
www.copolad.eu

Paginação:

Ediciones Digitales 64

Impressão:

DIVI PROYECT, S.L.
C/ Moreras, 4 – 28522 Rivas Vaciamadrid (Madrid)

ISBN:

978-84-606-8591-3

© COPOLAD, 2015
Madrid, maio 2015

Direção e supervisão do projeto:

Teresa SALVADOR-LLIVINA, Diretora, Entidade de Coordenação e Execução, COPOLAD.

Francisco de Asís BABÍN VICH, Delegado do Governo. Plano Nacional sobre Drogas (Espanha), entidade líder do Programa COPOLAD.

Acompanhamento de projetos:

Jesús MORÁN IGLESIAS, Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD (até maio de 2013).

Mario G. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD.

Direção do estudo Delphi, grupos focais e revisão legal:

Lorenzo SÁNCHEZ PARDO, Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales, INTRESS.

Grupo de trabalho para a revisão de evidências:

Lorenzo SÁNCHEZ PARDO (autor principal), Carlos ALONSO SANZ, Fernando MARTÍNEZ GONZÁLEZ, César PEREIRO GÓMEZ.

Revisão editorial da publicação:

Ruth LOSADA SANMARTÍN, Entidade de Coordenação e Execução, COPOLAD.

Carmen MENA PIÑEIRO, Ediciones Digitales 64.

Conselho Assessor:

Luis ALFONZO BELLO

Brenda BARRIGUETE MÁZMELA

Cejana BRASIL CIRILO PASSOS

Gregor BURKHART

Karina C. CASAL

José L. CASTAÑO RODRÍGUEZ

Patricia CONTRERAS

Felipe LEYTON

Paula MARQUES

Elena MARTÍN MAGANTO

Javier MARTIN NIETO

Eugenia MATA CHAVARRÍA

Sonia MONCADA BUENO

Marta OLIVA

María E. RIVEROS

Carmen L. SEVILLA CARNERO

Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ

Marta SUANES BERON

José L. VÁZQUEZ MARTÍNEZ

Lorena VILLACÍS RENGIFO

Participantes dos grupos Delphi:

Alicia ACERO ACHIRICA
César ACOSTA
Susana ALMENDARES
Jordi ALOS
Francisco ALVIRA
Paula ANDRADE
Gabriel ANDREUCCETTI
Victoria ÁNGELES
Mercedes ARANGUREN
Martín ARCILA MARTÍNEZ
Carles ARIZA CARDENAL
Sara ARROSPIDE
Gustavo ASCACIBAR NOBLECILLA
Gabriel AVENA
Marco BARRIENTOS SEGURA
Elisardo BECOÑA IGLESIAS
Pilar BERMEJO GONZÁLEZ
Gustavo BIORIZA
Francisco BRAVO
William CABANILLAS ROJAS
Alberto CALABRESE
Amador CALAFAT FAR
Ana C. CAMAROTTI
Ana M. CANO RENTERÍA
María A. CAPRILE
Susana CARDOSO
Selva CAREAGA
Luis CARIS
Carlos A. CARVAJAL
Karina C. CASAL
Guillermo CASTAÑO PÉREZ
Liliana CASTRO DEZA
Pedro CATITA
Fabián CHIOSSO
Patricia CONTRERAS
Madalena CRUCHINHO
Gloria CUEVA VERGARA
Mauricio CUEVAS
Aldo DOMANICO
Mariana DRAGO
Arturo DUEÑAS YACTAYO
Domingos DURÁN
Mario ELIZALDE
Alejandro ESCOBAR LOBOS
Susana FERGUSSON
Juan FERNÁNDEZ
José R. FERNÁNDEZ HERMIDA
Ricardo FLEITAS
Paula FRANGO

Maria I. GANDOLFO CONCEIÇÃO
Nadia GARCÍA ALAS
Martha B. GARCÍA GARCÍA
Enrique GIL CARMENA
Luis F. GIRALDO FERRER
Alcinda GOMES
Eduardo GÓMEZ
José A. GÓMEZ FRAGUELA
Andrés GÓNGORA
Aida GONZÁLEZ
Luis GONZÁLEZ
Juan C. GORLERO
Susana GRUNBAUM
Heliodoro GUTIÉRREZ FUENTES
Esperanza HERNANDEZ
María HERRERA VIDIELLA
Carlos IBÁÑEZ
Silvia INCHAURRAGA
Federico INFANTE LEMBCKE
Patricia INSÚA
Manuel ISORNA FOLGAR
Mario KAMENIECKI
Hugo KERN
Félix KESSLER
Agustín LAPETINA
Laura LATORRE
Felipe LEYTON FRAUENBERG
Daniel LLORET IRLES
Alcina LÓ
Danilo LOCATELLI
Manuela LOPES
Asensio LÓPEZ
César LUCCHETTI
Juan C. MANSILLA
Paula MARQUES
Elena MARTÍN MAGANTO
Efrén MARTÍNEZ
Mário MARTINS
Jorge MC DOUALL
Juan C. MELERO
Carmen MENESES FALCÓN
Decio METTIFOGO
Cecilia MILLER
Alberto MINOLETTI
Antonio J. MOLINA
Mariano MONTENEGRO
Gabriela MONTOYA
Verónica MORA DUBUC
Gorka MORENO

Juan A. MOSCA
Telmo MOTA RONZANI
Alicia MUÑOZ
Iván MUÑOZ
Katya MUÑOZ
Mónica NÁPOLI
Patricia NARVÁEZ
Margarida NETO
Francisca OBLITAS
Marta OLIVA
Gabriela OLIVERA
Carlos OLIVERO
Carlos ORDOÑEZ HUAMÁN
Luis OSSA
Antonio PADRINO
Camila PATIÑO
Alfredo PEMJEAN
Cesar PEREA CHUMBE
Sergio PEREIRA
Augusto PÉREZ GÓMEZ
Jesús PÉREZ ARRÓSPIDE
Claudia PETRACCA
Silvia PISANO
José QUEREJETA
Susana REDONDO MARTÍN
Carla RIBEIRO
Sara RIVERA
María E. RIVEROS
Favio ROCA PAUCARPOMA
Elena RODRÍGUEZ
Rafael RODRÍGUEZ FALLA
José L. RODRÍGUEZ VALDÉS

Carlos SAAVEDRA
Mónica SALAZAR PIAGGIO
Margarita M. SÁNCHEZ
Rodrigo SANTIS
José SANTOS SILVA
Hermann SCHRECK
Carmen L. SEVILLA CARNERO
Almudena SILVA
Camila SILVEIRA
Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
Carola SIRVAS
Paula SOBRINHO
Marta SUANES BERON
Rosa SUÁREZ
José M. SUELVES
Martha SUESCUN
José TASAYCO
Marta TORRENS
Marco A. TORRES RUIZ
Graciela TOUZÉ
Juan TRIACA SALDAÑA
Rosina TRICANICO
Rosa M. UGARTE
Rita URIBE OBANDO
Lilian URRUTIA
Gustavo VALENTINI
Marcelo VASQUEZ
Rubén VERDE CESPEDES
Joan R.VILLALBÍ HERETER
Víctor VILLANUEVA BLASCO
Augusto VITALE

Participantes dos grupos focais:

Brenda BARRIGUETE MÁZMELA
Cejana BRASIL CIRILO PASSOS
Roberto CANAY
Manuel CARDOSO
Hannia CARVAJAL
Jenny C. FAGUA DUARTE
Agustín LAPETINA
Marcela LARA
Felipe LEYTON FRAUENBERG
Gerardo MARÍN
Elena MARTÍN MAGANTO
María J. MARTÍNEZ RUIZ
Eugenia MATA CHAVARRÍA
Inés E. MEJÍA MOTTA
Telmo MOTA RONZANI

Francisca OBLITAS
Aldemar PARRA ESPITIA
María RICCIARDI
María E. RIVEROS
José ROCHA ALMEIDA
Vicente A. RODRÍGUEZ SALCEDO
Milton ROJAS VALERO
Julio ROQUE
Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
Juan TRIACA SALDAÑA
Julio C. VARGAS
Sofía VASCO
Lorena VILLACIS RENGIFO
Augusto VITALE
Gabriela WALD

Agradecimentos

Os editores desta publicação desejam agradecer a sua participação e excelentes contribuições para as diferentes fases deste projeto a todas as instituições e pessoas que, com a sua responsabilidade institucional e/ou a sua ampla experiência e profundo conhecimento do âmbito no qual se desenvolvem os programas de redução da procura de drogas (PRDD), contribuíram para a obtenção de resultados amplamente acordados e, em especial, na identificação dos critérios que se apresentam nesta publicação. Dado que não participarão nos grupos de trabalho citados nos créditos apresentados acima, queremos expressar o nosso especial agradecimento à Dra. Marica Ferri (Project Manager Best Practices, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, OEDT) e à Dra. Maria Estela Monteiro (Assessora Regional de Álcool e Abuso de Substâncias, Organização Pan-americana da Saúde, OPS/OMS) pelas suas valiosas sugestões relatadas no capítulo de revisão da evidência (Anexo I desta publicação). Desta forma, queremos expressar o nosso agradecimento a Cynthia Argüello Guerra (Chile), à Dra. Inés Bustamante Chávez (Peru), a Florencia Failache Artigas (Uruguai), à Dra. Graça Vilar (Portugal) e a Miguel Ángel Pedrola Kempt (Argentina), que colaboraram na coordenação da atividade nos seus respetivos países. Finalmente, mas não menos importante, queremos agradecer a Alexandra Hill (Chefe da Secção de Redução da Procura de Drogas, Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas, CICAD-OEA) por partilhar generosamente um trabalho complementar ao do COPOLAD, com foco em identificar os critérios indispensáveis para a abertura de centros de tratamento e que foi elaborado pelo Grupo de Trabalho impulsionado pelo CICAD para esse efeito. Os seus resultados vêm enriquecer e complementar o trabalho desenvolvido no marco do COPOLAD, circunstância pela qual se considerou de interesse apresentá-los no Anexo IV desta publicação.

Cláusulas *ad cautelam*, esclarecimento e exoneração

COPOLAD é um programa financiado pela União Europeia através da Direção-Geral de Cooperação e Desenvolvimento Europe-Aid.

As opiniões ou posições expressas neste documento são da exclusiva responsabilidade dos autores e editores, e em caso algum deve considerar-se que refletem necessariamente os pontos de vista ou posicionamentos da Comissão Europeia.

Considerando que o respeito e a promoção da igualdade de género fazem parte dos valores da COPOLAD, neste documento e em todos os que se desenvolvem no marco do Programa, a utilização indistinta de substantivos —em género masculino ou feminino— carece de intenção discriminatória alguma, ou seja, tem em todos os casos uma intenção inclusiva.

Reprodução deste manual

A entidade editora desta publicação considerará, de forma favorável, pedidos encaminhados a reproduzir ou traduzir —na sua totalidade ou em parte— os conteúdos da mesma com o fim de ampliar a sua difusão. Tais pedidos deverão dirigir-se à Entidade de Coordenação e Execução (ECE) da COPOLAD através do endereço: Calidad-Evidencia@copolad.eu

Tradução deste manual

Este documento é uma tradução técnica para o português da versão original do livro *Criterios de Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas* (COPOLAD, 2014), escrito em língua espanhola. Se houver qualquer diferença entre o conteúdo de ambas as versões, prevalecerá o texto da versão original em espanhol.

O Programa COPOLAD agradece o apoio técnico fornecido pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD-Portugal) para a elaboração desta versão em língua portuguesa. Agradecemos também a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD-Brasil) a sua colaboração na revisão do texto traduzido.

ÍNDICE

Introdução	11
Resumo executivo: avanços e desafios futuros	17
Processos de consenso para a definição dos critérios e lógica de apresentação adotada	33
1. Processo de definição e seleção de critérios de qualidade e evidência científica	33
2. Ordem e lógica de apresentação dos critérios acordados	38
Critérios básicos	41
1. Critérios comuns a todos os programas de redução de procura de drogas (CRPD)	41
2. Critérios para a acreditação dos programas de prevenção (P)	44
3. Critérios para a acreditação dos programas de redução de riscos associados ao consumo de drogas (RR)	51
4. Critérios para a acreditação dos programas de tratamento (T)	52
5. Critérios para a acreditação dos programas de redução de danos (RD)	59
6. Critérios para a acreditação dos programas de reinserção social (IS)	60
Critérios avançados	65
1. Critérios comuns a todos os programas de redução da procura de drogas (CRPD)	65
2. Critérios para a acreditação dos programas de prevenção (P)	69
3. Critérios para a acreditação dos programas de redução de riscos associados ao consumo de drogas (RR)	78
4. Critérios para a acreditação dos programas de tratamento (T)	79
5. Critérios para a acreditação dos programas de redução de danos (RD)	88
6. Critérios para a acreditação dos programas de reinserção social (IS)	89

ANEXOS

I. Revisão da evidência disponível na redução da procura de drogas (RPD)	99
1. Avaliação da qualidade da evidência disponível na RPD	100
2. Evidência relativa aos programas de prevenção	106
3. Evidência relativa aos programas de tratamento	135
4. Evidência relativa aos programas de redução de riscos associados ao consumo de drogas	156
5. Evidência relativa aos programas de redução do dano associado ao consumo de drogas	167
6. Evidência relativa aos programas de reinserção social de toxicodependentes	178
7. Conclusões globais sobre a evidência relacionada com os programas de redução da procura de drogas	182
Referências	185
II. Mapa estratégico e opções potenciais para avançar no sentido da acreditação em redução da procura de drogas (RPD)	223
1. Análise de viabilidade realizada pelos grupos focais	223
2. Estudo da situação do quadro legal de acreditação dos programas de redução dos programas de redução de danos nos países participantes	228
3. Estratégias possíveis para a implementação da acreditação na redução da procura de drogas	230
4. Relatório de possíveis medidas de apoio a concretização de sistemas supranacionais de acreditação	237
III. Acordos e recomendações do Conselho de Assesores para dinamizar os sistemas de acreditação na redução da procura de drogas (RPD)	239
IV. Critérios indispensáveis para a abertura e funcionamento dos centros de tratamento para toxicodependentes	245

INTRODUÇÃO

Reduzir a procura de drogas através das políticas públicas requer desenvolver estratégias, planos, programas, medidas legais, de planeamento e de formação num contexto de grandes incertezas e dificuldades. Esta realidade decorre principalmente dos inúmeros desafios contextuais e dos consideráveis fatores de risco que —desde a segunda metade do séc. XX até aos nossos dias, têm emergido e condicionam o consumo *contemporâneo* de substâncias psicoativas.

As rápidas alterações nas circunstâncias dos mercados e nos padrões de consumo de drogas colocam aos governos um grande desafio: a necessidade de articular respostas políticas imediatas, eficazes e eficientes para controlar e reduzir os complexos problemas relacionados com as drogas e os seus consumos, mesmo quando —em muitos casos— ainda não se encontrem disponíveis evidências suficientes sobre a eficácia das várias opções potencialmente aplicáveis para responder, de forma adequada, às necessidades dos diversos grupos populacionais.

Dado que se trata de enfrentar fenómenos altamente dinâmicos, de origem multifatorial e manifestação poliédrica e multidimensional, requer-se um elevado grau de previsão, antecipação e constante atualização, além de um considerável esforço de coordenação multisectorial capaz de reagir, orientar e articular ações globais, integrais, integradas, transversais e sustentáveis, com recursos geralmente limitados. Esta exigência de cooperação e acordo, não só entre instituições públicas, mas também entre estas e a sociedade civil, acresce complexidade à tarefa, já por si bastante difícil. Finalmente, mas não de somenos

importância, a relativa juventude de uma área de atuação que começou a desenvolver-se como tal há menos de meio século, gera um cenário onde as inseguranças —em alguns casos— são superiores às certezas, e onde os avanços passam por um contínuo processo de aprendizagem e modulação, à medida que se dispõe de mais evidências derivadas da avaliação do impacto global das políticas sobre drogas implementadas até agora, bem como através do crescente número de estudos experimentais dedicados a validar os diversos modelos de intervenção em redução da procura de drogas (RPD) testados ao longo das últimas décadas.

A necessidade de articular respostas imediatas face a fenómenos emergentes (por exemplo, incremento exponencial de diversas manifestações de violência e taxas de mortalidade de alcance epidémico associadas ao uso de drogas, erupção de situações de alarme social face a estes fenómenos, etc.), proporcionou que inicialmente, as políticas sobre drogas e consequentemente as ações de RPD, se equacionassem basicamente em função de posicionamentos ideológicos, provavelmente bem-intencionados, mas nula ou precariamente sustentados em critérios de eficácia. Tratava-se de políticas e intervenções baseadas numa lógica do que poderia considerar-se como um tipo de *pensamento mágico*, através do qual se inferia a possibilidade de alcançar resultados significativos face aos problemas relacionados com as drogas, mas que careciam de suficiente sustentabilidade empírica para fundamentar tais resultados.

Em quatro décadas, este panorama alterou-se significativamente. Graças à crescente disponibilidade de resultados derivados da investigação e à avaliação das políticas adotadas, neste —relativamente breve— período de tempo produziram-se avanços sensíveis no conhecimento dos fatores que intervêm no início, manutenção e redução do uso problemático de substâncias psicoativas. As bases deste progresso encontram-se na análise conjunta dos resultados facultados pelos estudos epidemiológicos, longitudinais e transversais; investigações em neurociências; estudos socio-sanitários prospetivos; análises económicas rigorosas; bem como ensaios clínicos e outras investigações experimentais controladas, destinadas a avaliar a eficácia dos avanços regulamentares e de capacitação aplicados na implementação das diversas intervenções preventivas, de tratamento e de reinserção social com a finalidade de produzir mudanças nos comportamentos, atitudes e conhecimentos

relativamente às drogas. Boa parte deste progresso foi possível graças ao estabelecimento de um crescente número de observatórios nacionais e internacionais sobre a temática das drogas, que permitiram a progressiva disponibilização de sistemas de informação capazes de realizar uma monitorização de indicadores-chave, de forma sustentada e sustentável, a médio e longo prazo.

Neste contexto de maiores certezas e evidências, ao longo das últimas décadas várias instituições nacionais e internacionais têm alertado para a necessidade de avançar para a construção de um quadro de referência suscetível de dar forma às políticas, aos programas e as ações de RPD de acordo com critérios de qualidade, segurança e eficácia, equiparáveis aos que se têm exigido em outros âmbitos de intervenção, seja de tipo comercial, social ou sanitário, e muito particularmente —mas não só— quando se trata de regular a oferta de bens ou serviços com impacto direto e decisivo na vida das pessoas (por exemplo, requisitos e procedimentos para a autorização e administração de medicamentos, requisitos para conceder licenças de manipulação segura de alimentos, critérios para o tratamento e saneamento da água para consumo humano, exigências de segurança aplicáveis à comercialização de um brinquedo, regulação e acreditação referentes à prática de diversos procedimentos terapêuticos, etc.).

Partindo desta necessidade —através de diferentes abordagens e com diferentes ênfases— progride-se para a definição de determinados *standards* que permitam, não só orientar as atuações e programas de RPD, mas também facilitar o desenvolvimento de recursos e processos de acreditação capazes de estimular a necessária regulação dos serviços e programas, com bases cada vez mais sólidas, para que as intervenções em RPD sejam mais eficazes e eficientes e que, em definitivo, possam assegurar um melhor futuro para as nossas comunidades, as famílias e as pessoas que as integram, e especialmente para as novas gerações.

No âmbito internacional, este esforço refletiu-se em várias iniciativas de amplo alcance, as quais se comentarão com mais detalhe nesta publicação e entre as quais cabe destacar projetos pioneiros como os liderados pela Organização Mundial da Saúde desde há várias décadas e atualmente canalizados através do seu programa *WHO Quality Rights* no âmbito da saúde mental. Projetos financiados pela União Europeia, como os liderados pelo Research Institute for

Public Health and Addiction da Liverpool John Moores University, o próprio Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências (OEDT¹) que —através do seu *Portal de Boas Práticas*— sintetiza, difunde e promove a evidência científica disponível em termos de RPD, ou as iniciativas sobre critérios com base na evidência científica promovidas pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC²), quer no campo da prevenção, quer no do tratamento.

De tudo isto podemos inferir que apesar de subsistirem bastantes dúvidas por esclarecer, dispomos de evidência científica suficiente sobre a eficácia em RPD para nos permitir avançar na aplicação prática de requisitos e critérios derivados das *certezas* atualmente disponíveis. Este passo entre a investigação e o mundo real pode materializar-se através da identificação e aplicação de critérios capazes de orientar e reger a prática diária em prevenção, tratamento, redução de danos ou reinserção; para tal, além de considerar toda a evidência científica, é preciso ter em conta simultaneamente a realidade e os contextos nos quais se inscrevem os programas implementados, neste caso particular, a realidade dos países ibero-americanos.

Por este motivo, no COPOLAD partiu-se da consideração dos avanços disponíveis, integrando a viabilidade como um elemento-chave sem o qual não é possível a articulação das mudanças desejáveis neste sector. Assim, contou-se com a visão e a opinião de peritos que —com um profundo conhecimento das realidades de cada país ibero-americano— realizaram um importante esforço de aferição destes critérios, priorizando aqueles que, na prática, poderiam e deveriam ser considerados como condições imprescindíveis das intervenções reguladas através das instituições públicas responsáveis pelas políticas de RPD.

Esperamos que os futuros avanços na facilitação da adoção dos critérios que agora apresentamos, permitam ir superando, de forma definitiva, a fase do já mencionado *pensamento mágico* e entrar assim num contexto onde os programas implementados neste âmbito respondam a um quadro de referência básico de eficácia de resultados e de eficiência na utilização de recursos, ambas

1. Nesta publicação será também referenciado como European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction ou EMCDDA, em inglês.

2. United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC.

preocupações características de sociedades democráticas atentas à tomada de decisões informadas, transparentes e orientadas, procurando sempre alcançar os melhores resultados possíveis no que se refere à promoção e proteção da Saúde Pública e ao respeito dos Direitos Humanos.

Alcançar estes objetivos básicos requererá o desenvolvimento de ações que facilitem e promovam, de forma ativa, a implementação destes critérios, inelutavelmente através de processos de capacitação, regulação e apoio, sem os quais pouco se poderia avançar no sentido da melhoria dos programas e serviços no domínio da redução da procura de drogas.

Esperamos muito sinceramente que esta publicação possa contribuir para a facilitação destes processos.

RESUMO EXECUTIVO: AVANÇOS E DESAFIOS FUTUROS

PORQUÊ O PROJECTO QUALIDADE E EVIDÊNCIA?

Porque coincide com a própria razão de ser do *Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD)*. Um programa que reconhece que os problemas relacionados com o consumo de drogas requerem respostas transnacionais, globais e integradas, apoiadas em bases sólidas derivadas dos avanços do conhecimento científico e da progressiva disponibilidade de avaliações das políticas aplicadas até à data.

Por este motivo, através do COPOLAD estão a ser promovidos processos de cooperação e consenso de dimensão birregional América Latina (AL) – União Europeia (UE), com o intuito de aumentar a coerência, o equilíbrio e o impacto das políticas sobre drogas, neste caso no âmbito concreto da redução da procura de drogas (RPD).

Assim, no enquadramento que oferece o COPOLAD para o desenvolvimento deste Projeto, pretendeu-se conjugar os avanços derivados do conhecimento atualmente disponível em termos de RPD, com a aplicação de uma cultura de qualidade, além de uma cuidadosa consideração das possibilidades reais de avançar em todas estas dimensões, no contexto atual, através de uma ampla representação de países e instituições que formam parte da comunidade ibero-americana¹.

1. **Agências nacionais:** CONADIC-México; CONSEP-Ecuador; DGPNSD-Espanha; DEVIDA-Perú; ICD-Costa Rica; MINJUSTICIA-Colômbia; SEDRONAR-Argentina; SENAD-Brasil; SENDA-Chile; SICAD-Portugal e JND-Uruguai. **Outras instituições:** Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD-OEA); Observatorio Europeu de Drogas e Toxicodependências (OEDT); Organização Pan-americana da Saúde (OPS/OMS) e Rede Ibero-americana de ONG que trabalham em Dependências (RIOD).

Os critérios ou princípios identificados e consensualizados como resultado deste exemplar esforço de colaboração podem e devem facilitar a implementação da acreditação de programas de redução da procura de drogas (PRPD) num horizonte temporal cada vez mais próximo.

QUAL É A FINALIDADE DO PROJECTO QUALIDADE E EVIDÊNCIA?

A finalidade do presente projeto é identificar, consensualizar e difundir critérios que permitam a consideração da qualidade e da evidência na implementação de programas de redução da procura de drogas (PRPD).

Neste enquadramento, o Projeto articula-se em termos de critérios de:

- **Qualidade, no que se refere a contextos e processos:** o *Projeto Qualidade e Evidência* pretende facilitar a implementação de programas e serviços baseados em standards rigorosos proporcionados por sistemas de gestão generalistas, disponíveis no âmbito das intervenções sociais e de saúde; tanto no que diz respeito ao contexto em que se desenvolvem, como aos processos de gestão dos mesmos, incluindo a integração de recursos e ferramentas que garantam a sua adequada planificação, implementação e avaliação.
- **Base na evidência, no que se refere aos conteúdos:** esta vertente do *Projeto Qualidade e Evidência*, tão importante quanto a anterior, envolve a intenção explícita de enfatizar a necessidade –e facilitar a integração– de um modelo teórico validado como base do programa a implementar. Isto é, fazer com que a promoção dos programas implementados possa estar dotada de uma orientação conceptual (de conteúdos) que tenha demonstrado empiricamente a sua eficácia em contextos similares. Para escolher o modelo teórico apropriado em cada caso, têm de ser previamente definidas a que necessidades se pretende responder com esse programa e, com base nos recursos disponíveis, seleccionar os objetivos (resultados a atingir), ou seja, quais as variáveis que se pretende modificar mediante a aplicação do programa. Implica assim um exercício de avaliação basal e priorização de objetivos que permitirão identificar o modelo teórico mais adequado para trabalhar com (e modificar) estas variáveis.

Após a sua identificação, todos os critérios foram consensualizados por uma ampla representação de países e instituições com responsabilidade no âmbito da RPD. Uma vez consensualizados, o Projeto pretende promover a sua consideração e utilização com a finalidade de avançar no sentido da acreditação dos programas desenvolvidos neste setor chave das políticas públicas sobre drogas na América Latina.

QUE RESULTADOS FORAM ALCANÇADOS COM O PROJECTO QUALIDADE E EVIDÊNCIA?

As atividades já desenvolvidas durante a primeira fase do *Projeto Qualidade e Evidência* permitiram alcançar alguns sucessos significativos na identificação de critérios de referência na redução de procura de drogas (RPD), assim como contribuir com elementos-chave para facilitar a conceção de sistemas de acreditação de programas neste âmbito, e fomentar a desejável generalização de uma cultura de melhoria da qualidade e da eficácia em RPD. Todo este processo encontra-se sustentado num amplo consenso de peritos e representantes institucionais que participaram nas etapas desenvolvidas na 1ª Fase do Projeto.

As principais realizações concretizadas até à data foram:

- A disponibilização de uma lista concreta e integrada de **critérios de qualidade e com base na evidência**, exigíveis para a acreditação dos programas e serviços de RPD.
- Um **diagnóstico atualizado** que explora a viabilidade para criar ou melhorar as condições contextuais ou os pré-requisitos, necessários para fomentar quadros de referência para os programas e serviços de RPD.
- A **identificação de estratégias e de medidas de apoio** ou acompanhamento poderão facilitar o avanço no sentido da implementação de sistemas de acreditação nacionais ou supranacionais.
- O **compromisso por parte das instituições nacionais e multilaterais** para trabalhar de forma autónoma e, ao mesmo tempo, coordenada no que respeita à difusão e adoção dos critérios consensualizados durante este processo.

EM QUE CONSISTE O PROJECTO QUALIDADE E EVIDÊNCIA?

Durante a sua 1ª Fase, o Projeto integrou os seguintes passos:

- **Atualização dos resultados da investigação na redução da procura de drogas (RPD).** Através de uma revisão inicial destinada a atualizar a evidência disponível em cada uma das áreas da RPD, com o intuito de identificar critérios e *standards* de qualidade potencialmente exigíveis para a acreditação dos programas de redução da procura. (**Anexo I.** Revisão da evidência disponível em redução da procura de drogas).
- **Seleção de critérios de qualidade e com base na evidência mediante consenso.** Através de um estudo Delphi, no qual se realizaram 3 grupos (Grupo 1: Prevenção – Redução de Riscos associados ao consumo; Grupo 2: Tratamento – Redução de danos associados ao consumo; Grupo 3: Reinserção Social), no qual participaram 169 peritos designados pelas Comissões ou Agências Nacionais sobre Drogas, dos oito países associados ao Projeto COPOLAD.

O estudo permitiu identificar critérios considerados “imprescindíveis” num quadro de acreditação, por parte de 60% ou mais dos peritos participantes. Os critérios consensualizados através do estudo Delphi foram posteriormente revistos pelos Grupos Focais Integrados, constituídos respetivamente por peritos e representantes institucionais das Comissões ou Agências Nacionais sobre Drogas, dos países (parceiros e colaboradores) do COPOLAD, com o objetivo de incorporar a visão institucional e uma análise objetiva da viabilidade, tendo em conta a realidade dos países participantes no Projeto. Com base neste processo de depuração, os critérios finais foram ordenados em duas categorias, caso se tratem de requisitos considerados **básicos** que devem ser cumpridos pelos programas, ou de requisitos considerados mais **avançados** orientados para a progressão no sentido da excelência. O conjunto de *Crítérios de qualidade e com base na evidência* consensualizados na sua formulação definitiva: básicos e avançados, estão incluídos nos capítulos seguintes desta publicação.

Por sua vez, estas duas listas de critérios, são complementadas por uma lista de requisitos **indispensáveis** identificados pelo Grupo de Peritos na redução da procura de drogas, da Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD-OEA), que se consideram prévios e indispensáveis para

iniciar e manter o processo de estabelecimento de recursos de tratamento em todos os contextos onde ainda não estão implementados (**Anexo IV**. Critérios indispensáveis para a abertura e funcionamento dos centros de tratamento para pessoas com Perturbações pelo consumo de substâncias psicoativas).

- **Exploração de estratégias e propostas para facilitar o avanço no sentido da acreditação em RPD.** Nesta fase foram efetuadas três ações:

- Foram sintetizadas propostas para facilitar o arranque de sistemas nacionais e supranacionais de acreditação de programas de RPD, derivadas dos contributos dos Grupos Focais integrados por peritos e representantes institucionais das Comissões ou Agências Nacionais sobre Drogas dos países participantes no Projeto.
- Adicionalmente, e sob proposta dos países participantes, foi desenvolvido um *Estudo sobre a situação do Quadro Legal* que regula a acreditação dos programas de RPD nestes países.
- Finalmente, os critérios básicos e avançados consensualizados através do processo até agora descrito, foram referendados pelas instituições (países e entidades colaboradoras) que participaram nas diferentes fases do Projeto².

Estes procedimentos permitiram dispor de um diagnóstico atualizado do estado dos sistemas de acreditação dos programas de RPD nos vários países participantes na primeira fase do Projeto, bem como explorar iniciativas potenciais que, na atualidade, facilitariam a implementação de tais sistemas (**Anexo II**. Quadro estratégico e opções potenciais para avançar em direção à acreditação em redução da procura de drogas).

- **Acordos e recomendações do Conselho de Assessores.** Os acordos adotados visam estimular a criação de sistemas de acreditação de RPD fundamentados em critérios de qualidade e com base na evidência científica.

Reconhecendo que para chegar a esta meta se requerem ações intermédias, os acordos e recomendações do Conselho de Assessores incidem sobre aqueles aspetos prévios considerados facilitadores e/ou condições prévias imprescindíveis para a implementação, a médio prazo, de sistemas de acreditação baseados nos critérios consensualizados na primeira fase do

2. *Ibidem*.

Projeto (**Anexo III**. Acordos e recomendações do Conselho de Assesores para a promoção de sistemas de acreditação na redução da procura de drogas).

Os conteúdos e resultados integrais dos estudos produzidos como base do Projeto³, estão disponíveis no website do COPOLAD (ver secção de Relatórios em www.copolad.eu)⁴.

- **Difusão dos resultados alcançados e apoio ao início de processos de implementação dos critérios nos países interessados.** Na nova etapa, iniciada a partir dos acordos e recomendações emitidas pelo Conselho de Assesores, o COPOLAD, em estreita coordenação com as entidades colaboradoras de carácter multilateral que integram o Consórcio, pretende difundir, promover, facilitar e acompanhar a adoção dos critérios consensualizados por parte de cada país interessado.

Considerando a importante diversidade de situações existentes nos vários países, em cada caso será tido em conta a melhor forma de contribuir para a otimização de programas e serviços, de acordo com as suas necessidades, prioridades e enquadramentos legais existentes em cada caso.

O QUE TRAZ DE NOVO O PROJECTO QUALIDADE E EVIDÊNCIA EM RELAÇÃO A ANTERIORES DESENVOLVIMENTOS?

O trabalho do COPOLAD parte da consideração dos desenvolvimentos já existentes nesta área. No âmbito internacional, este esforço viu-se refletido em várias iniciativas e projetos de amplo alcance, entre os quais merecem destaque:

- Os projetos liderados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997; UNODC/ WHO, 2008; WHO, 2009; WHO/EURO, 2009; WHO, 2012).

3. Sánchez Pardo, L.; Alonso Sanz, C.; Martínez González, F.; Pereiro Gómez, C. e grupo de trabalho COPOLAD para identificar critérios para a acreditação (2014). Estudo para definir critérios acreditação de programas de redução da demanda. Atividade 3.4.4. COPOLAD. Volumes I e II. Madrid: Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas, Entidade de Coordenação e Execução (ECE).

4. Disponível em: https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=4f833171-8105-464c-85b7-f9d1bc0d6f7b&groupId=1015720-b

- Os projetos financiados pela União Europeia, como os liderados pelo Research Institute for Public Health da Liverpool John Moores University com o apoio do OEDT (EMCDDA, 2011; Brotherhood, Sumnall and the Prevention Standards Partnership, 2011) e pelo Research Institute for Public Health and Addiction (Uchtenhagen e Schaub, 2011).
- Os projetos promovidos pelo Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA (CCSA, 2010 e 2011).
- Os projetos desenvolvidos pelo Escritório das Nações Unidas contra a Droga e o Crime (UNOCD), entidade promotora de standards de tratamento: *Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*; e em prevenção: *International Standards on Drug Use Prevention* (UNOCD, 2011, 2012, 2013).
- Os projetos promovidos pela Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas, CICAD (CICAD, 2012 e 2014);
- Uma iniciativa promovida pelo OEDT, através do seu *Portal de Boas Práticas (Best Practice Portal, EMCDDA)*, recentemente renovado com uma abordagem orientada para a prática, de fácil acesso e utilização⁵.

O elemento comum entre as iniciativas precedentes e o *Projeto Qualidade e Evidência*, desenvolvido no quadro do COPOLAD, é o compromisso das instituições interessadas em contribuir para a melhoria da qualidade, da eficácia e para a mais ajustada relação custo/eficácia das ações e programas de RPD, mediante a definição de ferramentas operacionais que garantam a máxima eficácia das respostas, dentro do possível, às necessidades da população alvo, assim como a máxima eficiência no investimento de recursos públicos destinados ao desenvolvimento das políticas, dos programas e serviços implementado em RPD, que não é mais do que uma forma, de comprovada eficácia, de promoção do seu retorno à sociedade, sob a forma de melhorias sociais e sanitárias. Ainda, estes desenvolvimentos foram acompanhados de numerosas publicações, especialmente no âmbito da prevenção, como guias ou “princípios” de atuação e boas práticas, inventários e sistemas de informação sobre programas de prevenção e tratamento baseados na evidência e, ainda que em menor medida, no âmbito da reinserção social.

5. Disponível em: www.emcdda.europa.eu/best-practice

Os critérios resultantes do processo desenvolvido no quadro do COPOLAD representam um avanço face a anteriores desenvolvimentos nos seguintes aspetos:

- Permitem estabelecer um quadro comum para facilitar a acreditação em RPD no contexto ibero-americano, na medida em que são um produto do consenso entre uma ampla representação dos países que o constituem. Respondem à necessidade de dispor de um quadro de referência pensado, desenvolvido e difundido a partir desta realidade, o que permite a inclusão da pluralidade de visões existentes no contexto Ibero-americano.
- Atualizam a evidência científica disponível até à atualidade, incorporando todas as contribuições desenvolvidas nesta área, no âmbito Ibero-americano e que, por diversos motivos —entre os quais, os linguísticos— não costumam surgir nas revisões realizadas no âmbito anglo-saxónico.
- Constituem uma ferramenta de fácil compreensão e utilização, unificada e pensada para facilitar tarefas como a tomada de decisões, a planificação e a implementação de todos os níveis envolvidos (responsáveis políticos, institucionais e técnicos) que devem concertar esforços na aplicação das melhores práticas em RPD.
- O projeto não culmina com a disponibilização das listas de critérios de qualidade. Aspira a que estes critérios se tornem numa ferramenta básica para responder a um desafio de maior alcance: dinamizar a criação de sistemas de acreditação de programas e serviços de RPD, ponto em que atualmente se encontram os desenvolvimentos sobre qualidade e evidência científica em RPD no contexto internacional.

COMO PODEM ESTES CRITÉRIOS CONTRIBUIR PARA MELHORAR A EFICÁCIA E A EFICIÊNCIA DAS INTERVENÇÕES?

Dispor e implementar referências de qualidade e evidência científica:

- Atribui coerência e solidez às ações a desenvolver a partir desta data, favorecendo um ganho substancial no rigor metodológico ao longo de todo o processo de conceção, execução e avaliação de programas e serviços de RPD.
- Ao facilitar a avaliação de programas e serviços, favorece a possibilidade de integrar adaptações e melhorias nos já existentes.

- Permite melhorar os resultados, à medida que os programas se vão aproximando desses standards.
- Valoriza e promove o reforço das instituições que os sustentam e incrementa a visibilidade do seu trabalho e em simultâneo, fortalece a sustentabilidade dos programas.
- Permite resolver a incerteza que gera o investimento em programas dos quais desconhecemos resultados reais, bem como diminuir o esforço que implica testar permanentemente novos programas.
- Contribui para a poupança na despesa pública que incide sobre a prevenção e a minimização dos problemas relacionados com o consumo de drogas, bem como para a redução significativa da atribuição desnecessária de recursos que resulta da manutenção de programas ineficazes, que ao não resolverem os problemas em que se investem os recursos, geram ainda mais custos a curto, médio e longo prazo.

QUEM PODE BENEFICIAR DOS RESULTADOS DO PROJETO QUALIDADE E EVIDÊNCIA?

A integração de critérios de qualidade e evidência científica em quadros reguladores das ações em RPD beneficia diretamente:

- **As instituições** responsáveis pela conceção e implementação das políticas públicas em redução da procura de drogas. Ou seja, as agências responsáveis por enfrentar o impacto socio-sanitário dos problemas relacionados com as drogas.
- **Os responsáveis pela tomada de decisão e planificação de serviços e programas neste âmbito**, tanto ao nível político como ao nível do planeamento técnico e de gestão.
- **As organizações e serviços** cujo objetivo é prevenir, tratar, minimizar e enfrentar os problemas relacionados com o consumo de drogas, seja ao nível da população geral, seja ao nível dos vários subgrupos populacionais atingidos pelos diferentes problemas relacionados com o uso de drogas.
- **A população beneficiária das políticas de RPD.** Facilita-se o desenvolvimento de contextos nos quais o Estado garanta a consolidação de uma sociedade em que cada criança, cada jovem, cada adulto, possa desenvolver a sua vida da

forma mais livre e menos mediatizada possível por condicionantes externas, fatores de vulnerabilidade ou pressões derivadas de interesses sectoriais alheios aos seus próprios interesses vitais. Uma sociedade onde as pessoas que enfrentam problemas relacionados com as drogas, vejam respeitados os seus direitos e possam receber a ajuda necessária para os superar. Em suma, uma sociedade onde o Estado de Direito assegure o respeito dos Direitos Humanos, bem como o fomento, proteção, assistência e promoção da Saúde Pública dos seus cidadãos, em especial dos grupos populacionais expostos a contextos e situações de alto risco e vulnerabilidade.

COMO SE PODE BENEFICIAR?

Incorporando as ferramentas e o apoio que o *Projeto Qualidade e Evidência* pode oferecer para facilitar o seu trabalho, na medida em que proporciona orientações operacionais para:

- **Planificar, executar e avaliar programas e serviços**, através de critérios de qualidade que melhoram os contextos formais e a gestão dos serviços neste sector e dessa forma, os aspetos formais dos programas que estes serviços desenvolvem.
- **Facilitar a consideração de critérios de evidência**, fruto dos resultados da investigação relevante em RPD atualmente disponíveis, aumentando assim a possibilidade de alcançar os objetivos de melhoria pretendidos com a implementação dos programas.

É UM PROGRAMA ATRAENTE MAS É REALIZÁVEL E VIÁVEL?

De forma geral, os recursos humanos e materiais disponíveis para a redução da procura de drogas são escassos e insuficientes. Daí, esta pertinente pergunta sobre aplicabilidade de um quadro de acreditação baseado em critérios de qualidade e evidência científica.

A incorporação destes critérios não implica necessariamente aumentar o investimento em RPD ou o ritmo de trabalho. Antes, implica reorientar os recursos disponíveis para medidas comprovadamente mais eficazes e efetivas para alcançar os objetivos desejados.

Portanto, e se bem que inicialmente se requeira o necessário esforço normativo e de capacitação dos recursos humanos, bem como —em alguns casos— de investimento inicial na adequação dos recursos materiais, a médio prazo torna-se eficaz, já que permite atingir melhores resultados, contando com os —sempre limitados— recursos disponíveis.

QUAIS SERÃO OS PASSOS SEGUINTES PARA OS PAÍSES INTERESSADOS?

Os critérios consensualizados e apresentados nesta publicação podem servir de referência para todos os países que os queiram utilizar como instrumento de desenvolvimento dos seus respetivos sistemas nacionais de acreditação.

Dependendo do grau de desenvolvimento no âmbito da RPD, bem como das necessidades existentes, cada país interessado pode:

- **Optar por selecionar os critérios básicos ou avançados** apresentados nesta publicação, ou inclusive —no caso do tratamento— começar pelos critérios **indispensáveis** propostos pelo CICAD (**Anexo IV**).
- **Selecionar um ou vários âmbitos considerados prioritários em cada contexto**, de acordo com as necessidades da população e dos serviços existentes no país (por exemplo, optar por iniciar pela integração dos critérios no âmbito do tratamento, ou da prevenção, etc.)
- **Solicitar o apoio das instituições e redes multilaterais que colaboram no desenvolvimento do *Projeto Qualidade e Evidência***. CICAD, OPS, RIOP contribuíram para a consecução dos resultados até agora alcançados e reiteram o seu compromisso em promover o avanço do processo de integração dos critérios consensualizados nos países interessados, visando facilitar o desenvolvimento dos sistemas nacionais de acreditação. Este apoio pode consistir em:
 - **Promover a inclusão da matéria da acreditação nas agendas nacionais** das políticas sobre drogas nos países do seu âmbito de atuação.
 - **Participar em ações que facilitem a integração dos critérios consensualizados nos países interessados**, por exemplo, através da sua participação em atividades de formação profissional, ou da promoção de

projetos de validação dos processos de implementação, etc. Neste sentido, a OPS manifestou —como estabelecido nos acordos do Conselho de Assesores (ver **Anexo III**)— a sua disponibilidade em apoiar processos de validação da implementação dos critérios, através das suas delegações nacionais nos países membros. Existe também a vontade de coordenação, neste âmbito, entre a Organização Pan-americana da Saúde (OPA/OMS), da Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD) e da Rede Ibero-americana de ONG's que trabalham na área da Dependências de Drogas (RIOD), coordenação que se pode articular no quadro dos seus respetivos *memorandum* de colaboração.

- **Promover o desenvolvimento e o uso de recursos de acompanhamento** para dar continuidade e apoio aos avanços que se registem em cada país, visando o fortalecimento da implementação de critérios e quadros de acreditação adaptados às suas necessidades.
- **Contribuir para a difusão internacional das experiências realizadas nos países**, por forma a servirem de referência para motivar ações em outros países interessados.
- **Beneficiar do intercâmbio de experiências e ferramentas de referência que proporciona o e-room do COPOLAD⁶**, um fórum que:
 - **Proporciona acesso a informação sobre experiências disponíveis no âmbito da acreditação.** Permite a partilha de informação sobre boas práticas referidas na implementação dos sistemas de acreditação para programas e serviços de RPD.
 - **Disponibiliza documentação especializada.** Contém um inventário de publicações especializadas e ferramentas-chave disponíveis para facilitar a ação neste campo.
 - **Facilita o intercâmbio de experiências entre países.** Oferece um ótimo espaço para a interação e o debate sobre o desenvolvimento de sistemas de acreditação.
- **Participar no diretório de centros e serviços que proporciona o COPOLAD⁷.** Aqueles países que ainda não dispõem de um inventário de recursos e serviços

6. Disponível em <https://www.copolad.eu/e-room-mecanismo>

7. Disponível em <https://www.copolad.eu/directorio-de-centros-y-servicios>

de RPD podem, se assim o desejarem, beneficiar do apoio que oferece este diretório e assim facilitar a compilação, atualização e monitorização permanente da informação básica sobre os serviços e intervenções que se desenvolvem em cada país, como passo prévio à implementação de sistemas de acreditação de programas. Trata-se de um recurso no qual a maior parte dos países da América Latina⁸ já começaram a incorporar informação.

A disponibilidade de um inventário nacional de serviços e programas pode facilitar, entre outros, os seguintes avanços:

- **Inventário dos recursos disponíveis.** Porque permite a identificação e atualização simples e permanente dos recursos existentes em cada país, bem como as suas características formais, como por exemplo: dependência institucional, fontes de financiamento, visibilidade social, etc.
- **Identificação de necessidades.** Dado que facilita a análise da situação em RPD, tanto de cobertura de serviços e seu equilíbrio de distribuição territorial, como de carências ou espaços para melhoria dos centros ou das equipas (por exemplo, necessidades de formação, melhoria dos instrumentos de trabalho, recursos de coordenação, etc.)
- **Facilitação de sistemas de informação sobre drogas.** Na medida em que possibilita a recolha e monitorização de indicadores-chave em RPD, bem como o desenvolvimento de estudos transversais e longitudinais para o diagnóstico de problemas relacionados com o uso de drogas, e para observação de tendências. Neste sentido, pode constituir um recurso de apoio para o trabalho dos Observatórios Nacionais de Drogas.
- **Avaliação da eficácia e eficiência dos recursos existentes.** A informação recolhida no Diretório pode também facilitar a elaboração de estudos sobre o custo-benefício e custo-eficácia dos recursos investidos.

No futuro, este Diretório poderia ampliar-se para incorporar informação sobre programas, através de um projeto atualmente em desenvolvimento, que permitirá estabelecer sinergias entre o CICAD, OPS, RIOD e COPOLAD.

8. Atualmente o Diretório incorpora informação sobre centros, reconhecidos pelas respetivas autoridades, dos seguintes 18 países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Perú, República Dominicana e Uruguai.

ONDE OBTER MAIS INFORMAÇÃO E APOIO?

O Programa COPOLAD pode facilitar informação e apoio complementar aos países que desejem avançar na implementação dos critérios de qualidade e de evidência científica e/ou desenvolver um sistema de acreditação, seja para todos os âmbitos da redução da procura de drogas (prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção) ou em para algum(ns) que cada país considere como prioritário(s).

Mais informação poderá ser obtida em:

COPOLAD
Entidade de Coordenação e Execução
Calidad-Evidencia@copolad.eu

REFERÊNCIAS

BROTHERHOOD, A.; SUMNALL, H.R. and the Prevention Standards Partnership (2011). *European Drug Prevention Quality Standards: a Manual for Prevention Professionals*. EMCDDA Manuals Nº 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

CCSA (2010). *Stronger Together: Canadian Standards for Community-Based Youth Substance Abuse Prevention*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

CCSA (2010). *Building on our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

CCSA (2011). *Strengthening Our Skills: Canadian Guidelines for Youth Substance Abuse Prevention Family Skills Programs*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

CICAD (2012). *Guide to Preventing Prescription Drug Abuse*. Washington DC: Inter-American Drug Abuse Control Commission.

CICAD (2014). *Guía de criterios indispensables para la apertura y el funcionamiento de centros de tratamiento para personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas*. Washington DC: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

EMCDDA (2011). *European Drug Prevention Quality Standards*. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.

UCHTENHAGEN, A. y SCHAUB, M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS. Final report*. Zürich: Research Institute for Public Health and Addiction. Universität Zürich.

UNODC/WHO (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. UNODC/WHO.

UNODC (2011). *The Non-medical Use of Prescription Drugs, Policy Direction Issues*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2012). *TREATNET. Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2013). *International Standard on Drug Use Prevention*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

WHO (1997). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Programme on Mental Health. Geneva: World Health Organization.

WHO (2009). *The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organization.

WHO/EURO (2009). *Evidence for the Effectiveness and Cost-effectiveness of Interventions to Reduce Alcohol-related Harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO (2012). *WHO Quality-rights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*. Geneva: World Health Organization.

PROCESSOS DE CONSENSO PARA A DEFINIÇÃO DOS CRITÉRIOS E LÓGICA DE APRESENTAÇÃO ADOPTADA

Os critérios de qualidade e com base na evidência consensualizados no quadro do COPOLAD constituem o elemento nuclear que sustenta o desenvolvimento e a implementação de sistemas de acreditação de programas de redução da procura de drogas (PRPD).

A sua consideração pode contribuir para a melhoria da qualidade e eficácia dos PRPD implementados nos países da América Latina. O objetivo final não é mais do que estandardizar os critérios que, com base numa prévia e exaustiva análise da evidência disponível e considerando os contextos reais nos quais são desenvolvidos os programas, foram identificados como os critérios-chave para melhorar a eficácia e eficiência dos programas atualmente implementados.

1. PROCESSO DE DEFINIÇÃO E SELEÇÃO DE CRITÉRIOS DE QUALIDADE E EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A definição de critérios de qualidade e evidência científica para a acreditação de programas de redução da procura de drogas (PRPD) desenvolveu-se ao longo das várias etapas que integraram a 1ª Fase do Projeto, que a seguir se apresentam, de forma resumida.

DEFINIÇÃO CONCEPTUAL ADOPTADA

O OEDT define o conceito de critérios de qualidade como os **“princípios ou conjunto de regras geralmente aceites para a melhor ou mais adequada**

forma de implementar uma intervenção”. Podem referir-se a conteúdos, a processos ou a aspetos estruturais (formais) de garantia de qualidade, tais como o modelo em que se baseia uma intervenção ou o meio onde se realiza a escolha da equipa que o irá desenvolver.

IDENTIFICAÇÃO DE CRITÉRIOS INICIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM TRABALHO DE CONSENSO

O grupo de trabalho constituído para o desenvolvimento dos estudos inicialmente previstos como base do *Projeto Qualidade e Evidência*, realizou uma revisão bibliográfica no sentido de iniciar a identificação de uma lista de critérios que servissem de apoio para o processo de consenso, a realizar dentro do quadro do Projeto. Esta pesquisa realizou-se considerando:

- A evidência disponível sobre a eficácia e em particular sobre a exequibilidade dos PRPD, demonstrada pela investigação realizada nos vários âmbitos da redução da procura de drogas (prevenção, redução de riscos, tratamento, redução de danos e reinserção social).
- As propostas e recomendações emanadas pelos vários organismos internacionais sobre critérios de qualidade e evidência..

Nos casos em que a evidência disponível não faz referência a critérios estruturais ou processuais, recorreu-se às seguintes fontes:

- Normas e diretrizes estabelecidas nos sistemas gerais de qualidade.
- Normas recomendadas em guias e manuais de boas práticas que apresentam standards ou critérios de qualidade, elaborados pelas diferentes instituições.

Através deste amplo exercício de revisão foram identificados um total de 336 critérios-base.

GRUPOS DE TRABALHO CONSTITUÍDOS PARA DESENVOLVER O PROCESSO DE TRIAGEM E CONSENSO SOBRE OS STANDARDS FINAIS

A listagem inicial de 336 critérios surgidos na já descrita revisão foi submetida a um processo de “depuração” até à obtenção da proposta definitiva dos critérios apresentados nesta publicação.

Para tal, foram constituídos vários grupos de trabalho cuja finalidade foi a de participar neste processo de triagem, para integrar — tendo em conta a qualidade e evidência— a perspetiva derivada da experiência profissional e institucional dos participantes no desenvolvimento dos PRPD. De seguida, apresentam-se os vários grupos constituídos para o efeito:

Grupos Delphi

Um painel de 172¹ peritos em PRPD foram selecionados pelas Agências Nacionais de Drogas dos países participantes durante a fase inicial do Projeto. Estes peritos foram distribuídos por três grupos temáticos:

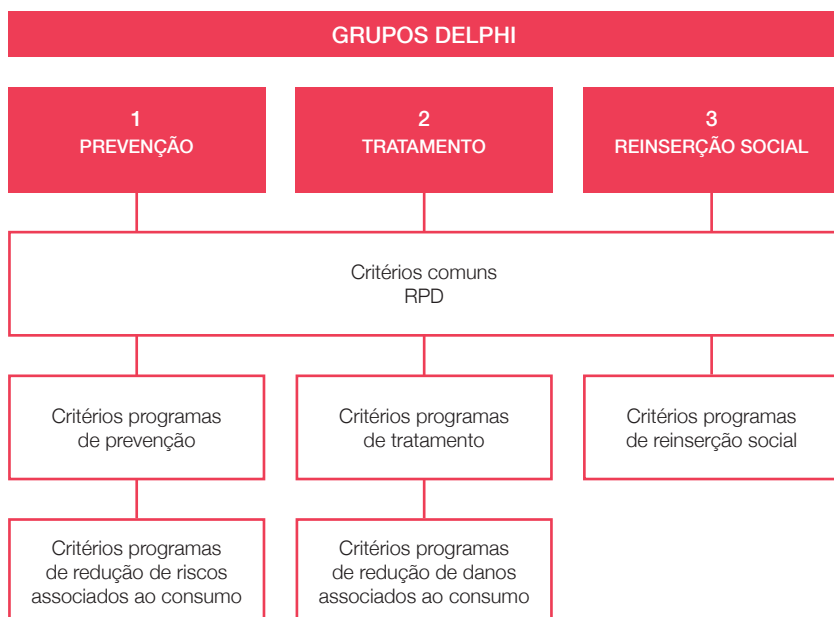
- **Grupo Delphi 1: Prevenção - Redução de riscos associados ao consumo.**
- **Grupo Delphi 2: Tratamento - Redução de danos associados ao consumo.**
- **Grupo Delphi 3: Reinserção Social.**

Os peritos participantes nos Grupos Delphi preencheram, através de uma aplicação informática acessível na internet, um questionário geral com os critérios de acreditação comuns aos programas de RPD e outro específico com os critérios de acreditação relativo aos programas do Grupo para o qual foram designados (prevenção, tratamento e reinserção social); em ambos casos foi pedido a estes peritos que se pronunciassem sobre a relevância, segundo eles, de cada um dos critérios inicialmente propostos para a acreditação das várias categorias de programas de RPD. Este processo desenvolveu-se em duas etapas consecutivas.

A proposta inicial de critérios sobre a qual trabalharam os grupos Delphi, contou com um elevado grau de aceitação e apoio por parte dos peritos participantes. O elevado número de critérios que os participantes nos Grupos Delphi consideraram “imprescindíveis” põe em evidência a aposta dos profissionais e instituições do sector no incremento da qualidade destes programas.

1. O número global de peritos participantes foi de 162. Dado que dez de eles participaram, em simultâneo, em dois Grupos Delphi, na prática, o número de profissionais que participaram nos grupos criados, foi de 172 peritos.

A figura seguinte resume o trabalho efetuado pelos Grupos Delphi para o desenvolvimento do processo inicial de consenso:



Grupos Focais

Uma vez finalizado o Grupo Delphi, foram constituídos os seguintes Grupos Focais:

- **Um grupo de carácter técnico.** Integrado por pessoal de nível técnico, adstrito às agências ou instituições responsáveis pelas políticas de drogas dos países participantes (parceiros e colaboradores do COPOLAD) e conhecedores em profundidade das matérias de RPD. O seu trabalho foi orientado para a análise da idoneidade dos critérios obtidos a partir dos Grupos Delphi e permitiu:
 - Constatar uma avaliação geral muito positiva do Projeto iniciado no quadro do COPOLAD, bem como dos critérios consensualizados.
 - Descrever as potenciais dificuldades a ter em conta aquando da integração dos processos e instrumentos de acreditação em RPD.
 - Compilar ideias-chave para ultrapassar e superar, com êxito, tais dificuldades.

- **Dois grupos de carácter institucional.** Constituídos por representantes institucionais das mesmas agências públicas responsáveis pela tomada de decisões em RPD, que, pelo seu cargo na instituição, estivessem em condições de avaliar e, eventualmente, integrar os critérios acordados. A sua tarefa foi orientada para explorar a viabilidade da integração dos critérios, considerando a realidade institucional e contextual da RPD em cada país, com o objetivo final de obter conclusões igualmente relevantes para a depuração dos critérios a incluir nas listas finais; concretamente, estes grupos permitiram, entre outros resultados:
 - Categorizar e/ou hierarquizar os critérios e standards de qualidade para o estabelecimento de um sistema de acreditação que fixasse dois níveis de exigência: 1) um número de critérios considerados como básicos; e 2) uma lista de critérios adicionais, considerados como altamente recomendáveis, ou avançados, para aqueles países nos quais existe a possibilidade de aumentar a exigência, para além das referências básicas.
 - Equacionar a necessidade de diferenciar o conceito de “habilitação/licenciamento” (mínimos necessários ou exigíveis para autorizar um programa ou serviço de tratamento); e os critérios básicos e avançados de “acreditação” em todos os âmbitos de RPD (critérios vinculados à procura da qualidade e da excelência).
 - Recuperar certos critérios que não obtiveram o necessário consenso nos Grupos Delphi, tais como os referentes à geração de sinergias com outras organizações, a integração dos programas nas políticas nacionais sobre drogas, a transparência financeira, a colaboração com os sistemas nacionais de informação, a inclusão da perspectiva de género e a avaliação externa dos programas.
 - Descrever um considerável repertório de vantagens que proporciona a concretização de um sistema de acreditação, tanto operativas e de reforço das equipas, como estratégicas e pertinentes para o incremento da eficiência do investimento de recursos públicos.

Finalmente, no âmbito deste 2º Grupo Focal, emergiu a conveniência de realizar um estudo sobre os desenvolvimentos normativos ou quadros legais relacionados com a autorização e/ou acreditação de PRPD existentes nos países participantes no Projeto, seja de forma global ou por área de intervenção. Com esta proposta

pretendia-se analisar e ponderar sobre a relevância das atuações — já aplicadas em cada país — que pudessem facilitar o estabelecimento de sistemas nacionais de acreditação de PRPD.

Este estudo permitiu também explorar a viabilidade da integração dos critérios propostos em sistemas de acreditação de âmbito nacional ou supra nacional, ao proporcionar uma informação adicional de alta relevância sobre os aspetos da viabilidade da acreditação, considerando os contextos atualmente existentes nos países. No **Anexo II** é apresentado um resumo das conclusões dos Grupos Focais.

Conselho de Assessores

O Conselho de Assessores do Projeto foi constituído por representantes institucionais dos países participantes na primeira fase do Projeto e peritos representantes das três entidades multilaterais, colaboradoras do COPOLAD. A sua tarefa centrou-se em produzir contributos para a revisão bibliográfica inicial, avaliando e, finalmente, aprovando os critérios consensualizados durante todo o processo, bem como emitir recomendações de futuro para o avanço na acreditação dos PRPD no âmbito ibero-americano, tendo em consideração as sugestões dos Grupos Focais. Como já apontado anteriormente, o **Anexo III** compila os acordos e recomendações adotados por este Conselho, no final deste processo.

2. ORDEM E LÓGICA DE APRESENTAÇÃO DOS CRITÉRIOS ACORDADOS

Para apresentar os critérios de forma ordenada e com baseada numa abordagem racional, adotou-se uma apresentação multidimensional, considerando os seguintes eixos:

SEGUNDO O ÂMBITO DA INTERVENÇÃO EM RPD

Foram agrupados, tendo em conta os critérios de acreditação referidos nos principais âmbitos de intervenção, aceites pela maioria das instituições de referência em RPD, isto é:

- Comuns a todos os programas de redução da procura de drogas (**CRPD**)
- Específicos para os programas de prevenção (**P**)
- Específicos para os programas de redução de riscos (**RR**)
- Específicos para os programas de tratamento (**T**)
- Específicos para os programas de redução de danos (**RD**)
- Específicos para os programas de reinserção social (**IS**)

Segundo esta dimensão, na lista dos critérios apresentados nos dois próximos capítulos, o tipo de programa vem definido pelas suas siglas, a seguir ao número atribuído a cada critério (por exemplo, T.2: Programa de Tratamento, critério 2).

SEGUNDO A SUA NATUREZA

Após a primeira classificação segundo o âmbito de intervenção em RPD e no contexto de cada um destes, a apresentação dos critérios da lista define-se com base em três categorias:

- **Estruturais:** dentro desta categoria estão incluídos aspetos materiais e financeiros dos serviços/programas, a composição, qualificação e experiência das equipas que prestam esses serviços, etc.
- **Funcionamento ou de processo:** entre os quais, a acessibilidade aos programas/serviços, a organização e coordenação dos serviços, os objetivos e conteúdos do programa/serviço.
- **De avaliação:** estes *standards* relacionam-se com os mecanismos e procedimentos de avaliação interna e externa que devem permitir conhecer a eficácia das intervenções.

SEGUNDO AS NECESSIDADES DERIVADAS DA PLANIFICAÇÃO EM CADA ÂMBITO

Por último, organizam-se os critérios por secções (ou categorias) que correspondem a cada âmbito de RPD (prevenção, redução de riscos, tratamento, redução de danos e reinserção), com base nos processos de planificação e na sua adequação às necessidades inerentes a cada um deles, como tal:

- Os **critérios comuns** organizam-se em função dos aspetos estruturais básicos, como por exemplo, os princípios éticos e dos direitos das pessoas destinatárias, aspetos normativos, financeiros, etc.
- Para os **critérios de prevenção e redução de riscos** é adotado um ajustamento ao *modelo lógico* de planificação (avaliação e análise de necessidades, avaliação de recursos disponíveis, conceção/formulação do programa, etc.).
- Os **critérios de tratamento, redução de danos e reinserção social**, categorizam-se segundo princípios próprios dos quadros regulatórios exigíveis aos serviços e programas assistenciais, no âmbito socio-sanitário.

Em definitivo, qualquer das categorias permite —e está pensada para— facilitar a planificação em função das necessidades, do desenvolvimento e da avaliação dos serviços e programas.

Para facilitar a identificação de cada uma destas categorias, nas listas, estas surgem a sombreado, como subtítulos dentro de cada âmbito, intercaladas ao longo das listas de critérios apresentados nos próximos capítulos.

SEGUNDO O NÍVEL DE EXIGÊNCIA OU VALOR ATRIBUÍDO

A partir da orientação para a distinção entre critérios incontornáveis os que podem considerar-se complementares para avançar no sentido da excelência, foi acordado apresentar os critérios consensualizados distinguindo dois níveis de exigência:

- **Critérios básicos:** aqueles que, em função da evidência disponível, se consideram imprescindíveis para que o PRPD possa ser acreditado.
- **Critérios avançados:** aquele que, adicionalmente, se pretende que sejam cumpridos pelos programas orientados para a excelência.

De seguida, apresentam-se os **critérios básicos** e os **critérios avançados** em dois capítulos independentes, por forma a facilitar ao máximo a utilização de uns ou outros, segundo o nível de exigência com o qual —em cada caso— se considere mais adequado trabalhar. Com o objetivo de garantir um tratamento global e simples de ambas as listas, na que contém os **critérios avançados**, são incluídos igualmente os **critérios básicos**.

CRITÉRIOS BÁSICOS

1. CRITÉRIOS COMUNS A TODOS OS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE PROCURA DE DROGAS (CRPD)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Princípios éticos e direitos dos utentes dos programas

CRPD.1

As condições de acesso e permanência no programa ou serviço estão disponíveis para os potenciais participantes, assegurando a não existência de discriminação em função de sexo, idade, raça, opiniões políticas, condição legal ou social, religião, condições físicas ou psicológicas ou possibilidades socioeconómicas.

CRPD.2

O programa ou serviço reconhece aos utilizadores o direito à:

- Autonomia, incluindo a capacidade para decidir participar ou não no programa/serviço.
- Segurança e respeito pela dignidade humana.
- Saúde, integridade física, psicológica e moral.
- Não-discriminação.
- Igualdade de oportunidades, direitos e obrigações.
- Proteção contra o tratamento degradante e desumano.

CRPD.3

Disponibiliza-se aos utilizadores a intervenção mais adaptada, adequada e cientificamente comprovada, tendo em conta a sua situação pessoal e outras circunstâncias associadas.

CRPD.4

As partes envolvidas são informadas sobre as desvantagens e riscos para os utilizadores e o seu consentimento é solicitado antes de qualquer intervenção.

CRPD.5

A participação de menores de idade em programas e serviços está dependente da devida autorização dos seus pais ou representantes legais.

CRPD.6

Os dados dos utilizadores são tratados de forma confidencial.

Aspetos normativos

CRPD.7

O programa/serviço cumpre a legislação e os normativos legais aplicáveis em matéria fiscal, laboral, de proteção de dados e de igualdade de oportunidades de trabalho.

Aspetos financeiros

CRPD.8

Serão apresentadas, de forma periódica, as contas às instituições e organizações financiadoras do programa e a todas as entidades envolvidas na sua implementação.

Recursos humanos

CRPD.9

Existe, em número suficiente, pessoal técnico necessário à realização das atividades previstas no programa ou serviço.

CRPD.10

Os técnicos que integram a equipa responsável pelo desenvolvimento do programa/serviço dispõem das necessárias competências profissionais para tal

(graus de formação requeridos e experiência profissional necessária para desenvolver o programa).

Infraestruturas e instalações

CRPD.11

Dispõem-se de instalações e equipamento adequados para alcançar os objetivos do programa, de acordo com as condições gerais de desenvolvimento da comunidade em que este é realizado.

Mecanismos de colaboração e coordenação

CRPD.12

O programa ou serviço prevê procedimentos de referência para outros recursos ou serviços comunitários, que permitem atender às necessidades dos utilizadores (educativas, sociais, de saúde).

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU PROCESSUAIS

Sistemas de informação e documentação

CRPD.13

É mantido um registo dos utilizadores.

CRPD.14

Os sistemas de informação e registo do programa incluem dados sobre variáveis essenciais para realizar uma avaliação permanente das necessidades dos utilizadores que acedem ao programa, bem como das mudanças ou outros efeitos resultantes da sua participação no programa.

CRPD.15

O programa prevê a colaboração com os sistemas de informação locais, regionais e nacionais no âmbito da redução da procura, através da utilização de indicadores e procedimentos estandardizados de recolha de informação, a cedência dos mesmos às “unidades centrais de informação” para a seu processamento e análise ou inclusão em bases de dados centralizadas.

CRPD.16

Estão disponíveis guias de processos e procedimentos que permitem uma implementação harmonizada das intervenções que integram o programa.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**CRPD.17**

A organização desenvolveu um plano para avaliar o programa, do qual se destacam os seguintes elementos:

- Conteúdo da avaliação (avaliação de processos, cobertura, resultados, etc.)
- Procedimentos e instrumentos a utilizar na avaliação
- Indicadores de avaliação.
- Tipo de avaliação a realizar (interna, externa ou mista).
- Utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação ou modificação do programa).
- Vias ou mecanismos para a difusão dos resultados e destinatários desses resultados.

CRPD.18

São medidos ou registados dados sobre a situação dos utilizadores, prévios e posteriores à sua participação no programa, por forma a permitir a avaliação dos resultados alcançados.

2. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO (P)

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU PROCESSUAIS**Avaliação e análise das necessidades****P.1**

A informação relevante, atualizada e fiável, recolhida e revista sobre o consumo de drogas entre a população à qual este programa se dirige, inclui: tipos de drogas

consumidas, taxas e tendências de consumo, idades de início de consumos, percepção do risco, fatores culturais relacionados com o consumo de drogas e problemas relacionados com o consumo.

P.2

Foi realizada uma avaliação dos recursos disponíveis na comunidade.

P.3

A(A)s população(ões) alvo está(ão) descrita(s), incluindo a sua dimensão, características, cultura e perspetivas relativamente às drogas.

P.4

Se o programa é de prevenção seletiva ou indicada, são proporcionados critérios explícitos de inclusão e exclusão (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que definam as populações-alvo de forma apropriada, permitam uma diferenciação clara entre populações e que se encontrem justificados de acordo com a avaliação das necessidades.

P.5

São descritos os fatores de risco e de proteção associados ao uso de drogas que incidem sobre a população-alvo do programa e que o mesmo pretende modificar.

P.6

O programa utiliza um modelo teórico para explicar os consumos de drogas e problemas associados que:

- Se baseia na evidência ou numa revisão da literatura relevante.
- É aceite pela comunidade científica e/ou de prevenção.
- Permite uma compreensão das necessidades específicas relacionadas com as drogas e suas causas.
- Permite compreender como os comportamentos podem ser modificados.

P.7

Através do modelo teórico estabelece-se uma relação entre os factores de risco e de proteção e a modificação dos comportamentos relacionados com as drogas.

Identificação e envolvimento das partes interessadas

P.8

Foram identificadas as partes interessadas que incluem: a população-alvo, representantes dos organismos financiadores, responsáveis dos recursos comunitários, representantes dos movimentos associativos, líderes comunitários, representantes institucionais, meios de comunicação, etc.

P.9

Foram estabelecidas alianças com outras organizações, instituições ou grupos comunitários.

P.10

Se está previsto que o programa se realize numa organização recetora (por exemplo: um centro educativo para um programa escolar), esta considera-se como uma parte interessada no programa; as suas necessidades avaliam-se para determinar se o programa é o adequado e se a informação disponível é compreensível e lhe permite a tomada de decisão sobre o mesmo.

Avaliação de recursos

P.11

É avaliada a capacidade da população-alvo e de outras partes interessadas para participar no programa ou apoiar o seu desenvolvimento.

P.12

Se o pessoal técnico envolvido não tiver a formação necessária, será elaborado um plano de formação.

Conceção/formulação do programa

P.13

Existe um Plano escrito relativo ao projeto que: é claro, realista, compreensível e acessível para todas as partes envolvidas, que descreve e relaciona de forma lógica as principais componentes do programa; que esclarece sobre o modelo teórico adotado; que detalha as estratégias de intervenção selecionadas, a definição de cenários, os recursos materiais e de pessoal necessários, os

procedimentos para obter e manter os apoios, os procedimentos para a seleção dos participantes, as atividades previstas, os procedimentos para efetuar o *follow-up*, a conceção da avaliação dos processos e resultados; e permite o seguimento do progresso real do programa durante a sua implementação.

P.14

O projeto define o critério para o final da intervenção (atingir os objetivos, finalizar as atividades previstas, número previsto de participantes, duração da intervenção).

P.15

É especificado o que se pretende prevenir ou modificar.

P.16

Os objetivos: são determinados em função da avaliação das necessidades (indicadores-base que se pretende modificar); são claros, compreensíveis, realistas; são temporalmente definidos e são quantificáveis; mantêm uma relação lógica com as variáveis intermédias que se pretende modificar e estão relacionados com os fatores de risco e proteção especificados; têm uma relação baseada no modelo teórico utilizado e são formulados em função das modificações esperadas nos utentes (de resultados).

P.17

Os objetivos são compatíveis com as prioridades estabelecidas pelas estratégias e políticas locais, regionais, nacionais e/ou internacionais, em matéria de prevenção de toxicodependências.

P.18

Para a seleção das intervenções existentes considera-se:

- Se a intervenção escolhida é adequada ao cenário do programa previsto.
- Se as condições subjacentes encontradas na avaliação das necessidades são similares às existentes no programa modelo/protótipo.
- Se os resultados obtidos pelo programa modelo / protótipo se enquadram nas metas e objetivos do programa previsto.
- Se os recursos necessários coincidem com os recursos disponíveis.
- Os benefícios e desvantagens da intervenção, incluindo os seus possíveis efeitos negativos.

- O equilíbrio entre uma possível adaptação e a fidelidade ao protótipo escolhido.
- A viabilidade da intervenção (se as atividades se podem aplicar, se há qualificação suficiente, se a complexidade do programa é excessiva, etc.).

P.19

O programa escolhido é adequado e adaptado às circunstâncias relacionadas com as necessidades dos utentes, o cenário, o contexto operacional, a idade dos participantes, o seu grau de desenvolvimento, o seu género e a sua cultura.

P.20

A conceção da intervenção adequa-se às características da população-alvo, através da adaptação: da linguagem, das atividades e métodos de aplicação, das mensagens de intervenção, a duração, frequência e ritmo da intervenção; e o número de participantes por atividade.

P.21

O programa original está claramente referenciado, e estão devidamente identificados os seus autores.

P.22

O conteúdo da intervenção baseia-se na evidência disponível e nas recomendações de boas práticas e integra o maior número de elementos possível dessas evidências e recomendações.

P.23

O programa tem a intensidade e a duração adequadas ao grupo alvo: quanto maior risco de consumo, mais intensa e prolongada deverá ser a intervenção aplicada e vice-versa.

P.24

O programa ajuda os participantes a descobrir e a consciencializarem-se dos seus próprios recursos, por forma a que: esteja positivamente orientados para os pontos fortes dos participantes e coloque em destaque as alternativas às opções não saudáveis, apoie os participantes no cuidado com a sua própria saúde, enquadrando-se num clima positivo de promoção da saúde.

P.25

São apresentados, de forma detalhada, os recursos financeiros, pessoais, materiais e comunitários disponíveis para garantir as intervenções previstas.

P.26

As atividades encontram-se adaptadas às características da população-alvo e dos participantes.

P.27

As atividades são coerentes com os objetivos apontados (têm a capacidade de modificar os fatores de risco e de proteção previstos nos objetivos).

P.28

O programa inclui um cronograma das intervenções/atividades a realizar.

Acompanhamento do programa**P.29**

A intervenção é implementada de acordo com o plano do projecto.

P.30

É especificado como será realizado o processo de acompanhamento do programa.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**P.31**

Desde a fase de planificação, foi elaborado um plano de avaliação de resultados que inclui:

- Os indicadores a utilizar na medição de resultados
- Os momentos em que se realizarão essas medições
- Os instrumentos de medida e de recolha de dados que se irão utilizar.

P.32

Os indicadores de avaliação de resultados selecionados estão relacionados com os objetivos do programa.

P.33

Os indicadores de avaliação de resultados estão claramente descritos e são mensuráveis em termos quantitativos e/ou qualitativos.

P.34

Os métodos e ferramentas utilizados na recolha de dados sobre resultados:

- Estão claramente descritos.
- Fornecem informação relevante para os indicadores da avaliação.
- São ferramentas já anteriormente comprovadas ou novas ferramentas adequadamente desenvolvidas e validadas.
- São utilizadas de forma consistente (usam-se as mesmas ferramentas nos diferentes momentos em que se realizam as medições).

P.35

Os dados sobre resultados (indicadores) são medidos antes e depois da intervenção.

P.36

Existe uma versão escrita do plano de avaliação de processo que inclui:

- Os indicadores a utilizar.
- Os momentos em que se vão medir os indicadores.
- Os instrumentos de medida e recolha de dados, se necessários.

P.37

Os indicadores de avaliação do processo:

- Estão relacionados com as atividades realizadas.
- Estão descritos de forma clara.
- São mensuráveis em termos quantitativos e qualitativos.

P.38

É prevista a realização de um relatório final com os principais dados e conclusões da avaliação de processos e resultados.

P.39

Os mecanismos, procedimentos e ferramentas seleccionadas para avaliar os resultados do programa permitem comprovar se os objetivos “preventivos” foram atingidos, no que se refere à utilização de diferentes substâncias:

- Se existiu uma manutenção ou incremento da abstinência do consumo.
- Se houve um atraso na idade de início do consumo.
- Se foi reduzida a frequência do uso e das quantidades consumidas.
- Se houve uma redução no consumo abusivo ou nocivo.
- Se houve uma redução nos problemas relacionados com o seu uso.
- Se houve uma modificação em determinadas variáveis intermédias.

P.40

Os mecanismos, procedimentos e ferramentas selecionadas para avaliar os resultados do programa permitem verificar se os resultados obtidos se prolongam no tempo.

P.41

São contemplados mecanismos de avaliação interna dos resultados.

P.42

São contemplados mecanismos de avaliação externa dos resultados.

3. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE RISCOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS (RR)

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

RR.1

Os programas de redução de riscos desenvolvidos no âmbito de saúde proporcionam, de forma sistemática, aconselhamento em saúde com intensidade variável às pessoas com consumos de risco e nocivos de álcool, que se dirigem aos serviços de cuidados de saúde primários.

RR.2

São referenciados para tratamento especializado, ou para programas de aconselhamento, os condutores com a carta de condução suspensa e nos quais é detetado um problema de dependência ou consumo problemático de álcool.

RR.3

Os programas de redução de riscos associados ao consumo de álcool, em contexto laboral, integram mecanismos que permitem a deteção precoce dos

consumos de risco e a disponibilização de intervenções breves aos trabalhadores que mantêm este padrão de consumo e a sua referenciação para serviços especializados de tratamento do uso abusivo ou dependência de álcool.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

RR.4

As intervenções para reduzir os riscos relacionados com o consumo de álcool e tabaco contam com um sistema de avaliação interna periódica dos processos e resultados, com o intuito de atingir os seguintes objetivos:

- Reduzir a proporção de não fumadores expostos ao fumo de tabaco em ambientes fechados.
- Diminuir o número de mortes e feridos em acidentes rodoviários relacionados com o consumo de álcool.
- Reduzir a taxa de problemas relacionados com o abuso de álcool: urgências hospitalares, homicídios, lesões por agressão, negligência e maus tratos infantis e pessoas intoxicadas intervencionadas na via pública.
- Reduzir a morbilidade e a mortalidade diretamente relacionadas com o hábito de fumar e com os consumos de risco e nocivos de álcool.

NOTA: o reduzido número de critérios de programas poderia aconselhar a sua inclusão, como um subcapítulo, dentro dos critérios de acreditação dos programas de prevenção.

4. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO (T)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Aspetos normativos

T.1

O centro ou serviço cumpre as exigências que a legislação do país estabelece em matéria de licenciamento para a abertura e funcionamento e de autorização

enquanto especializado, tanto as que decorrem da aplicação das normas gerais que regulam os centros de saúde e sociais como as que são específicas para os centros de tratamento de toxicodependentes (existência de uma equipa técnica, condições de segurança e salubridade, ausência de barreiras físicas, etc.).

T.2

O programa ou centro de tratamento foi autorizado/habilitado como tal pela entidade da Administração competente para o efeito.

Direitos dos pacientes

T.3

O serviço ou centro de tratamento garante um tratamento adequado e reconhece aos pacientes que a ele acedem os seguintes direitos:

- Acesso às prestações e serviços de saúde, psicológicos e sociais que integram o processo de tratamento, nos prazos definidos e conhecidos, sem limitações por razões de falta de recursos económicos.
- Livre escolha entre as várias ofertas terapêuticas.
- Liberdade para decidir iniciar, manter e fazer cessar um processo terapêutico, exceto nos casos assinalados na legislação vigente.
- Conhecimento das normas do centro (regulamento interno), em todos os aspetos que os possam afetar, bem como do nome e qualificação profissional dos técnicos encarregues da prestação de cuidados.
- À informação, oral ou escrita, por parte da equipa terapêutica sobre os diferentes serviços disponíveis, a proposta de tratamento nos seus aspetos clínicos e sobre o processo em que está envolvido, as razões que levaram a que este lhe fosse indicado e os benefícios e riscos expectáveis.
- Que fique registado, por escrito ou em outro suporte técnico:
 - Todos os elementos relativos ao seu processo de tratamento, informação que deverá ser integrada na sua história clínica.
 - O consentimento dado previamente à realização de qualquer procedimento de diagnóstico ou terapêutico que possa acarretar riscos ou inconvenientes para a sua saúde.
 - Os procedimentos de diagnósticos ou terapêuticos de carácter experimental ou que estejam incluídos em projetos de investigação ou de ensino.

- A assinatura de um contrato terapêutico que explicita o conteúdo e justificação do tratamento a desenvolver, os direitos dos pacientes e as suas obrigações.
- A receber um relatório da sua alta, uma vez finalizado o processo terapêutico.

T.4

Os pacientes em tratamento residencial têm direito ao contato com os seus familiares ou outros envolventes e a receber visitas dos mesmos.

Acessibilidade aos serviços e programas de tratamento

T.5

O tratamento no centro ou serviço é acessível de várias formas e dispõe de critérios de indicação terapêutica definidos e escritos, baseados num diagnóstico bio-psico-social dos pacientes.

T.6

No centro ou serviço existem critérios de inclusão ou exclusão que delimitam, de forma adequada, o acesso ou não dos pacientes às várias modalidades de tratamento.

T.7

Existem critérios definidos de referenciação, inclusão, indicação terapêutica e exclusão para a desintoxicação em ambiente hospitalar.

T.8

Existem critérios definidos de referenciação, inclusão, indicação terapêutica e exclusão para os tratamentos em comunidades terapêutica.

Recursos humanos

T.9

Todos os profissionais que integram as equipas multidisciplinares possuem a experiência e a formação específica reconhecida em matéria de dependência de drogas.

Infraestruturas e instalações

T.10

A dimensão das instalações terá de se adequar ao volume de pacientes atendidos.

T.11

Os centros de tratamento dispõem de um sistema de armazenamento de medicamentos devidamente autorizado, uma zona segura para arquivo das histórias clínicas e sistemas de proteção informática para evitar o acesso aos dados dos pacientes, por parte de pessoas não autorizadas.

Mecanismos de colaboração e coordenação

T.12

O centro ou serviço dispõe de procedimentos de coordenação e cooperação com outros centros de tratamento de toxicodependentes, bem como de articulação e referência para serviços de carácter geral (serviços de saúde, sociais, judiciais, rede de saúde mental, etc.).

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

Organização dos serviços

T.13

O centro ou serviço tem como base uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar das toxicodependências.

T.14

A conceção do centro ou serviço será antecedida de uma avaliação das necessidades e um diagnóstico de situação.

T.15

Existe um modelo de referência que estabelece as funções atribuídas ao centro ou ao serviço de tratamento dentro da rede assistencial (perfis das populações abrangidas, objetivos, serviços prestados, etc.), os processos e procedimentos a seguir para aceder ao mesmo e os mecanismos de referência de pacientes entre os serviços da rede.

T.16

Existe um processo pessoal de cada paciente no qual são registados os terapeutas responsáveis pelo seu caso e onde está igualmente incluída a sua história clínica.

T.17

Existe um sistema de informação que permite registar o conjunto de intervenções assistenciais realizadas pelo centro ou serviço, compatível com os sistemas de informação locais, regionais e nacionais.

Carteira de serviços**T.18**

O tratamento inclui a avaliação diagnóstica, as intervenções em saúde, psicológicas e sociais (no contexto de planos terapêuticos individualizados), bem como o desenvolvimento de diferentes atividades dirigidas à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos pacientes, mediante a redução da dependência de drogas, da diminuição da morbilidade e da mortalidade por uso de essas substâncias, a potenciação das competências e recursos pessoais e o acesso a programas de reinserção social.

T.19

A carteira de serviços dos centros de tratamento ambulatorio inclui, pelo menos: informação e orientação, avaliação e diagnóstico, tratamento e controlo terapêutico, intervenção familiar e apoio à reinserção social.

T.20

Os centros de tratamento residenciais dispõem de um programa para a prevenção, identificação e controlo das infeções potencialmente aí adquiridas e/ou introduzidas do exterior.

Processos-chave de tratamento**T.21**

O centro ou serviço dispõe de uma lista de processos e procedimentos que permitem protocolizar as práticas do tratamento oferecido aos pacientes, assegurando a equidade e a qualidade das intervenções prestadas, facilitando o estabelecimento de sistemas de informação e a avaliação da atividade assistencial.

T.22

O centro ou serviço identifica, descreve e documenta os processos-chave que caracterizam o processo de tratamento e que têm maior impacto nos objetivos estratégicos definidos: recepção/admissão dos pedidos, avaliação de diagnóstico, elaboração de planos terapêuticos individualizados, execução dos planos terapêuticos, seguimento, avaliação e finalização dos tratamentos.

T.23

É facilitada toda a informação ao paciente e aos seus familiares sobre as opções terapêuticas existentes e sobre o conteúdo da carteira de serviços disponíveis no centro ou serviço, bem como das normas gerais de funcionamento.

T.24

É realizada uma avaliação e diagnósticos integrais, de caráter bio-psico-social, dos pacientes que acedem ao tratamento de acordo com os manuais, normas, critérios e procedimentos internacionais já standardizados.

T.25

Os dados da avaliação de diagnóstico são incluídos na história clínica integrada do paciente.

T.26

É concebido um plano individualizado de tratamento para cada paciente (modalidade de intervenção, objetivos terapêuticos, atividades, recursos a utilizar, duração e fases), baseado num diagnóstico prévio no qual são fixados os objetivos de melhoria ou estabilização somática, psicológica, psiquiátrica e de integração social, bem como de redução ou abstinência do consumo de drogas.

T.27

É tida em consideração a perspetiva de género na conceção do plano de tratamento.

T.28

A proposta terapêutica é comunicada e concertada com o paciente, sendo recolhidos os termos dos acordos alcançados num documento escrito devidamente assinado pelo paciente (contrato terapêutico). A proposta terapêutica, se tal se revelar necessário, incluirá a disponibilização das intervenções com os familiares do paciente.

T.29

O plano terapêutico inclui estratégias para reforçar a adesão ao tratamento.

T.30

A cada paciente é atribuído um “profissional de referência”, responsável pela centralização do fluxo informativo e pelo acompanhamento do plano de tratamento.

T.31

Tanto os centros de tratamento ambulatorio como as comunidades terapêuticas oferecem um programa terapêutico envolvendo vários componentes de carácter bio-psico-social que combina a terapia farmacológica, tratamento psicológico, terapia de grupo, terapia familiar e terapia de casal.

T.32

Independentemente de o objetivo do tratamento se orientar ou não para a abstinência, é disponibilizado a todos os pacientes diretrizes para a redução de riscos e danos associados ao consumo de drogas.

T.33

São realizadas reuniões periódicas da equipa técnica do centro ou serviço para avaliar a evolução do tratamento e formular eventuais alterações no plano terapêutico, bem como com outros serviços relevantes para garantir a continuidade da assistência ao doente.

T.34

O profissional de referência examina, de forma periódica e em conjunto com o paciente, a evolução do tratamento estabelecido, introduzindo as alterações necessárias para assegurar o cumprimento dos objetivos previstos no programa individualizado de tratamento.

T.35

A duração do tratamento será determinada pelo grau de cumprimento dos objetivos pretendidos com a permanência no centro de tratamento, e em função dos motivos de alta definidos (alta terapêutica e voluntária, referenciação, abandono e motivos de força maior).

T.36

O regulamento interno do programa ou serviço estabelece os critérios de expulsão ou de exclusão do tratamento dos pacientes, bem como os procedimentos a aplicar nestes casos.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

T.37

Para avaliar a eficácia dos programas de tratamento utilizam-se métodos e instrumentos cuja utilidade tenha sido demonstrada em investigações e estudos de avaliação da assistência prestada, realizados por outras instituições.

T.38

O centro ou serviço prevê a avaliação de resultados do processo de tratamento, identificando os indicadores a utilizar.

T.39

Está disponível um sistema de avaliação periódica da atividade de tratamento, com base em indicadores objetivos (ocupação, retenção, altas, resultados obtidos, etc.).

5. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS (RD)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Acesso aos programas e serviços

RD.1

Os horários de funcionamento e abertura dos serviços são dilatados e coincidem com as necessidades dos utentes aos quais se destinam.

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

RD.2

O programa contempla a avaliação dos comportamentos de risco relacionados com a adição (consumo injetável, antecedentes de overdoses, uso concomitante

de drogas com potenciação do efeito depressor sobre o SNC, uso partilhado de drogas e/ou de materiais de consumo, consumo no espaço público).

NOTA: o reduzido número de critérios para estes programas poderia aconselhar a sua inclusão, como subcapítulo, dentro dos critérios para acreditação dos programas de tratamento.

6. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REINserÇÃO SOCIAL (IS)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Acesso aos programas e serviços

IS.1

Estão estabelecidos critérios precisos de inclusão e exclusão no programa.

IS.2

A população-alvo destes programas é descrita de forma precisa.

IS.3

Existe um protocolo que regula o acesso/admissão dos utentes no programa, ou pelo menos, o programa descreve os procedimentos previstos para tal.

IS.4

O conteúdo da carteira dos serviços oferecidos pelo programa é difundido entre os potenciais beneficiários e entre as entidades/serviços que trabalham na área das dependências ou da exclusão social.

Mecanismos de colaboração e coordenação

IS.5

Existem acordos de colaboração com vários programas e serviços (sociais, de emprego, etc.) que permitem o acesso aos mesmos pelos beneficiários dos programas de reinserção social.

IS.6

São estabelecidas alianças com outras organizações, instituições ou grupos comunitários que trabalham no âmbito da integração social em diferentes contextos: criação de redes e estruturas de cooperação interinstitucional.

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO**Avaliação e análise de necessidades****IS.7**

O programa inclui uma justificação adequada, apoiada num prévio estudo das necessidades.

IS.8

Foram avaliadas as necessidades e solicitações mais frequentes da população toxicodependente potencialmente beneficiária deste programa, em especial as relações com certos problemas sociais e de saúde: laborais, económicos, familiares, de habitação, de carácter judicial ou legal, de isolamento social, perturbações mentais associadas à dependência de drogas, deficiências e incapacidades e doenças orgânicas graves.

IS.9

O programa analisa a influência que o ambiente social e económico exerce sobre os processos de exclusão e integração social da população potencialmente beneficiária do mesmo, tendo em consideração: a conjuntura económica do país, região ou comunidade onde o programa será implementado e as políticas de emprego vigentes; as atitudes e estereótipos dominantes na comunidade onde será executado o programa, face às pessoas toxicodependentes; as medidas de apoio à sua inserção social; as políticas sociais existentes para prevenir as situações de exclusão social e pobreza e o apoio aos processos de reinserção social.

IS.10

A recolha da informação necessária para a elaboração do diagnóstico social dos beneficiários do programa, realiza-se através de instrumentos standard (história socio laboral, etc.) que permitem avaliar as seguintes áreas: antecedentes de participação em outros programas de inserção social; tipo de alojamento e

caraterísticas do mesmo; tipo de convivência e relações familiares, situação económica e fontes de rendimentos; situação laboral atual, antecedentes laborais e atitude face ao emprego (que sirva de base para obter um diagnóstico de empregabilidade); nível formativo, relações sociais e redes de apoio social; ocupação de tempos livres; situação jurídico-legal; estado de saúde (física e mental); nível de autonomia pessoal, recursos pessoais, atitude e disposição para a mudança; situação atual de consumos de droga e se for o caso, evolução no tratamento da toxicodependência..

Conceção/formulação do programa

IS.11

Existe um documento escrito no qual se descrevem todos os elementos relevantes do programa, em particular:

- As principais conclusões da avaliação de necessidades e prioridades que se estabeleceram com base nos resultados da análise de necessidades.
- As partes interessadas no programa e os procedimentos para a sua participação.
- A população-alvo do programa (destinatários e mediadores) e os procedimentos para a sua seleção.
- O modelo teórico em que assenta o programa.
- Os objetivos do programa.
- As estratégias de intervenção selecionadas.
- Os âmbitos em que incidirá o programa.
- Os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.
- Os procedimentos de coordenação internos e externos.
- As atividades previstas, a sua duração e cronograma de execução.
- Os procedimentos para o acompanhamento do programa, avaliação do processo e resultados.

IS.12

Existe coerência interna entre o suporte teórico do programa, a análise da situação (avaliação de necessidades), os objetivos, as estratégias de intervenção e as atividades previstas.

IS.13

O programa inclui objetivos gerais, específicos e operacionais, formulados de forma a poderem ser avaliados de forma objetiva através de indicadores.

IS.14

O programa inclui estratégias destinadas a facilitar o acesso dos seus potenciais beneficiários, tendo em conta as barreiras organizacionais, económicas, estruturais, sociais e culturais que podem dificultar ou impedir o acesso ao programa, em especial no caso das mulheres, migrantes ou pessoas sem-abrigo. Entre outras, o programa inclui estratégias de aproximação ativa àqueles toxicodependentes que se mantêm afastados dos serviços especializados no tratamento das adições e/ou dos serviços de saúde e sociais gerais, para evitar a consolidação de situações de exclusão e/ou marginalidade.

IS.15

As estratégias de intervenção previstas no programa assumem a premissa de que a reinserção social é um processo individualizado, existindo múltiplos itinerários que conduzem à sua consecução. Os objetivos e conteúdos dos itinerários de reinserção social são flexíveis, dependendo:

- Da posição de partida do indivíduo (problemas e necessidades, estado de saúde física e mental, etc.).
- Da atitude e nível de compromisso para a mudança.
- Dos recursos, capacidades e competências pessoais.
- Da rede social e familiar de apoio de que dispõe.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

IS.16

O programa inclui um plano de avaliação da sua implementação e resultados no qual estão identificados: os dados que serão recolhidos para facilitar a sua avaliação e as fontes de informação a utilizar na sua recolha, bem como os instrumentos, ferramentas e procedimentos seguidos para a avaliação do mesmo (avaliação da situação inicial, intermédia e final dos beneficiários do programa e/ou dos vários serviços que o integram).

IS.17

O plano de avaliação do programa descreve os indicadores de processo que permitem a monitorização das ações desenvolvidas no seu âmbito, entre as quais cabe mencionar o número de beneficiários que:

- Tenham acedido ao programa através dos diferentes mecanismos ou vias estabelecidos para tal.
- Tenham acedido/utilizado os vários serviços ou atividades que o integram (orientação laboral, assessoria social e formação pré-laboral).
- Tenham sido referenciados para centros de tratamento de toxicodependências.
- Disponham de programas individualizados de reinserção social.
- Tenham completado, de forma satisfatória, o programa individualizado de inserção social (PII's), realizando todas as atividades previstas e/ou alcançando os objetivos previstos.
- Integram programas de tratamento.
- São referenciados para a rede de serviços sociais, para a resposta a necessidades sociais básicas.
- São encaminhados para os serviços de emprego.

IS.18

O plano de avaliação do programa descreve os indicadores que avaliam a sua cobertura, em relação à população potencialmente beneficiária do mesmo.

IS.19

O plano de avaliação do programa descreve os indicadores que serão utilizados para avaliar os resultados do mesmo.

CRITÉRIOS AVANÇADOS

1. CRITÉRIOS COMUNS A TODOS OS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS (CRPD)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Princípios éticos e direitos dos beneficiários do programa

CRPD.1

As condições de acesso e permanência no programa ou serviço estão disponíveis para os potenciais participantes, assegurando a não existência de discriminação em termos de sexo, idade, raça, opiniões políticas, status legal ou social, religião, condições físicas ou psicológicas ou possibilidades socioeconómicas.

CRPD.2

O programa ou serviço reconhece aos utentes/beneficiários o seu direito a:

- Autonomia, incluindo a capacidade para decidir a sua participação ou não no programa/serviço.
- Segurança e respeito pela dignidade humana.
- Saúde, integridade física, psicológica e moral.
- Não discriminação.
- Igualdade de oportunidades, direitos e obrigações.
- Proteção contra o tratamento degradante e desumano.

CRPD.3

Aos potenciais beneficiários do programa ou serviço é-lhes disponibilizada a intervenção mais adaptada, adequada e cientificamente comprovada, de acordo com a sua situação pessoal e outras circunstâncias associadas.

CRPD.4

As partes interessadas são informadas sobre os possíveis riscos e desvantagens para os participantes, obtendo o seu consentimento antes da intervenção.

CRPD.5

A participação de menores de idade em programas e serviços está dependente da devida autorização dos seus pais ou representantes legais.

CRPD.6

Os dados dos utilizadores são tratados de forma confidencial.

Aspetos normativos

CRPD.7

O programa/serviço cumpre a legislação e os normativos legais em matéria fiscal, laboral, de proteção de dados e igualdade de oportunidades de trabalho.

Aspetos financeiros

CRPD.8

Serão apresentadas, de forma periódica, as contas às instituições e organizações financiadoras do programa e a todas as entidades envolvidas na sua implementação e desenvolvimento.

Recursos humanos

CRPD.9

Existe, em número suficiente, pessoal técnico necessário à realização das atividades previstas no programa ou serviço.

CRPD.10

Os técnicos que integram a equipa responsável pelo desenvolvimento do programa/serviço dispõem das necessárias competências profissionais para tal (graus de formação requeridos e experiência profissional necessária para desenvolver o programa).

Infraestruturas e instalações**CRPD.11**

Dispõem-se das instalações e equipamento adequados para alcançar os objetivos do programa, de acordo com as condições gerais de desenvolvimento da comunidade onde este é realizado.

Mecanismos de colaboração e coordenação**CRPD.12**

A organização promotora do projeto fomenta sinergias com outras instituições, associações e coletividades que partilhem interesse e estratégias no campo da redução da procura de drogas.

CRPD.13

São estabelecidos mecanismos e procedimentos de colaboração e coordenação com diferentes instituições e organizações sociais que participam no programa ou que apoiam o seu desenvolvimento.

CRPD.14

O programa está integrado dentro de planos amplos já existentes com os quais existe alinhamento estratégico, tanto em termos de redução da procura (por exemplo, planos comunitários de prevenção do consumo de drogas), como ao nível da abordagem de problemas de carácter transversal (por exemplo, planos para a prevenção da exclusão social).

CRPD.15

O programa ou serviço prevê procedimentos de referenciação para outros recursos e serviços comunitários, que permitem atender às necessidades dos seus utilizadores (educativas, sociais, de saúde).

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

Aspetos organizativos

CRPD.16

A organização promotora do programa define a sua missão e visão.

CRPD.17

A organização dispõe de uma estrutura definida e conhecida pelo conjunto das partes interessadas na conceção, execução e avaliação do programa.

CRPD.18

A organização promotora do programa dispõe de um sistema de gestão da qualidade que assegure a prestação do melhor programa ou serviço disponível, para os seus beneficiários.

Sistemas de informação e documentação

CRPD.19

É mantido um registo dos utilizadores do programa.

CRPD.20

Os sistemas de informação e registo do programa incluem dados sobre as variáveis essenciais para realizar uma avaliação permanente das necessidades dos utilizadores que acedem ao programa, bem como das mudanças ou outros efeitos derivados da sua participação no mesmo.

CRPD.21

O programa prevê a colaboração com os sistemas de informação locais, regionais e nacionais no âmbito da redução da procura, através da utilização de indicadores e procedimentos estandardizados de recolha de informações, a cedência dos mesmos às “unidades centrais de informação” para o seu processamento e análise ou a sua inclusão em bases de dados centralizadas.

CRPD.22

Estão disponíveis guias de processo e procedimentos que permitem uma implementação harmonizada das intervenções que integram o programa.

CRPD.23

São utilizados os materiais necessários para a execução do programa (materiais didáticos, manuais de formação dos profissionais, etc.).

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**CRPD.24**

A organização desenvolveu um plano para avaliar o programa, do qual se destacam os seguintes elementos:

- Conteúdo da avaliação (avaliação de processos, cobertura, resultados, etc).
- Procedimentos e instrumentos a utilizar na avaliação
- Indicadores de avaliação.
- Tipo de avaliação a realizar (interna, externa ou mista).
- Utilização prevista dos resultados da avaliação (continuidade, reorientação ou modificação do programa, etc).
- Vias e mecanismos para a difusão de resultados e destinatários desses resultados.

CRPD.25

São medidos ou registados dados sobre a situação dos utilizadores, prévios e posteriores à sua participação no programa, por forma a permitir a avaliação dos resultados alcançados.

2. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO (P)

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

Avaliação e análise das necessidades

P.1

A informação relevante, atualizada e fiável, recolhida e revista sobre o consumo de drogas entre a população à qual este programa se dirige, inclui: tipos de drogas consumidas, taxas e tendências de consumo, idades de início de consumo,

percepção do risco, fatores culturais relacionados com o consumo de drogas e problemas relacionados com o consumo.

P.2

Foi realizada uma análise dos recursos disponíveis na comunidade.

P.3

A(s) população(ões)-alvo é(são) descrita(s), incluindo a sua dimensão, características, cultura e perspectivas em relação às drogas.

P.4

Se o programa é de prevenção seletiva ou indicada, são proporcionados critérios explícitos de inclusão e exclusão (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que definam a população-alvo de forma apropriada, permitam uma diferenciação clara entre populações e sejam justificados de acordo com a avaliação de necessidades.

P.5

São descritos os fatores de risco e de proteção associados ao uso de drogas que incidem sobre a população-alvo do programa e que o mesmo procura modificar.

P.6

O programa utiliza um modelo teórico para explicar os consumos de drogas e problemas associados que:

- Está baseado na evidência científica ou numa revisão da literatura relevante.
- É aceite pela comunidade científica e/ou de prevenção.
- Permite um entendimento das necessidades específicas relacionadas com as drogas e suas causas.
- Permite compreender como os comportamentos podem ser modificados.

P.7

Através do modelo teórico estabelece-se uma relação entre os fatores de risco e proteção e a modificação dos comportamentos relacionados com as drogas.

Identificação e envolvimento das partes interessadas

P.8

Foram identificadas as partes interessadas que incluem: a população-alvo, representantes dos organismos financiadores, responsáveis de recursos comunitários, representantes dos movimentos associativos, líderes comunitários, representantes institucionais, meios de comunicação, etc.

P.9

Foram estabelecidas alianças com outras organizações, instituições ou grupos comunitários.

P.10

Se está previsto que o programa se realize numa organização recetora (por exemplo, um centro educativo, para um programa escolar), esta considera-se como uma parte interessada no programa; as suas necessidades avaliam-se para determinar se o programa é o adequado e se a informação proporcionada é compreensível e permite a tomada de decisão sobre a participação no mesmo.

Avaliação de recursos

P.11

É avaliada a capacidade da população-alvo e das outras partes interessadas para participar no programa ou apoiar o seu desenvolvimento.

P.12

Se o pessoal técnico envolvido não tiver a formação necessária, será elaborado um plano de formação.

Conceção/formulação do programa

P.13

Existe um Plano escrito relativo ao projeto que : é claro, realista, compreensível e acessível para todas as partes envolvidas, que descreve e relaciona de forma lógica as principais componentes do programa; que esclarece sobre o modelo teórico adotado; que detalha as estratégias de intervenção selecionadas, a definição dos cenários, os recursos materiais e de pessoal necessários, os procedimentos para obter e manter os apoios, os procedimentos para a seleção

dos participantes, as atividades previstas, os procedimentos para efetuar o *follow up*, a conceção da avaliação dos processos e resultados; e permite o acompanhamento do progresso real do programa durante a sua implementação.

P:14

O projeto define o critério para o final da intervenção (atingir os objetivos, conclusão das atividades previstas, número de previsto participantes, duração da intervenção).

P:15

É especificado o que se pretende prevenir ou modificar.

P:16

Os objetivos: são determinados em função da avaliação das necessidades (indicadores de base que se pretende modificar), são claros, compreensíveis, realistas; são temporalmente definidos e são quantificáveis; mantêm uma relação lógica com as variáveis intermédias que se pretende modificar e estão relacionados com os fatores de risco e proteção especificados; têm uma relação baseada no modelo teórico utilizado e são formulados em termos das modificações esperadas nos participantes (de resultados).

P:17

Os objetivos são compatíveis com as prioridades estabelecidas pelas estratégias e políticas locais, regionais, nacionais e/ou internacionais em matéria de prevenção das toxicodependências.

P:18

Para a seleção das intervenções existentes considera-se:

- Se a intervenção escolhida é adequada ao cenário do programa previsto.
- Se as condições subjacentes encontradas na avaliação das necessidades são similares às existentes no programa modelo/protótipo.
- Se os resultados alcançados pelo modelo/protótipo se enquadram com as metas e objetivos do programa previsto.
- Se os recursos necessários coincidem com os recursos disponíveis.
- Os benefícios e desvantagens da intervenção, incluindo os seus possíveis efeitos negativos.

- O equilíbrio entre uma possível adaptação e a fidelidade ao protótipo escolhido.
- A viabilidade da intervenção (se as atividades se podem aplicar, se a qualificação disponível é suficiente, se a complexidade do programa é excessiva, etc.).

P.19

O programa escolhido é adequado e adaptado às circunstâncias relacionadas com as necessidades dos participantes, o cenário, o contexto operacional, a idade dos participantes, o seu grau de desenvolvimento, o seu género e a sua cultura.

P.20

A conceção da intervenção adequa-se às características da população-alvo, através da adaptação: da linguagem, das atividades e métodos de aplicação, das mensagens de intervenção, a duração, frequência e ritmo da intervenção; e o número de participantes por atividade.

P.21

O modelo teórico do protótipo escolhido é compatível com: o modelo teórico explicativo utilizado para a intervenção e os fatores de risco e de proteção identificados na população – alvo.

P.22

O programa original está claramente referenciado, e estão devidamente identificados os seus autores.

P.23

Foram consultadas as revisões de literatura e/ou as publicações mais relevantes.

P.24

A informação revista é de carácter científico, atualizada, relevante para o programa e aceite pela comunidade científica e/ou da prevenção.

P.25

O conteúdo da intervenção baseia-se na evidência disponível e nas recomendações de boas práticas e integra o maior número de elementos possível dessas evidências e recomendações.

P.26

O programa tem a intensidade e a duração adequadas ao grupo alvo: quanto maior risco de consumo, mais intensa e prolongada deverá ser a intervenção aplicada e vice-versa.

P.27

O programa ajuda os participantes a descobrir e a consciencializarem-se dos seus próprios recursos, por forma a que: esteja positivamente orientado para os pontos fortes dos participantes e coloque em destaque as alternativas às opções não saudáveis, apoie os participantes no cuidado com a sua própria saúde, enquadrando-se assim num clima positivo de promoção da saúde.

P.28

São apresentados, de forma detalhada, os recursos financeiros, pessoais, materiais e comunitários disponíveis para garantir as intervenções previstas.

P.29

São definidos os mecanismos utilizados para recrutar os participantes.

P.30

São tomadas as medidas concretas para maximizar o recrutamento e a retenção dos participantes por forma a que o programa: seja acessível à população-alvo, ofereça horários e lugares adequados à população-alvo, garanta a confidencialidade, evite o estigma dos participantes da população-alvo mais alargada, facilite incentivos materiais para captar as populações em situação de risco.

P.31

As atividades encontram-se adaptadas às características da população-alvo e dos participantes.

P.32

As atividades são coerentes com os objetivos apontados (têm capacidade de modificar os fatores de risco e de proteção previstos nos objetivos).

P.33

O programa inclui um cronograma das intervenções/atividades a realizar.

Acompanhamento do programa

P.34

A intervenção é implementada de acordo com o plano do projecto.

P.35

No caso de se ter realizado uma aplicação piloto, a mesma deverá ser devidamente documentada, incluindo:

- O seguimento da aplicação piloto.
- As dificuldades encontradas e as soluções propostas.
- As modificações realizadas na conceção da intervenção.

P.36

A implementação está documentada, com o registo de:

- Os dados periódicos do acompanhamento da implementação, de acordo com o plano de projeto desenvolvido na etapa de planificação.
- A identificação de obstáculos e/ou fracassos e a forma como foram corrigidos.
- Os ajustes e alterações realizadas ao plano original do projeto.
- Os incidentes extraordinários e as respostas adotadas para os enfrentar.

P.37

É especificado como será realizado processo de acompanhamento do programa.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

P.38

Desde a fase de planificação, foi elaborado um plano de avaliação de resultados que inclui:

- Os indicadores a utilizar na medição de resultados
- Os momentos em que se realizarão essas medições
- Os instrumentos de medida e de recolha de dados que se irão utilizar.

P.39

Os indicadores de avaliação de resultados seleccionados estão relacionados com os objetivos do programa.

P.40

Os indicadores de avaliação de resultados estão claramente descritos e são mensuráveis em termos quantitativos e/ou qualitativos.

P.41

Os métodos e ferramentas utilizados na recolha de dados sobre resultados:

- Estão claramente descritos.
- Fornecem informação relevante para os indicadores da avaliação.
- São ferramentas já anteriormente comprovadas ou novas ferramentas adequadamente desenvolvidas e validadas.
- São utilizadas de forma consistente (usam-se as mesmas ferramentas nos diferentes momentos em que se realizam as medições).

P.42

A avaliação de resultados segue o desenho da investigação, permitindo uma análise clara da relação entre a intervenção e os resultados.

P.43

Os dados sobre resultados (indicadores) são medidos antes e depois da intervenção.

P.44

Existe uma versão escrita do plano de avaliação de processo que inclui:

- Os indicadores a utilizar.
- Os momentos em que se vão medir os indicadores.
- Os instrumentos de medida e recolha de dados, se necessários.

P.45

Os indicadores de avaliação do processo:

- Estão relacionados com as atividades realizadas.
- Estão descritos de forma clara.
- São mensuráveis em termos quantitativos e qualitativos.

P.46

A população-alvo é especificada, incluindo os participantes no programa e as suas avaliações e outras partes interessadas.

P.47

As formas e os meios de difusão adotados são adequados aos destinatários.

P.48

É prevista a realização de um relatório final com os principais dados e conclusões da avaliação de processos e resultados.

P.49

Os mecanismos, procedimentos e ferramentas selecionadas para avaliar os resultados do programa permitem comprovar se os objetivos “preventivos” foram atingidos, no que se refere à utilização de diferentes substâncias:

- Se existiu uma manutenção ou incremento da abstinência do consumo.
- Se houve um atraso na idade de início do consumo.
- Se foi reduzida a frequência do uso e das quantidades consumidas.
- Se houve uma redução no consumo abusivo ou nocivo.
- Se houve uma redução nos problemas relacionados com o seu uso.
- Se houve uma modificação em determinadas variáveis intermédias.

P.50

Os mecanismos, procedimentos e ferramentas selecionadas para avaliar os resultados do programa permitem verificar se os resultados obtidos se prolongam no tempo.

P.51

São contemplados mecanismos de avaliação interna dos resultados.

P.52

São contemplados mecanismos de avaliação externa dos resultados.

3. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE RISCOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS (RR)

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

RR.1

Os programas de redução de riscos desenvolvidos no âmbito de saúde proporcionam, de forma sistemática, aconselhamento em saúde com intensidade variável às pessoas com consumos de risco e nocivos de álcool, que se dirigem aos serviços de cuidados de saúde primários.

RR.2

Os programas que incluem intervenções breves dirigidas a consumidores de álcool dispõem de um guia protocolado para o aconselhamento breve em saúde, a realização das intervenções breves e a formação e apoio a médicos clínicos gerais, que inclua respostas aos principais obstáculos identificados pelos profissionais de saúde na concretização destas atividades.

RR.3

São referenciados para tratamento especializado, ou para programas de aconselhamento, os condutores com a carta de condução suspensa e nos quais é detetado um problema de dependência ou consumo problemático de álcool.

RR.4

Os programas de redução de riscos associados ao consumo de álcool, em contexto laboral, integram mecanismos que permitem a deteção precoce dos consumos de risco e a disponibilização de intervenções breves aos trabalhadores que mantêm este padrão de consumo e a sua referenciação para serviços especializados de tratamento do uso abusivo ou dependência de álcool.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

RR.5

As intervenções para reduzir os riscos relacionados com o consumo de álcool e tabaco contam com um sistema de avaliação interna periódica dos processos e

resultados, com o intuito de atingir os seguintes objetivos:

- Reduzir a proporção de não fumadores expostos ao fumo de tabaco em ambientes fechados.
- Diminuir o número de mortes e feridos em acidentes rodoviários relacionados com o consumo de álcool.
- Reduzir a taxa de problemas relacionados com o abuso de álcool: urgências hospitalares, homicídios, lesões por agressão, negligência e maus tratos infantis e pessoas intoxicadas intervencionadas na via pública.
- Reduzir a morbidade e a mortalidade diretamente relacionadas com o hábito de fumar e com os consumos de risco e nocivos de álcool.

NOTA: o reduzido número de critérios de programas de redução de riscos poderia aconselhar a sua inclusão, com subcapítulo, dentro dos critérios de acreditação dos programas de prevenção.

4. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO (T)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIIS

Aspetos normativos

T.1

O centro ou serviço cumpre as exigências que a legislação do país estabelece em matéria de licenciamento para a abertura e funcionamento e de autorização enquanto especializado, tanto as que decorrem da aplicação das normas gerais que regulam os centros de saúde e sociais como as que são específicas para os centros de tratamento de toxicodependentes (existência de uma equipa técnica, condições de segurança e salubridade, ausência de barreiras físicas, etc.).

T.2

O programa ou centro de tratamento foi autorizado/habilitado como tal pela entidade da Administração competente para o efeito.

Direitos dos pacientes

T.3

O serviço ou centro de tratamento garante um tratamento adequado e reconhece aos pacientes que a ele acedem os seguintes direitos:

- Acesso às prestações e serviços de saúde, psicológicos e sociais que integram o processo de tratamento, nos prazos definidos e conhecidos, sem limitações por razões de falta de recursos económicos.
- Livre escolha entre as várias ofertas terapêuticas.
- Liberdade para decidir iniciar, manter e fazer cessar um processo terapêutico, exceto nos casos assinalados na legislação vigente.
- Conhecimento das normas do centro (regulamento interno), em todos os aspetos que os possam afetar, bem como do nome e qualificação profissional dos técnicos encarregues da prestação de cuidados.
- Informação, oral ou escrita, por parte da equipa terapêutica sobre os diferentes serviços disponíveis, a proposta de tratamento nos seus aspetos clínicos e sobre o processo em que está envolvido, as razões que levaram a que este lhe fosse indicado e os benefícios e riscos expectáveis.
- Que seja fique registado, por escrito ou em outro suporte técnico:
 - Todos os elementos relativos ao seu processo de tratamento, informação que deverá ser integrada na sua história clínica.
 - O consentimento dado previamente à realização de qualquer procedimento de diagnóstico ou terapêutico que possa acarretar riscos ou inconvenientes para a sua saúde.
 - Os procedimentos de diagnósticos ou terapêuticos de carácter experimental ou que estejam incluídos em projetos de investigação ou de ensino.
- A assinatura de um contrato terapêutico que explicita o conteúdo e justificação do tratamento a desenvolver, os direitos dos pacientes e as suas obrigações.
- A receber um relatório da sua alta, uma vez finalizado o processo terapêutico.

T.4

Os pacientes em tratamento residencial têm direito ao contacto com os seus familiares ou outros envolventes e a receber visitas dos mesmos.

Acessibilidade aos serviços e programas de tratamento

T.5

O tratamento no centro ou serviço é acessível de várias formas e dispõe de critérios de indicação terapêutica definidos e escritos, baseados num diagnóstico bio-psico-social dos pacientes.

T.6

O centro ou serviço é acessível a todas as pessoas com problemas de abuso ou dependência de drogas, independentemente do seu estado de saúde (física ou mental), sempre e quando a procura de tratamento se ajuste aos critérios de admissão e exclusão previstos no centro.

T.7

No centro ou serviço existem critérios de inclusão ou exclusão que delimitam, de forma adequada, o acesso ou não dos pacientes às várias modalidades de tratamento.

T.8

Existem critérios definidos de referenciação, inclusão, indicação terapêutica e exclusão para a desintoxicação em ambiente hospitalar.

T.9

Existem critérios definidos de referenciação, inclusão, indicação terapêutica e exclusão nos tratamentos em comunidades terapêutica.

Recursos humanos

T.10

Todos os profissionais que integram as equipas multidisciplinares possuem a experiência e formação específica reconhecida em matéria de dependência de drogas.

T.11

É disponibilizado um programa de formação contínua e reciclagem permanente aos profissionais da equipa terapêutica.

T.12

É proporcionado a todo o pessoal que é admitido no centro ou serviço o acesso ao treino e atualização periódica em matéria de procedimentos terapêuticos, de gestão e avaliação dos problemas associados ao abuso de drogas.

Infraestruturas e instalações**T.13**

A dimensão das instalações terá de se adequar ao volume de pacientes atendidos.

T.14

Os centros de tratamento dispõem de um sistema de armazenamento de medicamentos devidamente autorizado, uma zona segura para arquivo das histórias clínicas e sistemas de proteção informática para evitar o acesso aos dados dos pacientes, por parte de pessoas não autorizadas.

T.15

Os centros de tratamento residenciais dispõem, além das áreas funcionais comuns a todos os serviços de tratamento, de espaços e equipamentos adequados às atividades e tarefas próprias.

Mecanismos de colaboração e coordenação**T.16**

O centro ou serviço dispõe de procedimentos de coordenação e cooperação com outros centros de tratamento de toxicodependentes, bem como de referência para outros serviços de caráter mais geral (serviços de saúde, sociais, judiciais, rede de saúde mental, etc.).

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO**Organização dos serviços****T.17**

O centro ou serviço tem como base uma abordagem multidisciplinar e interdisciplinar das toxicodependências.

T.18

A concepção do centro ou serviço será antecedida de uma avaliação das necessidades e um diagnóstico de situação.

T.19

O serviço de tratamento está integrado numa rede assistencial mais alargada, na qual participam outros centros de tratamento, de tipo ambulatório e residencial.

T.20

Existe um modelo de referência que estabelece as funções atribuídas ao centro ou serviço de tratamento dentro da rede assistencial (perfis das populações abrangidas, objetivos, serviços prestados, etc.), os processos e procedimentos a seguir para aceder ao mesmo e os mecanismos de referenciação de pacientes entre os serviços da rede.

T.21

Estão definidos de forma clara os mecanismos de entrada e saída do circuito de tratamento.

T.22

Existe um processo pessoal de cada paciente no qual são registados os terapeutas responsáveis pelo seu caso, e onde está igualmente incluída a sua história clínica.

T.23

Existe um sistema de informação que permite registar o conjunto de intervenções assistenciais realizadas pelo centro ou serviço, compatível com os sistemas de informação, locais, regionais e nacionais.

Carteira de serviços**T.24**

O tratamento inclui a avaliação diagnóstica, as intervenções em saúde, psicológicas e sociais (no contexto de planos terapêuticos individualizados), bem como o desenvolvimento de diferentes atividades dirigidas à melhoria da saúde e da qualidade de vida dos utentes, mediante a redução da dependência de drogas, da diminuição da morbilidade e da mortalidade por uso dessas substâncias, a potenciação das competências e recursos pessoais e o acesso a programas de reinserção social.

T.25

A carteira de serviços dos centros de tratamento ambulatorio inclui, pelo menos: informação e orientação, avaliação e diagnóstico, tratamento e controlo terapêutico, intervenção familiar e apoio à reinserção social.

T.26

A carteira de serviços nos centros de tratamento inclui, preferencialmente, os seguintes serviços: avaliação diagnóstica (nos casos que careçam da mesma, ou esta esteja incompleta), desintoxicação, desabituação, intervenções de apoio à integração socio laboral, acompanhamento psicológico individual e grupal, cuidados de saúde, acompanhamento social, apoio educativo, intervenções com os familiares do paciente e serviço de alojamento e manutenção.

T.27

Os centros de tratamento residenciais dispõem de um programa para a prevenção, identificação e controlo das infeções potencialmente aí adquiridas e/ou introduzidas do exterior.

Processos-chave de tratamento**T.28**

O centro ou serviço dispõe de uma lista de processos e procedimentos que permitem protocolizar o tratamento oferecido aos utentes, assegurando a equidade e a qualidade das intervenções prestadas, facilitando o estabelecimento de sistemas de informação e a avaliação da atividade assistencial.

T.29

O centro ou serviço identifica, descreve e documenta os processos-chave que caracterizam o processo de tratamento e que têm maior impacto nos objetivos estratégicos definidos: receção/admissão dos pedidos, avaliação de diagnóstico, elaboração de planos terapêuticos individualizados, execução dos planos terapêuticos, seguimento, avaliação e finalização dos tratamentos.

T.30

Existe um sistema de registo das admissões ou entradas dos pacientes no centro ou serviço de tratamento, assim como das altas e saídas.

T.31

É facilitada toda a informação ao paciente e aos seus familiares sobre as opções terapêuticas existentes e sobre o conteúdo da carteira de serviços disponíveis no centro ou serviço, bem como das normas gerais de funcionamento.

T.32

O centro/serviço dispõe de um documento consentimento informado incidindo sobre a recolha e tratamento da informação, assim como para o programa terapêutico que o paciente vai prosseguir.

T.33

É realizada uma avaliação e diagnósticos integrais, de carácter bio-psico-social, dos pacientes que acedem ao tratamento de acordo com os manuais, normas, critérios e procedimentos internacionais já estandardizados.

T.34

Os dados da avaliação de diagnóstico são incluídos na história clínica integrada do paciente.

T.35

É concebido um plano individualizado de tratamento para cada paciente (modalidade de intervenção, objetivos terapêuticos, atividades, recursos a utilizar, duração e fases), baseado num diagnóstico prévio no qual são fixados os objetivos de melhoria ou estabilização somática, psicológica, psiquiátrica e de integração social, bem como de redução ou abstinência do consumo de drogas.

T.36

É tida em consideração a perspectiva de género na conceção do plano de tratamento.

T.37

A proposta terapêutica é comunicada e concertada com o paciente, sendo recolhidos os termos dos acordos alcançados num documento escrito devidamente assinado pelo paciente (contrato terapêutico). A proposta terapêutica, se tal se revelar necessário, incluirá a disponibilização das intervenções com os familiares do paciente.

T.38

O plano terapêutico inclui estratégias para reforçar a adesão ao tratamento.

T.39

A cada paciente é atribuído um “profissional de referência”, responsável pela centralização do fluxo informativo e pelo acompanhamento do plano de tratamento.

T.40

É incluída na história clínica do paciente uma cópia do plano individualizado de tratamento e do contrato terapêutico com ele acordado.

T.41

São disponibilizados guias clínicos baseados na evidência e protocolos específicos aplicáveis a determinados processos relevantes do tratamento (desintoxicação, administração de opiáceos de substituição, controlo e tratamento de doenças infecciosas, psicodiagnóstico, abordagem da patologia dual, etc.).

T.42

Tanto os centros de tratamento ambulatorio como as comunidades terapêuticas oferecem um programa terapêutico envolvendo vários componentes de carácter bio-psico-social que combina a terapia farmacológica, tratamento psicológico, terapia de grupo, terapia familiar e terapia de casal.

T.43

Independentemente de o objetivo do tratamento se orientar ou não para a abstinência, é disponibilizado a todos os pacientes diretrizes para a redução de riscos e danos associados ao consumo de drogas.

T.44

São realizadas reuniões periódicas da equipa técnica do centro ou serviço para avaliar a evolução do tratamento e formular eventuais alterações no plano terapêutico, bem como com outros serviços relevantes para garantir a continuidade da assistência ao doente.

T.45

O profissional de referência examina, de forma periódica e em conjunto com o paciente, a evolução do tratamento estabelecido, introduzindo as alterações necessárias para assegurar o cumprimento dos objetivos previstos no programa individualizado de tratamento.

T.46

A duração do tratamento será determinada pelo grau de cumprimento dos objetivos pretendidos com a permanência no centro de tratamento, e em função dos motivos de alta definidos (alta terapêutica e voluntária, referência, abandono e motivos de força maior).

T.47

O regulamento interno do programa ou serviço estabelece os critérios de expulsão ou de exclusão do tratamento dos pacientes, bem como os procedimentos a aplicar nestes casos.

T.48

Os centros de tratamento residencial trabalham com os pacientes a saída deste recurso, incidindo entre outros aspetos, na conveniência de se manterem vinculados a um centro de tratamento ambulatorio que possa assegurar a continuidade dos cuidados.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

T.49

Para avaliar a eficácia dos programas de tratamento utilizam-se métodos e instrumentos cuja utilidade tenha sido demonstrada em investigações e estudos de avaliação da assistência prestada realizados por outras instituições.

T.50

O centro ou serviço prevê a avaliação de resultados do processo de tratamento, identificando os indicadores a utilizar.

T.51

O centro/serviço contempla a avaliação da satisfação dos paciente com o tratamento recebido, dos profissionais e de outras partes interessadas (familiares).

T.52

Dispõe-se de um sistema de avaliação periódica da atividade de tratamento, com base em indicadores objetivos (ocupação, retenção, altas, resultados obtidos, etc.).

T.53

Dispõe-se de um programa de acompanhamento dos pacientes após a sua saída do tratamento, que inclui a monitorização periódica das recaídas por métodos objetivos.

5. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS (RD)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Acesso a programas e serviços

RD.1

As pessoas que acedem ao programa/serviço são informadas do conteúdo da carteira de serviços aí disponibilizados e das condições da sua utilização.

RD.2

Tanto o regulamento de funcionamento do serviço, como os direitos e deveres dos utentes, estão expostos num local visível e acessível a todas as pessoas que aí acedam.

RD.3

Os horários de funcionamento e abertura dos serviços são dilatados e coincidem com as necessidades dos utentes aos quais se destinam.

Recursos humanos

RD.4

A composição das equipas que intervêm em redução de danos adapta-se às necessidades da população-alvo e ao tipo de programa desenvolvido, sendo que os técnicos deverão possuir as qualificações necessárias e adequadas às funções que estão a realizar.

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

RD.5

O programa contempla a avaliação dos comportamentos de risco relacionados com a adição (consumo injetável, antecedentes de overdoses, uso de drogas com

potenciação do efeito depressor sobre o SNC, uso partilhado de drogas e/ou de materiais de consumo, consumo no espaço público).

NOTA: o reduzido número de critérios de programas de redução de danos poderia aconselhar a sua inclusão, como subcapítulo, dentro dos critérios de acreditação dos programas de prevenção.

6. CRITÉRIOS PARA A ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REINserÇÃO SOCIAL (IS)

CRITÉRIOS ESTRUTURAIIS

Acesso aos programas e serviços

IS.1

Estão estabelecidos critérios precisos de inclusão e exclusão no programa.

IS.2

A população-alvo destes programas é descrita de forma precisa, tendo sido definido o seu perfil e características.

IS.3

Existe um protocolo que regula o acesso/admissão dos utentes do programa, ou pelo menos, o programa descreve os procedimentos previstos para tal.

IS.4

O conteúdo da carteira dos serviços oferecidos pelo programa é difundido entre os potenciais beneficiários e entre as entidades/serviços que trabalham na área das dependências ou da exclusão social.

IS.5

São tidas em consideração as barreiras que o género pode introduzir no acesso ao programa.

Recursos humanos

IS.6

O programa dispõe de técnicos especializados capazes de trabalhar na melhoria das competências pessoais e sociais, em especial daquelas relacionadas com a procura de emprego.

Mecanismos de colaboração e coordenação

IS.7

Existem acordos de colaboração com vários programas e serviços (sociais, de emprego, etc.) que permitem o acesso aos mesmos pelos beneficiários dos programas de reinserção social.

IS.8

São estabelecidas alianças com outras organizações, instituições ou grupos comunitários que trabalham no âmbito da integração social em diferentes contextos: criação de redes e estruturas de cooperação interinstitucional.

IS.9

O programa é integrado em planos ou estratégias mais alargadas, dirigidas à prevenção da exclusão social e/ou a apoiar a reintegração social de grupos mais vulneráveis ou desfavorecidos.

CRITÉRIOS DE FUNCIONAMENTO OU DE PROCESSO

Avaliação e análise das necessidades

IS.10

O programa inclui uma justificação adequada, apoiada num prévio estudo das necessidades.

IS.11

Foram avaliadas as necessidades e solicitações mais frequentes da população toxicod dependente potencialmente beneficiária deste programa, em especial as

relações com certos problemas sociais e de saúde: laborais, económicos, familiares, de habitação, de carácter judicial ou legal, de isolamento social, perturbações mentais associadas à dependência de drogas, deficiências e incapacidades e doenças orgânicas graves.

IS.12

O programa analisa a influência que o ambiente social e económico exercem sobre os processos de exclusão e integração social da população potencialmente beneficiária do mesmo, tendo em consideração: a conjuntura económica do país, região ou comunidade onde o programa será implementado e as políticas de emprego vigentes; as atitudes e estereótipos dominantes face às pessoas toxicodependentes, na comunidade onde será executado o programa; as medidas de apoio à sua inserção social; as políticas sociais existentes para prevenir as situações de exclusão social e pobreza e o apoio aos processos de reinserção social.

IS.13

O programa estabelece mecanismos e procedimentos que asseguram que as pessoas que acedem ao mesmo disponham de um diagnóstico social personalizado que estabeleça as suas necessidades em matéria de reinserção social.

IS.14

A recolha da informação necessária para a elaboração do diagnóstico social dos beneficiários do programa, realiza-se através de instrumentos standard (história socio laboral, etc.) que permitem avaliar as seguintes áreas: antecedentes de participação em outros programas de inserção social; tipo de alojamento e características do mesmo; tipo de convivência e relações familiares, situação económica e fontes de rendimentos; situação laboral atual, antecedentes laborais e atitude face ao emprego (que sirva de base para obter um diagnóstico de empregabilidade); nível formativo, relações sociais e redes de apoio social; ocupação de tempos livres; situação jurídico-legal; estado de saúde (física e mental); nível de autonomia pessoal, recursos pessoais, atitude e disposição para a mudança; situação atual de consumos de droga e se for o caso, evolução no tratamento da toxicodependência.

Conceção/formulação do programa

IS.15

Existe um documento escrito no qual se descrevem todos os elementos relevantes do programa, em particular:

- As principais conclusões da avaliação de necessidades e prioridades que se estabeleceram com base nos resultados da análise de necessidades.
- As partes interessadas no programa e os procedimentos para a sua participação.
- A população-alvo do programa (destinatários e mediadores) e os procedimentos para sua seleção.
- O modelo teórico em que assenta o programa.
- Os objetivos do programa.
- As estratégias de intervenção selecionadas.
- Os âmbitos em que incidirá o programa.
- Os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis.
- Os procedimentos de coordenação internos e externos.
- As atividades previstas, a sua duração e cronograma de execução.
- Os procedimentos para o acompanhamento do programa, avaliação do processo e resultados.

IS.16

O programa tem por base uma análise teórica lógica que estabelece a forma como as estratégias e atuações que integra irão contribuir para evitar/reduzir as dificuldades que a população-alvo apresenta em termos de reinserção social.

IS.17

Existe coerência interna entre o suporte teórico do programa, a análise da situação (avaliação de necessidades), os objetivos, as estratégias de intervenção e as atividades previstas.

IS.18

As metas e os objetivos que se pretendem alcançar são explicitados de forma precisa e clara.

IS.19

Os objetivos estão intimamente ligados às necessidades e prioridades identificadas na avaliação das necessidades.

IS.20

O programa inclui objetivos gerais, específicos e operacionais, formulados de forma a poderem ser avaliados de forma objetiva através de indicadores.

IS.21

O programa estabelece objetivos realistas, que têm em conta as limitações da população-alvo e as características sociais, culturais e económicas do contexto a ser intervencionado e que podem dificultar os processos de reinserção social.

IS.22

O programa inclui procedimentos e técnicas de intervenção de qualidade comprovada, perfeitamente definidos e documentados e coerentes com a evidência disponível e/ou as recomendações das boas práticas estabelecidas em matéria de inserção social da população toxicodependente.

IS.23

As estratégias de intervenção selecionadas são ajustadas às características e necessidades da população-alvo.

IS.24

As estratégias de intervenção propostas são viáveis, tendo em conta o contexto onde serão implementadas.

IS.25

O programa inclui estratégias destinadas a facilitar o acesso dos seus potenciais beneficiários, tendo em conta as barreiras organizacionais, económicas, estruturais, sociais e culturais que podem dificultar ou impedir o acesso ao programa, em especial no caso das mulheres, migrantes ou pessoas sem-abrigo. Entre outras, o programa inclui estratégias de aproximação ativa aqueles toxicodependentes que se mantêm afastados dos serviços especializados no tratamento das adições e/ou dos serviços de saúde e sociais gerais, para evitar a consolidação das situações de exclusão e/ou marginalidade.

IS.26

O programa inclui a formação em competências e conhecimentos básicos, prévia ao acesso aos recursos e serviços previstos para favorecer a reinserção social.

IS.27

As estratégias de intervenção previstas no programa assumem a premissa de que a reinserção social é um processo individualizado, existindo múltiplos itinerários que conduzem à sua consecução. Os objetivos e conteúdos dos itinerários de reinserção social são flexíveis, dependendo:

- Da posição de partida do indivíduo (problemas e necessidades, estado de saúde física e mental, etc.).
- Da atitude e nível de compromisso para a mudança.
- Dos recursos, capacidades e competências pessoais.
- Da rede social e familiar de apoio de que dispõe.

IS.28

O conteúdo dos programas individualizados de reinserção social será consensualizado com os interessados, ficando plasmados os acordos e compromissos alcançados num “contrato de inserção social” que será subscrito pelos mesmos.

IS.29

As atividades e a metodologia previstas para o seu desenvolvimento ajustam-se às características da população-alvo.

IS.30

As atividades são coerentes com os objetivos e estratégias previstas no programa.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

IS.31

O programa inclui um plano de avaliação da sua implementação, cobertura e resultados no qual estão identificados: os dados que serão recolhidos para facilitar a sua avaliação e as fontes de informação a utilizar na sua recolha, bem como os

instrumentos, ferramentas e procedimentos seguidos para a avaliação do mesmo (avaliação da situação inicial, intermédia e final dos beneficiários do programa e/ou dos vários serviços que o integram).

IS.32

O plano de avaliação do programa descreve os indicadores de processo que permitem a monitorização das ações desenvolvidas no seu âmbito, entre as quais cabe mencionar o número de beneficiários que:

- Tenham acedido ao programa através dos diferentes mecanismos ou vias estabelecidos para tal.
- Tenham acedido/utilizado os vários serviços ou atividades que o integram (orientação laboral, assessoria social e formação pré-laboral).
- Tenham sido referenciados para centros de tratamento de toxicodependências.
- Disponham de programas individualizados de reinserção social.
- Tenham completado, de forma satisfatória, o programa individualizado de inserção social (PII's), realizando todas as atividades previstas e/ou alcançando os objetivos previstos.
- Integram programas de tratamento.
- São referenciados para a rede de serviços sociais, para a resposta a necessidades sociais básicas.
- São encaminhados para os serviços de emprego.

IS.33

O plano de avaliação do programa descreve os indicadores que avaliam a sua cobertura, em relação à população potencialmente beneficiária do mesmo.

IS.34

O plano de avaliação do programa descreve os indicadores que serão utilizados para avaliar os resultados do mesmo.

ANEXOS

ANEXO I

REVISÃO DA EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NA REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS (RPD)

Sánchez Pardo, L.; Alonso Sanz, C.; Martínez González, F. e Pereiro Gómez, C.

Nas duas últimas décadas, inúmeras instituições e profissionais têm trabalhado para fazer das intervenções desenvolvidas no âmbito dos programas de redução da procura de drogas (PRPD), uma disciplina científica que tenha por base a evidência objetiva.

Estes esforços permitem que hoje disponhamos de uma sólida base empírica sobre as estratégias que, no campo da prevenção dos consumos de drogas, no tratamento das adições, na redução de riscos e de danos e na reinserção social dos toxicodependentes, permitem atingir os objetivos pretendidos bem como das que não são eficazes. Várias investigações internacionais evidenciaram provas científicas fidedignas sobre a eficácia dos diferentes programas desenvolvidos no campo da redução da procura de drogas (RPD). Sendo certo que a evidência disponível não é igualmente abundante nem conclusiva para todos os âmbitos da RPD, são mais numerosas no que respeita aos programas de prevenção dos consumos e de tratamento das toxicodependências.

No entanto, para além das diferenças existentes na quantidade e na qualidade da evidência disponível, a revisão das investigações desenvolvidas no que respeita aos PRPD torna visível uma grande variabilidade na dimensão dos efeitos alcançados pelas intervenções, o que indicia a necessidade de comprovar quais as características destes programas responsáveis por esta variabilidade.

A identificação dos modelos, abordagens e componentes que de acordo com a evidência científica disponível, contribuem para a melhoria da eficácia e eficiência dos PRPD, é um dos objetivos do presente estudo.

Antes de se descrever a evidência identificada no quadro desta revisão, importa abordar uma questão de índole metodológica, nomeadamente a existência de diferentes sistemas de classificação da evidência.

1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA EVIDÊNCIA DISPONÍVEL NA RPD

A tomada de decisões baseada nas melhores provas científicas constitui a aspiração de todas as ciências sociais e de saúde. Como consequência, os responsáveis da concepção das políticas em matéria da redução da procura de drogas (RPD) e os profissionais encarregues da sua implementação, deveriam promover intervenções suportadas por conhecimento científico obtido através de processos de investigação metodologicamente rigorosos.

Determinar se um tipo de estratégia ou intervenção é adequada para um dado grupo de pessoas implica estabelecer, com um razoável grau de certeza, que o balanço entre os benefícios da mesma, por um lado, e os riscos, preconceitos ou efeitos não desejados, por outro, resulta suficientemente favorável para que essa intervenção mereça ser aplicada (Martín y González, 2010).

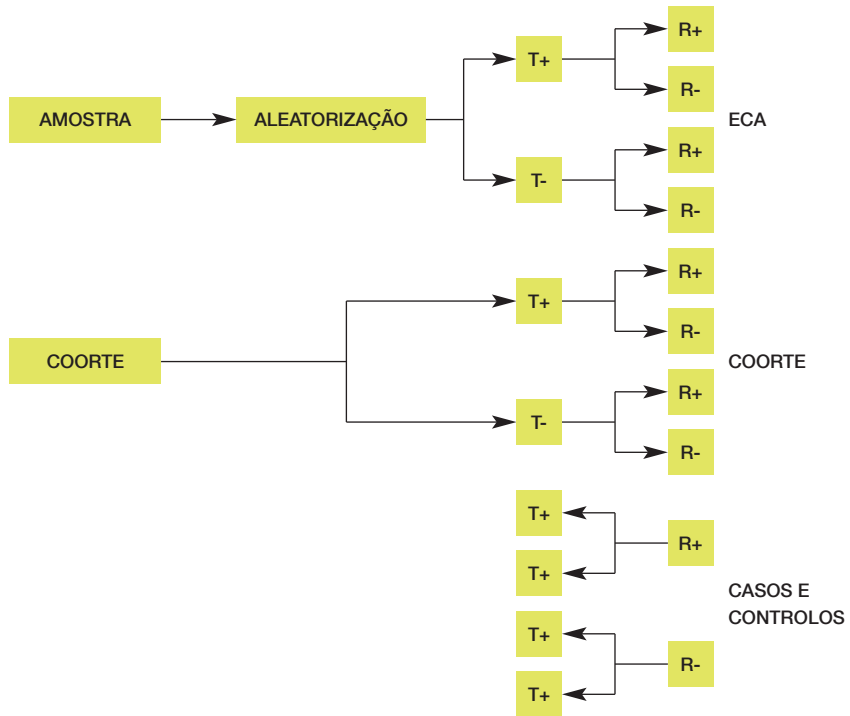
Os conceitos qualidade (nível) da evidência e força (grau) da recomendação são os pilares básicos da prática baseada na evidência, na sua procura de standardizar as intervenções comprovadamente eficazes e eficientes na abordagem dos distintos problemas relacionados com a saúde e, em particular, com a RPD. Para tal, existe um amplo consenso sobre a ideia de que os processos de tomada de decisões sobre o tipo de estratégias a promover terão de se fundamentar no melhor nível de evidência e na maior força da recomendação disponíveis.

Tradicionalmente, a qualidade da evidência tem-se relacionado com a elaboração dos estudos nos quais a mesma é apoiada e na sua qualidade, fundamentalmente centrada na precisão das suas medições (limitação do erro aleatório) e na validade da sua concepção (limitar os erros sistemáticos). Como consequência, o nível de evidência é maior nos estudos analíticos que nos descritivos, e nos estudos experimentais (baseados em ensaios clínicos) que nos observacionais (estudos de coorte, estudos de casos e controlos).

Não obstante, nem todas as intervenções desenvolvidas no campo da saúde e, em particular, no contexto dos programas de redução da procura, podem basear-se em desenhos experimentais, por razões de índole muito distinta: de caráter ético, de custos, por dificuldades metodológicas relacionadas com o controlo de certas variáveis envolvidas, etc.

No quadro anexo é mostrada a concepção geral dos três tipos de estudos habitualmente utilizados na avaliação da existência de relações causais. Tanto no caso do ensaio clínico aleatório (ECA), como na elaboração dos estudos de coorte, aos sujeitos é atribuído um determinado tipo de tratamento ou intervenção (T+; T-), sendo seguidos no tempo para avaliar os resultados obtidos (R+; R-) em cada uma das categorias de exposição ou tratamento. Ambos os tipos de estudos são prospetivos e o tratamento/intervenção precede o resultado que se pretende avaliar, sendo que a diferença básica entre os ECA e os de

TIPOLOGIA DE ESTUDOS DE AVALIAÇÃO DAS RELAÇÕES CAUSAIS



Fonte de consulta: Ballesteros, 2007.

coorte reside na forma como são selecionados os sujeitos para o tratamento ou intervenção (de forma aleatória ou não-aleatória). Pelo contrário, na elaboração de casos e controles, parte-se do resultado e avalia-se, retrospectivamente, a presença ou não de possíveis tratamentos ou exposições. Esta inversão temporal do fluxo de acontecimentos (e dos vieses de seleção e informação que podem ocorrer) faz com que os desenhos com casos e controles sejam mais problemáticos do que o desenho de coortes, para o estabelecimento de relações de causalidade, no conjunto dos desenhos observacionais.

Em função do tipo de desenho utilizado para avaliar os resultados de uma intervenção, a informação obtida evidencia diferentes níveis de qualidade, dos quais derivam diferentes graus de recomendação para a sua implementação.

O grau da recomendação indica até que ponto se pode confiar em que a sua aplicação traga mais benefícios que riscos. É importante destacar que na elaboração das recomendações se deve ter em conta, além da qualidade da evidência, outros fatores como:

o balanço entre benefícios e riscos, a consistência dos estudos, a aplicação prática da recomendação numa determinada população ou grupo de pacientes, os custos da sua aplicação, etc.

Deverá ter-se em conta que a existência de uma recomendação, a favor ou contra uma determinada intervenção, não significa que a mesma deva ser extensível a toda a população, dado que existem outros fatores a ter em consideração, tais como as circunstâncias específicas da população potencialmente beneficiária da mesma, as suas próprias preferências ou elementos do contexto (valores, normas, etc.) que possam desaconselhar a sua implementação. Assim, por exemplo, o fato de que as terapias de substituição com metadona se terem mostrado eficazes na redução do consumo ilegal de opiáceos, não implica que todos os pacientes com problemas de dependência de opiáceos devam ser tratados com metadona. A análise da evidência disponível no campo da RPD confronta-se com um problema comum a outros âmbitos, como é o de instituir um sistema de referência para avaliar a qualidade da evidência e estabelecer uma classificação das recomendações, dado que existem múltiplos sistemas para tal, com diferenças substanciais nos critérios de avaliação e estruturação da evidência e diferentes interpretações dos graus de recomendação.

Para tentar resolver este problema, no ano 2000 foi constituído o grupo de trabalho GRADE (*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), integrado por especialistas em metodologia e clínicos de vários países, com o objetivo de criar um método comum de classificação da qualidade da evidência e da força das recomendações, que impeça que de acordo com o sistema de qualificação utilizado, uma mesma evidência obtenha diferentes classificações (toda informação sobre o sistema GRADE está disponível em <http://www.gradeworkinggroup.org>).

Avaliar corretamente a evidência científica requer considerar múltiplos aspetos metodológicos que vão para além da mera classificação com base no desenho do estudo. Se bem que os ensaios clínicos controlados e aleatórios (ou as revisões sistemáticas neles baseadas) sejam considerados como o nível máximo em termos da evidência científica, estes estudos podem ter limitações à sua aplicabilidade ou falhas de desenho que gerem vieses ou desvios na estimação dos resultados. Por outro lado, outros desenhos observacionais alternativos (como os estudos de coorte ou casos e controlos) podem, por sua vez, gerar evidência muito sólida e consistente quando abarcam um grande número de pacientes que apresentam semelhança aos da prática na vida real.

Como assinalam alguns autores (Benson e Hartz, 2000; Concato *et al.*, 2000; Cook *et al.*, 2008), em certos casos, estudos *quasi*-experimentais bem realizados proporcionam estimativas similares às dos ensaios aleatórios controlados; tanto é assim que certas investigações sugerem que os estudos *quasi*-experimentais podem trazer benefícios quando os ensaios aleatórios controlados não o conseguem fazer (Hulley *et al.*, 1988; Pocock y Elbourne, 2000; Gotzsche y Olsen, 2000).

A proposta do grupo de trabalho GRADE indica que para avaliar a qualidade da evidência é necessário fazer uma apreciação da validade dos resultados de cada estudo no que se refere aos resultados mais importantes. Para levar a cabo esta avaliação deveriam ser utilizados critérios explícitos. As etapas a seguir neste enquadramento permitem realizar avaliações sequenciais sobre (Atkins *et al.*, 2004):

- A qualidade da evidência nos diferentes estudos, para cada um dos resultados importantes.
- Os resultados que são cruciais para uma tomada de decisão.
- A qualidade global da evidência sobre estes resultados cruciais.
- O balanço entre benefícios e riscos.
- A força das recomendações.

A metodologia que segue o Sistema GRADE para avaliar a qualidade da evidência e a força das recomendações pode sintetizar-se da seguinte forma:

- Categorização das variáveis de resultado e da sua importância relativa. Nesta etapa devem estabelecer-se de forma explícita as variáveis de resultados com interesse real para as populações às quais se dirigem as intervenções e classifica-las segundo a sua importância relativa.
- Avaliação da qualidade da evidência. Distingue quatro categorias possíveis para cada uma das variáveis de resultados e analisa, posteriormente, a qualidade global da evidência:
 - Alta: é muito pouco provável que novos estudos modifiquem o nível de confiança no resultado estimado.
 - Moderada: é provável que novos estudos tenham um impacto importante no nível de confiança no resultado estimado e que estes possam modificar esse resultado.
 - Baixa: é muito provável que novos estudos tenham um impacto importante no nível de confiança no resultado estimado e que estes possam modificar esse resultado.
 - Muito baixa: qualquer resultado estimado é muito incerto.

Para classificar a qualidade da evidência, o Sistema GRADE começa por ter em conta o desenho do estudo e a sua adequação às perguntas às quais as investigações realizadas pretendem dar resposta: inicialmente, os ensaios aleatórios sem limitações importantes constituem evidências de qualidade, enquanto que os estudos observacionais sem especiais pontos fortes ou com limitações importantes são considerados como evidências de baixa qualidade. No entanto, existem diversos fatores que incidem diretamente sobre a qualidade da evidência, quer fazendo diminuir (limitações do estudo, falta de coerência dos resultados, caráter indireto da evidência, etc.) ou aumentar a sua qualidade (grande magnitude do efeito, etc.).

- Graduação da força da recomendação em duas categorias (recomendações fortes ou fracas, ou a favor ou contra), indicando até que ponto é possível confiar que a concretização da intervenção trará mais benefícios que riscos.
 - Forte: alto grau de confiança em que os efeitos desejáveis da intervenção superem os não-desejáveis (recomendação forte a favor) ou vice-versa (recomendação forte contra). Uma recomendação forte poderia traduzir-se em “Fazer Sempre” ou “Nunca Fazer”.
 - Fraca: provavelmente os efeitos desejáveis da intervenção superam os não-desejáveis (recomendação fraca a favor) ou vice-versa (recomendação fraca contra), mas existe menor grau de certeza. Uma recomendação fraca poderia traduzir-se em “Pode fazer-se, mas considere outros fatores antes de decidir”.

Existem vários fatores que determinam a força da recomendação (Martín y González, 2010):

- Equilíbrio entre os efeitos desejáveis e adversos (quanto maior é a diferença entre estes, maior é a probabilidade de que se justifique uma recomendação forte).
- Qualidade da evidência (quanto maior é a qualidade da evidência, maior é a probabilidade de que se justifique uma recomendação forte).
- Valores e preferências das populações-alvo (quanto mais variam estes valores e preferências, mais se justificará uma recomendação fraca).
- Custos (quanto maiores são os custos ou recursos atribuídos a uma intervenção, menor é a probabilidade de que se justifique uma recomendação forte).

Boa parte da evidência disponível não foi avaliada de acordo com os numerosos sistemas de classificação existentes. Apenas recentemente, o Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências estabeleceu no seu portal de boas práticas, um método para a classificação da evidência das intervenções fornecidas pelos vários Estados da União Europeia (<http://emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/methodology>). Este modelo, inspirado no Sistema Grade, classifica as intervenções desenvolvidas, em cinco grandes categorias:

- Benéficas: intervenções para as quais foram encontradas, em revisões sistemáticas de estudos de relevância, medidas precisas dos resultados a favor do tipo de intervenção, avaliados com métodos fiáveis para a valoração das evidências. Uma intervenção classificada como “benéfica” é considerada adequada para a maioria dos contextos.
- Provavelmente benéficas: intervenções que demonstraram ter poucas medidas de resultado, mas que é provável que sejam eficazes, para as quais a evidência é limitada e/ou as que se recomendam com certa cautela nos sistemas que aplicam métodos fiáveis para a valorização da evidência (por exemplo, GRADE). Uma intervenção classificada como “provavelmente benéfica” é adequada na maioria dos contextos, desde que aplicada com algum critério.

- Equilíbrio/compensação entre benefícios e danos: intervenções que obtêm medidas de efeitos favoráveis, mas que mostraram algumas limitações ou efeitos não-desejados que devem ser avaliados antes de serem promovidas.
- Eficácia desconhecida: intervenções para as quais os estudos são insuficientes ou de baixa qualidade (com rigor metodológico incerto), pelo que se torna difícil avaliar se são eficazes ou não. As intervenções sobre as quais se devem realizar mais investigações são também agrupadas nesta categoria.
- Evidência da ineficácia: intervenções que obtiveram resultados negativos quando comparadas com *standards* de intervenção ou nenhuma intervenção, por exemplo.

Por seu lado, nos Estados Unidos, o Registo Nacional de Programas e Práticas com Base na Evidência (National Registry of Evidence-based Programs and Practices, NREPP - US Department of Health and Human Services) define que os programas baseados na evidência devem cumprir os quatro requisitos mínimos fundamentais que de seguida se enumeram:

- A intervenção demonstrou um ou mais resultados positivos ($p = .05$) na redução do uso de substâncias pelos indivíduos, nas comunidades ou nas populações nas quais tenha sido aplicada.
- A evidência destes resultados foi demonstrada pelo menos num estudo experimental ou *quasi*-experimental.
- Os resultados destes estudos são publicados em revistas *peer review* ou documentados num relatório de avaliação compreensiva.
- A documentação da intervenção e a sua correta aplicação (por exemplo manuais, protocolos, ferramentas, materiais de formação) foi efetuada e está disponível para o público, facilitando a sua difusão.

PONTOS-CHAVE

- Existem múltiplos sistemas para classificar a qualidade da evidência e a força das recomendações.
- As diferenças e limitações destes sistemas de classificação podem gerar interpretações divergentes (e até contraditórias) de uma mesma evidência e confusões na difusão da mesma.
- Aquando da avaliação da qualidade de uma evidência, para cada resultado importante deve ser tido em conta o desenho do estudo, a sua qualidade e consistência e se a evidência é direta ou indireta.
- O balanço entre os benefícios e os riscos, a qualidade da evidência e se esta é direta ou indireta e o risco de base, são aspetos a ter em conta quando se realizam apreciações sobre a força das recomendações.

Neste âmbito, optou-se por utilizar o Sistema GRADE para classificar a evidência disponível no que se refere aos PRPD, por ser este o utilizado por outras instituições relevantes nesta área, como o Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências ou a Organização Mundial da Saúde. Como tal, a evidência será classificada como “alta”, “moderada”, “baixa” ou “muito baixa”, de acordo com as seguintes definições (WHO, 2009):

- Alta: é muito pouco provável que a investigação adicional altere a confiança na estimativa do efeito.
- Moderada: é provável que a investigação adicional venha a ter um impacto importante na confiança da estimativa do efeito e possa mesmo alterar essa estimativa.
- Baixa: é muito provável que a investigação venha a ter um impacto importante na confiança da estimativa do efeito e é provável que altere a estimativa.
- Muito baixa: qualquer estimativa do efeito é muito incerta.

2. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

Como apontam Babor e colaboradores (2010), a investigação sobre os resultados dos programas de prevenção apresenta algumas limitações importantes. A primeira destas limitações tem a ver com o facto de os investigadores terem estudado um número reduzido de estratégias, de modo que algumas das mais comumente utilizadas, como seja o apoio a parcerias comunitárias que se organizam para combater o uso de drogas, raramente tenham sido avaliadas. De facto, são as intervenções desenvolvidas nas escolas as que dispõem de uma maior base de dados probatórios, em grande medida porque o espaço da sala de aulas facilita a realização de ensaios aleatórios controlados, ao contrário do que sucede em outros âmbitos tradicionais da intervenção preventiva (programas comunitários de prevenção, programas centrados no uso dos vários meios de comunicação, etc.). A segunda destas limitações, estreitamente ligada à anterior, relaciona-se com o facto de que praticamente não existem investigações sobre os resultados dos programas de prevenção do consumo de drogas em outras populações além dos adolescentes e jovens (por exemplo, foi muito pouco investigada a eficácia dos programas de prevenção em determinados âmbitos, como o laboral, maioritariamente constituído por uma população adulta). A terceira destas limitações tem a ver com a circunstância de que cerca de 90% das investigações centradas na avaliação dos programas de prevenção foram realizadas nos EUA, o que levanta dúvidas sobre se os resultados obtidos pelas mesmas se poderão generalizar a outros países.

De seguida são detalhadas as principais evidências disponíveis relativamente às intervenções preventivas desenvolvidas nos diferentes âmbitos, bem como as estratégias que habitualmente integram os programas de prevenção.

2.1. EVIDÊNCIA SOBRE OS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO ESCOLAR

Uma meta-análise efetuada nos EUA, com base na revisão de 595 estudos de programas de prevenção dirigidos a adolescentes, revelou que as intervenções mais eficazes para modificar o consumo de tabaco, álcool, marijuana e outras drogas eram aquelas que incluíam atividades de treino de competências sociais gerais e as baseadas no treino de competências para rejeitar a oferta de drogas (Tobler e Stratton, 1997). Como consequência, muitos programas de prevenção do abuso de substâncias incluem entre as suas componentes o treino em assertividade e outras competências sociais, depois de constatado que estas podem contribuir para a melhoria da resistência dos adolescentes à pressão do grupo de pares para consumir drogas (Botvin, 2000).

Esta posição é congruente com o facto de que entre os princípios a seguir para a prevenção das toxicodependências, segundo indica o Instituto Nacional sobre o Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse – NIDA, 2005), se incluem alguns dos referidos especialmente na prevenção em meio escolar, entre os quais: “Os programas de prevenção para os estudantes da escola preparatória e secundária devem aumentar as aptidões académicas e sociais através das seguintes competências: 1) Hábitos de estudo e apoio académico, 2) Comunicação, 3) Relações com os colegas, 4) Autoeficácia e reafirmação pessoal, 5) Competências para resistir à oferta de drogas, 6) Reforço das atitudes antidrogas e 7) Fortalecimento do compromisso pessoal contra o abuso de drogas.”

Não obstante, os resultados de algumas investigações (Gorman, 2011) questionam a eficácia dos programas de competências para a vida, enquanto algumas revisões destacam a superioridade dos programas de influência social (Roona *et al.*, 2007)

As avaliações dos programas de prevenção centrados em variáveis psicossociais permitem concluir que, de forma geral, estas intervenções atingem resultados positivos sobre variáveis como o grau de informação ou as atitudes face às drogas. Quando o critério de avaliação utilizado é o consumo, os resultados positivos limitam-se aqueles programas que centram a intervenção na promoção das competências e nas variáveis psicossociais relacionadas com o consumo (Bangert-Drowns, 1998; Tobler e Stratton, 1997; Tobler *et al.*, 2000; Wilson, Gottfredson e Najaka, 2001).

Entre os programas que conseguiram os melhores resultados encontra-se o *Life Skill Training*¹ desenvolvido na Universidade de Cornell de Nova Iorque, (Botvin e Tortu, 1988). Não obstante, as evidências sobre os resultados positivos deste tipo de programas não são

1. Ao longo deste texto será também referenciado como *Programa de formação em competências de vida* ou genericamente como programa/s de competências para a vida

tão claras quando se referem à manutenção dos seus efeitos no tempo (alguns estudos assinalam que estes efeitos desaparecem, enquanto que outros indicam que se mantêm sobre o consumo de tabaco e álcool).

Autores como Resnicow e Botvin (1995) atribuem a redução dos efeitos à medida que o tempo passa a questões como: o uso de programas demasiadamente curtos, o baixo grau da implementação dos mesmos, a inclusão de componentes curriculares inadequadas, a redução do poder estatístico associado à perda de sujeitos ou a existência de expectativas inadequadas sobre os efeitos dos programas.

O desaparecimento, com o avançar do tempo, dos efeitos positivos sobre o consumo de tabaco e álcool dos programas de competências para a vida, não supõe o desaparecimento dos efeitos destes programas no consumo de outras drogas (Goméz, Luengo e Romeo, 2001). O atraso na idade de início de consumo de tabaco ou álcool, ou a redução da sua frequência, têm um efeito importante na prevenção do consumo de outras drogas, o qual pode ter um desenvolvimento mais tardio.

Uma meta-análise realizada por Faggiano *et al.* (2005) que incluiu 32 estudos de avaliação da eficácia de programas de prevenção do consumo de drogas ilegais em meio escolar, analisou a eficácia destes programas em função do tipo de intervenções, que incluíam: 1) intervenções puramente de informação/conhecimento, 2) intervenções únicas sobre a resposta afetiva, 3) intervenções baseadas nos colegas, para realçar a pressão exercida por estes em favor do consumo, que incluem a capacidade de rejeição (resistência) e aptidões para a vida social, estos últimos baseados nas competências interpessoais (comunicação, etc.) ou pessoais (educação afetiva). Os resultados sobre a eficácia de cada uma destas estratégias preventivas indicam que:

- Os programas baseados na informação/conhecimento melhoram as variáveis de intervenção (especialmente o conhecimento sobre as drogas) em comparação com o currículo habitual, mas não são mais eficazes do que os programas baseados nas competências. Quando se consideram os resultados finais (o consumo de drogas), os seus efeitos são comparáveis com os do currículo habitual e dos outros tipos de programas.
- Os programas baseados na resposta afetiva melhoram as competências para a tomada de decisão e o conhecimento sobre drogas, em comparação com o currículo normal e com as intervenções baseadas no conhecimento.
- Os programas baseados nas competências têm um efeito positivo nas variáveis da intervenção (conhecimento sobre as drogas, tomada de decisões, autoestima e resistência à pressão dos colegas) e sobre os resultados finais (consumo de drogas), em comparação com o currículo habitual. A meta-análise das variáveis dicotómicas sobre o consumo de drogas mostra que este é menor nos grupos da intervenção após a mesma, mesmo anos após o final dessa intervenção.

Os resultados desta meta-análise são coerentes com os apresentados por outras revisões sistemáticas realizadas sobre a eficácia da prevenção primária do consumo de drogas na população escolar (Tobler *et al.*, 2000).

Outra meta-análise interessante é a realizada por Thomas e Perera (2008), visando determinar se os programas escolares para prevenir o consumo de tabaco são mais eficazes do que uma intervenção mínima ou do que nenhuma intervenção. Este trabalho baseia-se em 23 estudos de qualidade elevada que incluíam o seguinte tipo de intervenções: fornecimento de informação, competências sociais, influência social, competência social e influência social combinadas, influência social vs. fornecimento de informação e iniciativas multimodais.

Estas são as suas principais conclusões:

- O estudo sobre fornecimento de informação por si só, mostrou um efeito significativo da intervenção. Devido ao número limitado de estudos rigorosos, é difícil excluir um efeito benéfico da informação, por si só, sobre o tabaco, mas existem poucas provas positivas disponíveis para apoiar esta intervenção.
- Os dois estudos que promoviam as competências sociais revelaram efeitos positivos, mas sem significado estatístico.
- Dos treze ensaios que recorreram, em maior ou menor medida, aos modelos de influência social e naqueles em que estes constituíram a forma predominante de intervenção, nove mostraram algum efeito positivo da intervenção na prevalência do hábito de fumar. A revisão mostra que existem algumas evidências de que os programas das escolas que integram modelos de influência social podem afetar o comportamento dos fumadores, a curto prazo. Adicionalmente, alguns estudos com longos períodos de seguimento apresentaram resultados positivos.
- Os três estudos que incluem combinações de modelos de influência social e de competências sociais não apresentam provas suficientes para determinar se a agregação destas intervenções é mais eficaz do que as intervenções de influência social.
- Existem dados limitados que permitam uma avaliação sobre a maior eficácia das intervenções de influência social, realizadas em conjunto com iniciativas mais amplas de múltiplas modalidades, como seja a participação comunitária.

Se bem que nenhum estudo de qualidade elevada comparou diretamente o impacto que o diferente número de sessões do programa e de reforço tem nos seus resultados, o *Hutchinson Smoking Prevention Project* incluiu mais sessões do que outros estudos (65 lições em sala de aula). Os resultados nulos deste programa questionam a importância do número de sessões como uma variável de avaliação, pelo menos no contexto das intervenções de influência social.

Uma das dificuldades para interpretar os resultados das avaliações dos programas de prevenção escolar radica na forma de caracterizar as intervenções, dado que muitos programas recorrem a uma combinação eclética de abordagens. Onde existe uma orientação teórica clara, há diferenças nas componentes e desacordo sobre quais são os elementos eficazes. A dificuldade na caracterização das intervenções pode ser uma razão que explique os resultados contraditórios das revisões e meta-análises anteriores, tendencialmente mais otimistas sobre os benefícios dos programas de prevenção escolar (Bruvold, 1993, Rooney e Murray, 1996 e Tobler *et al.*, 2000) que os apresentados na revisão realizada por Thomas e Perera (2008).

Atualmente, existe maior cautela quando se apontam os resultados positivos dos programas baseados em modelos de influência social, realçando o fato de que se bem que alguns programas mostrem efeitos positivos a curto prazo, não há, no entanto, provas sólidas de um benefício a longo prazo.

Continuará a existir desacordo sobre o grau em que o êxito ou o fracasso dos estudos, considerados individualmente, se relaciona com as diferenças das intervenções testadas. Ao decidir concretizar, ou não, um programa em particular, os decisores políticos devem considerar não só as evidências de eficácia, como também os custos da implementação da intervenção. Autores como Reid (1999) argumentam que as intervenções complexas nas escolas impõem exigências pouco realistas para o tempo disponível dos professores e conseqüentemente não se podem manter a longo prazo. Os decisores políticos deverão prestar tanta atenção a estas questões quanto aos detalhes mais subtis da intervenção utilizada.

Um trabalho sobre os critérios de qualidade no desenvolvimento de projetos e ações na área da promoção da saúde e da educação para a saúde em centros escolares (Salvador *et al.*, 2008) traz valiosas recomendações, com base na evidência, que deveriam ser tidas em conta na conceção e execução dos programas de prevenção do consumo de drogas nos centros escolares:

- As intervenções de promoção da saúde e educação para a saúde nos centros educativos podem ser eficazes quando são capazes de transmitir conhecimentos, desenvolver capacidades e promover a adoção de escolhas que se traduzam numa conduta positiva, orientada para a saúde.
- É sabido que a informação, se bem que importante, por si só não gera modificações de comportamento, sendo necessário associar um desenvolvimento de competências para a vida realizada através de métodos interativos, entre os quais se incluem as competências sociais e para a vida em geral, a autoestima, o autocontrolo emocional ou a resolução de problemas, entre outras.
- O desenvolvimento do método baseado no treino de competências para a vida demonstrou ser de utilidade na prevenção do consumo de substâncias psicoativas

(Alonso, Freijo e Freijo, 1996; Becoña, 2002; Bonde *et al.*, 2004; Gómez *et al.*, 2002; Moral *et al.*, 2004).

- Em geral, os programas de promoção da saúde e educação para a saúde que podem considerar-se eficazes são aqueles que:
 - Foram bem desenhados (planificação adequada).
 - Explicitam as teorias nas quais se baseiam, como o Modelo de Crenças em Saúde e os múltiplos modelos derivados da Teoria da Aprendizagem Social.
 - São acompanhados de um projeto de desenvolvimento integrado e de largo espetro, para o conjunto dos professores.
 - Slém da aquisição de conhecimentos relevantes relativos à área da saúde, têm como objetivo a realização e o enriquecimento das competências para a vida.
- A experiência acumulada até aos dias de hoje indica que os projetos educativos de qualidade nesta área são caracterizados por:
 - Oferecer uma abordagem complexa, multifatorial e contar com mais de um domínio de ação (curricular, contexto escolar e/ou comunitário).
 - Oferecer intervenções intensivas e de longa duração, tendo em conta as mudanças no desenvolvimento social e cognitivo da juventude.
 - Dar a atenção adequada à formação do conjunto de professores (bem como a outros agentes envolvidos no projeto) e assegurar os recursos necessários para a sua implementação.
- A eficácia das intervenções pode piorar significativamente se a sua implementação não for a adequada, sendo habitual que a fidelidade aos projetos originais seja pobre (Mukoma e Flisher, 2004).

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS ESCOLARES

Intervenções benéficas

- A evidência empírica a favor dos programas escolares de prevenção é geralmente fraca e não permite recomendar a divulgação ampla de nenhum programa (Pape, 2009). Como consequência, a possibilidade de admitir um programa como modelo baseia-se sempre numa evidência parcial e provavelmente enviesada dos resultados experimentais e em nenhum caso em provas irrefutáveis que garantam a sua eficácia. Nesta linha, vários autores assinalam que as agências que procuram identificar programas de prevenção “baseados em evidência” ou “modelo” deverão rever toda a evidência disponível (Gorman, 2011).

- Os programas escolares que implementam os conceitos de influência social e competência para a vida são eficazes na redução do consumo de álcool na última semana (Foxcroft *et al.*, 2008), na redução da embriaguez geral e a da embriaguez em 3 ou mais episódios (Faggiano *et al.*, 2010).
- Os programas escolares que implementam os conceitos de influência social e competências para a vida são eficazes na redução do consumo de cannabis em três ou mais ocasiões nos últimos 30 dias (Faggiano *et al.*, 2010), se bem que alguns autores (Gorman, 2011) questionem a capacidade de programas como o *Life Skills Training* para reduzir o consumo de marijuana em adolescentes.

Intervenções provavelmente benéficas

- Os programas escolares interativos mostram ser mais eficazes do que os programas não interativos, no que se refere (Tobler *et al.*, 2000; Cuijpers, 2002b; Roona *et al.*, 2003; Porath-Waller *et al.*, 2010): à redução do consumo de tabaco e álcool bem como de cannabis e outras drogas ilícitas, à diminuição da condução sob a influência do álcool e o atraso na idade de início de consumo de substâncias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Um estudo que analisou 29 revisões (McGrath *et al.*, 2006) encontrou evidência a favor da eficácia dos pares educadores em programas de prevenção de drogas na escola, para reduzir o consumo de tabaco e o uso de todas as substâncias, no pós teste. No entanto, esta eficácia relativa não se avaliava no acompanhamento de um ou dois anos (*Best Practice Portal*, EMCDDA). Enquanto alguns autores concluem que a participação de líderes não melhora os resultados (Ellickson *et al.*, 1993), outros apoiam sem reservas a sua utilidade (Cuijpers, 2002; Fernández, Nebor e Jané, 2002).
- Uma revisão sistemática de 32 estudos, 29 dos quais ECA, encontrou evidências de que os programas que incorporam o treino de competências para a vida são mais eficazes do que os programas habituais, em (Faggiano *et al.*, 2005): reduzir o uso genérico de drogas, reduzir o consumo de cannabis, melhorar a capacidade para a tomada de decisões, melhorar a autoestima e aumentar a resistência à pressão de pares (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

No entanto, Gorman (2011) chega à conclusão que é improvável que o programa *Life Skills Training* reduza o consumo de marijuana entre os adolescentes. Além do mais, os resultados favoráveis podem dever-se mais ao tipo de análise realizada e não à sua verdadeira eficácia (Gorman e Huber, 2009).

Neste mesmo sentido, Roona, Streke e Ochshorn *et al.* (2007) chegam à conclusão que, no ensino secundário, os programas compreensivos de competências para a vida não são mais eficazes do que os programas de influência

social para o conjunto das drogas, excetuando o álcool. No caso do álcool, os programas de influência social são superiores aos de competência para a vida pois são capazes de prevenir o abuso de álcool, embora não influam na prevalência do uso. Consequentemente, estes autores recomendam o uso de programas baseados na influência social em vez dos programas compreensivos de competências para a vida.

- Os programas baseados na resposta afetiva (Faggiano *et al.*, 2005) melhoram as competências para a tomada de decisões e o conhecimento sobre drogas, em comparação com o currículo habitual e com as intervenções baseadas no conhecimento (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Existe bastante evidência de que os programas baseados nas abordagens de influência social (Tobler *et al.*, 2000; Cuijpers, 2002b) incidem, de forma positiva, em algumas e importantes variáveis mediadoras do uso de drogas, como a educação normativa, o compromisso dos estudantes em não usarem drogas e a sua intenção de não o fazer no futuro. Se bem que existam ainda poucos dados que avalizem resultados que perdurem no tempo, alguns estudos disponíveis proporcionam evidência empírica da eficácia, a longo prazo, dos programas baseados na influência social para a prevenção ou redução do consumo de substâncias, mesmo 15 anos após o término do programa, especialmente se foram incluídas sessões de revisão (Skara e Sussman, 2003).
- Desconhece-se a utilidade do treino de competências para rejeitar as incitações ao consumo. Enquanto alguns trabalhos concluem que as competências para rejeitar o consumo não são uma componente essencial dos programas de educação sobre drogas (Roona *et al.*, 2007), outros consideram que para que as competências para rejeitar sejam eficazes, devem ser acompanhadas de outros elementos (Sussman *et al.*, 1993). Por exemplo, é necessário que sejam complementados com educação normativa, já que as competências para rejeitar não terão efeito se o sujeito acreditar que consumir drogas é correto (Donaldson *et al.*, 1995).
- Foram obtidos bons resultados com programas de componentes múltiplas que incluem uma intervenção escolar desenvolvida em simultâneo com componentes comunitárias. Por exemplo, o *Midwestern Prevention Program – MPP (Proyecto STAR)* combina um programa escolar baseado na influência social ao qual se associaram quatro componentes de carácter mais comunitário: programa de meios de comunicação (campanhas de informação sobre o programa, competências de prevenção, etc.), programas de pais (colaboração com os pais para eliminar o uso de drogas nos centros escolares, formação dos pais em competências de comunicação, etc.), programa de organização da comunidade (formação de líderes comunitários em prevenção) e alterações na política sobre drogas (restringir o acesso dos jovens a drogas, recolha de fundos para a prevenção, aumento dos impostos nas bebidas alcoólicas, etc.). Os resultados indicam que o programa teve

êxito na redução do consumo de tabaco, álcool e marijuana e que 15 anos após o seu fim os resultados se mantinham (Pentz, 2001). É também útil na redução do consumo de drogas em populações de alto risco, isto é, em sujeitos que já consumiam tabaco, álcool ou marijuana, antes da intervenção (Chou *et al.*, 1998).

No entanto, outras revisões (Foxcroft e Tsertsvadze, 2011c) mostram que os programas com componentes múltiplas podem ser eficazes na prevenção do consumo de álcool, mas que existem poucas provas que as intervenções com componentes múltiplas sejam mais eficazes do que as intervenções que envolvem uma só componente (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Intervenções de eficácia desconhecida*

- Uma revisão (McGrath *et al.*, 2006) encontrou evidência de que as sessões de reforço ou componentes adicionais similares que tenham como objetivo reforçar os efeitos de um programa, têm um impacto positivo nos resultados previamente obtidos. No entanto, dado que a relação entre as sessões de reforço e os resultados do programa não foi estatisticamente avaliada, a mesma deve ser entendida como hipotética (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Não obstante, dado que é muito habitual nos programas de prevenção o desaparecimento, com o decurso do tempo, dos efeitos positivos conseguidos a curto prazo, muitos autores recomendam a realização de sessões de revisão ou a realização de intervenções posteriores de consolidação (Fernandéz, Nebot e Janet, 2002; NIDA, 2004).

- Os programas orientados para a melhoria do conhecimento (Faggiano *et al.*, 2005) conseguem incrementar os conhecimentos dos participantes sobre as drogas ilícitas, se bem que não têm nenhum efeito sobre o uso das mesmas (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Não existe evidência (Velleman, 2009) de que a formação específica lecionada aos jovens, com o fim de conseguir que se influenciem entre si, seja eficaz na redução do consumo de álcool e tabaco, no aumento do conhecimento e na modificação de atitudes face ao álcool e ao tabaco (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenções nas quais é difícil avaliar a sua eficácia ao não existirem estudos suficientes ou estes serem de fraca qualidade (com poucos doentes ou com rigor metodológico incerto), e/ou intervenções nas quais se devem realizar mais investigações.

Fonte de consulta: elaboração própria

Com base nos resultados fornecidos pela investigação, é possível estabelecer uma série de recomendações a ter em consideração aquando da implementação de programas de prevenção de âmbito escolar:

RECOMENDAÇÕES BÁSICAS DECORRENTES DA INVESTIGAÇÃO SOBRE OS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO ESCOLAR

- Não existem provas sólidas de eficácia que permitem recomendar a implementação de projetos baseados apenas na transmissão de informação sobre os riscos associados ao consumo de drogas (Thomas, Perera, Faggiano *et al.*, 2006) nem sobre aqueles exclusivamente centrados na dimensão afetiva (Faggiano *et al.*, 2005)
- As intervenções escolares com maior evidência de eficácia têm por base os métodos que combinam a aquisição do conhecimento através de métodos interativos (Cuijpers, 2003), com modelos de influência e aprendizagem social (Gómez *et al.*, 2002; Thomas e Perera, 2005; Faggiano *et al.*, 2006; Winkleby *et al.*, 2004; Ellickson, 2003; Peterson, 2000; Mann, 2000; Peterson *et al.*, 2000a; Peterson *et al.*, 2000b; Perry *et al.*, 2003).
- Foi demonstrada a eficácia (Gottfredson e Wilson, 2003) e inclusivamente uma boa relação custo-eficácia deste tipo de projetos, desenvolvidos na escola (Caulkins, Pacula, Paddock e Chiesa, 2004).
- A investigação sobre a eficácia e a eficiência dos programas de prevenção em meio escolar evidencia que, se bem que tais intervenções sejam capazes de alcançar os seus objetivos educativos (melhorar o conhecimento sobre as drogas e seus efeitos, consciencialização sobre os riscos, aquisição de competências, aumento da visão crítica sobre as pressões para o consumo, etc.) de forma geral, têm um efeito modesto nos objetivos comportamentais, como o retardar a idade de início do consumo e a redução, a curto prazo, do número de consumidores (Schaps *et al.*, 1986; O'Donnell *et al.*, 1995; Snow *et al.*, 1992; Hanewinkel e Asshauer, 2004; Cuijpers, 2003). Deste modo, é importante enfatizar a necessidade de que as iniciativas desenvolvidas no âmbito educativo possam ser integradas em programas comunitários e em políticas globais de amplo alcance (Salvador *et al.*, 2008).

2.2. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO FAMILIAR

No âmbito dos programas de prevenção familiar, vários autores (Kumpfer e Alvarado, 2003; Kumpfer e Johnson, 2007) distinguem quatro tipos de abordagens ou perspectivas diferentes, de acordo com a população à qual se dirigem:

- Apoio familiar domiciliário: são intervenções preferencialmente dirigidas a famílias em crise, com pais de alto nível de risco (prevenção seletiva ou indicada) e com filhos menores de cinco anos. O seu objetivo primordial é o de satisfazer as necessidades básicas familiares e tratar a crise. Este tipo de intervenções implica a mobilização de recursos sociais ou de saúde no domicílio familiar ou a atribuição de um gestor de caso, numa família em crise

ou em situação de alto risco, com o intuito de facilitar a utilização dos serviços que permitam lidar com esta situação. A principal vantagem desta abordagem é contribuir para que os pais sejam envolvidos no programa.

- **Formação parental:** são intervenções de caráter cognitivo - comportamental direcionadas para a melhoria das competências educativas e comunicacionais dos pais. Podem ser aplicadas na prevenção, seletiva ou indicada, em famílias com filhos de idade compreendida entre os 6 e os 11 anos. Podem ser individuais ou de grupo, mas sempre com caráter interativo.
- **Formação em competências familiares:** são intervenções de componentes múltiplas dirigidas tanto a pais como a filhos e que se aplicam nos três tipos de prevenção (universal, seletiva e indicada). A população-alvo são as famílias com filhos de idade compreendida entre os 6 e os 14 anos. Os objetivos são os de alterar e melhorar o funcionamento familiar, ensinando competências de comunicação e técnicas de solução de problemas entre pais e filhos, competências educativas ou de gestão familiar aos pais, estratégias de resolução dos problemas ou dos conflitos familiares, etc.
- **Terapia familiar:** esta intervenção é efetuada quando se identifica risco num adolescente que está já a ser tratado por algum problema (perturbações de comportamento, etc.) associado ao consumo de substâncias. A sua aplicação é de caráter indicado, se bem que a sua estrutura, através de sessões terapêuticas, esteja mais perto do tratamento do que de uma aplicação preventiva estrita. A terapia familiar conta com três formatos concretos na área da prevenção seletiva do abuso de drogas: a terapia familiar breve estratégica, a terapia funcional familiar e a terapia multidimensional familiar.

A avaliação realizada durante o período 2001-2006 de programas como o *Iowa Strengthening Families Program (ISFP)* e o *Preparing for Drug Free Years Program (PDFY)*, agora denominado *Guiding Good Choices* (Spoth, Redmond, Shin e Azevedo, 2004; Spoth, Shin, Guyll, Redmond e Azevedo, 2006; Spoth, Guyll e Day, 2002; Spoth, Redmond e Shin, 2001), confirma a eficácia de ambos programas na redução, tanto o início dos consumos, como os consumos atuais de tabaco, álcool e marijuana entre os jovens. Os resultados destas intervenções mantêm-se no tempo, observando-se diferenças significativas entre o grupo de controlo e os de tratamento aos seis anos de seguimento (os grupos de tratamento apresentam um menor consumo de álcool, tabaco e marijuana do que o grupo de controlo).

As investigações que analisaram os efeitos de uma intervenção combinada de prevenção familiar (*Strengthening Families Program*, para jovens entre os 10 e os 14 anos de idade) e escolar (*Life Skills Training*), sobre o início e prevalência do consumo de álcool, tabaco e marijuana em jovens (Spoth, Redmond, Trudeau e Shin, 2002; Spoth, Randall, Shin e Redmond, 2005; Spoth, Clair, Shin e Redmond, 2006; Spoth, Randall, Trudeau, Shin e Redmond, 2008) indicam que: a) no final do primeiro ano de acompanhamento, a intervenção combinada produziu melhores resultados que o programa de prevenção escolar por si só, comparando os resultados com os obtidos por um grupo de controlo, b) no final de dois

anos e meio de acompanhamento, foram registados aumentos de consumo, tanto no grupo de controlo como nos experimentais, mas mantiveram-se as diferenças no índice de iniciação. Verificaram-se também diferenças positivas nas embriaguezes semanais, mas não no uso regular de álcool, c) no final de cinco anos e meio de acompanhamento, a prevalência do consumo de metanfetaminas era significativamente menor, tanto no grupo de tratamento combinado, como no de prevenção escolar por si só. Foram também encontradas diferenças significativas no índice de iniciação e frequência de consumo de álcool, tabaco, marijuana e embriaguezes e consumo mensal e frequente de várias substâncias.

Uma revisão Cochrane sobre os efeitos dos programas preventivos não-escolares que tinham por objetivo reduzir ou retardar a idade do início de consumo de drogas entre os jovens (Gates *et al.*, 2006) concluiu que os programas mais eficazes, entre os estudados, eram os programas familiares (*Best Practice Portal*, EMCDDA). Na investigação foram incluídos 17 estudos, todos ensaios aleatórios controlados, que avaliavam quatro tipos de intervenções: entrevistas motivacionais ou intervenções breves, educação ou treino de competências, programas familiares e intervenções na comunidade de componentes múltiplas. Apenas um dos estudos, com entrevistas motivacionais, e os programas familiares (*Focus on Families*, *Iowa Strengthening Families Program* e *Preparing for the Drug Free Years*) tiveram efeito positivo sobre o consumo de cannabis entre os jovens. Dentre estes programas familiares, o ISFP revelou alguma vantagem nas medidas de prevalência média e no último ano (auto relato) de consumo de cannabis obtidas num acompanhamento de seis anos. De qualquer das formas, os autores apontam que nenhuma destas intervenções foi assinalada com declaradamente eficaz e que não se conhece a relação custo-eficácia. Assim, torna-se difícil recomendar a sua aplicação até que sejam realizadas mais investigações.

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS FAMILIARES

Intervenções benéficas

- Não existem intervenções que tenham cumprido os critérios nesta categoria.

Intervenções provavelmente benéficas

- Os programas integrais orientadas para a família, que incluem a formação de pais, crianças e famílias inteiras, revelam-se eficazes, se bem que com algum desacordo e fragilidade, num estudo incluído numa revisão sistemática de 17 estudos aleatórios (Gates *et al.*, 2006) n redução do consumo de cannabis ao longo da vida, entre os adolescentes e no último ano aos seis anos de seguimento, sendo que em nenhum dos casos os resultados são conclusivos.
- As visitas domiciliárias a famílias constituídas por mulheres solteiras com baixos rendimentos surgem como medianamente eficazes aos 15 anos de seguimento na redução, entre os pais, do número de cigarros fumados por dia e no número de

- dias em que consumiram álcool nos últimos seis meses, num estudo narrativo (Toumbourou *et al.*, 2007) (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Uma revisão sistemática Cochrane de 12 ensaios aleatórios controlados (Foxcroft e Tsertsvadze, 2011b), que avaliou a eficácia dos programas universais baseados na família para a prevenção do abuso de álcool nos jovens, concluiu que os seus efeitos são reduzidos, mas em geral persistentes a médio e longo prazo (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
 - Uma revisão sistemática de 22 ensaios clínicos aleatórios (Thomas *et al.*, 2007), mostra que a formação de professores visando a comunicação com os pais e a criação de associações com os mesmos, os manuais de formação e as visitas de supervisão e acompanhamento, as escolas de pais semanais e os workshops para pais, são eficazes na redução do consumo de cigarros entre os adolescentes (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Intervenções de eficácia desconhecida*

- Um relatório descritivo dos 9 estudos (Buhler e Kroger, 2006) mostra que a formação dos pais, não associada ao treino de competências das crianças, contribui para a melhoria do comportamento educativo das crianças e para a redução dos comportamentos problemáticos, mas não influi no consumo de substâncias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenções nas quais é difícil avaliar a sua eficácia ao não existirem estudos suficientes ou estes serem de fraca qualidade (com poucos pacientes ou com rigor metodológico incerto), e/ou intervenções sobre as quais se deverão realizar mais investigações.

Fonte: Produção própria.

Uma revisão realizada por Kumpfer e Alvarado (2003) permitiu identificar os seguintes princípios que condicionam a eficácia dos programas de prevenção familiar, de modo que os programas mais eficazes seriam aqueles que:

- Envolvem componentes múltiplas e são compreensivos.
- Estão mais centrados na família, do que nos pais ou nas crianças por si só.
- Melhoram a relação familiar, a comunicação e a supervisão parental.
- Produzem mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais na dinâmica familiar.
- Proporcionam uma intervenção mais extensa e intensa às famílias de risco.
- São evolutivamente adequados.
- Ajustam-se ao momento mais receptivo à mudança nos destinatários.

- São mais precoces, nos casos muito disfuncionais.
- Ajustam-se melhor às tradições culturais.
- Utilizam incentivos para melhorar o recrutamento.
- São aplicados por pessoal especializado.
- Utilizam métodos de ensino interativos.
- Desenvolvem processos de colaboração para que os pais identifiquem por si próprios, as soluções.

Um relatório publicado na Alemanha pelo Federal Centre for Health Education (Buhler e Kroger, 2008) estabelece que a valoração dos trabalhos que avaliam a eficácia dos programas de prevenção familiar, permite obter as seguintes conclusões:

- As intervenções de carácter compreensivo são úteis para reduzir o consumo ou retardar a idade do seu início nos filhos (especialmente de álcool).
- As intervenções de componente única (formação parental) têm efeitos nos fatores de risco, mas não no consumo.
- As medidas preventivas orientadas para a família são particularmente eficazes entre os não-consumidores (especialmente em álcool).
- As medidas mais eficazes têm as seguintes características:
 - Princípios do reforço social e na aplicação da disciplina construtiva.
 - Utilizam métodos de formação interativa.
 - Têm uma base teórica empiricamente confirmada.
 - Promovem a formação de mediadores.
 - Dispõem de avaliação.
 - São intervenções compreensivas que começam precocemente, continuam durante a vida, incidem em inúmeros fatores de risco e proteção e tocam diversos âmbitos.
 - Têm um material ajustado aos diferentes estádios de desenvolvimento.
 - Servem o contexto comunitário e cultural.
 - Dispõem de um tratamento e seguimento suficientes.
- O impacto sobre os comportamentos de consumo e fatores de risco é prolongado.
- As medidas para atingir as famílias em risco têm êxito.
- Os efeitos negativos sobre os fatores de risco não podem ser excluídos.
- As medidas preventivas para as crianças em idade pré-escolar (3-5 anos) deverão ser principalmente de carácter familiar.

RECOMENDAÇÕES BÁSICAS DERIVADAS DA INVESTIGAÇÃO SOBRE PROGRAMAS DE PREVENÇÃO FAMILIAR

- Fomentar a participação de toda a unidade familiar durante todas as etapas de desenvolvimento do programa.
- Incidir na formação de pais e mães sobre os princípios que regem a conduta, com os objetivos de:
 - Reduzir os problemas comportamentais dos seus filhos.
 - Melhorar a relação intergeracional.
 - Estabelecer um modelo de convivência respeitosa.
 - Controlar as atividades dos seus filhos durante a adolescência.
- Incluir componentes educativas, para pais, com informação específica sobre drogas.
- Realizar programas dirigidos a pais e mães de estudantes de todas as idades.
- Facilitar o acesso das famílias em situação de risco aos serviços especializados de orientação e assessoria.

Fonte: Secades *et al.*, 2011.

2.3. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA

Boa parte das intervenções comunitárias enquadram-se em programas de componentes múltiplas que conjugam o trabalho na comunidade com ações em outros âmbitos, como sejam a escola ou a família.

Esta circunstância explica as dificuldades existentes no que respeita a isolar ou identificar os efeitos produzidos pelos programas de prevenção comunitária.

A existência de um reduzido número de avaliações deste tipo de programas, juntamente com os resultados não demasiadamente animadores apurados em alguns estudos (Saxe *et al.*, 2006), fazem com que as bases na evidência dos mesmos seja, globalmente, muito fraca.

Uma revisão Cochrane sobre a eficácia das intervenções realizadas fora do âmbito escolar para prevenir o uso de drogas ilegais entre os jovens, através de atividades de prevenção na família e na comunidade detetou, em alguns estudos, efeitos importantes das intervenções realizadas nas famílias, mas não nas intervenções comunitárias com componentes múltiplas (Gates *et al.*, 2006).

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS COMUNITÁRIOS

Intervenções benéficas

- Uma revisão sistemática de 222 estudos (Jones *et al.*, 2006), entre eles 103 ECA, mostra que as abordagens integrais que envolvem a comunidade, a escola e a família são mais eficazes na prevenção/retardar a idade de início/redução do consumo de tabaco, álcool e cannabis e demais drogas ilícitas, em comparação com os programas que incidem apenas na comunidade. São também mais eficazes os programas escolares e comunitários dirigidos a jovens e indivíduos de alto risco, em comparação com aqueles dirigidos a indivíduos de baixo risco. Não se observaram diferenças na eficácia, comparando os programas “escola-comunidade” com os programas “apenas na comunidade” (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Os serviços de tutoria, entendida como uma relação de apoio na qual se oferece suporte, orientação e assistência concreta ao casal, foram considerados, numa revisão sistemática (Thomas *et al.*, 2011), como mais eficazes do que nenhuma intervenção, na prevenção do consumo do álcool (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Intervenções provavelmente benéficas

- Intervenções antitabágicas de componentes múltiplas na comunidade, que incluem restrições na idade mínima para a compra de tabaco, programas de prevenção de doenças (como doenças do coração), meios de comunicação e programas escolares, foram avaliados como eficazes numa revisão sistemática (Sowden e Stead, 2003) de 17 estudos, em *Best Practice Portal*, EMCDDA:
 - Reduzir a prevalência do tabagismo, em comparação com nenhuma intervenção/controlo ou apenas os programas escolares.
 - Reduzir a taxa de aumento da prevalência do tabagismo, em comparação com apenas champanhas em meios de comunicação.
- Algumas intervenções normativas têm demonstrado a sua eficácia, tais como o aumento dos preços (Townsend *et al.*, 1994; Babor *et al.*, 2010a); a regulação da venda a menores de idade (Schofield *et al.*, 1994) ou a restrição da disponibilização através da redução dos horários e dias de venda, limites na quantidade de pontos de venda de álcool e restrições no acesso ao álcool vendido a retalho (Babor *et al.*, 2010a).
 Mais, quando as medidas legislativas são acompanhadas de outras iniciativas, especialmente de uma intensa ação comunitária, podem realmente ter sucesso (Forster *et al.*, 2010a).
- Uma revisão de estudos (Springer *et al.*, 2004) mostrou que os programas interativos dirigidos a jovens vulneráveis, que incidem sobre o desenvolvimento de competências, o trabalho de equipa, a comunicação interpessoal e a auto reflexão

são eficazes na redução do consumo de tabaco, álcool e marijuana nos últimos 30 dias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

- Existe evidência, numa revisão narrativa (*Best Practice Portal*, EMCDDA), incluindo os resultados de um ECA (Faggiano e Vigna-Taglianti, 2008), de que grupos combinados de apoio, com um mentor formador de pares, dirigidos a jovens com pais ou familiares consumidores de substâncias, podem ser eficazes a curto e médio prazo na melhoria, entre os jovens:
 - Do conhecimento do programa.
 - No lidar com as emoções.
 - No lidar com o apoio social.
 - Na expectativa de redução de tensões.
- Uma revisão Cochrane que incluiu 20 ensaios de grupos paralelos (Foxcroft e Tsertsvadze, 2011c) concluiu que existem provas da eficácia dos programas universais de prevenção de componentes múltiplas na prevenção do abuso de álcool em crianças de idade escolar até aos 18 anos (*Best Practice Portal*, EMCDDA). No entanto, existem poucas provas de que as intervenções de componentes múltiplas sejam mais eficazes do que as intervenções de uma só componente.

Alguns programas de componentes múltiplas como o *Midwestern Prevention Program* (que combina componentes escolares e comunitárias, como anteriormente descrito), têm tido êxito em reduzir o consumo de tabaco, álcool ou marijuana, resultados que se mantêm 15 anos após a intervenção (Pentz, 2001). Igualmente, estes programas revelaram-se úteis na redução do consumo de drogas em populações de alto risco, ou seja, em indivíduos que já consumiam tabaco, álcool ou marijuana antes da intervenção (Chou *et al.*, 1998).

Intervenções de eficácia desconhecida*

- Uma revisão de 29 comentários e estudos metodologicamente mais frágeis, devido à falta de grupos de controlo, sobre intervenções comunitárias anti álcool/cannabis (McGrath *et al.*, 2006), sugere uma redução do consumo em as ambas substâncias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Não foi possível determinar, em revisão sistemática (Thomas *et al.*, 2011), a eficácia da assessoria para a prevenção do consumo de drogas em jovens, através de tutorias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenções nas quais é difícil avaliar a sua eficácia ao não existirem estudos suficientes ou estes serem de fraca qualidade (com poucos pacientes ou com rigor metodológico incerto), e/ou intervenções sobre as quais se deverão realizar mais investigações.

Fonte: Produção própria.

2.4. EVIDÊNCIA RELATIVA A INTERVENÇÕES PREVENTIVAS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO GERAL

A eficácia do uso de campanhas publicitárias e outras ações preventivas baseadas em meios de comunicação continua a ser uma questão controversa. São vários os investigadores que postulam que as campanhas de prevenção nos meios de comunicação, por si só, não são eficazes na redução do consumo de drogas. Uma análise dos diferentes métodos baseados na utilização de meios de comunicação, realizado por Hawks e colaboradores (2002) para a OMS, concluiu que o uso de meios de comunicação como único instrumento preventivo não era eficaz na redução do consumo de substâncias psicoativas, se bem que as campanhas nos meios de comunicação possam, em certos casos, contribuir para consciencializar sobre as consequências negativas do uso de drogas.

Um estudo (Orwin *et al.*, 2006) que avaliou a Campanha Nacional Antidrogas dirigida aos jovens, desenvolvida nos Estados Unidos durante o período 1999-2003 e que se apoiou na mobilização de vários meios de comunicação (televisão, rádio, etc.), não revelou nenhum efeito desta no uso de drogas por parte dos jovens, nem conseguiu cumprir o objetivo de retardar a idade de início do consumo de drogas.

Não obstante, alguns trabalhos evidenciaram resultados positivos para este tipo de intervenções, não só na prevenção do consumo de tabaco (Macaskil *et al.*, 1992; Sly *et al.*, 2001) e de álcool (Vázquez *et al.*, 1997), como igualmente na prevenção do uso de drogas ilegais como a marijuana (Palmgreen *et al.*, 2001). Uma avaliação da Intervenção de Marketing Social (*Social Marketing Intervention, SMI*) mostrou haver um efeito significativo no uso da cannabis ao longo da vida (Slater *et al.*, 2006), bem como na redução, entre os 10% e os 70%, na probabilidade de início do consumo de cannabis dois anos após a exposição à intervenção, em comparação com as comunidades de controlo que não estiveram expostas ao programa.

Os defensores do uso de meios de comunicação como instrumentos preventivos argumentam que essas técnicas têm o potencial de aumentar a participação em iniciativas individuais de tratamento ou prevenção, como os serviços de promoção do abandono do hábito de fumar (Hastings e McLean, 2006).

No seu todo, a evidência disponível indica que devem ser tidas em conta as seguintes considerações de carácter geral (Alonso, 2009):

- Para conseguir bons resultados, tem que haver uma combinação de várias componentes e intervir, em simultâneo, em vários âmbitos.
- Nem tudo serve a todos. As intervenções devem ser adaptadas às características e condições das pessoas às quais são dirigidas.

- A complexidade e duração das intervenções deve estar relacionada com o nível de risco dos seus destinatários. Quanto maior for a acumulação de fatores de risco, maior deve ser a intensidade da intervenção e mais cedo deverá ser iniciada.
- O caráter interativo dos programas é fundamental para a sua eficácia, não só nos programas escolares mas também nos programas comunitários ou até nas campanhas.
- Os resultados tendem a desvanecer-se no tempo. A eficácia depende muitas vezes da perseverança. É necessária a revisão das intervenções escolares e a planificação de ações de longo prazo e continuadas no tempo, nos restantes âmbitos de ação.
- Avaliando globalmente as várias estratégias, os programas baseados na influência social parecem ser os mais eficazes. Complementá-los com competências para a vida não parece assegurar mais eficácia.
- Os programas comunitários que incluem campanhas publicitárias e alterações nas políticas, como sejam novos regulamentos de restrição do acesso ao álcool, ao tabaco e a outras drogas, são mais eficazes quando acompanhados de intervenções familiares e escolares (NIDA, 1997b).
- Os programas de prevenção eficazes são eficientes. Por cada dólar gasto na prevenção do uso de drogas, as comunidades podem poupar 4 a 5 dólares em custos de tratamentos e de terapias orientadas para combater o uso de drogas (NIDA, 1997b).

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA ÀS INTERVENÇÕES PREVENTIVAS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO GERAL

Intervenções benéficas

- Não existem intervenções que tenham cumprido com os critérios desta categoria.

Intervenções provavelmente benéficas

- Existe alguma evidência de que as campanhas publicitárias são mais eficazes quando combinadas com outras componentes, especialmente com programas escolares (Flynn *et al.*, 1992; Pechmann e Ratneshwar, 1994), em particular quando as campanhas incluem um contacto interpessoal, são emitidas durante longos períodos de tempo, são usados vários estilos e formatos adaptados aos diferentes grupos etários e têm em conta as necessidades e interesses dos sujeitos a que se dirigem (Expósito, 1995).
- Uma revisão sistemática de 84 estudos (Brinn *et al.*, 2010) mostrou que as campanhas antitabágicas nos meios de comunicação de massas, em combinação com outras componentes como os programas escolares e de base comunitária, são eficazes (*Best Practice Portal, EMCDDA*) para:

- Reduzir a prevalência do tabagismo, em comparação com nenhuma intervenção, se bem que não tenham efeito no consumo de cigarros nos últimos 7 ou 30 dias, em comparação com nenhuma intervenção.
- Reduzir o consumo semanal de tabaco, quando se comparam as campanhas dos meios de comunicação associadas aos programas escolares, com os programas escolares por si sós.
- Modificar as atitudes em relação ao tabaco, quando as campanhas nos meios de comunicação associadas aos programas escolares são comparadas com os programas escolares por si sós.
- As campanhas nos meios de comunicação são eficazes na redução da ingestão de bebidas alcoólicas e dos acidentes de trânsito. Uma revisão narrativa de 4 estudos (Wakefield *et al.*, 2010) evidenciou que as campanhas nos meios de comunicação são eficazes na redução da ingestão de bebidas alcoólicas (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Os anúncios de televisão destinados a combater os efeitos do álcool na condução, em associação com medidas de apoio, contribuem para reduzir a incidência dos efeitos do álcool na condução e os acidentes relacionados com o álcool (Agostinelli e Grube, 2002).

Intervenções de eficácia desconhecida*

- De acordo com uma revisão narrativa (Anderson *et al.*, 2009) não foram feitas avaliações sobre o impacto da difusão de padrões de consumo de álcool nos efeitos nocivos desta substância (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenções nas quais é difícil avaliar a sua eficácia ao não existirem estudos suficientes ou estes serem de fraca qualidade (com poucos pacientes ou com rigor metodológico incerto), e/ou intervenções sobre as quais se deverão realizar mais investigações.

Fonte: Produção própria.

2.5. EVIDÊNCIA RELATIVA ÀS INTERVENÇÕES PREVENTIVAS SEGUNDO O TIPO DE ESTRATÉGIA ADOTADA

No conjunto dos programas preventivos descritos nos pontos anteriores, podemos identificar quatro tipos de estratégias preventivas (Torjman, 1986): as estratégias de influência, as de desenvolvimento de competências, as de proteção e controlo e as de mudança ambiental.

Estratégias de influência

Incluem um amplo conjunto de atuações que visam influenciar as audiências, modificando as suas crenças, as suas atitudes ou o seu comportamento em relação às drogas. Entre as estratégias que habitualmente se utilizam para estes fins, cabe destacar a inclusão de mensagens na etiquetagem de drogas legais, as campanhas publicitárias e as medidas informativas e de mudança de atitudes.

- Mensagens nas etiquetas do tabaco ou álcool: parecem ter pouca capacidade de mudar o comportamento de consumo, se bem que parece poderem aumentar a consciência dos riscos associados ao consumo (Mackinnon *et al.*, 1993; Anderson e Baumberg, 2006; Babor *et al.*, 2003; Caetano, Casswell *et al.*, 2010).
- Campanhas publicitárias ou educativas: apesar de muitos autores partilharem a ideia de que, por si mesmas, não têm muita utilidade (Schilling, 1990), alguns trabalhos evidenciaram resultados positivos para este tipo de intervenções, não só na prevenção de drogas legais como o tabaco (Macaskil *et al.*, 1992; Sly *et al.*, 2001) ou o álcool (Vázquez *et al.*, 1997), como igualmente na prevenção de drogas ilegais como a marijuana (Palmgreen *et al.*, 2001). Além do mais, parece existir alguma evidência de que estes tipos de intervenções são mais eficazes quando combinadas com outras componentes, especialmente com programas escolares (Flynn *et al.*, 1992; Pechmann e Ratneshwar, 1994). Tal é especialmente evidente quando as campanhas são combinadas com uma proximidade interpessoal, são emitidas durante longos períodos de tempo, são usados vários estilos e formatos adaptados aos diferentes grupos etários e têm em conta as necessidades e interesses dos sujeitos a que se dirigem (Expósito, 1995).
- Medidas informativas ou de mudança de atitudes: um bom número das intervenções de carácter preventivo realizadas têm procurado influenciar as crenças das pessoas sobre as drogas e assim modificar as suas atitudes, apesar de nos últimos anos se ter vindo a demonstrar, e de forma reiterada, que a informação por si só tem pouca influência sobre os comportamentos (Lemstra *et al.*, 2010). Os programas baseados na mera transmissão de informação aumentam o conhecimento e possivelmente modificam atitudes, mas não chegam para modificar os comportamentos (Botvin *et al.*, 1995), podendo em certas circunstâncias promover o uso de substâncias.

Alguns autores sugerem que este tipo de intervenções se continuam a realizar, apesar de se saber que não são eficazes, não tanto para responder às necessidades dos jovens, mas sim às dos adultos preocupados, em especial os pais dos adolescentes, que querem ver realizado algo que pensam ser eficaz (Babor, Caulkins, Edwards *et al.*, 2010).

Alem do mais, há que ter em conta que os programas que enfatizam conteúdos de conhecimentos, tendem a utilizar métodos não interativos, enquanto os programas baseados no desenvolvimento de competências usam habitualmente métodos interativos.

A este respeito, os estudos sugerem que as aproximações didáticas mais eficazes são as interativas: *roleplaying*, modelagem ativa, discussão e debate (Gázquez *et al.*, 2009).

EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE INFLUÊNCIA ²				
ESTRATÉGIA	EFICÁCIA	BASE CIENTÍFICA	TRANSCULTURALIDADE	CUSTO DE IMPLEMENTAÇÃO
Mensagens em etiquetas	0	+	+	Baixo
Campanhas publicitárias	0/+	+++	++	Moderado
Medidas informativas e de alteração de atitudes	0	+++	++	Moderado

Fonte: Babor *et al.*, 2003.

Estratégias de desenvolvimento de competências

Se bem que os resultados da investigação indiquem que a relação entre as competências sociais gerais e o consumo de drogas é confusa (Llorens *et al.*, 2004), alguns programas evidenciaram resultados muito satisfatórios, aplicando estratégias de carácter cognitivo-social, nas quais as competências de interação têm um papel muito relevante (Snow *et al.*, 1997).

Mesmo o desenvolvimento das competências para recusar não está isento de polémica. Enquanto alguns programas concluem que estas não são uma componente essencial dos programas de educação sobre drogas (Roona *et al.*, 2007), outros consideram que, para que estas sejam eficazes, devem ser acompanhadas por outros elementos (Sussman, Dent, Stacy *et al.*, 1993). Por exemplo, é necessário que sejam complementados com educação normativa, já que as competências para recusar não terão efeito se o sujeito acredita que consumir drogas é correto (Donaldson *et al.*, 1995).

2. A eficácia refere-se à evidência científica: 0 evidência de falta de eficácia; + evidência de eficácia limitada; ++ evidência de eficácia moderada; +++ evidência de um grau elevado de eficácia.

A magnitude do suporte científico refere-se à disponibilidade de estudos, revisões e meta-análises: 0 não se realizaram estudos de eficácia; + apenas existe um estudo de eficácia, completo e bem desenhado; ++ 2-4 estudos completos; +++ 5 ou mais estudos completos.

A transculturalidade refere-se a que uma medida é igualmente aplicável em países, regiões ou classes sociais diferentes: 0 a estratégia não foi adequadamente testada; + só foi estudada num país; ++ foi estudada em 2-4 países; +++ foi estudada em 5 ou + países.

Os programas baseados na resistência à pressão de grupo e na educação normativa evidenciaram alguma utilidade na prevenção de comportamentos de risco com o álcool, se bem que com resultados díspares (Shope, 1998). A maior parte dos programas baseados nas competências de resistência falharam no seu intuito de modificar comportamentos (Anderson, 2006; Botvin, 1995).

Outros elementos podem também influir no fracasso dos programas de desenvolvimento de competências. Tobler (1999) aponta que o fato de os aplicadores serem polícias, e disporem de menos recursos didáticos que os professores, pode ser uma das causas do fracasso do programa DARE (Ennett *et al.*, 1994). Também a participação de líderes tem sido objeto de controvérsia, uma vez que alguns autores concluem que tal não melhora os resultados (Ellickson *et al.*, 1993), enquanto outros apoiam sem reservas a sua utilidade (Cuijpers, 2002; Fernández *et al.*, 2002).

Naturalmente, a duração dos programas também pode influir nos resultados. Se bem que seja difícil estabelecer quantas sessões devem ter os programas, alguns autores, a partir da análise dos programas mais bem sucedidos, apontam para que os programas escolares devam ter pelo menos 10 sessões durante o primeiro ano e 5 sessões durante o ano seguinte, já que o reforço através de sessões de acompanhamento é muito importante para que os resultados não desapareçam quando o programa termina (Dusembury *et al.*, 1997).

Em geral, parece que os programas baseados na influência social (que em princípio se centram na informação, nas normas subjetivas e nas competências para a recusa) têm um notável apoio empírico, se bem que frequentemente os seus resultados tendem a desaparecer com o tempo. Algumas das revisões são otimistas e sustentam que os estudos disponíveis proporcionam evidência empírica da eficácia dos programas baseados na influência social na prevenção ou redução do consumo de substâncias a longo prazo, 15 após o fim do programa, especialmente se foram incluídas sessões de revisão (Skara e Sussman, 2003).

Entre as estratégias utilizadas, os programas de competências para a vida estão, pelo menos de forma aparente, entre os mais suportados pela investigação. Por exemplo, Tobler (1999), após rever os resultados de 120 programas de prevenção aplicados nos Estados Unidos e Canadá, conclui que os programas mais eficazes são os de competências para a vida, que incluem como componentes os conhecimentos (efeitos, influências sociais, níveis de consumo real), com competências de recusa, competências genéricas (de comunicação, assertividade, para a tomada de decisões, identificação de alternativas, etc.) e apoio da comunidade ao programa escolar, aplicados através de uma metodologia interativa.

Outras revisões apontam o programa *Life Skills Training* (Botvin, Baker, Renick *et al.*, 1984) como aquele que tem a eficácia mais comprovada empiricamente, com longos períodos de seguimento dos resultados (Dusembury *et al.*, 1997).

No entanto, cada vez mais vozes críticas advogam a falta de eficácia dos programas de competência para a vida. Por exemplo, Gorman (2011) chega à conclusão de que é improvável que o programa *Life Skills Training* reduza o consumo de marijuana entre os adolescentes. Além disso, os resultados favoráveis podem dever-se mais ao tipo de análise realizada e não à sua verdadeira eficácia (Gorman e Huber, 2009).

De igual forma, num trabalho realizado pelos mesmos autores, os quais participaram na meta-análise publicada por Tobler, é efetuada uma reanálise dos dados através de técnicas estatísticas mais adequadas, concluindo-se que, no ensino secundário, os programas compreensivos de competências para a vida não são mais eficazes do que os programas de influência social para o conjunto das drogas, à exceção do álcool. No caso do álcool, os programas de influência social são superiores aos das competências para a vida porque são capazes de prevenir o abuso desta substância, embora não influam na prevalência do seu uso. A sua superioridade face aos de competências para a vida em matéria de álcool deve-se a que estes são contraproducentes, isto é, promovem o consumo de álcool (Roona *et al.*, 2007).

Consequentemente, os autores do documento recomendam o uso de programas baseados na influência social, em alternativa aos programas compreensivos de competências para a vida. A este respeito, sugerem ainda que não é certo que os programas interativos devam incluir competências para a recusa e que, provavelmente, a sua não utilização permitiria desenvolver programas interativos mais eficazes e fáceis de implementar.

Também se podem encontrar na literatura científica outras vozes discordantes. No que se refere à prevenção do tabagismo, a revisão realizada por Thomas (2002) encontrou efeitos díspares obtidos nos programas baseados no modelo de influência social e naqueles que combinam os modelos de influência social e de competências sociais, como o de “treino em competências para a vida” vários estudos sugeriram que estes podem ter um efeito na prevalência do tabagismo. No entanto, não foram encontrados estudos com elevada qualidade metodológica que comprovem esta perspetiva. O autor conclui que não existe evidência suficiente para determinar que a associação entre o treino de competências sociais genéricas e as intervenções de influência social sejam mais eficazes do que as intervenções de influência social por si só.

Entre as suas conclusões, este autor salienta que as intervenções escolares mais amplamente utilizadas recorrem a modelos de influência social. Se bem que existam evidências contraditórias sobre os efeitos de tais programas, a maior e mais rigorosa avaliação de um modelo de influências sociais, o *Hutchinson Smoking Project* (Peterson *et al.*, 2000) não encontrou provas de um efeito sustentado na prevalência do tabagismo. É possível que a combinação dos modelos de influência social com outras componentes, como as intervenções comunitárias e o treino de competências sociais genéricas, possa melhorar a sua eficácia, mas existem muito poucos dados provenientes de comparações diretas para sugerir a magnitude do aumento que se poderia assim conseguir (Thomas, 2002).

No que se refere à prevenção do consumo de álcool, numa rigorosa revisão realizada por Foxcroft, Lister-Sharp *et al.* (2002) foram selecionados 56 estudos de avaliação de intervenções psicossociais e educacionais que cumpriam os critérios de rigor metodológico e foi evidenciado que não é possível estabelecer conclusões sólidas sobre a eficácia das intervenções de prevenção, a curto e médio prazo. No entanto, tão cética conclusão deve ser matizada em função dos resultados das revisões posteriores de programas escolares de prevenção do consumo de álcool em jovens (Foxcroft e Tsersvadze, 2011a), as quais salientam que foram encontrados tanto estudos que não mostram os efeitos do programa preventivo, como estudos que mostram efeitos significativos. Nestes casos, a maioria dos efeitos positivos observados foram sobre a embriaguez e o consumo compulsivo, concluindo-se que as evidências poderiam indicar que estes programas são opções políticas e práticas válidas, incluindo o *Life Skills Training*. Outras revisões encontram também efeitos positivos na prevenção do consumo de álcool em programas familiares e em programas de componentes múltiplas (Foxcroft e Tsersvadze, 2011b, c).

No que se refere às drogas ilegais, a revisão realizada por Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino *et al.* (2005), após a análise de 32 estudos que cumpriam os critérios de exigência metodológica, conclui que os programas baseados nas competências para a vida são os mais eficazes, se bem que — como apontam os autores — praticamente todos os estudos foram efetuados nos Estados Unidos, não se sabendo se em outros países seriam igualmente eficazes.

Nesta linha, algumas investigações procuraram estabelecer se os programas de desenvolvimento de competências para a vida podem também ser eficazes em outras culturas, tendo sido obtidos resultados mais animadores na sua aplicação em países europeus (Luengo *et al.*, 1999; Faggiano *et al.*, 2010).

EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS³

ESTRATÉGIA	EFICÁCIA	BASE CIENTÍFICA	TRANSCULTURALIDADE	CUSTO DE IMPLEMENTAÇÃO
Competências de recusa	0/+	++	+++	Moderado
Influência social	++	+++	+++	Moderado
Competências para a vida	+++	+++	+++	Moderado

Fonte: Babor *et al.*, 2003.

Estratégias de proteção e controlo

O terceiro grupo de intervenções preventivas é constituído pelas estratégias de proteção e controlo. Estas medidas são geralmente de carácter normativo, quase sempre dirigidas ao controlo da oferta, isto é, à redução da pressão social ou das oportunidades de consumo.

Evidentemente, no caso das substâncias ilegais, tais normas têm por objeto manter as substâncias fora do sistema social e a legislação é precisamente o instrumento da sua ilegalização. No caso das drogas legais, a utilização de medidas de controlo normativo do consumo deve realizar-se com prudência, pelo possível efeito contra preventivo que pode gerar processos de reatância psicológica (Alonso, 2009). Não obstante estas preocupações, as medidas normativas podem ser muito úteis e eficientes, já que parecem ser bastante eficazes pelo seu baixo custo (May, 1991).

Se bem que também utilizadas para prevenir o abuso de outras substâncias (por exemplo, medicamentos) as medidas deste tipo são especialmente importantes no caso do tabaco e do álcool. Para tal, utilizam-se normas que tenham demonstrado a sua eficácia, tais como o aumento de preços (Townsend *et al.*, 1994; Babor, Caetano, Casswell *et al.*, 2010), a regulação da venda a menores de idade (Schofield *et al.*, 1994) ou a restrição da sua disponibilidade através de reduções nos horários e dias de venda, limites na quantidade de locais de venda de álcool e restrições no acesso ao álcool no comércio a retalho (Babor, Caetano, Casswell *et al.*, 2010).

Além do mais, quando as medidas legislativas são acompanhadas de outras componentes, especialmente de uma intensa ação comunitária, podem ser realmente bem sucedidas (Forster *et al.*, 1998).

No caso do álcool, a política de impostos e preços tem demonstrado ser uma estratégia especialmente útil na redução dos consumos desta substância entre os jovens, se bem que os seus benefícios se possam igualmente detetar entre os grandes bebedores, através da redução das taxas de cirroses, lesões intencionais e não intencionais, acidentes de trabalho, etc. (Rodríguez, 2008). Por seu lado, o estabelecimento de uma idade mínima legal para vender álcool a menores (cujo limite a OMS recomenda fixar nos 18 anos), reduz as vendas e as consequências derivadas do consumo entre os jovens, em especial a redução dos acidentes de trânsito (Babor *et al.*, 2010). Outras medidas, como a restrição da densidade dos locais dedicados à venda e/ou dispensação de álcool, ou a restrição dos dias e horas de venda de bebidas alcoólicas, têm uma evidência menor no que se refere à avaliação do seu impacto. Apesar disso, a evidência disponível confirma que, globalmente, as medidas destinadas a restringir a venda e dispensação de bebidas alcoólicas, apoiadas em instrumentos que permitam um controlo adequado do seu cumprimento, são mais eficazes do que a prevenção meramente fundamentada na educação e persuasão do bebedor (Babor *et al.*, 2003).

EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE PROTEÇÃO E CONTROLO ⁴				
ESTRATÉGIA	EFICÁCIA	BASE CIENTÍFICA	TRANSCULTURALIDADE	CUSTO DE IMPLEMENTAÇÃO
Impostos e preços	+++	+++	+++	Baixo
Estabelecimento de idade mínima para consumo/venda	+++	+++	++	Baixo
Restrição na densidade dos locais de venda	++	+++	++	Baixo
Restrição de dias e horários de venda	++	++	++	Baixo

Fonte: Babor *et al.*, 2003.

Estratégias de modificação ambiental

Finalmente, o quarto grupo de intervenções é composto pelas estratégias de modificação ambiental. Estas estratégias procuram alterar o ambiente cultural, social, físico e económico no qual as pessoas fazem as suas escolhas sobre o uso de drogas (Bukhart, 2011).

Os programas que modificam o ambiente escolar (como programas que se centram em melhorar a disciplina e o clima escolar, bem como em melhorar as aptidões dos professores na gestão da sala de aula) podem até ser mais eficazes do que os que procuram modificar o comportamento individual, como sugere o estudo realizado por Manski, Pepper e Petrie (2001). Tal implica que programas que não têm um conteúdo especificamente relacionado com as drogas podem, no entanto, reduzir o seu uso, ao criarem um contexto mais positivo para o desenvolvimento dos jovens (Babor, Caulkins e Edwards *et al.*, 2010).

Os melhores resultados obtidos por programas que procuram promover ambientes mais preventivos foram concretizados por programas de componentes múltiplas que incluem uma intervenção escolar associada a outras componentes comunitárias. Por exemplo, e como anteriormente explicitado, os resultados do *Midwestern Prevention Program (MPP)* mostram que este teve êxito na redução do consumo de tabaco, álcool e marijuana, especialmente na população de alto risco — sujeitos que já consumiam estas drogas antes da intervenção — mantendo-se os seus resultados 15 anos após a sua aplicação.

No entanto, outras revisões indicam que —efetivamente— os programas de componentes múltiplas podem ser eficazes na prevenção do consumo de álcool, mas que existem poucas provas de que as intervenções com componentes múltiplas sejam mais eficazes do que as intervenções de uma componente só (Foxcroft e Tsertsvadze, 2011c).

As intervenções que não incluem programas escolares têm resultados menos claros. Gates, McCambridge, Smith *et al.* (2006) realizaram uma revisão das intervenções preventivas efetuadas em âmbito não escolar e concluíram que nenhuma destas intervenções foi claramente assinalada como eficaz, desconhecendo-se a relação custo-eficácia. Assim, torna-se difícil recomendar o seu uso, até que se tenham realizado mais investigações.

Em geral, os trabalhos de avaliação de programas do tipo comunitário são pouco frequentes e os seus resultados pouco animadores. Saxe, Kadushin, Tighe *et al.* (2006), após avaliar os resultados do programa *Fighting Back* (o qual constitui a iniciativa mais importante levada a cabo por uma entidade privada para reduzir a procura de drogas ilegais e álcool através de estratégias comunitárias) concluem que a falta de padrões de resultados interpretáveis suporta a conclusão que o entusiasmo por programas comunitários de prevenção do abuso de substâncias não está consubstanciado pela evidência da investigação. Também é certo que algumas intervenções obtiveram bons resultados, como o *Child Development Project (CPD)*, proposto pelo Centre for Substance Abuse Prevention (CSAP). Em outros casos foi conjugado, com êxito, um programa escolar e um programa comunitário (Sussman *et al.*, 1998), se bem que a utilidade da componente comunitária pareça duvidosa.

Em outros casos, as intervenções comunitárias têm um carácter demasiadamente amplo e generalista (por exemplo, os programas de tempo livre), de forma que este tipo de programas é menos avaliado, dispondo-se de poucos dados sobre a sua eficácia na prevenção do consumo de drogas. No entanto, algumas revisões (Lence *et al.*, 1997) concluem que os programas baseados na promoção de alternativas saudáveis de tempos livres parecem bastantes eficazes, quando se dirigem a populações de risco, tais como minorias ou setores da população marginalizados ou desfavorecidos. No que respeita ao tipo de atividades propostas, as desportivas são provavelmente as mais utilizadas nos programas de alternativas de tempo livre. No entanto, não fica claro o papel protetor do desporto no que respeita ao consumo de drogas (Kunz, 1997).

Também se podem incluir neste grupo de programas de modificação ambiental muitos dos programas de prevenção familiar. Estas intervenções dirigidas aos pais permitem melhorar as práticas parentais, reduzindo a influência de fatores de risco e favorecendo os fatores de proteção (Catalano, Kosterman e Haggert, 1998), tendo alguns destes programas alcançado resultados promissores na redução do consumo de drogas através da formação dos pais, tanto em competências educativas como em conhecimentos específicos sobre as drogas (Bauman *et al.*, 2001). Neste mesmo sentido, a revisão realizada por Foxcroft e Tsertsvadze, (2011b) concluiu que os efeitos dos programas de

prevenção do consumo de álcool baseados na família são diminutos, mas geralmente consistentes e persistentes a médio e longo prazo. Tal como aponta o NIDA (2004), estes programas devem melhorar a comunicação e as relações familiares e incluir competências para serem melhores pais; formação para desenvolver, discutir e reforçar a política da família em relação ao abuso de substâncias e a informação e educação sobre drogas. Partindo do princípio de que a comunicação familiar constitui o cimento da relação entre pais e filhos, esta pode ser favorecida através de uma formação para melhorar a capacidade de apoio dos pais aos filhos, a comunicação entre pais e filhos e a participação dos pais na vida dos filhos.

EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS DE MODIFICAÇÃO AMBIENTAL ⁵				
ESTRATÉGIA	EFICÁCIA	BASE CIENTÍFICA	TRANSCULTURALIDADE	CUSTO DE IMPLEMENTAÇÃO
Alteração do ambiente social	++	++	++	Moderado
Programas comunitários	0/+	+	+	Elevado
Intervenções com famílias	++	+++	+	Moderado

Fonte: Babor *et al.*, 2003.

Como balanço, cabe destacar que os resultados obtidos com as diversas estratégias preventivas são amiúde diferentes e, em algumas ocasiões, contraditórios. Muitos trabalhos alcançam bons resultados com determinados sujeitos e fracassam com outros, podendo então concluir-se que o conhecimento disponível não permite identificar uma intervenção preventiva cuja eficácia esteja garantida. Se bem que pareça que algumas intervenções podem ser mais eficazes do que outras, o resultado é sempre incerto, o que nos deve levar a continuar a investigar, avaliando as intervenções sempre que seja possível e a revê-las constantemente para as melhorar.

Babor e colaboradores (2010), depois de reverem a evidência disponível sobre as estratégias preventivas ensaiadas nos diferentes âmbitos, oferece a seguinte resposta à pergunta se a prevenção é eficaz, no que se poderia constituir como uma síntese do nível da evidência disponível nesta matéria: “alguns programas de prevenção parecem dar resultados, mas os efeitos são modestos e os dados probatórios são geralmente escassos. Também concluímos que existem alguns tipos de programas de prevenção que evidentemente não dão resultado.”

3. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO

“Fazer bem o que há para fazer, para quem se tem de fazer”, desta forma coloquial resume Meneu (2003) a necessidade de realizar intervenções eficazes, nas populações adequadas e de forma eficaz. Para tal, desde há várias décadas e impulsionado pelo movimento da “Medicina baseada na evidência” (Sackett *et al.*, 1997), tem-se desenvolvido um intenso esforço de investigação orientado para a identificação dos elementos que determinam a eficácia dos tratamentos das toxicodependências.

De seguida, são revistas as evidências bem estabelecidas (níveis 1 e 2) sobre a eficácia dos diferentes tratamentos do abuso e dependência de drogas e os graus de recomendação (A e B) que decorrem dos mesmos.

- **Nível evidência 1:** proveniente de ensaios clínicos controlados, aleatórios e bem desenhados ou de meta-análises.
- **Nível evidência 2:** obtida a partir de ensaios clínicos com pequenas limitações metodológicas.

O grau de recomendação A é indicado para o nível de evidência 1, enquanto que o grau de recomendação B é formulado para o nível de evidência 2.

A) TRATAMENTOS ESPECIALIZADOS

3.1. Tratamentos farmacológicos

Atualmente existem fármacos eficazes para a desintoxicação e desabitação da dependência do álcool, opiáceos e nicotina (NIDA, 2009a).

3.1.1. Desintoxicação

a) Dependência do álcool

As benzodiazepinas são os fármacos de primeira escolha na desintoxicação da dependência do álcool, tendo demonstrado a sua eficácia em vários estudos controlados. O clometiazol é também um fármaco eficaz na síndrome de abstinência alcoólica, se bem que pouco seguro em desintoxicações em ambulatório (Pereiro, 2010).

As benzodiazepinas e o clometiazol têm demonstrado ser superiores ao placebo no tratamento da síndrome de abstinência do álcool. As benzodiazepinas são de maior utilidade, devido à sua rapidez de início de ação, ao seu efeito prolongado (nas de semivida longa) e a possibilidade de reversão de *overdoses* através do flumazenil (Guardia, 2010).

A prescrição de clonidina, betabloqueantes ou haloperidol para o tratamento da síndrome de abstinência aguda de álcool só pode ser feita enquanto coadjuvante do tratamento com benzodiazepinas, já que em mono terapia não são eficazes no tratamento da abstinência (Guardia, 2010).

A gabapentina tem demonstrado a sua eficácia em vários estudos abertos (mono terapia) e num estudo controlado, combinada com clometiazol. De igual modo, a carbamazepina demonstrou ser eficaz no tratamento farmacológico da abstinência alcoólica de intensidade leve ou moderada em mono terapia e poli terapia, sendo uma opção terapêutica segura nas desintoxicações em ambulatório. Em vários estudos controlados, o ácido valpróico demonstrou ser um tratamento eficaz, em mono ou poli terapia, no tratamento da síndrome de abstinência alcoólica, em casos graves. Durante o tratamento de desintoxicação de álcool, é recomendável a administração de tiamina (B1) para prevenir a síndrome de Wernicke-Korsakoff, especialmente se ocorrer algum sintoma desta síndrome ou se existe uma situação de risco: diarreia, vômitos, desnutrição grave, anorexia grave, doenças físicas graves (Pereiro, 2010).

Alguns anti convulsivantes podem ser utilizados como fármacos de primeira linha em pacientes que apresentem risco de abuso de benzodiazepinas ou consumo simultâneo de álcool e benzodiazepinas, podendo mesmo utilizar-se em combinação com tiapride naqueles casos em que seja recomendável evitar o uso de benzodiazepinas (Guardia, 2010).

Por seu lado, a tiapride tem demonstrado eficácia em estudos controlados, no tratamento da abstinência alcoólica, podendo ser usada por via intramuscular ou intravenosa. Por último, os betabloqueantes como o propranolol ou o atenolol podem ser úteis no tratamento em politerapia de alguns sintomas da síndrome de abstinência alcoólica, como a taquicardia ou os tremores (Pereiro, 2010).

b) Dependência de opiáceos

Os protocolos de desintoxicação clássicos para a dependência de opiáceos baseiam-se no uso de agonistas opiáceos, antagonistas alfa-2-adrenérgicos e tratamento farmacológico sintomático.

Dentro dos agonistas, o fármaco mais utilizado é a metadona, através da dispensa de doses decrescentes durante 21 dias (Pereiro, 2010). Vários estudos confirmam que a redução gradual da metadona pode diminuir a gravidade da síndrome de abstinência, se bem que a maioria dos pacientes desintoxicados através desta modalidade recaiam no consumo de heroína (Amato *et al.*, 2005).

Uma opção interessante é a transição de metadona para buprenorfina, como etapa intermédia para alcançar a abstinência. Em pacientes que tenham estado em programas de manutenção com metadona e que manifestem o desejo de abandonar este tratamento e apresentem dificuldades nas últimas fases da desintoxicação, a transferência para buprenorfina pode facilitar a retirada da metadona e por essa via a desintoxicação de opiáceos, uma vez que os sintomas da abstinência da buprenorfina são leves ou moderados e a sua manifestação mais tardia (Pereiro, 2010).

A clonidina reduz de forma importante a dor abdominal, os arrepios, as câibras musculares, a irritabilidade e agitação. Não atua, no entanto, de forma significativa na ansiedade, na insónia, nem nas dores osteomusculares. É assim necessário o uso simultâneo de um ansiolítico mio relaxante e de um AINE (Pereiro, 2010).

A clonidina e a lofexidina são mais eficazes que o placebo no tratamento da abstinência de heroína e de metadona. Não foram encontradas diferenças significativas na eficácia dos tratamentos com clonidina ou lofexidina, na comparação com os de redução gradual de metadona durante um período de cerca de 10 dias. A metadona, no entanto, está associada a menos efeitos adversos do que a clonidina ou a lofexidina e tem um melhor perfil de segurança que a clonidina (Gowing, Farrell, Ali, White *et al.*, 2009).

A buprenorfina é mais eficaz que a clonidina e a lofexidina na gestão da abstinência de opiáceos, associando-se a uma maior retenção/finalização do tratamento, bem como ao facto de serem mais bem tolerados e a um número menor de efeitos adversos em comparação com a clonidina (Gowing, Ali e White, 2009; Bobes *et al.*, 2010).

A combinação da buprenorfina/naloxona é mais eficaz que a clonidina, sendo encontradas notáveis diferenças a favor desta combinação na supressão dos sintomas de abstinência, menor *craving* e a serem mais bem tolerados (Bobes *et al.*, 2010). A buprenorfina pode oferecer algumas vantagens em relação à metadona, pelo menos em ambiente hospitalar, em termos de uma resolução mais rápida dos sintomas de abstinência e a taxas mais altas de cumprimento do tratamento (Gowing, Ali e White, 2009).

Comparando a buprenorfina com a metadona, ambas em doses decrescentes, em programas de desintoxicação, não foram encontradas diferenças significativas no que respeita à sua eficácia. No entanto, a buprenorfina é mais bem tolerada, a síndrome de abstinência resolve-se mais rapidamente e produz menos sintomatologia residual (Bobes *et al.*, 2010).

c) Dependência da nicotina

O tratamento farmacológico da adição à nicotina é complementar ao tratamento psicológico comportamental e já demonstrou multiplicar, por dois, a probabilidade de êxito na tentativa de cessação do hábito tabágico em pacientes motivados (NIDA, 2009a; Pereiro, 2010).

Todas as formas de terapia de substituição da nicotina (TSN) disponíveis (pastilhas, adesivo transdérmico, spray nasal, inalador e comprimidos sublinguais) podem aumentar as possibilidades de êxito nas pessoas que estão a deixar de fumar, reduzindo a síndrome de abstinência e a motivação para fumar. A TSN aumenta a taxa de abandono do hábito tabágico entre 50% e 70%, independentemente do contexto em que é utilizada.

A eficácia da TSN parece ser em grande medida independente da intensidade do apoio adicional que é dado ao fumador. Proporcionar níveis mais intensos de apoio, se bem que benéfico uma vez que incrementa a probabilidade de deixar de fumar, não é essencial para o êxito da TSN (Stead, Perera, Bullen *et al.*, 2008).

Ainda, o bupropion demonstrou a sua eficácia, melhorando a taxa de êxito das tentativas de cessação do hábito de fumar. No que respeita à vareniclina, os estudos concluem que é quatro vezes mais eficaz que o placebo e duas vezes mais eficaz que o bupropion (Pereiro, 2010).

d) Dependência da cocaína

A síndrome de abstinência aguda de cocaína é, por norma, uma situação benigna pelo que no geral, não necessita cuidados médicos especiais (Kessler *et al.*, 2006). Não obstante, nas últimas décadas, fármacos como os antidepressivos tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, os neurolépticos atípicos, os agonistas dopaminérgicos, os antiepilépticos, etc., têm sido utilizados no tratamento da síndrome de abstinência e na prevenção de recaídas (Van den Brink e Van Ree, 2003; Kenna *et al.*, 2007).

No entanto, não existe nenhum tratamento farmacológico que tenha demonstrado a sua eficácia em ensaios clínicos controlados (Vocci *et al.*, 2005).

Vários estudos analisaram a eficácia da amantadina (agonista dopaminérgico) em doses de 200-400 mg/dia no controlo dos sintomas associados à abstinência de cocaína, sem que em nenhum deles se tenham obtido resultados conclusivos, nem quando comparado com placebo (Gawin *et al.*, 1989), nem nos casos em que são utilizados fármacos como a desipramina, a bromocriptina, a fluoxetina, etc. (Weddington *et al.*, 1991). Apesar disso, alguns autores, com base nos resultados obtidos nos seus estudos, defendem a utilidade da amantadina na abstinência grave de cocaína, durante um período superior a quatro semanas (Giannini *et al.*, 1989; Kampman *et al.*, 2000).

As evidências referidas sobre o uso de fármacos nos processos de desabituação de pacientes com dependência de cocaína indicam que (Terán *et al.*, 2008):

- A amantadina poderia ser útil no tratamento de paciências com abstinência.
- O propanolol por si só ou combinado com amantadina pode ser uma alternativa eficaz no tratamento da síndrome de abstinência grave de cocaína, no entanto são necessários mais estudos controlados que confirmem os primeiros resultados positivos.
- A existência de complicações na abstinência de cocaína pode tornar necessário o uso de fármacos antidepressivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, antiepilépticos, etc.

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA ÀS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS EFICAZES NA DESINTOXICAÇÃO

Dependência do álcool

- Benzodiazepinas
- Clometiazol
- Gabapentina
- Carbamazepina
- Ácido valpróico
- Tiamina (B1)
- Tiapride
- Propanolol
- Atenolol

Dependência de opiáceos

- Metadona
- Buprenorfina
- Buprenorfina/naloxona
- Clonidina
- Tratamento farmacológico sintomático

Dependência de nicotina

- Terapia de substituição com nicotina
- Bupropion
- Vareniclina

Dependência de cocaína

- Amantadina
- Propanolol

3.1.2. Desabituação

Na fase de desabituação podem ser utilizados vários fármacos eficazes para restabelecer o funcionamento cerebral normal, prevenir recaídas e diminuir os desejos intensos de consumir drogas —*craving*— (NIDA, 2009a; NIDA, 2009b; Pereiro, 2010).

a) Dependência de álcool

Ensaio clínico controlado confirmaram a eficácia da naltrexona, associada a uma intervenção psicossocial, na prevenção de recaídas em pacientes alcoólicos (Guardia, 2010). Foi já demonstrado que a naltrexona reduz o risco de recaída durante os três primeiros meses de tratamento em quase 36%, se bem que seja menos eficaz para ajudar os pacientes a manter a abstinência (NIDA, 2009b).

Os ensaios clínicos controlados e as meta-análises efetuadas com acamprosato no tratamento do alcoolismo, comprovaram que este fármaco produz uma melhoria na taxa de abstinência e nos dias acumulados sem consumir bebidas alcoólicas, podendo ser mais eficaz em pacientes com dependência grave. Na mesma linha, existe evidência sobre a eficácia do topiramato em comparação com um placebo na redução do consumo de álcool e no aumento dos dias de abstinência em pacientes alcoólicos em tratamento (NIDA, 2009b, Guardia, 2010).

O dissulfiram tem demonstrado eficácia no tratamento farmacológico da desabitação de álcool, em situações em que o fármaco foi utilizado em pacientes muito motivados, no contexto de um programa terapêutico (Pereiro, 2010). A utilidade e eficácia do dissulfiram são limitadas devido ao fraco cumprimento do tratamento. Alguns pacientes utilizam-no de forma pontual, em situações de alto risco, como em reuniões sociais nas quais existe álcool (NIDA, 2009b).

b) Dependência de opiáceos

Os programas de manutenção com metadona são eficazes no tratamento de dependência de opiáceos. Uma revisão sobre a eficácia das terapias de manutenção com metadona (Amato *et al.*, 2005b) concluiu que será duas vezes mais provável que os utilizadores de heroína inscritos em programas de tratamento de substituição opiácea (PTSO) abandonem o uso de heroína, em comparação com utilizadores não tratados.

Além de reduzir o uso de heroína, os PTSO aumentam as probabilidades de conseguir emprego, reduzem o comportamento delinvente em 60% (Amato *et al.*, 2005b) e diminuem o risco de transmissão de doenças infecciosas. Em concordância com estes resultados, o risco de morte (especialmente por overdose) em pacientes em metadona é 25% inferior, em comparação com a exposição a este risco por parte dos utilizadores de heroína não tratados (Amato *et al.*, 2005b, Barnett, 1999, Gunne e Gronbladh, 1981). Outros benefícios associados aos PTSO transcendem os próprios pacientes, como: a redução da atividade delinvente (menos vítimas de delitos), redução das taxas de desemprego (menor procura de assistência social) e menor prevalência de doenças infecciosas (redução do risco de doenças para o conjunto da população). A manutenção com metadona também diminui o uso de outras drogas ilegais que não os opiáceos (Babor, Caulkins, Edwards *et al.*, 2010).

Uma revisão Cochrane (Mattick *et al.*, 2009) evidencia que a metadona é uma intervenção eficaz no tratamento da dependência de heroína, uma vez que os pacientes continuam em tratamento por mais tempo e diminuem o consumo de heroína em maior grau do que em tratamentos que não utilizam terapia de substituição opiácea. No entanto, não mostra um efeito estatisticamente superior na atividade delinquente nem na mortalidade dos pacientes.

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA AOS EFEITOS ATRIBUÍDOS AOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO OPIACEA (PTSO)

- A inclusão dos pacientes em PTSO associa-se à redução do consumo de opiáceos ilícitos, das incidências legais e judiciais e à melhoria da integração laboral e familiar e do estado de saúde.
- Os PTSO aumentam a sobrevivência dos pacientes, reduzindo de forma notável o risco de morte. Alguns estudos confirmam que as possibilidades de falecimento entre os pacientes que continuam em tratamento são inferiores em um terço em relação àqueles que abandonam o mesmo (Coplehorn *et al.*, 1993), e 25% inferiores às dos utilizadores de heroína não tratados (Amato *et al.*, 2005b, Barnett, 1999; Gunne e Gronbladh, 1981) ou que a mortalidade dos pacientes se reduz progressivamente em função do tempo de permanência em PTSO (Segest *et al.*, 1990), dado que a sua permanência em tratamento favorece a sua sobrevivência (Langendam *et al.*, 2001).
- Existem múltiplas evidências de que as mortes relacionadas com overdoses em consumidores de opiáceos são mais prováveis em pacientes que não estão a tomar metadona do que entre aqueles que o fazem (Coplehorn e Drummer, 1999; Langendam *et al.*, 2001; Coplehorn e Drummer, 2002).
- Um efeito reiteradamente associado aos PTSO é o seu impacto positivo na redução da infeção VIH-SIDA, associado ao retrocesso do uso da via parental e nos comportamentos de risco associados ao consumo.
- A maior parte das investigações coincidem em apontar a redução do número de atos delinquentes nos pacientes vinculados aos PTSO.

Fonte: Sánchez, 2009.

De seguida são apontadas algumas das principais variáveis que em diversas investigações surgem relacionadas com a eficácia dos PTSO:

VARIÁVEIS ASSOCIADAS À EFICÁCIA DOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO OPIÁCEA			
VARIÁVEIS	AUTORES	PAÍS	RESULTADOS
A) Relativas aos sujeitos			
<i>Antecedentes legais</i>			
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EUA	Melhora o prognóstico
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EUA	Piora a retenção
<i>Gravidade da adição</i>			
	McLelan <i>et al.</i> , 1993	EUA	Não se relaciona
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EUA	Piora o prognóstico
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EUA	Piora a retenção
<i>Abuso de cocaína previamente ao tratamento</i>			
	Dunteman <i>et al.</i> , 1992	EUA	Sem relação uso de drogas em tratamento
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	Espanha	Uso heroína e cocaína em tratamento
<i>Psicopatologia associada</i>			
	Alterman <i>et al.</i> , 1996	EUA	< Retenção > uso de drogas em tratamento
	Grella <i>et al.</i> , 1997	EUA	< Retenção > uso de drogas em tratamento
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EUA	> Uso de drogas em tratamento
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	Espanha	> Uso de drogas em tratamento
<i>Deterioração somática</i>			
	Grella <i>et al.</i> , 1997	EUA	Maior abandono do tratamento
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	Espanha	Maior uso de drogas
<i>Nenhuma</i>			
	Maddeux <i>et al.</i> , 1994	EUA	Nenhuma variável relativa aos sujeitos é preditora
B) Relativas ao tratamento			
<i>Dose metadona >60mg/dia</i>			
	Ball y Ross, 1991	EUA	> Retenção < uso de drogas em tratamento
	D'Aunno y Vaughm, 1992	EUA	< Uso de drogas em tratamento
	Caplehorn <i>et al.</i> , 1993	Austrália	> Retenção < uso de drogas em tratamento
	Maddeux <i>et al.</i> , 1994	EUA	Não há diferenças
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EUA	> Retenção
	Torrens <i>et al.</i> , 1996	Espanha	> Retenção
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	Espanha	> Retenção
<i>Tempo prolongado em PTSS</i>			
	Ball y Ross, 1991	EUA	< Uso de drogas em tratamento
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EUA	< Uso de drogas em tratamento
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EUA	< Uso de drogas em tratamento
	Caplehorn <i>et al.</i> , 1993	Austrália	< Uso de drogas em tratamento
	Appel <i>et al.</i> , 2001	EUA	< Uso de drogas em tratamento
<i>Oferta assistencial ampla</i>			
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EUA	> Retenção < uso de drogas em tratamento
	Ball y Ross 1991	EUA	> Retenção < uso de drogas em tratamento
	McLelan <i>et al.</i> , 1993	EUA	> Retenção
	Grella <i>et al.</i> , 1997	EUA	< Uso de drogas em tratamento
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EUA	> Retenção < uso de drogas em tratamento

Fonte: adaptado de Fernández, 2005.

A dose do opiáceo substituto administrado configura-se como uma das variáveis que mais condiciona os resultados obtidos nos PTSO, sendo recomendadas doses altas de metadona para reduzir o consumo de opiáceos e para alcançar uma manutenção mais prolongada em tratamento. Doses de metadona entre os 60 e os 100mg/dia são mais eficazes que doses mais baixas (1 a 39 mg), no que se refere à manutenção /retenção dos pacientes em tratamento e para reduzir o consumo de heroína e cocaína durante o mesmo, sendo similares os efeitos secundários da metadona nas diferentes doses (Faggiano *et al.*, 2003).

A quantidade e qualidade das intervenções dos PTSO (oferta de cuidados de saúde, psicológicos, psiquiátricos, sociais e ocupacionais complementares à administração de metadona), bem como a sua frequência e intensidade, correlacionam-se positivamente como o grau com que os objetivos são atingidos (nível de êxito) dos programas (Ball *et al.*, 1988; McLean *et al.*, 1988; Ball e Ross, 1991; Joe, 1991; Sánchez, 2009). Associar qualquer tipo de apoio psicossocial aos tratamentos de manutenção com metadona aumenta o número de pacientes que se mantêm abstinentes durante o tratamento (Amato *et al.*, 2007).

O número de profissionais (relação pacientes/profissionais) e a antiguidade dos mesmos nos PTSO corelacionam-se positivamente com o grau de cumprimento dos objetivos dos programas (McLean *et al.*, 1988; Ball e Ross, 1991; Joe, 1991).

O período de permanência em tratamento foi identificado como o melhor preditor de sucesso em PTSO (Kreek, 1983; Ball *et al.*, 1988; Bertchy, 1995). A permanência prolongada em PTSO traduz-se em maiores taxas de abstinência, melhorias substantivas nos níveis de bem-estar psicológico e nas relações familiares e na redução das atividades delinquentes para uma larga maioria dos seus beneficiários (Ball *et al.*, 1988; Hubbard *et al.*, 1997; Amato *et al.*, 2005b).

A presença de psicopatologia associada é correlacionada, de forma recorrente, com uma menor permanência/retenção em tratamento e a um maior nível de consumo de drogas ilícitas (Alterman *et al.*, 1996; Grella *et al.*, 1997; Fernández *et al.*, 2001), se bem que não diretamente com o prognóstico em tratamento.

Parece existir consenso na atribuição às diferentes variáveis relacionadas com os sujeitos uma menor influência do que às que se relacionam com o tratamento, e ao associar a eficácia dos PTSO às seguintes variáveis ligadas ao tratamento:

- A administração de doses adequadas de metadona (superiores a 60mg/dia) é associada a uma maior permanência/retenção em tratamento na maioria dos estudos e revisões (Ball e Ross, 1991; D'Áunno e Vaughm, 1992; Caplehorn *et al.*, 1993; Magura *et al.*, 1999; Torrens *et al.*, 1996; Fernández *et al.*, 2001; Faggino *et al.*, 2007) e em menor medida, à redução do consumo de outras drogas durante o tratamento (Ball e Ross, 1991; Caplehorn *et al.*, 1993; Faggino *et al.*, 2007).

- A permanência dos pacientes nos PTSO durante longos períodos de tempo associa-se a menores níveis de consumo de drogas durante o tratamento (Ball e Ross, 1991; Kosten *et al.*, 1987; Magura *et al.*, 1999; Caplehorn *et al.*, 1993; Appel *et al.*, 2001; Amato *et al.*, 2005b).
- A existência de uma ampla oferta de serviços associa-se a uma maior permanência/retenção em tratamento (Kosten *et al.*, 1987; Ball y Ross, 1991; McLellan *et al.*, 1993; Grella *et al.*, 1997; Magura *et al.*, 1999) e à redução do consumo de drogas durante o mesmo (Kosten *et al.*, 1987; Ball y Ross, 1991; Grella *et al.*, 1997; Magura *et al.*, 1999; Sánchez, 2009).

A utilização da buprenorfina no quadro dos programas de tratamento de substituição opiácea é mais recente que a da metadona. Os estudos sobre a eficácia da administração de buprenorfina em alta dose registam importantes reduções no uso de heroína e cocaína entre os pacientes tratados com este fármaco (Johnson *et al.*, 2000; Kakko *et al.*, 2003). As comparações das investigações sobre a eficácia das terapias com metadona e buprenorfina coincidem ao apontar que a buprenorfina é uma intervenção eficaz na realização de tratamentos de manutenção em pessoas dependentes de opiáceos/heroína, mas menos eficaz do que a metadona quando administrada em doses adequadas (Mattick *et al.*, 2008; Bobes *et al.*, 2010). Esta última afirmação é confirmada por uma recente revisão, que conclui que a metadona é ligeiramente mais eficaz e menos dispendiosa que a buprenorfina (Connock *et al.*, 2007).

A dose de buprenorfina tem uma importância capital na manutenção/retenção de pacientes em tratamento; doses por volta de 16mg/dia são associadas a uma maior manutenção/retenção e a um menor consumo de opiáceos, e doses superiores a uma diminuição do *craving* (Bobes, 2010).

A buprenorfina em doses baixas, médias e altas é significativamente superior ao placebo na manutenção/retenção de pacientes em tratamento. No entanto, só as doses médias e altas suprimem o consumo de heroína ao um nível muito acima do placebo. Um ensaio clínico aleatório evidenciou que a terapia de manutenção com buprenorfina é mais eficaz que o placebo na redução do consumo de heroína, melhora a manutenção/retenção em tratamento e reduz o número de análises à urina positivas para morfina (WHO, 2009a). Nessa linha, o uso de buprenorfina na síndrome de abstinência de opiáceos mostrou-se eficaz, numa análise agrupada de oito estudos (WHO, 2009a), na redução dos níveis de autorrelato sobre consumos na abstinência de opiáceos —evidência de alta qualidade (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Comparando os tratamentos com metadona e buprenorfina, de acordo com as doses utilizadas, observa-se que a metadona em doses baixas retém, em maior grau, os pacientes em tratamento do que a buprenorfina em doses baixas. A buprenorfina em doses médias não melhora os resultados na manutenção/retenção de pacientes comparada com a metadona em doses baixas, mas pode suprimir o consumo de heroína em maior medida. A buprenorfina em doses médias não apresenta vantagens na retenção de pacientes, em comparação com a metadona em doses médias (Mattick *et al.*, 2008).

A naltrexona é especialmente adequada para evitar a recaída no uso de opiáceos depois da desintoxicação de heroína, em pacientes nos quais o incumprimento do tratamento tem consequências importantes, como por exemplo, os profissionais de saúde, os executivos de empresas e os indivíduos sob supervisão legal. No entanto, o cumprimento da toma da medicação e as taxas de manutenção/retenção de pacientes em tratamento com naltrexona são baixos. Numa revisão Cochrane (Minozzi *et al.*, 2008) sobre a utilização oral de naltrexona, com e sem tratamento psicológico, não foram encontrados melhores resultados do que o placebo ou com tratamentos sem apoio farmacológico, no que teve a ver com a manutenção/retenção em tratamento, o consumo da droga principal ou os efeitos secundários. O único resultado claramente a favor da naltrexona é uma redução do número de detenções efetuadas, mas estes resultados só se encontram em dois estudos. Em estudos individuais, a naltrexona não é superior às benzodiazepinas ou à buprenorfina no que se refere à manutenção/retenção de pacientes, à abstinência ou a efeitos secundários. Como consequência, a terapia farmacológica com naltrexona não pode ainda ser considerada como um tratamento que se tenha mostrado superior a outros tipos de abordagem terapêutica (Mattick *et al.*, 2008).

A combinação de buprenorfina/naloxona no tratamento da dependência de opiáceos, comporta-se como a buprenorfina só, uma vez que reduz o potencial risco do seu mau uso, é segura, bem tolerada e reduz quer o consumo como o *craving* para os opiáceos. Nessa linha, apresenta uma eficácia similar à da metadona em programas de manutenção (Bobes *et al.*, 2010).

c) Dependência de cocaína

Existe consenso no reconhecimento de que não existe tratamento farmacológico de eficácia comprovada na adição à cocaína. Apesar dos esforços realizados nos últimos anos, os resultados dos ensaios clínicos realizados com diferentes psicofármacos não trouxeram evidência suficiente sobre a sua eficácia (Terán *et al.*, 2008).

Uma revisão sobre o uso de agonistas dopaminérgicos como a amantadina, a bromocriptina e a pergolida, não disponibilizou evidências suficientes sobre a sua eficácia no tratamento da dependência da cocaína (Soares *et al.*, 2003).

Existe alguma evidência que suporta o uso de fármacos como o topiramato, o dissulfiram, a buprenorfina (em caso de co dependência de opiáceos) e a risperidona (em casos de co existência de perturbações de tipo psicótico) no tratamento da dependência da cocaína, se bem que a sua eficácia e tolerabilidade necessitem de um maior número de ensaios clínicos controlados ou de meta-análises que confirmem os resultados iniciais (Caballero, 2005; Sofuoglu e Kosten, 2005; Karila *et al.*, 2007; EMCDDA, 2007).

Existem outros fármacos em fase de experimentação, com resultados iniciais prometedores (tiagabina, vigabatrina, baclofeno, naltrexona, anfetaminas, propranolol, aripiprazol,

ondansetron ou a própria vacina anti cocaína), que deverão ser validados por novos ensaios clínicos controlados que confirmem a sua eficácia (Terán *et al*, 2008).

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA ÀS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS EFICAZES PARA A DESABITUAÇÃO

Dependência do álcool

- Naltrexona
- Acamprosato
- Dissulfiram
- Topiramato

Dependência de opiáceos

- Metadona
- Buprenorfina
- Naltrexona
- Buprenorfina/haloxona

Dependência de nicotina

- Terapia de substituição com nicotina
- Bupropion
- Vareniclina

Dependência de cocaína

- Não existem tratamentos farmacológicos de eficácia comprovada

3.2. Tratamentos psicológicos

Os tratamentos psicológicos eficazes ajudam a que os pacientes aumentem a motivação para abandonar o consumo de drogas, se comprometam com o processo de tratamento e mantenham a abstinência, modifiquem as suas atitudes e comportamentos relacionados com o abuso de drogas, aumentando as suas capacidades para lidar com circunstâncias stressantes e outros sinais ambientais que possam desencadear uma recaída. Estes tratamentos podem também melhorar a eficácia da terapia farmacológica e ajudar a que os pacientes permaneçam em tratamento durante mais tempo (NIDA, 2009a; NIDA, 2009b).

De seguida, resumem-se as principais conclusões sobre os tratamentos psicológicos que demonstraram ser eficazes (Becoña e Cortés, 2008):

3.2.1. Entrevista e terapia motivacional

- A entrevista motivacional é mais eficaz que a ausência de tratamento (nível de evidência 1).
- Os seus efeitos decaem com o tempo. Aos 12 meses têm uma pequena mas significativa eficácia (nível de evidência 1).
- A entrevista motivacional está mais indicada quanto menor seja a motivação do paciente para a mudança, antes de iniciar o tratamento (nível de evidência 1). Pode ser mais indicada em certo tipo de pacientes (nível de evidência 2), como é o caso de consumidores com maior deterioração cognitiva, pessoas com carências extremas e sem abrigo, ou consumidores de drogas por via intravenosa que não têm intenção de abandonar o consumo, diminuindo nestes dois últimos casos o consumo de drogas e melhorando os sintomas psicopatológicos dos pacientes (grau de recomendação B).
- Mais do que nos resultados do tratamento, a utilidade da entrevista motivacional parece centrar-se na potenciação de outras intervenções terapêuticas, melhorando a participação, a adesão, a manutenção e a satisfação durante a fase inicial do tratamento, mesmo para as intervenções mais estruturadas e prolongadas no tempo (nível de evidência 2).

Em síntese, pode concluir-se que os estudos indicam que as intervenções motivacionais são úteis para aumentar a motivação para a mudança, mas que esta motivação diminui ao longo do tempo. Este tipo de intervenções não são suficientes, por si só, para o abandono do consumo de drogas, mas são úteis para aumentar a participação, a adesão e a manutenção/retenção em tratamento. Assim, as intervenções motivacionais são um complemento de outros tratamentos mais estruturados, sendo os pacientes menos motivados os que são mais beneficiados pela utilização destas técnicas (Becoña e Cortés, 2011).

3.2.2. Terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais

- As terapias de orientação cognitivo-comportamentais são eficazes no tratamento dos comportamentos aditivos (nível de evidência 1).
- As terapias cognitivo-comportamentais são, no geral, mais eficazes que o tratamento farmacológico e de que outras modalidades de tratamento psicológico, por si sós. A sua eficácia aumenta em tratamentos de componentes múltiplas. De fato, a combinação da terapia cognitivo-comportamental com outras modalidades terapêuticas psicológicas e farmacológicas é mais eficaz do que a aplicação de cada uma destas modalidades em separado (nível de evidência 1). No tratamento de substituição opiácea obtêm-se melhores resultados quando a administração do fármaco é acompanhada por intervenções cognitivo-comportamentais (grau de recomendação A). Assim sendo, a terapia farmacológica com inibidores do consumo de álcool combinada com a terapia cognitivo-comportamental melhora manifestamente os resultados do tratamento da dependência do álcool e cocaína (grau de recomendação B).

- A terapia cognitivo-comportamental é eficaz tanto em formato individual como no de grupo (nível de evidência 1).
- Se bem que em algumas circunstâncias e para alguns pacientes as intervenções breves possam ser mais eficazes, mais tempo de exposição à terapia cognitivo-comportamental conduz a melhores resultados a longo prazo (nível de evidência 1).
- Os efeitos da terapia cognitivo-comportamental persistem após o final do tratamento mas decaem com o tempo (nível de evidência 1). É assim importante contar com programas de acompanhamento após a alta para consolidar os sucessos terapêuticos conseguidos com a terapia cognitivo-comportamental (grau de recomendação A).
- Em adolescentes, a terapia cognitivo-comportamental é eficaz no curto prazo para a redução do consumo de drogas e para melhorar as relações familiares em pacientes com patologia dual, independentemente da psicopatologia associada (nível de evidência 2). Na intervenção com adolescentes recomenda-se a inclusão dos familiares no quadro da aplicação da terapia cognitivo-comportamental, no sentido de manter temporalmente as mudanças alcançadas (nível de evidência 2). Os grupos de adolescentes devem ser realizados tendo em conta as suas características e eventuais limitações, para evitar a aprendizagem inadvertida de comportamentos anti sociais e desadaptados (grau de recomendação B).
- De igual modo, a terapia cognitivo-comportamental, aplicada por si só ou combinada com tratamento farmacológico, produz mudanças significativas, que decaem após o tratamento, em pacientes toxicodependentes com perturbações do humor (nível de evidência 2).

Uma revisão sistemática de 27 estudos aleatórios controlados, que incluíram 3.663 participantes, aponta para que as intervenções cognitivo-comportamentais demonstram ser mais eficazes na redução dos abandonos de tratamento e do uso de cocaína, em comparação com o aconselhamento sobre drogas —presença em sessões de psicoterapia— (Knapp *et al.*, 2007).

Em seguida indicam-se as terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais que têm recebido maior apoio empírico no tratamento das toxicodependências.

a) *Treino de competências sociais e em estratégias de coping*

O objetivo do treino de competências sociais e de estratégias de *coping* assenta na aquisição ou fortalecimento por parte do paciente, das aptidões e autocontrolo necessários para enfrentar situações de risco elevado de consumo, melhorando as suas estratégias cognitivas e comportamentais. As mais utilizadas na prática clínica são o treino em competências sociais e de comunicação, em assertividade e recusa de consumo, o treino na gestão do *craving* e o treino da gestão do humor (Becoña e Cortés, 2008; Becoña e Cortés, 2011).

O treino em estratégias de *coping* é eficaz no tratamento dos comportamentos aditivos, quando integrada em programas amplos e multidisciplinares (nível de evidência 1). Esta

abordagem, quando forma parte de programas multimodais mais amplos, é um dos elementos mais eficazes na evolução e no resultado do tratamento de pessoas com dependência do álcool e/ou da cocaína (grau de recomendação A).

b) Prevenção de recaídas

A prevenção de recaídas é eficaz no tratamento da dependência de drogas (nível de evidência 1).

A prevenção de recaídas, mais do que uma técnica por si só, é frequentemente utilizada como estratégia de *coping* face à possibilidade de recair, no contexto de programas de tratamento mais amplos (Becoña e Cortés, 2011).

c) Gestão de contingências

No caso dos comportamentos aditivos, a gestão de contingências consiste frequentemente na entrega aos pacientes de vales (*vouchers*) cambiáveis por bens ou serviços, de forma contingente à ausência de consumo de drogas (terapias de incentivo), à manutenção em tratamento e/ou à participação em sessões terapêuticas. Por sua vez, os programas de reforço comunitário baseiam-se em proporcionar ao paciente o contacto com os reforços naturais que existem no seu ambiente social e desta forma incrementar a probabilidade de manutenção da abstinência (Becoña e Cortés, 2011).

- A gestão de contingências, em particular, o uso de incentivos contingentes a análises urinárias negativas, à participação em sessões terapêuticas ou ao envolvimento em atividades alternativas, é uma estratégia de tratamento eficaz na dependência de heroína, quando combinada com a administração de fármacos agonistas como a metadona (nível de evidência 1); mesmo quando os incentivos são usados sem o apoio de medicação, melhoram a retenção em tratamento e reduzem o consumo de heroína (nível de evidência 2).
- Os tratamentos com agonistas ou com antagonistas devem ser combinados com técnicas de gestão de contingências (grau de recomendação A).
- O programa de reforço comunitário, juntamente com a terapia de incentivo, aumenta as taxas de manutenção/retenção em programas ambulatoriais e reduz o consumo de cocaína (nível de evidência 1).
- A gestão de contingências tem melhores resultados do que a terapia cognitivo-comportamental na redução do consumo de cocaína, em programas de manutenção com metadona (nível de evidência 2).
- A gestão de contingências através de vales cambiáveis por bens e serviços melhora a adesão e reduz as recaídas no tratamento da dependência de álcool (nível de evidência 2).
- As técnicas de gestão de contingências são altamente recomendáveis quando se integram em programas de tratamento mais amplos (grau recomendação B).

3.2.3. Terapia familiar

As terapias centradas na família evidenciam os seus melhores resultados na intervenção em adolescentes com problemas de consumo de drogas (Becoña e Cortés, 2011).

- A terapia familiar multidimensional e multissistémica, em programas de administração de metadona, melhora a manutenção/retenção dos pacientes que têm pior prognóstico inicial (nível de evidência 1).
- A terapia familiar multidimensional tem maior eficácia do que a terapia de grupo de pares na diminuição de riscos e promoção de processos de proteção nas áreas individual, familiar, escolar e no grupo de pares, além de reduzir o consumo de drogas durante o tratamento (nível de evidência 2).
- A terapia familiar estratégica breve favorece o compromisso das famílias para a participação ativa no processo de tratamento dos comportamentos aditivos em adolescentes (grau de recomendação A).
- A terapia familiar estratégica breve melhora a dinâmica do funcionamento familiar, persistindo os seus efeitos no tempo. Este tipo de terapia familiar é especialmente indicada para famílias destruídas de adolescentes que consomem drogas (grau de recomendação B).
- A terapia familiar estratégica breve centrada em apenas um indivíduo do núcleo familiar pode ser tão eficaz como a inclusão de toda a família na terapia (grau de recomendação B).
- As terapias individuais centradas na estrutura familiar, mostram melhores resultados do que as individuais, que têm como alvo a mudança individual (grau de recomendação B).

3.2.4. Terapia comportamental para casais

- A terapia comportamental para casais dirigida à melhoria das relações familiares ajuda a incrementar as taxas de abstinência (nível de evidência 1).
- A terapia comportamental familiar e/ou de casal deve ser aplicada em pacientes que vivem com companheiros (as) não consumidores de drogas (grau de recomendação B).

3.2.5. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental de grupo

- No tratamento da dependência de álcool e de cocaína, o formato da terapia de grupo obtém resultados similares ao formato individual, com a vantagem de que a relação custo/eficácia é muito melhor no formato de grupo (Guardia *et al.*, 2010; Terán *et al.*, 2008).
- Nos dependentes de cocaína, a terapia de grupo é mais útil quando os pacientes se encontram em abstinência e estáveis, havendo evidência de que a técnica de prevenção

de recaídas é eficaz quando se aplica em formato de grupo (Terán *et al.*, 2008) (nível de evidência 2).

- No caso de dependência de nicotina, existem evidências de que a terapia intensiva de grupo obtém melhores resultados na cessação tabágica do que a autoajuda e outras intervenções menos intensivas destinadas a ajudar as pessoas a deixar de fumar (Agência de Avaliação de Tecnologias Sanitárias, 2003; Lancaster e Stead, 2005). No entanto, não existem evidências suficientes para determinar se existem diferenças entre a eficácia da terapia de grupo e o tratamento individual intensivo (Raw *et al.*, 1998; Stead e Lancaster, 2005).

RESUMO DA EVIDENCIA RELATIVA ÀS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EFICAZES

- Entrevista e terapia motivacional.
- Terapia comportamental e cognitivo-comportamental:
 - Treino de competências sociais e estratégias de *coping*.
 - Prevenção de recaídas.
 - Gestão de contingências (terapia de incentivo e programas de reforço comunitário).
- Terapia familiar:
 - Terapia familiar comportamental.
 - Terapia familiar multidimensional.
 - Terapia familiar multissistêmica.
 - Terapia familiar estratégica breve.
- Terapia comportamental de casal.

3.3. Tratamentos psicológicos eficazes em toxicodependentes com co morbidade psiquiátrica

- Os tratamentos psicossociais são componentes essenciais de um programa integral de tratamento das perturbações por consumo de substâncias psicoativas em pacientes com co morbidade psiquiátrica — grau de recomendação A— (Becoña e Cortés, 2008).
- A combinação da entrevista motivacional, terapia cognitivo-comportamental e intervenções familiares melhora a evolução dos pacientes diagnosticados com esquizofrenia, com concomitante perturbação por abuso de substâncias — grau de recomendação B— (Becoña e Cortés, 2008).

- O tratamento psicológico, por si só ou em combinação com terapia farmacológica, deverá ser a pedra angular para a obtenção de resultados positivos em muitos pacientes com patologia dual. Existem várias terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais promissoras para o tratamento de toxicodependentes com patologia dual. Assim sendo, alguns fármacos, como o bupropion, aprovado no tratamento da depressão e da dependência de nicotina, pode ser útil na redução do *craving* e do consumo de metanfetaminas. Não obstante, em ambos os casos é necessária mais investigação para determinar quais os tratamentos psicológicos e farmacológicos eficazes na abordagem dos pacientes toxicodependentes com outras perturbações mentais associados (NIDA, 2011).
- O tratamento integrado de toxicodependentes com patologia dual parece ser o mais adequado já que facilita a adesão, diminui o número de admissões hospitalares e reduz o consumo de drogas. Uma revisão (Tiet e Mausbach, 2007) conclui que existem tratamentos eficazes na redução da sintomatologia psicopatológica e no uso de substâncias, mas continua a não estar totalmente esclarecida qual a eficácia dos tratamentos integrados.

3.4. Tratamento em comunidade terapêutica

Seguidamente será apresentada a evidência sobre o tratamento em comunidade terapêutica. As conclusões sobre os níveis de evidência 1 e 2 e os graus de recomendação A e B são as seguintes (Becoña e Cortés, 2008):

- As comunidades terapêuticas são modelos de tratamento das toxicodependências de componentes múltiplas que mostraram a sua eficácia principalmente nos (três) primeiros meses após o abandono do consumo de drogas (nível de evidência 2).
- As componentes ativas geradoras de mudança nas comunidades terapêuticas são: controlo dos estímulos, modelação e reforço de comportamentos adaptativos, gestão do tempo, treino de competências, prevenção de recaídas, tomada de decisões, gestão de cognições, emoções e retroalimentação e reforço dos progressos (nível de evidência 2).
- Dado que uma percentagem dos pacientes abandonam as comunidades terapêuticas sem finalizar o tratamento, especialmente durante as (duas) primeiras semanas de ingresso (nível de evidência 1), é recomendável o desenvolvimento de estratégias para incrementar a manutenção/retenção dos pacientes, já que o aumento das taxas de manutenção/retenção está associado à redução do consumo de drogas (grau de recomendação B).
- As comunidades terapêuticas obtêm melhorias significativas no estado clínico geral do paciente (consumo de drogas e psicopatologia associada), bem como nos comportamentos delinquentes e na situação laboral (nível de evidência 2).
- Os sucessos obtidos nos tratamentos em comunidade terapêutica mantêm-se, em acompanhamentos realizados ao longo de um a cinco anos (nível de evidência 2).
- As comunidades terapêuticas são tratamentos eficazes para a adição à heroína, sempre e quando o paciente permaneça tempo suficiente em programa. A permanência em

programa é um bom preditor do êxito do tratamento, de forma que os indivíduos que completam seis meses de tratamento apresentam resultados significativamente melhores do que aqueles que permanecem menos tempo, do mesmo modo que os que finalizam o tratamento obtêm melhores resultados do que aqueles que o abandonam prematuramente (nível de evidência 2).

- Nas comunidades terapêuticas em ambiente prisional evidencia-se uma relação positiva entre a duração ótima do tratamento e os bons resultados obtidos. Este tipo de dispositivos obtêm resultados significativamente melhores aos 12 meses após a saída da prisão no que se refere à taxa de reincidência (novas detenções e prisões) e no consumo de álcool e de outras drogas, do que a ausência de intervenção ou do que um programa de tratamento de saúde mental em prisão (Smith *et al.*, 2008). Enquanto fatores que melhoram os resultados das comunidades terapêuticas na prisão, foram identificados os seguintes: que a comunidade se situe numa unidade separada do resto da população prisional, mesmo que os reclusos em tratamento utilizem um refeitório comum e participem em outras atividades com o resto da população prisional; que quando abandonem o centro penitenciário, os toxicodependentes continuem o tratamento em comunidade terapêutica; que o programa de tratamento conte com o apoio da administração penitenciária, com autonomia de funcionamento, respeito pelas regras da prisão e com o pessoal qualificado e motivado para o desempenho das suas funções (Lipton *et al.*, 1995).

B) TRATAMENTOS BREVES

3.5. Aconselhamento breve para deixar de fumar

A intervenção mínima, como o aconselhamento de saúde para deixar de fumar, é considerada uma das intervenções essenciais e com melhor relação custo-(benefício) eficácia na promoção do abandono do hábito tabágico. Este aconselhamento, comparado com a não-intervenção, aumenta a probabilidade de cessação do consumo (Agência de Avaliação das Tecnologias Sanitárias, 2003). Se bem que a intervenção breve para deixar de fumar tenha uma eficácia modesta que não supera os 10%, a sua relação custo-eficácia é muito elevada (Pereiro, Becoña, Córdoba *et al.*, 2008).

Todos os profissionais de saúde deveriam aconselhar, insistentemente, todos os fumadores a abandonarem o hábito tabágico (Pereiro, Becoña, Córdoba *et al.*, 2008; Fiore *et al.*, 2008). O enquadramento ideal, mas não único, para levar a cabo intervenções breves, são os cuidados primários de saúde, pela sua acessibilidade e possibilidade da continuidade de assistência.

De acordo com o US Public Health Service – Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2008), podem ser estabelecidas as seguintes conclusões e recomendações baseadas na evidência da qualidade (nível de evidência A) sobre o aconselhamento breve para deixar de fumar, em centros de saúde:

- Deve ser inquirido a todos os pacientes se fumam e deve ser documentado o hábito tabágico na sua história clínica. Dispor de um sistema clínico que identifique os fumadores aumenta as taxas de intervenção por parte dos profissionais de saúde, se bem que por si só, tal não produza taxas significativamente maiores de abandono do tabaco.
- As intervenções mínimas de até 3 minutos de duração aumentam as taxas totais de abstinência do tabaco e assim, devem ser disponibilizadas a todos os fumadores, independentemente da necessidade de referência para uma intervenção mais intensiva.
- As intervenções intensivas são mais eficazes que as intervenções menos intensivas e devem ser utilizadas sempre que possível. Existe uma relação dose-resposta entre a duração das sessões e as taxas de abstinência, dado que uma maior intensidade de aconselhamento leva a maiores taxas de abstinência. Tanto o aconselhamento mínimo (3 minutos ou menos), como o aconselhamento de baixa intensidade (de 3 a 10 minutos) e o aconselhamento de maior intensidade (mais de 10 minutos) aumentam, de forma significativa, as taxas de abstinência, acima das que decorrem das intervenções com ausência de contato.
- O tempo total de contato com o fumador influencia as taxas de cessação. Existe uma clara tendência para o aumento das taxas de abstinência de acordo com o tempo acumulado de contato, até um limite de 90 minutos. Não existem dados que suportem que tempos totais de contato acima dos 90 minutos incrementem as taxas de abstinência.
- A intervenção direta com pessoas, aplicada em quatro ou mais sessões, parece ser especialmente eficaz no aumento das taxas de abstinência de tabaco. Um maior número de sessões de aconselhamento breve aumenta as taxas de abstinência relativamente a intervenções com uma ou nenhuma sessão.
- Intervenções levadas a cabo por profissionais de saúde aumentam as taxas de abstinência na comparação com as intervenções nas quais não participam profissionais de saúde. Assim, todos estes profissionais devem aplicar intervenções de aconselhamento breve, para ajudarem os seus pacientes a deixarem de fumar. Os resultados indicam que médicos e outros profissionais de saúde (profissionais de enfermagem, psicólogos, dentistas, higienistas orais) têm uma eficácia similar na prestação de aconselhamento para deixar de fumar. Não obstante, parece que o número de contactos é mais importante que o número de profissionais de saúde que realizam a intervenção.

3.6. Intervenções breves em consumidores de risco e nocivos de álcool

Nos serviços de cuidados primários de saúde, podem distinguir-se, segundo a sua intensidade, diferentes tipos de intervenções breves, realizadas por médicos ou outros profissionais de saúde (Whitlok *et al.*, 2004a):

- Intervenções muito breves: uma única sessão de até 5 minutos de duração.
- Intervenções breves: uma única sessão de até 15 minutos.
- Intervenções breves repetidas: uma sessão inicial de até 15 minutos e sessões de acompanhamento.

O aconselhamento breve encabeça a lista de métodos eficazes do tratamento do abuso de álcool baseados na evidência (Miller *et al.*, 2003). Uma revisão sistemática e uma meta-análise sobre a eficácia das intervenções breves em consumidores de risco e nocivos de álcool, encontraram efeitos positivos destas intervenções no consumo de bebidas alcoólicas, na mortalidade, na morbidade, nas lesões e consequências sociais relacionadas com o álcool, na utilização dos serviços de saúde e nos indicadores laboratoriais sobre o dano provocado pelo consumo de álcool (Kaner *et al.*, 2007).

As intervenções breves têm se mostrado eficazes em homens e mulheres, com evidência que sugere uma maior eficácia entre os primeiros. As populações estudadas foram principalmente adultos, embora haja evidência limitada da sua eficácia em crianças, adolescentes e adultos jovens. A condição socioeconômica não afeta a eficácia dessas intervenções. A evidência disponível sugere que mesmo intervenções muito breves podem ser eficazes na redução dos efeitos negativos do consumo de álcool, melhorados por entrevistas motivacionais (Vasilaki *et al.*, 2006), porém com pouco benefício adicional derivado de maior exposição (Kaner *et al.*, 2007).

A maioria dos estudos foram efetuados ao nível dos cuidados primários, existindo evidência limitada sobre a eficácia das intervenções breves em outros serviços de saúde como por exemplo, nos serviços de urgências (D' Onofrio e Degutis, 2002; Havard *et al.*, 2008; DinhZarr, 2004). Não existe evidência conclusiva sobre a eficácia destas intervenções em pacientes em tratamento ambulatorio e hospitalar (Whitlock *et al.*, 2004b). Por outro lado, nenhuma revisão sistemática evidenciou a eficácia das intervenções breves em âmbitos não-sanitários, como também não existem revisões sistemáticas recentes sobre o impacto das intervenções breves durante a gravidez (Chang, 2004).

Diferentes estudos desenvolvidos no âmbito dos cuidados primários trouxeram evidência sobre a potencial influência da formação e do apoio aos médicos de família na detecção do consumo de álcool e no uso de materiais para a intervenção breve, nas taxas de intervenção e de detecção de bebedores de risco (Nilsen *et al.*, 2006). Uma revisão sistemática de 12 estudos mostrou que a combinação da formação e de um gabinete de apoio aumentaram os níveis de *screening* e aconselhamento em cuidados primários de saúde, de 32% a 45% (Anderson *et al.*, 2004).

O tempo extra originado pelo *screening* e intervenções breves pode constituir uma barreira para a aceitação e para a vontade de concretizar este tipo de programas. A realização de uma rotina de *screening* e de intervenções breves requer um trabalho em equipa de médicos, enfermeiros e de outros técnicos não-sanitários, no qual se determine o grau de implicação e os papéis específicos a desempenhar por cada membro da equipa (WHO, 2009b).

Diferentes estudos identificaram outras barreiras para a implementação de atividades de *screening* e de aconselhamento breve nos cuidados primários: 1) relutância dos profissionais em perguntar aos seus pacientes pelos seus hábitos de consumo de álcool, a não ser que detetem claros indícios de consumo de risco (Aira *et al.*, 2003), 2) *deficit* de conhecimentos para detetar pacientes em risco, 3) confusão acerca das atuais diretrizes sobre o consumo de álcool e sobre os benefícios conhecidos de beber com moderação e 4) medo de perturbar a relação terapêutica médico-paciente, ao conversar sobre o consumo de álcool, uma vez que tal poderá ofender o utente (WHO, 2009b).

4. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE RISCOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE DROGAS

4.1. INTERVENÇÕES DIRIGIDAS À POPULAÇÃO GERAL

4.1.1. Ambientes fechados livres do fumo de tabaco

O fumo em segunda mão provoca um amplo leque de doenças, entre elas as cardiopatias, o cancro de pulmão e as doenças das vias respiratórias (US Department of Health and Human Services, 2006).

Não se conhece um nível seguro de exposição ao fumo de tabaco, proveniente do consumo por outros. Os ambientes fechados completamente livres de fumo de tabaco são o único meio comprovado de proteção adequada das pessoas face aos efeitos nocivos do fumo em segunda mão (OMS, 2008). Os ambientes livres de fumo de tabaco não só protegem os não-fumadores (Mulcahy *et al.*, 2005), como também ajudam os fumadores que desejem abandonar o hábito (Fichtenberg e Glantz, 2002).

Dentro dos ambientes fechados completamente livres de fumo de tabaco incluem-se os equipamentos sanitários e educativos, os locais de trabalho fechados, incluindo restaurantes e bares, veículos e estações de transportes públicos e de forma geral, todos os espaços públicos fechados.

Existe evidência de que as leis e restrições que proíbem ou limitam o hábito de fumar em lugares fechados, reduzem significativamente a presença de poluentes ambientais provenientes do fumo de tabaco, bem como a proporção de não-fumadores expostos a ambientes fechados contaminados. De forma geral, as leis conseguem mais reduções do que as restrições nos locais de trabalho (Hopkins, 2001).

Em países com níveis de rendimentos pelo trabalho mais elevados, foi demonstrado que os locais públicos e de trabalho livres de fumo de tabaco reduzem o seu consumo em cerca de 3-4% (Fichtenberg e Glantz, 2002).

Da mesma forma, os fumadores que trabalham em espaços livres de fumo de tabaco têm mais do dobro de probabilidade de vir a deixar de fumar, do que os que trabalham em lugares onde se permite fumar (Bauer *et al.*, 2005).

A experiência de um número cada vez maior de países e regiões demonstra que é possível promulgar e fazer cumprir proibições eficazes em restaurantes, bares, clubes e casinos e que a população as aceita, melhorando a saúde, sem prejudicar esses negócios (OMS, 2008; Office of Tobacco Control, 2005; OPS, 2010; Ministry of Health, 2007).

A OMS estabelece os seguintes critérios ou recomendações para que a criação de espaços fechados livres de fumo de tabaco seja uma medida eficaz (OMS, 2008):

- Promulgar leis que proíbam fumar em todos os locais de trabalho fechados. Em determinados setores, como por exemplo, bares e restaurantes, é importante conseguir que todos os estabelecimentos estejam livres de fumo de tabaco, em vez de limitar essa proibição àqueles que possuem determinadas características ou dimensões específicas.
- As medidas voluntárias são ineficazes. A ventilação e os espaços reservados para fumadores não reduzem a exposição ao fumo de tabaco de segunda mão, até a um nível aceitável ou seguro.
- É essencial contar com uma boa planificação, recursos suficientes, um compromisso político firme, um uso eficaz dos meios de comunicação, uma redação metódica de leis e a participação da sociedade civil.
- Ao aplicar as leis sobre ambientes livres de fumo de tabaco, é fundamental que os governos gerem um amplo apoio público, através de campanhas de educação da população, incluindo os proprietários das empresas afetadas, sobre os benefícios que comportam os lugares de trabalho livres de fumo de tabaco, informando do fato de não prejudicarem o seu negócio.
- Uma vez promulgadas as leis, devem fazer-se cumprir. No período imediatamente posterior à sua promulgação, pode ser necessária uma abordagem mais ativa para assegurar o seu cumprimento. Quando se atinge um alto nível de respeito da lei, pode ser possível reduzir as medidas de controlo e as sanções.
- A forma mais eficaz se assegurar o cumprimento das leis que propiciam ambientes livres de fumo de tabaco é responsabilizar os proprietários e gerentes dos estabelecimentos. É mais provável assegurar o cumprimento das leis estabelecendo multas e outras sanções aos proprietários dos espaços, do que multando os fumadores.
- O cumprimento da legislação e o seu impacto devem ser vigiados com regularidade. A avaliação e a difusão da informação sobre a inexistência de efeitos negativos para as empresas aumentarão ainda mais o seu cumprimento e aceitação.

4.1.2. Intervenções na população para reduzir os acidentes de tráfico relacionados com o consumo de álcool

a) Estabelecimento por via legal de um nível máximo de concentração de álcool no sangue e controlos de alcoolemia em condutores

O estabelecimento legal de um nível máximo de concentração de álcool no sangue (CAS) em condutores é eficaz na diminuição do número de vítimas de acidentes de trânsito relacionados com o consumo de álcool. A realização intensiva e aleatória de testes de alcoolemia, bem como a existência de pontos de controlo, reduzem as lesões e mortes relacionadas com o consumo de álcool. Existe evidência de alguma eficácia do estabelecimento por via legal de níveis baixos de alcoolemia (incluindo o nível zero), para condutores jovens e/ou sem experiência (WHO, 2009b).

Uma revisão sistemática de estudos que avaliam o impacto da introdução de leis que estabelecem um limite de CAS para a condução de veículos evidenciou efeitos benéficos destas medidas, se bem que a sua magnitude varie consideravelmente nos diferentes países (Mann *et al.*, 2001). Os efeitos benéficos parecem reduzir-se com o tempo, eventualmente devido à diminuição do risco percebido pelo condutor de vir a ser identificado e sancionado (WHO, 2009b).

Uma análise sobre o impacto da redução do limite legal de concentração de álcool no sangue em condutores, de 0.8g/litro a 0.5g/litro, na União Europeia, detetou que a redução dos níveis de CAS não tinha impacto, a menos que esta regulação fosse acompanhada de controlos aleatórios de alcoolemia nas estradas (Albaladejo, 2006). Quando as duas medidas foram aplicadas conjuntamente, a taxa de mortalidade na população diminuiu 4.3% e a taxa de mortalidade por quilómetro conduzido reduziu-se em 6.1%, sendo os efeitos a nível da eficácia da combinação das duas medidas observados após um intervalo de tempo de dois anos (WHO, 2009b).

Uma meta-análise de 23 estudos sobre controlos de alcoolemia aleatórios e seletivos evidenciou que os acidentes relacionados com o álcool diminuíram numa média de 18% nos pontos de controlo aleatório e 20% nos pontos de controlo seletivo. Os acidentes mortais relacionados com o álcool diminuíram em média 22% nos pontos de controlo aleatórios e 23% nos pontos de controlo seletivo. Os acidentes diminuíram, independentemente do tempo de acompanhamento do estudo, reduzindo-se em média 18% nos acompanhamentos inferiores a um ano e de 17% nos acompanhamentos de mais de um ano (Shults *et al.*, 2001).

Uma revisão sistemática do impacto das leis que baixam os limites de álcool no sangue em jovens e condutores inexperientes mostrou que em três estudos que examinaram os resultados em termos de acidentes fatais, se verificou uma diminuição em 24%, 17% e 9%;

dois estudos que examinaram os acidentes de que resultaram lesões mostraram uma diminuição de 17% e 4%; e o único estudo que analisou os acidentes nos quais a polícia suspeitava que o condutor superava os limites de alcoolemia demonstrou uma diminuição de 11% (Shults *et al.*, 2001).

b) Campanhas nos meios de comunicação

Apura-se alguma evidência de que as campanhas em meios de comunicação melhoram a eficácia das políticas de álcool e trânsito. Numa revisão deste tipo de intervenções na população, foram identificados sete estudos nos quais se mostrava que a realização de campanhas estava associada a uma diminuição média de 13% nos acidentes de trânsito relacionados com o álcool. Igualmente, foram identificados outros seis estudos, nos quais se detetou uma diminuição média de 10% nos acidentes de que resultaram lesões relacionados com o consumo de álcool (Elder *et al.*, 2004).

As campanhas em meios de comunicação avaliadas tinham várias componentes em comum: mensagens pré-testadas, altos níveis de exposição da audiência às mensagens (que geralmente se consegue através de publicidade paga) e esforços complementares de prevenção ao nível local, tais como a forte visibilidade da aplicação das leis que incidem sobre os problemas de trânsito relacionados com o álcool. As mensagens das campanhas vão desde as centradas nas consequências legais de beber e conduzir, às que enfatizam as consequências sociais e de saúde de conduzir sob o efeito do álcool. As avaliações não encontraram uma diferença clara na eficácia entre os dois tipos de campanha (WHO, 2009b).

4.1.3. Intervenções em contextos de consumo de álcool

As intervenções em contextos de consumo de álcool podem ser importantes, já que os problemas que se pretende evitar supõem danos a terceiros, incluindo os decorrentes de condutas violentas. A evidência mostra que estas intervenções têm impacto limitado, a não ser que estejam apoiadas na exigência de um adequado respeito pela lei.

Certas características dos estabelecimentos de consumo imediato de bebidas alcoólicas aumentam a probabilidade de que surjam problemas relacionados com o álcool. Nestas características incluem-se: a) práticas de dispensação de álcool que promovam a intoxicação etílica, b) formas agressivas de fechar os locais por parte do pessoal ou da polícia, c) incapacidade do pessoal para lidar com problemas de comportamento dentro do estabelecimento, d) características gerais do local, como o tipo de estabelecimento, superlotação, conforto físico e permissividade total por parte do pessoal, f) acessibilidade através de transporte público e g) mistura étnica dos clientes (WHO, 2009b).

É pouco provável que as intervenções adotadas por iniciativa própria, em contextos de consumo, tenham um impacto substancial na redução dos riscos relacionados com o álcool. É recomendável um aumento na exigência no cumprimento das normas e na aplicação de restrições na venda de bebidas alcoólicas a pessoas intoxicadas; terão mais impacto se fizerem parte de uma ação global na comunidade, destinada a reduzir os riscos e os danos causados pelo álcool a outras pessoas que não o bebedor (WHO, 2009b).

4.1.4. Intervenções para reduzir a disponibilidade de bebidas alcoólicas

Uma maior densidade dos pontos de venda de álcool é associada a maiores níveis de consumo entre os jovens, com o incremento das agressões e outros danos como os homicídios, negligência e maus-tratos infantis, lesões autoinfligidas e com menor evidência, acidentes de trânsito. A redução das horas ou dias de venda de bebidas alcoólicas diminui o número de problemas relacionados com o álcool, incluindo os homicídios e as agressões (Livingston *et al.*, 2007; Chikritzhs *et al.*, 2007).

A introdução da venda de cerveja de graduação média (4,5°) em supermercados na Suécia foi relacionada com um maior número de hospitalizações associadas ao álcool, especialmente entre os adolescentes (Ramstedt, 2002). De igual modo, em San Diego, foi encontrada uma associação significativa entre hospitalizações relacionadas com o álcool e o número total de licenças para vender bebidas alcoólicas (Tatlow *et al.*, 2000).

Em San Francisco, a densidade de pontos de venda de bebidas alcoólicas, determinada pelo número de licenças por quilómetro de estrada, foi relacionado positivamente com os peões feridos (Lascala *et al.*, 2001). Noutra estudo na Califórnia, foi encontrada uma relação positiva entre os maus-tratos e o abandono infantil e a densidade *per capita* de bares, restaurantes e outros estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas, à razão de 2,2 novos casos de abuso na infância por cada unidade de incremento da densidade (Freisthler *et al.*, 2004).

Uma análise de séries temporais, realizado na Noruega, entre 1965 e 1990, evidenciou uma relação significativa entre postos de venda de álcool e agressões, sugerindo que modificações na densidade produziam alterações no mesmo sentido nas taxas de agressão (Norstrom, 2000). Mais evidência sobre uma relação entre densidade de pontos de venda de álcool e agressões foi encontrada num estudo de séries temporais de 6 anos nos distritos da Califórnia. Aqui, foi analisada a influência da densidade de três tipos de pontos de venda de álcool: bares, restaurantes e pontos venda situadas fora de estabelecimentos. O estudo encontrou uma relação significativa entre agressões e bares e e pontos venda situadas fora de estabelecimentos, enquanto que não encontrou esta relação com os restaurantes. A densidade de bares nas zonas vizinhas também foi positivamente associado

à violência, o que sugere que o surgimento de novos bares não só tem impacto sobre a violência na sua área local específica, mas também nas zonas limítrofes (Gruenewald e Remer, 2006).

Um estudo australiano também evidenciou uma relação entre acessibilidade e densidade dos pontos de venda de álcool e delitos, segurança e intoxicações etílicas nos bairros de Nova Gales do Sul. O estudo mostra que à maior acessibilidade (proximidade) dos locais de venda de bebidas alcoólicas com licença, correspondem maiores níveis de embriaguez e de danos à propriedade, nos diversos bairros. Assim, a densidade dos pontos de venda de álcool foi associada significativamente com os níveis de bebedeira e outros problemas relacionados com o consumo de álcool nos bairros, reportados pelos residentes (Donnelly *et al.*, 2006).

Um estudo realizado em Los Angeles, através de uma avaliação naturalística, apresentou evidência sobre o impacto na redução dos pontos de venda de álcool nos comportamentos sexuais de risco, centrando a análise nas taxas de gonorreia detetadas na zona. Depois dos distúrbios de 1992 em Los Angeles, nos quais foram queimadas várias lojas de venda de álcool, 270 pontos de venda de bebidas alcoólicas devolveram as suas licenças, graças a uma campanha comunitária para impedir a reabertura das lojas vandalizadas. Os resultados deste estudo mostram um impacto marcado dos pontos de venda de álcool nos comportamentos sexuais de risco, sugerindo que a densidade destes pontos desempenha um papel significativo na propagação da gonorreia (Cohen *et al.*, 2006).

Vários estudos também demonstraram que o aumento do número de dias e do horário de venda de bebidas alcoólicas incrementa os problemas relacionados com o seu consumo. Na Austrália Ocidental foi demonstrado que a extensão do horário de abertura dos locais noturnos das 24:00 horas até à 1:00 da madrugada aumentou em 70% os incidentes violentos neste tipo de estabelecimentos, devido ao aumento do consumo de álcool, aumentando também significativamente a CAS dos condutores acidentados que tinham estado a beber nos locais em que se prolongou a licença de abertura (Chikritzhs e Stockwell, 2002).

Também existe evidência de que a restrição de dias e horas na venda de álcool reduz os problemas associados ao seu consumo. Por exemplo, o governo brasileiro, tendo nem mente que o homicídio era a principal causa de morte, adotou na cidade de Diadema —que nesse momento tinha um dos índices mais elevados de assassinatos no país— medidas de política local entre as quais se incluía uma nova lei de concessão de licenças que proibia a venda de álcool depois das 23:00 horas. Para avaliar o efeito da redução do horário da venda de bebidas alcoólicas nos homicídios e na violência, foram analisados os dados dos arquivos da polícia local. A introdução de um limite nas horas de abertura deu lugar a uma queda significativa nas taxas de homicídios na cidade e uma diminuição de 44% no número de mortos (Duailibi *et al.*, 2007).

4.1.5. Intervenções comunitárias para reduzir os riscos relacionados com o consumo de álcool

Existe alguma evidência de que os programas comunitários de componentes múltiplas podem reduzir o consumo de álcool nos condutores, as mortes em acidentes de trânsito e as lesões por agressões relacionadas com o consumo de álcool. Existe ainda evidência limitada de que estes programas podem ser custo - eficazes (WHO, 2009b).

A avaliação dos programas comunitários para reduzir os riscos e os danos relacionados com o consumo de álcool mostrou que os mais eficazes são os que incluem estratégias como a mobilização da comunidade, a dispensação responsável de bebidas alcoólicas e um rigoroso cumprimento da legislação sobre o álcool (WHO, 2009b).

Um programa desta natureza realizado em Estocolmo obteve uma redução de 29% nos delitos violentos relacionados com o consumo de álcool na sua zona de intervenção, em comparação com a zona de controlo (Wallin *et al.*, 2003). Outro programa similar (*Community Trials Project*) que incluía cinco componentes (mobilização da comunidade e meios de comunicação; dispensação responsável de bebidas alcoólicas; restrição do acesso ao álcool por menores de idade; álcool e condução; e acesso controlado para reduzir a disponibilidade do álcool) foi levado a cabo em três comunidades, dando lugar à redução dos acidentes de trânsito relacionados com o álcool, das lesões por agressão e do consumo nocivo de álcool. O custo-benefício deste programa foi estimado em 2,9 euros poupados por cada euro despendido, apenas considerando a redução dos acidentes de trânsito (Holder *et al.*, 1997).

As intervenções que mostraram ser promissoras são aquelas que colocam um enfoque especial nos controlos do acesso a bebidas alcoólicas, incluindo os contextos ambientais onde os produtos são vendidos e distribuídos, bem como na envolvimento da comunidade nas políticas de Saúde Pública (Holder, 1998).

A mobilização da comunidade foi utilizada para aumentar a consciência sobre os programas locais relacionados com o consumo de álcool, para desenvolver soluções concretas para estes problemas e para pressionar os proprietários dos bares no sentido de reconhecerem a sua responsabilidade para com a comunidade, em aspetos como o nível de ruído nos seus bares e o comportamento dos seus clientes. Os resultados da avaliação destas intervenções sugerem que a mobilização da comunidade pode ter êxito na redução das agressões e em outros problemas relacionados com o álcool, nos locais com licença de venda e consumo de bebidas alcoólicas (WHO, 2009b).

Uma revisão de 10 estudos sobre programas comunitários para reduzir os riscos e os danos produzidos pelo consumo de álcool mostra que estes programas incluíam campanhas de informação e educação, promoção nos meios de comunicação, contra-publicidade, promoção da saúde, controlos nos lugares de venda e consumo de álcool, regulamentos

para reduzir o acesso ao álcool, maior vigilância e sanções pelo incumprimento da lei, criação de alianças na comunidade e desenvolvimento da organização comunitária (Gesbrecht, 2003).

Poucos estudos investigaram o impacto das alterações na estrutura e organização dos locais de trabalho sobre a redução de riscos e de danos relacionados com o álcool em meio laboral (Romam e Blum, 2002). No entanto, existe alguma evidência limitada de que as políticas e os programas nas empresas, incluindo o apoio de colegas e o aconselhamento breve, podem reduzir os riscos e os danos relacionados com o álcool no local de trabalho (WHO, 2009).

4.2. INTERVENÇÕES DIRIGIDAS AOS CONSUMIDORES DE DROGAS

4.2.1. Intervenções para reduzir os acidentes de trânsito

a) Inibição de conduzir

A inibição de conduzir aplicada a pessoas condenadas ou sancionadas por problemas de álcool e trânsito é só parcialmente efetiva na redução da reincidência em conduzir sob os efeitos do álcool ou para reduzir os acidentes relacionados com o seu consumo. Sem nenhum tipo de programa de educação, aconselhamento ou tratamento, os efeitos da inibição de conduzir por problemas de álcool e condução mantêm-se enquanto o condutor se encontra incapacitado pela suspensão da sua licença de condução, e estes períodos podem ser relativamente curtos (WHO, 2009b).

Uma revisão de 46 estudos sobre a inibição de conduzir mostra que a suspensão foi seguida por uma redução média de 5% nos acidentes relacionados com o álcool e em 26% os acidentes mortais (Zobeck e Williams, 1994).

A autoridade legalmente outorgada para impor penas de prisão pode proporcionar um fundamento legal para encaminhar os condenados para programas de tratamento, que se mostraram eficazes para reduzir a reincidência na condução sob efeitos do álcool, tanto nos condenados por primeira vez, como nos reincidentes (WHO, 2009b). Uma meta-análise de 215 avaliações independentes de programas de reabilitação mostrou uma redução média de 8-9 % na repetição de delitos de condução sob os efeitos do álcool e em acidentes relacionados com o seu consumo (Wells-Parker *et al.*, 1995).

b) Bloqueadores da ignição do motor (*alcohol locks*)

Uma revisão de oito estudos de programas de bloqueio de ignição do motor quando se ultrapassam os limites de alcoolemia, realizados sob a autoridade de um tribunal local ou

de um departamento de trânsito, mostrou que estes dispositivos são mais eficazes do que a inibição de conduzir na prevenção da reincidência, em condutores com problemas de álcool. No entanto, sete dos estudos mostram que uma vez que se elimine o bloqueador da ignição do motor, as pessoas condenadas às quais se aplicaram estes dispositivos têm a mesma taxa de reincidência que aqueles a quem se aplicou a pena de inibição de conduzir (Voas *et al.*, 1999).

Na mesma linha, numa revisão Cochrane de um estudo aleatório e de 13 estudos controlados, evidenciou-se que as reincidências foram menores nos grupos que utilizaram o bloqueador de ignição do motor que nos grupos de controlo, mas que este efeito desaparece quando o dispositivo é retirado (Willis *et al.*, 2004).

c) Formação de vendedores (dispensadores) de bebidas alcoólicas

Os programas de formação de empregados de bar e outros dispensadores de bebidas alcoólicas, com o objetivo de prevenir os problemas de condução relacionados com o consumo de álcool, ensinam aos participantes a identificar o problema, recusar a dispensa de bebidas alcoólicas a clientes intoxicados e a proporcionar-lhes transporte alternativo à condução dos seus veículos. Uma revisão sistemática destes programas de formação, cuja evidência provém principalmente de estudos em pequena escala, nos quais os participantes poderiam estar invulgarmente motivados e nos quais os investigadores tinham um elevado grau de controlo sobre a formação, identificou três estudos em que a aplicação do programa se associava a uma diminuição da proporção de clientes bêbedos, numa margem de 17% a 100% (média de 33%) e um estudo de avaliação de um programa estatal de formação, que mostra que a formação se associava a uma descida de 23% dos acidentes noturnos com lesões, em veículos nos quais apenas viajava o condutor (Schults *et al.*, 2001).

d) Conductor designado

Devido à pequena dimensão dos efeitos observados e às limitações das medidas de resultado nos estudos realizados para avaliar estes programas, a evidência atual é insuficiente para tirar conclusões sobre a eficácia de qualquer tipo de programa de promoção do condutor designado (WHO, 2009b).

Considerando os vários tipos de intervenções na população e nos consumidores para reduzir os acidentes de trânsito relacionados com o consumo de álcool, já avaliados, pode concluir-se que há uma clara evidência de que estes acidentes se podem prevenir quando os níveis legais de CAS para conduzir são reduzidos para 0.2 g/litro e são controlados através de programas aleatórios de testes de sopro, apoiados pelo cumprimento de outras medidas como a inibição de conduzir motivada por rastreio de um nível de alcoolemia superior ao permitido por lei, a obrigatoriedade de tratamento para condutores condenados, o uso de

bloqueadores de ignição do motor quando a taxa de alcoolemia supera o nível legalmente permitido e as campanhas nos meios de comunicação. No caso de condutores recém-encartados e jovens, há evidência sobre a eficácia em introduzir um nível de 0 g/litro. Por seu lado, no caso de condutores profissionais, poderia ser considerada a possibilidade de usar bloqueadores da condução por excesso de álcool no sangue (WHO, 2009b).

4.2.2. Venda (dispensação) responsável de bebidas alcoólicas

Quase todas as avaliações sobre a formação para a venda responsável de bebidas alcoólicas, quando apoiadas no cumprimento da lei, demonstraram melhorias nos conhecimentos e nas atitudes dos participantes nos programas. Os estudos de avaliação também mostraram alguns efeitos na prática de servir bebidas alcoólicas, se bem que nem sempre. Enquanto que alguns dos “dispensadores” de bebidas alcoólicas estão normalmente dispostos a intervir junto dos clientes visivelmente intoxicados, geralmente não atuam quando o único critério de decisão é o número de bebidas consumidas ou a estimativa de concentração de álcool no sangue. A formação contribui também para fomentar intervenções “suaves”, como sugerir a ingestão de alimentos ou tornar mais lento o serviço e/ou desencorajar práticas como convidar a beber. No que toca aos efeitos sobre a intoxicação do cliente, vários estudos mostram que a formação dos “dispensadores” produz menores níveis de CAS entre os clientes no geral e em menor medida, entre aqueles que apresentam elevados níveis de alcoolemia (WHO, 2009b).

Uma análise de séries temporais, sobre a formação obrigatória para a dispensação responsável de álcool, sugere que a formação está associada à diminuição de clientes visivelmente intoxicados e à redução de acidentes de trânsito noturnos com lesões em condutores sem passageiro (Holder e Wagenaar, 1994).

Estudos de impacto sobre a adesão do estabelecimento às políticas que visam evitar a intoxicação etílica nos seus clientes encontraram efeitos modestos na redução do consumo intenso e de alto risco (Stockwell e Gruenewald, 2001).

Os programas de venda responsável de bebidas alcoólicas estão frequentemente integrados em intervenções mais amplas, as quais têm conseguido reduções na conduta violenta (o consumo intenso e de alto risco). Uma revisão Cochrane encontrou evidências fráveis de que os programas dirigidos aos dispensadores de álcool são eficazes na redução das lesões, nas zonas onde são implementados (Ker e Chinnock, 2006). Uma vez que a participação voluntária nestas intervenções parece ser problemática, os programas obrigatórios podem ter mais probabilidades de obter resultados (WHO, 2009b).

O impacto da venda responsável de bebidas alcoólicas é muito maior quando existem leis que proíbem a venda de álcool a clientes intoxicados e quando estas são cumpridas de forma ativa e contínua. Nos códigos voluntários de venda responsável de bebidas alcoólicas,

o controlo do cumprimento também parece ser uma componente necessária para o êxito (WHO, 2009b; Wallin *et al.*, 2003).

RESUMO DA EVIDÊNCIA RELATIVA ÀS INTERVENÇÕES PARA REDUZIR OS RISCOS RELACIONADOS COM O CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO

Convincente ou consistente

- Evidências de que a intervenção reduz o risco
 - Ambientes livres do fumo de tabaco.
 - Menor nível legal de CAS para condutores.
 - Realização aleatória de controlos de alcoolemia em condutores.
 - Restrições dos dias e horas de venda de álcool.
 - Redução da densidade dos pontos de venda de álcool.
 - Aconselhamento breve (em centros de saúde) para deixar de fumar.
 - Intervenções breves em consumidores de risco e nocivos de álcool, nos cuidados primários de saúde.

Provável

- Evidência de que a intervenção reduz o risco
 - Formação obrigatória sobre venda responsável de álcool, para reduzir os comportamentos violentos.
 - Cumprimento das restrições na venda de álcool a pessoas intoxicadas.
- Evidência de que a intervenção não reduz o risco
 - Formação de dispensadores de bebidas alcoólicas para reduzir os acidentes de trânsito.
 - Promoção do condutor designado.

Limitada/sugestiva

- Evidência de que a intervenção reduz o risco
 - Programas comunitários para reduzir os riscos e os danos relacionados com o consumo de álcool.
 - Programas nos locais de trabalho para reduzir os riscos relacionados com o álcool.
 - Menores níveis legais de CAS em condutores jovens/inexperientes.
 - Tratamento obrigatório de condutores condenados por problemas de álcool e trânsito.
 - Campanhas nos meios de comunicação para reduzir os acidentes de trânsito relacionados com o consumo de álcool.
 - Inibição de conduzir em condutores sancionados por problemas de álcool e trânsito.
 - Bloqueadores da ignição do motor (*alcohol locks*).

5. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DO DANO ASSOCIADO AO CONSUMO DE DROGAS

De seguida é apresentado um resumo da informação disponível sobre os efeitos de diferentes intervenções específicas, que se realizam com pessoas dependentes de drogas, para reduzir os danos associados ao uso de substâncias, classificadas em três grandes categorias:

- Benéficas.
- Provavelmente benéficas.
- De eficácia desconhecida.

NIVEL DE EVIDÊNCIA A (BENEFÍCIOS DEMONSTRADOS DE FORMA CONSISTENTE)

- 1) O tratamento de substituição opiácea (metadona ou buprenorfina) reduz os comportamentos de risco em relação ao VIH (Mattick *et al.*, 2009; Gowing *et al.*, 2008 e 2011; WHO, 2009).
 - Reduz a seroconversão VIH, especialmente entre as pessoas que estão em tratamento de forma continuada.
 - Reduz o risco de infeção VIH.
 - Reduz a frequência de injeção, o uso partilhado do material de injeção e as pontuações, medidas através de escalas, de comportamentos de risco.
 - Reduz o risco do sexo não seguro.
- 2) O tratamento de substituição com metadona reduz a mortalidade (Mattick *et al.*, 2009, Barbagli *et al.*, 2007):
 - Reduz o risco de morte
 - Reduz o risco de morte por overdose, entre os que estão em tratamento.

Fonte: *Best Practice Portal*, EMCDDA
(<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>)

Uma revisão Cochrane (Mattick *et al.*, 2009) com objetivo de avaliar os efeitos da manutenção com metadona, comparados com tratamentos sem substituição (desintoxicação, programas livres de drogas, placebo, etc.), na qual se analisaram 11 ensaios aleatórios controlados, concluiu que a metadona é uma intervenção terapêutica de manutenção eficaz no tratamento da dependência da heroína, já que mantém os pacientes em tratamento e diminui o consumo de heroína, em maior grau do que os tratamentos que não utilizam a terapia de substituição com opiáceos. Não obstante, não se evidencia uma diferença estatisticamente significativa, no que se refere a um maior efeito sobre a delinquência ou a mortalidade.

Uma avaliação (Gowing *et al.*, 2008) do efeito do tratamento de substituição oral em dependentes de opiáceos que utilizavam a via injetável, nas taxas de infecção por VIH e comportamentos de alto risco, apoiada em 33 estudos, que na sua maioria não eram ensaios controlados aleatórios, obteve os seguintes resultados:

- O tratamento de substituição está associado a uma diminuição significativa na proporção de participantes que reportaram o uso de drogas injetáveis e na frequência da injeção. No entanto, a diversidade da conceção dos estudos e dos meios de avaliação e de informação sobre o uso de drogas injetáveis, não permite realizar uma estimativa quantitativa global da medida da diminuição observada. Além do mais, o benefício não pode ser assegurado após o fim do tratamento com metadona, nomeadamente se a interrupção do tratamento não for voluntária.
- Os dados sugerem que o tratamento de substituição é geralmente associado a uma diminuição significativa do uso partilhado de material de injeção. Tal pode dever-se a uma redução no comportamento da injeção, se bem que este efeito não possa ser determinado pelos dados disponíveis. Outras reduções similares do uso partilhado de material podem ser alcançadas através de outras formas de tratamento que não a substituição e inclusivamente, esta diminuição pode-se manter após a interrupção do tratamento de substituição.
- O uso de escalas para obter pontuações de risco relacionadas com o VIH e o uso de drogas, apresenta dados consistentes com os relativos à prevalência e frequência da injeção, bem como o uso partilhados de material de injeção, evidenciando uma redução significativa do risco pela aplicação do tratamento de substituição.
- Os tratamentos de substituição encontram-se associados a uma diminuição significativa na proporção de participantes que usam opiáceos ilícitos e na frequência do seu uso.
- Os dados sobre o consumo de cocaína são menos consistentes. A maioria dos estudos encontram uma redução significativa no consumo de cocaína associado à substituição para a dependência de opiáceos, mas em alguns estudos estas diferenças não foram significativas.
- Se bem que o pequeno número de estudos que abordam esta questão impeça grandes conclusões, os dados existentes são indicativos de que os tratamentos de substituição se associam a menor incidência de companheiros/parceiros sexuais e de trocas de práticas sexuais por drogas ou dinheiro.
- Os dados sugerem que não existem alterações associadas ao tratamento de substituição, ou apenas uma pequena diminuição, na prevalência das relações sexuais sem proteção.
- A utilização de escalas que classificam os comportamentos de risco sugere que o tratamento de substituição pode estar associado a reduções dos comportamentos de risco relacionados com o sexo.

- As escalas disponíveis para a avaliação dos comportamentos de risco para o VIH permitem o cálculo de uma classificação de “risco global” (a combinação de riscos relacionados com as drogas e o sexo). Para todos os estudos disponíveis, existe uma significativa redução no risco global para o VIH nos participantes em tratamentos de substituição.
- Os estudos analisados, se bem que diferentes nos seus métodos de avaliação e apresentação de dados, são consistentes em indicar taxas mais baixas de seroconversão associadas ao tratamento de substituição.

Uma revisão recente realizada pelos mesmos autores (Gowing *et al.*, 2011), centrada em 38 estudos num total de 12.400 participantes, destaca que estes estudos mostram de forma consistente que o tratamento de substituição com metadona oral ou buprenorfina para dependentes de opiáceos, utilizadores de drogas injetáveis, se associa a reduções estatisticamente significativas no uso ilegal de opiáceos, no uso injetável e na troca de material de injeção.

Também o tratamento de substituição com metadona oral se associa com reduções na proporção de utilizadores de drogas injetáveis que reportam múltiplos parceiros sexuais ou troca de práticas sexuais por drogas ou dinheiro, mas com pouco efeito sobre o uso do preservativo. A diminuição nos comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas parece traduzir-se em reduções no número de casos de infeção por VIH.

As conclusões dos autores desta revisão Cochrane indicam que o tratamento de substituição oral nos consumidores de opiáceos diminui os comportamentos relacionados com a droga, que envolvem um alto risco de transmissão do VIH, mas que tem menos efeito sobre os comportamentos de risco relacionados com o sexo. A falta de dados de estudos aleatórios controlados limita a solidez das evidências apresentadas nesta revisão.

Uma revisão sistemática de estudos observacionais (Bargabli *et al.*, 2007) para avaliar a eficácia do tratamento da dependência de opiáceos na mortalidade geral e na ocorrência de *overdoses*, fatais ou não, apoiada na revisão de 18 estudos, na sua maioria estudos de coortes (N=80.919 sujeitos), traz evidência adicional sobre a eficácia do tratamento de manutenção com metadona na redução da mortalidade global e na morte por *overdose*. O efeito protetor do tratamento na mortalidade, por qualquer causa, situa-se numa margem de 2 a 5 vezes menor mortalidade registada entre os pacientes em tratamento de manutenção com metadona, em comparação com os pacientes que não estão em tratamento. A magnitude do efeito protetor do tratamento na mortalidade por *overdose* pode ir desde praticamente nenhum efeito, num estudo, à redução de entre 3 a 50 vezes, nos restantes estudos.

Não foram encontrados dados sobre a eficácia dos tratamentos de duração diferente, de intensidade distinta ou apoiados em outros modelos de tratamento.

NIVEL DE EVIDÊNCIA B (BENFÍCIOS DEMONSTRADOS DE FORMA PRÉVIA)

- 1) A combinação de tratamentos de substituição e programas de troca de seringas reduz a incidência de VIH e de hepatite C (VHC) (Turner *et al.*, 2011).
- 2) A continuidade do tratamento em comunidade, após a saída da prisão, reduz a mortalidade (Dolan *et al.*, 2005).
- 3) As salas de consumo assistido reduzem os comportamentos de risco relacionados com a injeção (Kerr *et al.*, 2007; Hedrich, 2004).
- 4) O acesso a seringas nas farmácias, como complemento aos programas de troca de seringas, reduz os comportamentos de risco relacionados com a injeção (Tilson *et al.*, 2007; Wodak *et al.*, 2004).
- 5) Os programas de troca de seringas reduzem a infeção por VIH e os comportamentos de risco relacionados com a injeção (Tilson *et al.*, 2007; Gibson *et al.*, 2001).
- 6) Os tratamentos de substituição com opiáceos melhoram o tratamento com antirretrovirais em utilizadores de opiáceos seropositivos para o VIH (Craine *et al.*, 2009; EMCDDA, 2010).
- 7) O tratamento com substituição opiácea reduz a infeção por VHC (Wright e Tompkins, 2006).
- 8) O tratamento de substituição com opiáceos reduz os comportamentos de risco relacionados com a injeção na prisão (Stallwitz e Stover, 2007).

Fonte: *Best Practice Portal*, EMCDDA

(<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>)

Estudos sobre a mortalidade mostram, de forma consistente, que o principal fator de risco é a interrupção do tratamento, que se associa a um risco elevado de morte por *overdose*, em particular no período imediato após o seu abandono. Existe alguma evidência escassa de maior risco de morte nas duas primeiras semanas de tratamento com metadona.

Com o objetivo de investigar se a terapia de substituição opiácea e os programas de troca de seringas podem reduzir a transmissão do VHC entre utilizadores de drogas injetáveis, foi realizada uma meta-análise e uma análise conjunta dos resultados produzidos por um estudo realizado em seis cidades do Reino Unido, no qual participaram 2.986 utilizadores de drogas injetáveis, entrevistados entre 2001 e 2009. Os resultados da análise comprovam a existência de evidência de qualidade, de que a adesão a terapias de substituição opiácea e a alta

cobertura dos programas de troca de seringas podem reduzir substancialmente o risco de transmissão do vírus entre utilizadores de drogas injetáveis (Turner *et al.*, 2011).

Um estudo de coorte de 382 presos, do sexo masculino, consumidores de heroína que tinham participado num ensaio controlado aleatório na prisão, realizado para examinar o impacto a longo prazo do tratamento de manutenção com metadona na mortalidade, no reencarceramento e na seroconversão para o VHC em reclusos do sexo masculino, consumidores de heroína, evidencia os seguintes resultados (Dolan *et al.*, 2003):

- Não se registaram mortes enquanto os detidos permaneceram no programa de manutenção com metadona. Dezassete sujeitos morreram, enquanto estavam fora do programa de substituição, o que representa uma taxa de mortalidade de 2.0% pessoas/ano.
- Foi verificado um menor risco de reencarceramento durante os episódios de tratamento com metadona de 8 ou mais meses, se bem que os períodos de tratamento de 2 meses ou menos foram associados a um maior risco de reencarceramento.
- O aumento do risco de seroconversão para o VHC foi significativamente associado a penas de prisão inferiores a 2 meses e aos episódios de tratamento de substituição de menos de 5 meses.
- Os sujeitos encontravam-se em maior risco de abandono dos programas durante as penas de prisão curtas, de 1 mês ou menos.
- A incidência da infeção VIH foi de 0.3% pessoas/ano.

Em conclusão, a retenção em programa de manutenção com metadona foi associada a uma redução da mortalidade, das taxas de reencarceramento e da infeção por VHC. Os programas de manutenção com metadona na prisão são parte integrante da continuidade dos tratamentos, necessária para assegurar a otimização de resultados em saúde individual e pública.

Uma revisão sistemática das principais bases de dados médicas eletrónicas, que incluiu 18 artigos sobre a revisão final de 1.007 resumos, realizada para analisar a evidência disponível sobre a eficácia das intervenções de prevenção primária na redução da incidência ou prevalência de VHC, evidenciou os seguintes resultados (Wright e Tompkins, 2006):

- Os programas de troca de seringas reduzem a prevalência de VHC, se bem que esta continue elevada.
- Da mesma forma, a eficácia do tratamento de manutenção com metadona é apenas marginalmente eficaz na redução da incidência do VHC.
- Existem provas limitadas para avaliar a eficácia de outras intervenções como as comportamentais, uso de desinfetantes ou sala de consumo de drogas.

Como conclusão, as intervenções de prevenção primária deram lugar a uma redução da incidência do VIH, mas foram menos eficazes na redução da incidência do VHC. A prevalência global do VHC continua a ser preocupantemente alta em utilizadores de drogas injetáveis. Uma resposta contundente ao problema de saúde global do VHC requiere a implementação de novas intervenções. As intervenções comportamentais, a distribuição de desinfetantes, a distribuição de seringas estéreis e outro material para consumo injetável, bem como a avaliação das salas de consumo de drogas, merecem uma maior expansão a nível internacional, bem como o desenvolvimento de atividades de investigação sobre a sua eficácia, para contribuir para o conhecimento, com base na evidência. Se bem que a prevalência do VHC se mantenha elevada, muitas das atuais intervenções dirigidas à prevenção primária do VHC demonstraram ser rentáveis devido ao seu impacto positivo e significativo na prevalência do VIH.

Uma revisão da literatura científica (Tilson *et al.*, 2007) para determinar a força da evidência dos resultados dos programas de troca de seringas (PTS) conclui que:

- Quase todos os programas incluídos na literatura tentam combinar a troca de material de injeção com outras componentes, como o trabalho de proximidade, a educação para a redução de riscos, a distribuição de preservativos, o fornecimento de desinfetantes e a educação para a desinfeção do material de injeção, bem como a referenciação para tratamento do abuso de substâncias e outros problemas sociais e de saúde.
- Existe evidência moderada, através dos resultados de um grande número de estudos e trabalhos de revisão (a maioria em países desenvolvidos) que mostram que a participação nos programas de componentes múltiplas para a prevenção do VIH que incluem a troca de seringas, está associada a uma redução dos comportamentos de risco para o HIV relacionados com as drogas. Tal comportamento inclui auto relatos sobre o uso partilhado de material de injeção, as práticas de injeção mais seguras e a frequência da injeção.
- Os PTS não foram concebido de forma original para intervir nos comportamentos de risco relacionados com o sexo. Em dois estudos de coorte iniciais, os participantes em programas de troca de seringas relataram diminuição dos comportamentos de risco relacionados com o sexo. No entanto, esta questão não foi ainda bem estudada e a modesta evidência existente é insuficiente para determinar a eficácia da troca de seringas na redução dos comportamentos de risco relacionado com o sexo.
- Quatro estudos ecológicos associaram a execução ou expansão dos programas de prevenção do VIH que incluem a troca de seringas a uma menor prevalência do vírus nas cidades, ao longo do tempo, depois de examinada a prevalência local do VIH no momento da implementação do programa ou da sua expansão, se bem que não foi possível estabelecer uma relação de causalidade com base nestes estudos. A evidência da eficácia dos PTS na redução da prevalência do VIH é considerada modesta, eventualmente devido à fraca conceção metodológica dos estudos.

- Existe evidência moderada que indica que os programas de componentes múltiplas de prevenção do HIV que incluem PTS reduzem os comportamentos de risco para o VIH. No entanto, a evidência sobre o efeito da troca de agulhas e seringas na incidência do VIH é limitada e não conclusiva.
- Cinco estudos trazem provas moderadas de que os programas de prevenção do VIH que incluem a troca de seringas têm menos impacto na transmissão e aquisição do VHC que do VIH, se bem que um estudo caso-controlo mostra uma diminuição drástica no VHC e na infeção pelo vírus da hepatite B (VHB).
- Alguns estudos avaliaram, de forma específica, se os programas de prevenção que incluem troca de seringas podem conduzir a consequências não desejadas, tais como o aumento de novos utilizadores de drogas, injeções mais frequentes entre os utilizadores veteranos, ampliação das redes de utilizadores de alto risco, abandono de seringas na comunidade e mudanças nas tendências delinquentes. Existe modesta evidência que mostra que os PTS não aumentam o número de seringas abandonadas na via pública e que a frequência de injeção não aumenta entre os participantes nestes programas. Evidências fracas e dados limitados sugerem que os programas que incluem a troca de seringas não geram novos utilizadores, ou a ampliação das redes já existentes, nem o aumento da delinquência.
- Alguns estudos empíricos avaliaram se os programas de prevenção que incluem a troca de seringas vinculam, de forma eficaz, os utilizadores de drogas injetáveis (UDI) aos serviços de assistência de saúde ou aos serviços sociais. Os poucos estudos que examinaram este tema mostram uma captação moderada dos utilizadores dos PTS por estes serviços. No entanto, nenhum deles tinha grupos de comparação ou controlo, pelo que a utilização total destes serviços entre os utilizadores de drogas que não participam neste tipo de programas é desconhecido.

Em consequência, os autores da revisão concluem afirmando a existência de evidência moderada, em países desenvolvidos, que aponta para um efeito benéfico dos programas de prevenção do VIH que incluem a troca de seringas, sobre os comportamentos de risco relacionados com a infeção VIH, tais como o auto relato do uso partilhado de material de injeção e a frequência das injeções. Evidência modesta aponta também para uma diminuição das tendências da prevalência do VIH nas cidades selecionadas que estudaram estes usos partilhado do material de injeção durante mais tempo. Se bem que muitos estudos têm limitações na sua conceção, a consistência destes resultados determinada por um número elevado de estudos, apoia estas conclusões.

Gibson e colaboradores (2001) realizaram uma revisão de 42 estudos para avaliar a eficácia dos PTS na redução dos comportamentos de risco no que respeita à infeção VIH e a seroconversão entre utilizadores de drogas por via intravenosa. Dos 42 estudos revistos, 28 encontraram efeitos positivos associados à prática de troca de seringas, dois

encontraram associações negativas e 14 não encontraram nenhuma associação, ou uma mistura de efeitos positivos e negativos. A distribuição dos resultados difere de acordo com a concepção da investigação. As descobertas negativas ou nulas concentraram-se nos estudos realizados com amostras comunitárias de UDI, que habitualmente eram comparados com outros utilizadores que não realizavam troca de seringas. As associações positivas foram observadas em 12 estudos, negativas em 2 e efeitos nulos em 11. Pelo contrário, todos os estudos com utilizadores dos PTS (8 de 8) encontraram associações positivas. De forma similar, 5 dos 6 estudos ecológicos sugerem benefícios associados ao uso da troca de seringas. Os 5 estudos de modelagem de Kaplan e seus colaboradores também proporcionam evidência da eficácia da troca de seringas.

Os autores da revisão concluem assinalando a existência de uma evidência substancial de que os PTS são eficazes na prevenção de comportamentos de risco e na seroconversão para o VIH, entre os utilizadores de drogas por via intravenosa.

Um relatório elaborado por Wodak e colaboradores (2004) para a OMS, apoiado numa ampla revisão da literatura científica, realizada com o objetivo de avaliar a evidência sobre a eficácia dos PTS na prevenção do VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis em diferentes ambientes e contextos, formula as seguintes conclusões:

- Existe evidência convincente de que o aumento da disponibilidade e a utilização de equipamentos de injeção estéril pelos utilizadores de drogas por via intravenosa reduz, substancialmente, a infeção por VIH.

Em geral, há provas convincentes de que os PTS, avaliados de forma conservadora, cumprem seis dos nove critérios de Bradford Hill (força da associação, replicação de descobertas, sequência temporal, plausibilidade biológica, coerência das provas e argumentos por analogia) e os cinco critérios adicionais (custo-eficácia, ausência de consequências negativas, viabilidade da implantação, expansão e alcance, benefícios não antecipados e aplicação a populações especiais).

Em comparação com *standards* objetivos, a evidência que apoia a eficácia dos PTS para a redução substancial da infeção VIH, deve ser considerada como esmagadora.

- Não existe evidência convincente sobre nenhuma consequência negativa, importante e não intencionada. Concretamente e depois de quase duas décadas de extensa investigação, não existe ainda evidência convincente de que os PTS possam aumentar a iniciação, a duração ou a frequência do consumo de drogas ilegais ou o seu consumo por injeção.
- Os PTS são rentáveis. Se bem que seja difícil generalizar a partir de estudos de custo-eficácia, uma série deles, cuidadosamente realizados em vários países desenvolvidos e em alguns países em transição, demonstrou de forma convincente que os PTS são custo-efetivos.

- Os PTS, além de reduzirem a infecção VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis, produzem benefícios adicionais que têm de ser considerados. Existem provas razoáveis de que podem aumentar o recrutamento para o tratamento por consumo de drogas e possivelmente, também os cuidados básicos de saúde.
- O uso de lixívia e outras formas de desinfecção contam com o apoio de boas evidências sobre a sua eficácia para reduzir a infecção por VIH. No entanto, é fraca a evidência que apoia concretamente a eficácia da lixívia e outras formas de desinfecção na descontaminação dos equipamentos de injeção. Os estudos de campo oferecem dúvidas consideráveis sobre a probabilidade de que estas medidas sejam sempre eficazes. No geral, estas estratégias só podem ser consideradas como aceitáveis em comunidades onde a introdução dos PTS não possa ser levada a cabo, pela hostilidade existente por parte dos membros da comunidade ou das autoridades. Os profissionais de Saúde Pública, nestes contextos, devem continuar a advogar a introdução dos PTS, como a forma mais fiável e baseada na evidência, de controlo do VIH entre os utilizadores de drogas injetáveis. A utilização de lixívia ou outras formas de desinfecção apenas cumprem dois dos nove critérios Bradford Hill (plausibilidade biológica e analogia) e três dos cinco critérios adicionais (ausência de consequências negativas, viabilidade da implantação, expansão e cobertura e aplicação a populações especiais).

Por sua vez, uma revisão da literatura científica disponível sobre as evidências existentes no que respeita aos possíveis benefícios das salas de consumo assistido para a infecção VIH/SIDA entre utilizadores de drogas por via injetada (Kerr *et al.*, 2007) conclui assinalando que:

- A evidência disponível sugere que as salas de consumo assistido podem complementar o atual conjunto de serviços que intervêm no âmbito dos danos entre os UDI em relação ao VIH/SIDA, através da captação dos utilizadores de drogas injetadas de alto risco, oferecendo educação sobre formas seguras de injeção e promovendo o recrutamento para programas dirigidos à abstinência. Através da redução do uso partilhado de seringas, as salas de consumo assistido podem prevenir a transmissão do VIH e promover uma maior estabilidade entre os utilizadores de drogas injetáveis.
- Através da provisão de espaços alternativos para a injeção, as salas de consumo assistido podem reduzir a proporção de injeção em espaço público e a associação com práticas não seguras que incrementam o risco de infeções e outras formas de morbilidade entre os utilizadores de drogas VIH positivos. Finalmente, ao proporcionar respostas urgentes em caso de *overdose*, as salas de consumo demonstraram que podem reduzir a mortalidade associada ao uso injetável de drogas.

Por outro lado, uma exaustiva revisão dos trabalhos de investigação, realizados sobre os programas de manutenção com substitutos opiáceos em estabelecimentos prisionais, implementados em vários países, mostra os seguintes resultados (Stallwitz e Stover, 2007):

- Os programas de tratamento de substituição nas prisões e, em especial, o tratamento de manutenção com metadona, podem reduzir o consumo de drogas e o consumo por via injetável nos estabelecimentos prisionais.
- Por outro lado, a administração de metadona pode reduzir os comportamentos de injeção de risco, bem como as condenações por drogas e as taxas de readmissão.
- Para que os tratamentos de manutenção com metadona possam reter os pacientes em tratamento, reduzir o uso ilegal de drogas e os comportamentos delinquentes, parece ser crucial a duração do tratamento, que deve abranger todo o período de encarceramento e com uma dose de metadona suficientemente elevado (por exemplo >60 mg).
- Com base nos resultados analisados, os autores recomendam a implementação de programas de manutenção com metadona para pessoas com uma longa história de dependência de opiáceos e advogam uma grande expansão desta modalidade de tratamento de substituição na maior parte dos países.

NIVEL DE EVIDENCIA C (BENEFICIOS NÃO SUFICIENTEMENTE DEMONSTRADOS)

- 1) As salas de consumo assistido reduzem o VIH, o VHC e a mortalidade (Kerr *et al.*, 2007).
- 2) O acesso a seringas nas farmácias, como complemento dos PTS, reduz o VIH, o VHC e os comportamentos de risco relacionados com a injeção (Wodak *et al.*, 2004).
- 3) A prescrição e a formação no uso da naloxona previnem a mortalidade por *overdose* de opiáceos (Baca e Grant, 2005).
- 4) Os PTS reduzem o VIH, o VHC e os comportamentos de risco associados à injeção nas prisões (Dolan *et al.*, 2003; Stover e Nelles, 2003).
- 5) Os programas de substituição opiácea aumentam o cumprimento do tratamento do VHC (Hellard *et al.*, 2009).
- 6) O tratamento de substituição opiácea aumenta a resposta viral no tratamento do VHC (Hellard *et al.*, 2009).
- 7) O tratamento de substituição opiácea reduz o VIH e o VHC nas prisões (Gowing *et al.*, 2008; Dolan *et al.*, 2003; Stallwitz e Stover, 2007).
- 8) O trabalho de proximidade e a educação reduzem os comportamentos de risco relacionados com a injeção (Coyle *et al.*, 1998; Needle *et al.*, 2004).
- 9) A distribuição de naloxona entre pares reduz a mortalidade (Baca e Grant, 2005).

- 10) Os PTS reduzem o VHC (Gibson *et al.*, 2001; Tilson *et al.*, 2007; Wodak *et al.*, 2004; Wright e Tompkins, 2006).
- 11) O tratamento supervisionado com heroína pode proporcionar um valor acrescentado ao tratamento com metadona (Ferri *et al.*, 2011).

Fonte: *Best Practice Portal*, EMCDDA
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>

Uma revisão da literatura científica, que incluiu 14 artigos específicos sobre os PTS nas prisões da Suíça, Alemanha e Espanha identificou seis avaliações deste tipo de programas, todas elas favoráveis (Dolan *et al.*, 2003):

- É reportada uma diminuição do uso de drogas ou a sua estabilização no tempo. Os relatórios revelam uma drástica redução do uso partilhado de seringas.
- Não se notificaram novos casos de transmissão de infeção VIH, VHB ou VHC. Nas avaliações, não foram encontrados relatórios de incidentes negativos de natureza grave, tais como a iniciação ao consumo injetável ou o uso de agulhas como armas. As atitudes do pessoal foram no geral positivas, mas as taxas de resposta a este inquérito variaram.
- Os PTS na prisão são exequíveis e trazem benefícios na redução dos comportamentos de risco e na transmissão da infeção sanguínea, sem nenhum tipo de consequências negativas não intencionais.

Uma recente revisão Cochrane (Ferri *et al.*, 2011) analisou os resultados de oito ensaios aleatórios controlados de tratamento de manutenção com heroína (per se ou combinada com metadona) nos quais participaram 2.007 pacientes. A comparação dos resultados dos programas de manutenção com heroína, com os tratamentos de substituição com metadona ou com qualquer outra forma de tratamento farmacológico da dependência de opiáceos (referente à sua eficácia e aceitação, manutenção/retenção de pacientes em tratamento, redução do uso de substâncias ilícitas, melhoria do estado de saúde e funcionamento social) evidencia as seguintes conclusões:

- A provisão de tratamento supervisionado com heroína pode proporcionar um valor acrescentado ao tratamento com metadona.
- Tendo em conta a maior taxa de eventos adversos graves, a eventual relação benefício-risco da prescrição de heroína deve ser cuidadosamente avaliada antes da sua aplicação extensiva na prática clínica.

- A prescrição de heroína deveria ser tida em conta para indivíduos que não puderam estabilizar em outras modalidades terapêuticas de substituição ou em outros tratamentos, devendo realizar-se sempre no âmbito clínico e com o adequado acompanhamento.

Alguns estudos que analisaram a relação custo-benefício dos programas de administração controlada de heroína (Sánchez e Pereiro, 2008), destacam que:

- As experiências levadas a cabo até ao momento põem em relevo a utilidade da prescrição de heroína, tanto pela via intravenosa como oral, e o seu potencial terapêutico nas adições a opiáceos, sem bem que a sua administração comporta riscos importantes.
- Apesar do seu potencial de utilidade terapêutica em pacientes dependentes de opiáceos com uma importante deterioração das suas condições sociais e sanitárias e reiterados fracassos em outras modalidades de tratamento, existem fatores de nível prático que questionam a viabilidade deste tipo de tratamento:
 - O reduzido número de pessoas que poderiam beneficiar destes programas, devido ao reduzido número de dependentes de “apenas” heroína com fracassos em outras modalidades terapêuticas.
 - A limitada utilidade clínica, ou para utilização em contextos terapêuticos, das atuais formas de apresentação da heroína, que obrigam os beneficiários dos programas de tratamento com heroína a deslocarem-se ao seu centro de referência um mínimo de duas vezes por dia, todos os dias do ano, para tomarem a sua dose. Estes programas são extremamente exigentes com os pacientes, no que respeita à sua frequência dos centros/serviços de tratamento, muito mais que os programas de substituição com metadona.
- O custo económico destes programas é muito superior aos dos programas de substituição com metadona, sendo a relação custo-benefício mais favorável aos programas de tratamento com metadona.

6. EVIDÊNCIA RELATIVA AOS PROGRAMAS DE REINserÇÃO SOCIAL DE TOXICODependENTES

No exaustivo processo de busca e revisão bibliográfica realizado no quadro deste trabalho, não se encontraram estudos, meta-análise nem revisões sistemáticas dos resultados obtidos com diferentes estratégias desenvolvidas para promover a reinserção social dos toxicodependentes.

As razões da falta de evidência sobre os programas de reinserção social de toxicodependentes relacionam-se, fundamentalmente, com as dificuldades de

concretização dos processos de exclusão-inclusão social. Apesar dos avanços registados nas últimas décadas, atualmente não se encontra disponível nenhuma definição compreensiva e válida, que conte com o consenso das instituições mais relevantes que operam neste âmbito.

A ausência de uma definição precisa e de orientação operacional dos conceitos de inclusão social e/ou reinserção social, determina um resultado duplo: a) que os termos inserção, normalização, integração, inclusão e reintegração social se utilizem de forma equivalente e b) que estes termos se convertam num conceito no qual cabe uma grande diversidade de intervenções.

Outras razões que justificam a ausência de estudos, meta-análises e revisões que identifiquem a evidência disponível no campo da reinserção social são:

- A ausência de indicadores de avaliação estandardizados que facilitem a comparabilidade dos diferentes programas.
- A inexistência de programas de referência, suficientemente avaliados, que possam ser aplicados nos diferentes contextos.
- A enorme diversidade de critérios e orientações político/institucionais com que se aborda a exclusão social dos toxicodependentes.
- A convergência de outros problemas em matéria de exclusão, além da toxicodependência, que faz com que o repertório de programas desenvolvidos seja amplo e heterogêneo.
- A própria natureza descentralizada e cooperativa de muitos programas, com uma série de atores participantes na sua conceção, implementação e avaliação.

Além do mais, convém destacar que a maior parte dos programas de reinserção social analisados não faz referência ao modelo teórico no qual se apoiam, nem nas evidências que justificam o uso de determinadas estratégias de intervenção. Esta omissão compensa-se geralmente com a identificação de uma série de critérios orientadores, que são a tradução de algumas das análises teóricas formuladas no campo da exclusão social (por exemplo, a necessidade de adequar as intervenções neste âmbito ao carácter multidimensional dos processos de exclusão social) e da dilatada experiência de algumas organizações na implementação de programas desta natureza.

A escassa (para não dizer nula) trajetória da investigação relacionada com programas de reinserção social, vê-se compensada pela existência de uma ampla e coerente relação de princípios ou critérios de amplo consenso entre os profissionais e organizações que trabalham nesta área (apoiados na reflexão crítica sobre a prática) que funcionam como “fatos bem estabelecidos na reinserção social dos toxicodependentes” e que de seguida se descrevem.

FATOS BEM ESTABELECIDOS NA REINserÇÃO SOCIAL DOS TOXICODependENTES: CRITÉRIOS ORIENTADORES DOS PROGRAMAS DE REINserÇÃO SOCIAL

- Atendendo a que os processos de exclusão têm uma natureza multicausal e multidimensional, os programas de reinserção social devem incluir estratégias de intervenção amplas, que simultaneamente e de forma complementar, incidam em diferentes níveis:
 - Individual: com o objetivo de melhorar as aptidões e atitudes destas pessoas face à sua integração social.
 - Microsocial: com a finalidade de criar, no ambiente social próximo dos beneficiários dos programas, condições favoráveis aos processos de reinserção social.
 - Macrossocial: com o fim de modificar as perceções sociais dominantes sobre as toxicod dependências e sobre as pessoas com problemas de exclusão, de envolver a comunidade na formulação de programas e atuações para a sua abordagem e modificar as estruturas sociais geradoras de discriminação e exclusão social. Nos processos de reinserção social, a comunidade não é um elemento nem passivo nem neutro; das atitudes sociais dominantes face a estes fenómenos dependerá, em grande medida, o êxito-fracasso dos programas de reinserção social.
- Os programas de reinserção social devem contextualizar-se, adequando-se às características da realidade social.
- A multicausalidade da exclusão só pode ser abordada com base numa conceção multidimensional das metas de inclusão, não exclusivamente centrada na inserção laboral (por mais que esta seja considerada o mecanismo básico de inclusão social e proteção face à pobreza). A reinserção social destes indivíduos exige uma intervenção integral, que incida em todos os âmbitos da sua vida: pessoal, relacional, familiar, educativo, sanitário, formativo, laboral, jurídico-penal, etc.
- Para uma efetiva integração social, é fundamental a reconstrução de uma rede de relações sociais normalizadas, a qual vai mais além do que a superação da adição e do acesso ao mercado de trabalho (CICAD, 2011).
- A reinserção social é um processo de aproximações graduais e sucessivas, se bem que nem sempre lineares, durante o qual os toxicod dependentes atravessam várias etapas. As fases pelas quais passa cada sujeito, a rapidez com que avança no seu percurso, os objetivos a atingir em cada uma das fases e os possíveis “retrocessos” no processo dependerão das características do indivíduo e do seu contexto micro e macrossocial, bem como do conjunto de recursos que participam e apoiam o seu processo de reinserção social.

- Sejam quais forem os conteúdos do percurso que os toxicodependentes sigam para avançar na sua reinserção social e as características do mesmo, devem ser cumpridas duas condições para que este se possa completar com êxito (Funes, 1995):
 - Em todas as fases (desde a de consumo ativo e/ou exclusão até à reinserção satisfatória) devem existir profissionais e recursos que acolham, orientem e realizem um acompanhamento da pessoa (não existe intervenção socializadora sem agentes de referência capazes de estimular a construção da passagem para a sociedade).
 - A pessoa envolvida num processo de reinserção social deve encontrar na sua comunidade de referência recursos adaptados às suas necessidades e aos diferentes momentos pelos quais a sua evolução atravessa. Estes recursos devem estar também coordenados entre si (“redes articuladas de oportunidades para a mudança”).
- Os processos de reabilitação e de reinserção social reforçam-se mutuamente. A reinserção social não é uma etapa posterior à reabilitação (a reinserção social é um processo transversal que recobre o tratamento e se mantém uma vez o mesmo concluído).
- A possibilidade de aceder a programas de reinserção social deve ser disponibilizada aos toxicodependentes que se encontrem em tratamento e que apresentem carências relevantes relacionadas com a integração social.
- Os toxicodependentes devem assumir um papel ativo no processo de reinserção social, ser os protagonistas da mudança das suas trajetórias de vida. Para tal, é necessário que o indivíduo participe, junto com os profissionais encarregues de apoiar o processo, tanto no diagnóstico da sua situação, como na conceção de um plano de trabalho para modificar a mesma e na avaliação dos progressos registados.
- Em geral, a reinserção social dos toxicodependentes requiere uma intervenção inicial orientada para a consolidação da abstinência e/ou para o controlo dos consumos e para a integração de certas aprendizagens básicas, que lhes permitam aceder à oferta de recursos existentes na comunidade. Não obstante, a falta de consolidação da abstinência entre os toxicodependentes não deveria constituir motivo para impedir o seu acesso aos serviços de apoio à reintegração social existentes (serviços de formação para o emprego, serviços de alojamento, etc.).
- Os processos de reinserção social devem ser operacionalizados, incluindo objetivos concretos e mensuráveis, estratégias e atividades capazes de assegurar a sua realização e indicadores que permitam avaliar os seus resultados.
- Nem todos os toxicodependentes têm problemas de exclusão. De fato, existe um leque de possibilidades que vão desde pessoas que não necessitam de intervenções específicas neste campo, até outras com graves dificuldades e que precisam de um amplo e contínuo apoio.

- A reinserção social é um processo individualizado, que requer um estudo prévio das necessidades, solicitações e recursos de cada toxicodependente, com o fim de estabelecer estratégias diferenciadas para cada caso.

A individualização das intervenções refere-se tanto à adequação dos serviços prestados às necessidades específicas das pessoas e à fase do processo de reintegração na qual se encontram, como à sua participação na definição de objetivos e conteúdos das intervenções, que devem ser estabelecidas e negociadas com cada pessoa, com base nas suas carências, recursos e expectativas de mudança.

- A reinserção é um processo plural, flexível e não-linear, não podendo estruturar-se em fases estandardizadas pelas quais devam passar todas as pessoas com problemas de dependências. Deve ser um caminho suficientemente flexível para que nele caibam todas as pessoas que queiram mudar (Cruz *et al.*, 2005).
- É um processo plural que se concretizará e resolverá de forma diferente segundo as necessidades e potencialidades de cada pessoa e dos recursos disponíveis (não existem receitas únicas para um grupo tão heterogéneo).
- As atividades de integração serão preferencialmente sustentadas no uso de recursos de carácter generalista, devendo evitar-se, sempre que possível, a organização de intervenções específicas para toxicodependentes (as intervenções não podem ser segregadoras, devendo operacionalizar-se num âmbito não exclusivo para toxicodependentes).
- Os programas de reinserção social devem promover atuações destinadas à satisfação das necessidades básicas da sua população-alvo, enquanto que de forma paralela incidem sobre os fatores geradores das situações de exclusão social.

7. CONCLUSÕES GLOBAIS SOBRE A EVIDÊNCIA RELACIONADA COM OS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS

As evidências disponíveis sobre os programas de redução da procura de drogas (PRPD) são muito limitadas, problema que não é exclusivo desta área. Basta assinalar que só 30% das intervenções médicas têm base na evidência (Dixon *et al.*, 1997).

O nível de evidência difere substancialmente nos diferentes âmbitos analisados. Nesta linha, a existência de diferentes sistemas de avaliação da qualidade da evidência dificulta grandemente a identificação e difusão daquelas intervenções que, contando com um aceitável nível de evidência, dispõem de um sólido grau de recomendação.

Na área da redução da procura de drogas (RPD), à semelhança do que acontece no âmbito da Saúde Pública, nem sempre se podem levar a cabo metodologias de investigação clássicas, de estudos aleatórios e controlados de forma estrita para conhecer os resultados obtidos por uma intervenção (seja por critérios éticos, razões operacionais ou impossibilidade concetual/metodológica). Acresce a isto o facto de que a maior parte das intervenções são de componentes múltiplas, o que faz com que a interpretação de resultados seja complexa.

Os estudos observacionais são sub valorizados na medição da qualidade da evidência, apesar de que este tipo de estudos é, em muitos casos, o indicado em matéria de RPD.

Boa parte da evidência disponível é de escassa utilidade para estandardizar determinadas intervenções, uma vez que está enquadrada em estratégias gerais de intervenção ou de formas de lidar com os problemas relacionados com as drogas e as toxicodependências e não especificamente em programas ou intervenções concretas, bem delimitadas. Dito de outra forma, a falta de consolidação de determinadas intervenções dificulta a valoração da qualidade da evidência, impedindo que se possam estabelecer recomendações gerais sobre a sua implementação.

Se bem que idealmente se poderia pensar que as atividades em saúde são implementadas como consequência da existência de evidência científica suficiente, proporcionada pela investigação biomédica, epidemiológica, etc., na prática isto só acontece numa pequena parte dos casos, como é bem sabido. De facto, até há muito pouco tempo a evidência empírica mais convincente, que é a proporcionada por estudos experimentais, limitou-se a 15% ou 20% das intervenções e procedimentos (Bunker, 1988), o que contrasta com a conceção geral da medicina como uma ciência.

Um estudo (Dixon *et al.*, 1997) no qual se valorizava de forma crítica a literatura sobre as intervenções propostas ou sugeridas a responsáveis no âmbito da saúde visando a sua “aquisição”, evidenciou os seguintes resultados, que mostram as limitações existentes na implementação de intervenções com base na evidência: das 144 propostas submetidas a estudo, apenas existia evidência forte em 6.2%, média em 21.2%, pobre em 31.1% e nenhuma para o resto, se bem que em nenhum caso houvesse evidência contra. A tudo isto há que juntar que a correlação entre a força da evidência sobre a eficácia da proposta e a pontuação inicial obtida no que respeita a ganhos de saúde, resultou moderada (ao finalizar o processo de priorização tinha desaparecido qualquer correlação).

Há que ter conta as limitações da evidência empírica para a tomada de decisões, uma vez que nem todos os problemas são suscetíveis de análises experimentais e porque os estudos experimentais não são sempre suficientes para garantir uma racionalidade das decisões no campo da saúde. Poderia concluir-se assinalando que sempre que seja pertinente, convém dispor de evidência experimental sobre a eficácia de uma intervenção e que, quando dela

se dispõe, é necessário incluí-la no processo de tomada de decisão, o qual deve ser completado com outro tipo de considerações de caráter mais político.

Não obstante e à semelhança de noutros âmbitos como a dos cuidados de saúde, a implementação de intervenções de RPD com base em evidência, encontra várias dificuldades: limitações no conhecimento disponível, obstáculos à inovação, resistências corporativas e problemas de realocação de recursos.

Na prática, a aposta na implementação de programas e serviços baseados na evidência esbarra na inexistência (ou falta de acesso a) de informação e de investigação necessária para apoiar determinadas decisões, ao nível técnico e político (Meneu *et al.*, 2000):

- As pessoas que devem decidir sobre os programas e serviços a implementar não podem aceder a toda a informação relevante.
- A informação de que dispõem, apenas responde de forma parcial às suas necessidades e a que necessitam, muitas vezes não é localizável.
- Os investigadores, por vezes, obliteram as características e necessidades dos potenciais utilizadores do seu trabalho.

A opção por tentar maximizar a ancoragem das decisões em matéria de RPD na evidência disponível, confronta-se com uma questão chave: quanta evidência é requerida para que se considere que uma intervenção (preventiva, terapêutica, etc.) deva ser implementada, ou para standardizar a sua utilização? Esta questão surge vinculada ao tipo de evidência e às características dos estudos que a sustentam, à relevância dos resultados conseguidos ou à adequação dos indicadores utilizados para avaliar a sua eficácia.

O enfoque dominante na avaliação de resultados na área da saúde é sustentado na realização de ensaios clínicos aleatórios (convertidos no padrão de ouro da investigação da eficácia dos programas e serviços), subvalorizando os estudos observacionais que, em muitos casos, são os mais indicados e os únicos possíveis na área da RPD.

Os ensaios aleatórios controlados (EAC) são essenciais para a avaliar a eficácia das intervenções clínicas, nas quais a cadeia causal entre o agente e o resultado é relativamente curta e simples e onde os resultados podem ser extrapolados para outros âmbitos, de forma segura. No entanto, as cadeias causais nas intervenções de Saúde Pública, como acontece frequentemente nos PRPD, são complexas, fazendo com que os resultados dos EAC estejam sujeitos à modificação do efeito em diferentes populações. A validade, tanto interna como externa, dos resultados dos EAC, pode ser consideravelmente melhorada por estudos observacionais, que assentem em desenhos metodologicamente adequados e plausíveis. Há, portanto, uma necessidade urgente de desenvolver normas e protocolos de avaliação para serem utilizados em circunstâncias onde os EAC não são apropriados (Victoria *et al.*, 2004).

REFERÊNCIAS

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

AGOSTINELLI, G. y GRUBE, J.W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research, *Alcohol research and health* 26(1): 15-21.

AIRA, M. *et al.* (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semistructured interview study. *Family Practice*, 2003, 20(3): 270–275.

AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.

AJZEN, I. y FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ALBALATE, D. (2006). *Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience*. Barcelona: Research Institute of Applied Economics (No. CREAP20006-07).

ALONSO, C. (2009). Intervención comunitaria para la prevención del consumo de drogas en la población infantil y juvenil. En: C. Velaz de Medrano (coord.). *Educación y protección de menores en riesgo. Un enfoque comunitario*. Barcelona: Graó.

ALONSO, C. y DEL BARRIO, V. (1994). Empleo del tiempo libre y consumo de drogas legales en escolares. *Revista de Psicología Social*, 9(1): 71-93.

ALONSO, C. y DEL BARRIO, V. (1996). Expectativas y consumo de drogas legales. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(2): 91-111.

ALONSO, D.; FREIJO, E. y FREIJO, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

ALTERMAN, A.I. *et al.* (1996). Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. *J Nerv Mental Dis* 1996; 184: 695-702.

AMATO, L. *et al.* (2007). Tratamientos psicosociales combinados con mantenimiento con agonistas *versus* tratamientos de mantenimiento con agonistas solos para el tratamiento de la dependencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

AMATO, L.; DAVOLI, M.; MINOZZI, S.; ALI, R. y FERRI, M. (2005). *Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD003409. DOI: 10.1002/14651858.CD003409.pub3.

AMATO, L.; DAVOLI, M.; PERUCCI, C.A.; FERRI, M.; FAGGIANO, F. y MATTICK, R.P. (2005b). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28: 321-330.

AMENGUAL, M. (1998). Programación y evaluación: instrumentos y claves para la mejora de los programas preventivos. El programa "Tú decides" como proceso de investigación-evaluación. En F. de Arce (coord). *Ponencias de las IV Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias*, Alcorcón, pp. 75-84.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Alcohol, cocaine, opioids*. American Psychiatric Press.

ANDERSON, P. y BAUMBERG, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. UK: Institute of Alcohol Studies.

ANDERSON, P.; CHISHOLM, D. y FUHR, D.C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet* 373 (9682): 2234-46.

ANDERSON, P. *et al.* (2004). Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2004, 65:191-199

APPEL, P.W. *et al.* (2001). Selected in treatment outcomes of long-term methadone maintenance patients in New York State. *Mt Sinai J Med* 2001; 68: 55-61.

BALL, J.C. *et al* (1988). Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 1988, 29: 214-260.

ASHLEY, O.S.; MARSDEN, M.E. y BRADY, T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2003; 29 (1): 19-53.

ATKINS, D.; BEST, D.; BRISS, P.A.; ECCLES, M.; FALCK-YTTER, Y.; FLOTTORP, S. *et al.* (2004). *GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations GRADE Working Group*. *BMJ*. 2004; 328:1490.

ATKINSON, A.B. (1998), *Poverty in Europe*. Oxford, Blackwell Publishers.

ATKINSON, A.B. y MARLIER, E. (2010). *Analysing and measuring Social Inclusion in a global context*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs.

BABOR, T.; CAETANO, R.; CASSWELL, S. *et al.* (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- BABOR, T.; CAULKINS, J.; EDWARDS, G. *et al.* (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- BACA, C.T. y GRANT, K.J. (2005) Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction* 100: 1823-1831.
- BACHMAN, J.G. *et al.* (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Sciences*, 29: 92-112.
- BALL, J.C. y ROSS, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag.
- BALLESTEROS, J. (2007). Revisión de los principales diseños de investigación en drogodependencias. Niveles de Evidencia. En: *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias*. Valencia: Sociedad Española de Toxicomanías, pp 49-56.
- BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- BANGLERT-DROWNS, R.L. (1988). The effects of schools-based substance abuse education. A meta analysis. *Journal of Drug Education*, 18 (3): 243-264.
- BARGAGLI, A.; DAVOLI, M.; MINOZZI, S.; VECCHI, S. y PERUCCI, C. (2007). *A Systematic Review of Observational Studies on Treatment of Opioid Dependence*. WHO Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence. Geneva, Switzerland.
- BARNETT, P. (1999). The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 94: 479-488.
- BAUER, J.E. *et al.* (2005). A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024-1029.
- BAUMAN, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Editorial Tusquets.
- BAUMAN, K.E.; FOSHEE, V.A.; ENNET, S.T.; PEMBERTON, M.; HICKS, K.A.; KING, T.S. y KOCH, G.G. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American Journal of Public Health*, 91(4): 604-610.
- BECK, K.H. *et al.* (1995). Social context and sensation seeking. Gender differences in college student drinking motivations. *The international Journal of the adictions*, 30 (9): 1101-1115.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas de que sustentan los programas de prevención*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

BECOÑA, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

BECOÑA, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1): 89-101.

BECOÑA, E.; CORTÉS, T. (coord.) et al. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

BECOÑA, E.; CORTÉS T. (coord.) et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

BECOÑA, E. y MÍGUEZ, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2): 91-96.

BENDIT, R. y STOKES, D. (2004). Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable. *Revista de Estudios de Juventud*, 65: 116-120.

BENSON, K. y HARTZ, A.J. (2000). A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *The New England Journal of Medicine* 342: 1878-1886.

BERTCHY, G. (1995). Methadone maintenance treatment: an update. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245:114-124.

BOBES, J.; CASAS, M.; TERÁN, A. et al. (2010). *Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

BOND, L.; THOMAS, L.; COFFEY, C. et al. (2004). Long-term impact of the Gatehouse Project on cannabis use of 16-year-olds in Australia. *J Sch Health*, 2004; 74: 23-29.

BOTVIN, G.J. (2000). Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors. *Addictive Behaviors*, 25: 887-897.

BOTVIN, G.J.; BAKER, E. y DUSENBURY, L. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of the American Association* 1995, 273: 1106-1112.

BOTVIN, G.J.; BAKER, E.; DUSENBURY, L.; TORTU, S. y BOTVIN, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4): 437-446.

BOTVIN, G.J.; BAKER, E.; RENICK, N.L.; FILAZZOLA, A.D. y BOTVIN, E.M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors*, 9: 137-147.

BOTVIN, G.J. y TORTU, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. En: R. Price, E. Cowen, R. Lorion y J. Ramos McKay (eds.). *Fourteen ounces of prevention*. Washington: APA, pp. 98-110.

BRADY, T.M. y ASHLEY, O.S. (eds.) (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

BRINN, M.P.; CARSON, K.V.; ESTERMAN, A.J.; CHANG, A.B. y SMITH B.J. (2010). *Mass media interventions for preventing smoking in young people*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, Issue 11. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006.pub2

BRITTON, L. y CASEBOURNE, J. (2002). *Defining social inclusion*. *Working Brief*, 136: 10-14.

BROTHERHODD, A.; SUNMALL, H.R. and the Prevention Standards Partnership (2011). *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*. EMCDDA Manuals N° 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

BRUVOLD, W.H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 872-80.

BRY, B.H. *et al.* (1998). Scientific findings from family prevention intervention research. *NIDA Res Monogr* 1998; 177: 103-129.

BÜHLER, A. y KRÖGER, C. (2006). *Report on the prevention of substance abuse*. Federal Centre for Health Education BZgA.

BÜHLER, A. y KRÖGER, C. (2008). *EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

BUNKER, J.P. (1988). Is efficacy the gold standard for quality assessment? *Inquiry* 1988; 25: 51-8.

BURKHART, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23(2): 87-100.

CABALLERO, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- CABRERO, G. (1988). La integración social de drogodependientes. En: *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- CALAFAT, A.; FERNÁNDEZ, C.; JUAN, M. y BECOÑA, E. (2005). Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17(2): 145-155.
- CAPLEHORN, J.R.M. *et al.* (1993). Clinic policy and retention in methadone maintenance. *Int J Addictions* 1993, 28: 73-90.
- CAPLEHORN, J.R.M. y DRUMMER, O.H. (1999). *Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved*. MJA 1999, 170: 104-109.
- CAPLEHORN, J.R.M. y DRUMMER, O.H. (2002). Methadone dose and post-mortem blood concentration. *Drug and Alcohol Review*, 2002. 21: 329-333.
- CARVAJAL, S.C. *et al.* (2000). Psychosocial Determinants of the Onset and Escalation of Smoking: Cross-sectional and Prospective Findings in Multiethnic Middle School Samples. *Journal of Adolescent Health*, 27: 255-265.
- CASTEL, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.
- CASTEL, R. (1997). La exclusión social. En: VV.AA. *Exclusión e intervención social. IV Encuentro internacional sobre servicios sociales*. Valencia: Fundación Bancaixa, pp. 185-200.
- CASTEL, R. (2004). Encuadre de la exclusión. En: S. Karsz (coord.). *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.
- CATALANO, R.J. y HAWKINS, J.D. (1996). The social development model: A theory of anti-social behavior. En: J.D. Hawkins (ed.). *Delinquency and crime. Current theories*. New York: Cambridge University Press, pp: 198-235.
- CATALANO, R.F.; KOSTERMAN, R.; HAGGERTY, K.; HAWKINS, J.D. y SPOTH, R.L. (1998). A universal intervention for the prevention of substance use: preparing for the drug-free years. En: R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (eds.). *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph nº 177. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, pp. 130-159.
- CAULKINS, J.P.; PACULA, R.L.; PADDOCK, S. y CHIESA, J. (2004). What we can —and cannot— expect from school-based drug prevention. *Drug and Alcohol Review*, 23: 79-87.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999). *Social Exclusion Statistics, Conference Proceedings*, Joint Conference, 22 November 1999. Imac Research: Esher, UK.

CEPS (1999). *Estudio sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar relacionados con el uso y abuso de drogas en adolescentes en el municipio de Madrid*. Madrid: Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

CHAMBLESS, D.L. *et al.* (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51: 3-16.

CHANG, C. (2004). Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research and Health*, 2004, 28: 80-84.

CHIKRITZHS, T. *et al.* (2007). *Predicting alcohol-related harms from licensed outlet density: A feasibility study*. Perth, WA: Curtin University of Technology, National Drug Research Institute.

CHIKRITZHS, T. y STOCKWELL, T.R. (2002). The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 63: 591-599.

CHOU, C.P.; MONTGOMERY, S.; PENTZ, M.A. *et al.* (1998). Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 88 (6): 944-948

CICAD (2011). *Integración social drogas*. Secretaría Ejecutiva de la CICAD. CICAD/INF.3/11 26 abril 2011.

CICAD-OPS/OMS (1999). *Normas mínimas de atención para el tratamiento de la dependencia a las drogas: una experiencia en las Américas*. Diciembre 1999. Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD/OEA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

CLAYTON, R.R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En: M. Glantz y R. Pickens (eds.). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D.C: American Psychological Association, pp. 15-51.

CLAYTON, R.R.; CATTARELLO, A.M. y JOHNSTONE, B.M. (1996). The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (Project DARE): 5-year follow-up results. *Preventive Medicine*, 25: 307-318.

CLEARY, M.; HUNT, G.; MATHESON, S.; SIEGFRIED, N. y WALTER, G. (2008). *Intervenciones psicosociales para personas con enfermedades mentales graves y abuso de sustancias*. *Revisión Cochrane. Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

COEI, J.D. *et al.* (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychology* 46: 265-293.

COHEN, D.A. *et al.* (2006). Alcohol outlets, gonorrhea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 2006, 62: 3062-3071.

COHEN, D.A. y RICE, J. (1997). Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of Drug Education*, 27(2): 199-211.

COHEN, E. y FRANCO, R. (1988). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

COMÍN, E.; TORRUBIA, R. y MOR, J. (1998). Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares. *Gaceta Sanitaria*, 12(6): 255-262.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2003). *Informe conjunto sobre la inclusión social en el que se resumen los resultados del examen de los planes nacionales de acción en favor de la inclusión social (2003-2005)*. Bruselas, 12.12.2003.

CONCATO, J.; SHAH, N. y HORWITZ, R.I. (2000). Randomized, controlled trials, observational studies and the hierarchy of research designs. *New England Journal of Medicine* 342: 1887-1892.

CONNOCK, M.; JUAREZ-GARCIA, A.; JOWETT, S. *et al.* (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 11: 1-190.

COOK, T.D.; SHADISH, W.R. y WONG, V.C. (2008). Three conditions under which experiments and observational studies produce comparable causal estimates: New findings from within-study comparisons. *Journal of Policy Analysis and Management* 27: 724-750.

COPELAND, J. y MAY, W. (1992). A comparison of predictors of treatment dropout of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 1992; 87(6): 883-890.

COSTA, F.M. *et al.* (1999). Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 480-490.

CRAINE, N.; HICKMAN, M.; PARRY, J.V. *et al.* (2009). Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiology and Infection* 137: 1255- 65.

CRUZ, F. *et al.* (2005). *Documento Marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogo dependiente.

CUJJPERS, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32(2): 107-119.

- CUIJPERS, P. (2002b) Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors* 27: 1009–23.
- CUIJPERS, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: education, prevention and policy*. 2003; 10: 7-20.
- D'AUNNO, T. y VAUGHM, C. (1992). Variations in methadone maintenance treatment practices. *JAMA* 1992; 267: 253-258.
- DEL BARRIO, V. y ALONSO, C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y Salud*, 5: 69-81.
- DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS (2009). *Creating an inclusive society: practical strategies to promote social integration*. New York: United Nations.
- DINH-ZARR, T.B. (2004). *Interventions for preventing injuries in problem drinkers*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004,(3):CD001857.
- DOLAN, K.A.; RUTTER, S. y WODAK, D. (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003, 98: 153–158.
- DOLAN, K.A.; SHEARER, J.; WHITE, B.; ZHOU, J.; KALDOR, J. y WODAK, A.D. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2006, 100: 820–828.
- DONALD, M.; DOWNER, J. y KAVANAGH, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 2005; 60 (6):1371-83.
- DONALDSON, S.I.; GRAHAM, J.W.; PICCININ, A.M. y HANSEN, W.B. (1995). Resistance-skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. *Health Psychology*, 14(4): 291-300.
- DONNELLY, N. *et al.* (2006). Liquor outlet concentrations and alcohol-related neighbourhood problems. *Alcohol Studies Bulletin*, 2006, 8.
- D'ONOFRIO, G. y DEGUTIS, L.C. (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 2002, 9(6): 627-638.
- DIXON, S.; BOOTH, A. y PERRET, K. (1997). The application of evidence-based priority setting in a District Health Authority. *J Public Health Med* 1997; 19: 307-312.

DRAKE, R.E.; MUESER, K.T.; BRUNETTE, M.F. y MCHUGO, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (4): 360-74.

DUALIBI, S. *et al.* (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol related violence. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(12): 2276–2280.

DUSEMBURY, L.; FALCO, M. y LAKE, A. (1997). A review of evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *Journal of School Health*, 67(4): 127-131.

DYSON, A. (2001). Dilemas, contradicciones y variedades en la inclusión. En: *IV Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca 15, 16 y 17 de marzo de 2001. *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Serie: Colección Psicología, n.º 51. Salamanca: Amarú Ediciones, pp. 145-160.

ELDER, R.W. *et al.* (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27: 57–65.

ELLICKSON, P.L.; BELL, R.M. y MCGUIGAN, K. (1993). Preventing adolescent drug use: long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83(6): 856-861.

ELLICKSON, P.L.; MCCAFFREY, D.F.; GHOSH-DASTIDAR, B. y LONGSHORE, D.L. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. *Am J Public Health*. 2003; 93: 1830-1836.

EMCDDA (2003). *Social exclusion and reintegration. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa: Autor.

EMCDDA (2007). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Literature reviews. Lisbon.

EMCDDA (2010). *Harm reduction: evidence and impacts. EMCDDA Monograph*. T. Rhodes y D. Hedrich (eds.). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction n° 7*. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.

ENNETT, S.T.; TOBLER, N.S.; RINGWALT, C.L. y FLEWELLING, R.L. (1994). How effective is Drug Abuse Resistance Education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84(9): 1394-1401.

EPSTEIN, J.A.; BOTVIN, G.J.; GRIFFIN, K.W. y DÍAZ, T. (2001). Protective factors buffer effects of risk factors on alcohol use among inner-city youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(1): 77-90

ESTIVILL, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

EVANS, R.I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5: 122-127.

EXÓSITO, M. (1995). *Campañas de marketing social en drogodependencias. Experiencias extranjeras*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F.; VERSINO, E. y LEMMA, P. (2003). *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*, Issue 3. Art. No.: CD002208. DOI: 10.1002/14651858.CD002208.

FAGGIANO, F. y VIGNA-TAGLIANTI, F. (2008). Drugs, Illicit – Primary Prevention Strategies. En: Kris Heggenhougen and Stella Quah (eds.). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 2. San Diego: Academic Press, pp. 249-265.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F.; VERSINO, E.; ZAMBON, A.; BORRACCINO, A. y LEMMA, P. (2005). *School-based prevention for illicit drugs' use*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F.; BURKHART, G. *et al.* 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*, 108: 56-64.

FARRELL, A.D. y WHITE, K.S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2): 248-258.

FELIX-ORTIZ, M. y NEWCOMB, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27: 257-292.

FERGUSSON, D.M. y LYNSKEY, M.T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 281-292.

FERNÁNDEZ, J.J. *et al.* (2001). Consumo de drogas ilegales y alcohol antes y a lo largo de 6 años de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Adicciones*, 2001; 13: 179-188.

FERNÁNDEZ, S.; NEBOT, M. y JANÉ, J. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76: 175-187.

FERRI, M.; DAVOLI, M. y PERUCCI, C.A. (2011). *Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12.

FICHTENBERG, C.M. y GLANTZ, S.A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357): 188.

FIORE, M.C.; JAÉN, C.R.; BAKER, T.B. *et al.* (2008) *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

FLAY, B.R.; BIGLAN, A.; BORUCH, R.F. *et al.* (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3): 151-175.

FLYNN, B.S.; WORDEN, J.K.; SECKER-WALKER, R.H.; BADGER, G.J.; GELLER, B.M. y COSTANZA, M.C. (1992). Prevention of cigarette smoking through mass-media intervention and school programs. *American Journal of Public Health*, 82(6): 827-834.

FORSTER, J.L.; MURRAY, D.M.; WOLFSON, M.; BLAINE, T.M.; WAGENAAR, A.C. y HENNRİKUS, D.J. (1998). The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. *American Journal of Public Health*, 88(8): 1193-1198.

FOXCROFT, D.; IRELAND, D.; LISTER-SHARP, D.J.; LOWE, G. y BREEN, R. (2002). *Prevencción primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes*. Traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.

FOXCROFT, D.; IRELAND D.; LOWE, G. y BREEN, R. (2008). Primary prevention for alcohol misuse in young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024.

FOXCROFT, D. y TSERTSVADZE, A. (2011a). *Programas escolares universales para prevenir el abuso del alcohol en los jóvenes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CD009113.

FOXCROFT, D. y TSERTSVADZE, A. (2011b). *Programas universales de prevención basados en la familia para el abuso de alcohol en los jóvenes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art No.: CD009308.

FOXCROFT, D. y TSERTSVADZE, A. (2011c). *Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307. DOI: 10.1002/14651858.CD009307.

FREISTHLER, B.; MIDANIK, LT. y GRUENEWALD, P.J. (2004). Alcohol outlets and child physical abuse and neglect: Applying routine activities theory to the study of child maltreatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65: 586-592.

FUNES, J. *et al.* (1995). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas*. Pamplona/Vitoria: Ed. Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

GALLIE, D. y PAUGAN, S. (2000). *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*. Oxford University Press, UK.

GARAU, J. (2005). *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales*. Barcelona: Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales.

GARCÍA, J. y CARRASCO, A.M. (2003). Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 18(1): 49-60.

GARDNER, S.E. *et al.* (2001). *Guide to science-based practices 2. Promising and proven substance abuse prevention programs*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

GATES, S.; MCCAMBRIDGE, J.; SMITH, L.A. y FOXCROFT, D.R. (2006). *Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. Nº CD005030.

GAWIN, F.H.; MORGAN, C.; KOSTEN, T.R. y KLEBER H.D. (1989). Double-blind evaluation of the effect of acute amantadine on cocaine craving. *Psychopharmacology* 1989, 97(3): 402-403.

GÁZQUEZ, M.; GARCÍA DEL CASTILLO, J.A. y ESPADA, J.P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9 (2): 185-208.

GIANNINI, A.J.; FOLTS, D.J.; FEATHER, J.N. *et al.* (1989). Bromocriptine and amantadine in cocaine detoxication. *Psychiatry Res* 1989; 29: 11-16.

GERRA, G. *et al.* (2004). Substance use among high-school students: Relationships with temperamento, personality traits, and parental care perception. *Substance Use and Misuse*, 39(2): 345-367.

GIBSON, D.; FLYNNA, N. y PERALES, D. (2001). *Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users*. *AIDS* 2001, 15: 1329-1341.

GIESBRECHT, N. (2003). Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 20: 25-40.

GILVERY, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41: 55-80.

GÓMEZ, J.A.; LUENGO, A. y ROMERO, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un proyecto. *Psicothema* 14(4): 685-692.

GONZÁLEZ, M.; IBÁÑEZ, I. y PEÑATE, W. (1997). Consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y dimensiones básicas de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(89): 385-405.

GORMAN, D. (2011). Does the Life Skills Training program reduce use of marijuana? *Addiction Research and Theory*, 19(5): 470-481.

GORMAN, D.M. y HUBER, J.C. (2009). *The social construction of "evidence-based" drug prevention programs. A reanalysis of data from the Drug Abuse Resistance Education (DARE) Program. Evaluation Review*, 33(4): 396-414.

GOTTFREDSON, D.C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review*, 11: 739-763.

GOTTFREDSON, D.C. y WILSON, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4(1): 27-38.

GOWING, L.; ALI, R. y WHITE, J.M. (2009). *Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 3. Art. No.: CD002025. DOI: 10.1002/14651858.CD002025.pub4.

GOWING, L.; FARRELL, M.; ALI, R. y WHITE, J.M. (2009). *Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 2. Art. No.: CD002024. DOI: 10.1002/14651858.CD002024.pub3.

GOWING, L.; FARRELL, M.; BORNEMANN, R.; SULLIVAN, L.E. y ALI, R. (2008). *Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). The Cochrane Collaboration*, Issue 4.

GOWING, L.; FARRELL, M.F.; BORNEMANN, R.; SULLIVAN, L.E. y ALI, R. (2011). *Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). The Cochrane Collaboration*, Issue 8.

GOTZSCHE, P.C. y OLSEN, O. (2000). Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *The Lancet* 35: 129-134.

GRAÑA, J.L. y MUÑOZ-RIVAS, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2): 249-269.

GRAY, J. (2000). Inclusion: A Radical Critique. En: *Social Inclusion: Possibilities and Tensions*. Basingstoke: MacMillan.

GREEN, A.I.; DRAKE, R.E.; BRUNETTE, M.F. y NOORDSY, D.L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry* 164 (3): 402-8.

GRELLA, C.E. *et al.* (1997). Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. *J Drug Issues* 1997; 27: 203-224.

GRUENEWALD, P.J. y REMER, L. (2006). Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30: 1184-1193.

GRUPO DE TRABAJO INTERAUTONÓMICO (1997). Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias. En: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (comp.). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, pp. 105-128.

GUARDIA, J. (coord.) *et al.* (2010). Alcoholismo (2ª edición). *Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

GUNNE, L.M. y GRCNBLADH, L. (1981). The Swedish methadone maintenance program: A controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7: 249-256.

HANEWINKEL, R. y ASSHAUER, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Educ Res.* 2004; 19: 125-137.

HASTINGS, G. y MCLEAN, N. (2006). Social marketing, smoking cessation and inequalities. *Addiction* 101: 303-304

HAVARD, A.; SHAKESHAFT, A. y SANSON-FISHER, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 2008, 103(3): 368-378.

HAWKINS, J.D. *et al.* (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105.

HAWKINS, J.D.; ABBOTT, R.; CATALANO, R.F. y GILLMORE, M.R. (1995). Medidas de efectividad en prevención del abuso de drogas: aspectos de la aplicación que influyen sobre los efectos a largo plazo y sobre la reproductibilidad del programa. En: NIDA (eds.). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, pp. 33-59.

HAWKS, D.; SCOTT, K.; MCBRIDE, N.; JONES, P. y STOCKWELL, T. (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

HEDRICH, D. (2004). *European Report on Drug Consumption Rooms*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

HELLARD, M.; SACKS-DAVIS, R. y GOLD, J. (2009). Hepatitis C Treatment for Injection Drug Users: A Review of the Available Evidence. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 49, Issue 4: 561-573.

HERNÁNDEZ, S.; POZO, C. y ALONSO, E. (2004). La aproximación multimétodo en la evaluación de necesidades. *Apuntes de Psicología*, 22(3): 293-308.

HILLMANN, K.H. (2005). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. Barcelona: Herder.

HOLDER, H.D. (1998). *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

HOLDER, H.D *et al.* (1997). A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction*, 1997, 92(Suppl. 2): S155-S171.

HOLDER, H.D. y WAGENAAR, A.C. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 1994, 26: 89-97.

HOPKINS, D.P.; BRISS, P.A.; RICARD, C.J. *et al.* (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*; 2001, 20(2S): 16-66.

HORNIK, R. (2006). Personal influence and the effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 608(1): 282-300.

HUBBARD, R.L.; CRADDOCK, S.G.; FLYNN, P.M.; ANDERSON, J. y ETHERIDGE, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4): 261-278

HULLEY, S.; GRADY, D.; BUSH, T.; FURBERG, C.; HERRINGTON, D.; RIGGS, B. y VITTINGHOFF, E. (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin replacement Study (HERS) Research Group. *Journal of the American Medical Association* 280: 605-613.

JACKSON, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use Turing lata childhood: relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addictive Behaviors*, 22(5): 685-698.

JESSOR, R. (1992). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12: 597-605.

JESSOR, R. y JESSOR, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

JESSOR, R.; VAN DEN BOS, J.; VANDERRYN, J.; COSTA, F.M. y TURBIN, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6): 923-933.

JOE, G.W. *et al.* (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J. Subst Abuse* 1991; 3: 73-84.

JOHNSON, R.E.; CHUTUAPE, M.A.; STRAIN, E.C.; WALSCH, S.L.; STITZER, M.L. y BIGELOW, G.E. (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343: 1290-1297.

JONES, L.; SUMNALL, H.; WITTY, K.; WAREING, M.; MCVEIGH, J. y BELLIS, M.A. (2006). *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*. National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health. Liverpool: John Moores University.

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2007). *Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Comisionado Regional para la Droga.

JUNTA DE CASTILLA LEÓN (2010). *VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009-2013)*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Comisionado Regional para la Droga.

KAKKO, J.; SVANBORG, K.D.; KREEK, M.J. y HEILIG, M. (2003). 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomized, placebo controlled trial. *The Lancet*, 36: 662-668.

KALAWSKI, J.P. y HAZ, A.M. (2003). Y... ¿dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2): 365-372.

KAMPMAN, K.M.; VOLPIDELLI, J.R.; ALTERMAN, A.I.; CORNISH, J.W. y O'BRIEN, C.P. (2000). Amantadine in the treatment of cocaine dependent patients with severe cocaine withdrawal symptoms. *Am J. Psychiatry* 2000; 157: 2052-2054.

KANDEL, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190: 912-914.

KANDEL, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En: D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (eds.). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. (NIDA. Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

KANDEL, D.B. y JESSOR, R. (2002). The Gateway Hypothesis revisited. En: D.B. Kandel (ed.). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. New York: Cambridge University Press, pp. 365-372.

KANDEL, D.B. y YAMAGUCHI, K. (1985). *Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood*. NIDA Research Monograph, 56: 193-235.

KANER, E.F.S. *et al.* (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (2): DC004148.

KAPLAN, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 29(2): 345-377.

KARILA, L.; GORELICK, D.; WEINSTEIN, A.; NOBLE, F.; BENYAMINA, A.; COSCAS, S. *et al.* (2007). New treatments for cocaine dependence: a focused review. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 1-14.

KEDIA, S. y WILLIAMS, C. (2003). Predictor of substance abuse treatment outcomes in Tennessee. *J. Drug Educ.* 2003; 33(1): 25-47.

KENNA, G.A.; NIELSEN, D.M.; MELLO, P.; SCHIES, A. y SWIFT, R.M. (2007). Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence. *CNS Drugs* 2007; 21(3): 213-237.

KER, K. y CHINNOCK, P. (2006). *Interventions in the alcohol server settings for preventing injuries*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2): CD005244.pub2.

KERR, T. *et al.* (2007). *The Role of Safer Injection Facilities in the Response to HIV/AIDS Among Injection Drug Users*. *Currents HIV/AIDS Reports* 2007, 4: 158-164.

KESSLER, F.; DE BONI, R.; BENZANO, D. y PECHANSKY, F. (2006). Cocaína. Aspectos clínicos. En: *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA.

KNAPP, W.P.; SOARES, B.; FARRELL, M. y SILVA DE LIMA, M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No. CD003023, DOI: 10.1002/14651858.CD003023.pub2.

KOSTEN, T.R. *et al.* (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2,5 years follow-up. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 3-13.

KREEK, M.J. (1983). Health consequences associated with the use methadone. En: J.R. Cooper, F. Altman, B.S. Brown y D. Czechowicz (eds.). *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 83-101. Rockville, M.D.: National Institute Drug Abuse.

KRONAUER, M. (1998). Social exclusion and underclass—new concepts for the analysis of poverty. En: A. Hans Jurgen (ed.). *Empirical poverty research in a comparative perspective*. Aldershot: Ashgate, 51-75.

KUMPFER, K.L. *et al.* (1998). *Family-focused substance abuse prevention: what has been learned from other fields*. NIDA Res Monogr 1998; 177: 78-101.

KUMPFER, K.L. y ALVARADO, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist*, 58: 457-465.

KUMPFER, K.L. y JOHNSON, J.L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19: 13-25.

KUNZ, J.L. (1997). Associating leisure with drinking: current research and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 16: 69-76.

LAESPADA, T. *et al.* (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias.

LANCASTER, T. y STEAD, L.F. (2005). *Self-help interventions for smoking cessation*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 3. Art. Nº.: CD001118. DOI:10.1002/14651858.CD001118.

LANGENDAM, M.W.; VAN BRUSSEL, G.H.; COUTINHO, R.A. y VAN AMEIJDEN, E.J. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health*, 91: 774-780.

LANZA, M.T.; SANTOS, M.E.; FERREIRA, S. y ABAD, M.C. (2003). La familia y el consumo de alcohol en los adolescentes. En: Congreso "La familia en la sociedad del siglo XXI". Libro de comunicaciones. Madrid: febrero.

LASCALA, E.A.; JOHNSON, F.W. y GRUENEWALD, P.J. (2001). Neighborhood characteristics of alcohol-related pedestrian injury collisions: a geostatistical analysis. *Prevention Science*, 2001, 2(2): 123-134.

LEDOUX, S.; SIZARET, A.; HASSLER, C.; CHOQUET, M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. *Adicciones*, 12(2): 255-279.

LEMSTRA, M.; BENNETT, N.; NANNAPANENI, U.; NEUDORF, C.; WARREN, L.; KERSHAW, T. y SCOTT, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research and Theory*, 18(1): 84-96.

LENCE, M.; GÓMEZ, J.A. y LUENGO, M.A. (1997). El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: una revisión. *Adicciones*, 9(4): 601-616.

LEVITAS, R. *et al.* (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. London: Department for Communities and Local Government.

LIPTON, D.S.; FALKIN, G.P. y WEXLER, H.K. (1995). El tratamiento de drogas en establecimientos penitenciarios de los Estados Unidos: Una panorámica. En: *El tratamiento del abuso de drogas en cárceles y penitenciarias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, pp. 19-39.

LIVINGSTON, M.; CHIKRITZHS, T. y ROOM, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 2007, 26: 557-566.

LONCZAK, H.S.; HUANG, B.; CATALANO, R.F.; HAWKINS, J.D. *et al.* (2001). The social predictors of adolescent alcohol misuse: A test of the Social Development Model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2): 179-189.

LÓPEZ, M.D. (2004). Medicina basada en la evidencia y la gestión. *Revista Galega de Actualidade Sanitaria*, vol. 3, nº 1: 28-30.

LÓPEZ-TORRECILLAS, F.; PERALTA, I.; MUÑOZ-RIVAS, M.J. y GODOY, J.F. (2003). Auto-control y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2): 127-136.

LLORENS, N.; PERELLÓ, M. y PALMER, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4): 261-266.

LUENGO, M.A. *et al.* (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela, Mº de Educación y Cultura, Mº de Sanidad y Consumo y Mº del Interior.

MACASKIL, P.; PIERCE, J.P.; SIMPSON, J.M. y LYLE, D.M. (1992). Mass media-led anti-smoking campaign can remove the education gap in quitting behavior. *American Journal of Public Health*, 82(1): 96-98.

MACKINNON, D.P.; PENTZ, M.A. y STACY, A.W. (1993). The alcohol warning label and adolescents: the first year. *American Journal of Public Health*, 83(4): 585-587.

MALGESINI, G. y GARCÍA, M. (2000). *Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración*. Proyecto financiado por la Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.

MANN, R.E. *et al.* (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention*, 2001, 33: 569-583.

MANN, S.L.; PETERSON, A.V.; MAREK, P.M. y KEALEY, K.A. (2000). The Hutchinson Smoking Prevention Project trial: design and baseline characteristics. *Prev Med*. 2000; 30: 485-495.

MANSKI, C.F.; PEPPER, J.V. y PETRIE, C.V. (eds.). (2001) *Informing America's policy on illegal drugs: What we don't know keeps hurting us*. Washington: National Academy Press.

MARTÍN, P. y GONZÁLEZ, J. (2010). Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I). El sistema GRADE. *Evid Pediatr.* 2010; 6: 63.

MARTÍNEZ-LORCA, M. y ALONSO-SANZ, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 2003, vol. 15, num. 2: 145-158.

MASTEN, A.S. (1994). Resilience in individual development. Successful adaptation despite risk and adversity. En: M.C. Wang y E.W. Gordon (eds.). *Educational Resilience in InnerCity America: Challenges and Prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

MASTEN, A.S.; BEST, K.M. y GARMEZY, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4): 425-444.

MATTICK, R.P.; BREEN, C.; KIMBER, J. y DAVOLI, M. (2009). *Methadone maintenance therapy versus no opioide replacement therapy for opioid dependence (Review)*. *The Cochrane Collaboration*, Issue 3.

MATTICK, R.P.; KIMBER, J.; BREEN, C. y DAVOLI, M. (2008). *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.

MAY, C. (1991). Research on alcohol education for young people: a critical review of the literature. *Health Education Journal*, 50(4): 195-199.

McGRATH, Y.; SUMNALL, H.; McVEIGH, J. y BELLIS, M. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence, January 2006. ISBN: 1-84629-147-X.

McLELLAN, A.T. et al. (1988). *Counselor differences in methadone treatment, in problems of drug dependence; 1987*. NIDA Res. Monogr 81. Edited by Harris L.S., Rockville MD. National Institute on Drug Abuse 1988, pp. 243-250.

McLELLAN, A.T.; MARSDEN, J. y BERGLUND, M. (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York: PNUFID-ONU.

MENEU, R. (2003). Algunas evidencias sobre las decisiones sanitarias. Implicaciones para la formulación de políticas. En: E. Regidor. *La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria*. Universidad de Alicante.

MENEU, R.; ORTÚN, V. y PEIRÓ, S. (2000). *Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones*. [monografía en Internet]. Barcelona: Departament d'Economia i Empresa i Centre de Recerca en Economia i Salut. Univ. Pompeu Fabra.

MENSCH, B.D. y KANDELL, D.B. (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of Education*, 61: 95-113.

MERIKANGAS, K.R. *et al.* (1998). *Familial factors and substance abuse: implications for prevention*. NIDA Res Monogr 1998; 177, pp. 12-41.

MILLER, N.S. (1997). Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. En: N.S. Millar (ed.). *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia, PA: WB. Saunders Company, pp. 11-25.

MILLER, W.R.; WILBOURNE, P.D. y HETEMA, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. En: R.K. Hester y W.R. Miller (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*, 3rd ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, pp. 13-63.

MINEHAN, J.A.; NEWCOMB, M.D. y GALAIF, E.R. (2000). Predictors of adolescent drug use: cognitive abilities, coping strategies and purpose in life. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10 (2): 33-52.

MINOZZI, S.; AMATO, L.; VECCHI, S.; DAVOLI, M.; KIRCHMAYER, U. y VERSTER, A. (2008). *Tratamiento de mantenimiento con naltrexona por vía oral para la dependencia de opiáceos* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

MINISTRY OF HEALTH (2007). *China tobacco control report*. Beijing: Government of the People's Republic of China.

MOLINA, B.S.G. *et al.* (1994). A comparison of mechanisms underlying substance use for early adolescent children of alcoholics and controls. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 269-275.

MORAL, M.; SIRVENT, C.; OVEJERO, A. y RODRÍGUEZ, F.J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de proyectos de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*. 2004; 6: 247-260.

MUKOMA, W. y FLISHER, A.J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*. 2004; 19: 357-368.

MULCAHY, M. *et al.* (2005). Second hand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6): 384-388.

MUÑOZ-RIVAS, M.J. *et al.* (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

MUÑOZ-RIVAS, M.J.; GRAÑA, J.L.; PEÑA, M.E. y ANDREU, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*, 14(3): 313-320.

NAVARRO, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid.

NAVARRO, J. (2004). Los factores de riesgo y protección en los consumos de drogas. En: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. *El consumo de drogas en Galicia VII*, Colección Drogodependencias 31. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, pp. 176-207.

NEEDLE, R.H. *et al.* (2004). *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing hiv/aids among injecting drug users*. Paris: WHO.

NIDA (1997b). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

NIDA (2003). *La comunidad terapéutica*. National Institute on Drug Abuse Serie Informes de Investigación.

NIDA (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. National Institute on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services.

NIDA (2006). *Tratamiento dentro del sistema de justicia penal para delincuentes con problemas de abuso de drogas*. National Institute on Drug Abuse, InfoFacts.

NIDA (2009a). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. National Institute on Drug Abuse, InfoFacts.

NIDA (2009b). *Principles of drug addiction treatment: A research base guide (second edition)*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.

NIDA (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. National Institute on Drug Abuse, Research Reports Serie.

NIDA (2011). *La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales*. National Institute on Drug Abuse, InfoFacts.

NILSEN, P. *et al.* (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006, 24(1): 5-15.

NORSTROM, T. (2000). Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61: 907-911.

O'CALLAGHAN, F.V.; CALLAN, V.J. y BAGLIONI, A. (1999). Cigarette use by adolescents: Attitude-behavior relationships. *Substance Use and Misuse*, 34(3): 455-468.

O'DONNELL, J.; HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F.; ABBOTT, R.D. y DAY, L.E. (1995). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long-term intervention in elementary schools. *Am J Orthopsychiatry*. 1995; 65: 87-100.

OFFICE OF TOBACCO CONTROL (2005). *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin: Department of Health and Children.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Viena.

OMS (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2008). *Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ONUCDD (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Austria: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006). *Estudio de conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005*. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados).

ORWIN, R.; CADELL, D.; CHU, A.; KALTON, G.; MAKLAN, D.; MORIN, C.; PIESSE, A.; SRIDHARAN, S.; STEELE, D.; TAYLOR, K. y TRACY, E. (2006). *Evaluation of the national youth anti-drug media campaign: 2004 report of findings*. Washington, DCA: National Institute on Drug Abuse.

ORWIN, R.; FRANCISCO, L. y BERNICHON, T. (2001). *Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis*. Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services.

PALMGREEN, P.; DONOHEW, L.; PUGZLES, E.; HOYLE, R.H. y STEPHENSON, M.T. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: test of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 91(2): 292-295.

PAN-MONTOJO, J. (1999). Pobreza, exclusión y desigualdad. *Revista de Occidente*, nº 215: 5-18.

PAPE, H. (2009). School-based programmes that seem to work. Useful research on substance use prevention or suspicious stories of success? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26: 521-535.

PECHMANN, C. y RATNESHVAR, S. (1994). The effects of antismoking and cigarette advertising on young adolescent' perceptions of peers who smoke. *Journal of Consumer Research*, 21: 236-251.

PENTZ, M.A. (2001). Un ejemplo de prevención efectiva de la drogodependencia. El Proyecto STAR: Un programa completo de prevención de la drogodependencia basado en la comunidad. En: F. De Arce (coord.). *Ponencias de las V Jornadas sobre Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón, pp. 49-55.

PENTZ, M.A. (2003). Evidence-based prevention: Characteristics, impact, and future direction. *Journal of Psychoactive Drugs, supplement 1*: 143-152.

PEREIRO, C. (ed.) et al. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

PEREIRO, C.; BECOÑA, E.; CÓRDOBA, R.; MARTÍNEZ, J. y PINET, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

PERRY, C.L. et al. (2003). A randomized controlled trial of the middle and junior high school DARE and DARE Plus programs. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157: 178-184.

PETROSINO, A. (2003). Standards for evidence and evidence for standards: The case of school-based drug prevention. *The Annals of the Academy of Political and Social Science*, 587: 180-207.

PETERSON, A.V.; MANN, S.L.; KEALEY, K.A. y MAREK, P.M. (2000a). Experimental design and methods for school-based randomized trials. Experience from the Hutchinson Smoking Prevention Project (HSPP). *Control Clin Trials*. 2000; 21: 144-165.

PETERSON, A.V.; KEALEY, K.A.; MANN, S.L.; MAREK, P.M. y SARASON, I.G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(24): 1979-1991.

PETTERSON, P.L.; HAWKINS, J.D. y CATALANO, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16: 579-602.

POCOCK, S.J. y ELBOURNE, D.R. (2000). Randomized trials or observational tribulations. *New England Journal of Medicine*, 342: 1907-1909.

POLLARD, J.A. *et al.* (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations.*

PORATH-WALLER, A.; BEASLEY, E. y BEIMESS D.J. (2010), A meta-analytic review of school based prevention for cannabis use. *Health Education Behaviour* Vol. 37(5): 709-723 (October 2010) DOI: 10.1177/1090198110361315

PORTELA, M. (2003). *Programa de incorporación personalizado. Colección Drogodependencias.* Documentos 30. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

PRENDERGAST, M.L. y PODUS, D. (2000). Drug treatment effectiveness: an examination of conceptual and policy issues. *Subs Use Misuse.* 2000 Oct-Dec; 35(12-14): 1629-57.

RAMSTEDT, M. (2002). The repeal of medium-strength beer in grocery stores in Sweden – the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. En: R. Room (ed.). *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 117-131.

RAW, M.; McNEILL, A. y WEST, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide for effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 1998; 55 (5 sup): s1-s19.

REID, D. (1999). Failure of an intervention to stop teenagers smoking. Not such a disappointment as it appears. *BMJ* 1999; 319: 934-5.

RENZAGLIA, A. *et al.* (2003). *Promoting a lifetime of inclusion. Focus on autism and other developmental disabilities*, vol. 18, nº 3, pp. 140-149.

RESNICOW, K. y BOTVIN, G. (1995). School-based substance use prevention programs: Why do effects decay? *Preventive Medicine*, 22: 484-490.

RIOD (2000). *Criterios mínimos de calidad en los programas de prevención y tratamiento. Un reto de las ONG que conforman la RIOD.* Lima: Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias.

ROBLES, L. y MARTÍNEZ, J.M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Idea-Prevención*, 17: 58-70.

RODRÍGUEZ, J. (1998). La funcionalidad de la teoría de la conducta planeada en la predicción de las conductas adictivas. En J.A. García-Rodríguez y C. López (eds.). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Síntesis, pp. 73-83.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (2007). *Guía de estrategias para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas.* Madrid: Ministerio de Sanidad y

Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (2008). Estrategias y métodos en prevención y promoción de la salud. Políticas de alcohol. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

ROMAN, P.M. y BLUM, T.C. (2002). The workplace and alcohol problems prevention. *Alcohol Research and Health*, 2002, 1: 49-57.

ROMERO, E.; LUENGO, M.A. y OTERO-LÓPEZ, J.M. (1995): La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10(2): 149-159.

RONFENBRENNER, U. y CECI, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4): 568-586.

ROONA, M.; STREKE, A. y MARSHALL, D. (2003). En: T.P. Guillotta y M. Bloom (eds.). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 1073-1078.

ROONA, M.; STREKE, A.; OCHSHORN, P.; MARSHALL, D. y PALMER, A. (2007). *Identifying effective school-based substance abuse prevention interventions*.

ROONEY, BL. y MURRAY, DM. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly* 1996; 23: 48-64.

ROSENDAHL, K.I.; GALANTI, M.R.; GILLJAM, H.; BREMBERG, S. y AHLBOM, A. (2002). School and class environments are differently linked to future smoking among preadolescents. *Preventive Medicine*, 34: 649-654.

ROSENTHAL, L.; THORPE, K.; YOUNG, R.; COLLETT, R. y OCCHIPINTI, S. (1998). Social skills, expectancies and drinking in adolescents. *Addictive Behaviours*, 23(5): 587-599.

SACKETT, D.L.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.M.C. y HAYNES, R.B. (1997). *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone.

SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.; GRAY, J.A.; HAYNES, R.B. y RICHARDSON, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.

SÁIZ, P.A. *et al.* (2001). Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. *Adicciones*, 13(2): 159-171.

SALVADOR, T. (1998). Condicionantes del consumo de tabaco en España. En E. Becoña (ed.). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona, Glosa Ediciones, pp. 153-173.

SALVADOR, T.; SUELVES, J.M. y PUIGDOLLERS, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.

SAMBRANO, S.; SPRINGER, J.F.; SALE, E.; KASIM, R. y HERMANN, J. (2005). Understanding prevention effectiveness in real-world settings: The National Cross-Site Evaluation of High Risk Youth Programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31: 491-513.

SÁNCHEZ, L. (1992). Los límites de la intervención social. *Revista Intervención Psicosocial*, 2: 73-82.

SÁNCHEZ, L. (1996). *Manual para profesionales de los servicios de salud laboral*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina y Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.

SÁNCHEZ, L. (2001b). *El consumo de drogas entre los escolares y los factores asociados*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

SANCHEZ, L. (2003). *La protección social de los menores hijos de drogodependientes*. Monografía Nº 4. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

SÁNCHEZ, L. (2006). *Factores de riesgo y protección de carácter psicosocial asociados al consumo de drogas y otras conductas desadaptadas en estudiantes de secundaria de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias.

SANCHEZ, L.; DE VICENTE, P. y BOLAÑOS, E. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de Castilla y León*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga.

SÁNCHEZ, L. y PEREIRO, C. (2008). *Estudio de necesidades y viabilidad de la puesta en marcha de salas de consumo supervisado y programas de dispensación de heroína en Galicia*. Santiago de Compostela: Sociedad Española de Toxicomanías y Xunta de Galicia.

SANZ, M.; IRAURGI, I.; MARTÍNEZ-PAMPLIEGA, A. y COSGAYA, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 18(1): 39-48.

SÁINZ, P.A.; GONZÁLEZ, M.P.; JIMÉNEZ, L.; DELGADO, Y.; LIOREIRO, M.J.; GRANDA, B. y BOBES, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3): 209-220.

SARASA, S. y SALES, A. (2009). *Itineraris i factors d'exclusió social*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Síndic de Greuges.

SAXE, L.; KADUSHIN, C.; TIGHE, E.; BEBERIDGE, A.A.; LIVERT, D.; BRODSKY, A. y RINDS-KOPF, D. (2006). Community-based prevention programs in the war on drugs: Findings from the "Fighting Back" demonstration. *Journal of Drug Issues*, 36(2): 263-294.

SCHAPS, E.; MOSKOWITZ, J.M.; MALVIN, J.H. y SCHAEFFER, G.A. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa project. *Int J Addict*. 1986; 21: 1081-1112.

SCHEIER, L.M.; BOTVIN, G.J.; DÍAZ, T. y GRIFFIN, K.W. (1999). Social skills competence and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(3): 251-278.

SCHILDHAUS, S.; GERSTEIN, D.; BRITTINGHAM, A.; CERBONE, F. y DUGONI, B. (2000). Services research outcomes study: overview of drug treatment population and outcomes. *Subst Use misuse*. 2000 Oct-Dec; 35(12-14): 1849-77.

SCHILLING, R.F. (1990). Preventing drug use in adolescents through media interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4): 416-424.

SCHOFIELD, M.J.; WEEKS, C. y SANSON-FISHER, R. (1994). Alcohol sales to minors: a surrogate study. *Preventive Medicine*, 23: 827-831.

SECADES, R.; FERNÁNDEZ, J.R.; GARCÍA, G. y AL-HALABI, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

SEGEST, E. et al. (1990). The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. *Int J Addict* 1990; 25: 53-63.

SEGURA, A. (2000). La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 87-93.

SEN, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application and scrutiny*. Manila, Filipinas: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.

SHADISH, W.R.; COOK, T.D. y LEVITON, L.C. (1991). *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.

SHOPE, J.T.; COPELAND, L.A.; KAMP, M.E. y LANF, S.W. (1998). Twelfth grade follow-up of the effectiveness of a middle school-based substance abuse prevention program. *J Drug Education* 28 (3): 185-197.

SHULTS, R.A. *et al.* (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21: 66-88.

SKARA, S. y SUSSMAN, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37: 451-474.

SIMONS, R.L.; CONGER, R.D. y WITHBECK, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18: 293-315.

SLATER, M.D.; KELLY, K.J.; EDWARDS, R.W.; THURMAN, P.J.; PLESTED, B.A.; KEEFE, T.J.; LAWRENCE, F.R. y HENRY, K.L. (2006). Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Education Research*, 21: 157-167.

SLOBODA, Z. y DAVID, S.L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

SLOBODA, Z.; STEPHENS, R.C.; STEPHENS, P.C. *et al.* (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 102: 1-10.

SLY, D.F.; HOPKINS, R.S.; TRAPIDO, E. y RAY, S. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida "truth" Campaign. *American Journal of Public Health*, 91(2): 233-237.

SMITH, L.A.; GATES, S. y FOXCROFT, D. (2006) Therapeutic communities for substance related disorder, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No. CD005338, DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2

SMITH, L.A.; GATES, S. y FOXCROFT, D. (2008). *Comunidades terapéuticas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias. Revisión Cochrane*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Nº 2.

SNOW, D.L.; KRAEMER, I. y AYERS, T.S. (1997). Impact of two social-cognitive interventions to prevent adolescent substance use: test of amenability to treatment model. *Journal of Drug Education*, 27(1): 1-17.

SNOW, D.L.; TEBES, J.K.; ARTHUR, M.W. y TAPASAK, R.C. (1992). Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *J Drug Educ.* 1992; 22: 101-114.

SOARES, B.; LIMAS, M.; REISER, A. y FARRELL, M. (2003). *Dopamine agonists for cocaine dependence (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. John Wiley & Sons; Ltd, Chicester.

SOFOUGLU, M. y KOSTEN, T.R. (2005). Novel approaches to the treatment of cocaine addiction. *CNS Drugs* 2005; 19(1): 13-25.

SOWDEN, A.J. y STEAD, L.F. (2003). *Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291

SPOTH, R.L.; CLAIR, S.; SHIN, C. y REDMOND, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160: 876-882.

SPOTH, R.L.; GUYLL, M. y DAY, S.X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 219-228.

SPOTH, R.; RANDALL, G.K.; SHIN, C.; REDMOND, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of addictive behaviors*, 19: 372-381.

SPOTH, R.L.; RANDALL, G.K.; TRUDEAU, L.; SHIN, C. y REDMOND, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96: 57-68.

SPOTH, R.L.; REDMOND, C.; SHIN, C. y AZEVEDO, K. (2004). Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation: School-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 535-542.

SPOTH, R.L. REDMOND, C. SHIN, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 627-642.

SPOTH, R.L.; REDMOND, C.; TRUDEAU, L. y SHIN, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2): 129-134.

SPOTH, R.; SHIN, C.; GUYLL, M.; REDMOND, C. y AZEVEDO, K. (2006). Universality of Effects: An Examination of the Comparability of Long-Term Family Intervention Effects on Substance Use Across Risk-Related Subgroups. *Prevention Science*, 7: 209-224.

SPRINGER, J.F.; SALE, E.; HERMANN, J.; SAMBRANO, S.; KASIM, R. y NISTLER, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2) , pp. 171-219. DOI: 10.1023/B:JOPP.0000042388.63695.3f

STALLWITZ, A. y STOVER, H. (2007). The impact of substitution treatment in Grisons - A literature review. *International Journal of Drug Policy* 2007, 18: 464-474.

STEAD, L.F. y LANCASTER, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Review. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. Nº.: CD001007. DOI:10.1002/14651858.CD001007.

STEAD, LF.; PERERA, R.; BULLEN, C.; MANT, D. y LANCASTER T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.

STOCKWELL, T. y GRUENEWALD, P. (2001). *Controls on the availability of alcohol*. En: N. Heather et al. (eds.). *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

STÖVER, H. y NELLES, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14 (5-6): 437-44.

SUBIRATS, J. et al. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios Sociales Núm.16. Barcelona: Fundación La Caixa.

SUBIRATS, J.; GOMÁ, R. y BRUGUÉ, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Madrid: Fundación BBVA e Instituto de Estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña.

SUELVES, J.M. y SÁNCHEZ-TURET, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología 2001*, vol. 17, nº 1 (junio): 15-22.

SUSSMAN, S.; DENT, C.W.; STACY, A.W. y CRAIG, S. (1998). One-year outcomes of Project Towards No Drug Abuse. *Preventive Medicine*, 27: 632-642.

SUSSMAN, S.; DENT, C.W.; STACY, A.W.; SUN, P.; CRAIG, S.; SIMON, T.R.; BURTON, D. y FLAY, B.R. (1993). Project Towards No Tobacco Use: 1-year behavior outcomes. *American Journal of Public Health*, 83(9): 1245-1250.

TATLOW, J.R.; CLAPP, J.D. y HOHMAN, M.M. (2000). The relationship between the geographic density of alcohol outlets and alcohol-related hospital admissions in San Diego County. *Journal of Community Health*, 2000, 25(1): 79-88.

TERÁN, A.; CASETE, L. y CLIMENT, B. (2008). *Cocaína. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

TEZANOS, J.F. (1999). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis. En J.F. Tezanos (ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Editorial Sistema, pp. 11-54.

THOMAS, R. (2002). School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No. CD001293.

THOMAS, R.E.; BAKER, P. y LORENZETTI, D. (2007). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24; (1):CD004493. Epub 2007 Jan 24.

THOMAS, R.E.; LORENZETTI, D. y SPRAGINS, W. (2011). Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11.

THOMAS, R. y PERERA, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3: CD001293.

THOMAS, R. y PERERA, R. (2008). Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

TILSON, H.; ARAMRATTANA, A.; BOZZETTE, S. *et al.* (2007). *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC: Institute of Medicine.

TIET, Q. y MAUSBACH, B. (2007). Treatment for patients with dual diagnosis: A review. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* 31: 513-536.

TOBLER, N. y STRATTON, H. (1997). Effectiveness of School-Based drug Prevention Programs: A Meta-analysis of the Research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1): 71-128.

TOBLER, N.S. (1999). Meta-análisis de programas de prevención de drogas en adolescentes: resultados del meta-análisis de 1993. En: NIDA (comp.). *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, pp. 9-66.

TOBLER, N.S. *et al.* (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000; 20(4): 275-336.

TOBLER, N.S.; ROONA, M.R.; OCHSHORN, P.; MARSHALL, D.G.; STREKE, A.V. y STACK-POLE, K.M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis, *The Journal of Primary Prevention*, Volume 20, Number 4, 275-336, DOI: 10.1023/A:1021314704811

TOMAS, B. (2001). *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen –Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?* Viena: Verein Dialog, pp. 56-64.

TORJMAN, S. (1986). Prevention in the drug field. En: *Essential concepts and strategies*. Monograph 1. Toronto: Addiction Research Foundation, pp. 36-89.

TORRENS, M. *et al.* (1996). Retention in a low threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend* 1996; 41: 55-59.

TOUMBOUROU, J.W.; STOCKWELL, T.; NEIGHBORS, C.; MARLATT, G.A.; STURGE, J. y REHM, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007; 369: 1391-401. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60369-9

TOWNSEND, J.; RODERICK, P. y COOPER, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal*, 6959(309): 923-927.

TOWNSEND, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom*. Harmondsworth: Penguin.

TRAFIMOW, D. (1996). The importance of attitudes in the prediction of college student's intentions to drink. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(24): 2167-2188.

TRULSOSN, K. (2000). The identity of women and treatment of drug abuse. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 2000; 1-2: 120-136.

TSUANG, J.; FONG, T.W. y LESSER, I. (2006). Psychosocial treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 2006; 5 (2): 53-66.

TURCO, R. (1997). Effects of exposure to cigarette advertisements on adolescent's attitudes toward smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(13): 1115-1130.

TURNER, K.M. *et al.* (2011). The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling o UK evidence. *Addiction* 2011, 106: 1978-1988.

TYRER, P. y WEAVER, T. (2004). Desperately seeking solutions: the search for appropriate treatment for comorbid substance misuse and psychosis. *Psychiatric Bulletin*, 2004; 28 (1): 1-2.

UCHTENHAGEN, A. y SCHAUB, M. (2011). *Minimum quality standards in drug demand reduction* EQUUS. Final report.

UHL, A.; IVES, R. y Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010). *Evaluation of drug prevention activities*. Theory and practice. Strasbourg: Council of Europe.

UNDCP – United Nations International Drug Control Programme (2000). *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta: Public Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

VAN DEN BRINK, W. y VAN REE, J. (2003). Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13: 476-487.

VASILAKI, E.I.; HOSIER, S.G. y COX, W.M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 41(3): 328-335.

VÁZQUEZ, R.; RUÍZ, A.V. y SANTOS, L. (1997). *Campaña para la prevención del consumo abusivo de alcohol por los jóvenes. Evaluación*. Gijón: Fundación Municipal de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Gijón.

VEDUNG, E. (1993). Utilización de la evaluación. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 30: 69-80.

VELLEMAN, R. (2009). Alcohol prevention programmes: A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation (part two). En: *Children, young people and alcohol: how they learn and how to prevent excessive use*. York: Robert Rowntree Foundation.

VICTORA, C.G.; HABICHT, J.P. y BRYCE, J. (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004; 94: 400-405.

VILLALBI, J.R. (1998). Tabaco y políticas del tabaco. En E. Becoña (ed.). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones, pp: 175-189.

VILLALBÍ, J.R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev Esp Salud Pública* 2001, 75, nº 6: 489-490.

VILLALOBOS, E. y ZALAKAIN, J. (2010). Delimitación conceptual de la inclusión social. En: *Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social*. Madrid: CERMI.

VIÑA, C.M. y HERRERO, M. (2002). Actitudes y conductas alimentarias y su relación con el consumo de drogas: Una muestra universitaria. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(121): 645-670.

VOAS, R.B. *et al.* (1999). The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program. *Addiction*, 1999, 94: 1857-1867.

VOCCI, F.J. y LING, W. (2005). Medications development: successes and challenges. *Pharmacology and Therapy* 2005; 108: 94-108.

VON SYDOW, K.; LIEB, R.; PFISTE, H.; HÖFER, M. y WITTCHEN, H. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68: 49-64.

WALLIN, E.; NORSTROM, T. y ANDREASSON, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 64(2): 270-277.

WAKEFIELD, M.A.; LOKEN, B. y HORNIK, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*; 376: 1261-71. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

WEDDINGTON, W.W.; BROWN, B.S.; HAERTZEN, C.A. *et al.* (1991). Comparison of amantadine and desipramine combined with psychotherapy for treatment of cocaine dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 2: 137-152.

WEIGHTMAN, A.; ELLIS, S.; CULLUM, A.; SANDER, L. y TURLEY, R. (2005). *Grading evidence and recommendations for public health interventions: Developing and piloting a framework*. UK National Health Service: Health Development Agency.

WEISS, C.H. (1990). *Investigación evaluativa: métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. México: Trillas.

WELLS-PARKER, E. *et al.* (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with DUI offenders. *Addiction*, 1995, 90 (7): 907-926.

WHITLOCK, E.P. *et al.* (2004a). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140(7): 557-568.

WHITLOCK, E.P.; POLEN, M.R.; GREEN, A.; ORLEANS, T. y KLEIN, J. (2004b). Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004; 140: 554-568.

WHO (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: Programme on Mental Health. World Health Organization.

WHO (2009a). *The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. World Health Organization.

WHO (2009b). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WILDLE, M. (1999). Critical conceptualization and measurement issues in the study of resilience. En: M.D. Glantz y J.L. Johnson (eds.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press, pp: 161-176.

WILLIS, C.; LYBRAND, S. y BELLAMY, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4):CD004168.

WILSON, D.; GOTTFREDSON, D. y NAJAKA, S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of quantitative criminology*, 17 (3): 247-272.

WINKLEBY, M.A.; FEIGHERY, E.; DUNN, M.; KOLE, S.; AHN, D. y KILLEN, J.D. (2004). Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 269-275.

WODAK, A. *et al.* (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing hiv/aids among injecting drug users*. WHO.

WRIGHT, N. y TOMPKINS, C.H. (2006). A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal* 2006, 3: 27.

YU, J. (1998). Perceived parental / peer attitudes and alcohol-related behaviors: an analysis of the impact of the drinking age law. *Substance Use and Misuse*, 33(14): 2687-2702.

YU, J. y WILLOFORD, W.R. (1992). The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use patterns: An analysis of drug use progression of young adults in New York State. *International Journal of the Addictions*, 27: 1313-1323.

ZAVELA, K.J.; BATTISTICH, V.; GOSSELINK, C.A. y DEAN, B.J. (2004). Say Yes First: Follow up of a five-year rural drug prevention program. *Journal of Drug Education*, 34(1): 73-88.

ZIMMERMANN-TANSELLA, C. *et al.* (1988). Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse and minor psychiatric morbidity in the community. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 460-466.

ZOBECK, T.S. y WILLIAMS, G.D. (1994). *Evaluation synthesis of the impacts of DWI laws and enforcement methods: final report*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Office of Policy Analysis.

ZRIBI, G. y POUPÉE-FONTAINE, D. (2000). *Dictionnaire du Handicap*, 2 ed. Rennes: École Nationale de la Santé Publique.

ANEXO II

MAPA ESTRATÉGICO E OPÇÕES POTENCIAIS PARA AVANÇAR NO SENTIDO DA ACREDITAÇÃO EM REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS (RPD)

Este Anexo apresenta os principais resultados derivados de três exercícios adicionais realizados na sequência do estudo Delphi:

- Os trabalhos de diversos grupos focais, destinados a explorar aspetos operacionais e de implementação dos critérios depurados através do exercício Delphi, quer a partir de uma perspetiva institucional como de uma perspetiva mais técnica.
- Um estudo da situação relativa ao quadro legal existente, no que toca à acreditação em RPD, nos países que participam no Projeto.
- Exploração de estratégias potenciais para avançar no âmbito da acreditação em RPD.

De seguida, é apresentada uma síntese dos resultados destes exercícios exploratórios, os quais por sua vez foram apresentados —em formato de relatório— ao Conselho de Assesores do Projeto para avaliação (juntamente com os critérios emanados do estudo Delphi)¹.

1. ANÁLISE DE VIABILIDADE REALIZADA PELOS GRUPOS FOCAIS

Os três grupos focais *online*, dois deles realizados com representantes institucionais dos países associados e colaboradores, e o terceiro com pessoal técnico designado pelos

1. Ver conteúdos em: Sánchez Pardo, L.; Alonso Sanz, C.; Martínez González, F.; Pereiro Gómez, C. e grupo de trabalho COPOLAD para identificar critérios para a acreditação (2014). Estudo para definir critérios acreditação de programas de redução da demanda. Atividade 3.4.4. COPOLAD. Volumes I e II. Madrid: Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas, Entidade de Coordenação e Execução (ECE).

associados, pretendiam obter uma visão complementar à provida pelos participantes nos grupos Delphi, sobre uma série de questões base:

a) A opinião dos representantes institucionais sobre os critérios consensualizados nos Delphi.

Os critérios acordados nos grupos Delphi foram entendidos como um avanço relevante na melhoria da qualidade dos programas de redução da procura (PRPD), especialmente ao terem sido identificados e selecionados a partir de uma revisão sistemática da evidência, que apoia a sua integração nos sistemas de acreditação. Foi considerado também que o processo de consenso estabelecido na definição dos critérios, com a participação de peritos e representantes institucionais da América Latina e da União Europeia, pressupõe um valor acrescentado face a uma possível implementação de recursos e/ou instrumentos (sistema/s) de acreditação apoiados nestes critérios.

b) A viabilidade de concretizar um sistema de acreditação de PRPD de carácter supranacional, no quadro do COPOLAD, apoiado nos critérios consensualizados nos Delphi.

Foram analisadas as **vantagens** do estabelecimento de sistemas de acreditação dos PRPD baseados nestes critérios; entre tais vantagens foi destacada a sua contribuição para:

- A conceção e implementação de políticas e programas com uma abordagem integral em matéria de RPD.
- Instaurar procedimentos de intervenção e avaliação metodologicamente rigorosos, que facilitem a comparabilidade dos resultados obtidos com as políticas e programas aplicados e a transferência de informação.
- Ajudar a estabelecer critérios objetivos e transparentes no financiamento de programas e serviços.
- Legitimar as intervenções preventivas e de tratamento a desenvolver na área da RPD, apoiadas em critérios de evidência científica e não em questões morais ou ideológicas.

Nesta linha, foram identificadas e analisadas as **dificuldades** que decorreriam da implementação de um sistema de acreditação supranacional nos vários países, entre as quais foram mencionadas:

- Dificuldade em alcançar consensos entre todos os atores envolvidos para legitimar o início do sistema.
- Receio por parte de muitas ONG's de que o Estado tutele o seu trabalho, ou assuma um papel normativo sobre o mesmo.
- Recursos limitados para responder aos requisitos relacionados com certas necessidades de acompanhamento concetual e financeiro do processo.

- Dificuldades derivadas das diferenças culturais, de políticas e de recursos.
- Dificuldade em estabelecer quem assume a responsabilidade do início e acompanhamento do sistema de acreditação e quem “certifica” a acreditação.
- Necessidade de estabelecer um determinado grau de standardização dos modelos de intervenção, antes da sua acreditação.

Apesar das dificuldades que implicaria o início de um sistema de acreditação de PRPD, esta medida foi considerada uma **oportunidade** única para:

- Estabelecer redes de trabalho.
- Melhorar a gestão e a distribuição dos recursos públicos.
- Contribuir para a melhoria da eficácia e eficiência dos PRPD.
- Consensualizar certas definições e conceitos.
- Melhorar e diversificar a oferta de serviços.
- Harmonizar critérios e *standards* a nível supranacional.
- Legitimar a despesa pública com os PRPD.

c) A identificação de estratégias que permitam avançar na implementação de recursos/instrumentos/sistemas de acreditação de carácter nacional ou supranacional dos PRPD.

Foram debatidas as vantagens e os inconvenientes da adoção de diferentes estratégias para facilitar o estabelecimento de sistemas de acreditação de carácter nacional ou supranacional, incluindo:

- Estabelecimento de um sistema de acreditação que fixe dois níveis diferentes de exigência: 1) um número reduzido de critérios básicos (de carácter obrigatório) e 2) e uma listagem de critérios “recomendáveis” (de aceitação voluntária).
- Acreditação escalonada segundo as diferentes categorias e tipos de PRPD (avançar primeiro com a acreditação dos programas de tratamento e seguidamente com os programas de prevenção, etc.).
- Estabelecimento de critérios de qualidade e com base na evidência diferenciados segundo o tipo de programa (vinculados à conceção dos processos, de tipo estrutural, relacionados com os direitos, os sistemas de informação, etc.).
- Vinculação direta entre a acreditação e o financiamento público (a acreditação como requisito para poder contratar serviços com as administrações públicas, ou receber ajuda financeira pública).
- Concessão de aprovação, por parte das instituições públicas, apenas àqueles programas previamente acreditados.

Com base nestas considerações, no âmbito dos grupos focais foram formuladas as seguintes propostas:

- Realização de um estudo básico para conhecer a situação de partida dos vários países que integram o Projeto, no que concerne aos sistemas de acreditação.
- Criação de equipas técnicas ao nível nacional para trabalharem neste tema.
- Elaboração de manuais e guias metodológicos que apoiem o processo de estabelecimento de sistemas de acreditação.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES OBTIDAS NOS GRUPOS FOCAIS

- 1ª) Há uma apreciação geral muito positiva do Projeto, que é definido como necessário, pertinente, potente (sólido), aplicável em alguns casos (noutros, ainda não), que favorece a transparência na gestão e ajuda no estabelecimento de uma linguagem comum, sensível tanto à realidade existente nos diferentes territórios, como à evidência da eficácia disponível. É, além do mais, um desafio que ajuda a repensar políticas e programas.
- 2ª) A implementação de sistemas de acreditação deve ser cuidada, levando à participação de todos os envolvidos e procurando incentivos, não só económicos, para a sua concretização. É necessário procurar sinergias e estabelecer alianças, tanto no momento do início do processo, como sobretudo aquando da sua implementação.
- 3ª) Entre as estratégias ou passos a seguir para facilitar o início de implementação de um sistema de acreditação de programas de carácter nacional ou supranacional, foram assinalados:
 - A necessidade de dotar os processos de acreditação, de legitimidade política, técnica e social, antes mesmo do seu início.
 - O estabelecimento de diferentes níveis de exigência em cada categoria de PRPD (critérios básicos ou de cumprimento obrigatório e critérios avançados, de cumprimento opcional ou voluntário).
 - O início de diferentes ações de acompanhamento do processo de acreditação (por exemplo, a formação profissional).
- 4ª) Foi equacionada a necessidade de diferenciar e limitar os conceitos de habilitação/autorização (requisito de tipo administrativo exigível para autorizar um programa ou serviço) e de acreditação (vinculados à procura da qualidade e da excelência).

- 5ª) O desafio de avançar na consolidação de um sistema de acreditação supranacional passa por:
- Consensualizar certas definições e conceitos.
 - Categorizar e/ou hierarquizar os critérios e standards de qualidade.
- 6ª) Foi proposto recuperar certos critérios de qualidade e de base na evidência que não obtiveram um consenso suficiente nos grupos Delphi, para serem integrados nos sistemas de acreditação, tais como os referentes à geração de sinergias com outras organizações, à integração de programas nas políticas nacionais sobre drogas, à transparência financeira, à colaboração com os sistemas nacionais de informação, à inclusão da perspectiva de género e à avaliação externa dos programas.
- 7ª) De forma geral, considerou-se que a acreditação não deve ser segmentada por áreas de intervenção, mas orientada para o conjunto de programas incluídos dentro do âmbito da RPD.
- 8ª) Foi assinalada a necessidade de vincular o financiamento público à acreditação, apesar das dificuldades e resistências que tal possa acarretar.
- 9ª) Houve também acordo na necessidade de estabelecer uma norma legal que dê cobertura ao processo de acreditação.

PONTOS CHAVE

- Assunção, por parte das instituições, da necessidade de avançar no desenvolvimento e implementação de recursos/instrumentos/sistemas de acreditação dos programas de redução da procura de drogas, atendendo às importantes vantagens que tal representa.
- A constatação das grandes diferenças existentes, no que respeita ao tipo de políticas nacionais aplicadas e ao grau de desenvolvimento e consolidação das diferentes categorias dos programas de redução da procura de drogas, obriga a adotar estratégias diferenciadas para favorecer o desenvolvimento de recursos ou instrumentos que permitam a concretização de sistemas de acreditação, de carácter nacional e supranacional.
- o êxito da implementação de sistemas nacionais e supranacionais de acreditação depende, em larga medida, de que estes sejam percebidos como úteis, como algo que traz valor acrescentado e que visa: a melhoria da qualidade dos serviços e cuidados prestados aos cidadãos; aumentar a eficácia e eficiência dos PRPD e melhorar a valoração pública (dos cidadãos) das instituições responsáveis pelas políticas socio-sanitárias na área das drogas.

2. ESTUDO DA SITUAÇÃO DO QUADRO LEGAL DE ACREDITAÇÃO DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS NOS PAÍSES PARTICIPANTES

O estudo pretendia obter um diagnóstico atualizado do estado dos sistemas de acreditação dos programas de redução da procura de drogas (PRPD) nos países participantes, bem como conhecer a perspectiva das suas Agência Nacionais — responsáveis pelas políticas da redução da procura de drogas— no que respeita à viabilidade da implementação dos sistemas de acreditação, de âmbito nacional ou supranacional, baseados nos critérios acordados.

O estudo visava alcançar os seguintes objetivos:

- Conhecer os desenvolvimentos normativos aprovados em cada país, na regularização da autorização e/ou acreditação das diferentes categorias de PRPD.
- Conhecer as práticas de caráter técnico, complementares à aprovação de normas regulatórias, desenvolvidas para facilitar a concretização de sistemas nacionais de acreditação de programas.
- Identificar os critérios de qualidade e com base na evidência, por entre os acordados no quadro dos grupos Delphi, que cada país considere viáveis para serem integrados enquanto requisitos básicos ou de cumprimento obrigatório, num sistema de acreditação nacional ou supranacional.
- Identificar as medidas que se considere necessárias implementar para acompanhar ou apoiar a concretização de sistemas de acreditação dos PRPD.

Para tal foi elaborado um questionário, que foi respondido pelos países participantes e cujas principais conclusões se apresentam de seguida:

1ª) As ações desenvolvidas até à data, na área da acreditação dos PRPD, têm-se concentrado nos processos e procedimentos de autorização ou habilitação dos centros e serviços, destinados ao tratamento de pessoas com problemas de abuso ou dependência de drogas.

2ª) A existência de normas de acreditação de PRPD (complementares às que estritamente regulam a autorização ou habilitação dos serviços de tratamento) é muito limitada. Apenas três dos dez países participantes envolvidos no estudo afirmam contar com normas que regulam a acreditação destes programas, existindo em alguns casos dificuldades na identificação dos critérios que integram os sistemas de acreditação.

3ª) Apesar da escassa implantação que têm na atualidade os sistemas de acreditação dos PRPD, constata-se o interesse que este tipo de processos desperta, na maioria dos países participantes no estudo. Assim o confirma o facto de que nove dos dez países tenham criado grupos de trabalho institucionais para a concretização de sistemas de acreditação deste tipo de programas.

4ª) Existem importantes diferenças no que toca à viabilidade da concretização de sistemas nacionais ou supranacionais de acreditação. Estas diferenças estão condicionadas tanto pela natureza dos programas, como por variáveis de carácter nacional.

A viabilidade da implementação de sistemas de acreditação (nacionais e supranacionais) é maior no caso dos programas de tratamento e de prevenção/redução de riscos. Num nível intermédio de viabilidade, situar-se-iam os programas de reinserção social e com uma menor viabilidade, os programas de redução de danos associados ao uso de drogas.

5ª) O grau de consolidação das políticas e/ou programas em cada âmbito da RPD, condiciona de forma direta a viabilidade de implementar sistemas de acreditação. Quando as políticas gerais ou setoriais (prevenção, tratamento, etc.) estão mais desenvolvidas ou consolidadas, maior é a viabilidade de concretizar estes sistemas e, em sentido inverso, as políticas e programas “emergentes” ou que têm um desenvolvimento temporal inferior, são as que contam com uma viabilidade mais reduzida.

6ª) Apesar das diferenças observadas na viabilidade da implementação de sistemas de acreditação para os diferentes tipos de PRPD, existe uma ampla base de consenso sobre a necessidade de impulsionar um sistema de acreditação de carácter supranacional, no quadro do COPOLAD que a médio prazo, possa tornar-se uma referência para todos os países ibero-americanos que desejem dispor de recursos, instrumentos ou sistemas de acreditação em RPD.

7ª) A opção de concretizar um sistema de acreditação único, de aplicação ao conjunto dos PRPD, resulta menos viável, dado que certos tipos de programas (como acontece no caso dos programas de redução de danos) são sentidos como escassamente viáveis por um bom número de países. A alternativa passaria por impulsionar a concretização de sistemas de acreditação centrados, numa fase inicial, nos programas de prevenção e de tratamento.

8ª) Existe um amplo nível de acordo no que se refere à identificação das medidas de acompanhamento a implementar, para apoiar a concretização dos sistemas de acreditação dos PRPD. Estas medidas são de forma geral aceitáveis, não requerendo excessivos recursos adicionais.

PONTOS CHAVE

- A implementação de sistemas de acreditação dos programas de redução da procura de drogas (PRPD) é assumida como uma necessidade clara por todas as instituições participantes no Projeto, as quais expressam a sua vontade de avançar nesta direção.
- O grau de consolidação dos PRPD em cada país, é determinante para avançar para no sentido do estabelecimento de sistemas de acreditação. Em alguns países, a viabilidade de concretizar sistemas de acreditação é reduzida para todo o tipo de programas, enquanto que em outros é considerada viável em praticamente todas as categorias.

3. ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA ACREDITAÇÃO NA REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS

As informações recolhidas e as opiniões ou posicionamentos manifestados por técnicos e representantes institucionais que participaram nas diferentes fases do Projeto, possibilitam estabelecer a existência de uma série de elementos de partida, que condicionam as estratégias a adotar para facilitar o desenvolvimento e implementação de instrumentos, recursos e previsões (legais, de formação ou de qualquer outro tipo), que permitem a concretização de sistemas de acreditação dos programas de redução da procura de drogas (PRPD) de carácter nacional ou supranacional:

- O cenário a partir do qual devem ser valorizadas as diferentes opções e estratégias para favorecer a implementação de sistemas de acreditação, está condicionado por dois processos emergentes que se reforçam mutuamente:
 - A consolidação de uma nova forma de lidar com os consumos de drogas e os problemas associados aos mesmos. É perceptível uma necessidade crescente de considerar os resultados obtidos e a investigação disponível, face a posições ideológicas ou morais, anteriormente mais influentes. Este novo olhar poderia resumir-se como a necessidade de impulsionar políticas e programas baseados na evidência científica, incluindo a avaliação de resultados.
 - A integração da cultura da qualidade nos serviços prestados pelas instituições públicas aos cidadãos, no âmbito da redução da procura de drogas. A melhoria da qualidade dos programas impõe-se como uma exigência inexorável, entre instituições e profissionais responsáveis pelo desenvolvimento dos programas e as pessoas beneficiárias dos mesmos. Um processo que se concretiza no reconhecimento do direito dos beneficiários destes programas a receberem por parte das instituições, uma carteira predeterminada de serviços de qualidade e na exigência às instituições para que apenas prestem apoio financeiro ou institucional a programas e serviços que tenham demonstrado a sua eficácia e eficiência.

- O caminho para a melhoria da qualidade e da eficácia dos serviços públicos é irreversível, por mais que possam variar as estratégias e os ritmos de avanço nessa direção.
- A realidade atual dos PRPD nos países que participam no COPOLAD é complexa e heterogénea, o que obriga a estabelecer estratégias flexíveis para avançar no âmbito da acreditação dos programas.

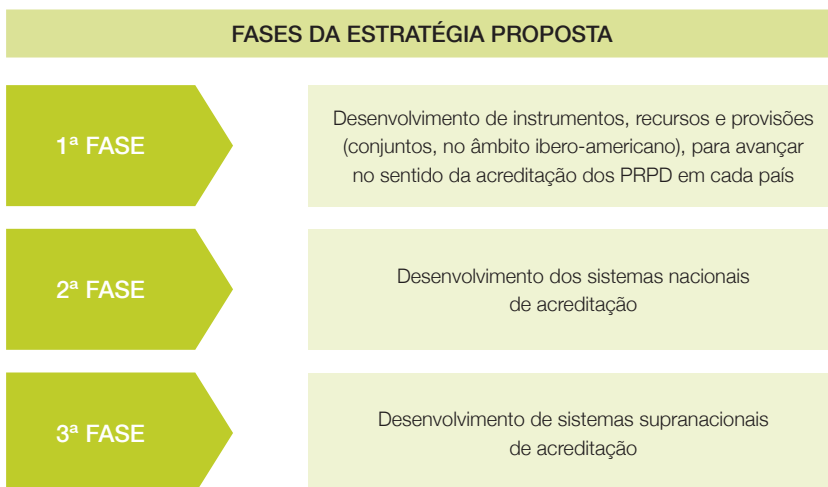
No entanto, a heterogeneidade do setor nos vários países não justifica a imobilidade ou a passividade no que se refere aos processos de acreditação. Não é razoável esperar que se alterem determinadas realidades nacionais (que as diferentes categorias de programas alcancem um elevado grau de desenvolvimento e consolidação no país) para começar a trabalhar no desenvolvimento de instrumentos, recursos e provisões, que permitam avançar no estabelecimento de sistemas de acreditação. Precisamente, a concretização de sistemas de acreditação pode contribuir de forma decisiva para o estabelecimento de políticas e programas cada vez mais fundamentados na evidência disponível.

Tendo em conta estas considerações e o facto de que a concretização de sistemas de acreditação supranacionais é um processo complexo, que tem de superar obstáculos múltiplos e resistentes e que requer tempo para a sua consolidação, sugere-se a adoção de uma estratégia progressiva que permita implementar, a médio prazo, um sistema de acreditação supranacional de PRPD no qual podem participar um número relevante de países da comunidade ibero-americana.

A estratégia descrita seguidamente sustenta-se nas seguintes premissas:

- Independentemente da disposição demonstrada por técnicos e representantes das instituições participantes, em apoiar a implementação de um sistema de acreditação supranacional, trata-se de um objetivo viável apenas a médio-longo prazo.
- O alcance deste objetivo exige a adoção de uma série de medidas ou passos prévios.
- Os passos propostos têm um carácter sequencial, devendo ser abordados progressivamente.
- Os critérios de acreditação dos PRPD, consensualizados no quadro do Projeto, devem ser considerados como referências básicas deste processo, por forma a propiciar o desenvolvimento de medidas nacionais o mais harmonizadas possível, fomentando a convergência para um sistema de acreditação supranacional.
- A razão última para a concretização dos sistemas de acreditação não é apenas a de propiciar o controlo sobre os conteúdos dos PRPD, mas igualmente o de favorecer a melhoria da sua qualidade e, conseqüentemente, da sua eficácia e eficiência. Assim, tais sistemas devem contribuir para a melhoria paulatina dos programas, da sua conceção e implementação.

Considerando estas premissas, propôs-se a adoção de uma estratégia potencial, que integre as seguintes fases:



FASE Nº 1:

Desenvolvimento de instrumentos, recursos e provisões (conjuntos, no âmbito ibero-americano), para avançar no sentido da acreditação dos PRPD em cada país

A concretização de sistemas de acreditação, tanto nacionais como supranacionais, pressupõe a existência de certos instrumentos e recursos que os tornem viáveis, entre os quais se pode mencionar:

- Oferta de formação aos responsáveis territoriais, para da início a um plano de formação profissional de âmbito local.
- Elaboração dos instrumentos a utilizar na recolha de informação sobre os programas desenvolvidos no domínio da RPD, a qual possa definir os conteúdos que se considerem relevantes de registar, atendendo à sua possível acreditação.
- Desenvolvimento de instrumentos de apoio à planificação de programas para cada área da ação em RPD.
- Elaboração de guias para a implementação de um sistema nacional de acreditação.
- Quadro legal de âmbito nacional, em cada país interessado, que regule as características e os conteúdos mínimos exigíveis para abertura de serviços e a implementação de programas em todos os âmbitos da RPD².

2. É preciso não confundir este quadro legal regulador dos requisitos mínimos a cumprir pelos serviços e programas de RPD, com a realidade global de um sistema de acreditação, que —além destas provisões legais— integre a definição de procedimentos, processos e instâncias de acreditação.

FASE Nº 2: Desenvolvimento dos sistemas nacionais de acreditação

Uma vez desenvolvidos os instrumentos e recursos descritos na fase anterior, estariam reunidas as condições para a concretização de sistemas nacionais de acreditação, uma decisão que deveria ser acompanhada, de forma inequívoca, pelo desenvolvimento de um quadro legal regulador dos processos, instrumentos, procedimentos e instâncias de acreditação.

Como já foi assinalado, o facto de se contar com desenvolvimentos legais ou administrativos que regulam a acreditação sectorial de certas categorias de PRPD (por exemplo, os centros de tratamento), não pressupõe só por si a existência de um sistema nacional de acreditação. A regulação legal dos processos e procedimentos para a acreditação dos PRPD é um elemento básico e imprescindível de um sistema de acreditação, mas não é o único.

Só se poderá considerar completo o quadro legal regulatório dos sistemas nacionais de acreditação dos PRPD, na medida em que se tenham resolvido questões como a da identificação dos critérios exigíveis para obter a acreditação, a informação a fornecer por parte dos programas que queiram vir a ser acreditados, a disponibilização de um instrumento *standard* de recolha e atualização periódica dessa informação, a ponderação dos diferentes critérios na acreditação ou a identificação da agência ou organismo público ou privado encarregue da acreditação formal dos programas.

Independentemente da capacidade das autoridades nacionais para regularem as suas políticas na área da RPD, o desenvolvimento de sistemas nacionais de acreditação deverá respeitar os critérios básicos consensualizados no quadro do COPOLAD, o que propiciaria a convergência dos conteúdos estabelecidos nos respetivos sistemas nacionais. Deste modo, estaria facilitada a concretização de sistemas de acreditação supranacionais, com base em sistemas nacionais que partilham um número apreciável de elementos em comum, e que por sua vez poderiam trazer um valor acrescentado aos sistemas nacionais.

Assim, a implementação de sistemas nacionais de acreditação é considerada, no quadro de uma estratégia geral, uma fase prévia e necessária antes de se poder avaliar a concretização de um sistema de acreditação de carácter supranacional, na qual se possam integrar o maior número possível de países ibero-americanos.

FASE Nº 3: Desenvolvimento de sistemas supranacionais de acreditação

O estabelecimento de um sistema supranacional de acreditação constitui a última fase de um processo idealizado em termos de obter a sua consolidação a médio-longo prazo. O conteúdo de tal sistema poderá adotar formas diversas, com maior ou menor grau de

exigência, o que condicionaria a sua viabilidade, bem como o número de países em condições de integrar o mesmo.

É necessário salientar que a disponibilização de um sistema supranacional de acreditação no âmbito ibero-americano, que pudesse igualmente estar em sintonia com os processos que nesta área se desenvolvem atualmente na União Europeia (ou pelo menos em alguns dos seus países-membros), traria vantagens importantes e valor acrescentado aos esforços realizados a nível nacional, em matéria de acreditação. Entre as potenciais vantagens, cabe mencionar a poupança em termos de custos e de esforços vários, a melhoria em termos da comparabilidade do impacto das estratégias de RPD levadas a cabo nos vários países ou ainda a possibilidade de se contar com ferramentas conjuntas de formação.

De seguida, são descritas as várias opções para a implementação de sistemas nacionais de acreditação de carácter supranacional, onde são avaliadas as vantagens e os inconvenientes das mesmas. No entanto, é necessário ter presente que a viabilidade de todas elas depende em grande medida da possibilidade de estabelecer consensos de forma a que a gestão do sistema possa ser entregue a uma entidade supranacional³, controlada pelas instituições que decidiram entrar no Projeto.

OPÇÃO 1. *Estabelecimento de sistemas supranacionais de acreditação independentes para as várias categorias dos PRPD, apoiados num número reduzido de critérios “mínimos”, partilhados por um conjunto de países e entidades multilaterais.*

Esta estratégia faria prevalecer a adesão do maior número possível de entidades a um sistema de acreditação de carácter supranacional, numa base de redução do rigor globalmente exigido aos PRPD para a sua acreditação e a flexibilização da adoção, por parte dos diferentes países, dos sistemas de acreditação para as várias categorias de PRPD.

Esta opção facilitaria a concretização de sistemas de acreditação partilhados pelo maior número de países ibero-americanos que quisessem aderir a cada sistema, reduzindo para tal os critérios básicos ou de cumprimento obrigatório que integram os mesmos.

Com base nos dados deste estudo, sobre a presente situação dos quadros reguladores dos programas, os critérios mínimos a incorporar num sistema supranacional poderiam ser os que foram apresentados no capítulo “Critérios Básicos”.

De forma complementar à adoção de critérios básicos exigíveis para a acreditação, as entidades poderiam aderir a um ou mais sistemas de acreditação previstos nos diferentes tipos de programas (sistemas de acreditação de programas de prevenção, de tratamento, etc.).

3. Possivelmente não-governamental, se bem que neste momento seja prematuro avançar até este grau de detalhe, uma vez que previamente se teria de proceder às devidas avaliações, no campo legal, bem como em termos de disponibilidade e de fontes de recursos.

OPÇÃO 2. *Estabelecimento de um sistema único supranacional de acreditação para o conjunto das categorias de PRPD, aos quais adeririam os países com condições de implementar todos os critérios acordados em cada uma das categorias de PRPD.*

Esta estratégia caracterizar-se-ia pela fixação de um maior nível de exigência dos conteúdos dos sistemas de acreditação, o que implicaria assumir que apenas um reduzido número de países estaria em condições de aderir a um sistema único de acreditação para a globalidade dos PRPD. Os critérios que integrariam este sistema seriam os mesmos que se irão descrever na opção 3ª, com a salvaguarda de que as entidades que decidissem juntar-se a este sistema estabeleceriam, como básicos ou de cumprimento obrigatório, todos os apurados por este trabalho e não apenas os aplicáveis a algumas das categorias de PRPD.

A nível prático, esta estratégia pressupõe aceitar que existiriam vários ritmos ou velocidades de concretização de sistemas supranacionais de acreditação. Numa fase inicial, apenas poderiam aderir os países com maior grau de consolidação dos programas, se bem que os restantes países interessados em estabelecer sistemas de acreditação poderiam ir-se integrando, em fases posteriores, à medida que estivessem em condições de exigir aos seus programas nacionais os compromissos estabelecidos na acreditação.

A impossibilidade inicial, de alguns países, em integrar um sistema supranacional único para a acreditação do conjunto dos PRPD, não é incompatível com o fato de que estes possam ir implementando sistemas nacionais de acreditação “setorial” (de aplicação aos programas de prevenção, tratamento, etc.), apoiados em critérios coincidentes com os propostos no sistema supranacional de acreditação.

A base deste sistema de acreditação seria constituída pelos critérios considerados avançados, no quadro do presente Projeto.

OPÇÃO 3. *Estabelecimento de sistemas de acreditação supranacionais para as diferentes categorias de PRPD, aos quais os países que assim o decidam, possam aderir livremente.*

A base destes sistemas seria a mesma, mobilizando os mesmos critérios utilizados na Opção 2 (Critérios Avançados).

Para consolidar o caráter supranacional destes sistemas, cada país poderia comprometer-se com a aplicação de critérios de acreditação num único âmbito (por exemplo, nos programas de prevenção) ou em vários (por exemplo, os programas de prevenção e de tratamento). Em contraponto, os países que optassem por aderir a um sistema de acreditação supranacional deveriam incorporar, nos seus sistemas nacionais de acreditação, todos os critérios que se acordaram por consenso.

A estratégia proposta caracteriza-se pela flexibilidade, outorgada a cada país, para a decisão de aderir ao sistema e pelo grau de vinculação ao compromisso de cumprir os critérios acordados entre todos os intervenientes.

De seguida, resumem-se as principais vantagens e inconvenientes de cada uma das opções anteriormente mencionadas:

VANTAGENS	INCONVENIENTES
<p>Fase nº 3 (opção 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentam as possibilidades de concretizar sistemas supranacionais de acreditação de PRPD. • Permite ampliar no futuro os critérios básicos de acreditação (a médio e longo prazo pode reforçar-se o rigor exigível para acreditar os programas). • Confere a cada entidade ou país a flexibilidade em decidir a que sistemas de acreditação das várias categorias de programas de redução da procura quer aderir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não assegura que os programas acreditados com base no sistema se ajustem aos critérios de qualidade e com base na evidência, sobre a qualidade e eficácia dos PRPD, consensualizados nos grupos Delphi realizados no quadro do COPOLAD. • Os critérios de acreditação só seriam exigidos para certas categorias de programas, aquelas às quais cada país queira aderir, não assegurando que o conjunto dos PRPD disponha de critérios para a sua acreditação dentro de cada país.
<p>Fase nº 3 (opção 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os critérios de acreditação contribuiriam para melhorar, de forma substancial, a eficácia e eficiência dos PRPD. • A totalidade dos programas, independentemente do seu tipo, contariam com critérios para a sua acreditação. • Permitiria dar uma resposta harmonizada às necessidades em matéria de acreditação nos países mais envolvidos, na procura da qualidade e da excelência dos seus programas. • Poderia servir de estímulo para avançar neste sentido, aos países com maiores dificuldades na concretização de sistemas de acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas os países com um maior grau de desenvolvimento e consolidação dos PRPD poderiam integrar um sistema de acreditação supranacional. • Os países com maior atraso no estabelecimento de sistemas de acreditação ficariam excluídos — inicialmente — do processo.
<p>Fase nº 3 (opção 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapta-se à heterogeneidade no desenvolvimento de políticas e programas nacionais, de forma a que cada país possa implementar sistemas de acreditação nos âmbitos que considere mais necessários ou onde os programas estejam mais consolidados. • Respeita, de forma geral, os critérios acordados ao longo do Projeto para a acreditação dos PRPD. • Permite avançar na implementação de sistemas de acreditação nos âmbitos em que os programas estejam mais consolidados (programas de prevenção e de tratamento). • Facilita a vinculação da maioria de entidades e países a algum dos sistemas “setoriais” de acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os critérios de acreditação só seriam exigidos para certas categorias de programas, aquelas a que cada entidade decida aderir, não assegurando que o conjunto de PRPD disponha de critérios para a sua acreditação em cada país. • Alguns países não poderiam aderir a nenhum dos sistemas de acreditação supranacionais, ao não poderem exigir o cumprimento dos critérios consensualizados nos PRPD nacionais, o que pressionaria a favor de uma redução dos critérios básicos exigíveis para a acreditação.

4. REPORTÓRIO DE POSSÍVEIS MEDIDAS DE APOIO À CONCRETIZAÇÃO DE SISTEMAS SUPRANACIONAIS DE ACREDITAÇÃO

Com base nas várias medidas sugeridas pelos peritos/técnicos e pelos representantes institucionais que participaram nos grupos focais, foi formulada uma lista de medidas consideradas necessárias para facilitar a concretização de sistemas supranacionais de acreditação dos PRPD:

- Difusão dos resultados e conclusões do Projeto, por parte das Comissões ou Agências Nacionais de Drogas dos países que participaram até agora nesta atividade do COPOLAD, junto das instituições, das organizações sociais e dos profissionais que trabalham na área da redução da procura de drogas.
- Trabalho de sensibilização, pelas Comissões ou Agências Nacionais de Drogas dos países referidos, para favorecer a concretização de sistemas de acreditação de programas, associando esta medida à racionalização dos recursos públicos, à melhoria da eficácia e eficiência dos programas e à qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.
- Criação, a nível nacional, de grupos setoriais de trabalho nos quais estejam representadas as instituições e organizações sociais mais relevantes para a promoção da implementação de sistemas nacionais de acreditação dos PRPD (assim procurando que os processos de aprovação e concretização dos sistemas nacionais de acreditação sejam mais envolventes).
- Criação de grupos de trabalhos supranacionais, que congreguem países com realidades comuns no que respeita ao grau de desenvolvimento e consolidação dos PRPD, no sentido de levar a cabo projetos piloto de sistemas de acreditação supranacionais. Estes grupos de trabalho poderão igualmente promover:
 - A definição dos conteúdos formativos, destinados a criar uma oferta de formação para os responsáveis territoriais, no sentido de se poder iniciar um plano de formação profissional de âmbito local
 - A conceção de um instrumento de recolha de informação sobre programas, que estipule os requisitos mínimos a integrar.
 - O desenvolvimento de instrumentos de apoio à planificação de programas para cada âmbito de intervenção em redução da procura de drogas
 - A elaboração de guias de implementação de sistemas nacionais de acreditação de programas de redução da procura de drogas.
- Criação de um serviço de assistência técnica destinado a dar apoio a todas as Comissões ou Agências Nacionais de Drogas dos países associados e entidades colaboradores interessadas na concretização de sistemas de acreditação, tanto no âmbito nacional, como supranacional (esta medida estaria condicionada à possibilidade de financiamento da mesma).

ACORDOS E RECOMENDAÇÕES DO CONSELHO DE ASSESSORES PARA DINAMIZAR OS SISTEMAS DE ACREDITAÇÃO NA REDUÇÃO DA PROCURA DE DROGAS (RPD)

Nos dias 14 e 15 de Outubro de 2013, o Conselho de Assessores do Projeto¹ reuniu em Madrid, com o objetivo de estabelecer consensos e recomendações sobre os passos prioritários a serem dados para avançar na concretização de sistemas de acreditação dos programas de redução da procura de drogas (PRPD).

No quadro desta reunião e considerando o Relatório Executivo apresentado ao Conselho, no qual se resumiam as propostas formuladas ao longo da execução do Projeto pelos diferentes atores envolvidos e no qual eram identificadas as ações e medidas que podiam contribuir para o desenvolvimento da acreditação como elemento-chave nas políticas sobre drogas, este Conselho:

- Visto o conteúdo do Relatório Executivo submetido à consideração dos membros do Conselho de Assessores, incluídas as listas de critérios básicos e avançados consensualizados ao longo do Projeto.
- Analisada a situação atual dos quadros legais que regulam a acreditação nos diferentes países representados no Conselho de Assessores e identificados os principais desafios a superar pelos países, para a integração dos vários critérios de qualidade e com base na evidência que facilitem o estabelecimento de sistemas nacionais de acreditação.

1. Conselho integrado por representantes de todas as instituições participantes nas fases iniciais do Projeto: **Agências Nacionais:** CONADIC-México; CONSEP-Ecuador; DGPNSD-Espanha; DEVIDA-Perú; ICD-Costa Rica; MINJUSTICIA-Colômbia; SEDRONAR-Argentina; SENAD-Brasil; SENDA-Chile; SICAD-Portugal e JND-Uruguai. **Outras instituições:** Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD-OEA); Entidade de Coordenação e Execução (ECE-COPOLAD); Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (INTRESS); Observatorio Europeo de Drogas e Toxicodependências (OEDT); Organização Pan-americana da Saúde (OPS) e Rede Ibero-americana de ONG que trabalham em Dependencias (RIOD).

- Revistas as ações de tipo legal, administrativo e técnico impulsionadas, até à data, pelas instituições e entidades representadas no Conselho de Assesores, no sentido de favorecer a concretização de sistemas de acreditação dos PRPD, bem como as ações previstas a curto prazo; e
- Analisada a posição de todas as entidades do Conselho de Assesores sobre a viabilidade do estabelecimento de sistemas de acreditação para o conjunto dos PRPD:

As entidades representadas no Conselho de Assesores concordam em reconhecer que a maior parte dos países não dispõe de um sistema de acreditação específica para os PRPD, existindo, em alguns casos, mecanismos de regulação, nas diferentes áreas da saúde e níveis de cuidados orientados para o tratamento das pessoas com problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas. Tais mecanismos estão regulados dentro de cada Estado por diversos organismos governamentais e, em alguns casos, esta realidade constitui um desafio para atingir a necessária coordenação interinstitucional.

Neste contexto, os principais desafios a serem abordados pelos países no sentido de avançar para o futuro estabelecimento de sistemas nacionais de acreditação são:

- Lidar, de forma eficiente e operacional, com a complexa e necessária articulação interinstitucional e interministerial,
- Proporcionar um maior grau de inclusão e de participação dos agentes sociais na planificação das estratégias de intervenção,
- Impulsionar processos de acreditação de programas, que atualmente se desenvolvem tanto no âmbito público, como no âmbito privado, seja por parte de entidades governamentais ou organizações da sociedade civil.

Com base nos desafios identificados, os participantes na reunião do Conselho de Assesores, adotam os acordos e recomendações que de seguida se apresentam.

ACORDOS

Os países e instituições multilaterais representados no Conselho de Assesores dão o seu acordo a um repertório de medidas, de curto e médio prazo, que podem contribuir para promover tanto a adoção dos critérios de acreditação consensualizados no quadro do presente Projeto, como o desenvolvimento e implementação de sistemas de acreditação de PRPD. Todos os participantes expressam o seu compromisso para a sua concretização, partindo do reconhecimento que se estão estabelecendo as bases de um desafio que a curto, médio e longo prazo requer vontade política, uma base normativa em cada país, um investimento mínimo de recursos e a realização de ações de formação, difusão e sensibilização, bem como com a participação de todos os atores sociais envolvidos nesta temática.

Algumas destas medidas foram já equacionadas no mencionado Relatório Executivo, apresentado para avaliação do Conselho de Assessores, e outras surgiram posteriormente, durante esta reunião. As medidas referidas são:

- Difusão dos resultados e das conclusões do Projeto junto das instituições, das organizações sociais e dos profissionais que trabalham na área da redução da procura de drogas. A difusão será da responsabilidade das Comissões ou Agências nacionais de drogas dos países que, até agora, participaram nesta atividade do COPOLAD, das entidades multilaterais que colaboram com o consórcio (CICAD, OPS, RIOD) e da Entidade de Coordenação e Execução (ECE) do COPOLAD. Nestas atividades de difusão dos resultados do Projeto, considera-se de interesse envolver, entre outros atores – chave, os profissionais que participaram nos grupos Delphi.
- Publicação, por parte do COPOLAD, dos critérios básicos para a acreditação dos PRPD, consensualizados no quadro do Projeto, organizados de acordo com as diferentes áreas de intervenção, para facilitar a sua difusão e para que possam servir de referência para os países que os queiram utilizar.
- Compromisso, por parte dos países representados no Conselho de Assessores, em:
 - Considerar os critérios acordados no quadro do COPOLAD como referência no desenvolvimento dos respetivos sistemas nacionais de acreditação. Dependendo do grau de desenvolvimento de cada país, optar-se-á pelos critérios básicos ou avançados (enumerados e descritos anteriormente nesta publicação).
 - O estabelecimento progressivo de sistemas nacionais de acreditação em redução da procura de drogas, que incluam, como mínimo, os âmbitos da prevenção, tratamento e reinserção social.
- Sensibilização, a cargo das comissões ou Agências Nacionais de Drogas dos países mencionados, no sentido de favorecer concretização de sistemas de acreditação de programas, associando esta medida com a racionalização dos recursos públicos, a melhoria da eficácia e eficiência dos programas e a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos. Estas atividades de difusão e sensibilização serão tanto mais eficazes na medida em que mobilizem estratégias diferenciadas em função do público-alvo, e contem com o envolvimento de atores - chave nesta área.
- Integração dos critérios de qualidade e com base na evidência, bem como a necessidade de concretizar sistemas de acreditação dos PRPD, na agenda das organizações multilaterais que participaram neste projeto (CICAD, OPS, RIOD).
- Promoção de ações que visem obter a cooperação com outros organismos multilaterais, como a ONU, para apoiar o estabelecimento de sistemas de acreditação.
- Desenvolvimento e fomento do uso de recursos de acompanhamento, para dar seguimento aos avanços que se registem em cada país e fortalecer a sua implementação, com o intuito de apoiar as Comissões ou Agências Nacionais de Drogas dos países

participantes no COPOLAD, interessados na concretização de sistemas de acreditação, tanto no âmbito nacional como no supranacional.

Entre esses recursos, no quadro do Programa COPOLAD e a curto prazo, será fomentado:

- A criação e promoção de uma plataforma de troca de experiências no e-room do COPOLAD, a qual facilite a interação e o debate sobre o desenvolvimento de sistemas de acreditação, e que permita simultaneamente partilhar informação sobre boas práticas e a evidência disponível, no que se refere à implementação de sistemas de acreditação dos PRPD; ajudando os países menos avançados na elaboração e implementação dos seus sistemas de acreditação.
- O progresso das iniciativas que permitam ir complementando o inventário dos diferentes serviços² e intervenções assistenciais que existem em cada país, como passo prévio à implementação de sistemas de acreditação de programas de tratamento das toxicodependências.
- No quadro da cooperação CICAD-OPS, será favorecido o desenvolvimento dos sistemas nacionais de acreditação dos PRPD, tomando em consideração os critérios consensualizados no quadro do COPOLAD.
- A Organização Pan-americana da Saúde (OPS), enquanto organismo responsável pela saúde no Sistema Interamericano e como organização colaboradora no Consórcio COPOLAD, compromete-se a:
 - Dar apoio técnico para o avanço da acreditação dos PRPD nas Américas, no quadro da sua *Estrategia y Plan de Acción Regional sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Publica*, através dos seus escritórios nacionais de representação e dos pontos focais dos Ministérios da Saúde dos países membros.
 - Articular o desenvolvimento de sistemas de acreditação dos PRPD, com a implementação do programa *Quality Rights* (QR-WHO), orientado para a avaliação e melhoria da qualidade e Direitos Humanos, em serviços de saúde mental e de assistência social, nos países membros.
 - Coordenar com outros organismos e institucionais internacionais (por exemplo: CICAD/OEA, RIOD), o apoio a prestar ao desenvolvimento de sistemas nacionais e supranacionais de acreditação dos PRPD.

2. Esta recomendação obteve resposta através de uma atividade já iniciada no quadro do programa COPOLAD e que consiste no desenvolvimento de um diretório de centros e serviços, no qual já começou a ser inserida informação, por parte da maioria dos países da América Latina.

Disponível em: <https://www.copolad.eu/directorio-de-centros-y-servicios>

RECOMENDAÇÕES

Se bem que todas as medidas acordadas pelo Conselho de Assessores são consideradas como necessárias para consolidar sistemas de acreditação de programas de redução da procura de drogas (PRPD), seguidamente são apresentadas as ações para cuja implementação será necessário um apoio adicional por parte dos países ou de outras instituições, sob a forma de recursos humanos ou económicos e que —em parte— poderiam ser contemplados numa eventual segunda fase do Programa COPOLAD.

- Desenvolvimento de um glossário de termos relacionados com os processos de acreditação, com o objetivo de harmonizar a linguagem e as diferentes perspetivas existentes.
- Concretização, a nível nacional, de grupos de trabalho setoriais nos quais estejam representadas as instituições e organizações sociais mais relevantes, para a promoção da implementação de sistemas nacionais de acreditação dos PRPD (procura-se que o processo de aprovação e concretização dos sistemas nacionais de acreditação seja o mais participado possível).
- Fomento de grupos de trabalho supranacionais, que congreguem países com realidades comuns no que se refere ao grau de desenvolvimento e consolidação dos PRPD, visando levar a cabo projetos-piloto dos sistemas de acreditação. Estes grupos de trabalho poderiam ainda dinamizar:
 - A definição dos conteúdos de formação destinados a disponibilizar uma oferta de formação aos responsáveis territoriais e deste modo, dar início a um plano de formação profissional de âmbito local.
 - A conceção de um instrumento de recolha de informação sobre programas, que possa contribuir para orientar a planificação e o desenvolvimento dos mesmos, através dos requisitos mínimos que estes devem integrar.
 - A difusão de instrumentos de apoio à planificação dos PRPD.
 - A elaboração de guias de implementação dos sistemas nacionais de acreditação dos PRPD.
- Elaboração de uma síntese de argumentos em que se evidenciem as vantagens, soluções e oportunidades que representa dispor de um sistema de acreditação nacional dos PRPD, destacando especialmente os custos de todo o tipo que a sua ausência irá incrementar.
- Fomento de estratégias diferenciadas de difusão/comunicação sobre a necessidade de estabelecer sistemas de acreditação para os PRPD e as vantagens que deles derivam, em função do público-alvo (responsáveis políticos e institucionais, ONG's, profissionais da área da redução da procura de drogas, etc.).
- Criação de um instrumento de acompanhamento que facilite e assista tecnicamente as Agencias Nacionais de Drogas que assim o requeiram, e que dê seguimento e visibilidade aos avanços que se verifiquem em cada país.
- Embora reconhecendo as dificuldades que envolve o estabelecimento de um sistema supranacional de acreditação dos PRPD, todos os países concordam que seria desejável manter este objetivo, a concretizar no longo prazo.

ANEXO IV

CRITÉRIOS INDISPENSÁVEIS PARA A ABERTURA E FUNCIONAMENTO DOS CENTROS DE TRATAMENTO PARA TOXICODPENDENTES

Hill, A.; Vázquez-Martínez, J.L.; Alfonso Bello, L.; Montenegro M.; Pérez-Gálvez, B. e Palacios, J.

INTRODUÇÃO

O complexo fenómeno do consumo de substâncias psicoativas tem características muito variáveis nos diferentes países da América Latina e das Caraíbas, bem como no interior dos mesmos e é determinado por um conjunto de múltiplos fatores biopsicossociais, que vão desde a dimensão individual até uma visão populacional mais ampla.

Entre os diferentes aspetos do fenómeno, o consumo das diferentes substâncias, dependendo de elementos como a dose, frequência, forma de uso e tempo de consumo, pode gerar alterações agudas ou crónicas do estado da saúde, que requerem intervenção.

Ainda, uma grande variedade de determinantes, distribuídos pelas diferentes envolventes da pessoa, contribuem para a configuração específica da vulnerabilidade individual, como sejam o nível de desenvolvimento, a urbanização e os serviços disponíveis. É por isso que o consumo, o seu impacto e as suas repercussões são diferentes em cada caso e assim, requerem uma abordagem individualizada no seu tratamento. No entanto, as características comuns dos diferentes casos suscitam oportunidades para a conceção e implementação das políticas públicas.

Numa perspetiva moderna, os governos dos países das Américas concordam em que para obter opções de respostas para esta problemática, deve privilegiar-se a vertente da Saúde Pública. Um dos elementos essenciais desta vertente é constituído pelas diferentes modalidades de serviços de tratamento disponibilizadas aos toxicodpendentes. Atualmente existe uma lacuna importante, entre as necessidades de tratamento e a oferta disponível, no que se refere aos problemas de consumo destas substâncias, pelo que se deve avançar no sentido de implementar uma oferta de tratamento que seja acessível, pertinente, não discriminatória, num quadro de respeito pelos Direitos Humanos, com a maior liberdade, segurança e eficácia possíveis.

No sentido de dinamizar este processo nos vários países, o CICAD criou um grupo de trabalho¹ que compilou e reviu instrumentos normativos e regulatórios disponíveis em vários países, bem como outros documentos com valor para este efeito, emanados de várias organizações internacionais como o UNODC, a OMS, a OPS e o COPOLAD.

Como resultado deste trabalho, este documento apresenta uma compilação das características indispensáveis a ter em conta para que os países das Américas desenvolvam as suas próprias orientações, e com a sua aplicação, possam fomentar acréscimos nos níveis de qualidade no que se refere ao tratamento das problemáticas associadas ao consumo de drogas. Para orientar este processo, podem ser tidos em conta três níveis de critérios: 1) os indispensáveis, que apresentam um nível mínimo exetável, 2) os básicos, para continuar a melhoria contínua da qualidade e 3) os avançados, orientados para a excelência.

JUSTIFICAÇÃO

É da responsabilidade dos governos velar pela saúde da população, bem como pelo acesso universal aos serviços de tratamento, cuja qualidade deve ser garantida. Para tal, devem desenvolver leis, normas, políticas públicas, estratégias, programas e intervenções que permitam tornar efetiva esta garantia. Para atingir este objetivo, deve ter-se em conta o tratamento dos problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas, os quais foram reconhecidos como “matéria de Saúde Pública” pelos países na região das Américas, em diferentes instrumentos de política, estratégias e planos de ação hemisféricos ou regionais².

Cada país é responsável por definir os seu modelo e a organização dos serviços de tratamento que mais se adequem ao seu contexto e às suas necessidades específicas, bem como delinear as políticas e mecanismos de gestão que tornem o modelo viável e que o concretizem em respostas eficazes e oportunas face à procura de cuidados relacionados com o uso de substâncias psicoativas.

1. Grupo de trabalho CICAD: Alexandra Hill, Chefe da Secção de Redução da Procura de Drogas, CICAD; José Luis Vázquez-Martínez, Especialista em Redução da Procura de Drogas, CICAD; Luis Alfonso Bello, Assessor Regional de Abuso de Substâncias, Organização Pan-americana da Saúde, OPS/OMS. Assesores: Mariano Montenegro, Psiquiatra especialista no Tratamento das Adições; Bartolomé Pérez-Gálvez, Psiquiatra especialista no Tratamento das Adições; Juan Palacios, Presidente, FLACT.

2. *Estrategia Hemisférica sobre Drogas* (CICAD, 2010) e *Plan de Acción; Estrategia sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Publica* (OPS, 2010) e *Plan de Acción* (OPS, 2011); *Principios básicos de tratamiento WHO-UNODC*.

Para facilitar esta tarefa, foram elaborados documentos de referência, de caráter global, regional e nacional, sobre os princípios que devem orientar a oferta dos serviços de tratamento, normas de funcionamento, bem como *standards* e procedimentos de verificação do cumprimento dos mesmos.

No caso das Américas, os *Princípios básicos de tratamento e reabilitação do abuso e dependência de drogas no hemisfério*, elaborados pelo Grupo de Peritos da Redução da Procura do CICAD-OEA, em 2009, especificam uma série de condições que devem ser tidas em conta no que se refere à oferta de serviços, tais como a garantia de acesso aos mesmos e a proteção dos Direitos Humanos, a utilização da evidência científica como referência dos protocolos de intervenção, a integração do tratamento desta problemática no sistema de saúde, com diferentes níveis de complexidade e a ser desenvolvido por pessoal qualificado, bem como a utilização da informação como apoio à planificação e avaliação das atividades.

No entanto, na realidade atual dos países da região³ e tal como acontece na oferta de serviços de saúde geral, o tratamento que se proporciona à população afetada por problemas de consumo de substâncias psicoativas está segmentado e fragmentado. A oferta de tratamento tem-se desenvolvido fundamentalmente à margem do setor público, numa rede assistencial fragilmente configurada, consistindo principalmente em estabelecimentos ou unidades não integradas no sistema de saúde e que operam sob a responsabilidade de particulares e ONG's, das quais se salientam as associações de caráter religioso. A oferta pública de serviços é maioritariamente representada pela rede de assistência de saúde mental e partilha com esta a falta de recursos apropriados, bem como as características asilares que predominam no Hemisfério.

Existe assim uma grande heterogeneidade na definição e aplicação dos critérios que cada país exige aos centros de tratamento para pessoas com consumos problemáticos de drogas, no momento do início da sua operação. Definições, termos legais, procedimentos e autoridades competentes são diferentes, o que dificulta o estabelecimento de processos homogêneos guiados por *standards* internacionais. Também existe uma grande variabilidade nos critérios que os centros de tratamento já autorizados devem cumprir para continuarem em funcionamento, bem como para serem reconhecidos, acreditados ou certificados.

Para o desenvolvimento de um processo de garantia de qualidade nesta matéria, é essencial que em cada país se promova a participação conjunta das autoridades responsáveis pelo tratamento da problemática das drogas, das diferentes áreas do setor da saúde e de outros atores e instituições envolvidos na provisão de serviços de tratamento das pessoas com problemas de consumo de álcool, tabaco e outras drogas⁴.

3. Organização dos Estados Americanos (2013). *El Problema de Drogas en las Américas: Estudios; Drogas y Salud Pública*. Washington, DC: Organización dos Estados Americanos.

4. WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). *Thirtieth Report*. Geneva: World Health Organization.

Estão em curso diferentes iniciativas nesta área por parte de agências nacionais e internacionais e foram desenvolvidos instrumentos de regulação em vários países, com níveis de desenvolvimento variável. São de destacar os esforços realizados por organismos como a OMS, com os seus projetos de *Avaliação da Assistência dada no Tratamento do Abuso de Substâncias Psicoativas*, em 1993 (que serviu de base ao *Programa de Normas Mínimas* desenvolvido conjuntamente pela OPS e o CICAD, e de seguida replicado pelo PNUFID na América Central) e o *Programa Quality Rights* (OMS, 2012). Mais recentemente, o UNODC desenvolveu os Standards de Qualidade para o *Projeto Treat Net II* (2010) e deve realçar-se o inequivocamente valioso trabalho desenvolvido pelo Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD), que através de um profundo processo de revisão sistemática da literatura e da evidência disponível, bem como pela realização de grupos focais e grupos Delphi, conseguiu consolidar um documento para a Definição de Critérios para a Acreditação de Programas de Redução da Procura (COPLAD, 2014)⁵.

Com base nesta experiência acumulada, as seguintes páginas representam uma referência e ferramenta de apoio ao incremento da qualidade e eficácia dos serviços de tratamento dos problemas de saúde relacionados com o uso de substâncias, tendo como base critérios estandardizados que definem os requisitos indispensáveis ao seu funcionamento.

ÂMBITO DO DOCUMENTO

Os critérios apresentados são uma proposta, colocada à consideração das autoridades competentes, para que dentro do respeito pela soberania e no âmbito das competências da regulamentação sanitária, cada país os possa levar em conta, como parte dos requisitos e elementos que devem ser cumpridos pelos centros de tratamento para pessoas com problemas de consumo de drogas.

Nesta linha, devem também ser identificadas as características e o tipo de intervenções que se entendem como de tratamento, idealmente estabelecidas no quadro legal (leis da saúde, por exemplo) ou pelo menos através de um instrumento regulatório ou normativo, que derive diretamente da lei. Desta forma, procura-se sustentar ou apoiar a estrutura que deve enquadrar as intervenções terapêuticas oferecidas à população. Para tal, algumas referências úteis são:

5. Grupo de trabalho COPOLAD (2014). *Criterios de calidad y base en la evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Proyecto Calidad y Evidencia*. Madrid: Entidade de Coordenação e Execução (ECE), Programa de Cooperação entre a América Latina e a União Europeia em Políticas sobre Drogas (COPOLAD).

- Segundo o Comité de Peritos da OMS em Farmacodependências, o termo **tratamento** aplica-se ao “processo que se inicia quando os utilizadores de substâncias psicoativas entram em contato com um prestador de serviços de saúde ou outro serviço comunitário, e que pode desenvolver-se através de uma sucessão de intervenções concretas até ser alcançado o nível mais elevado possível de saúde e de bem-estar.”⁶
- O UNODC⁷ estabelece que o tratamento pode definir-se de forma geral, como uma ou mais intervenções estruturadas para tratar dos problemas de saúde e de outra índole, causados pelo abuso de drogas, e aumentar ou otimizar o desempenho pessoal e social.

A abordagem dos problemas por consumo de substâncias psicoativas deve processar-se de forma sistemática, dentro de uma perspetiva ampla e integral, através de uma continuidade de intervenções articuladas e interligadas, nas quais participem vários setores relevantes, no que se denomina como “Sistema Integral de Serviços”.

As recomendações contidas neste documento, se bem que possam ter aplicabilidade em vários âmbitos, para fins práticos estão centradas nos serviços específicos de tratamento de pessoas com diagnóstico de *transtornos mentais e de comportamento decorrentes do consumo de substâncias psicoativas* (CIE-10, OMS) e que no contexto deste documento, denominaremos centros de tratamento. Estes são as unidades operativas especializadas, que se articulam com outro tipo de serviços de cuidados de saúde do setor público, tais como as unidades de cuidados primários, os hospitais gerais e especializados e os serviços da rede de saúde mental. Nos setores social e privado encontram-se os grupos de ajuda mútua e outras formas de organização comunitária. Para além do setor da saúde, existe também ligação entre o sistema de justiça penal e os setores do desenvolvimento social e educativo, entre outros. Deve existir também coordenação com as universidades e outras instituições educativas, entidades formativas dos vários perfis profissionais, como os dos específicos da área da saúde.

Para fins práticos, os critérios considerados apresentam-se numa perspetiva que contempla dois eixos de abordagem:

- **Eixo organizacional:** que divide os critérios em duas categorias, seja em aspetos “estruturais” ou “de funcionamento e de processo”.
- **Eixo temporal (sequencial):** que define o momento do arranque ou início, associado a uma linha de base ou mínimo indispensável para ser incluído na categoria “centro de tratamento” e de seguida, o acompanhamento, em que se consideram as características gerais dos requisitos que se devem manter, ou alcançar, no tempo.

6. WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). *Thirtieth Report*. Geneva: World Health Organization.

7. UNODC (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación; Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York: Organización das Nações Unidas.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Uma vez que os transtornos por consumo de substâncias psicoativas são condições relevantes do estado de saúde das pessoas, a sua abordagem deve ser desenvolvida no âmbito da saúde pública; assim sendo, as pessoas ou instituições que realizam atividades nesta área, estão sujeitas aos regulamentos estabelecidos pela entidade governamental em matéria de saúde, através de políticas, normas, regulamentos e outros instrumentos aplicáveis em cada país, independentemente do setor a que pertençam, público, social ou privado.
- A autorização para iniciar funções concedida aos centros que cumprem os requisitos exigidos pelas autoridades competentes, deve ter vigência limitada no tempo. Cada país deve fixar tal prazo de acordo com a sua realidade local.
- Para o cumprimento dos requisitos exigidos como indispensáveis, não deve ser concedido tempo para a sua concretização, uma vez que incidem em situações que podem afetar a segurança dos utilizadores dos serviços. Quando se trata de critérios cujo cumprimento corresponde a *standards* que superam o nível indispensável, podem estabelecer-se prazos para serem atingidos os quais, dependendo das circunstâncias particulares, não devem exceder um ano.
- A supervisão dos centros de tratamento deve realizar-se de forma periódica, recomendando-se que seja efetuada anualmente, incrementando esta frequência de acordo com as circunstâncias e a disponibilidade de recursos.
- Devem estabelecer-se “Comitês de garantia da qualidade dos serviços”, coordenados pela autoridade sanitária, com o apoio da Comissão de Drogas, dos governos locais, dos representantes da comunidade e dos prestadores de serviços. Estes comitês devem programar e executar as supervisões, bem como elaborar relatórios com recomendações para a melhoria contínua da qualidade dos serviços. O resultado das supervisões deve ser partilhado, tanto com as autoridades competentes, como com os estabelecimentos supervisionados.
- A norma vigente em cada país deve estabelecer as repercussões ou sanções resultantes das supervisões, que possam ser aplicadas aos centros de tratamento que incorram em alguma falta.
- Deve ser contemplada a possibilidade de aplicar mecanismos de encerramento, temporário ou definitivo, especialmente quando esteja em causa perigo para a integridade, segurança ou a vida das pessoas aí atendidas.

CRITÉRIOS INDISPENSÁVEIS PARA A ABERTURA E FUNCIONAMENTO DOS CENTROS DE TRATAMENTO

CRITÉRIOS ESTRUTURAIS

Categoria 1: Infraestrutura e instalações

- As instalações que albergam o centro de tratamento e o ambiente circundante devem cumprir com os requisitos indispensáveis para garantir a segurança dos utilizadores e do pessoal que aí trabalha:
 - Características seguras do terreno (face a determinadas condições naturais como inundações, abatimentos de terras, etc.).
 - Cumprimento das normas e regulamentos vigentes sobre infraestruturas e salubridade (Normas antissísmicas, materiais, etc.).
 - Ambientes amplos que evitem a sobrelotação do espaço, e que facilitem a evacuação em caso de emergência (vias de evacuação claramente assinalados).
- Os centros de tratamento de modalidade residencial, que realizem tratamentos de desintoxicação ou de hospitalização, serão regidos pelos regulamentos de saúde vigentes.

Categoria 2: Princípios éticos e direitos dos beneficiários dos programas

- O centro deve ter normas expressas que protejam os direitos dos utilizadores, proibindo o tratamento degradante e desumano, de acordo com as práticas enunciadas na Carta dos Direitos Humanos da ONU.
- Antes da admissão, deve ser comunicado por escrito e explicado de forma adequada o processo de tratamento e os seus custos, assegurando a sua compreensão, tanto pelo utilizador como pela sua família e a autoridade competente e estes deverão expressar os seu consentimento informado para as intervenções propostas.

Categoria 3: Aspetos normativos

- O centro deve ter personalidade jurídica e estar registado, de acordo com a legislação e as normas vigentes.
- O centro deve ter um regulamento interno de funcionamento e manuais operativos escritos, que devem estar disponíveis e cujo conteúdo deve ser dado a conhecer ao pessoal, utilizadores e familiares.
- O manual do programa de tratamento desenvolvido pelo centro deve estar disponível por escrito, especificando o modelo de tratamento desenvolvido, a sua fundamentação científica, o horário das atividades desenvolvidas e o pessoal responsável pela sua execução.

- O centro deve ter procedimentos claros para o tratamento de pessoas em situações especiais (menores de idade, pessoas com problemas do foro legal, pessoas sem-abrigo, etc.).
- O centro deve ter um plano de proteção civil, elaborado sob responsabilidade de um comité especificamente designado para tal, para fazer face a contingências e situações de emergência.

Categoria 4. Aspetos financeiros

- O centro deve dispor de uma unidade de gestão, encarregue de todos os aspetos relacionados com o financiamento dos serviços e que garanta o registo das operações neste âmbito.

Categoria 5. Recursos humanos

- O centro de tratamento deve ter um responsável legal claramente identificado.
- O centro de tratamento deve ter um diretor(a) técnico, o qual deve ser um profissional ou técnico com formação universitária; é recomendável que disponha de formação e experiência no tratamento das adições e em gestão.
- Deve ter um equipa mínima de profissionais e técnicos de saúde, de acordo com o plano de tratamento concebido e que cumpre executar. Como orientação, devem seguir-se os parâmetros (ratios) de profissionais por habitantes estabelecidos nos protocolos de tratamento.
- Os profissionais, técnicos e auxiliares que participam no programa devem ter as necessárias competências para o efeito.
- Existem mecanismos de supervisão e atualização da formação do pessoal.

CRITÉRIOS FUNCIONAIS E DE PROCESSO

Categoria 6: Aspetos organizativos

- Deve existir um relatório, por escrito, das atividades realizadas e planeadas, de acordo com o programa de tratamento e reabilitação.
- Com base no Plano de Proteção Civil, pessoal e utilizadores devem saber quais os procedimentos a seguir em caso de emergências (por exemplo, planos de evacuação e ação face a contingências).
- Cumprimento das normas legais laborais e fiscais.
- Existe um programa estabelecido para a supervisão periódica do desempenho dos profissionais, técnicos e auxiliares.
- Existe um plano de formação e atualização contínua dos profissionais, técnicos e auxiliares, baseado no modelo de tratamento que o centro desenvolve.

Categoria 7: Sistemas de informação e documentação

- O centro de tratamento deve contar com um sistema de registo e acompanhamento dos utilizadores. O processo de arquivo da informação contida nas fichas clínicas deve ser seguro, garantindo a confidencialidade e o seguimento clínico.
- Os centros de tratamento devem estar ligados às instituições responsáveis em matéria de registo, análise e difusão de informação sobre as atividades que realizem e o impacto das mesmas.
- Os centros de tratamento elaboram o relatório das suas atividades e informação estatística e reportam-no através de um sistema integrador, acessível às autoridades responsáveis (de saúde, estatísticas e Comissão de Drogas), de acordo com a legislação e as normas vigentes.

Categoria 8: Mecanismos de colaboração e coordenação

- O centro de tratamento deve estar articulado com as redes de instituições sociais e de saúde existentes, bem como com os serviços de apoio existentes na comunidade.
- Encontra-se definido e é utilizado de forma sistemática, o mecanismo de referência de pacientes para as diferentes redes, de saúde, sociais e de apoio comunitário.
- Os centros de tratamento, especialmente os que operam na modalidade residencial, deverão ter claramente definidos os mecanismos através dos quais são as pessoas são admitidas em tratamento, de acordo com as normas legais e éticas aplicáveis a esta matéria.
- Os centros de tratamento, especialmente os que operam na modalidade residencial, deverão dispor de mecanismos de primeiros socorros e de referência de situações de urgência, sempre respeitando a legislação de saúde e as normas vigentes em matéria de direitos humanos.

APÊNDICE

PRINCÍPIOS BÁSICOS DO TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS NO HEMISFÉRIO*

A dependência de drogas é uma doença crónica e recorrente, com determinantes múltiplos, tanto biológicos e psicológicos, como sociais, que deve ser abordada e tratada com uma matéria de Saúde Pública, de forma igual a todas as outras doenças crónicas.

Os seguintes princípios básicos derivados da investigação científica deverão reger as políticas e as práticas de oferta de serviços de tratamento da dependência de drogas:

Acesso, não-discriminação e respeito dos direitos humanos

1. Os programas de prevenção do consumo e do tratamento do abuso e dependência de drogas e álcool, deverão salvaguardar o respeito pelos direitos humanos das pessoas que neles participam. Os programas de tratamento serão providenciados num ambiente o menos restritivo possível, que garanta a segurança do utilizador destes serviços e do pessoal. O plano de tratamento deve envolver, de forma ativa, os utilizadores dos serviços na sua elaboração, que deverá ser levada a cabo de forma conjunta com a equipa terapêutica, na base de um consentimento informado.

2. Os serviços de tratamento devem ser próximos e acessíveis à população que deles necessita, sem que ocorra discriminação por motivos de idade, género, raça, religião, condição social ou económica ou afiliação política.

O tratamento da dependência de drogas deve reger-se por protocolos específicos baseados na evidência científica disponível

3. Os protocolos de tratamento devem disponibilizar intervenções terapêuticas decorrentes da evidência científica disponível ou, na ausência de evidência segura, do consenso dos peritos em tratamento. Estes protocolos devem definir a duração do tratamento e recomendar as opções terapêuticas mais adequadas para cada pessoa, bem como as competências requeridas aos diferentes profissionais que integram a equipa de tratamento.

* Comissão Interamericana para o Controlo do Abuso de Drogas (CICAD). Secretaría de Seguridad Multidimensional. Grupo de Peritos da CICAD na redução da procura de drogas. Principios básicos do tratamento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio. México, D.F., septiembre 29 al 1 de octubre de 2009 (Aprovados pela Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas no seu quadragésimo sexto período ordinario de sessões).

4. Os serviços devem organizar-se num sistema de tratamento baseado numa política pública, dentro de um quadro estratégico que oriente as diferentes intervenções e serviços terapêuticos, que devem articular-se num continuum de cuidados por forma a garantir a sua continuidade, visando a sua integração no sistema de saúde em coordenação com outros setores relevantes da área social como os ligados ao alojamento, desenvolvimento social, formação para o trabalho, educação e apoio à família.
5. A oferta de tratamento deve ser diversificada para se poder ajustar, na maior medida possível, ao perfil dos pacientes, baseada na determinação prévia das suas necessidades de tratamento. Estes serviços devem incluir estratégias de rastreio e deteção prematura de problemas, diagnóstico clínico, motivação para o tratamento, intervenção breve, tratamento psicológico e médico, acompanhamento clínico dos casos, bem como prevenção de recaídas e reinserção social.
6. O tratamento deve ser concebido como um processo de longo prazo, no qual pode ser necessária a participação de atores de diversas disciplinas e em que podem ser necessários vários episódios de tratamento, de tipo diferente, em diversas combinações e com execução temporal diferenciada, para assim conseguir o êxito terapêutico.
7. Na definição das intervenções terapêuticas que se disponibilizam à população deve ser considerado fundamentalmente: os diferentes modelos de psicoterapias derivadas da evidência científica disponível ou, na ausência de evidência segura, o consenso dos peritos em tratamento; a utilização de tratamento farmacológico quando o quadro clínico assim o requeira e caso seja necessário uma combinação de psicoterapias e medicamentos, entre outras intervenções de eficácia comprovada.
8. Os serviços de tratamento devem integrar modelos destinados a pessoas com problemas de abuso ou dependência de drogas que apresentem co morbilidade com outros problemas de saúde mental e física.
9. As ferramentas mais importantes para a deteção atempada de pessoas com alto risco de desenvolver uma dependência incluem o rastreio e a entrevista estruturada. Nos casos que requerem seguimento, as intervenções ou tratamentos breves podem modificar favoravelmente a trajetória de consumo e as suas consequências.
10. Os programas de tratamento devem incluir estratégias de reinserção social que permitam a vinculação efetiva e produtiva do indivíduo à sua comunidade.

Organização dos serviços de tratamento

11. Os serviços de tratamento da dependência de drogas devem ser integrados, sempre que possível, nas clínicas e estabelecimentos do sistema de saúde, para evitar que os dependentes de drogas sejam segregados dos outros pacientes.

12. Devem ser desenvolvidas unidades de tratamento para complicações agudas derivadas do consumo, especialmente no tratamento das intoxicações e da síndrome de abstinência aguda; tais unidades são insuficientes na sua ação isolada, mas constituem um apoio valioso em diversos momentos de implementação de qualquer tipo de estratégia de tratamento.

13. As opções de tratamento baseadas na comunidade devem fomentar a participação da família e desta no processo terapêutico, informando e orientando os pais de família, os professores e outros atores relevantes, dado o seu papel fundamental no sucesso e manutenção do mesmo, e na reinserção social.

14. Os governos deveriam providenciar financiamento adequado aos programas de tratamento da dependência de drogas, procurando que estes tenham a melhor qualidade, acessibilidade e cobertura possível.

Equipas de tratamento qualificadas

15. As competências das equipas que levam a cabo o tratamento devem ser garantidas por procedimentos sistemáticos de seleção e robustecidas através de programas de formação específica e cursos de atualização periódica, para pessoal profissional e não-profissional. Os serviços de tratamento devem, sempre que possível, contar com uma equipa multidisciplinar capaz de responder às várias necessidades da população que requeira os seus serviços. Para tal, devem ser dinamizados programas formativos que permitam a acreditação e/ou certificação do pessoal que trabalha nos programas de tratamento.

Sistemas de informação no tratamento da dependência de drogas

16. Devem elaborar-se e serem implementadas estratégias de supervisão, monitorização e avaliação permanente dos programas de tratamento, tanto da sua estrutura e funcionamento, como da sua eficácia, cobertura e custo-benefício, visando a melhoria contínua da qualidade e adequação dos serviços.

17. A organização dos serviços de tratamento deve ter por base um sistema de informação fiável, atualizado e ágil, que inclua o registo dos diagnósticos e necessidades clínicas dos pacientes, bem como a monitorização e o seguimento das mudanças que se produzam nos sintomas e na sua evolução, para que seja possível avaliar os resultados obtidos com as intervenções terapêuticas.

PROGRAMA DE COOPERAÇÃO ENTRE AMÉRICA LATINA E A UNIÃO EUROPEIA EM POLÍTICAS SOBRE DROGAS

O QUE É?

Um programa de cooperação entre a União Europeia (UE) e a América Latina e as Caraíbas (ALC), destinado a melhorar a coerência, o equilíbrio e o impacto das políticas sobre drogas, mediante o fortalecimento do intercâmbio de experiências e a coordenação birregional. Trata-se de uma iniciativa liderada por um consórcio estabelecido por países de ambas as regiões e conta com o financiamento da União Europeia.

O QUE PRETENDE?

Otimizar o diálogo birregional; fortalecer as políticas sobre drogas e impulsionar a cooperação entre as agências nacionais responsáveis por estas políticas na América Latina e nas Caraíbas. O COPOLAD tem como finalidade promover respostas coordenadas, multissetoriais, integrais, sustentáveis, que respeitem os direitos humanos e se baseiem no fortalecimento das instituições democráticas de cada país. O programa presta especial atenção à experiência adquirida durante as últimas décadas em diferentes contextos sociais e culturais, bem como à evidência atualmente disponível resultante da avaliação das estratégias, programas e intervenções já implementados.

COMO PRETENDE CONSEGUI-LO?

1. Através do impulso e da consolidação do Mecanismo de Coordenação e Cooperação (MCC) em matéria de Drogas entre a União Europeia e a América Latina e as Caraíbas.
2. Através do apoio aos observatórios nacionais de drogas para reforçar o desenvolvimento de sistemas de informação de qualidade e compatíveis entre a ALC e a UE.
3. Através da oferta de capacitação, da identificação de critérios consensuais de qualidade e com base na evidência, e do desenvolvimento de recursos de apoio ao planeamento de intervenções; tudo isto no âmbito da redução da procura de drogas.
4. Com o reforço da capacitação e o impulso da cooperação e do intercâmbio de boas práticas para a redução da oferta de drogas, prestando apoio às autoridades e intervenientes pertinentes para progredir de forma significativa neste âmbito de atuação complexo.

QUAL A CONTRIBUIÇÃO DE CADA PAÍS INTERESSADO EM PARTICIPAR?

Recursos de trabalho e oportunidades de cooperação resultantes do desdobramento das mais de 70 atividades destinadas:

- Ao reforço de oportunidades de intercâmbio e à geração de redes baseadas em propostas de responsabilidade partilhada entre países, tanto no âmbito político como no técnico.
- À análise da realidade existente em cada país participante, com a finalidade de dispor de uma linha base de partida que permita estabelecer necessidades existentes e dar prioridade a respostas adequadas para progredir em cada linha de trabalho estabelecida.
- Ao desenvolvimento de processos de consenso entre os países de ambas as regiões, necessários para: a definição e a adoção de um número básico de indicadores que permitam a tomada de decisões informadas e a comparação da informação disponível entre regiões; bem como a adoção de critérios essenciais de qualidade e com base na evidência, que devem orientar as políticas de prevenção e controlo, assistência e inserção social.
- A elaboração conjunta de recursos de capacitação sensíveis às necessidades detetadas por responsáveis de nível técnico da tomada de decisões no âmbito das políticas sobre drogas baseadas na evidência, bem como dos recursos de apoio ao trabalho de implementação de estratégias, planos e programas.
- A intensificação da visibilidade das estratégias e dos esforços desenvolvidos em cada país participante, bem como dos recursos existentes em cada país.
- O reforço da coesão, em concreto, entre os países e instituições participantes.

Este livro foi impresso
em DIVI PROYECT, S.L.
em Madrid, a 30 de maio de 2015.

