

Prevenção primária das toxicodependências: Avaliação de uma intervenção de grupo em crianças com idades entre os 8 e 9 anos (*)

MARIA DA GRAÇA PEREIRA (**)

PAULO MOREIRA (***)

1. INTRODUÇÃO

O problema do abuso de álcool e outras drogas é complexo. Deixou, desde há muito, de ser uma questão de elite, de minorias, para ser um problema da comunidade e dos agentes mais directamente envolvidos com os indivíduos afectados por esta problemática tais como pais, professores, e agentes sociais.

O aumento do abuso de tabaco, álcool e drogas na população juvenil verificado nos últimos 15 anos (N. Carvalho, 1991), aponta para a necessidade de programas de promoção de comportamentos de saúde e estilo de vida de nature-

za preventiva nas camadas mais jovens. Nas últimas décadas têm surgido vários modelos que têm por objectivo a prevenção da toxicodependência.

O modelo Informativo-Comunicacional (Festinger, 1957; McGuire, 1976; Jaccard, 1981) enfatiza a importância dos factores cognitivos na mudança de atitudes. Para este modelo, é a relação entre conhecimentos, atitudes e comportamentos que permite uma postura positiva face ao abuso de substâncias. Este modelo esquece, porém, que não basta conhecer para dizer não. Existem variáveis internas e externas que medeiam o processo de receber informação e, a partir dela, permitem adoptar comportamentos, como referem as abordagens humanistas (Nowlis, 1969; Toler, 1975; Gorsuch & Butler, 1976). Estas últimas enfatizam a importância dos valores, crenças e atitudes e sugerem, para além dos conhecimentos acerca das substâncias, a importância das variáveis afectivas na avaliação que os sujeitos fazem da situação. Estratégias que abordem a tomada de decisão, o papel activo dos sujeitos e a clarificação dos valores são, assim, essenciais para este modelo. Contudo, as variáveis sociais inerentes ao fenómeno do abuso de álcool

(*) Este programa de intervenção foi apoiado, em parte, pelo programa PEPT 2000. Gostaríamos de agradecer à Dr^a. Maria José Cabrita do Centro de Saúde de Braga III todo o apoio prestado bem como aos professores e alunos que participaram no programa.

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para Maria da Graça Pereira, Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710, Braga, Portugal, e-mail: gracep@iep.uminho.pt

(**) Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

(***) Psicólogo Clínico e da Saúde.

ol e drogas não são valorizadas por esta abordagem.

Para a perspectiva Neo-Behaviorista, a iniciação ao consumo poderá estar associada à ausência de competências sociais como a assertividade, de onde resulta ser a aprendizagem a base dos comportamentos o que encontra correspondência na Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1977). Para este modelo, os esforços preventivos devem direccionar-se no sentido de dotar os sujeitos de competências que lhes permitam superar as condições do meio ou de competências comportamentais necessárias para dizer «não» (p. 202). A principal lacuna deste modelo parece ser a minimização dos factores afectivos que são centrais para a perspectiva humanista.

Todas estas abordagens, num esforço de ultrapassar as limitações geradas por modelos anteriores, caem num auto-reducionismo já que se restringem à valorização de uns factores em detrimento de outros.

Na tentativa de superar as limitações das abordagens existentes e num esforço de integrar os factores que cada uma delas aborda individualmente, surge o modelo Sócio-Afectivo, uma abordagem alternativa de prevenção, que conceptualiza a «iniciação ao consumo de álcool e drogas como resultado da “actuação” de factores sócio-culturais e interpessoais específicos bem como de certas variáveis “individuais”» (N. Carvalho, 1990, p. 49). Segundo este modelo multimodal, as estratégias preventivas valorizam quer as variáveis individuais (como as atitudes, crenças, valores, auto-conceito, auto-estima, cognições, tomada de decisão), quer sociais (como o processo de aprendizagem e pressão social). A mudança surge, assim, como um processo interactivo que envolve factores cognitivo-afectivos e situacionais (Kahle, 1984; Romer, 1981; Tesser, 1978).

Vários programas de prevenção primária da toxicod dependência têm sido desenvolvidos integrando as diferentes variáveis salientadas como importantes pelos modelos multimodais (e.g. Pedro-Carroll & Cowen, 1985; Short et al., 1995) ao nível das diversas faixas etárias. Em Portugal, os programas desenvolvidos na promoção de comportamentos de saúde tem começado a dirigir-se a crianças do 1.º ciclo (Pereira et al., 2000). Na área da toxicod dependência, as intervenções têm privilegiado a adolescência (N.

Carvalho, 1991), deixando uma lacuna nas restantes faixas etárias, nomeadamente entre os 8-10 anos. O programa “Crescer a Brincar”, dirigido a crianças do primeiro ciclo (8-9 anos), surge desta necessidade e procura integrar as variáveis postas em relevo pelo modelo sócio-afectivo que em si integra as contribuições das diferentes correntes de prevenção primária.

O programa “Crescer a Brincar” é um programa em Banda Desenhada, de doze sessões, que enfatiza o papel activo dos sujeitos na construção do conhecimento, privilegia o processo de tomada de decisão, os factores motivacionais e a aprendizagem vicariante. Este programa tem como objectivos: a) promover a aquisição de competências de comunicação, especificamente a assertividade, b) capacitar os sujeitos de competências de tomada de decisão, c) dotar os sujeitos de capacidades para resistir às pressões dos pares e d) potenciar um melhor ajustamento psicológico que se poderá reflectir em níveis menos elevados de depressão e níveis mais elevados de auto-conceito e auto-estima. Os Alvos do programa são crianças dos 4.º anos do primeiro ciclo, com idades compreendidas entre os oito e nove anos, do concelho de Braga.

O desenvolvimento de programas de prevenção primária das toxicod dependências, tem sido, cada vez mais, acompanhado de estudos que procuram testar a sua eficácia (e.g. E. Becoña, A. Palomares, & M. P. Garcia, 1994; Torres, 1990; Leventhal et al., 1991; Pedro-Carroll & Cowen, 1985) utilizando metodologias semelhantes e curiosamente revelando também resultados similares em termos de eficácia.

Um estudo, de alguma forma representativo dos referenciados, é o efectuado por Sort et al. (1995), que apresentaremos a título de exemplo. Estes autores desenvolveram uma metodologia cujo objectivo foi testar a eficácia de um programa de prevenção (SMAAP) junto de crianças inseridas em contextos com elevados índices de prevalência e incidência de toxicod dependência. Na realidade, as próprias crianças percepcionavam os seus pais como tendo problemas de dependência/abuso de substâncias. As estratégias preventivas foram concebidas no sentido de aumentarem o auto-conceito e auto-estima, as estratégias de coping, a resolução de problemas, as competências de comunicação e corrigirem cren-

ças e expectativas acerca das drogas. Participaram 271 crianças dos 4.º, 5.º e 6.º anos de 13 escolas. Os resultados revelaram efeitos significativos do programa nas crenças acerca da droga e nas estratégias de coping ao nível da resolução de problemas. O programa não teve efeitos significativos ao nível da depressão, auto-conceito e auto-estima.

Este estudo, e outros do mesmo âmbito, têm sido muito importantes para a avaliação das estratégias que mais potenciem o desenvolvimento das competências que dificultem a entrada dos jovens na dependência das drogas. Assim, os estudos de eficácia têm um papel fundamental a desempenhar no planeamento de estratégias de prevenção primária de cariz investigação-acção.

O objectivo geral deste estudo foi também o de testar a eficácia do programa de prevenção primária “Crescer a Brincar”, em crianças cujos pais, em muitos casos, são referenciados como tendo problemas de abuso e/ou dependência de substâncias. Por questões institucionais, não foi possível aplicar o programa na sua totalidade (12 sessões). O que apresentamos neste artigo, é o resultado da avaliação da eficácia de uma versão reduzida (8 sessões) cujas estratégias preventivas focadas restringiram-se às variáveis cognitivas e comportamentais. Sendo assim, os objectivos es-

pecíficos deste estudo são a avaliação da eficácia do programa “Crescer a Brincar” ao nível de:

- a) competências de comunicação - assertividade,
- b) competências de tomada de decisão,
- c) capacidade para resistir às pressões dos pares,
- d) avaliação do impacto das variáveis anteriores no ajustamento psicológico das crianças, nomeadamente ao nível da depressão e auto-conceito.

2. METODOLOGIA

2.1. Amostra

A amostra foi constituída por 109 crianças, de idades compreendidas entre os 8 e 9 anos, que frequentavam o 4.º ano do Ensino Básico, em 6 escolas do concelho de Braga. O Grupo Experimental era constituído por 56 alunos de 3 escolas referenciadas como tendo problemas de abuso/dependência de substâncias, e o grupo de Controlo por 53 alunos das restantes escolas, em que não são referenciados problemas de abuso/de-

QUADRO 1
Caracterização da amostra

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS		N	X	SD	%
Sexo	Grupo Experimental	56	–	–	51%
	Masculino	32	–	–	57%
	Feminino	24	–	–	43%
	Grupo de Controlo	53	–	–	49%
	Masculino	21	–	–	40%
	Feminino	32	–	–	60%
Total da amostra		109	–	–	100%
Idade		109	9,46	.69	100%
Ano Escolar	4.º ano	109	–	–	100%

pendência de substâncias. No Grupo Experimental, 32 (57%) são do sexo masculino e 24 (43%) do sexo feminino. No Grupo de Controlo, 21 (40%) são do sexo masculino e 32 (60%) do sexo feminino. (Quadro 1)

2.2. Instrumentos

Os instrumentos seleccionados para o estudo avaliam a tomada de decisão, estilos de comunicação - assertividade, capacidade para dizer “não”, resistência à pressão dos pares, depressão e auto-conceito. Passaremos a uma descrição detalhada dos mesmos.

1. “*Sede de Viver*” – um teste de tomada de decisão, desenvolvido para os objectivos do programa. É constituído por 4 itens (com um alpha de Cronbach de 0,64 e bons índices de intercorrelação entre os itens) em que o sujeito escolhe uma de três possibilidades, cada uma caracterizando uma postura diferente face a uma situação-dilema. Os itens 1, 2 e 3 referem-se aos passos de tomada de decisão, assertividade e capacidade de dizer “não” respectivamente. O item 4, para além de avaliar estas variáveis, aborda a pressão e integração grupal. Um resultado mais elevado corresponde a uma atitude menos ajustada face ao dilema.
2. “*CABS*” - “Children’s Assertive Behavior Scale” – desenvolvido por L. Michelson e R. Wood em 1982 cujo estudo psicométrico foi publicado por S. Hobbs e D. L. Walle (1985) – um teste de competências e estilos de comunicação, constituído por 27 itens.
3. “*CDI*” - “Children’s Depression Inventory” – desenvolvido por M. Kovacs e A Beck em 1977, com um estudo psicométrico publicado por M. R. Smuker, W. E. Craighead e L. W. Craighead (1986). Trata-se dum inventário de depressão, para crianças, constituído por 27 itens.
4. “*SPPC*” - “Self-Perception Profile for Children” (Harter, 1985) – Escala de Auto-Conceito, constituída por 6 sub-escalas que avaliam a competência cognitiva e escolar, aceitação social, competência atlética e desportiva, aparência física, conduta

e comportamento e, finalmente a auto-estima global.

5. “*Questionário Demográfico*” – Incluiu itens referentes à identificação do sujeito (género, idade, ano de escolaridade e escola de pertença).

2.3. Procedimentos

A amostra foi definida a partir do arquivo do Centro de Saúde Braga III onde estão discriminadas as várias escolas pertencentes ao agrupamento daquela instituição. Os responsáveis do agrupamento identificaram as escolas com maiores índices de alcoolismo e consumo de droga e estas foram seleccionadas para a intervenção. As escolas (6) foram contactadas e os objectivos do programa foram expostos aos professores. O critério para a distribuição das escolas pelos grupos Experimental (3 escolas) e Controlo (3 escolas) foi a existência de problemas de abuso/dependência de substâncias.

As sessões foram semanais com a duração de 60 minutos. Os grupos foram formados de acordo com as turmas a que os alunos pertenciam por questões práticas de horários. Assim, quer o Grupo Experimental, quer o Grupo de Controlo foram constituídos por três turmas, com o máximo de 25 alunos cada uma.

Originalmente, o programa “Crescer a Brincar” é constituído por 12 sessões, incidindo sobre variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais, de acordo com o modelo sócio-afectivo. Devido a questões institucionais, só foi possível a aplicação do programa em 8 sessões tendo-se enfatizado apenas as variáveis cognitivas e comportamentais. A Tabela 1 apresenta uma descrição breve dos objectivos específicos, estratégias e variáveis trabalhadas em cada sessão.

2.4. Resultados

1. “*Sede de Viver*” – Os resultados dados pela Análise de Variância (medidas repetidas) a dois factores encontram-se no Quadro 3. Pela análise dos resultados verificamos que a relação entre o pré e o pós teste em termos de tomada de decisão é diferente para o Grupo de Controlo e Experimental (existe uma interacção entre os factores). Os grupos não se diferenciavam no Pré-Teste. Essas diferenças vão no sentido de uma tomada

TABELA 1
Descrição dos objectivos, estratégias e variáveis trabalhadas em cada sessão

Sessão	Objectivos	Estratégias	Variável trabalhada
0	Pré-Teste	Questionário demográfico: “Sede de Viver”, CABS, CDI SPPC	
1	Motivar para o programa Diferenciar “factos” de “crenças”. Informar e reflectir sobre os efeitos das substâncias.	“Vamos fazer um jogo” Situações em Banda Desenhada (BD): “O Saramago”	Motivação Crenças Informação
2	Explorar o conceito de “decisão” e o conceito de “consequência”	Situações e histórias em BD: “Caracol”, “Felpudo”, “Micha”	Tomada de decisão. Antecipar as consequências Tomada de decisão
3	Reflectir acerca do papel activo na Tomada de Decisão (TD), na importância das crenças e valores subjacentes à TD, e no impacto das nossas decisões nas outras pessoas.	Pintar “as nozes e o esquilo” “Eu e os outros” “A pintura grande, e eu também lá estou!”	Crenças e valores pessoais
4	Explorar e clarificar o conceito de “assertividade”. Aprender a ser assertivo.	Sequências em BD “As doninhas” “O Rato Rói-Rói”	Estilos de comunicação assertividade, capacidade de dizer “não”
5	Reflectir sobre os efeitos das decisões. Perceber o seu impacto na vida diária.	“O corpo é que paga” “Vitória ou derrota?”	Tomada de decisão, resistir a pressões dos pares
6	Perceber os passos de uma TD Teinar os passos de TD	“O pódio dos passos” “A Rotunda e os Coelhoos”	Tomada de decisão
7	Pós-Teste	Questionário demográfico “Sede de Viver”, CABS, CDI, SPPC	

de decisão mais adequada no Grupo Experimental versus Controlo (Quadro 2)

2. “CABS” - Os resultados da Análise de Variância (medidas repetidas) a dois factores encontram-se no Quadro 4. Pela análise dos resultados verificamos que a relação entre o pré e o pós teste, em termos de respostas assertivas, é diferente para o Grupo de Controlo e Experimental (existe uma interacção entre os factores). Os grupos não se diferenciavam no Pré-Teste. Essas diferenças

vão no sentido de um maior número de respostas assertivas no Grupo Experimental (Quadro 4).

3. “CDI” e “SPPC”

Em relação ao “CDI”, e ao “SPPC”, os resultados das Anovas não foram significativos. Contudo, verificaram-se resultados estatisticamente significativos, entre o Pré e o Pós-teste, no Grupo Experimental, em cada uma destas variáveis. Essas diferenças vão no sentido de menor depressão e maior auto-conceito no Grupo Experimental (Quadro 6).

QUADRO 2
*Médias do Grupo Experimental e de Controlo nas medidas de Pré e Pós-Teste
 “Sede de Viver”*

Grupo de Pertença		Pré-teste	Pós-teste
Experimental	Média	791	4.22
	N	56	55
	SD	2.11	0.83
Controlo	Média	7.38	8.40
	N	53	50
	SD	2.45	1.97
Total	Média	7.65	6.21
	N	109	105
	SD	2.29	2.57

QUADRO 3
*Análise da Variância (medidas repetidas) de “Sede de Viver” em função do momento
 (Pré e Pós-Teste) e grupo (experimental versus controlo)*

Fonte da Variação	Soma dos Quadrados	g.l.	Soma de Q. Médios	F	P
Momento	84.36	1	84.36	41.5	.000*
Grupo	175.94	1	175.94	34.42	.000*
Momento* Grupo	289.05	1	289.05	142.2	.000*
Erro (Momento)	209.33	103	2.032		
Erro (Grupo)	526.45	103	5.1		

p* ≤ .01

QUADRO 4
*Médias do Grupo Experimental e de Controlo nas medidas de Pré e Pós-Teste
 “Respostas assertivas – CABS”*

Grupo de Pertença		Pré-teste	Pós-teste
Experimental	Média	16.73	22.73
	N	55	55
	SD	3.59	3.34
Controlo	Média	14.96	14.79
	N	53	52
	SD	4.63	5.00
Total	Média	15.86	18.87
	N	108	107
	SD	4.21	5.80

QUADRO 5
Análise da Variância (medidas repetidas) de “Respostas assertivas – CABS” em função do momento (Pré e Pós-Teste) e grupo (experimental versus controlo)

Fonte da Variação	Soma dos Quadrados	g.l.	Soma de Q. Médios	F	P
Momento	455.45	1	455.45	62.5	.000*
Grupo	1254.3	1	1254.3	44.5	.000*
Momento* Grupo	510.8	1	510.8	70.1	.000*
Erro (Momento)	757.6	104	7.2		
Erro (Grupo)	2927.6	104	28.15		

p* ≤ .01

QUADRO 6
Resultados do teste t de Student para amostras emparelhadas para a variável dependente Depressão (CDI), auto-conceito (SPPC) entre o Pré e Pós-Teste do Grupo Experimental (n=55)

	M (DP)		T	P
	Pré-Teste	Pós-Teste		
CDI	10.8 (5.8)	9.29 (5.7)	2.3	.022*
SPPC	98.4 (13.04)	102.3 (16.04)	-2.09	.041*

p* ≤ .05

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos demonstraram que as crianças que receberam a intervenção do programa “Crescer a Brincar” se distinguiram significativamente das crianças do Grupo de Controlo ao nível da assertividade e tomada de decisão.

Também nas variáveis depressão e auto-conceito foram encontrados resultados estatisticamente significativos, não entre o grupo Experimental e o Grupo de Controlo, mas entre o Pré e Pós-Teste do Grupo Experimental. Assim, as crianças do Grupo Experimental apresentaram menor depressão e maior auto-conceito no Pós-teste em relação ao Pré-teste. O facto de não ter sido encontrada uma relação entre a pertença ao

grupo e o momento pré e Pós-teste nestas variáveis, o que aconteceu igualmente na maior parte dos estudos (e.g. Short et al, 1995; Pedro-Carroll & Cowen, 1985) poderá estar relacionado com alguns factores: (1) A versão do programa “Crescer a Brincar” a que este estudo de eficácia se refere, incidir sobre uma versão reduzida do programa “Crescer a Brincar” e por isso não contemplar estratégias de intervenção específicas ao nível da depressão e do auto-conceito. Na realidade, o programa de intervenção centrou-se ao nível da assertividade, tomada de decisão (inclui resistência à pressão dos pares) em detrimento das variáveis afectivas. Estas últimas foram avaliadas apenas como efeito das variáveis trabalhadas, ou seja, de que forma as variáveis cognitivas

e comportamentais tinham repercussão ao nível do ajustamento psicológico; (2) Os sujeitos serem relativamente “livres de sintomas”, ou seja, não terem sido seleccionados devido ao número elevado de sintomas e portanto, essas mudanças no ajustamento psicológico não serem visíveis a não ser enquanto repercussão da intervenção nas outras variáveis; (3) A brevidade da intervenção dificulta as mudanças no ajustamento psicológico.

Mesmo sem uma intervenção directa nas variáveis depressão e auto-conceito, verificaram-se resultados significativos nessas variáveis entre o Pré e Pós-Teste do Grupo Experimental. Tais resultados são, a nosso ver, encorajadores. Por um lado, apontam para a necessidade de aplicar o programa na sua totalidade de forma a avaliar a eficácia do mesmo quando as variáveis afectivas são directamente abordadas e alvo de intervenção directa. Por outro, parecem indicar a pertinência da intervenção em populações onde há elevados índices de abuso/dependência de substâncias (caso do Grupo Experimental), que de acordo com os nossos resultados, parecem ser sensíveis aos efeitos duma intervenção preventiva. De salientar a necessidade de um follow-up aos 6 e 12 meses de forma a poder avaliar-se se as diferenças entre os grupos e os ganhos conseguidos se mantêm.

Apesar de derivado dos pressupostos do Modelo Sócio-Afectivo e das perspectivas multimodais e integradoras dos vários modelos de prevenção primária, o programa “Crescer a Brincar” em nosso entender, organiza-se à volta de metodologias muito específicas e constitui uma inovação em termos da apresentação (banda desenhada) e organização das variáveis trabalhadas. Talvez o elemento diferenciador resida na forma como o programa organiza todas as variáveis à volta das vivências das crianças. Por outras palavras, “Crescer a Brincar” não tenta “colar” competências nas crianças, ou corrigir determinados aspectos da criança (como parece acontecer com outros programas em que procuram, por exemplo, corrigir o estilo agressivo da criança substituindo-o pelo estilo assertivo), mas trabalha as variáveis de forma a que o sujeito se organize em torno delas e, em vez de as substituir ou corrigir, tenta que a criança construa um significado para si, a partir das vivências dos personagens das histórias da Banda Desenhada. Evidentemente, que

esta nossa hipótese necessita de ser testada para que possa ser devidamente considerada na elaboração de programas de prevenção primária para crianças desta faixa etária.

REFERÊNCIAS

- Alonso, D., Freijo, E., & Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. N.J. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Becoña, E., Palomares, A., & García, M. P. (1994). *Tabaco e salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.
- Carvalho, J. N. (1990). Programas de prevenção sobre drogas: Modelos e resultados. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 41-53.
- Carvalho, J. N. (1991). *Prevenção do abuso do álcool e drogas nos jovens*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of cognitive dissonance*. Evanston, Ill. Row Peterson.
- Gorsuch, R., & Butler, M. (1976). Initial Drug Abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83, 120-137.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver Press.
- Hobbs, S. A., & Walle D. L. (1985). Validation of the Children's Assertive Behavior Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7 (2), 145-153.
- Jaccard, J. (1981). Toward theories of persuasion and belief change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 260-269.
- Kahle, L. R. (1984). *Attitudes and social adaptation: A personel-situation interaction approach*. New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Keeshan, P., Baker, T., & Wetter, D. (1991). Smoking prevention: Toward a process approach. *British Journal of Addictions*, 86, 53-58.
- McGuire, W. (1976). Attitude change and the information-processing paradigm. In E. Hollander & Hunt (Eds.), *Current perspectives in social psychology*. New York: University Press.
- Nowlis, H. (1969). *Drug on the college campus*. New York: Gardan City, Anchor Books.
- Pedro-Carroll, J., & Cowen, E. L. (1985). The children of divorce intervention program: an investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 603-611.

- Pereira, M. G., Sarrico, L., Oliveira, S., & Parente, S. (2000). Aprender a escolher: Promoção da saúde no contexto escolar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1*, 147-158.
- Romer, D. (1981). A person-situation causal analysis of self-reports of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 562-576.
- Short, J. L., Roosa, M. W., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Geinsheimer, L. K., Braver, S. L., & Tein, J. Y. (1995). Evaluation of a Preventive Intervention for a self-selected Subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology, 23* (2), 223-247.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., & Craighead, L. W. (1986). Normative and Reliability data for the Children Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology, 14* (1), 25-39.
- Tesser, A. (1978). Self-generated attitude change. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- Toler, C. (1975). The personal values of alcoholics and addicts. *Journal of Clinical Psychology, 31*, 554-557.
- Torres, M. A. (1990). La prevención escolar del uso de las drogas en España. In J. Escámez (Ed.), *Drogas y escuela, Una propuesta de prevención* (pp. 209-227). Madrid: Dykinson.

RESUMO

A investigação tem demonstrado que a prevenção primária na toxicod dependência deverá considerar modelos multimodais. Vários programas de prevenção têm demonstrado ser eficazes nas variáveis comportamentais e cognitivas mas não nas variáveis afectivas. "Crescer a Brincar" é um programa derivado do Modelo Sócio-Afectivo (Negreiros de Carvalho, 1991), que procura trabalhar variáveis comportamentais, sociais e afectivas. O presente artigo avalia a eficácia do referi-

do programa junto de um grupo de 109 crianças. Os instrumentos utilizados, incluem o CABS (Michelson & Mood, 1982), que mede os estilos de comunicação, o CDI (Kovacs, 1981) que avalia os níveis de depressão, o SP (Harter, 1985) que mede o auto-conceito e finalmente "Sede de Viver", instrumento criado especificamente para os objectivos do estudo e que avalia a tomada de decisão, assertividade e resistência à pressão dos pares. O estudo da eficácia revela resultados significativos nas variáveis cognitivas e comportamentais entre o Grupo de Controlo e Experimental. Ao nível das variáveis afectivas (depressão e auto-conceito) só se registaram diferenças entre o Pré e o Pós-teste do Grupo Experimental.

Palavras-Chave: Promoção da saúde, toxicod dependência, intervenção em escolas primárias.

ABSTRACT

The main purpose of the study was the evaluation of the efficacy of a primary prevention addiction program "Growing up Playing" with children in basic school. A number of studies have demonstrated the efficacy of the multimodal models in primary prevention programs. This study employed a socio-affective model (Negreiros de Carvalho, 1991). A sample of 109 children participated. A Pré-Post test design with control group was employed. The measures used included the CABS (Michelson & Mood, 1982) that measures communication style, the CDI (Kovacs, 1985) that measures depression, the SPPC (Harter, 1985) for self-concept and a new instrument "Eager to Live" (cartoons) created for the purpose of the study that assessed peers' pressure, decision making and assertive style. Results and research implications are presented and discussed.

Key words: Health promotion, drugs prevention, basic school's intervention.