



**ISPA**

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**AJUSTAMENTO SOCIAL  
E  
PROMOÇÃO  
DE  
COMPETÊNCIAS**

Mónica Alexandra Pinto Lopes

Relatório submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de:  
**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
Especialidade em Psicologia Clínica

2015



## RESUMO

Este relatório representa o produto final de uma caminhada que engloba, todo um trabalho teórico e prático desenvolvido ao longo do meu percurso profissional, aliado à experiência pessoal.

Tem como fim específico possibilitar boas práticas e abrir as portas para a reintegração de crianças/jovens na escola, no intuito de ajudar os alunos a terem sucesso na vida escolar e pessoal, colaborar para diminuir a evasão, a repetência e a violência no contexto educacional.

É indispensável capacitar as crianças/jovens para aprenderem durante toda a vida, preparando-os para todos os estádios do seu desenvolvimento.

A promoção de competências pessoais e sociais tem como objetivo geral ajudar os indivíduos no desenvolvimento de tais capacidades, permitindo-lhes uma reflexão sobre o modo de se relacionarem consigo mesmo, com os outros e com as situações do dia-a-dia, encontrando alternativas adequadas a cada situação.

Neste sentido urge criar ações e atividades promotoras de relações positivas entre os pares, conducentes à prevenção de comportamentos de risco.

À semelhança do que acontece com as teorias e com os modelos preventivos, existe uma grande diversidade de programas que visam minimizar os fatores de risco, bem como promover/incrementar fatores protetores da população escolar.

Assim, e de modo a promover-se um trabalho individualizado de inclusão, é essencial que numa sociedade inclusiva e crente no ideal da cidadania plena, se desenvolva um trabalho de continuidade promotor de uma relação de confiança.

**Palavras – chave:** prevenção; contexto escolar; promoção de competências.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1 - Promoção e Educação para a Saúde.....	3
1.1 - Promoção da Saúde .....	3
1.2 - Educação para a Saúde .....	7
2 - Relacionamento Interpessoal e Ajustamento Social .....	10
2.1 - Teoria Sociocognitiva geral.....	10
2.2 - Relacionamento Interpessoal .....	12
2.3 - Ajustamento Social .....	13
2.4 - Bem-estar.....	16
3 - Prevenção: Fatores de Risco e Fatores Protetores .....	19
3.1 - Prevenção .....	19
3.2 - Fatores de Risco.....	22
3.3 - Fatores Protetores.....	25
3.4 - Programas de Prevenção.....	26
4 - Considerações Finais .....	30
BIBLIOGRAFIA .....	35

## INTRODUÇÃO

O relatório está organizado em torno de quatro tópicos. No primeiro são desenvolvidos os pressupostos respeitantes à promoção e educação da saúde. O segundo cinge-se à literatura referente ao relacionamento interpessoal e ajustamento social. O terceiro dá conta da importância da prevenção: fatores de risco, fatores protetores e programas de prevenção, seguindo-se-lhe as considerações finais que pretendem ser o epílogo do meu relatório.

No dia-a-dia, o indivíduo tem de superar situações de mal-estar e muitas vezes, enfrentar situações pessoais e sociais complexas e de difícil resolução. É importante que as pessoas sejam capazes de utilizar um leque alargado de ferramentas que permitam lidar com essas situações, para que as ultrapassem sem que estas ameacem o seu bem-estar e a sua saúde.

Aprender a relacionar-se e a comportar-se de forma positiva fazem parte de um crescimento e desenvolvimento saudável. Esse relacionamento corresponde a um comportamento social que engloba um conjunto de ações, atitudes e pensamentos que o indivíduo apresenta relativamente aos outros com quem interage, e em relação a si próprio.

A problemática da Educação para a Saúde (EPS), como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde, vem sendo objeto de uma reflexão crescente por parte de instituições, grupos profissionais e autores.

Acredita-se ser possível apostar numa abordagem preventiva da disrupção entre pares, fomentando o desenvolvimento de competências comunicacionais, permitindo às crianças/jovens aprender a escutar, aceitar e respeitar opiniões diferentes da sua e, ainda, auxiliar as crianças/jovens na regulação de emoções que estão, muitas vezes, presentes em conflitos entre pares.

Do ponto de vista psicológico e psicossocial, a análise da literatura revela uma preocupação crescente na busca de soluções e formas alternativas de lidar com conflitos, numa perspectiva duplamente ganhadora e de formas alternativas de lidar com situações geradoras de stress, conseguindo, por um lado identificar e resolver problemas, por outro, regular-se e manter estados internos e interpessoais de bem-estar, e ao mesmo tempo procura apoio social; de identificar e gerir emoções regulando-as e potenciando-as; de definir expectativas positivas e realistas face ao futuro; de desenvolver um espírito de empreendedorismo; de desenvolver um sentido de cidadania e de participação social.

Um programa de promoção de competências pessoais e sociais tem como objetivo ajudar os indivíduos a desenvolver as suas capacidades, permitindo que possam refletir sobre o modo de se relacionar consigo, com os outros e com as situações do dia-a-dia, encontrando alternativas adequadas a cada situação, quer do ponto de vista da autorregulação, quer do ponto de vista da resolução de problemas, quer, ainda, do ponto de vista do estabelecimento e manutenção de uma rede de apoio social.

Cada vez mais, o futuro de cada um depende da capacidade individual de o recriar: esta situação, se por um lado torna o indivíduo mais frágil e mais incerto face ao futuro, (sobretudo comparando com as gerações recentes), por outro lado pode constituir-se numa imensa janela de oportunidades que merecem uma exploração competente e gratificante.

A nível profissional, o caminho percorrido, nestes 14 anos, nem sempre foi fácil mas as dificuldades foram sendo ultrapassadas e encaradas como algo construtivo para o meu crescimento pessoal e profissional.

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1 - Promoção e Educação para a Saúde

#### 1.1 - Promoção da Saúde

A saúde é um bem inquestionável, constituindo a base do desenvolvimento pessoal, social e produtivo. Por vezes encarada, como uma mera ausência de doença, a saúde, ganhou uma dimensão mais global e holística, ao ser definida, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um "estado de completo bem-estar físico, psíquico e social" (OMS, 1993).

A saúde é um recurso para o dia-a-dia. É um conceito positivo enfatizando, os meios sociais e pessoais assim como as capacidades físicas. É considerada como um direito humano fundamental e, conseqüentemente, todas as pessoas devem ter acesso aos meios básicos para a saúde.

Uma ampla compreensão do conceito de saúde, requer que todos os sistemas e estruturas que dirigem as condições sociais e económicas e o envolvimento físico devem ter em conta as implicações das suas atividades.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986) enfatiza alguns pré-requisitos para a saúde que incluem paz, meios económicos adequados, alimentação e abrigo, um ecossistema estável e uso de meios sustentáveis.

O reconhecimento destes pré-requisitos reforça as ligações entre as condições sociais e económicas, o envolvimento físico, os estilos de vida individuais e a saúde. Estas ligações fornecem a chave para uma compreensão holística do conceito de saúde, o que é central para a definição de Promoção da Saúde, como afirma a Carta de Ottawa, que define a Promoção da Saúde como *"o processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os factores determinantes da sua saúde, no sentido de a melhorar"*.

No contexto da Promoção da Saúde, a saúde tem sido menos considerada como um estado abstrato, e mais como um meio para um fim, que pode ser expresso em termos funcionais, como um recurso que permite as pessoas levarem uma vida individual, social e economicamente produtiva.

A Promoção da Saúde representa um amplo processo social e político, que inclui não só ações dirigidas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também ações dirigidas para a alteração das condições sociais, envolvimento e económicas.

A Carta de Ottawa (OMS, 1986), identifica três estratégias básicas para a Promoção da Saúde: defesa da saúde para criar as condições essenciais; habilitar todas as pessoas para alcançarem todo o seu potencial de saúde; mediar entre os diferentes interesses da sociedade na busca de saúde.

A Carta de Ottawa encoraja o uso de estratégias diversas, identificando cinco áreas para a prática da promoção da saúde: (1) construir políticas de saúde pública; (2) criar ambientes apoiantes; (3) fortalecer as ações na comunidade; (4) desenvolver competências pessoais; (5) reorientar os serviços de saúde.

Estas estratégias, bem como os objetivos que visam alcançar em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, funcionam como base para a criação de programas, permitindo planejar, implementar e avaliar ações, campanhas e projetos em inúmeras áreas e com os mais diversos públicos-alvo.

Se as circunstâncias económicas e fenómenos sociais se encontram na origem de boa parte dos problemas de saúde que afligem os governos e os indivíduos e que, conseqüentemente, estes não têm sobre a matéria qualquer hipótese de controlo direto, não é menos verdade que cada um pode escolher ou rejeitar estilos de vida e comportamentos claramente associados ao desenvolvimento das chamadas Doenças do Século.

Segundo o Ministério da Saúde (1997), ao analisarmos os grandes problemas de saúde, verificamos que a maioria deles tem origem em hábitos e estilos de vida próprios e que a sua prevenção ou correção passa pela mudança de atitudes e comportamentos. Tal só é possível mediante a negociação e a apresentação de alternativas e, no que diz respeito aos adolescentes, à criação de hábitos e opções por estilos de vida saudáveis.

Na realidade, os nossos hábitos e comportamentos são influenciados não apenas pela informação de que dispomos, mas também pelos nossos valores, crenças e atitudes e pelos diferentes contextos de vida em que nos situamos, mais ou menos facilitadores de determinadas opções.

Sabe-se que os estilos de vida se estabelecem durante as etapas do desenvolvimento pessoal e se mantêm por longos períodos de tempo (ou durante toda a vida), embora possam sofrer mudanças significativas. Mas, uma vez estabelecido, o estilo de vida é muito resistente à mudança.

A esperança de qualquer País na elevação do nível de saúde da sua população assenta na possibilidade de se desenvolverem novos estilos de vida, assumidos de forma responsável e consciente. Desta forma, no campo da Psicologia da Saúde, compreender os

comportamentos das crianças/adolescentes face à saúde e as suas crenças acerca desta, reveste-se de uma grande importância. Consegue-se esta aspiração com maior probabilidade de se trabalhar de preferência desde as idades mais jovens - promover a intervenção precoce.

Ora, promover a adoção de comportamentos saudáveis é o objetivo da Educação para a Saúde (Navarro, 1989). Compete às equipas de Saúde Escolar definir os objetivos dos programas, em termos de promoção e melhoria da saúde, de acordo com o conhecimento geral e das necessidades da população da área onde atuam.

A saúde também se aprende com os amigos, no grupo de pares, através dos meios de comunicação social, nos locais de trabalho e de lazer, em suma, no dia-a-dia e ao longo da vida. Daqui decorre que os nossos hábitos e estilos de vida nem sempre são o resultado de opções inteiramente livres, conscientes e autónomas, mas, antes, influenciados pelas pressões e constrangimentos exteriores, de natureza ambiental, social, cultural e económica.

Mais a Promoção da Saúde é uma tarefa que não depende exclusivamente do setor da saúde e que necessita da colaboração ativa de outros sectores da vida social, com particular destaque para as autarquias, as escolas, as empresas, as organizações não-governamentais e outras estruturas da comunidade.

Deste modo, a Promoção da Saúde a todos diz respeito e concretiza-se através da ação de cada um de nós, ao longo da vida e nos diferentes contextos ambientais que rodeiam o indivíduo.

Em última análise, é um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa contribuir para a capacitação e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos, com vista à obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida.

Outros fatores que influenciam a saúde incluem as mudanças rápidas, e, frequentemente, adversas nas áreas social, económica e demográfica, que afetam as condições de trabalho, os ambientes de aprendizagem, os modelos familiares e a estrutura cultural e social das comunidades.

A globalização abre novas oportunidades de cooperação para melhorar a saúde e reduzir os seus riscos transnacionais, sendo que incluem a otimização das tecnologias de informação e de comunicação, bem como a melhoria dos processos de governação e de partilha de experiências.

Para gerir os desafios da globalização há que garantir a coerência das políticas. Esta coerência facilitará a colaboração, a transparência e o cumprimento de acordos e tratados internacionais no âmbito da saúde.

Desde a adoção da Carta de Ottawa foram subscritas muitas resoluções, a nível nacional e mundial, de apoio à Promoção da Saúde, porém, as desejáveis ações que se lhes deviam seguir nem sempre se concretizaram.

A Carta de Bangucoque (2005) fez apelar a todos os líderes que fizessem uma aliança mundial para Promover a Saúde, com compromissos e ações a nível local e global (OMS, 2005).

A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construírem um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis.

A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania ativa.

A Promoção da Saúde baseia-se na aceitação de que os comportamentos em que nos envolvemos e as circunstâncias em que vivemos têm influência sobre a nossa saúde e de que alterações adequadas podem melhorá-la (Bennett & Murphy, 1999).

Construir relações harmoniosas, hábitos flexíveis e personalidades resilientes é uma tarefa que cabe a todos nós: educadores; pais, médicos, psicólogos e de todos aqueles que se preocupam com o desenvolvimento humano (Santos, 2013).

Em síntese, a Carta de Ottawa (1986) define a saúde como um processo, ou seja, algo de dinâmico e evolutivo e que pressupõe a colaboração do próprio cidadão; a Carta de Bangucoque (2005) define a promoção da saúde como um processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes de saúde e assim melhorarem a sua saúde.

Realço a Carta de Bangucoque (2005), por várias razões. A primeira, porque a reunião foi feita pela primeira vez num “local em vias de desenvolvimento”; a segunda, porque enuncia os fatores críticos que influenciam a saúde. Assim, foram assimilados os seguintes fatores críticos: o aumento das desigualdades em cada país e entre diferentes países; os novos padrões de consumo e de comunicação; os processos de comercialização; as alterações ambientais a nível global; a urbanização.

## 1.2 - Educação para a Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998) define Educação para a Saúde como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes”.

Esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de Promoção da Saúde definido na Carta de Ottawa (1986), como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

Qualquer ação no sentido de trabalhar hábitos de saúde e estilos de vida implica uma mudança individual, cultural, social e comunitária. Muitas vezes só se trabalha o aspeto individual e fica-se à espera que haja uma resposta positiva da pessoa, o que raramente acontece (Amorim, 2000).

Para que se verifique uma mudança de um tipo de comportamento individual dever-se-á, pois, investir mais na modificação do sistema de comunicação, no qual o sujeito faz a sua aprendizagem, do que na conduta individual do sujeito em causa (Oliveira, 1999).

O comportamento não é algo com que se nasce. Adota-se, molda-se, educa-se. Educação para a Saúde é exatamente isso: permitir que sejam tomadas decisões fundamentadas, no âmbito da saúde, por força de conhecimento suficiente e alicerçado na ciência. Naturalmente que não se trata de missão exclusiva da escola, pertence também à família e a toda a sociedade, mas urge assumir a mudança, onde a escola deve procurar estabelecer um ambiente de valorização das relações interpessoais.

A Educação para a Saúde visa aumentar a saúde positiva (desenvolvimento físico, psíquico e social) e prevenir ou diminuirmos efeitos da saúde negativa (mortalidade e morbilidade), influenciando as atitudes e comportamentos dos sujeitos, promover estilos de vida saudáveis.

Tornes (1990), por exemplo, definiu a Educação para a Saúde como qualquer atividade planeada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença; isto é, qualquer alteração relativamente permanente na competência ou disposição de um indivíduo.

A perspetiva americana é representada por Green e Iverson (1982), que a definiram como qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinadas a facilitar a adoção voluntária de comportamentos conducente, a saúde.

A Educação para a Saúde é o processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde (Ministério da Saúde, 1997). É toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagens planejadas, com vista à facilitação de mudanças voluntárias de forma a serem adquiridos comportamentos saudáveis.

Por “Educação para a Saúde em meio escolar”, entende-se o conjunto de atividades desenvolvidas no sentido da prevenção da doença e/ou dos comportamentos de risco, tendo em vista a concretização das condições de bem-estar físico e psicológico, indispensáveis à realização plena do indivíduo, é a própria vida da comunidade, que fica comprometida.

Em meio escolar, a “Educação para a saúde” passa pela disponibilização de informação sobre saúde: com efeito, a saúde pessoal prende-se com fatores tais como alimentação, consumo de substâncias, saúde mental ou o equilíbrio emocional, onde se inclui a sexualidade. A aprendizagem rigorosa destes assuntos é importante, pois eles podem ser uma base para evitar comportamentos lesivos e permitir um crescimento (mais ou menos) equilibrado.

A Educação para a Saúde é um assunto complexo que vários autores já descreveram como a “interseção entre as ciências biológicas e as ciências do comportamento”. Não sem razão, pois quando se disponibiliza conteúdos da área da saúde, é também para apetrechar as crianças e jovens de “saberes” que lhes permitam fazer opções de vida conscientes, adequando assim os seus comportamentos às diferentes situações em que se movimentam.

No entanto, a Educação para a Saúde é uma missão de longo prazo, pois a alteração de comportamentos do indivíduo pode ser tida como uma invasão na sua esfera mais íntima, que implica diretamente com a sua mentalidade e a sua personalidade.

No nosso país, de há muito que o Ministério da Educação vem definindo medidas de política de promoção e educação para a saúde, no sentido de dotar as crianças e os jovens com conhecimentos e valores que os ajudem a desenvolver atitudes e a adotar comportamentos promotores de saúde e do seu bem-estar físico, social e mental.

Desde 2012, compete à Direção-Geral da Educação (DGE), através da Direção de Serviços de Educação Especial e Apoios Socioeducativos, “conceber orientações e instrumentos de suporte às escolas no âmbito da implementação e acompanhamento de respostas de educação especial e de apoio educativo, designadamente as de orientação escolar e profissional, de educação para a saúde e de ação social escolar”.

Em matéria de educação para a saúde o Ministério da Educação e Ciência (MEC) tem procurado adaptar e acompanhar as diretivas da OMS e da *Schools for Health in Europe*

(SHE), organismos nos quais está representado, através da divulgação de documentos e na definição de políticas comuns.

Tal como preconizado por diferentes organizações internacionais e em diferentes estudos de investigação, também em Portugal, a colaboração e articulação entre a Educação e a Saúde tem sido fundamental na conceção de documentos orientadores para as escolas em matéria de Educação para a Saúde (da competência do MEC) e de Saúde Escolar (da competência do Ministério da Saúde (MS)).

É este paradigma de intervenção em que a escola e saúde trabalham em parceria, com o apoio da restante comunidade, para a promoção da literacia em saúde, da equidade em educação e em saúde e na melhoria dos indicadores de saúde, que se pretende que as escolas, progressivamente, integrem e assumam nas suas práticas quotidianas.

Para apoiar as escolas na adoção do conceito de Educação para a Saúde (EPS), a DGE lançou, no ano letivo de 2014-2015 - o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES).

O Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde (PAPES), para além de permitir monitorizar o desenvolvimento do trabalho das escolas segundo o conceito Educação para a Saúde (EPS), tem como finalidades: incentivar as escolas a incrementar a literacia em saúde; promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis, valorizar comportamentos de estilos de vida saudáveis e criar condições ambientais para uma escola promotora de saúde.

A escola é considerada um local de eleição para a aquisição de hábitos de vida saudáveis, onde a educação para a saúde na escola implica não só a prevenção de doença, mas também a promoção da valorização pessoal, participação social, equidade, felicidade e bem-estar.

João dos Santos (1979), definia Saúde como o equilíbrio psicossomático e este tem de ser preparado desde a gestação, e promovido desde o nascimento.

A relação comunidade/família e a relação mãe/filho têm de ser valorizadas desde a primeira infância, em termos de saúde mental. A Educação é o respeito pela pessoa, onde educar é oferecer-se como modelo. Onde a escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de ferramentas que ajudam as crianças/jovens a utilizar estratégias adaptativas e a lidar com diversas situações e desafios Santos (1979).

## **2 - Relacionamento Interpessoal e Ajustamento Social**

### **2.1 - Teoria Sociocognitiva geral**

Albert Bandura procurou ultrapassar a dicotomia entre as teorias que explicavam o comportamento por disposições internas, inatas, e as que consideravam que o comportamento seria determinado unicamente por características situacionais, inerentes ao meio (Guichard & Huteau, 2001). Introduziu no estudo do funcionamento humano uma nova perspectiva a que denominou de teoria sociocognitiva geral (Bandura, 1986).

De acordo com este autor a estruturação da personalidade não depende apenas dos traços, mas também do comportamento específico e da situação. Bandura defende um modelo de reciprocidade triádica, na qual existe uma interação mútua entre determinantes pessoais, ambientais e comportamentais (Bandura, 1997).

A teoria sociocognitiva considera o comportamento como resultado das interações entre um indivíduo e o meio que o rodeia, sendo que o indivíduo recebe influência do meio, ao mesmo tempo que age sobre ele.

Esta perspectiva teórica assenta em fundamentos centrados no indivíduo, sendo este entendido como tendo capacidade de decidir sobre o seu destino e bem-estar e estando na origem da sua constituição enquanto pessoa ao invés de ser um mero organismo reativo às condições do meio (Teixeira, 2008).

O conceito de autoeficácia é central na teoria sociocognitiva proposta por Bandura. Segundo o autor, a autoeficácia consiste nas crenças que o indivíduo possui acerca das suas capacidades para organizar e desempenhar atividades. Estas crenças influenciam a forma como o indivíduo pensa, se sente, se motiva e se comporta (Bandura, 1995).

Segundo Bandura (1997), a autoeficácia é designada como a confiança que o indivíduo possui na sua capacidade para realizar uma determinada tarefa, em função de fatores internos e situacionais, como por exemplo experiências anteriores, a natureza da tarefa ou o grau de realização dos pares. É também um sistema fundamental para que o indivíduo execute com sucesso as tarefas a que se propõe.

O autor propõe que as crenças de autoeficácia são obtidas e consolidadas a partir de quatro fontes de informação ou tipos de experiências de aprendizagem, nomeadamente: experiências de desempenho, aprendizagem vicariante, persuasão verbal e estado fisiológico e emocional (Bandura, 1981).

As experiências de desempenho são consideradas a fonte de maior importância para a construção das crenças, dado que o indivíduo tem em conta os resultados da sua própria experiência.

O sucesso repetido no desempenho de uma tarefa aumenta as crenças de autoeficácia, enquanto o fracasso diminui essas mesmas crenças de autoeficácia (Bandura, 1997).

Em relação à aprendizagem vicariante, esta fonte refere-se aos efeitos produzidos pela observação das experiências de modelos, ou seja, a observação de outras pessoas, com as quais o indivíduo encontra semelhanças ou se identifica, na realização de determinadas ações que originam a formação de crenças de autoeficácia no indivíduo. O indivíduo estabelece comparações entre as suas capacidades e as habilidades dos outros, podendo influenciar o desenvolvimento das suas crenças.

Outro modo de construir as crenças de autoeficácia é através da persuasão verbal. Esta fonte de informação diz respeito às persuasões sociais recebidas através da exposição de juízos de outras pessoas sobre as competências do indivíduo, ou seja, pode manter-se um sentido de autoeficácia se as pessoas que nos são significativas manifestarem acreditar nas nossas capacidades (Bandura, 1997).

Por último, o estado fisiológico e emocional está relacionado com a confiança que o indivíduo tem no seu estado emocional para realizar certas ações. Determinadas respostas emocionais com consequências físicas como a ansiedade e medo, influenciam negativamente a percepção de autoeficácia. De acordo com Bandura (1997) os indivíduos percebem esses estados como indícios de um desempenho com menor possibilidade de ser bem-sucedido.

Considera ainda duas componentes de autoeficácia: as expectativas de autoeficácia e as expectativas de resultados. As expectativas de autoeficácia consistem no grau de convicção pessoal de um comportamento necessário para atingir o resultado, enquanto as expectativas de resultados dizem respeito à crença do indivíduo, de que a realização de determinada tarefa origina um resultado específico.

Um indivíduo pode acreditar que determinado comportamento leva a um resultado, no entanto pode pôr em causa a sua capacidade para realizar o comportamento. As crenças de autoeficácia exercem uma grande influência na persistência perante os obstáculos, na qualidade do desempenho e na forma como as pessoas se sentem.

A autoeficácia varia ao longo de três dimensões, nomeadamente, o nível (etapas que o indivíduo considera ser capaz de efetuar com sucesso), a generalidade (extensão ou conjunto de situações em que o indivíduo considera-se eficaz) e a magnitude (convicções em relação às

capacidades para realizar determinadas atividades) (Bandura, 1997).

## **2.2 - Relacionamento Interpessoal**

O indivíduo é o resultado do encontro e das interações que estabelece ao longo da sua vida. Gerir essa relação de forma harmoniosa e produtiva é um desafio permanente. Conhecer-se, conhecer os outros e desenvolver as suas competências pessoais, sociais e interativas; compreender a importância do indivíduo na interação e quanto o seu êxito ou o fracasso dependem do modo de comunicar e de agir nessa relação, é o nosso objetivo.

De acordo com Fachada (2010), uma das exigências fundamentais para que as relações interpessoais se tornem progressivamente ricas, positivas e maduras, é a necessidade de compreensão de si próprio e dos outros.

Assim numa relação humana não basta estabelecer uma relação interpessoal com os outros, será principalmente necessário estabelecer uma relação intrapessoal, ou seja, para nos relacionarmos bem com os outros temos de relacionarmos bem com nós próprios, querendo-se essa relação segura e em que o indivíduo seja capaz de se afirmar e corresponder ao que os outros pretendem de si.

A assertividade é, sem dúvida, uma atitude fundamental na relação intrapessoal e interpessoal, que preconiza a auto estima e a auto confiança do indivíduo, defendendo sem agressão e com honestidade as suas ideias e posições e expressando compreensão face às posições, sentimentos e exigência dos outros.

O comportamento assertivo terá consequências no ambiente envolvente, no seu comportamento e no comportamento dos outros; saber ouvir e escutar, saber aceitar os erros e lidar com a crítica, conseguir refrear quem o ataca, fazer com que os outros se sintam respeitados e valorizados, discordar abertamente e exprimir a sua opinião, são algumas delas.

A prevenção do desajustamento pessoal, social escolar da criança/jovem, constituiu uma preocupação dos nossos dias. Prevenir é intervir antes de surgirem os sinais de alarme. Quanto mais precocemente se prevenir, maiores serão as hipóteses de evitar este desajustamento.

Matos & al, 2009, referem que a violência em contexto escolar poderá, estar associada, por um lado ao aumento da escolaridade obrigatória, o que prolonga a permanência dos jovens na escola, e, por outro, à inadequação do ensino às diferentes culturas, expectativas

motivações e competências dos alunos. A agressividade pode surgir como uma resposta a um fraco envolvimento e sucesso escolar.

O conceito de *bullying*/provocação, surgiu como uma resposta à necessidade de caracterizar um tipo particular de violência ou de agressão na escola, que ocorre entre pares. Segundo o autor, Dan Olweus, "um aluno está a ser vítima de *bullying*/provocação quando está exposto, repetitivamente e ao longo do tempo, a ações negativas da parte de uma ou mais pessoas" (Matos et al.,2009).

O *bullying*/provocação e agressão física são os tipos de violência mais comuns na escola, trata-se de comportamentos agressivos, intencionais e sistemáticos que surgem entre os alunos em contexto escolar.

O *bullying*/provocação (insulto/mentira, ameaça, gozo, roubo, extorsão, agressão física, comentários inadequados, exclusão social) ocorre quando um ou vários alunos exercem ações agressivas/negativas sobre o outro. Estes comportamentos são intencionais e provocam mal estar e sofrimento, acontecem repetidamente e podem durar de semanas a anos.

Matos et al, 2009, identificou dois tipos de vítimas: as passivas e as agressivas. As vítimas de agressão passivas constituem o tipo de vítimas mais comum, tendem a ser inibidas, submissas ou não assertivas.

As vítimas agressivas tendem a reagir, evidenciando fracas competências de controlo dos impulsos, envolvendo-se frequentemente em atos violentos. Embora, os perfis sejam diferentes, as vítimas partilham de défice de competências sociais e dificuldades de aceitação pelo grupo de pares.

### **2.3 - Ajustamento Social**

A aquisição de competências sociais é um aspeto importante na maturação e no ajustamento social. O ajustamento social das crianças e adolescentes pode ser afetado por dificuldades na aquisição de competências básicas. Parte das dificuldades de relacionamento interpessoal tem origem num repertório comportamental deficiente lacunas na história pessoal de aprendizagem social. As dificuldades de relacionamento podem dar origem a conflitos entre jovens e professores, pais, colegas e autoridades.

Segundo vários estudos as dificuldades e lacunas comportamentais podem ser ultrapassadas com recuso a programas de competências sociais (Matos,1998,2005,2009).

O desenvolvimento de competências pessoais e sociais pode constituir uma estratégia para promover a construção de alternativas e de formas de lidar com os desafios mais adequadas, em situações onde os factores sociais, económicos e ambientais podem constituir factores ligados ao risco, sendo um meio que possibilite um aumento de participação e de bem-estar das crianças e adolescentes.

Se a capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais positivos e a aceitação dentro do grupo de pares são aspetos centrais no domínio do ajustamento psicossocial é de esperar que crianças e adolescentes retraídos socialmente sejam menos eficazes na concretização de tarefas desenvolvimentais, sociais e académicas comparativamente com crianças que estão mais envolvidas e são mais proativas socialmente.

Estabelecer e manter relacionamentos interpessoais é uma tarefa adaptativa essencial, as habilidades e competências sociais constituem-se como um indicador de ajustamento social, emocional e cognitivo.

O desenvolvimento de programas de promoção de competências pessoais e sociais que capacitem as crianças e os adolescentes a identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, otimizar a sua comunicação interpessoal, defender os seus direitos, resistir à pressão de pares, entre outros, otimizam a sua capacidade de escolher um estilo de vida saudável e de o manter.

Os conflitos surgem naturalmente no dia-a-dia das crianças e dos adolescentes, contudo se forem bem geridos podem ser motores de desenvolvimento psicossocial.

A gestão de conflitos envolve a ativação de diversas fontes de competência: competências cognitivas, competências comportamentais, competências emocionais e expectativas e motivações. Globalmente, podem ser identificadas três formas de gerir conflitos: através da agressividade, através da passividade ou através da assertividade. Naturalmente, esta última é a mais saudável e promotora de bem-estar.

O Treino de Competências Sociais é um tipo de intervenção direcionada para o desenvolvimento e/ou treino de determinadas habilidades sociais quando se identificam dificuldades ao nível das relações interpessoais.

Do campo teórico-prático, salientamos os conceitos que lhe estão subjacentes e que são os de habilidades sociais e competência social. As habilidades sociais são consideradas um construto descritivo e correspondem a um conjunto de classes de resposta ou de comportamento (iniciar e manter conversações, falar em público, defender os próprios direitos, pedir favores, recusar pedidos, expressar opinião, lidar com críticas,...) que o

indivíduo utiliza para lidar de forma adequada quando se encontra em interação social (Del Prette e Del Prette, 1999).

A “competência social é um termo avaliativo, refletindo o julgamento de alguém, com base em algum critério, de que o desempenho de uma pessoa numa tarefa é adequado”.

Seguidamente, descreve-se de forma muito breve alguns dos modelos teóricos que procuram explicar o défice ou as dificuldades no desenvolvimento das habilidades sociais e consequentemente as dificuldades na avaliação da competência social (Loureiro, 2011).

O Modelo da Assertividade de Wolpe e Lazarus (1966) postula que as dificuldades ou défices no desempenho social se relacionam com uma aprendizagem pessoal não assertiva, por um lado pela presença de níveis elevados de ansiedade que inibem o comportamento assertivo, por outro por uma incapacidade de, voluntariamente, controlar os estímulos associados às respostas sociais (Matos,2009).

O Modelo da Aprendizagem Social de Bandura (1977) considera que o principal fator para a aprendizagem é a modelação (para as crianças e adolescentes os modelos de referência são, respetivamente, os pais e os pares) com a possibilidade das respostas sociais poderem ser punidas ou reforçadas. O autor também formulou a teoria da autoeficácia que corresponde à crença sobre a capacidade de desempenhar determinado comportamento com sucesso (Matos,2009).

O Modelo da Perceção Social de Argyle (1983) explica o desenvolvimento das habilidades sociais através de processos cognitivos que tentam compreender o ambiente social em que a pessoa se insere, através de uma descodificação correta do mesmo, permitindo à pessoa responder de uma forma socialmente competente, estando as dificuldades relacionadas com uma falha numa das etapas de leitura e/ou descodificação da mensagem verbal/não verbal (Matos,2009).

Mais atual, o Modelo Social de Beauchamp e Anderson (2010) propõe uma estrutura integradora no desenvolvimento das competências sociais, partindo do princípio que o desenvolvimento das habilidades sociais depende de uma normal maturação cerebral, cognitiva e do comportamento com um suporte ambiental adequado. É uma tentativa para agregar as relações dinâmicas e multifacetadas entre as dimensões cognitivas, sócio emocionais, de comunicação, biológicas e ambientais e descrever como se interrelacionam para determinar a competência social.

Dentro da assertividade pode-se utilizar a negociação e a mediação, ambos os processos que, para serem eficazes, as partes intervenientes devem ser voluntárias e confiar no processo.

Numa situação de conflito é fundamental ter em conta que se vão encontrar diferentes visões do mundo (cultura, personalidade, experiências de vida, atitudes, valores, crenças, etc), diferentes posições e diferentes propostas de resolução da situação (umas mais cooperativas e outras mais competitivas).

Numa gestão de conflito eficaz deve-se atingir um compromisso que vá ao encontro das necessidades/interesses das partes envolvidas, numa perspetiva de cooperação “ganho - ganho”.

No contexto escolar, ocorrem diversos conflitos entre alunos, aluno-professor, aluno educador, aluno-pais, etc. Estes conflitos têm impacto ao nível individual, ao nível das relações interpessoais, ao nível do rendimento académico e ao nível do clima institucional.

Uma vez que são um fenómeno relativamente frequente e com um impacto alargado na vida da criança e do adolescente, torna-se pertinente uma intervenção focada neste âmbito e promotora de competências pessoais e sociais globais da criança e no adolescente, mas, também, aos outros atores envolvidos.

Os referenciais teóricos apresentados, atestam a importância do estabelecimento de relações intra e interpessoais saudáveis para um ajustamento psicossocial e para o desenvolvimento da saúde mental nas crianças e jovens.

O conhecimento crescente sobre os fatores de risco e de proteção para comportamentos socialmente competentes pode contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção para crianças e jovens, em contexto escolar e em diferentes etapas do ciclo vital.

Entende-se que estes programas de treino podem ser implementados numa dupla vertente: na promoção da saúde mental e na reabilitação, pela intervenção em jovens.

## **2.4 - Bem-estar**

A felicidade das crianças/jovens é influenciada pelo seu ajustamento escolar, ou seja, depende da avaliação que as crianças/jovens fazem da sua integração e suporte social, das

suas vivências escolares. Inicialmente o conceito de saúde representava apenas ausência de doença física.

Contudo, a partir de 1958, a OMS (Organização Mundial de Saúde) alterou a definição de saúde e este conceito passou a ser descrito como um estado de bem-estar físico, mental e social (Bowling, 2005; Pais-Ribeiro, 2006; Souza, 2007). A partir desta modificação, o conceito de saúde passa a ser interpretado de uma maneira mais positiva, pressupondo que aspectos mais subjetivos da vida do indivíduo influenciam a sua saúde e a sua doença.

Neste sentido, importa-nos compreender a temática do bem-estar, para isso faz-se referência às duas grandes áreas deste construto, nomeadamente o Bem-estar Subjetivo (BES) mais ligado a aspetos psicossociais e o Bem-Estar Psicológico (BEP) direcionado para o desenvolvimento do adulto e da saúde mental (Novo, 2003).

Estes dois tipos de bem-estar foram formados a partir de diferentes perspetivas filosóficas. O bem-estar subjetivo encontra-se vinculado ao hedonismo, concebendo o bem-estar como a felicidade subjetiva e a procura de experiências de prazer ou o equilíbrio entre afeto positivo e negativo (Diener, 2000), enquanto o bem-estar psicológico, centra-se na perspectiva eudaimónica, assumindo o bem-estar como realização do potencial humano (Ryff, 1995).

O conceito de bem-estar subjetivo é definido por Diener (2000) pelas avaliações que cada indivíduo faz da sua própria vida como um todo, ou incidindo sobre aspetos particulares da mesma. Segundo o autor, o bem-estar subjetivo é constituído por três principais componentes distintos e que se relacionam entre si, sendo estes a satisfação com a vida, afeto positivo e baixos níveis de afeto negativo.

O bem-estar subjetivo pode ser definido como um conceito multifacetado, tendo uma componente afetiva e outra cognitiva, sendo a satisfação com a vida a componente cognitiva enquanto o afeto positivo e o baixo nível de afeto negativo correspondem à componente afetiva (Diener, 2000).

A satisfação com a vida consiste na avaliação que o indivíduo faz da sua vida e é constituída pela satisfação com os vários domínios da sua vida. Trata-se, essencialmente, de uma avaliação cognitiva do desenvolvimento pessoal face a objetivos e expectativas globais.

A satisfação com a vida remete para uma avaliação da congruência entre as circunstâncias de vida reais e as desejadas, de acordo com critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo e não baseado em padrões pré-estabelecidos (Diener et. al., 1999).

O afeto positivo refere-se à vivência de sentimentos e emoções positivas e/ou agradáveis. Por oposição, o afeto negativo remete para a experimentação de sentimentos e emoções desagradáveis (Diener, Suh & Oishi, 1997).

A satisfação com a vida, em conjunto com a afetividade positiva e negativa constituem indicadores distintos, embora complementares, de um construto mais amplo definido como o BES (a maneira positiva ou negativa como as pessoas experienciam a sua vida).

Assim, de acordo com a definição de bem-estar subjetivo apresentada por Diener, uma pessoa que apresente um elevado bem-estar subjetivo experiencia frequentemente satisfação com a vida e alegria e raramente emoções desagradáveis, enquanto pessoas que apresentam um baixo nível de bem-estar subjetivo não estão satisfeitas com a sua vida e sentem pouca alegria ou afeição, expressando frequente emoções negativas (Diener, Suh & Oishi, 1997).

No entanto, Diener (1984) refere que o bem-estar é um conceito subjetivo, varia de indivíduo para indivíduo de acordo com as suas características pessoais (idade, género, nível socioeconómico, personalidade, etc.). Neste âmbito, têm surgido diversas teorias que procuram explicar as diferentes perceções do bem-estar subjetivo dos indivíduos, entre elas podemos destacar a teoria bottom-up e top-down.

No modelo bottom-up, o bem-estar subjetivo é considerado como o efeito cumulativo de experiências positivas em vários domínios da existência. O indivíduo avalia a satisfação com a vida, como sendo determinado por um somatório de experiências positivas que o indivíduo experiencia ao longo da sua vida (Simões, 2000). Nesta perspetiva, um momento positivo irá fazer com que a pessoa experiencie um maior bem-estar (Diener & Ryan, 2009).

Por outro lado, o modelo top-down, defende que a personalidade ou o temperamento individual assumem um papel preponderante no julgamento da satisfação com a vida sobre diversos domínios específicos. O indivíduo possui padrões positivos ou negativos que o predispõe a avaliar as experiências de vida de determinada forma (Pavot & Diener, 2008).

Assim, se uma pessoa tiver uma perspetiva positiva, mais facilmente poderá experienciar ou interpretar um determinado evento como positivo, do que uma pessoa com uma perspetiva mais negativa, concluindo-se desta forma que a atitude positiva perante objetivos e eventos seja um fator causal do bem-estar (Diener & Ryan, 2009). Em síntese, no modelo top-down, o bem-estar subjetivo é uma causa, enquanto no modelo bottom-up é um efeito (Galinha, 2008).

O bem-estar subjetivo tem sido alvo de críticas pelo facto de ter sido construído essencialmente baseado em dados empíricos e não a partir de modelos teóricos. Contudo, apesar das críticas, ganha bastante expressão a nível da investigação.

Ao contrário do bem-estar subjetivo, o bem-estar psicológico baseia-se num trabalho teórico exaustivo e progressivo com origem nos teóricos da psicologia clínica e do desenvolvimento (Figueira, 2013).

O bem-estar psicológico caracteriza-se pelo grau de desenvolvimento humano e corresponde à sua capacidade para enfrentar desafios da vida enfatizando o funcionamento positivo e as características mais pessoais e psicológicas pertencentes ao indivíduo. A satisfação de necessidades parece ser um elemento-chave do bem-estar psicológico (Ryff & Keys, 1995).

Esta perspetiva é caracterizada segundo seis dimensões, nomeadamente: (1) auto-aceitação (possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspetos de sua personalidade); (2) relacionamento positivo com outras pessoas (possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e satisfatórios com outras pessoas); (3) autonomia (ser Auto determinante, independente, avaliar experiências pessoais segundo os seus próprios critérios); (4) domínio do ambiente (ter competência para escolher ou criar o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais); (5) propósito de vida (ter senso de direção, propósito e objetivos na vida); e (6) crescimento pessoal (perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e estar aberto a novas experiências) (Ryff, 1995).

### **3 - Prevenção: Fatores de Risco e Fatores Protetores**

#### **3.1 - Prevenção**

Da relação entre fatores de risco e fatores protetores resulta uma maior ou menor " capacidade do indivíduo para uma adaptação bem-sucedida, funcionamento positivo ou competências na presença de uma situação de adversidade, envolvendo múltiplos riscos e ameaças internas e externas ou, ainda, a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada". Por outras palavras, a relação entre fatores de risco e fatores protetores influenciará os níveis de resiliência (Moreira, 2002).

O campo de estudo da ciência preventiva constitui a base científica necessária para uma implementação eficiente e sustentada de programas preventivos. De entre as áreas científicas e profissionais que se têm debruçado sobre este campo de estudo contam-se a saúde pública, a enfermagem, a psicologia, o serviço social, a medicina e o desenvolvimento da criança e da família. O contexto educativo apenas abraçou a ciência preventiva um pouco mais tarde. Foi neste contexto, o qual fomentou a ligação entre a ciência preventiva e as intervenções escolares, que surgiu a área emergente da promoção de competências pessoais e sociais.

Esta área emergente, apesar do seu cariz interdisciplinar, começou por estar particularmente ligada à saúde mental, tanto no que se refere aos esforços preventivos como à avaliação dos seus resultados (Merrell, 2010).

Na comunidade escolar têm surgido programas que se destinam a promover a resiliência, como meio de possibilitar um aumento da participação e de bem-estar nos sujeitos. São sobretudo programas, que têm como enfoque o aumento da capacidade de comunicação, da resistência, à influência do grupo de pares, das escolhas de estilos de vida saudáveis, e outras competências pessoais e sociais.

O conceito de resiliência não é um conceito simples, tem a ver justamente com as razões por que algumas pessoas conseguem organizar-se para lidar com a diversidade. Pode ser particularmente importante em períodos de transição como, por exemplo, a que ocorre em alguns momentos de viragem das vidas dos sujeitos: na entrada para a escola, na adolescência ou na entrada no mundo do trabalho.

Estes programas incluem conteúdos como a comunicação interpessoal, verbal e não-verbal, a resolução de problemas e gestão de conflitos, as competências sociais básicas e complexas, as estratégias de lidar com o stress, as estratégias para lidar com a ira, as estratégias de planeamento e de tomada de decisão. E apresentam-se, na sua forma e orientação teórica, com estrutura semelhante aos que foram utilizados com a promoção de competências pessoais e sociais (Matos, 1998; Matos, Simões & Carvalhosa, 2000)

Falar em prevenir é falar da expressão latina "prevenire" (antes de vir), ou seja, antes de vir uma determinada condição, o que significa procurar que determinada condição prejudicial ao indivíduo não chegue a acontecer.

As intervenções preventivas foram inicialmente concetualizadas em três níveis: Prevenção Primária, Secundária e Terciária; mais tarde preferiu-se falar de prevenção universal, seletiva e precoce (indicada).

Para nos centrarmos nesta última classificação, uma ação de Prevenção Universal tem a ver com uma intervenção genérica destinada a populações com e sem risco identificado (exemplo todas as crianças de um país, ou, a um outro nível, todas as crianças de uma escola).

Por outro lado, a Prevenção Seletiva tem a ver com a intervenção em grupos de risco (exemplo crianças de bairros com situações de pobreza e exclusão social).

Por fim, a Prevenção Precoce ou Indicada tem a ver com intervenções imediatas, ao primeiro sinal de alerta associável ao problema.

Na prática, na Prevenção Seletiva trabalha-se com grupos de risco, havendo nesses grupos pessoas com e sem problemas, ao passo que na Prevenção Precoce ou Indicada, a identificação das pessoas em risco é feita a nível individual por isso todos os incluídos na intervenção têm já, no mínimo, sinais identificados como precursores dos problemas.

Recentemente tem-se falado de Prevenção Quaternária. A Prevenção Quaternária, visa evitar que as pessoas sejam submetidas a intervenções excessivas ou inapropriadas, por exemplo intervenções escusadas (inúteis, sobre dimensionadas ou duplicadas) ou intervenções não avaliadas (porque “sim”, ou porque alguém acha que “faz bem”, ou porque alguém “conseguiu um financiamento”, ou ainda porque “está na moda”, ou porque “apareceu uma teoria”) ou intervenções anteriormente avaliadas negativamente.

Associado ao conceito de prevenção, aparece o conceito de fatores associados ao risco e fatores associados à proteção, que possam influenciar o aparecimento de determinada condição.

Os Fatores de Risco são aqueles que podem aumentar a probabilidade do sujeito vir a sofrer de uma condição que pode ser prejudicial para o seu desenvolvimento. Os Fatores Protetores têm uma dinâmica na direção oposta.

A relação entre fatores de risco e fatores protetores é complexa e mediada por características pessoais, pelos contextos de vida (por exemplo: família, escola, trabalho e comunidade) e pelos acontecimentos de vida.

Não é fácil, e está fora do âmbito de uma intervenção educativa ou psico-educativa atuar diretamente sobre características do tipo genéticas e biológicas. No entanto, considerasse que estes fatores não podem ser encarados como únicos responsáveis pelo aparecimento de problemas na criança/jovem, sendo o envolvimento familiar um fator preponderante.

O ambiente familiar, as competências parentais e a relação conjugal são factores que podem influenciar o aparecimento de problemas na infância/juventude. Se estes fatores

surgirem associados a condições de desvantagem económica (e também fracas condições de habitação, dificuldades de acesso à educação, desemprego, famílias monoparentais, etc.), a probabilidade de surgimento de problemas emocionais na criança/jovens aumenta significativamente.

Segundo Moreira, 2002 a conjugação destes fatores com a exposição a acontecimentos de vida negativos (traumáticos) pode determinar o aparecimento de perturbações psicológicas nos jovens. Vários estudos referem que, para além da severidade do acontecimento negativo, a sua quantidade em determinada altura é determinante para o aparecimento de perturbações, aparecendo situações agravadas quando o número de acontecimentos de vida negativos excede quatro, independentemente da sua gravidade.

Pelo contrário, a existência de fatores protetores, permite a redução dos efeitos dos fatores de risco. São exemplos de fatores protetores as competências parentais, a comunicação positiva com a criança e jovens, as características individuais das criança e jovens (autoconceito elevado e realista, capacidade de comunicação interpessoal e resolução de problemas).

A relação próxima que existe entre fatores protetores e resiliência justifica a importância dada à utilização de estratégias preventivas que tenham como objetivo o desenvolvimento dos fatores protetores e dos níveis adaptativos de funcionamento.

A intervenção ao nível dos fatores protetores permite ajudar os jovens a serem mais resistentes perante as adversidades, optando assim por escolher respostas mais adaptativas e benéficas, ser resilientes.

### **3.2 - Fatores de Risco**

Por Fatores de Risco entende-se "um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de abandono escolar/absentismo" (Moreira,2002).

No que diz respeito à delinquência juvenil, existe uma grande diversidade de fatores de risco, sendo enumerados por diferentes autores de diversas maneiras, ou seja, estes nem sempre são coerentes na nomenclatura que utilizam para categorizarem os mesmos fatores de risco.

Hawkins, (1992), dividiram os fatores de risco em dois grandes grupos, fatores de risco contextuais e fatores de risco individuais e interpessoais.

Os fatores de risco contextuais, estão relacionados com as leis e as normas, com a disponibilidade para as drogas, ligação a pares que consomem drogas, dificuldades económicas e comunidades residenciais desorganizadas.

Os fatores de risco individuais e interpessoais englobam os fatores fisiológicos, como influências bioquímicas e genéticas, famílias aditas, práticas de gestão e conflito familiar, laços frágeis com a família, problemas comportamentais persistentes e precoces, insucesso escolar, baixo envolvimento escolar, rejeição pelos pares, alienação e rebeldia, atitudes positivas quanto ao uso de drogas e ao início precoce do consumo de drogas.

A impulsividade é um desses fatores de risco, e pode ser definida como uma predisposição para reações rápidas e não planeadas, quer a estímulos internos, quer a estímulos externos, sem ter em conta as consequências negativas dessa reação, quer para o próprio, quer para os outros.

Neste sentido, a impulsividade está relacionada com a falta de cumprimento, ambições ou planos pessoais a longo prazo.

Assim, a impulsividade comportamental é um forte preditor para o comportamento delinvente, em comparação com a impulsividade cognitiva.

O conceito de impulsividade tem sido objeto de diversas abordagens em diferentes contextos teóricos (Kendall & Finch, 1979). A abordagem psicanalítica da impulsividade acentua a questão do controle dos impulsos, a interiorização das regras de conduta segundo o princípio da realidade, a formação do Superego e o fortalecimento do Ego. Outros autores abordam a impulsividade como um traço temperamental geneticamente determinado, estável e consistente face a variações situacionais.

Os teóricos da aprendizagem, pelo contrário, insistem em que o comportamento impulsivo é aprendido e suscetível de ser modificado em função das leis do condicionamento.

A revisão dos estudos conceptuais e empíricos sobre a impulsividade revela-nos uma razoável variedade de definições, sendo de salientar que a maior parte delas é expressa pela negativa: agir sem pensar; incapacidade em inibir ou adiar uma resposta; dificuldade em tomar em consideração as aprendizagens anteriores e em prever consequências futuras; falta de persistência na realização de tarefas; falta de planeamento da ação; dificuldade em controlar as suas emoções; falta de concentração; falta de controlo motor; falta de autocontrolo.

A definição da impulsividade pela sua negativa leva obrigatoriamente à consideração dos conceitos apontados como sendo o oposto: autocontrole, autorregulação, controle de impulsos e reflexividade são os mais frequentemente citados na literatura.

Como se pode ver pelas breves definições explicitadas, a impulsividade é um conceito que aparece associado a uma variedade de dimensões comportamentais: social, interpessoal, emocional, cognitiva, motora, para citar apenas as mais tradicionalmente consideradas.

Neste sentido a aprendizagem e interiorização das regras de conduta é também um processo que conduz ao controle do comportamento.

Os estilos cognitivos pretendem descrever e explicar as diferenças inter individuais no processamento da informação e na realização cognitiva, o que implica a consideração dos fatores motivacionais e de personalidade (Kagan, 1983).

De acordo com a perspectiva cognitivo-comportamental a impulsividade é abordada como um comportamento, ao qual aparecem associados problemas de autocontrole. Os comportamentos impulsivos de crianças e jovens interferem negativamente nas suas relações interpessoais, na sua realização escolar e de uma forma geral nas suas estratégias de resolução de problemas (Kendall & Finch, 1979).

Segundo a perspectiva cognitivo-comportamental, o autocontrole será o conceito oposto ao de impulsividade, sendo ambos definidos através de duas componentes (Kendall & Wilcox, 1979): a Componente Cognitiva diz respeito à resolução de problemas ou ao planeamento e a avaliação da ação, implicam a utilização de competências cognitivas, como, por exemplo, observação e análise das diversas soluções alternativas, auto-observação, auto avaliação; a Componente Comportamental corresponde à sua execução, uma vez planeada a ação, implica que outros comportamentos inadequados sejam inibidos; crianças e jovens impulsivos têm dificuldade em concentrar a sua atenção na situação, do que decorre incapacidade em resolvê-la.

A perspectiva cognitivo-comportamental concentra os seus esforços no aperfeiçoamento de técnicas de intervenção eficazes para modificar o comportamento impulsivo. Um programa de intervenção será tanto mais eficaz, quando inclui técnicas comportamentais (contingência, reforço, modelagem) e cognitivas (treino de estratégias cognitivas treino de auto-instrução).

### 3.3 - Fatores Protetores

Por fator protetor entende-se "um atributo ou característica individual, condição situacional e contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de um comportamento desajustado" (Moreira, 2002).

Chita (2010) caracteriza os fatores de proteção em três categorias, Fatores de Proteção Individuais, Fatores de Proteção Familiares e Fatores de Proteção relacionados com o Suporte Social.

Em relação à primeira categoria, ou seja, aos Fatores Protetores Individuais, estão presentes fatores como o temperamento do indivíduo e características da personalidade, como o nível de atividade, a capacidade de reflexão no confronto com novas situações, competências cognitivas e respostas positivas às necessidades dos outros.

Aos Fatores de Proteção Familiares estão relacionados a coesão familiar, a afetividade e presença de uma figura adulta que preste cuidados, quer sejam os avós, tios, ou outros familiares, que assumam o papel parental na ausência dos pais, ou em situações de conflito conjugal ou separação.

Por fim, os Fatores de Proteção relacionados com o Suporte Social podem dizer respeito ao suporte fornecido por uma figura substituta da mãe, uma instituição ou um professor.

Os fatores de proteção identificados foram a orientação positiva em relação à escola, valorização dos resultados escolares, atitudes favoráveis em relação à saúde, intolerância face ao desvio, relações favoráveis com os pares e com outros adultos, percepção da existência de um sistema de regulação de comportamento por parte das figuras parentais e amigos com um comportamento pró-social e convencional (Teixeira, 2004).

A orientação social positiva, o quociente intelectual elevado, o temperamento resiliente, as relações calorosas e afetivas, a adesão a linhas convencionais de atuação, as crenças adequadas e precisas quanto aos comportamentos estandardizados são alguns dos fatores de proteção, que, de certo modo, podem atenuar a predisposição dos jovens aos fatores de risco, sendo eles delinquentes ou não delinquentes (Teixeira, 2004).

### 3.4 - Programas de Prevenção

A literatura revela uma preocupação crescente na busca de soluções e formas alternativas de convívio com os conflitos numa perspectiva duplamente vantajosa, de convívio com situações geradoras de stress e com impasses, de convívio com as emoções, de definição de expectativas positivas e realistas face ao futuro, de desenvolvimento de um espírito de empreendedorismo e de participação social e uma preocupação crescente de tornar as intervenções ecológicas com integração de todos os cenários e atores envolvidos, na definição de problemas e na tentativa da sua resolução.

Em Portugal, a área da promoção das competências sociais começou na década de 90 a atrair inúmeros profissionais devido à necessidade, sentida, de implementação dos mesmos, tanto em contexto escolar como em contexto comunitário, o que é revelador da sua elevada validade social.

Não obstante ter surgido um número muito significativo de programas universais ou conjunto de atividades promotoras destas competências desenvolvidas por diversas entidades (ex.: ARISCO, Juntas de Freguesia), a publicação de estudos relativos à eficácia das mesmas é quase inexistente até à data, excetuando os trabalhos publicados por Matos (1997), Moreira, Crusellas, Sá, Gomes e Matias (2010), Pereira e Moreira (2000) e Vieira (1997). A promoção de competências pessoais começou por se focar, predominantemente, no treino de competências sociais, tendo surgido de forma mais expressiva em 1997, com a publicação pelo Ministério da Educação, do Manual do Programa de Promoção e Educação para a Saúde, coordenado por Matos (1997).

Programa pioneiro em Portugal apresentava como vetores: a importância do caráter preventivo e promotor de competências, por oposição a intervenções mais remediativas; a utilidade destas competências serem promovidas em contexto escolar com grupos sociais “naturais”, com o intuito de se intervir não só com o indivíduo, mas também sobre o seu ambiente relacional e a necessidade de formação de professores para implementação do programa.

Os seus conteúdos baseavam-se na comunicação interpessoal verbal e não-verbal, na resolução de problemas e gestão de conflitos e na promoção de competências sociais básicas e de assertividade.

A promoção de competências pessoais e sociais tem como objetivo geral ajudar os indivíduos no desenvolvimento das suas capacidades pessoais e relacionais, permitindo uma

reflexão sobre o modo de se relacionar consigo mesmo, com os outros e com as situações do dia-a-dia, encontrando alternativas adequadas a cada situação (Matos, 1998; 2005).

Dada a relevância de treinar competências de vida, coloca-se a questão de como equacionar o desenvolvimento de competências em contextos de realização. Sabendo que as competências psicológicas se aprendem e se automatizam através da demonstração, da modelagem e da prática (Gould & Carson, 2008), criar oportunidades de aprendizagem e de transformação pessoal será um dos pilares do desenvolvimento/aprendizagem de competências.

Estas oportunidades de aprendizagem podem surgir através de projetos estruturados e organizados que visem o treino de competências específicas.

De seguida define-se algumas das propostas existentes na literatura.

O programa de Promoção de Experiências Positivas em Crianças e Jovens (PEP-CJ), da autoria de Gomes (2010), o programa Instrutivo para a Educação e Libertação Emocional (PIELE), da autoria de Hernández e Hernández (2001), o programa de Promoção de Competências Sociais coordenado por Matos (1997) ou o Programa GOAL - *Going for the Goal*, coordenado por Danish (1997) são apenas quatro exemplos de propostas de intervenção intencional, sistemática e rigorosamente planificada, que procuram ativar competências, ajudando crianças e jovens a desenvolver ao máximo as suas capacidades pessoais e relacionais (Matos, 2005).

Representando uma oportunidade de socialização para crianças (até aos 10 anos) e jovens (com mais de 10 anos), o programa de Promoção de Experiências Positivas em Crianças e Jovens (PEP-CJ) promove o desenvolvimento de seis competências identificadas como importantes na educação de jovens (Gould & Carson, 2008): gestão de *stress*, motivação, gestão do tempo, resolução de problemas, comunicação e trabalho em equipa.

Organizado em módulos, o PEP-CJ decorre em quatro etapas distintas de intervenção: (a) educação e formação: sensibilizar os participantes para a importância do módulo e da competência a trabalhar; (b) treinar e automatizar: ajudar os participantes a adquirir e simular a competência em causa; (c) transferência: incentivar os participantes a aplicar a competência numa dada situação concreta das suas vidas; e (d) generalização: estimular os participantes a utilizar a competência em causa em diferentes situações de vida. Seguindo uma lógica de intervenção centrada na promoção dos recursos e potencialidades dos participantes, o PEP-CJ já foi implementado em contexto escolar e de desporto escolar, tendo sido avaliado como eficaz (Gomes & Marques, 2012; Gomes, Ramalho, & Dias, 2010).

O programa Instrutivo para a Educação e Libertação Emocional (PIELE) surgiu em Tenerife na Universidade de *La Laguna*, com o intuito de promover o desenvolvimento afetivo e social de crianças e jovens (entre os 10 e os 15 anos) em contexto escolar.

Através da compreensão, da comunicação e da colaboração com os outros, contribui para uma educação integral e prepara as crianças/jovens não só para conhecer e pensar, mas também para saber viver. Pretendendo potenciar o ajustamento e a socialização através da promoção de um autoconceito positivo, da capacidade de tolerância e de superação de problemas, o programa organiza-se à volta das seguintes unidades: (a) introdução: em busca do tesouro; (b) os medos; (c) o autoconceito; (d) o que nos põe tristes; (e) tolerância à frustração; (f) superação de problemas; (g) a culpabilidade; (h) como fazer melhor; (i) atitude positiva face à aprendizagem; (j) como tirar proveito do estudo; (k) a amizade e as relações com as outras pessoas; (l) a família: a relação com os meus pais; e (m) revisão do trabalho e plano para o futuro.

O programa de Promoção de Competências Sociais, concebido pela equipa da Universidade Técnica de Lisboa, foi editado pelo Ministério da Educação, enquadrado no Programa de Promoção e Educação para a Saúde. Dirigindo-se a crianças nos primeiros anos de escolaridade, adolescentes do ensino secundário e adolescentes tutelados, com idades compreendidas entre os 8-10 anos e os 13-15 anos, o programa visa o desenvolvimento de capacidades pessoais e relacionais, permitindo a cada indivíduo refletir sobre o modo como se relaciona com os outros, encontrando alternativas adequadas à situação em causa (Matos, 1997, 1998; Matos, Simões, & Carvalhosa, 2000).

O programa incide sobre alguns aspetos da comunicação não-verbal no que se refere à postura, espaço interpessoal, gesticulação, expressão facial, contato visual, aparência física, sorriso e voz; da assertividade no tocante a cumprimentar, responder a pedidos difíceis, dar e receber elogios, exprimir desacordo, defender uma opinião, convencer alguém, lidar com a injustiça, lidar com a recusa e da resolução de problemas sociais no que respeita compreender a pensar, procurar alternativas, antecipar consequências, escolher alternativas, aplicação das alternativas escolhidas, avaliação das consequências de acordo com Nogueira, 2000, citado por Matos, 2005.

De acordo com Matos (2005), o programa desenrola-se ao longo de 12 sessões, contemplando cada sessão momentos de dramatização, diálogo em grupo, resolução de problemas, vivência de situações sociais, jogos de cooperação, retorno à calma/relaxamento, comentários acerca da sessão e indicação de trabalhos de casa. Os resultados da sua avaliação

sugerem que o programa originou uma evolução positiva nos participantes, produzindo um efeito preventivo em termos de ocorrência de comportamentos antissociais/indisciplina (Matos, 1998, 2005).

O programa GOAL - *Going for the Goal*, da Virginia Commonwealth University (EUA) foi traduzido e adaptado para português por uma equipa coordenada por Cruz em 1998. Esta proposta de intervenção destina-se a crianças e adolescentes entre os 10 e os 14 anos com problemas comportamentais. Em contexto de intervenção escolar, procura promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, focando-se na: (a) identificação de objetivos de vida positivos; (b) importância do participante se centrar no processo de concretização de objetivos; (c) utilização de um modelo geral de resolução de problemas; (d) identificação de comportamentos que podem comprometer a saúde e que podem impedir a obtenção dos objetivos; (e) identificação de comportamentos de promoção de saúde que podem facilitar a concretização dos objetivos; (f) importância de procurar e criar estruturas de apoio social; e (g) identificação de formas de transferir estas competências de uma situação ou contexto de vida para outros (Dias *et al*, 2001).

Desenrolando-se ao longo de 10 sessões, as atividades de carácter essencialmente lúdico conduzem os participantes a uma reflexão individual sobre a forma como cada qual se vê no mundo, bem como sobre as relações consigo e com os outros.

#### 4 - Considerações Finais

Em forma de reflexão, para que este sentido de inclusão e coesão ganhe consistência, é muito importante que a mesma, no âmbito da sua autonomia promova a saúde das crianças/jovens, não só através da preservação da mesma, como da prevenção.

A revisão bibliográfica mostra que quando se promove ativamente a saúde das crianças e jovens, esta ação proporciona uma melhoria dos seus resultados académicos e a sua qualidade de vida em geral.

Refletir 14 anos de vida profissional significam trazer à luz alguns aspetos, situações e momentos que ocorreram durante esse tempo. Muita coisa acaba por ficar na sombra: o esforço investido, o entusiasmo e alegria que deram alma às diversas tarefas/atividades que desenvolvi, o gosto e o prazer pela atividade profissional e pelos cargos que desempenhei, o tempo que “consumi” na relação pessoal com cada um que fui encontrando e com quem tantas vezes partilhei fracassos e pequenas vitórias do dia-a-dia, não são totalmente (nem tão pouco) transmitidos ao papel.

Procurando situar-me num espaço temporal mais marcante da minha carreira profissional, diria que esse marco remonta a 2004/2005, ano em que realizei um curso de Promoção de Competências de Relacionamento Interpessoal, com a Professora. Doutora Margarida Gaspar de Matos e que me permitiu um bom grau de conhecimentos da evolução na prática da intervenção por mim efetuada, que a licenciatura não me havia proporcionado. Utilização de metodologias ativas, efetivas, com atividades de modelagem, aprendizagem colaborativa, ensaio/prática role play, tempestade de ideias.

A reflexão sobre a experiência conduz-me a reforçar a exigência de integrar as práticas profissionais. É preciso parar para pensar o percurso percorrido e para onde queremos ir.

A aprendizagem ao longo da vida tornou-se o elemento chave para controlar o futuro a nível profissional e pessoal, permitindo às pessoas participar na sociedade como cidadãos ativos e proativos (MacBeath, & al, 2005).

Ser Psicóloga é estar vulnerável à crítica indiscriminada, que trata todos por igual. Por isso este foi o tempo de parar para pensar que só a vivência do que nos preocupa, o respeito pelo que fazemos e somos nos permite crescer e ultrapassar o medo de falhar. Os medos e as incertezas foram muitos, mas as aprendizagens foram maiores.

Este relatório, serviu de suporte ao meu desenvolvimento profissional, à reflexão, tornando-se o ponto de partida para uma consciência profissional mais informada e reflexiva,

que abre caminho para outra atitude e outro desempenho profissional - ser mais participativa, colaborar na aferição em estudos, visto ter desenvolvido o meu percurso profissional na periferia dos grandes centros, sinto necessidade de ter uma postura mais proactiva na colaboração de investigações que estejam a decorrer, visto cada vez mais ser necessário termos evidências do nosso trabalho e normalizarmos instrumentos de avaliação.

Apesar de um objetivo importante de programas preventivos ser reduzir a exposição das crianças e jovens a fatores de risco, a maior parte das vezes tal não é possível. Pretende-se que os participantes deste tipo de metodologia, possam ser capazes de expressar as suas opiniões em contexto grupal, adequadamente e que sejam também, capazes de discernir entre diferentes estilos de comunicação e relacionamento.

Devem adquirir, ainda a capacidade de pedir ajuda, ou seja, recorrer a outros em busca de auxílio e/ou resposta; e conseguir pensar previamente nas suas ações e possíveis consequências, bem como, a capacidade de criar respostas alternativas à resolução de problemas, sem ter de recorrer à violência e/ou conflito.

Devem entender, perceber e pôr em prática a importância das regras de conduta, relacionamento com os outros, para que esses mesmos relacionamentos melhorem.

Devem demonstrar-se menos agressivos devido à sua capacidade de autocontrolo e controlo da impulsividade (autorregulação). Devem fortalecer laços de amizade, sendo mais assertivos e lidarem com a frustração e injustiça, onde o espírito de iniciativa e a motivação escolar estarão mais evidenciados.

Importa salientar, que uma prevenção torna-se eficaz se se definir o que se quer diminuir - fatores de risco, bem como o que se quer incrementar - fatores protetores.

Contudo a descontinuidade dos recursos afetos ao nível da medida de prevenção de diminuição do abandono escolar/absentismo, não permitem dar sequência a um trabalho onde a relação de confiança que se estabelece com o grupo (alunos, professores e encarregados de educação) é essencial para o sucesso da intervenção - intervenção remediativa e não preventiva.

A vivência escolar deve ser vista como um construto multidimensional que envolve a família, os pares, a escola e a comunidade, estando as competências de autorregulação estão subjacentes na maioria dos comportamentos e qualidade associadas ao sucesso na adaptação escolar.

Ao longo do meu percurso profissional tenho conseguido perceber o quão abrangente e complexo é o tema Competências Sociais. Verifica-se que são muitos os fatores que determinam um desenvolvimento correto das competências sociais nos indivíduos.

É de referir que as competências sociais nas crianças/jovens são determinantes para um desenvolvimento saudável em diversos contextos (académico, familiar) e nas suas relações interpessoais.

É de fundamentar a importância de um trabalho individualizado para que as crianças e jovens se conscientizem da importância do acompanhamento na vida educacional e na interação entre família/escola/entidades, para se ter jovens mais preparados para a vida em sociedade.

Para fomentar boas práticas na promoção do sucesso escolar deve-se fomentar uma intervenção de forma individualizada e diferenciada de continuidade de modo a favorecer a conceção e implementação de programa de treino de competências pessoais e sociais para melhorar as competências com os outros.

Em síntese, pode-se dizer que competência social é um construto teórico, essencialmente avaliativo e que abrange as dimensões, individual e coletiva. Concretizando-se no comportamento adequado a determinada situação, observando-se apenas os seus efeitos e não a competência em si mesma.

Ao longo destes 14 anos de prática profissional, considero ter adquirido competências técnicas, científicas e relacionais que me permitiram crescer pessoal e profissionalmente e que me permitem desenvolver um trabalho no sentido da aprendizagem social e desenvolvimento de competências.

Assim, baseada nas atividades desenvolvidas e conhecimentos adquiridos, considero ter adquirido as seguintes competências:

- Trabalho em equipa: desenvolvi capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, tomando decisões tendo sempre em conta a opinião dos outros profissionais e demonstrando sempre disponibilidade na participação das actividades.

- Psicoterapias: adquiri competências na realização de várias dinâmicas de grupo, aplicando na prática a teoria abordada na licenciatura.

- Comunicação: desenvolvi competências de comunicação na relação com as crianças/jovens e família, interagindo com eles de maneira informal e formal, na utilização da escuta ativa, na realização de entrevistas.

- Formação: adquiri capacidade para fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional através da realização de uma formação que me permitiu ainda adquirir competências na planificação, execução e avaliação de sessões de formação na área de intervenção de aplicação de Programas de Promoção de competências

- Conhecimentos: aprofundei conhecimentos na área da Educação para a Saúde que me permitem a análise de situações complexas relativas a crianças/jovens e família, de forma fundamentada, sistemática e criativa.

- Intervenção: desenvolvi capacidade para selecionar o tipo de intervenção mais adequada, baseada nos diagnósticos elaborados.

- Desenvolvimento pessoal e profissional: desenvolvi a capacidade para descrever as atividades realizadas de forma crítica e reflexiva, com humildade para reconhecer as dificuldades e demonstrando abertura à mudança, no sentido de melhorar sempre o meu desempenho, num processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional.

- Gestão de conhecimentos: apliquei na prática conhecimentos provenientes da minha formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação que tenho realizado ao longo do meu percurso profissional.

Ao longo da vida e como condição inerente à própria vida, o direito e dever de aprendizagem devem, no meu entender, ser efetivos. Por outro lado, todas as experiências vivenciadas contribuem para nos tornar seres humanos diferentes e, esperamos, melhores.

De acordo com o que pensamos demonstrar ao longo do presente Relatório, a minha prática profissional foi sendo construída com experiências bastantes diversificadas e em campos de atuação muito distintos: intervenção em contexto hospitalar; formação profissional de jovens e adultos; intervenção comunitária; emergência social e intervenção escolar.

Detive, porém, sempre uma atitude de reflexão pessoal que me permitiu trilhar percursos, para nós, cada vez mais exigentes, técnica e academicamente, e abraçar desafios profissionalmente mais exigentes a cada passo do meu percurso.

O desempenho de funções em contexto escolar é um trabalho de relação por excelência até porque defendemos que a Escola deve ser vista enquanto espaço social e educativo.

O psicólogo clínico pode ter um papel fundamental na escola, numa ação socioeducativa, atuando no estreitamento da relação entre a escola e a família, na prevenção de comportamentos de risco.

O psicólogo pode constituir-se como mediador na comunidade educativa, na própria escola e entre a escola, as famílias e as comunidades num trabalho em equipa e com outros profissionais. Assim, em contexto escolar, é abrangente o espaço de intervenção do Psicólogo Clínico, em colaboração com os professores e restante comunidade educativa.

Contudo, ainda persiste uma luz ao fundo do túnel, pois é da esperança que nasce o sonho e se mantém acesa a chama que nos impele a lutar pelo nosso lugar no mundo, no encontro com o outro pois, segundo Carneiro (2001), é na esperança que se enraíza toda a produção humana e é a esta utopia que pertence o psicólogo clínico na escola.

Vivemos num mundo em constante mudança, como tal, não podemos ficar parados, acomodados ao nosso pequeno mundo. Neste percurso profissional, embora não tenha conseguido concretizar todas as aspirações que desejaria, não considero que o esforço tenha sido em vão.

Embora, por vezes, seja muito difícil afirmar o nosso lugar no mundo e as esperanças esmoreçam, acima de tudo, fica a dignidade e o conhecimento. Muitas vezes, são os fracassos, as derrotas que me impelem, que servem de trampolim para que continue a avançar, que me fazem refletir e contribuir para a mudança.

Fica expressa alguma dificuldade inicial na elaboração deste relatório principalmente por ser difícil condensar e descrever o essencial do trabalho desenvolvido ao longo de todo o meu percurso profissional.

A execução do relatório, constituiu um verdadeiro desafio pessoal e profissional e, embora o percurso tenha sido feito de momentos mais e menos bons, de momentos mais e menos fáceis, de momentos mais e menos motivadores, o balanço geral é o de uma vivência singular e enriquecedora.

Ao terminar este tempo de balanço, desejo que este trabalho de reflexão seja virado para o futuro e não para o passado. Espero ter sido capaz de o conceber como uma fase preliminar da (nova) ação. Ação que anseio empreender com outro olhar e as mesmas utopias.

## BIBLIOGRAFIA

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84(2), 191-216.

Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory: An agentic perspective*. *Annual Review of Psychology*, 52, 1–26.

Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). *Cultivating Competence, Self-Efficacy and Intrinsic Interest Through Proximal Self-Motivation*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.

Benavente, R. (2002). *Delinquência juvenil: da disfunção social à psicopatologia*. *Análise Psicológica*, 4, 637 – 645.

Benett & Murphy (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Carneiro, Roberto. (2001). *Fundamentos da Educação e da Aprendizagem*. Vila Nova de Gaia: Coleção FML.

Carvalho, M. (2003). *Entre as malhas do desvio: jovens, espaços, trajetórias e delinquências*. Oeiras: Celta Editora.

Delaroche, P (2006). *A Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Del Prette, Z. (1999). *Psicologia das habilidades sociais, terapia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.

Fachada, M. (2010). *Psicologia das relações interpessoais*. 1.<sup>a</sup> Edição, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Ferreira, P. (1997). *Delinquência juvenil, família e escola*. *Análise Social*. 17, 913-924.

Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjetivo - Factores Cognitivos, Afetivos e Contextuais*. Coimbra: Quarteto Editora.

Lopes J. et al. (2006). *Competências sociais: aspetos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios.

Loureiro, Cândida. (2011). *Treino de competências sociais - uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (6), 7-14.

Machado, P., Veríssimo, M., Torres, N., Peceguina, I., Santos, A., Rolão, T. (2008). *Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências*

*sociais e a aceitação entre pares*. *Análise Psicológica*, 3 (XXVI) – (pp. 463-478). Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa;

Machado, Wagner de Lara, & Bandeira, Denise Ruschel. (2012). *Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos*. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587-595.

Matos, M. (1993). *Perturbações do comportamento social*. (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Matos, M. (1997a). “*Aventura social*” *na multiculturalidade*. *Análise Psicológica*, 3(XV), 425-431.

Matos, A. (2012). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Matos, M. (1997). *Programa de Competências Sociais*. Lisboa: Ministério da Educação.

Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses, agora e em 4 anos*. Lisboa: FMH/UTL & CMDT/UNL;

Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses, agora e em 8 anos*. Lisboa: FMH/UTL & CMDT/UNL.

Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em 2010*. Lisboa: FMH/UTL & CMDT/UNL.

Matos, M. G. (2005). *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Matos, M., Simões, C. & Carvalhosa, S. (Org). (2000) *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa, FMH/ Instituto de Reinserção Social - Ministério da Justiça: Lisboa.

Matos, M.G; Negreiros, J, Simões, C, Gaspar, T (2009) *Violência, Bullying e Delinquência*. Lisboa: Coisas de Ler.

MacBeath, J., Schratz, M., Meuret, D., e Jakobsen, L. B. (2005). *A História de Serena. Viajando Rumo a uma Escola Melhor*. Porto: Edições ASA.

Ministério da Educação (2005). *Relatório de Preliminar, do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual*, constituído a partir do Despacho nº 19 737/2005, do Gabinete da Ministra de Educação: Lisboa. Consultado em Outubro, 13, 2015;

Ministério da Educação, (2007a). *Relatório de Progresso, do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual*, constituído a partir do Despacho nº 19 737/2005, do Gabinete da Ministra de Educação: Lisboa. Consultado em Outubro, 14, 2015;

Ministério da Educação, (2007b). *Relatório Final, do Grupo de Trabalho para a Educação Sexual*, constituído a partir do Despacho nº 19 737/2005, do Gabinete da Ministra de Educação: Lisboa. Consultado em Outubro, 15, 2015.

Moreira, P., (2002) *Para uma prevenção que Previna*. Lisboa, Quarteto Editora;

Navarro, M. (1989). *Revista Saúde e Escola*. Refletindo sobre formação Pós-graduada em Saúde escolar nº4.

Negreiros, J. (1990). *Comportamentos desviantes. Psicologia do desenvolvimento e educação de jovens*. Lisboa: Universidade Aberta.

Negreiros, J. (2001). *Delinquências juvenis: trajetórias, intervenções e prevenção*. Lisboa: Notícias Editorial.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde, Versão portuguesa "*Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública*", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada, Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Silva, A. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes*. Climepsi Editores: Lisboa.

Raimundo, R. (2012). *Devagar se vai ao longe - Avaliação da eficácia e da qualidade da implementação de um programa de promoção de competências sócioemocionais em crianças* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.

Simões, A. Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A. & Oliveira, A. (2000). *O bem-estar subjetivo: Estado atual dos conhecimentos*. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.

Teixeira, J. (2004). *Factores de risco e factores de proteção de comportamentos delinquentes em adolescentes do Grande Porto*. *Artigos*, 6, 9-15.

Teixeira, J. (2007). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.