

AVENTURA DA PARENTALIDADE

A Família é onde nossa história
Começa. É com quem passamos os
momentos mais felizes. Viva a
Família. O amor nunca termina

Obrigado família!



TÂNIA GASPAR

CLÁUDIA GARCIA

LÍDIA SANTOS



BARRO e ZIMAS
de Intervenção
Psicológica de Lisboa

AVENTURA
SOCIAL
ASSOCIAÇÃO

nuclisol
para pagar

Aventura da Parentalidade

Autores

Tânia Gaspar - Aventura Social Associação

Cláudia Garcia - Nuclisol Jean Piaget

Lídia Santos - Aventura Social Associação

2016

BIPZIP Lisboa

Ref: 052



nuclisol
jean piaget

Prefácio

A relação dos pais com os filhos tem uma importância fundamental para o bem-estar e qualidade de vida de ambos.

A relação pais-filhos reveste-se de características muito especiais, um pai/mãe não é (apenas) um amigo, não é (apenas) um professor, não é um apoiante incondicional, não é um patrão, não é um dono....o amor é incondicional mas os limites têm de existir e devem ser suaves mas firmes, e a relação não se deve esgotar na sua “regulação”, deve permitir usufruto e bem-estar partilhado.

Muito se tem escrito sobre a suposta tumultuosa relação entre pais e filhos e a pergunta é se terá de ser assim? É difícil duas pessoas partilharem um espaço e um tempo de vida, sendo autónomas e responsáveis, focadas num desenvolvimento positivo de todos. Esta relação e “as suas regras de jogo” começam a ser definidas muito cedo na vida das crianças e é essa relação consolidada precocemente que vai depois dar “frutos”.

Às vezes tudo corre bem, com pequenos acidentes sem grande impacto. Outras vezes corre menos bem, ou com períodos difíceis. Há ainda vezes onde as coisas começam a correr mal, sem que tenha necessariamente que haver os “maus “ e os “bons” e que a culpa seja “ deste ou daquele”.

Apesar de se considerar que os pais se preocupam cada vez mais com os filhos, com a sua educação e com a sua felicidade, a verdade é que a sociedade parece que cada vez mais se torna “pouco amiga das famílias”, sendo muitas vezes difícil conciliar de modo gratificante todas as rotinas do dia a dia envolvidas na vida familiar e laboral.

É para prevenir situações de frustração e de exaustão emocional, e para ajudar as famílias a fazer a travessia do crescimento dos filhos com gosto e usufruto que se justificam programas como este , que se propõem acompanhar os pais (e filhos) e dar um contributo muito partilhado para que os maus bocados se transformem em desafios e não se cristalizem em problemas.

Este programa tem uma componente de formação e uma componente de avaliação, na linha do que é tecnicamente correto, aproximando a intervenção no terreno com a investigação e providenciando a validação das intervenções.

Um repto aos profissionais envolvidos para continuar e disseminar os seus resultados e “institucionalizar” estes procedimentos de modo a cada vez mais famílias poderem usufruir.

Margarida Gaspar de Matos

Psicóloga Clínica e da Saúde

Professora Catedrática da FMH/ Universidade de Lisboa

Agradecimentos

À direção da Nuclisol e equipa da Nuclisol UDI Bairro do Condado - Marvila

À equipa de coordenação dos projetos BIP ZIP

Aos parceiros ACULMA e SEA - agência de empreendedores sociais

Às formadoras da Aventura Social Associação Ana Rita Santos, Ana Martins e Melissa Ramos

À colaboração da Daniela Orrico

Às educadoras, professoras e auxiliares, pais, alunos, e parceiros da rede social que participaram no projeto

Índice

Introdução.....	6
Enquadramento.....	7
Perspetiva ecológica de intervenção Psicossocial	7
Intervenção - Programas de Promoção de Saúde	13
Intervenção Social.....	18
Parentalidade.....	20
Projeto de Intervenção “Aventura da Parentalidade”	25
Realidade Social- Bairro do Condado - Marvila, Lisboa.....	25
Metodologia.....	29
Participantes.....	29
Instrumentos	29
Procedimento.....	30
Resultados.....	38
Conclusão	43
Referências	46

Introdução

O projeto BIPZIP designado “Aventura da Parentalidade” teve por objetivos promover competências parentais, e promover maior bem-estar na relação Pais/família/filhos através de dinâmicas de educação formal e não formal junto de famílias.

O projeto teve como objetivos específicos: (a) Promover competências parentais ao desenvolver sessões de formação, com a duração de 60 minutos, organizadas de modo dinâmico através da análise de casos e da reflexão conjunta, com forte incidência nas questões da negociação e da vinculação afetiva; (b) Promover bem-estar nos pais/família ao desenvolver atividades de ocupação dos tempos livres na área do bem-estar, cultura e lazer de modo a capacitar para um estilo de vida saudável, com a tomada de consciência da importância de tempos próprios para os pais e filhos e aprofundamento do conceito de bem-estar individual. Promover o envolvimento dos pais no próprio desenho das atividades sendo os mesmos os construtores do processo de mudança; (c) Promover bem-estar na relação pais/família/filhos ao desenvolver atividades conjuntas entre pais e filhos que visam ser um ensaio das questões teóricas desenvolvidas, sensibilizando para a importância da existência de atividades que promovam o vínculo afetivo e a autonomia, e ao capacitar os pais para poderem multiplicar a sua aprendizagem como mediadores junto da comunidade.

Pretendeu ser um projeto participativo no qual as famílias foram agentes na construção de comunidades saudáveis e estruturadas, abordando, entre outros, os seguintes temas: Desenvolvimento humano; Diferentes tipologias familiares; Competências pessoais e sociais; Relação pais/ filhos ao longo do desenvolvimento; Estratégias de desenvolvimento de competências parentais; Educação para a saúde.

Teve como população-alvo direta - Pais/família/filhos (5 – 12 anos), e população-alvo indireta – Técnicos e Comunidade.

Além dos objetivos e atividades inicialmente propostos foram também atingidos outros objetivos indiretos, nomeadamente: Formação de técnicos; Psicoterapia de apoio a pais e famílias e Adaptação do programa a novas populações.

A presente publicação é constituída por um breve enquadramento concetual do projeto, seguido por um enquadramento do território BIPZIP da Câmara Municipal de Lisboa onde o projeto foi desenvolvido.

Num capítulo seguinte, o projeto é apresentado, assim como a sua metodologia, principais resultados e implicações para a prática no âmbito da promoção de saúde e promoção de competências parentais.

Enquadramento

Perspetiva Ecológica de Intervenção Psicossocial

O modelo biopsicossocial define saúde e doença como a combinação entre diversos fatores: fatores de origem biológica, fatores comportamentais, tais como, o estilo de vida, o *stress* e as crenças na saúde, e os fatores sociais, nomeadamente influências sociais, suporte social do grupo de pares, da família e da comunidade (*American Psychological Association*, 2003). Segundo Engel (1977) os fatores físicos, psicológicos e sociais interligam-se na saúde e na doença. O modelo biopsicossocial, ao contrário do modelo biomédico, não dá primazia aos indicadores biológicos, e defende que não é possível ter a compreensão de uma doença apenas com informação sobre um dos fatores (Leal, 2010; Leal, Pimenta, & Marques, 2012; Nutbeam, 1997; Pais-Ribeiro, 2010).

O modelo biopsicossocial aplica-se: (1) na estimativa do risco para uma doença específica tendo em conta comportamentos e ambientes promotores de saúde; (2) no processo de evolução de uma doença e na adaptação psicológica à doença, e (3) em terapias orientadas para o indivíduo, intervenção de mudança de comportamento e ainda em abordagens mais latas, como intervenções na comunidade e meios de comunicação (Baum, Tracey & Singer, 2012). Este modelo promove teorias e desenhos de intervenção mais eficazes, facilita o pensamento e intervenção multidisciplinar e propõe uma abordagem da saúde que considere múltiplas causas e efeitos.

Baum e Posluszny (1999) identificam três formas de como a saúde e a doença influenciam e são influenciadas por fatores psicológicos e comportamentais: (1) mudanças biológicas diretas que causam ou são causadas por processos comportamentais ou emocionais; (2) comportamento de risco para a saúde; (3) comportamentos associados à doença ou à possibilidade de adoecer.

Após se ter encontrado um consenso em relação à influência de fatores físicos, psicológicos e sociais na saúde e na doença, surge o desafio de compreender e transformar este conhecimento em teorias testáveis. Este desafio está essencialmente relacionado com a multidisciplinariedade e respetivas múltiplas abordagens conceptuais e metodológicas. Tem-se notado um aumento da investigação em psicologia da saúde, numa primeira fase a investigação centrou-se em problemas sociais, tais como, a violência contra as mulheres, o consumo de álcool e drogas e o *stress* laboral e numa segunda fase a perspetiva foi ir mais

além dos processos individuais e analisar as situações na relação da pessoa com o seu contexto social, nomeadamente, a família, escola, local de trabalho e comunidade. A perspetiva ecológica vem defender que os comportamentos de saúde são desenvolvimentais e que é fundamental compreender e contextualizar saúde e doença nas diferentes faixas etárias do desenvolvimento humano. A atenção dos psicólogos da saúde nos comportamentos promotores de saúde ganha relevo, desde que no final dos anos quarenta a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) defendeu que a saúde é mais do que a ausência de sintomas físicos de doença. Expandiu-se a definição da Organização Mundial de Saúde na compreensão do bem-estar como sendo o produto de uma complexa interligação entre fatores biológicos, socioculturais, psicológicos, económicos e espirituais. A promoção e manutenção de saúde envolvem um processo psicossocial na interface entre o indivíduo, o sistema de saúde e a sociedade (Pais-Ribeiro, 2010; Suls, Davidson, & Kaplan, 2010).

Identifica-se uma relação positiva entre as práticas saudáveis e a saúde. A Psicologia da Saúde e os programas de promoção de saúde podem ser ingredientes importantes para melhoria da saúde, redução dos riscos de doenças, gestão das doenças, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e populações e promoção das competências e autonomia nos indivíduos, famílias, organizações e comunidades. Contribui para a eficácia dos programas de promoção de saúde, para a clara identificação dos comportamentos de saúde da população-alvo e para a compreensão do seu contexto ambiental. Os programas e estratégias de promoção de saúde devem envolver modelos de planeamento e avaliação, os modelos e teorias de mudança de comportamento em saúde podem apoiar efetivamente essas tarefas (Suls, Davidson, & Kaplan, 2010).

Segundo Glanz (1999) podem-se organizar as teorias e modelos de mudança de comportamentos em saúde e suas aplicações a três níveis, tendo como base a perspetiva ecológica. A perspetiva ecológica defende que o comportamento é afetado e afeta numa relação bidirecional diversos níveis de fatores: os fatores intrapessoais, os fatores interpessoais, os fatores institucionais, os fatores comunitários e os fatores políticos.

Quadro 1 - Perspetiva Ecológica: níveis de influência (Glanz, 1999, pp. 18)

Conceito	Definição
Fatores Intrapessoais	Características individuais que influenciam o comportamento, tal como conhecimento, atitudes, crenças e traços de personalidade.
Fatores Interpessoais	Processos interpessoais e/ou pequenos grupos, incluindo a família, os amigos, colegas, que providenciam identidade social, apoio e definição de funções.
Fatores Institucionais	Regras, regulamentos, políticas e estruturas informais que podem constrianger ou promover comportamentos recomendados.
Fatores Comunitários	Redes sociais e normas ou padrões formais ou informais no seio dos indivíduos, grupos e organizações.
Fatores Políticos	Políticas e leis locais, regionais e nacionais que regulam ou servem de base a ações saudáveis e práticas para a prevenção, deteção, controlo e gestão de doenças.

Os modelos atuais de comportamentos relacionados com saúde, mais especificamente ao nível individual e interpessoal, são incluídos nas teorias cognitivo-comportamentais, que defendem que o comportamento é mediado por cognições e que o conhecimento/informação é necessário mas não é suficiente para a mudança de comportamento. Outros fatores psicológicos e sociais tais como as motivações e as perceções individuais e sociais também influenciam a mudança e manutenção dos comportamentos de saúde e que a mudança resulta da interação do indivíduo com o meio numa influência mútua.

Teoria da Organização Comunitária

Ao nível da intervenção comunitária surge a Teoria da Organização Comunitária que tem a sua origem nas teorias das redes sociais de apoio. Salienta a necessidade da participação ativa, crítica e desenvolvimento das comunidades, com o objetivo principal de avaliar e resolver os problemas psicossociais de saúde.

Como pilar desta teoria temos o *empowerment* dos indivíduos e da comunidade para a identificação de necessidades, para a procura de soluções e para a produção de

mudança. Segundo a teoria, a mudança de comportamento passa pela capacitação dos indivíduos e comunidades, a identificação de necessidades e promoção de competências. Os indivíduos e comunidades devem desenvolver um pensamento analítico e crítico face aos problemas, selecionar as prioridades tendo em conta os temas de mudança, as necessidades e as probabilidades de sucesso.

Quadro 2 - Teoria da Organização Comunitária (Glanz, 1999, pp. 35)

Conceito	Definição	Aplicação
<i>Empowerment</i>	Processo de ganhar competência e poder sobre si ou comunidade para produzir mudança.	Disponibilizar aos indivíduos e comunidades ferramentas e responsabilidade para tomar as decisões que os afetam.
Competência Comunitária	Capacidade da comunidade para se envolver na resolução de problemas.	Trabalhar com a comunidade para identificar problemas, criar consensos e atingir objetivos.
Participação e Relevância	Os participantes deverão ser ativos e o trabalho deve começar onde as pessoas estão.	Ajudar a comunidade a estabelecer objetivos dentro do contexto de objetivos pré-existentes, e encorajar uma participação ativa.
Seleção de Temas	Identificar assuntos de sucesso, simples como foco de ação.	Assistir a comunidade a examinar como podem comunicar as preocupações e se o sucesso é provável.
Consciência Crítica	Desenvolver a compreensão da causa dos problemas.	Guiar a consideração de problemas de saúde numa perspetiva lata dos problemas sociais.

Mais recentemente Michie, van Stralen e West (2011) apresentam um modelo compreensivo de mudança comportamental que denominam Roda de Mudança de Comportamento.

Roda de Mudança de Comportamento (RMC)- “The behaviour change wheel”

(Michie, van Stralen & West, 2011)

A Roda de Mudança de Comportamento (RMC) é uma abordagem baseada numa revisão sistemática sobre o comportamento e tem como questão de partida “quais as condições internas do indivíduo e do seu ambiente social e físico que precisam de ser alteradas para que um determinado comportamento seja atingido?” (Michie, van Stralen & West, 2011, pp 9). A RMC foi desenvolvido a partir de instrumentos teoricamente fundamentados e baseados na evidência, que permitem o desenho e seleção de intervenções e delineamento de políticas de acordo com: (1) a análise da natureza do comportamento; (2) os mecanismos que são necessários mudar para uma mudança de comportamento; e (3) intervenções e políticas que são necessárias para mudar esses mecanismos.

A RMC nasceu da necessidade de identificar tipo ou tipos de intervenção que sejam efetivas. Para tal torna-se necessário um sistema para caracterizar as intervenções que cubra todos os tipos de intervenções possíveis, associado a um sistema que emparelhe as intervenções com o comportamento que se pretende atingir, a população-alvo e o contexto no qual a intervenção vai ter lugar. Os autores propõem um modelo compreensivo e integrador que caracterize as intervenções e que possa ser aplicado a qualquer intervenção e que não inclua umas categorias muito vastas e outras muito específicas. As categorias do modelo devem ser coerentes e passíveis de se relacionar com mecanismos específicos de mudança de comportamentos. O *COM-B system* apresentado na figura 2 é um modelo compreensivo dos comportamentos que defende que para que ocorra a mudança de comportamento, é necessária e suficiente a existência de três fatores: (1) capacidade, ou seja competências psicológicas e físicas necessárias para realizar o comportamento, nomeadamente, conhecimento e competências; (2) motivação, ou seja, a intenção de realizar o comportamento que inclua processos emocionais e impulsivos de respostas assim como processos reflexivos de tomada de decisão; e (3) oportunidade, ou seja, que não se verifiquem fatores no contexto externo ao indivíduo, que impossibilitem a realização do comportamento. Neste sistema a interação dos três fatores resulta no comportamento que por sua vez re-influência os mesmo três fatores. Uma determinada intervenção pode mudar um ou mais componentes do sistema de comportamento. Este sistema não dá prioridade a uma perspetiva individual, grupal ou ambiental, os fatores intrapsíquicos e os fatores externos apresentam um estatuto igual no controlo do comportamento.

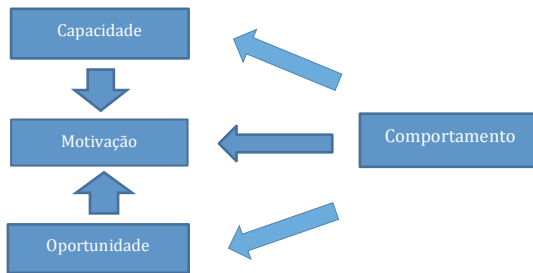


Figura 1 - COM-B system - modelo compreensivo dos comportamentos (Michie, van Stralen & West, 2011, pp.4)

Michie, van Stralen e West (2011) defendem que os três fatores se subdividem. No caso da capacidade divide-se em capacidade física e psicológica, a oportunidade divide-se em física e social e a motivação pode ser automática e reflexiva.

Como se verifica na figura 2 os autores defendem que se deve distinguir entre intervenções e políticas, considerando as intervenções como atividades que têm como objetivo a mudança de comportamento e compreendendo políticas como ações do poder político que permitam e apoiem as intervenções. Indicam nove intervenções possíveis, nomeadamente a educação, a persuasão, o incentivo, a coerção, a formação, a restrição a reestruturação do ambiente, a modelagem e a capacitação. O modelo organiza as políticas em sete tipos: comunicação/marketing, recomendações, políticas fiscais, regulação, legislação, planeamento ambiental e social e disponibilização de serviços de apoio.

Michie, van Stralen e West (2011) concluem que a RMC é um modelo que incorpora o contexto de forma natural, reconhece que o contexto é a chave para o desenho e implementação efetivos das intervenções. A componente oportunidade do modelo de comportamento é o contexto. Deste modo, o comportamento apenas pode ser compreendido na relação com o contexto e o comportamento num determinado contexto é o ponto de partida para o projeto de uma intervenção.

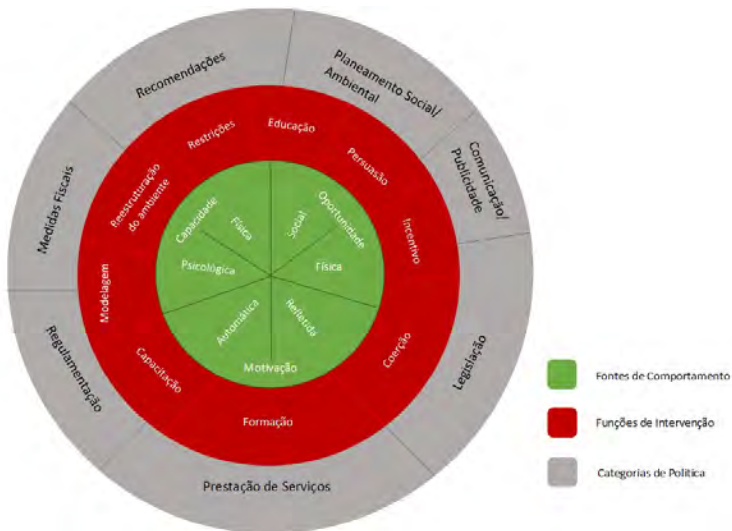


Figura 2 – Roda de Mudança de Comportamento - “*The behaviour change wheel*” (Michie, van Stralen & West, 2011, pp.7)

Intervenção - Programas de Promoção de Saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986) a promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para aumentar o controlo sobre a sua saúde e para a melhorar. Para alcançar um estado de bem-estar físico, mental e social completo, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de realizar sonhos e expectativas, satisfazer necessidades e ser capaz de mudar ou lidar com o ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso social e pessoal para a vida quotidiana. Deste modo, a promoção de saúde e da qualidade de vida implica uma abordagem desenvolvimental e uma abordagem ecológica (Bronfenbrenner, 2001; 2005). O desenvolvimento positivo e saudável, a potencial mudança de comportamento, crenças e atitudes, existem como consequências de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, fatores biológicos, psicológicos, família, comunidade, cultura, ambiente físico e nicho histórico. As regulações para um

desenvolvimento adaptativo emergem desta interação bidirecional, entre o indivíduo e o seu contexto, promovendo o bem-estar e qualidade de vida de ambos (Lerner, Almerigi, Theokas & Lerner, 2005; Lerner et al, 2005).

A eficácia da prevenção e promoção de saúde tem sido comprovada e está associada a um melhor funcionamento humano e a uma redução das dificuldades de gestão de *stress* (Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 2002). A intervenção de prevenção e promoção de saúde ao longo do ciclo de vida promove a qualidade de vida e diminui a mortalidade precoce, assim como a doença e a morbilidade (WHO, 2000; 2002b).

A prevenção tem como objetivo atingir um ou mais dos seguintes objetivos: (1) fazer com que um comportamento não saudável não ocorra; (2) retardar a adoção de comportamentos problema, especialmente em populações de risco; (3) reduzir o impacto de um comportamento não saudável; (4) fortalecer o conhecimento, atitudes e comportamentos promotores de bem-estar emocional e físico; e (5) promover políticas institucionais, comunitárias e governamentais promotoras de bem-estar emocional, social e físico de uma comunidade (Romano & Hage, 2000). Esta definição é consistente com a definição de Caplan (1964) que identificava as intervenções como primárias, secundária e terciárias e com a definição de Gordon (1987) que caracterizava as intervenções como universais, seletivas ou indicadas, relativas a populações sem risco, com risco e com indícios de comportamentos problema, respetivamente.

Uma intervenção preventiva serve de motor para o desenvolvimento positivo da saúde, bem-estar e saúde mental dos indivíduos, comunidades e países (WHO, 2002a; 2002b). Uma intervenção de prevenção e promoção de saúde bem-sucedida é geralmente conduzida por uma teoria/modelo, é relevante culturalmente, adequada em termos desenvolvimentais e pode ser realizada em diversos contextos (Nation et al., 2003).

A prevenção e promoção de saúde pretendem eliminar/diminuir as doenças “evitáveis”, atingir a equidade em saúde, eliminar disparidades em saúde, criar ambientes sociais e físicos promotores de saúde, promotores de um desenvolvimento saudável e de comportamentos de saúde ao longo da vida. A promoção de saúde mune os indivíduos de competências pessoais e sociais, tais como resolução de problemas, gestão de *stress* e emoções e promove a capacidade de viver com maior qualidade (U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Tem-se notado um aumento do foco na prevenção e de técnicas de planeamento em intervenções de promoção de comportamentos saudáveis. No entanto encontram-se falhas ao nível da conceptualização e avaliação de boas práticas, especialmente ao nível

ambiental. Esta situação torna difícil para investigadores e profissionais estabelecer padrões consistentes de intervenções eficazes (Hagger & Luszczynska, 2014).

Uma intervenção eficaz em promoção de saúde e prevenção de doença deve permitir: (1) identificar as necessidades dos indivíduos/comunidades e os recursos presentes na comunidade relativos a promoção de saúde/prevenção de doença, nomeadamente através da utilização de instrumentos de triagem para identificar situações em risco, da identificação dos recursos presentes na comunidade e ainda da identificação de lacunas nos serviços locais; (2) desenvolver programas de promoção de saúde/prevenção de doença para atender às necessidades/prioridades/lacunas identificadas, nomeadamente através da fundamentação das atividades dos programas de promoção de saúde/prevenção de doença, incorporando conceitos de promoção de saúde no planeamento do programa, definir um conjunto de objetivos a alcançar para cada atividade do programa, desenvolver a equipa (identificar e comunicar papéis, responsabilidades e tarefas) e ainda desenvolver estratégias para criar um vínculo entre os indivíduos e os recursos da comunidade; (3) implementar programas de promoção de saúde e prevenção de doença incluindo o envolvimento dos indivíduos/comunidade no estabelecimento de objetivos, promover a participação ativa dos indivíduos e comunidades na gestão da sua saúde, desenvolver atividades de divulgação para aumentar o raio de ação do programa; (4) avaliar programas de promoção de saúde e prevenção de doença através do desenvolvimento de indicadores que meçam objetivos criados no processo de planeamento, utilização de indicadores de monitorização do progresso relativo aos objetivos do programa de promoção de saúde e prevenção de doença e ainda desenvolver mecanismos eficazes e diversificados de recolha de informação. A avaliação de processo é importante para medir se os objetivos estão a ser alcançados e ajustar/reorientar os programas e estratégias necessárias para atingir os objetivos. Os resultados devem ser disseminados junto dos indivíduos/comunidade e junto da comunidade científica e profissional (Perry, 1999; WHO, 2014).

A OMS (WHO, 2000) conceptualiza avaliação de programas de intervenção como um processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em objetivos. É um processo organizativo para implementar atividades e para colaborar no planeamento, programação e tomada de decisão. Instituído o programa, este precisa de ser oferecido e acessível à população-alvo. Com isso, é necessário que a população aceite o programa e o utilize. Essa utilização resultará numa determinada cobertura da intervenção que, uma vez alcançada, produzirá um impacto (resultado populacional) sobre um comportamento ou sobre a saúde. Para que essas

etapas sejam devidamente avaliadas, torna-se imprescindível a escolha de indicadores, o que dependerá das características do próprio programa ou intervenção, podem ser considerados três tipos de indicadores de avaliação: estrutura, processo e resultado.

Os programas deverão promover as competências dos indivíduos, atuando de preferência antes que os sintomas se instalem. A intervenção deverá promover a diminuição do estigma, da discriminação, da exclusão social e da desigualdade de oportunidades. As intervenções deverão promover uma real participação e a competência das populações-alvo. O desenvolvimento psicossocial será assim um processo de otimização de capacidades de decisão e de realização, que levam a um estilo de vida saudável e a uma percepção de qualidade de vida mais positiva, de competência pessoal e de participação ativa na comunidade (WHO, 2001; 2002a; 2002b). A promoção da qualidade de vida através da intervenção psicossocial é pertinente e de extrema importância, centrando-se na mudança de estilo de vida, nomeadamente, a nível dos processos cognitivos e emocionais associados a aspetos físicos, comportamentos, psicológicos e sociais. Esta mudança complexa inclui uma abordagem focada nos aspetos positivos e não nas disfunções/perturbações e pressupõe intervenção ao nível interpessoal e comunitário devido à importância dos aspetos sociais que se desenvolvem conjuntamente com aspetos funcionais e psicológicos (Pais Ribeiro, Matos, Leal & Gaspar, 2008).

A importância do conceito de auto capacitação é associada a um conjunto de estratégias face à necessidade de reduzir disparidades ou desvantagens sentidas por determinados grupos, que poderão ser devidas a pobreza, discriminação e desigualdades económicas (Wallerstein, 2002). Souza e Grundy (2004) referem a necessidade de defesa do bem-estar de toda a população. Uma vez que a saúde é um fenómeno social que diz respeito à qualidade de vida e ao capital social, a promoção de saúde é uma tarefa ambiciosa e global (Carlisle, 2000). Nos últimos anos, a promoção de saúde tem tido um papel crescente no desenvolvimento e na implementação de políticas de saúde pública a nível local, nacional e global (WHO, 1991). A promoção de saúde é uma atividade a vários níveis, multisetorial e multidisciplinar. Apresenta, ainda, uma visão preocupada com a equidade e justiça sociais e com a proteção ambiental numa escala global (WHO, 1997).

O processo de desenvolvimento de programas de promoção de saúde comunitários deve ser claramente definido. Perry (1999) propõe dez passos no desenvolvimento de programas de promoção de saúde: (1) selecionar os comportamentos de saúde para o programa; (2) fornecer uma análise funcional para selecionar os comportamentos de saúde; (3) criar um modelo de intervenção dos fatores preditivos; (4)

estabelecer os objetivos claros e mensuráveis da intervenção; (5) garantir que os objetivos de intervenção estabelecidos podem ser aplicáveis à população-alvo; (6) determinar que tipo de programas é mais aplicável; (7) estabelecer componentes do programa a partir dos objetivos de intervenção; (8) construir o programa de promoção de saúde; (9) implementar o programa na comunidade; (10) avaliação e manutenção dos programas de promoção de saúde.

Perante a incapacidade dos programas preventivos para eliminar a exposição da população a fatores de risco, o objetivo da prevenção poderá ser a redução do impacto de fatores de risco promovendo competências pessoais e sociais através do aumento das competências da população para lidar com os riscos e ainda através de uma otimização do papel dos técnicos de saúde, justiça e solidariedade social para lidar com os respetivos públicos-alvo. A promoção e educação para a saúde implica uma resposta organizada do sistema com o objetivo de que a intervenção tenha repercussão na vida das crianças e jovens, no seu dia-a-dia, facilitando o acesso a contextos e oportunidades promotoras de saúde (Matos, 2004). A qualidade de vida, e a perceção de saúde e de doença podem variar e estar associadas a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, abrangendo aspetos físicos, psicológicos e comportamentais. Frequentemente resultam do equilíbrio existente entre os indivíduos e o seu contexto, podendo o desequilíbrio manifestar-se por sintomas físicos, emocionais e/ou comportamentais. Os programas de prevenção devem incluir a promoção de um capital social positivo, promovendo a inclusão social, o acesso a espaços alternativos protegidos e o desenvolvimento de materiais e estruturas de educação e lazer (Baum, Tracey, & Revenson, 2012; Calmeiro & Matos, 2004; Jesus, et. al., 2009).

No que respeita à promoção da saúde é essencial ter uma noção da eficácia dos programas desenvolvidos em promoção ou intervenção no sentido de trazer benefícios e rigor no alcance de objetivos. Assim, se educar é um processo de comunicação orientado intencional e sistematicamente para atingir determinados objetivos, deve pois compreender componentes da avaliação desses mesmos objetivos.

Em investigação em psicologia da saúde, o investigador deve colocar a si próprio perguntas antes da intervenção, que passam por definir claramente os objetivos, os comportamentos a observar e modificar, bem como as bases teóricas em que se fundamenta para a investigação; durante a intervenção, no sentido de verificar o bom cumprimento dos objetivos definidos e o *feedback* dos participantes de forma a poder continuar ou modificar, se necessário, a intervenção; e por fim, depois da intervenção, sendo aqui importante a comparação dos objetivos procurados e dos verdadeiramente alcançados, bem como a observação das manifestações ou alterações verificadas e tirar conclusões da investigação

que devem contribuir para investigações futuras. É através da avaliação de intervenções que se podem tirar conclusões dos resultados encontrados e incluir conseqüentes alterações propostas (Pais-Ribeiro, 2010).

Intervenção Social

A intervenção social pode ser definida como um complexo processo social, em que uma determinada pessoa, grupo, comunidade, organização, ou rede social – designados de sistema-interventor – funciona como recurso social de outra pessoa, grupo, comunidade, organização, ou rede social – designados de sistema-cliente. Ambos podem ser constituídos por um só ou mais indivíduos, sendo que o sistema-interventor tem o objetivo de ajudar a satisfazer (e assim, eliminar) no mínimo uma necessidade social, potencializando estímulos e capacidades, combatendo obstáculos à mudança pretendida, através de um sistema de comunicações com o sistema-cliente, que é alguém que carece dessa ajuda (Carmo, 2000)

Como se trata de um processo complexo é comum categorizá-lo em três planos de complexidade crescentes: os sistemas microssociais (pessoas, grupos), os mesossociais (organizações), os macrossociais (comunidades e redes), os quais se auto influenciam.

Do século XX para XXI os campos de atuação da intervenção social complexificaram-se, deixando a mesma de estar centrada na assistência a populações em condições de indigência, passando a abranger áreas tão diversas como a terapia, a educação, a proteção civil, a segurança social, a saúde, a habitação, a família, o ambiente, a defesa dos direitos civis. Decorrente de tal fato, o profissional ao intervir, também deixou de se posicionar numa ótica micro, passando a assumir uma perspectiva meso (organizacional) e macro (sociopolítica).

“Uma profissão que se denomina social tem inerentemente de ir acompanhando os tempos, isto é, tem de adaptar-se aos desafios e condicionalismos das sociedades onde opera, sob pena de inutilidade” (Pinto, 2015).

Este projeto de intervenção social realizou-se assim com base no modelo sistémico, que de acordo com Núncio, 2010 que vê os problemas sociais no âmbito de um paradigma de análise totalizador e causalidade circular, ou seja, os fenómenos só fazem sentido se tivermos em conta as interações das pessoas em determinado contexto. Tem como base a teoria dos sistemas, a teoria da comunicação e a teoria dos jogos, assim, a grande característica deste modelo consiste na importância dada a todos os fatores.

“No modelo sistémico só existe um verdadeiro processo de ajuda, quando o problema deixa de ser percebido, e afrontado, como fruto de um conflito do indivíduo (conflito interno ou com o meio) e passa a ser entendido como o conflito de uma relação” (Núncio, 2010).

A intervenção decorreu junto de crianças e jovens (filhos) e adultos, respeitando-se os 10 pressupostos orientadores da intervenção com crianças, aplicados em Portugal (Carmo, 2011).

- “a) Interesse superior da criança e do jovem — a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do jovem, nomeadamente à continuidade de relações de afeto de qualidade e significativas, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;
- b) Privacidade — a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem deve ser efetuada no respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da sua vida privada;
- c) Intervenção precoce — a intervenção deve ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida;
- d) Intervenção mínima — a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo;
- e) Proporcionalidade e atualidade — a intervenção deve ser a necessária e a adequada à situação de perigo em que a criança ou o jovem se encontram no momento em que a decisão é tomada e só pode interferir na sua vida e na da sua família na medida do que for estritamente necessário a essa finalidade;
- f) Responsabilidade parental— a intervenção deve ser efetuada de modo que os pais assumam os seus deveres para com a criança e o jovem;
- g) Primado da continuidade das relações psicológicas profundas - a intervenção deve respeitar o direito da criança à preservação das relações afetivas estruturantes de grande significado e de referência para o seu saudável e harmónico desenvolvimento, devendo prevalecer as medidas que garantam a continuidade de uma vinculação securizante;
- h) Prevalência da família — na promoção dos direitos e na proteção da criança e do jovem deve ser dada prevalência às medidas que os integrem em família, quer na sua família biológica, quer promovendo a sua adoção ou outra forma de integração familiar estável;
- i) Obrigatoriedade da informação — a criança e o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a sua guarda de facto têm direito a ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa;

j) Audição obrigatória e participação — a criança e o jovem, em separado ou na companhia dos pais ou de pessoa por si escolhida, bem como os pais, representante legal ou pessoa que tenha a sua guarda de facto, têm direito a ser ouvidos e a participar nos atos e na definição da medida de promoção dos direitos e de proteção;

k) Subsidiariedade — a intervenção deve ser efetuada sucessivamente pelas entidades com competência em matéria da infância e juventude, pelas comissões de proteção de crianças e jovens e, em última instância, pelos tribunais.” (artº4 da Lei n.º 142/2015, de 08 de Setembro)

Assim, de acordo com os princípios, durante toda a intervenção foi respeitado o modelo integrado de proteção.

Parentalidade

O tema parentalidade será abordado à luz de uma nova perspetiva abrangente e construtiva. O mesmo integra o conceito de família, a definição de parentalidade e conteúdos específicos, a história da educação parental, estilos parentais, o impacto no desenvolvimento das crianças e jovens e por fim o conceito de parentalidade positiva.

Para a compreensão do tema parentalidade, e com o intuito de abrangência, torna-se necessário a abordagem ao conceito de família. O conceito de família tem vindo a modificar-se ao longo dos anos por vários fatores relacionados com o desenvolvimento e progresso das sociedades. Através das alterações sofridas ao longo dos anos por este conceito foram estabelecidos novos tipos de família, como a família nuclear, as uniões de facto, as uniões livres, as famílias recompostas, as famílias monoparentais e ainda as famílias homossexuais.

Apesar das novas formações do sistema familiar, a essência do conceito mantém-se: a família como grupo social em que os seus membros coabitam ligados por uma ampla complexidade de relações interpessoais (Dias, 2000). Ao longo do tempo vão ocorrendo alterações no ciclo vital do sistema familiar que podem passar pelas seguintes etapas: a formação do casal, a família com filhos pequenos, a família com filhos na escola e a família com filhos adultos.

Todas estas fases encontram-se intimamente ligadas ao conceito de parentalidade por representarem fases distintas em termos emocionais e comportamentais na relação pais-filhos. Sendo a família um sistema de interações entre os seus membros é constituído um sistema familiar próprio a cada família onde são atribuídos diferentes papéis sociais e

emocionais aos seus membros atribuindo para uma riqueza própria de cada sistema. Dentro do sistema familiar existem subsistemas, sendo estes: o subsistema conjugal, o subsistema filial, o subsistema parental e o subsistema fraternal.

Para o tema pretendido é importante compreender o subsistema conjugal que se relaciona com a formação do casal, momento em que dois adultos partilham uma relação independente que pode significar alguma perda de identidade mas um ganho no sentido de pertença, complementaridade, cooperação e simbiose. O subsistema filial é criado na altura do nascimento do primeiro filho o que causa modificações profundas no sistema familiar. O subsistema fraternal diz respeito às relações entre irmãos e o subsistema parental encontra-se associado essencialmente a educação, socialização e proteção a diversos níveis (Relvas, 1996).

A evolução do sistema familiar exigiu uma adaptação dos modelos de intervenção que tinham como finalidade apoiar os pais, através da promoção de competências parentais, contribuindo para o desenvolvimento das crianças. Parentalidade e Educação Parental são conceitos frequentes, que progrediram acompanhando as mudanças sociais e familiares. Hoghughi & Speight (1998) referem no seu artigo “*Good enough parenting for all children – a strategy for a healthier society*” que a parentalidade envolve funções de proteção, educação e integração, colocando de parte a exclusiva responsabilidade nas famílias biológicas estendendo a outras redes familiares ou não, que promovam a construção de infâncias saudáveis e felizes. Adotando uma perspectiva realista, o autor propõe a busca de pais esforçados, que procurem aperfeiçoar-se correspondendo às necessidades dos filhos e não à procura de pais perfeitos.

Em 2004 Hoghughi debruça-se sobre este tema e teoriza um modelo que agrupa as dimensões da parentalidade em três áreas. Denominado de modelo dimensional da parentalidade representa uma ferramenta que auxilia a realização de uma avaliação das práticas parentais e permite ter uma pequena noção da complexidade que acarreta o processo educacional de uma criança, demonstrando que este pode ser bastante exigente (Hoghughi cit. Barroso & Machado, 2010)

Segundo este modelo, as três dimensões são: a área das atividades parentais, que engloba as práticas de cuidado a nível físico, emocional e social. Estas têm como objetivo a prevenção de problemas e adversidades que possam provocar o sofrimento da criança, ou seja, a procura ativa de um desenvolvimento saudável da criança, o exercício do controlo e disciplina (imposição de limites à criança) e desenvolvimento (desejo parental de desenvolvimento do potencial da criança, em todas as áreas de funcionamento).

A segunda área denominada de área funcional diz respeito à atenção e vigilância parental relativamente a questões de saúde física, mental e relações sociais da criança. Quanto ao comportamento social da criança, o autor realça a importância que os progenitores/cuidadores têm neste domínio, devendo ser assumido por estes um papel de ajuda na aquisição de ferramentas como a comunicação e a adequação às normas culturais.

Por último, a terceira área é a dos pré-requisitos operacionais para o desempenho parental, que segundo o modelo são: a compreensão, reconhecimento das necessidades da criança, recursos (qualidades parentais, as competências parentais, as redes sociais e os recursos materiais), motivação e oportunidades (por exemplo, tempo de qualidade para estar com os filhos). Os pré-requisitos do conhecimento e compreensão referem a capacidade para identificar as necessidades da criança ao longo do ciclo de vida, segundo o autor, estas são capacidades fundamentais para que exista um processo parental afetivo.

Resumidamente o exercício da parentalidade consiste nas ações e atitudes parentais com vista a assegurar o desenvolvimento da criança, com o intuito de que este decorra com a maior normalidade possível. O que é esperado dos pais/cuidadores é que contribuam para o desenvolvimento dos seus descendentes, quer ao nível físico, psicológico ou social, agindo enquanto facilitadores do processo desde a infância até há idade adulta. (Barroso & Machado, 2010).

Os estudos sobre famílias, suas modificações e o impacto que pode ter no desenvolvimento das crianças e adolescentes começaram a surgir na década de 1950, tendo-se assistido nas últimas décadas a um aumento do interesse por esta temática (Oliveira, Siqueira, Dell'Aglio e Lopes, 2008).

O termo educação parental remonta ao início do século XX nos Estados Unidos com a criação de diversas organizações dirigidas à parentalidade e departamentos nas universidades. Centradas na investigação do desenvolvimento infantil estes estudos permitiram a aplicação dos resultados a métodos educativos (Jalongo, 2002). Rudolf Dreikurs teve um contributo importante com a criação de centros comunitários, nos quais os pais beneficiavam de aconselhamento por parte de profissionais e integravam grupos de educação parental. O apoio governamental permitiu a expansão da educação parental às escolas através de projetos governamentais e estabelecer-se como estratégia de intervenção na promoção do funcionamento cognitivo e social de crianças em risco (Powell, 1988). Nos anos 70, Thomas Gordon desenvolve o *Parent Effectiveness Training* (PET) baseado no desenvolvimento de relações democráticas e colaborativas nas famílias. A realidade da educação parental em Portugal é muito recente, através de programas desenvolvidos por

departamentos das universidades, recorrendo à partilha de experiências sobre a parentalidade, à formação, divulgação e acompanhamento dos filhos. Em suma, observamos uma mudança significativa nas iniciativas desenvolvidas e dirigidas a pais porém existe uma lacuna no conhecimento e desconfiança das mesmas por parte dos pais, inclusive do papel do psicólogo nos programas de educação parental. Esta lacuna pode no entanto ser transposta se assumirmos a educação parental como uma intervenção que pressupõe a prevenção do desenvolvimento de comportamentos disfuncionais, essencialmente estamos a dizer que esta é independente das capacidades parentais (Dore & Lee, 1999).

A par da evolução do sistema familiar, a Psicologia também contribuiu para a compreensão da correlação entre as práticas e estilos parentais no desenvolvimento da criança, revelando serem determinantes na forma como se comportam, na formação da personalidade e no estabelecimento de futuros padrões relacionais. Baumrind (1971) identificou três estilos parentais através das diferentes relações de pais com filhos, tendo em consideração a comunicação, o controlo, o calor afetivo (tom de voz, linguagem corporal) e a exigência de maturidade.

O estilo autoritário caracteriza-se pelo controlo e modelagem do comportamento da criança recorrendo por vezes a medidas de punição verbais ou físicas. São pais que valorizam a obediência absoluta, exigem da criança uma maturidade elevada sendo pouco frequentes as manifestações de afeto. No que refere a comunicação, os pais do estilo autoritário pressupõem que a criança deve aceitar a sua palavra e normas como incontestáveis.

Por sua vez, no estilo permissivo os pais não estabelecem normas e revelam aceitação das atitudes da criança, sem exigência de maturidade. Na relação com os filhos está presente o calor afetivo e a existência de comunicação positiva todavia os pais não se constituem como agentes de modelagem, evitando atitudes de controlo e permitindo à criança gerir o seu comportamento. Posteriormente, este estilo parental dividiu-se em indulgente e negligente sendo que, no primeiro os pais correspondem aos pedidos da criança, sem definição de normas ou deveres e não agem como modelos de comportamento. No estilo negligente existe uma desresponsabilização continua ao longo da vida da criança, assegurando as necessidades físicas, sociais, psicológicas e intelectuais básicas (Maccoby & Martin cit. Weber, 2004).

Por fim, o estilo permissivo/autoritativo demonstrou resultados positivos nas crianças a nível escolar e social. Este estilo parental caracteriza-se pelo estabelecimento de limites e normas de comportamento, num clima afetivo e com comunicação positiva. Os pais

participativos impõem elevadas exigências de maturidade mas têm em consideração as necessidades desenvolvimentais, interesses e capacidades da criança. A perspectiva teórica de Baumrind contribui para o desenvolvimento de programas de intervenção, a maioria com base no estilo autoritativo.

Após a exposição do tema de parentalidade bem como dos seus conceitos associados ao longo dos anos torna-se imprescindível abordar os efeitos desta no desenvolvimento da criança. Este é um tema que ainda gera controvérsia e divide opiniões, sendo dado como certo que a família e a sua constituição interferem no desenvolvimento individual e maturidade emocional de cada indivíduo (Winnicott, 1965/2001). O estilo parental adotado é também ele determinante e assume um grande peso no desenvolvimento e formação da criança, podendo determinar características no futuro.

Na literatura, verifica-se que é consonante que o comportamento parental está intimamente ligado com o comportamento da criança, o que realça o papel dos cuidadores no exercício das práticas parentais (Azevedo & Maia, 2006, cit. In Almeida, 2015). Com a crescente investigação sobre o tema, verifica-se que, entre muitos outros fatores, podem ser apontados como preditores de uma boa saúde física e emocional da criança, a qualidade da comunicação estabelecida entre os cônjuges e a satisfação conjugal (Kreppner, 2000).

Associado ao tema parentalidade surgiu o conceito de parentalidade positiva, importante para a clarificação deste projeto. Exercer uma parentalidade positiva, requer o desenvolvimento de um relacionamento seguro com a criança, onde há uma preocupação com o seu superior interesse, permitindo o seu crescimento, a educação, a capacitação e a orientação, com imposição de limites e sem recurso a violência, sempre com vista ao seu pleno desenvolvimento. O progresso de uma parentalidade positiva e o apoio aos pais neste processo deve focar-se nas suas potencialidades, tendo em conta os seus pontos fortes e as suas particularidades (Lopes, 2012).

Podemos então concluir que à parentalidade positiva está associado o uso do amor, do apoio e do respeito, ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, procurando aumentar a sua auto estima e auto confiança, sendo por isso determinante nos primeiros anos de vida (American Academy of Pediatrics, 2005).

Projeto de Intervenção “Aventura da Parentalidade”

Realidade Social – Bairro de Marvila, Lisboa

Todas as comunidades tem histórias fascinantes, histórias construídas por pessoas, aqueles que por ali vivem e trabalham, histórias das famílias que por ali habitam. Certamente todos já ouvimos a expressão: a família é a célula base da sociedade.

A constituição da república portuguesa reconhece nos seus artigos 36º e 67º a importância da família e, especificamente, da paternidade e maternidade, no artigo 68º. Na realidade, é muito difícil pensar a sociedade sem a noção de família pois é em torno dela que se definem formas de organização coletiva e social, direitos e deveres, e referências para os nossos relacionamentos. Tal fato tem sustentado, ao longo dos anos, a ideia da família como base da sociedade.

As realidades familiares tem sofrido alterações, influenciadas e influenciando a sociedade. A Zona Oriental de Lisboa, onde se insere a freguesia de Marvila não é exceção.

A ideia de se desenvolver um projeto na área da capacitação parental decorreu do diagnóstico realizado no território de Marvila, em estreita ligação com a Comissão Social de Freguesia de Marvila e Comissão de proteção de Crianças e Jovens de Lisboa Oriental, sendo constatada a existência de dinâmicas parentais não estruturadas, sendo urgente promover, cada vez mais, projetos que capacitem esta célula base da sociedade: a família.

Marvila é, segundo os dados disponibilizados no site da junta de freguesia, uma freguesia do concelho de Lisboa, com 6,29 km² de área e 38 102 habitantes (2011), e densidade: 6 057,6 hab./Km². Situada na Zona Oriental de Lisboa, tem as suas fronteiras a Norte, com a freguesia dos Olivais e Parque das Nações, a Este com o rio Tejo (Mar da Palha), a Sul com as freguesias do Areeiro e Beato e a Oeste com a Freguesia de Alvalade. É atravessada por dois vales, o Vale Fundão e o Vale de Chelas, e detentora de dois parques urbanos, o Parque da Bela Vista e o Parque do Vale Fundão.

É constituída por 10 bairros: Bairro dos Alfinetes e Salgadas, Bairro do Condado, Bairro dos Lóios, Bairros das Amendoeiras, Bairro da Flamenga, Bairro do Armador, Bairro Marquês de Abrantes, Bairro da PRODAC Norte e PRODAC Sul, ou Vale Fundão, Bairro do Vale Formoso e Poço do Bispo (zona de Marvila Velha).

Em termos sociais o território de Marvila é, maioritariamente, composto por empreendimentos de habitação social de arrendamento. Os níveis de qualificação são baixos e a taxa de desemprego elevada. Existe uma elevada percentagem de famílias monoparentais e recompostas e elevada percentagem das sinalizações à CPCJ Lisboa oriental são oriundas do Bairro do Condado, onde se desenvolveu o projeto Aventura na Parentalidade. Acresceu, na fundamentação do projeto, o diagnóstico da Comissão Social de freguesia de Marvila que alicerça que as questões em torno da parentalidade e da promoção de competências sociais e pessoais são um dos grandes desafios que se colocam à intervenção social, pois tem efeitos a médio longo prazo, com a replicação de comportamentos de risco e desestruturação do tecido social.

Importa atender que este projeto teve por base as alterações sociais que tem ocorrido nas estruturas familiares e toda a intervenção desenvolvida não previa a existência de um modelo familiar adequado.

Assentamos todo o desenho do projeto na ideia de que as famílias são e sempre foram diversas, pelo que se ainda hoje considerarmos a família a base da sociedade devemos reconhecer, no mínimo, que essa é uma base múltipla e instável que é influenciada pela sociedade e que a influencia. Atendendo a esta mútua influencia, este projeto pretendeu não somente a promoção de competências pessoais e sociais mas também o desenvolvimento da comunidade do Bairro do Condado, em primeira instância, e de Marvila no sentido lato.

Objetivo geral

O objetivo geral do projeto é a promoção de competências pessoais, sociais e parentais através de dinâmicas de educação formal e não formal, junto de famílias do Bairro do Condado. O projeto tem a duração de 24 meses.

A proposta surge da necessidade de promover e afirmar o valor da família e a sua importância na construção de comunidades saudáveis e estruturadas. A intervenção assenta na promoção de um desenho de projeto participativo no qual utentes são agentes da intervenção. Acreditamos que é fundamental trabalhar as competências parentais, em prol do desenvolvimento e autonomização das crianças e adultos, de forma a ser possível construir-se comunidades mais saudáveis o que se refletirá em outras áreas de vida. Em termos concretos é trabalhada a temática da adaptação dos pais ao ciclo de vida deles

próprios e dos filhos; o apoio nas várias etapas do desenvolvimento; a promoção de uma vinculação adequada e de uma autonomia saudável. Cremos que pessoas saudáveis constroem comunidades saudáveis.

A sustentabilidade do projeto será garantida através da capacitação dos pais para serem mediadores de outros pais e das próprias parcerias que serão veículo disseminador das boas práticas do projeto. A opção pelo Bairro do Condado centra-se no elevado número de processos existentes na CPCJ que são oriundos deste bairro e cujos fatores de risco estão associados à ausência de competências parentais o que acarreta implicações em outras áreas como o sucesso escolar, no que concerne às crianças, e no caso de crianças e adultos das boas relações de vizinhança, às dinâmicas de pares, à predisposição para a mudança e, consequentemente, sua inclusão social. Uma estrutura familiar equilibrada contribui para uma interação social entre pares saudável e maior predisposição para a ação o que leva a uma maior autonomia e mobilização para a mudança.

Objetivos específicos:

1) Promover competências parentais

a) Desenvolver sessões de formação organizadas de modo dinâmico através da análise de casos e da reflexão conjunta, com forte incidência nas questões da negociação e da vinculação afetiva.

b) Ministrará 150 horas de formação na área da capacitação a cerca de 150 pais e seus filhos.

Periodicidade: 1 vez por semana

Duração das sessões com pais : 90 minutos

Duração das sessões com crianças: 60 minutos

2) Promover bem-estar nos pais

a) Desenvolver atividades de ocupação dos tempos livres na área do bem estar, cultura e lazer de modo a capacitar para um estilo de vida mais saudável,

com a tomada de consciência da importância de tempos próprios para os pais e filhos e o aprofundamento do conceito de bem estar individual.

b) Promover o envolvimento dos pais no próprio desenho das atividades sendo os mesmos os construtores do processo de mudança.

3) Promover bem-estar na relação pais filhos

a) Desenvolver mensalmente, atividades conjuntas entre pais e filhos que visam ser um ensaio das questões teóricas desenvolvidas, sensibilizando para a importância da existência de atividades que promovam o vínculo afetivo e a autonomia.

b) Capacitar os pais para poderem multiplicar a sua aprendizagem sendo mediadores junto da comunidade.

Periodicidade: 1 vez por mês

Duração: 1 sábado

Cronograma do projeto:

Meses	Atividades		
	Formação	Atividades pais/filhos	Dia
Janeiro	Sessão inicial a 27 janeiro	Sessão pública de apresentação	30
Fevereiro	Todas as 4^a feiras <i>Crianças das 15h às 17h30</i> <i>Pais das 18h às 19h30</i>	Seminário Aventura da Parentalidade	27
Março		Dia da família	19
Abril		Caça ao tesouro	30
Maio		Vamos ao parque – picnic	28
Junho		Arraial) e 18 Vamos à praia	9
Julho		Dia radical	16
Setembro		É surpresa	24

Meses	Temas de Formação / Workshops
Janeiro	Apresentação e introdução do Tema Parentalidade
Fevereiro	Fases do Desenvolvimento Humano e Parentalidade
Março	Conceitos de Família, Novas famílias, Sistema Familiar (elementos e dinâmicas)
Abril	Desafios na relação pais/família/filhos nas diferentes idades (bebe/criança/jovem/adulto)
	Introdução do Plano de Mudança
Maio	Estratégias de Desenvolvimento de Competências Parentais (Comunicação; Assertividade e resolução de problemas através da negociação)
Junho	Temas de Saúde – Alimentação/exercício físico, consumo de substâncias/dependência das novas tecnologias/sexualidade e violência/ <i>bullying</i>
Julho	Reflexão e apresentação das estratégias de mudança
	Novos desafios
Setembro	Sustentabilidade do Projeto – Apoio/mentoria pelos Pares (Crianças e Pais/famílias)

Metodologia

Participantes

Da intervenção fizeram parte uma média de 200 adultos de entre os quais: pais, técnicos e colaboradores e 65 crianças, moradores em Marvila, mais especificamente no Bairro do Condado, ou integrados nas instituições dos parceiros sociais.

Instrumentos

De acordo com o inicialmente previsto foram aplicados vários instrumentos de avaliação pré e pós intervenção, a crianças, professores e pais, com o objetivo de aferir o impacto da intervenção.

Todas as escalas pré intervenção foram aplicadas, no entanto como a frequência

dos grupos nem sempre era regular, a avaliação foi reformulada. Desta forma, a avaliação foi realizada após cada sessão e no final do programa foi avaliado o grau de satisfação com o mesmo.

Procedimento

A primeira fase do projeto consistiu na sua apresentação e divulgação no território de Marvila com o apoio dos parceiros envolvidos. Foi igualmente apresentado junto dos técnicos, professores, colaboradores pais e crianças integrados na instituição Nuclisol Jean Piaget do Bairro do Condado, onde decorreu parte do mesmo. Seguiu-se uma sessão pública de apresentação do projeto, nas instalações da Nuclisol, onde foi possível esclarecer e apresentar de forma mais pormenorizada junto de possíveis participantes a intervenção planeada.

O projeto tem a duração de dois anos, o primeiro de intervenção e o segundo de *follow-up* e encontra-se estruturado em 2 atividades principais: momentos formativos e atividades práticas de educação não formal entre pais e filhos.

Como referido anteriormente e tendo em conta o objetivo geral do projeto, inicialmente foram traçados 3 objetivos específicos que se desenvolveram através de atividades que permitiram melhorar a capacitação das famílias para o exercício de uma parentalidade responsável, através do reforço e aquisição de competências parentais necessárias à orientação e educação de crianças e jovens, contribuindo para um desenvolvimento mais saudável.

Tendo em conta que o número de participantes pretendido não estava a ser alcançado, perante as barreiras encontradas o projeto foi alvo de algumas alterações e adaptações face aos objetivos inicialmente traçados. Manteve-se inalterado o objetivo específico 1 e foram traçados novos objetivos, passando de 3 a 6 objetivos específicos, tal como descrito seguidamente:

1) Sessões de formação para pais

Sessões ministradas de modo dinâmico em que inicialmente era apresentado um tema pelo formador, proposta uma dinâmica (ex: análise de casos), seguida de um debate

através da reflexão / discussão conjunta, acerca das principais dificuldades enquanto pais e possíveis estratégias para as ultrapassar, dando especial incidência às questões da negociação e da vinculação afetiva.

Foram abordados diversos temas previamente planeados e outros, que após algumas sessões foram sentidos como necessários. Foram debatidos temas como a Parentalidade, as alterações nos sistemas familiares, as diversas fases do desenvolvimento humano e principais características associadas, com especial ênfase na fase da adolescência, as birras e os limites e discutidos os principais desafios na relação pais/família/ filhos nas diferentes faixas etárias. Foram igualmente trabalhadas estratégias de desenvolvimento de competências parentais, como a comunicação, a assertividade e a resolução de problemas através da negociação, assim como temas relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis: Alimentação/ exercício físico, consumo de substâncias/dependência das novas tecnologias; sexualidade; violência/ bullying.

As sessões decorreram uma vez por semana, tiveram a duração de 120 minutos e uma média de 15 participantes por sessão.



Segue-se a planificação de uma das sessões:



Aventura da Parentalidade	
Público Alvo: Pais	Duração: 2 horas
Módulo I – Fases do Desenvolvimento Humano	Sessão nº 7
Objectivo Geral	- Promover conhecimento acerca das fases do desenvolvimento Humano, tendo como base a teoria do desenvolvimento Psicossocial de Erikson: 5ºestágio (12-21 A)
Objectivos Específicos	- Adquirir Conhecimentos: Puberdade e Adolescência: Principais transformações; identidade; expectativas; dificuldades
Discussão/Reflexão	- Importância da parentalidade positiva - Estratégias utilizadas vs. estratégias mais adequadas

2) Atividades pais filhos

No que diz respeito ao objetivo específico 2, inicialmente traçado, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Seminário Aventura Parentalidade – Debate Pais/Filhos
- Carnaval – Atividades lúdicas Marvila, Lisboa
- Comemorações 25 abril no Parque Eduardo VII, Lisboa
- Arraial Nuclisol – Comemorações Santos Populares
- Dia da Leitura nos jardins da Gulbenkian, Lisboa



3) Sessões com crianças

O principal objetivo das sessões com crianças, ministradas de forma lúdica é a promoção de competências pessoais e sociais, que permitam desenvolver o autoconhecimento e relacionamento interpessoal.

Tendo em conta o número de participantes (n=65) foram constituídos dois grupos: 1 grupo com crianças de 5 e 6 anos e outro com crianças dos 7 aos 12 anos.

As sessões decorreram uma vez por semana, tiveram a duração de 60 minutos e uma média de 25 participantes por sessão e por grupo.

Foram abordados temas como o autoconhecimento, emoções, medos, comportamento e relacionamento interpessoal, comunicação/assertyividade resolução de problemas, a família, assim como temas relacionados com a promoção de estilos de vida saudáveis: Alimentação/ exercício físico, dependência das novas tecnologias; violência/ bullying.



Segue-se a planificação de uma sessão:



Aventura da Parentalidade	
Público Alvo: Crianças	Duração: 1 hora
Módulo I – Emoções	Sessão nº 7
Objectivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar principais emoções - Identificar emoções associadas a expressões culturais
Dinâmicas/Reflexão	<ul style="list-style-type: none"> - Que emoções existem? - Diferença entre sentimentos e emoções - Para que são importantes as emoções
Materiais	- Folhas com “carinhas” tesoura e cola

4) Acompanhamento Psicológico Individualizado

Durante as sessões com os pais pôde constatar-se que seria pertinente um trabalho mais focado. Desta forma sugerimos o Apoio psicológico individualizado a alguns pais. Foram encaminhados para intervenção psicológica individualizada 6 casos clínicos. As sessões decorrem semanalmente, sendo que cada sessão teve a duração de 50 minutos.

5) Ações de Formação nas instalações dos parceiros sociais

Como resposta ao interesse manifestado pelos técnicos dos parceiros sociais pelos temas, foram ministradas sessões de formação dirigidas a técnicos e colaboradores que integram várias instituições da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, nomeadamente: CAI Dr. José Domingos Barreiro ; CPS Prodac; Vale Fundão I, Vale Fundão II, Centro Social e Comunitário do Bairro da Flamenga, Nuclisol Jean Piaget Bairro do Condado, Nuclisol Jean Piaget Bairro do Armador. Estas sessões tiveram a duração de 120 minutos e uma média de 20 participantes por sessão.

O principal objetivo foi munir os participantes de ferramentas relacionadas com as competências parentais que pudessem desenvolver no trabalho de proximidade com os pais. Estas sessões decorreram nas várias instituições da SCML da freguesia de Marvila e foram também dirigidas aos pais.



Segue-se planificação das sessões ministradas nas instalações dos parceiros sociais:

Tema	Conteúdo	Público Alvo	Nº de Ações
Prevenção dos Maus Tratos na Infância; Promoção de Estilos de vida Saudáveis	Sensibilização para a promoção de estilos de vida saudáveis e promoção de conhecimento acerca dos direitos das crianças.	Pais e Crianças	4
Alimentação Saudável	Educação e promoção para a saúde, comportamentos alimentares saudáveis, conceitos relacionados com uma alimentação saudável, riscos de uma alimentação desequilibrada (obesidade, colesterol elevado, hipertensão arterial, diabetes, gastrite) Leitura e interpretação de rótulos, discussão sobre alimentação saudável em crianças e jovens	Pais	1
Comunicação, Assertividade, resolução de problemas através da negociação: Reflexão e apresentação de estratégias de mudança - Novos Desafios	Conceitos de comunicação (comunicação interpessoal, comunicação verbal/não verbal, estratégias para uma comunicação eficaz, barreiras à comunicação), Estratégias de assertividade (treino da assertividade, comportamentos passivos/agressivos - distinção, etapas de uma mensagem assertiva), realização de exercícios sobre assertividade, diferentes formas de resolução de conflitos, negociação para a resolução de conflitos, exercícios demonstrativos de treino de resolução de conflitos através da negociação.	Pais e Técnicos	3
Conceitos de família, novas famílias, sistema familiar- elementos e dinâmicas	Conceito de família, formação de novas famílias, alterações nos sistemas familiares e percursos dos mesmos, novos modelos familiares, ciclo vital da família, subsistemas familiares.	Pais e Técnicos	2
Auto-Conceito	Definição de autoconceito, formação do autoconceito, o autoconceito na criança, definição de autoestima e distinção de conceitos.	Pais e Técnicos	1
Os sintomas de ansiedade e humor deprimido: Como enfrentar?	Importância do suporte social na adolescência; diferença na manifestação dos sintomas depressivos na infância/ adolescência (menos evidentes) e na idade adulta (mais evidentes)	Pais e Técnicos	1

6) Apresentação do projeto Aventura da Parentalidade

Consideramos que a apresentação da intervenção e disseminação de resultados é de extrema importância, como tal o projeto foi apresentado em diversos locais, de entre os quais:

- Nuclisol Jean Piaget, Marvila
- Instituto Piaget, Almada
- VII Congresso Internacional da Criança e Adolescente da Universidade Lusíada de Lisboa : Risco Psicossocial – Investigação e Boas Práticas
- 3º Congresso da Ordem dos Psicólogos Portugueses
- Casa dos Direitos Sociais Marvila

LISBOA **BARROS e ZEMAS** de Intervenção Prioritária de Lisboa **Aventura da Parentalidade**

VII Congresso Internacional da Criança e do Adolescente:
Risco Psicossocial - investigação e boas práticas
Universidade Lusíada de Lisboa

nuclisol jean piaget **AVENTURA SOCIAL ASSOCIAÇÃO**

"Aventura Da Parentalidade"
Cláudia Almeida** Teresa Gonçalves** Lídia Santos** Daniela Duarte***
**Instituto Jean Piaget
***Associação Social Associação de
****Universidade Lusíada de Lisboa

Projeto BIP/ZIP
A presente surge da necessidade de promover e afirmar o valor da família e a sua importância na construção de comunidades saudáveis e sustentáveis. A intervenção assenta na promoção de um discurso de proleto participação no qual os pais são agentes de intervenção. Acreditamos que é fundamental trabalhar as competências parentais, em geral, do desenvolvimento e autoconhecimento das crianças e jovens, desde forma complementar e complementar mais saudável, refletindo os em contextos atuais da vida.

Objetivos do Projeto
- Promover o proleto participação dos pais e famílias, através de atividades de educação formal e não formal, junto de famílias em risco de exclusão, para um período de intervenção de 14 meses, desde forma, individualmente para:
1. Promover o desenvolvimento parental;
2. Promover o autoconhecimento dos pais;
3. Promover o bem-estar na relação pais e filhos.

Vai acontecer!!!

Seminário "Aventura da parentalidade"

O objetivo deste seminário é promover a reflexão sobre as grandes questões em torno da área da parentalidade e debater possíveis estratégias de intervenção com famílias.

O nosso público-alvo são os técnicos que intervêm com famílias e população no geral.

27 de Outubro, das 10h às 17h30, no auditório Fernando Pessoa, Casa dos Direitos Sociais, Marvila!!!

nuclisol jean piaget **AVENTURA SOCIAL ASSOCIAÇÃO**

Mais informações em breve

Resultados

Os resultados serão apresentados tendo como modelo compreensivo o modelo COM-B *System* (Michie, van Stralen & West, 2011) no qual a mudança de comportamento vai ser contextualizada tendo em conta a capacidade, a motivação e oportunidade e tendo em conta as seis componentes-chave que devem ser abordadas em promoção de saúde: (1) estabelecer a necessidade e as prioridades, (2) modelo/estrutura para planear a ação, (3) identificar as estruturas e processos de apoio, (4) facilitar a avaliação e envolvimento, (5) garantir a supervisão, avaliação e disseminação e (6) capacitar (WHO, 2014).

Como referido anteriormente, “Aventura da Parentalidade” caracteriza-se por um Programa de Competências Parentais ao nível da promoção de competências pessoais, sociais e do bem-estar juntos dos pais e entre pais e filhos. Esta intervenção deverá ter a duração de dois anos e inclui a elaboração, implementação, formação, supervisão, avaliação e disseminação de um programa de promoção de competências parentais ao nível pessoal e social. Tendo como estrutura as seis componentes propostas pela Organização Mundial de Saúde (2014), o projeto “Aventura da Parentalidade” propõe-se:

(1) Estabelecer a necessidade e as prioridades – este projeto teve uma abrangência ecológica, a identificação de necessidades, prioridades e intervenção incluiu além da população-alvo (pais e crianças dos 5 aos 12 anos de idade), a comunidade escolar e ainda técnicos externos à entidade de ensino, nomeadamente membros dirigentes e de coordenação, família, professores, educadores, auxiliares educativos e especialistas externos à escola. A principal necessidade identificada foi a melhoria das competências parentais e relacionamento entre pais e filhos e entre os diferentes atores.

(2) Modelo/estrutura para planear a ação – segundo o modelo COM-B *System* (Michie, van Stralen & West, 2011) a mudança de comportamento está associada à capacidade, motivação e oportunidade. A *oportunidade* foi criada através do financiamento,

da participação no projeto e utilização dos recursos da equipa dinamizadora. Desenvolveu-se a *capacidade* através da escuta ativa (grupos de referência de todos os grupos envolvidos, pais, filhos, técnicos, professores, auxiliares), da formação, supervisão e treino de competências no desenvolvimento das atividades do projeto (implementação do programa junto de pais e filhos), atividades lúdicas, atividades formativas para técnicos e ao nível de atividades extracurriculares e externas ao estabelecimento de ensino. A *motivação* foi promovida através da inclusão imediata dos resultados da avaliação de processo nas atividades do programa, através do feedback constante da equipa do projeto, através da autoeficácia que os diversos atores desenvolveram ao longo do projeto.

(3) Identificação das estruturas e processos de apoio – após assegurado o financiamento, a escuta ativa e informação recolhida nos participantes e parceiros, a observação e avaliação dos recursos humanos e físicos da entidade de ensino permitiram identificar as principais barreiras e os principais recursos. Por exemplo, como barreira verificou-se que o número de crianças era muito elevado para o desenvolvimento do programa, por isso foram divididas em dois grupos e o espaço de formação para os pais teve de ser adaptado. Verificou-se que alguns pais beneficiariam de intervenção psicológica individual, e deste modo foram encaminhados para atendimento específico. Como recurso identificou-se o empenho de alguns pais, filhos, professores e auxiliares e a abertura dos técnicos e parceiros à mudança.

(4) Avaliação e envolvimento – este programa teve uma avaliação pré pós intervenção e durante o processo de intervenção. A avaliação envolveu também a satisfação. Os diversos intervenientes apresentaram críticas e sugestões que eram, dentro do possível, integradas no programa promovendo deste modo a autoeficácia dos participantes e o seu envolvimento.

(5) Supervisão, avaliação e disseminação - Com o apoio constante da equipa os participantes beneficiam de novos conhecimentos e estratégias para melhorar o relacionamento interpessoal pais filhos. A supervisão foi realizada através (a) sessões de formação, (b) da escuta ativa nos grupos de trabalho e (c) gabinete de apoio e aconselhamento psicológico e parental. Como foi referido anteriormente, todos os

intervenientes participaram no processo de avaliação (pré, pós intervenção, durante a intervenção e *follow-up*, avaliação). Do projeto irão resultar diversas publicações científicas, comunicações em eventos científicos nacionais e internacionais e um livro do projeto.

(6) Capacitação – a avaliação (qualitativa e quantitativa) do projeto permitiu concluir que foi promovida a capacitação dos diversos intervenientes. Foram adquiridos conhecimentos, estratégias e *empowerment* promotores de um melhor relacionamento interpessoal e diminuição dos comportamentos parentais desadequados. Foram identificadas e adotadas pelos pais algumas mudanças necessárias ao nível da relação parental e estilos parentais. Os técnicos adquiriram capacidades e autoeficácia ao nível da parentalidade. Os alunos adquiriram mais competências pessoais e sociais ao nível da resolução de problemas e de percepção de autoeficácia e participação ativa na resolução de problemas mas também na proposta de atividades de promoção do bem-estar. A avaliação permitiu verificar que os resultados positivos do projeto, chegaram até a ser extrapolados para outras atividades e iniciativas.

Avaliação

Perceção dos pais

O objetivo foi avaliar várias questões de entre as quais a pertinência do tema abordado, os métodos utilizados, a forma como os conteúdos foram transmitidos e importância da interação entre os participante e com o formador.

Face à questão: “Qual a sua opinião sobre o tema abordado?”, seguem-se algumas respostas dos participantes: “ O tema é bastante interessante, ajudou-me a perceber o porquê de algumas coisas”; “ O tema é importante porque me vai ajudar a lidar melhor com a minha filha adolescente”; “ O tema foi muito importante porque me ensinou muitas coisas que não sabia”; “ Gostei muito de ver o vídeo e depois discutir as ideias com a formadora e as outras pessoas”; “ a forma como a formadora deu a sessão é muito

interessante porque nos põe muito à vontade para falar”; “ foi muito importante porque percebi que toda a gente tem dificuldades em lidar com os filhos”.

Perceção dos profissionais

O objetivo foi avaliar várias questões de entre as quais a pertinência do tema abordado, o interesse do tema para o desempenho da atividade profissional, os métodos utilizados, a forma como os conteúdos foram transmitidos e a importância da interação entre os participantes e com o formador.

Face à questão: “Qual a pertinência do tema abordado para a sua atividade profissional?”, seguem-se algumas respostas dos participantes: "O tema foi importante para aprender como dizer as coisas da maneira certa sem ofender os outros."; "O tema foi muito importante porque o utilizamos no dia a dia."; "O estudo do comportamento dos indivíduos é algo muito importante para conseguirmos interpretar o mundo/sociedade."; "Na nossa profissão é de extrema importância o saber comunicar e utilizar as diversas formas de comunicação"; "Ensina questões e estratégias que ajudam a melhorar o nosso desempenho profissional."; "Tendo mais informação sobre como comunicar é mais fácil o trabalho com a família."; "Somos sistematicamente colocadas em situações em que é fundamental saber comunicar assertivamente.".

Perceção das crianças

Foi aplicado um questionário de satisfação pós intervenção cujo objetivo foi avaliar a satisfação com o programa.

Face à questão “Qual a tua opinião sobre o programa?”; seguem-se algumas respostas dos participantes: “Foi muito divertido!”; “ Gostei muito, foi mesmo giro!”; “Fizemos jogos muito engraçados!”.

Face à questão “O que mais gostaste?”, seguem-se algumas respostas dos participantes: “O que mais gostei foi dos jogos com as Emoções.”; “Aprendi muitas coisas importantes e uma palavra nova: assertividade!”.

Face à questão: “ Se tivesses que convencer um amigo a participar no programa, o que lhe dirias?, seguem-se algumas das respostas dos participantes: “Se tivesse que convencer uma amiga a participar dizia-lhe para vir comigo para aprendermos a não nos zangar uma com a outra”; “dizia-lhe para vir porque é muito divertido!”.



Conclusão

O bem-estar das crianças e dos adolescentes e suas famílias deve ser compreendido como um fenómeno multidimensional e numa perspectiva ecológica, na qual o bem-estar é influenciado e influencia fatores pessoais, sociais, comunitários, institucionais e políticos.

Podem ser identificados diversas famílias que se encontram em maior risco e de desenvolver comportamentos ligados ao risco, nomeadamente tendo em conta as características de género, idade, estatuto socioeconómico, situação de saúde, estilos de vida e relação com os contextos.

Pais e famílias com competências pessoais e sociais mais desenvolvidas e adequadas aos contextos tendem a lidar com os fatores de risco com maior eficácia e tendem a desenvolver um bem-estar mais positivo. Assim, a promoção de competências parentais, pessoais e sociais pode funcionar como um fator protetor ao nível do bem-estar e na gestão dos fatores de risco individuais, familiares e ecológicos.

Numa perspectiva de promoção e de educação para a saúde, tendo em conta diversos fatores relacionados com os comportamentos de saúde e risco, nomeadamente políticas de saúde, a utilização e acesso aos serviços de saúde, sociais, educação, promovem o aumento da eficácia da modificação de comportamentos no sentido da adoção de uma vida saudável nomeadamente ao (1) compreender a evolução dos comportamentos em causa; (2) identificar determinantes pessoais, sociais, situacionais, ambientais e políticas passíveis de ser modificadas; (3) desenvolver estratégias de modificação de comportamentos, através de mudanças individuais e familiares (cognitivas, comportamentais, emocionais e motivacionais/expetativas), quer através de mudanças no ambiente físico e social. Por fim, numa perspectiva ecológica, a promoção e a educação para a saúde são processos de capacitação, participação e responsabilização dos indivíduos que permitem (1) ao nível individual desenvolver a autoeficácia, autorregulação, autoestima, autoconceito e bem-estar; (2) ao nível interpessoal, promover a melhoria das relações interpessoais relevantes, com a

família/colegas de trabalho/etc. Este processo passa pela promoção de competências de comunicação e assertividade, promoção de estratégias de prevenção e gestão de conflitos, promoção do envolvimento efetivo, sistemático e continuado de todos os atores no processo de mudança, ou seja, envolvendo pais, e indivíduos da comunidade; (3) ao nível institucional/comunitário, dar relevo às instituições escolares, entidades comunitárias/associativas e instituições dos cuidados de saúde primários. Além de atender às suas competências fundamentais e diretas (educar, disponibilizar atividades comunitárias/associativistas e monitorizar a saúde respetivamente), as políticas destas instituições devem entender e agir com os pais/famílias tendo em conta a promoção de um desenvolvimento global saudável e positivo; (4) ao nível político, as medidas devem integrar diversas áreas governativas, ou seja devem ser ponderadas e implementadas medidas multiministeriais, envolvendo os ministérios da tutela da saúde, da educação, da segurança social, da justiça entre outros. Por outro lado, as medidas devem ser baseadas na evidência científica, devem ser implementadas independentemente da agenda política, a sua implementação deve ser continuada, sistematicamente avaliada e se necessário reajustada face os resultados e necessidades emergentes.

Projeto “Aventura da Parentalidade”

As principais boas práticas foram:

- Programa de Intervenção que seguiu as recomendações da APA 2014, baseado na evidência, em necessidades identificadas pela comunidade e pela própria população-alvo.
- Intervenção implementada por profissionais com formação, avaliada e resultados em processo de disseminação
- Verificou-se bom trabalho em rede entre os diferentes parceiros sociais da comunidade envolvida e razoável envolvimento da população-alvo.

- O projeto resultou em respostas indiretas como a formação de técnicos e apoio psicológico a pais e familiares

As maiores barreiras identificadas foram:

a) Ao nível da avaliação dos pais e familiares, tendo em conta que a frequência aos grupos nem sempre era regular e por vezes foi interrompida antes do final da intervenção a avaliação pre-pós tem as suas limitações;

b) A sustentabilidade do projeto uma vez que se trata de um projeto financiado num período temporal limitado. Para ultrapassar esta limitação foram deixadas sementes através da formação de outros técnicos e através do *empowerment* dos pais que foram alvo das sessões que podem servir de mentores a outros pais da comunidade com a devida supervisão.

A saúde e bem-estar dos pais, famílias e da comunidade em que estão inseridas requer a participação e a acessibilidade de todos na adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e promotores de bem-estar.

Referências

- Almeida, B. L. (2015). *Parentalidade e a sua avaliação: Contributo para a validação do Inventário sobre Parentalidade de Adultos e Adolescentes (Versão 2), para a população portuguesa*. Dissertação de Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade de Lisboa.
- American Academy of Pediatrics (2005). *Your Baby's First year*. (2ª ed.). New York: American Academy of Pediatrics
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- Barroso, G. R. & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologica*, 52 (1), 211-229.
- Baum, A., Tracey, A., & Singer, J. (2012). *Handbook of health Psychology*. New York: Psychology Press
- Baum, A., & Posluszny, M. D. (1999). Health psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*. 50, 137–163.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103. doi:10.1037/h0030372.
- Bronfenbrenner, U. (2001). Human development, bioecological theory of. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds), *International encyclopaedia of the social and behavioural sciences* (pp. 6963-6970). Oxford, UK: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Calmeiro, L. & Matos, M.G. (2004). *Psicologia: Exercício e Saúde*. Lisboa: Visão e Contextos.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Carmo, H. (2011). *Teoria da Política Social – Um Olhar da Ciência Política*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carmo, H. (2000). *Intervenção social com grupos*. Lisboa: Universidade Aberta
- Carlisle, S. (2000). Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International*. 15(4), 369-376.
- Catalano, R., Berglund, M., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, D. (2002). *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. Consultado em Novembro 14, 2002 em: journals.apa.org/prevention/vol5/pre0050015a.html.

- Dias, M. O. (2000). "A família numa sociedade em mudança problemas e influências" *Gestão e desenvolvimento*, nº 9, Viseu: UCP. 81-102.
- Dore, M. M., & Lee, J. M. (1999). The Role of Parent Training with Abusive and Neglectful Parents. *Family Relations*, 48(3), 313-325. doi:10.2307/585642.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196, 129-136.
- Glanz, K. (1999). Teoria num Relance. Um guia para a prática da Promoção da Saúde. In L. Sardinha, M. Matos, & I. Loureiro (Eds), *Promoção da Saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 9-56). Lisboa: FMH.
- Gordon D.M. (1987). Group-level dynamics in harvester ants: young colonies and the role of patrolling. *Animal Behaviour*. 35, 833-843.
- Hagger, M. & Luszczynska, A. (2014). Planning interventions for behaviour change: A protocol for establishing best practice through consensus. *The European Health Psychologist*, 16(5) 206-213.
- Hoghughii, M., & Speight, N. (1998). Good enough parenting for all children-a strategy for a healthier society. *The Journal of the Royal College of Paediatrics and Child Health*, 78, 293-300.
- Jalongo, M. R. (2002). Editorial: On behalf of children. *Early Childhood Education Journal*, 30(1-2).
- Jesus, S. N., Rezende, M., & Leal, I. (2009). *Experiências e Intervenções em Psicologia da Saúde*. Faro: CUIP-Universidade do Algarve. Teixeira, J.C. (2011). *Comportamento e saúde*. Lisboa: Edições ISPA
- Kreppner, K. (2000). The child and the family: interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16, 11-22.
- Leal, I. (2010). *Perspetivas em Psicologia da Saúde*. Lisboa: Placebo Editora.
- Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). *Intervenção em Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Placebo Editora.
- Lerner, R., Almerigi, J., Theokas, C., & Lerner, J. (2005). Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*. 25, 10-16.
- Lerner, R., Lerner, J., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, SW., Jelicic, H., Alberts, A., Ma, L., Smith, L., Bobek, D., Richman-Raphael, D., Simpson, I., Christiansen, E., & Eye, A. (2005). Positive Youth Development, Participation in Community Youth Development Programs, and Community Contributions of Fifth-Grade Adolescents. *Journal of Early Adolescence*. 25, 17-71.

- Lopes, M. S. O. C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem. Dissertação de Doutoramento*. Universidade. Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.
- Matos, M.G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional, *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449-462
- Mitchie, S., Stralen, M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation sciences*. 6-42.
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K., Seybolt, D., Davino, E. (2003). What Works in Prevention Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*. 58(6/7), 449-456. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.449.
- Núncio, M. J. (2010). *Introdução ao Serviço Social - História, Teoria e Métodos*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Nutbeam, D. (1997). Promoting health and preventing disease: An international perspective on youth health promotion. *Journal of Adolescent Health*. 20, 396-402.
- Oliveira, D.; Siqueira, A. C.; Dell' Aglio, D. D. & Lopes, R. C. S. (2008). Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão da produção científica. *Interação em Psicologia*, 12, (1), 87- 98.
- Pais Ribeiro, J.L. (2010). *Psicologia da saúde*. Lisboa, PT. ISPA.
- Pais Ribeiro, J.L.; Matos, M.G.; Leal, I.; Gaspar, T.; (2008). Promoção de qualidade de vida em crianças e adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 55-71.
- Perry, C. (1999). Creating health behaviour change: How to develop community-wide programs for youth. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry series*, 43.
- Powell, D. R. (1988). Emerging Directions in Parent-Child Early Intervention. In R. Powell & I. E. Siegel (Eds.), *Parent Education as Early Childhood Intervention: Emerging Directions in Theory, Research and Practice. Annual Advances in Applied Developmental Psychology* (Vol. 3, pp. 1-22). New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Pinto, C. (2015), “Serviço Social e Desenvolvimento Sustentável: Missões Entrecruzadas”, in *Serviço Social – Teorias e Práticas*.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspetiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Romano, J. L., & Hage, S. M. (2000). Prevention and counseling psychology: Revitalizing commitments for the 21st century. *The Counseling Psychologist*. 28, 733-763
doi:10.1177/0011000000286001.
- Souza, E., & Grundy, E. (2004). Promoção de Saúde, Epidemiologia Social e Capital Social: Interações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(5), 1354-1360.

- Suls, J., Davidson, K. & Kaplan, R. (2010). *Handbook of Health Psychology and Behavioral Medicine*. Guildford Press New York, USA
- U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services (2010). *Dietary Guidelines for Americans*. 7th Edition, Washington, DC: U.S.A. Government December 2010. Disponível em: <http://www.cnpp.usda.gov/DGAs2010-PolicyDocument.htm>
- Wallerstein, N. (2002). Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal Public Health*. 59, 72-77.
- Weber, L. N., Prado, P. M., Viezzer, A. P., & Brandenburg, O. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 323-331.
- Winnicott, D. (2001). *A família e o desenvolvimento individual* (2ª ed.) (M. B. Cipolla, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1965).
- World Health Organization (2014). Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. WHO: Geneva, Switzerland
- World Health Organization (2002a). *Mental health: evidence and research*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2002b). *Prevention and promotion in mental health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2000). *Health and health behaviour among young people*. Denmark: WHO.
- World Health Organization (2001). *Mental health: strengthening mental health promotion*. Fact sheet nº 220. Geneva: WHO.
- World Health Organisation. (1997). *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st Century*. HPR/HEP/4ICHP/BR/97.4. Geneva: WHO.
- World Health Organisation. (1991). *Introducing the Lifestyles and Health Department*. P. Anderson (Eds.), Copenhagen: Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1986). Carta de Ottawa para a promoção da saúde (Direção Geral de Saúde, Trad.). "Uma Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública", 17-21 Novembro, Ottawa, Canada.
- World Health Organization. (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. 2,100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.



BARROS e ZONAS
de Intervenção
Prioritária de Lisboa



nuclisol
jean piaget



BARRIOS e ZINAS
de Intervenção
Prioritária de Lisboa



nuclisol
jeans piaget