



Universidades Lusíada

Braga, Marília
Pereira, Diana
Simões, Maria Celeste Rocha

Aprendizagem socioemocional : a intervenção psicomotora em meio escolar para redução de problemas de comportamento e melhoria das competências académicas

<http://hdl.handle.net/11067/3527>

<https://doi.org/10.34628/1ww5-9e75>

Metadados

Data de Publicação

2016

Resumo

Este estudo procurou averiguar o impacto de uma intervenção psicomotora como estratégia para a promoção de competências sociais e emocionais em 35 crianças em idade escolar, entre os 6 e os 11 anos. Utilizou-se o Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) e o Social Skills Rating Scale (SSRS-k6). Os resultados obtidos são indicadores de melhorias significativas ao nível dos problemas de comportamento e hiperatividade segundo a avaliação dos professores e das crianças, bem como ao nível dos c...

Palavras Chave

Competências sociais em crianças, Exercícios terapêuticos para crianças

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 07, n. 1-2 (Janeiro-Dezembro 2016)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-11-14T09:26:49Z com informação proveniente do Repositório

**APRENDIZAGEM SOCIOEMOCIONAL:
A INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM MEIO ESCOLAR PARA REDUÇÃO
DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO E MELHORIA
DAS COMPETÊNCIAS ACADÉMICAS**

Marília Braga

Diana Pereira

Celeste Simões

Faculdade de Motricidade Humana

Universidade de Lisboa

Resumo: Este estudo procurou averiguar o impacto de uma intervenção psicomotora como estratégia para a promoção de competências sociais e emocionais em 35 crianças em idade escolar, entre os 6 e os 11 anos. Utilizou-se o *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* e o *Social Skills Rating Scale (SSRS-k6)*. Os resultados obtidos são indicadores de melhorias significativas ao nível dos problemas de comportamento e hiperatividade segundo a avaliação dos professores e das crianças, bem como ao nível dos comportamentos prosociais mediante a avaliação dos professores e encarregados de educação ($p < 0.05$). Mediante a avaliação dos professores houve ainda melhorias significativas ao nível das habilidades sociais, problemas de comportamento de caráter internalizante e competências académicas ($p < 0.05$). Os resultados parecem suportar o potencial da intervenção psicomotora como estratégia no âmbito da promoção de competências sociais e emocionais junto de populações infantis.

Palavras-chave: Crianças em risco, Comportamento social, Intervenção psicomotora, Competências sociais e emocionais, Competência académica.

Abstract: This study aimed to determine the impact of a psychomotor intervention as a strategy to promote social and emotional skills in 35 school children between the ages of 6 and 11 years old. It was used the *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* and the *Social Skills Rating Scale (SSRS-k6)*. According to the evaluation of the teachers and children, the results are indicative of significant improvements in the behavioural and hyperactivity problems, as well as, the level of prosocial behaviour by evaluating teachers and parents ($p < 0.05$). Through the teacher's evaluation there were also some significant improvements in social skills, internalizing behaviour problems and academic skills ($p < 0.05$). The results appear to support the potential of psychomotor intervention as a strategy in the promotion of social and emotional skills among child population.

Keywords: Children at risk, Social behavior, Psychomotor intervention, Social and emotional skills, Academic competence.

Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento infantil

A rápida evolução da sociedade obriga a um ajuste diário das formas de pensar e agir das crianças, para se adaptarem às situações de risco e vulnerabilidade presents no seu desenvolvimento. A investigação tem abandonado o foco nos mecanismos que comprometem o desenvolvimento, em prol de uma intervenção focada para os mecanismos que fornecem uma proteção ou as habilidades necessárias para se proteger e ultrapassar com sucesso as dificuldades inerentes ao processo de desenvolvimento, o que está na origem das intervenções preventivas e de promoção da resiliência.

A identificação das crianças que se encontram num percurso de risco desenvolvimental pela exposição a adversidades é uma preocupação contemporânea. São exemplo desta exposição, a prematuridade, a subnutrição, o baixo peso, as lesões cerebrais, dificuldades desenvolvimentais, um contexto familiar desestruturado, a pertença a minorias sociais, o desemprego, a pobreza, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e/ou educação, desvantagens socioeconómicas (Pickett et al., 2013), pais jovens e/ou desempregados ou com problemas de saúde mental e o isolamento (Haggerty, Sherrod, Gamezy & Rutter, 2000; Sapienza & Pedromônico, 2005).

As situações de risco podem levar a um desenvolvimento problemático, nomeadamente, quadros de depressão, ansiedade ou *stress*, perturbações do comportamento ou da personalidade, abandono ou absentismo escolar, agressividade, gravidez na adolescência, problemas de aprendizagem, consumo de drogas, violência, desagregação familiar, abandono, negligência ou maus-tratos (Sapienza & Pedromônico, 2005). Assim importa compreender a relação entre os mecanismos de proteção e de risco na promoção da resiliência ou da vulnerabilidade do indivíduo (Poletto & Koller, 2008). Existem diversas variáveis, como o nível de desenvolvimento das crianças, as práticas parentais, as características do contexto envolvente (Dascanio, Del Prette, Barham, Rodrigues, Fontaine & Del Prette, 2015), a rede de apoio afetivo e social, as relações estabelecidas bem como as características intrínsecas de cada criança que definem as suas fragilidades e potencialidades (Poletto & Koller, 2008). Assim, diversos fatores culturais, familiares e genéticos (Carvalho, 2012) interligados constituem mecanismos de risco que dificultam a aquisição de habilidades e o desempenho de papéis sociais (Del Prette & Del Prette, 2010), tornando assim real a importância de se preverem os fatores de risco para permitir uma intervenção atempada (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Vários autores defendem que o comportamento sofre alterações devido aos mecanismos de risco presentes (Ferreira & Marturano, 2002). Ferreira e Marturano (2002) constataram que um grupo de crianças com problemas de comportamento apresentou, comparativamente a um sem queixas de comportamento, maior número de adversidades relatadas pelas mães, sendo a maioria relacionadas com o ambiente familiar, desde relacionamentos interpessoais desajustados, falhas parentais na supervisão, na monitorização e suporte, no menor interesse parental no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos. Também as dificuldades académicas tendem a aumentar a vulnerabilidade para a inadaptação psicossocial, reforçando a importância da intervenção preventiva holística que envolva a criança e a família (Sapienza & Pedromônico, 2005).

No entanto, os fatores e mecanismos de proteção surgem como promotores de estratégias adaptativas capazes de atenuar ou neutralizar o efeito de fatores de risco (Cunha & Moraes, 2009). Tal como é difícil prever a relação causa-efeito dos fatores de risco no desenvolvimento, é igualmente difícil identificar e descrever a ação dos mecanismos de proteção nesta relação (Sapienza & Pedromônico, 2005).

O suporte social e um autoconceito positivo estão normalmente correlacionadas e surgem como promotores da resiliência (Haggerty et al, 2000; Oriol-Bosch, 2012).

Ao analisar os problemas de comportamento, a diferenciação entre o comportamento adaptativo e desadaptativo recai tanto no contexto individual como no situacional (Haggerty et al., 2000). Por um lado, estão os fatores de proteção individuais tais como cuidados estáveis, habilidade para a solução de problemas, qualidade do relacionamento com os pares e adultos, a competência, a eficácia, a identificação com modelos competentes. E, por outro lado, surge a capacidade de proteção que se estende às variáveis circunstanciais, envolvendo os vários níveis de suporte social (Oriol-Bosch, 2012). Desta forma, pretende-se a redução de problemas de comportamento, mediante intervenções efetivas sendo necessário compreender como e em que fases do desenvolvimento atuam os mecanismos protetores (Sapienza & Pedromônico, 2005).

A resiliência é a habilidade de um indivíduo utilizar os recursos pessoais e contextuais disponíveis para gerir as adversidades (Oriol-Bosch, 2012). Sapienza e Pedromônico (2005) apontam como características da criança resiliente o bom funcionamento intelectual, a sociabilidade e expressão adequada, a autoeficácia, a autoconfiança e a autoestima elevadas, os talentos e a fé. No seu contexto, podem ainda usufruir de práticas parentais competentes, vantagens socioeconômicas e conexões com redes familiares ampliadas e de suporte. No contexto extrafamiliar, mantêm vínculos com adultos e organizações prosociais e frequentam a escola. Rutter (2013) entre outros vêm acrescentar que alguns fatores de proteção podem contribuir para a resiliência, associados à personalidade da criança, à família, às experiências de aprendizagem, à exposição reduzida ao risco e às experiências compensadoras proporcionadas por um ambiente escolar favorável. Já Grünspun (2003), acredita em características específicas da criança como a competência social e emocional, ou seja, a flexibilidade intelectual, sensibilidade e atenção, facilidade em se expressar emocionalmente, habilidade para comunicar, no bom sentido de humor perante situações de dificuldade, na capacidade de resolução de problemas, onde se valoriza o pensamento crítico e lateral, para suprir as necessidades e a capacidade de pedir ajuda quando não é capaz de solucionar a situação. Outras características são a autonomia, a autoestima positiva, a independência, o autocontrolo, a objetividade, a confiança no futuro, a formulação de metas realistas com aspirações educacionais elevadas, a persistência, o esforço, o otimismo, a capacidade de prever oportunidades e o sucesso no futuro (Sapienza & Pedromônico, 2005).

Competências sociais e emocionais

As competências sociais e emocionais compreendem a adequação dos comportamentos sociais pelo indivíduo, numa dada cultura e contexto dentro de uma faixa etária (Matos, 2012). Remete para os comportamentos de um indivíduo,

num contexto interpessoal, onde expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões e direitos, ajustados a dada situação, respeitando os comportamentos dos demais, e que, de um modo geral, tendem a solucionar os problemas imediatos, reduzindo a probabilidade de conflito (Caballo, 1996). A competência emocional direciona para as capacidades subjacentes às emoções como o seu conhecimento, a sua expressão e ajustamento social (Denham, 2007). As competências sociais para Caballo (1996) podem apresentar um caráter observável, como o ato de dar e receber elogios, iniciar, expressar e manter afeto, defender direitos, opinar incluindo o desacordo e desagrado, desculpar-se e lidar com as críticas. Ou então um caráter não observável, como a capacidade de transformar e utilizar informação, o conhecimento de comportamentos socialmente competentes e de posturas sociais, terem estratégias que lhes permitam analisar o comportamento social do outro sendo capazes de reconhecer os estados emocionais nos outros e de gerir as próprias emoções.

Estas competências são consideradas centrais para que as crianças possam interagir, desenvolver e regular um relacionamento saudável com os pares (Denham, 2007).

No desenvolvimento destas competências são envolvidas as vertentes: individual, através do desenvolvimento do autoconceito e autoestima; relacional, através da promoção de comportamentos assertivos e relações interpessoais; e emocional através da gestão de emoções (Freitas, Simões & Martins, 2011). Estas desenvolvem no sujeito o interesse e expectativas em relação à sua vida, melhorando a forma como encara o futuro, com mais confiança (Calmeiro, 2008), tornando-se isto essencial para a sua saúde mental e sucesso social e académico (Denham, 2007). A sua ausência ou comprometimento pode gerar isolamento ou alienação social, tornando-se determinantes para a adaptação social e de resiliência (Matos, Simões & Carvalhosa, 2000). Em contexto escolar, as intervenções que promovem estas competências revelam-se imprescindíveis por serem preditores de resultados positivos por parte das crianças perante situações de risco, como o consumo de substâncias, o absentismo escolar, os comportamentos antissociais e a agressividade (Greenberg et al. 2003). O défice nestas competências relaciona-se com problemas de comportamento (Matos, Simões & Canha, 2008), ao passo que as habilidades sociais se associam às competências académicas (Del Prette, Del Prette, Oliveira, Gresham & Vance, 2012). Para Feitosa, Matos, Del Prette e Del Prette (2005) é frequente as dificuldades de aprendizagem estarem associadas a problemas emocionais e de comportamento, que podem interferir nas relações da criança, em vários contextos.

A promoção de competências sociais e emocionais é uma forma de intervir na problemática dos problemas de comportamento (Matos & Spence, 2008) e do desajustamento e/ou isolamento social (Carvalho, 2012). Algumas dimensões da competência social oscilam num contínuo em que o nível ótimo se encontra entre ambos os extremos (comportamentos internalizantes e externalizantes). Assim, esta intervenção possui duplo objetivo, por um lado, pretende potenciar

em crianças com problemas de comportamento de caráter internalizante (e.g. timidez, baixa autoestima) uma alteração num sentido de maior assertividade, e perante um caráter externalizante, diminuir determinadas ações desviantes desenvolvendo alternativas na relação com os outros (Gundersen, 2014).

Matos e Spence (2008) referem que a competência académica na criança aumenta com as suas competências sociais, diminuindo a probabilidade de reprovação. E, o estudo de Machado, Veríssimo e Denham (2012) verificou que a competência emocional tem repercussões no desenvolvimento social, académico e afetivo.

Os programas promotores de competências sociais e emocionais melhoram a comunicação, a relação com os outros, a expressão de ideias, de opiniões e direitos sem recurso à violência na negociação, considerando os seus pontos de vista e os dos demais, a gerir os conflitos e as alternativas e a identificar e resolver situações problemáticas (Matos & Spence, 2008). Baseiam-se no desenvolvimento de capacidades pessoais, afetivas e relacionais, de comportamentos verbais e não-verbais, de componentes motivacionais, socioculturais, e de processos perceptivos de processamento de informação, com o objetivo de generalizar a aquisição das aprendizagens nos contextos sociais (Bedell & Lennox, 1997 cit. por Freitas, Simões & Martins, 2011). Estas competências são associadas à diminuição do impacto negativo da exposição a fatores de risco no seu desenvolvimento ao permitirem a identificação e resolução dos seus problemas, gestão dos conflitos interpessoais, otimização da sua comunicação interpessoal, defesa dos seus direitos, lidar com a pressão dos pares e a optar por um estilo de vida mais saudável (Matos, 2012; Simões, Matos, & Morgan, 2015). Assim, a intervenção neste âmbito surge como um facilitador na procura de alternativas para lidar com a ansiedade, sintomas depressivos e situações stressantes do quotidiano sem utilizarem comportamentos desajustados de caráter externalizante (e.g. consumo de substâncias, violência) ou internalizante (e.g. depressão, ansiedade) (Matos, 2012).

No sentido de promover estas competências no âmbito da intervenção psicomotora, alguns autores sugerem determinadas dinâmicas que devem ser adaptadas ao contexto e necessidades da população-alvo. São exemplo a: ativação, através de exercícios de expressão corporal, jogos de imitação, de mímicas e improvisações para estimular a disposição favorável dos sujeitos para a ação (Sousa, 2005); a ação e expressão corporal, promovendo a comunicação não-verbal, através da consciência corporal e das suas possibilidades expressivas na comunicação interpessoal (Matos, 2005; Sousa, 2005); o diálogo, que promove a escuta ativa e a expressão verbal, motivando uma exposição voluntária pessoal fora da sessão; a resolução de problemas, pela identificação, procura de soluções, previsão de consequências (desenvolvimento do pensamento alternativo e consequencial), tomada de decisão e passagem à prática; e a simulação e dramatização de diferentes situações sociais (Matos, 2012), ou jogo de papéis (Sousa, 2005), analisando o comportamento social em vários contextos com várias pessoas, sabendo identificar e escolher os comportamentos assertivos; a improvisação, mediante uma pista dada pelo terapeuta, de modo a promover a

espontaneidade da pessoa (Sousa, 2005); e, a partilha de experiências e “trabalhos de casa” com o intuito de generalizar a outros contextos fora da sessão os conteúdos trabalhados na sessão (Matos, 2005).

Intervenção psicomotora na promoção de competências pessoais e sociais

“Baseada numa visão holística do ser humano, na união do corpo e da mente, a Psicomotricidade integra as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e físicas na capacidade individual de ser e agir num contexto biopsicossocial” (*European Forum Psychomotricity*, 2012).

Através da Terapia psicomotora orientada para a experiência é possível proporcionar à criança em risco e com problemas de comportamento uma maior vivência e percepção dos seus estados internos. O aumento da expressão e regulação emocional aumenta a tolerância à frustração, diminui o comportamento impulsivo, melhora a interação social, a aprendizagem de limites, a autoconfiança, a percepção de si e do seu corpo, desenvolve a autorreflexão e a visão mais consciente dos conflitos inter e intrapsíquicos. Ou seja, é uma vertente mais reflexiva que valoriza as experiências e reações numa interação dinâmica (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010). Assim, existem alguns objetivos gerais a trabalhar (Fonseca, 2005; Naia & Martins, 2006): promover, através do corpo, potencialidades e capacidades motoras, cognitivas e socioemocionais; melhorar a capacidade adaptativa nos diferentes contextos da vida; harmonizar a relação entre o corpo, a motricidade, a atividade mental, o real e o imaginário, no espaço e tempo; permitir a projeção simbólica; melhorar as trocas entre o agido e representado; permitir que a linguagem facilite a análise do movimento e a sua interiorização no plano representativo; melhorar a capacidade de ligar a ação à imagem, e da imagem à palavra; aumentar a percepção das consequências do seu comportamento, atribuindo-lhes intencionalidade, através do pensamento e consciência.

Os estudos que se debruçam sobre as competências, resiliência, problemas emocionais ou comportamentais e a prevenção e promoção de um desenvolvimento humano saudável apontam para a importância de uma intervenção precoce ainda em idade escolar, junto da criança, família, comunidade e interações entre contextos (Masten, Gewirtz & Sapienza, 2013). É nesta fase do desenvolvimento que surgem os primeiros sinais do desenvolvimento patológico (Masten et al. 2013). Estes défices podem ser colmatados com programas de intervenção precoce, centrados no apoio à família e no desenvolvimento de ambientes de aprendizagem e enriquecimento para a criança.

Para crianças problemáticas, isoladas, provenientes de ambientes físicos e emocionais instáveis/inseguros, com poucas ou mesmo nenhuma oportunidades positivas de interação social e aceitação, a participação numa terapia de grupo coesa poderá potenciar o aumento da autoestima e o crescimento da criança em diferentes níveis (Erfer & Ziv, 2006). A coesão surge como um aspeto essencial,

sendo potenciada pelo sentimento de partilha entre os membros e pela experiência das tarefas como algo compensador. Assim, ao focar-se nas interações do aqui e do agora, inclui a aceitação e o reconhecimento da individualidade de cada membro, ao mesmo tempo que dá, a cada um, a oportunidade de fazer parte de um todo (Erfer & Ziv, 2006). Também Aucoutourier (2005, cit. in Naia & Martins, 2006) considera que a intervenção psicomotora em grupo pode beneficiar crianças com dificuldades na simbolização, com distúrbios tónicoemocionais ou com dificuldades de integração de normas e regras. Considera-se que todas estas dificuldades podem emergir da insegurança perante angústias, sendo pela motricidade que exprimem o seu sofrimento psíquico (hiperatividade ou passividade motora, sempre acompanhadas de problemas de expressão emocional). Para Onofre (2003) o grupo pode funcionar como um elemento gerador de sensibilidade e conhecimentos, bem como um elemento organizador de estruturas adaptativas às situações vividas. Considera que este tipo de organização permite que a criança se aperceba do poder que exerce, sendo possível potenciar a sua expressão coletiva com a noção de que cada ato ou atitude gera uma reação nos outros elementos, tal como acontece na sociedade.

O psicomotricista tem um papel crucial na intervenção, pelos métodos que utiliza e pelo seu papel de ajuda em termos de reflexão. Este tem que ser sensível às respostas de cada criança e ter a capacidade de perceber os sinais emocionais e cinestésicos, para ser capaz de refletir e reagir a essas expressões emocionais, através de movimentos corporais e tons de voz adequados, envolvendo-se na relação de movimento e interação (Erfer & Ziv, 2006). Desta forma, fornece sinais de aceitação e comunicação emocional à criança, sendo esta a base para o desenvolvimento da coesão não-verbal e de sentimentos de segurança. Assim, o contato visual, a postura e os gestos são uma forma de apoio, de respeito e servem de modelo para o resto do grupo (Erfer & Ziv, 2006). A relação terapêutica mediada através da linguagem corporal, permite que a criança projete o seu mundo, intervindo-se sobre o problema (Lontro, 2006). A proximidade e o toque são essenciais, no entanto, com este tipo de crianças, pela possível existência de experiências traumáticas, podem apresentar dificuldades em manter os limites apropriados, e serem pouco tolerantes à proximidade. Por isso, a criação de um ambiente securizante é um ponto base para o desenvolvimento da intervenção (Erfer & Ziv, 2006).

Naia e Martins (2006) sugerem que se devem promover situações em que a criança propõe as próprias atividades, com o psicomotricista como mediador para garantir os objetivos definidos e promover a oportunidade de escolha, decisão, liderança, exercício de um poder de forma controlada, regrada e segura através de atividades lúdicas e expressivas (e.g. jogos construtivos, jogos simbólicos, jogos de regras, técnicas de relaxação). Partindo das áreas mais fortes e da preferência da criança, em direção às menos fortes ou de menor motivação, para garantir o seu interesse e envolvimento nas tarefas. Sendo importante o reforço dos comportamentos de calma e atenção, os êxitos e as capacidades relacionais e afetivas da criança (Naia & Martins, 2006).

No presente estudo procurou-se analisar o impacto da intervenção psicomotora na aprendizagem socioemocional em meio escolar, mais especificamente a: (1) Melhoria das habilidades sociais e comportamento social (assertividade, comunicação, resolução de problemas e relações interpessoais); (2) Promoção da expressão e gestão emocional - aquisição e generalização de comportamentos prosociais; (3) Redução dos problemas de comportamento externalizantes, internalizantes e hiperatividade; (4) Melhoria da competência académica global.

Metodologia

Participantes

Participaram no estudo 35 crianças (77% rapazes e 23% raparigas), com idades entre os 6 e os 11 anos de idade ($M=8,9$; $DP=2,05$), de duas Escolas do 1º ciclo do distrito de Lisboa, que se dividiram em 7 grupos de intervenção. Os critérios tidos em consideração no momento de formação dos grupos foram, a idade das crianças, o ano de escolaridade, a disponibilidade e compatibilidade entre horários das crianças, e a escola a que pertenciam. A informação relativa aos grupos de intervenção segue no gráfico 1.

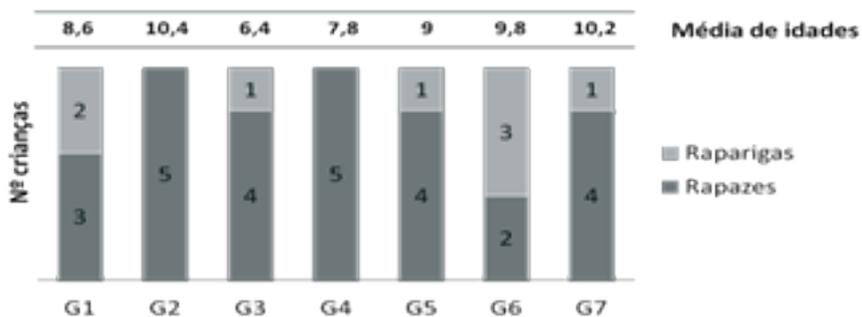


Figura 1. Caraterização da amostra.

Instrumentos de avaliação

Strengths and Difficulties Questionnaire

O SDQ (Goodman, 1997; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000) é um questionário para avaliar o ajustamento psicológico, social, emocional e comportamental infantil entre os 4 e os 16 anos, com ênfase não só na psicopatologia, mas também no comportamento prosocial. É um instrumento composto por 25 itens cotados numa escala de tipo *Likert* de

3 níveis: “Não é verdade”, “É pouco verdade” e “É muito verdade”, cotando 0, 1 ou 2 respetivamente. Estes itens estão repartidos em 5 escalas, com 5 itens cada: Sintomas Emocionais “*Preocupo-me muito*”, Problemas de Comportamento “*Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes*”, Hiperatividade “*Estou sempre distraído. Tenho dificuldades em me concentrar*”, Problemas de Relacionamento com os pares “*Os meus colegas geralmente gostam de mim*” e Comportamento Prosocial “*Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente*” (Goodman, 1997; Goodman et al., 2000). Apresenta versões idênticas ou com ligeiras diferenças, que podem ser preenchidas por encarregados de educação, professores e pela própria criança.

Social Skills Rating Scale

O SSRS, desenvolvido por Gresham e Elliot (1990) foi traduzido e validado para a população portuguesa por Lemos e Meneses (2002) e é um sistema de avaliação constituído por várias escalas que avalia a competência social dando informações que sustentam o planeamento e intervenção. Este compreende as seguintes escalas: *habilidades sociais*, *problemas de comportamento* e *competência académica*, cujos itens apesar de traduzirem maioritariamente os comportamentos positivos e competências prosociais, abordam também comportamentos potencialmente problemáticos e a competência académica (Mota, Matos & Lemos, 2011). Tem três versões, e neste estudo apenas foi utilizada a versão para professores. Esta escala está baseada na investigação do comportamento e desenvolvimento social infantil, com recurso a vários domínios de investigação. A escala das habilidades sociais avalia comportamentos de cooperação (10 itens, “*Segue as orientações do professor*”), afirmação (10 itens, “*Convida os colegas para actividade*”) e ainda os comportamentos de autocontrolo (10 itens, “*Realiza bem os trabalhos escolares*”). A escala dos problemas de comportamento, avalia tanto os problemas externalizados (7 itens, “*Luta com os colegas*”), como os internalizados (6 itens, “*Tem baixa autoestima*” e ainda hiperatividade (5 itens, “*Distrai-se com facilidade*”). Estas as escalas são compostas por 48 itens e apresentam uma cotação tipo *Likert* de três níveis: “nunca”, “algumas vezes” e “muitas vezes”, cotando respetivamente 0, 1 e 2. A escala da competência académica (6 itens, “*Na Matemática, como é que este/a aluno/a se situa em relação aos colegas*”), por último, compreende os comportamentos críticos como desempenho na leitura e na matemática, a motivação, o funcionamento cognitivo global e o suporte parental. Os 6 itens que a representam são cotados numa escala de 1 a 5, no qual o número 1 indica o desempenho mais baixo ou menos favorável e o número 5 representa o mais elevado ou mais favorável.

Procedimentos

As crianças foram selecionadas para a intervenção pelos professores titulares de turma, caso apresentassem três ou mais das seguintes características:

comportamentos inadequados no contexto escolar, dificuldades de concentração, dificuldades no relacionamento com os pares, dificuldades no relacionamento com figuras de autoridade, impulsividade, hiperatividade, agressividade e dificuldades no controlo das emoções.

Na primeira fase de avaliação, foi preenchido, pelos mesmos professores, o questionário SDQ para avaliar a elegibilidade e necessidade de intervenção das crianças sinalizadas. Comprovada a elegibilidade, seguiu-se a fase de autorização pelos encarregados de educação e o preenchimento do SDQ pelos mesmos. Perante a obtenção das autorizações foi preenchido o SSRS-K6, pelos professores e o SDQ pelas crianças. No final do período de intervenção, foram novamente aplicados todos os instrumentos supracitados.

Programa de Intervenção

O programa intervenção psicomotora “Psicomotricidade na Escola” teve uma duração de aproximadamente 6 meses, com início em dezembro e término em junho. Este programa vem sendo implementado desde 2007 nas escolas em questão e procura dar resposta às dificuldades encontradas nas crianças ao nível da gestão dos estados de atenção, dos problemas emocionais e da autorregulação do comportamento. Os conteúdos inserem-se em três campos de ação: a consciência social e emocional, mediante a estimulação do autoconceito, autoestima, autoeficácia e reflexão acerca da empatia, responsabilidade e comportamentos morais; o comportamento social, adequado através da estimulação da comunicação verbal e não-verbal de forma proativa e assertiva e da reflexão acerca de regras sociais em contextos específicos e do reconhecimento de barreiras atitudinais; o planeamento e estratégias para a resolução de problemas e a estimulação de relacionamentos interpessoais saudáveis.

As sessões tiveram uma frequência semanal com uma duração de 45/60 minutos. Estruturalmente iniciavam com um momento de entrada para receber as crianças, seguida de um momento intermédio no qual se desenvolviam as dinâmicas de grupo planeadas, terminando com um momento final de retorno à calma e reflexão e partilha em grupo. Como principais estratégias utilizaram-se a modelagem, o reforço diferencial de baixos valores de resposta, o reforço diferencial de outro comportamento, métodos de redução de problemas de comportamento (e.g. ignorar a resposta, time-out, custo da resposta), reforço para a manutenção de um comportamento social desejado, treino de transferência, *role-playing*, instrução direta, ensaio comportamental e técnicas operantes de manipulação dos antecedentes e consequentes para aumentar a manifestação de comportamentos prosociais existentes.

Análise de Dados

Após a recolha de dados, os mesmos foram introduzidos e analisados

pelo *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* - versão 21). Foram realizadas análises descritivas para a caracterização dos participantes (média, mínimo e máximo e percentagens). Para a obtenção das escalas dos instrumentos utilizados foram recodificados os itens invertidos, após o que se procedeu ao somatório dos respetivos itens. No caso do SDQ foi ainda obtido o total de dificuldades da criança, para cada uma das fontes, através da soma das escalas hiperatividade, problemas emocionais, problemas de comportamento e problemas de relacionamento. Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados iniciais e finais foram realizados *One sample T-tests* para as amostras emparelhadas. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando o valor do teste de significância foi inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados

A apresentação dos resultados engloba a apresentação dos resultados da avaliação inicial do SDQ provenientes das várias fontes, que permitiram obter um perfil das crianças nas várias dimensões avaliadas e a apresentação dos resultados da intervenção resultantes da comparação entre a avaliação inicial e avaliação final.

Resultados da avaliação inicial SDQ – comparação entre as várias fontes

O resultado da avaliação inicial obtido pelo preenchimento do SDQ pelos professores, encarregados de educação e pelas próprias crianças encontra-se expresso no gráfico 1:



Gráfico n°1: Média inicial da avaliação do SDQ, versão professores, pais e crianças.

O gráfico n°1 mostra que para os professores, as crianças revelam um desenvolvimento “anormal” com base no *total de dificuldades* (17,61). Especificamente, encontram-se num nível “anormal” nas escalas *problemas de comportamento* e *hiperatividade* e no “normal” nas restantes. Os encarregados de educação colocam as crianças num nível “limítrofe” com base no *total de*

dificuldades (15,76). Em detalhe, estão num nível “anormal” na escala *hiperatividade*, “limítrofe” na escala *problemas de comportamento* e “normal” nas restantes. As crianças com base no *total de dificuldades*, remetem-se para o nível “limítrofe” (17,82), onde as escalas *problemas de comportamento* e *hiperatividade* se encontram no nível “limítrofe”, e as demais no “normal”.

Resultados da intervenção - comparação entre a avaliação inicial e final

Nesta seção são apresentados os resultados comparativos entre os dois momentos de avaliação relativos aos dois instrumentos utilizados. Para o SDQ, os resultados são apresentados para cada fonte - professores, encarregados de educação e crianças.

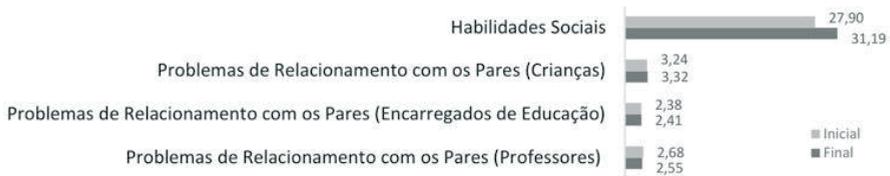


Gráfico n°2: Resultados nas escalas *habilidades sociais* e *problemas de relacionamento com os pares*.

Mediante o gráfico n°2 as diferenças observadas na escala *habilidades sociais* são estatisticamente significativas ($t = -4,373, p = 0,000$). Os *problemas de relacionamento com os pares* na avaliação dos professores apresenta uma ligeira melhoria ($t = 0,354, p = 0,726$), contrariamente à efetuada pelos encarregados de educação ($t = -0,117, p = 0,908$) e pelas crianças ($t = -0,452, p = 0,654$) nas quais se verifica um aumento dos mesmos.

- *Expressão e Gestão Emocional - Aquisição e generalização de comportamentos prosociais*

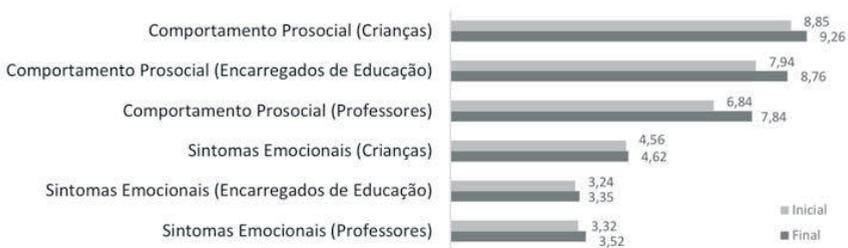


Gráfico n°3: Resultados nas escalas *sintomas emocionais* e *comportamento prosocial*

O gráfico nº3 mostra que os *sintomas emocionais* sofreram um ligeiro aumento segundo os professores ($t = -0,588, p=0,561$), os encarregados de educação ($t = -0,539, p=0,594$) e as crianças ($t = -0,226, p=0,822$). No *comportamento prosocial* verificaram-se melhorias estatisticamente significativas mediante a avaliação dos professores ($t = -2,717, p=0,011$) e encarregados de educação ($t = -2,216, p=0,034$), enquanto a avaliação realizada pelas crianças revela uma ligeira melhoria ($t = -1,173, p=0,249$).

- *Redução de Problemas de Comportamento Externalizantes, Internalizantes e Hiperatividade*



Gráfico nº4: Resultados nas escalas *hiperatividade e problemas de comportamento, problemas de comportamento externalizante e problemas de comportamento internalizante*.

O gráfico nº4 mostra na *hiperatividade* uma melhoria estatisticamente significativa na avaliação dos professores ($t=2,079, p=0,046$) e das crianças ($t=2,659, p=0,012$). Enquanto os encarregados de educação indicam uma ligeira melhoria ($t=0,830, p=0,412$). Também se verificou uma melhoria estatisticamente significativa na avaliação dos *problemas de comportamento* pelas crianças ($t=2,333, p=0,026$) e professores ($t=2,212, p=0,035$) tendo ocorrido a passagem do nível “anormal” para o “limítrofe” nos professores. Segundo os encarregados de educação ocorreu uma ligeira melhoria ($t=0,588, p=0,561$). Em relação aos *problemas de comportamento internalizantes* verificaram-se melhorias estatisticamente significativas ($t=2,357, p=0,025$) enquanto os problemas de comportamento externalizantes revelam um ligeiro aumento ($t = -1,315, p=0,198$).

- *Competências Académicas*



Gráfico nº5: Resultados na escala *competência académica*.

O gráfico nº5 mostra que nas competências acadêmicas existiu uma melhoria estatisticamente significativa ($t=2,374$, $p=0,024$) relatada na avaliação dos professores.

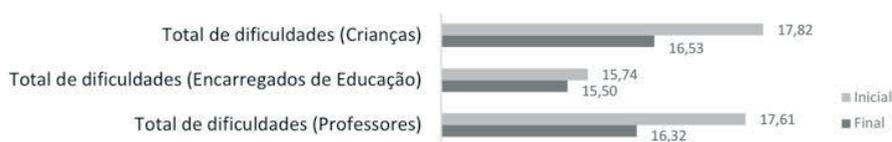


Gráfico nº6: Resultados na escala *total de dificuldades*.

Por fim o gráfico nº6 mostra a variação entre a avaliação inicial e final do *total de dificuldades* nas várias fontes. Nesta variação observaram-se melhorias estatisticamente significativas segundo a avaliação realizada pelas crianças ($t=2,300$, $p=0,028$), e ligeiras segundo a avaliação dos professores ($t=1,725$, $p=0,095$) e encarregados de educação ($t=0,411$, $p=0,684$).

Discussão

Este estudo avaliou o impacto de uma intervenção psicomotora no âmbito da promoção de competências sociais e emocionais em contexto escolar mais especificamente a melhoria das habilidades sociais e comportamento social, a promoção da expressão e gestão emocional, a redução dos problemas de comportamento externalizantes, internalizantes e hiperatividade e ainda a melhoria da competência académica global das crianças. De um modo geral, observaram-se melhorias no *total de dificuldades*, no *comportamento prosocial*, na *hiperatividade*, nos *problemas de comportamento*, nos *problemas de comportamento internalizante*, nas *habilidades sociais* e *competência académica*.

Em relação aos objetivos iniciais os resultados parecem indicar a pertinência da intervenção psicomotora na promoção das competências sociais e emocionais em crianças em idade escolar.

No que diz respeito à melhoria das habilidades sociais e dos comportamentos sociais os resultados obtidos na escala *habilidades sociais* ($t= -4,373$, $p<0,000$) vão ao encontro do apresentado na literatura por Masten, et al. (2013) e Sapienza e Pedromônico (2005).

A melhoria da expressão e da gestão emocional verifica-se ao nível da aquisição e generalização de comportamentos prosociais. Estes foram avaliados pela escala *comportamentos prosociais* através da apreciação dos professores ($t= -2,717$, $p=0,011$) e encarregados de educação ($t= -2,216$, $p=0,034$) que vão ao encontro do citado por Denham (2007). Quanto à redução dos problemas de

comportamento, a avaliação dos professores ($t=2,212, p=0,035$) e das crianças ($t=2,333, p=0,026$) permitiu atestar o referido na literatura por Masten, et al. (2013) e Sapienza e Pedromônico (2005). Mais especificamente, a redução nos problemas de caráter internalizante, através dos resultados da escala *problemas de comportamento internalizantes* ($t=2,357, p=0,025$) vai ao encontro do mencionado por Matos e Tomé (2012). Os resultados parecem ainda indicar que as competências sociais e emocionais têm uma influência positiva na prevenção e intervenção nos problemas de comportamento como sugerem na literatura Matos e Spence (2008). A redução dos comportamentos de hiperatividade foi atestada pelas melhorias estatisticamente significativas de acordo com a avaliação dos professores ($t=2,079, p=0,046$) e das crianças ($t=2,659, p=0,012$) na escala *hiperatividade* como citado por Sapienza e Pedromônico (2005).

Por fim, quando se comprovou a melhoria das competências académicas ($t=2,374, p=0,024$) estas juntamente com as melhorias anteriormente atestadas nas habilidades sociais remete para uma possível associação entre estes dois domínios como afirmam Del Prette et al. (2012) e Matos e Spence (2008), ou seja, que um aumento ao nível das competências sociais e emocionais da criança estará associado a um aumento das suas competências académicas.

Para além destes aspetos, o facto de existirem em simultâneo com os défices nas competências académicas, problemas de comportamento e de relacionamento simultaneamente, vai ao encontro do expresso na literatura por Feitosa et al. (2005), sobre a possível associação e relação direta entre estes domínios.

Conclusões

A intervenção psicomotora desenvolvida junto deste grupo de crianças em contexto escolar teve a sua pertinência como é possível verificar através dos resultados obtidos, e das observações efetuadas pelas Psicomotricistas em contexto de sessão. Ao longo da intervenção são de realçar as melhorias observadas na relação entre os elementos do grupo e destes com as Terapeutas, a atenuação de determinados comportamentos desajustados como o desafio e agressões físicas e verbais, redução global dos problemas de comportamento, de relacionamento e hiperatividade.

Como principais dificuldades e limitações a este estudo são apontadas as adversidades nos processos de elegibilidade das crianças para integração dos grupos de intervenção, no que diz respeito ao tempo necessário para cada uma das fases (e.g. sinalização pelos professores titulares e autorização e avaliação dos encarregados de educação) por ser demasiado moroso, o que inevitavelmente inviabilizou o arranque da intervenção psicomotora no primeiro período do ano letivo. Outro aspeto remete para o facto de os espaços destinados em cada escola para a dinamização das sessões de Psicomotricidade não reunirem as melhores condições para a prática, por serem locais frios e nem sempre acolhedores do

ponto de vista organizacional e de conteúdos materiais (e.g. colchões, almofadas). Esta é uma dificuldade e uma limitação do sucesso da intervenção, pois não garantiu um local securizante e contentor, nem favoreceu a concentração das crianças em várias dinâmicas.

Futuramente, seriam desejáveis mais estudos neste âmbito de intervenção psicomotora na promoção da aprendizagem socioemocional, uma vez que a sociedade coloca cada vez mais as crianças em situações adversas ao seu desenvolvimento. Neste sentido, torna-se fundamental a consciencialização para esta evolução desadaptativa das crianças e da importância que a intervenção precoce no desenvolvimento pessoal, emocional e social tem junto destas, para se tornarem adultos saudáveis com recursos internos que lhes permitam lidar com as problemáticas inerentes ao dia-a-dia.

Referências

- Caballo, V. E. (1996). O treinamento em habilidades sociais. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (361-398). São Paulo: Santos.
- Calmeiro, L. (2008). Competências de vida e estilos de vida activos. In M.G. Matos (ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (339-353). Lisboa: FMH.
- Carvalho, J.C.M. (2012). Estudo dos efeitos de um programa de promoção da resiliência e de competências pessoais e sociais em adolescentes com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais - estudos de caso. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana Universidade Técnica de Lisboa.
- Cunha, D. & Moraes, R. (2009). CONFLITO ESCOLAR: VULNERABILIDADE E DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS. *Revista electrónica de investigación y docencia*, 2, 79-95.
- Dascanio, D., Del Prette, A., Barham, E.J., Rodrigues, O.M.P.R., Fontaine, A.M.G.V. & Del Prette, Z.A.P. (2015). Habilidades Sociais, Competência Acadêmica e Problemas de Comportamento em Crianças com Diferentes Níveis de Plumbemia. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 28 (1), 166-176.
- Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Revista Perspectivas*, 1(2), 104-115.
- Del Prette, Z.A.P., Del Prette, A., Oliveira, A.L., Gresham, F.M., & Vance, M.J. (2012). Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International Journal*, 2, 1-16.
- Denham, S.A. (2007). Dealing with feelings: how children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behaviour*, 11, 1-48.
- Erfer, T. & Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 238-246.

- Feitosa, F., Matos, M., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socioeconómico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia, 13* (2), 129-138.
- Ferreira, M.C.T. & Marturano, E.M. (2002). Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15* (1), 35-44.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Freitas, E.J.F.L.F., Simões, M.C.R. & Martins, A.P.L. (2011). Impacto de um Programa de Competências Pessoais e Sociais em Crianças de Risco. In *Libro de Actas do XI Congresso internacional Galego-Portugués de Psicopedagogia*. 7 a 9 de setembro. Universidade da Coruña. 641-650.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 534-539.
- Greenberg, M.T., Weissberg, R.P., O'Brien, M.U., Zins, J.E., Fredericks, L., Resnik, H., et al. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist, 58*, 466-474.
- Gresham, F. & Elliot, S. (1990). Social Skills Rating System. American Guidance Service. U.S.A.
- Gunderson, K.K. (2014). Social Emotional Competence little. *The International Journal of Emocional Education, 6* (1), 4-13. ISSN: 2073-7629.
- Haggerty, R.J., Sherrod, L.R., Gamezy, N. & Rutter, M. (2000). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: process, mechanisms and interventions*. New York: Cambridge University Press.
- Lemos, M. & Meneses, H. (2002). A Avaliação da Competência Social: Versão Portuguesa de Forma para Professores do SSRS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 18* (3), 267-274.
- Lontro, F. (2006). A Psicomotricidade na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja. *A Psicomotricidade, 8*, 89-94.
- Machado, P.M, Veríssimo, M. & Denham, S. (2012). O teste de Conhecimento das Emoções para crianças de idade pré-escolar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 34* (1), 201 - 222.
- Masten, A.S., Gewirtz, A.H. & Sapienza, J.K. (2013) "Resilience in Development: The Importance of Early Childhood". *Encyclopedia on Early Childhood Development*.
- Matos (2012). Comunicação e gestão de conflitos na escola. In M. G. Matos & G. Tomé, *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade, Vol. 2: Intervenções com jovens e na comunidade* (116-320). Lisboa: Placebo Editora Lda (E-Book).

- Matos, M.G. (2005). Promoção e gestão de conflitos na escola. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (289-363), Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Matos, M. G. e Spence, S. (2008). Prevenção e saúde positiva em crianças e adolescentes. In M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (4ª edição) (56-73).
- Matos, M.G., & Tomé, G. (Coord.) (2012). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade, Volume 2: Intervenções com jovens e na comunidade*. Lisboa: Placebo Editora Lda (E- Book).
- Matos, M.G., Simões, C. & Canha, L. (2008) “Competência social em problemas de comportamento”. In: Matos, M.G. e Tomé, G. (Eds.) *Aventura Social: Promoção de competências e capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade Volume 2 – Interações com jovens e na comunidade*. Lisboa, Placebo Editora LDA. 17-58.
- Matos, M.G., Simões, C. & Carvalhosa, S.F. (2000). *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social*. Lisboa: Instituto de Reinserção Social - Ministério da Justiça.
- Naia, A. & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- Onofre, P.S.F. (2003). A importância da dinâmica grupal... na psicomotricidade da criança. *A psicomotricidade*, 1 (1), 31-36.
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliência. *Educación Médica*.15 (2), 77-78.
- Pickett, W., Molcho, M., Elgar, F.J., Brooks, F., Looze, M., Rathmann, K., Bogt, T. F.M, Gabhainn, S.N., Sigmundová, D., Craig, W., Walsh, S.D., Harel-Fisch, Y. & Currie, C. (2013). Trends and Socioeconomic Correlates of Adolescent Physical Fighting in 30 Countries. *Pediatrics*. 131(1). 18-26. doi: 10.1542/peds.2012-1614.
- Poletto, M. & Koller, S.H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 405-416.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What’s in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105113.
- Psychomotricity, E.F.o. (2012). Statutes of the “european forum of psychomotricity”. Retirado de http://psychomot.org/wpcontent/uploads/2012/09/Statutes-english_2012.pdf
- Rutter, M. (2013). Annual Research Review: Resilience - clinical implications. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54 (4), 474-487. doi: 10.1111/j.14697610.2012.02615.x
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. (2005) “Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da criança e do adolescente”. *Psicologia em estudo* 10(2), 209-216.
- Simões, C., Matos, M. G., & Morgan, A. (2015). Facing the adversity: The role of internal assets on well-being in adolescents with special needs. *Spanish Journal of Psychology*, 18(56), 1-14.

Sousa, A. (2005) *Psicoterapias Activas*. Lisboa: Livros Horizontes

Ungar, M. (2011). The Social Ecology of Resilience: Addressing Contextual and Cultural Ambiguity of a Nascent Construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81 (1), 1-17.