



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA de CIÊNCIAS e TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Efeitos de uma intervenção psicomotora na
regulação emocional e nas competências sociais de
crianças institucionalizadas**

Liliana Filipa da Silva Cunha

Orientação:

Prof.^ª Doutora Guida Filipa Veiga Moutinho

Prof.^ª Doutora Ana Isabel Carvalho da Cruz Ferreira Matos

Prof.^ª Doutora Catarina Lino Neto Pereira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS e TECNOLOGIA

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Efeitos de uma intervenção psicomotora na regulação
emocional e nas competências sociais de crianças
institucionalizadas**

Liliana Filipa da Silva Cunha

Orientadores:

Prof.^a Doutora Guida Filipa Veiga Moutinho

Prof.^a Doutora Ana Isabel Carvalho da Cruz Ferreira Matos

Prof.^a Doutora Catarina Lino Neto Pereira

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

Agradecimentos

A realização deste trabalho só foi possível graças a um conjunto de pessoas que de uma forma ou de outra me ajudaram e acreditaram genuinamente que seria capaz. A elas manifesto os meus mais sinceros agradecimentos:

Às minhas orientadoras Prof.^a Doutora. Guida Veiga, Prof.^a Doutora. Ana Cruz Ferreira e Prof.^a Doutora. Catarina Pereira, pelos conselhos e ensinamentos, pela atenção e tempo disponibilizado, pela motivação e dedicação;

Ao Centro de Acolhimento, respetiva direção, membros e assistentes sociais, pela disponibilidade, colaboração constante e simpatia;

Ao Ruben, pelo suporte, paciência, disponibilidade e colaboração ao longo deste ano de trabalho;

A alguns amigos, pela motivação e disponibilidade;

Por último, um agradecimento especial às crianças que participaram neste estudo e, que sem elas, os fundamentos do mesmo não fariam sentido.

Efeitos de uma intervenção psicomotora na regulação emocional e nas competências sociais de crianças institucionalizadas

Resumo

O objetivo deste estudo foi perceber os efeitos de um programa de intervenção psicomotora, baseado no jogo de luta e perseguição, na Regulação Emocional e nas Competências Sociais de crianças institucionalizadas (9-13 anos). Foi realizado um estudo quasi-experimental com um desenho de pré e pós teste, a um grupo de 9 crianças, que num primeiro período, manteve as suas atividades normais (controlo) e, num segundo, usufruiu da intervenção (experimental), bissemanalmente, totalizando 19 sessões. Aplicaram-se o Child Perceived Coping Questionnaire, o Inventário de Comportamento da Criança para Pais, a Escala de Humor e Queixas Somáticas e o Questionário de Consciência Emocional antes do período controlo, após controlo e pré-intervenção e pós-intervenção. Obtiveram-se melhorias nos sintomas de Depressão, Ansiedade, score Total das variáveis da dimensão comportamento e competências sociais e Não esconder emoções. Este estudo possibilita a integração deste recurso terapêutico no processo de intervenção, assim como abre espaço a novas investigações.

Palavras-chave: Intervenção psicomotora; jogos de luta e perseguição; regulação emocional; competências sociais; crianças institucionalizadas.

Effects of a psychomotor intervention program in emotional regulation and in social skills of institutionalized children

Abstract

The aim of this study was to understand the effects of a psychomotor intervention program, based on the fighting and persecution game, in Emotional Regulation and the Social Skills of institutionalized children (9-13 years). A quasi-experimental study was conducted with a pre and post-test design, on a group of 9 children, who in the first period, maintained their normal activities (control) and, in a second, took advantage of the intervention (experimental), bi-weekly, totaling 19 sessions. There were applied the Child Perceived Coping Questionnaire, the Children Inventory Behavior for Parents, the Mood and Somatic Complaints Scale and the Emotion Awareness Questionnaire before the control period, after control and pre-intervention and post-intervention. There were improvements in the symptoms of Depression, Anxiety, variables Total score of behavioral dimension and social skills, and No hiding emotions. This study provides an approach of this therapeutic resource on intervention process, and opens space for new investigations.

Keywords: Psychomotor intervention; fighting and persecution games; emotional regulation; social skills; institutionalized children.

ÍNDICE GERAL

Índice geral	IV
Índice de tabelas	VI
Lista de abreviaturas	VII
1. Introdução	1
1.1. Objetivo do estudo	2
1.2. Organização do documento	2
2. Revisão de Literatura	4
2.1. Regulação Emocional e Competências Sociais	4
2.1.1. Emoção e Competência Emocional	4
2.1.2. Regulação Emocional	6
2.1.3. Regulação Emocional e Sexo	8
2.1.4. Regulação Emocional e Idade	9
2.1.5. Regulação Emocional e Sintomas Internalizados	10
2.1.6. Regulação Emocional e Sintomas Externalizados	10
2.1.7. Regulação Emocional e Competência Social	12
2.1.8. Desregulação Emocional em Crianças	16
2.2. Institucionalização	18
2.2.1. Cuidado Institucional	18
2.2.2. Estado atual em Portugal	19
2.2.3. A criança institucionalizada	20
2.2.4. Fatores de risco	22
2.2.5. Regulação Emocional em crianças institucionalizadas	24
2.2.6. Competências Sociais em crianças institucionalizadas	26
2.3. Intervenção Psicomotora	27
2.3.1. O Jogo na Intervenção Psicomotora	27
2.3.1.1 Jogo de luta e perseguição	27
2.3.1.1.1. Programa de Carraro, Gobbi e Moè	28
3. Metodologia	30
3.1. Desenho de estudo	30
3.2. Procedimentos	30
3.3. Caracterização dos Participantes	31
3.4. Programa de Intervenção	32

3.4.1. Fases da sessão de Intervenção Psicomotora	32
3.4.2. Programa de Intervenção Psicomotora	33
3.5. Variáveis de estudo e Instrumentos	34
3.5.1. Estratégias de Coping	34
3.5.2. Comportamento e Competências Sociais	36
3.5.3. Regulação Emocional	37
3.5.4. Consciência Emocional	38
3.6. Análise estatística.....	39
4. Apresentação dos Resultados	40
4.1. Análise Descritiva e Avaliação Intra-grupo	40
4.1.1. Child Perceived Coping Questionnaire	40
4.1.2. Inventário de Comportamento da Criança para Pais	41
4.1.3. Escala de Humor e Lista de Queixas Somáticas	43
4.1.4. Questionário de Consciência Emocional	44
5. Discussão dos Resultados	46
6. Conclusão	53
7. Referências Bibliográficas	54
Anexos	60
Anexo I – Exemplo de plano de sessão	60
Anexo II – Ficha de consentimento informado	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Programa de Carraro, Gobbi e Moè	29
Tabela 2. Caracterização dos participantes do estudo	32
Tabela 3. Efeito da intervenção nas dimensões da variável Estratégias de Coping	41
Tabela 4. Efeito da intervenção nas dimensões da variável Comportamento e Competências Sociais	43
Tabela 5. Efeito da intervenção nas dimensões da variável Regulação Emocional	44
Tabela 6. Efeito da intervenção nas dimensões da variável Consciência Emocional ..	45

LISTA DE ABREVIATURAS

CI – Crianças Institucionalizadas

CPCQ – Child Perceived Coping Questionnaire

CS – Competência Social

EH – Escala de Humor

ICCP – Inventário do Comportamento da Criança para Pais

LQS – Lista de Queixas Somáticas

QCE – Questionário de Consciência Emocional

1. Introdução

A regulação emocional é caracterizada pela forma como cada indivíduo experiencia as suas emoções, sendo esta influenciada pelas experiências emocionais anteriores. Assim, cada resposta emocional encontra-se sujeita a uma ação reguladora, que irá causar alterações ao nível da expressão (Kirouac, 2004). Por sua vez, as competências sociais dizem respeito aos comportamentos que os indivíduos apresentam em resposta às situações com as quais se deparam na sua vida diária, sendo a qualidade das relações sociais influenciada pelo conjunto de comportamentos que cada indivíduo apresenta (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011).

Sabe-se que crianças que se encontram em contexto institucional estão sujeitas a um ambiente que não apresenta os estímulos necessários para que o crescimento e desenvolvimento psicológico ocorram normalmente (van IJzendoorn et al., 2011). Estas crianças, uma vez que não têm figuras parentais que possam servir de modelos relativos aos padrões de autorregulação, encontram-se dependentes da experiência dos pares, bem como da sua própria experiência, pelo que se forma uma espécie de ciclo, onde são repassados os modelos disfuncionais (Vávrová, 2015), existindo, conseqüentemente, alterações ao nível do funcionamento social. Isto é visível nas relações que estas estabelecem com os cuidadores institucionais, assim como com outros adultos com quem estabelecem contato no dia-a-dia e com os seus colegas (Almas et al., 2012). A autorregulação dos comportamentos encontra-se diretamente ligada à prevenção de comportamentos de risco (Hrbackova & Safrankova, 2016), assim como tem uma estreita ligação aos processos que envolvem a socialização.

Para além do que foi referido, o facto de, em ambiente institucional, as crianças estarem subdivididas por vários cuidadores tem repercussões ao nível da construção de uma relação privilegiada e empática entre a criança e o adulto, sendo difícil compreender algumas das suas necessidades, uma vez que estes cuidadores não conseguem fornecer à criança a continuidade, disponibilidade e sensibilidade que esta necessita (Bowlby, 1981, 1984 cit. in Pinhel, Torres & Maia, 2009). Deste modo, perante as carências a nível afetivo a que estas crianças são expostas, podem surgir algumas perturbações e dificuldades (Tizard, 1977).

Perante o exposto anteriormente surge a necessidade de se estudarem diversas formas de intervir com as crianças institucionalizadas, de modo a promover o seu adequado desenvolvimento. Assim, sabe-se que o jogo, como recurso de intervenção terapêutica, é bastante utilizado em crianças com problemas emocionais e comportamentais (Piaget, 1962 cit. in Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005). O jogo possibilita à criança uma atuação direta ou simbólica dos seus sentimentos, pensamentos e experiências, e assim formar um meio de compreensão, aprendizagem, resolução de problemas, de enfrentamento e domínio (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005).

Atividades que requeiram o recurso a habilidades corporais, de movimento e de jogos desportivos são muito importantes para o desenvolvimento somático, emocional e intelectual de crianças institucionalizadas. Deste modo o jogo de luta e perseguição é um tipo de recurso que pode ter efeitos nas dificuldades ao nível da regulação emocional e nas competências sociais destas crianças, uma vez que desenvolvidas segundo as suas fases de progressão, que vão desde jogos de contato mediado por objetos (sem toque) até jogos de luta/toque em pares, num ambiente seguro e controlado, podem prevenir situações de comportamento agressivo (Carraro, Gobbi & Moè, 2012), melhorar a sua capacidade de responder a tarefas dadas, assim como melhorar a sua relação com os colegas e adultos com que se relacionam (Lupu, 2010).

1.1. Objetivo do estudo

O objetivo do presente estudo consiste em conhecer os efeitos de uma intervenção psicomotora de dez semanas na regulação emocional, nos sintomas internalizados, nos sintomas externalizados, nas competências sociais e na consciência emocional de crianças institucionalizadas com idades compreendidas entre os 9 anos os 13 anos de idade.

1.2. Organização do documento

O presente documento é composto pela presente introdução que finaliza com o objetivo do estudo e com a organização do documento, por uma revisão de literatura, pela metodologia, pela discussão dos resultados, pela conclusão e pelas referências bibliográficas, sendo estas estruturadas de forma a possibilitar uma adequada compreensão do mesmo.

A revisão de literatura subdivide-se em 3 partes, sendo que a primeira corresponde à literatura sobre a regulação emocional e competências emocionais, a segunda à institucionalização e a terceira à intervenção psicomotora, com exploração do jogo de luta e perseguição como recurso de intervenção.

Na metodologia são explorados os procedimentos metodológicos utilizados, nomeadamente o desenho de estudo, os procedimentos, a caracterização dos participantes, a descrição do programa de intervenção que contempla as fases da sessão de intervenção psicomotora e a descrição do programa de intervenção. Fazem ainda parte da metodologia, a descrição das variáveis de estudo e instrumentos e a análise estatística.

Por último, são discutidos os resultados e são apresentadas as conclusões e sugestões para futuras investigações, terminando o presente estudo com a apresentação das referências bibliográficas que serviram de base à construção deste trabalho, tendo sido utilizadas na redação do documento as normas da American Psychology Association (6ª edição).

2. Revisão de Literatura

2.1. Regulação Emocional e Competências Sociais

2.1.1. Emoção e Competência Emocional

Ao longo da evolução da espécie humana o cérebro emocional foi o primeiro a desenvolver, por forma a garantir as componentes básicas de adaptação e sobrevivência do indivíduo (Ciolacu, 2014). Importa assim perceber o que são as emoções, sendo que estas são uma espécie de resposta rápida, de construção, realização e significado das experiências, ou seja, são os instrumentos pelos quais se avalia a experiência e o indivíduo se prepara para agir em determinadas situações (Cole, Martin & Dennis, 2004). As emoções são inconstantes e geralmente invisíveis e são uma das experiências mais significativas no Homem, acompanhando-o durante toda a vida, de modo a fornecer um modelo adaptativo sobre as interações entre organismo e ambiente (Kirouac, 2004), podendo-se considerá-las estruturas de orientação da vida, sobretudo no que diz respeito às relações que se estabelecem com os outros (Oatley & Jenkins, 2002).

Uma emoção é geralmente assumida como tendo diversas componentes, nomeadamente o *arousal psicológico*, a expressão motora, as tendências da ação e os sentimentos subjetivos (Scherer, 2000). Stein, Trabasso e Liwag (1994 cit. in Oatley & Jenkins, 2002), propuseram que a forma como um indivíduo vê um evento, ou seja, o enquadramento que usa, depende dos valores e objetivos do mesmo e determina o modo como o evento é sentido e recordado. Também Campos e colaboradores (1994 cit. in Oatley & Jenkins, 2002) referem que as emoções são processos que estabelecem, mantêm, alteram ou terminam a relação entre os indivíduos e o meio em questões importantes para os mesmos. Assim, as emoções ligam o que é importante para os indivíduos com o mundo de todos, das coisas e dos acontecimentos.

As emoções surgem, portanto, quando algo importante para o indivíduo está em questão (LeDoux, 1995 cit. in Gross, 2002). Estas, por vezes, são acionadas de forma quase automática, assim como podem surgir após análise (Frijda, 1986 cit. in Gross, 2002; Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015). Em ambas as situações, as emoções suscitam um conjunto combinado de tendências de resposta comportamental,

experimental e psicológica que, juntas, influenciam a forma como os indivíduos reagem às situações. Deste modo, as emoções oferecem respostas prontas aos problemas adaptativos recorrentes, sendo que não forçam o indivíduo a responder de certa maneira, apenas o tornam mais provável (Gross, 2002).

A emoção é considerada uma estrutura psicológica na qual existem várias componentes envolvidas, sendo elas (Kirouac, 2004):

- Componente cognitiva - cuja finalidade é a avaliação do evento que faz com que a emoção seja ativada;
- Componente psicológica - determinada principalmente pela intervenção do sistema nervoso autónomo;
- Componente que consiste na expressão não-verbal;
- Componente motivacional - relativa às intenções;
- Componente subjetiva – consistindo esta na sensação experimentada pelo indivíduo.

Todas estas componentes são interdependentes e atuam de forma sincronizada, contribuindo para a experiência emocional, que deve, portanto, ser considerada como um processo dinâmico e não como uma condição estável ou permanente. A evolução do sistema das emoções é relativamente elevada em espécies sociais, sendo que a sua expressão não-verbal permite aos outros organismos prever o comportamento do indivíduo que experimenta a emoção (Kirouac, 2004).

As crianças, tal como os adultos, experimentam emoções diversas diante de situações concretas, sendo que essas emoções geram-se como respostas a um acontecimento interno e externo e a mesma situação pode gerar uma emoção distinta em cada indivíduo, dependendo da valorização que se atribui à situação. Essa valorização que cada um faz diante de determinada situação é influenciada por vários fatores, nomeadamente o significado do acontecimento, a causa, o contexto, a experiência, etc. As emoções positivas são aquelas que estão relacionadas com o bem-estar, ao passo que as emoções negativas são aquelas que estão relacionadas com o mal-estar e com as dificuldades. Algumas crianças têm problemas em identificar as suas emoções, sendo que o reconhecimento dos próprios sentimentos aumenta a possibilidade de os conseguirem controlar e gerir. Se não se sabe como se está emocionalmente, tampouco se tem ideia de qual será a forma mais provável de atuar. Deste modo, conhecer os nossos sentimentos é o caminho para nos conhecermos a nós próprios, assim como para

nos relacionarmos com os outros é essencial identificar como nos sentimos (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011).

2.1.2. Regulação Emocional

A análise da expressão e comunicação de emoções em seres humanos leva a algumas considerações sobre o problema da regulação e controlo dessas emoções, bem como os efeitos que essa regulação provoca no indivíduo. A regulação é uma componente essencial do processo emocional, o que significa que os indivíduos não se limitam a experienciar emoções, fazendo-o de maneiras diferentes tendo em conta a sua experiência emocional. Quase todos os aspetos da resposta emocional podem ser objeto de um ação reguladora, sendo que esta pode ser inibida, reduzida, aumentada, ou, pelo menos, modificada na sua expressão (Kirouac, 2004).

Os objetivos de processos de regulação podem, essencialmente, traduzir-se em termos de redução e aumento tendo como consequências, respetivamente, respostas comportamentais negativas e positivas, induzidas por desconforto da emoção, pretendendo reduzir ou aumentar o bem-estar derivado da experimentação dessa emoção. Relativamente à primeira situação, existe uma regulação dos resultados comportamentais da emoção, sendo que na segunda existem mecanismos de avaliação da regulação intrapsíquica. A regulação pode, portanto, afetar os processos cognitivos e o processo de regulação pode promover fenómenos de interesse psicológico de ativação, resultante da intervenção do sistema nervoso autónomo ou vegetativo (Kirouac, 2004).

Deste modo, podemos considerar a regulação emocional como todas as estratégias adotadas pelo indivíduo para corresponder à experiência interior e manifestação externa do mesmo em situações sociais e normas culturais em que estão envolvidos. Assim, obviamente, que nesse processo regulador estão compreendidos fatores pessoais, sociais e interpessoais. Se, por um lado, é difícil distinguir as inter-relações entre componentes, a experiência subjetiva expressiva e ativação psicológica na regulação das emoções, é tanto mais fácil reconhecer o papel dos fatores socioculturais que, na verdade, estão envolvidos nos vários momentos da experiência emocional, sendo que os estímulos, através da aprendizagem, são capazes de provocar emoções específicas (Kirouac, 2004). A regulação emocional funciona na forma de emoção como regulador e emoção na forma regulada. A emoção como regulador diz respeito às alterações que são consequência direta das emoções. Já no que diz respeito à

emoção na forma regulada, esta refere-se às alterações que resultam da emoção que inicialmente foi ativada. A evidência de que a intensidade ou duração de uma emoção ativada muda a atividade de outrem constitui um indício da emoção como regulador (Cole, Martin & Dennis, 2004). Já a emoção regulada refere-se a mudanças na emoção ativada, que incluem mudanças na valência da emoção, intensidade ou curso de tempo (Thompson, 1990, 1994 cit. in Cole, Martin & Dennis, 2004) e, pode ocorrer dentro do indivíduo, como por exemplo reduzindo o stress através da toma de um auto-calmante, ou entre indivíduos, como no caso de uma criança que faz um pai infeliz sorrir. A emoção regulada não se limita apenas a situações positivas, no entanto, podem incluir exemplos de estratégias que podem ser julgadas por outros critérios mal adaptativos (Cole, Martin & Dennis, 2004).

Durante toda a infância, a regulação emocional amadurece à medida que as crianças desenvolvem formas mais completas e adequadas de lidar com as emoções (Supplee, Skuban, Shaw & Prout, 2009). Foi proposto que o desenvolvimento da regulação emocional começa nos primeiros meses de vida (Kopp, 1989 cit. in Supplee, Skuban, Shaw & Prout, 2009), com o desenvolvimento a ocorrer mais rapidamente nas crianças e nas idades pré-escolares. Uma combinação de desenvolvimento neurológico e fatores ambientais têm impacto no cérebro das crianças para lidar melhor com as emoções, sendo que esta interação entre a biologia e o ambiente leva a diferenças individuais no controlo emocional (Supplee, Skuban, Shaw & Prout, 2009). A aquisição de competências de regulação emocional eficazes durante a infância é uma tarefa de desenvolvimento chave no ajustamento psicológico (Cole & Deater-Deckert, 2009, Eisenberg et al., 2010 cit. in Wessing et al., 2015).

As evidências científicas apontam para a relevância de uma fraca capacidade de regulação emocional numa ampla gama de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (por exemplo, Kovacs et al, 2008, Weems & Silverman, 2006 cit, in Wessing et al., 2015). O desenvolvimento da regulação emocional ao longo dos primeiros 4 ou mais anos de vida é fortemente influenciado pelos comportamentos parentais. Durante o pré-escolar e a idade escolar, as crianças continuam a desenvolver as habilidades de regulação emocional à medida que encontram crescentes demandas na socialização com os pares, bem como com a família (Trickett, 1998 cit. in Kim & Cicchetti, 2010). As crianças que são mais hábeis em regular as emoções negativas apresentam maior competência social na interação com os pares (Calkins et al., 1999 cit. in Kim & Cicchetti, 2010). Por outro lado, pobres habilidades de regulação são

preditores significativos de funcionamento social mal adaptativo e de vitimização entre pares em crianças mais pequenas (Eisenberg et al, 1995, Hanish et al, 2004 cit. in Kim & Cicchetti, 2010).

Importa ainda ressaltar que é difícil distinguir a intensidade inicial de uma reação emocional da regulação dessa emoção. A nível físico, as reações emocionais emergem da atividade neural que ocorre em milissegundos. Os pesquisadores concordam que o temperamento envolve, em parte, diferenças individuais na emoção, sendo que essas diferenças refletem preconceitos de base biológica em direção da experiência e expressão de certas emoções (Cole, Martin & Dennis, 2004).

2.1.3. Regulação Emocional e Sexo

Apesar dos poucos estudos existentes, alguns autores indicam que as diferenças entre sexos na reatividade emocional podem explicar as diferentes taxas de prevalência no processamento emocional, sendo que a maior dificuldade em regular emoções negativas pode estar subjacente ao aumento da prevalência no sexo feminino para a ansiedade e depressão (Cahill, 2006 cit. in Gardener, Carr, MacGregor & Felmingham, 2013).

Os únicos estudos que investigam estas questões são estudos de ressonância magnética e, estes apresentam resultados inconsistentes (Whittle, Yucel, Yap & Allen, 2011 cit. in Gardener, Carr, MacGregor & Felmingham, 2013). Num estudo realizado por McRae et al. (2008 cit. in Gardener, Carr, MacGregor & Felmingham, 2013), o sexo masculino revelou atividade mais reduzida na amígdala durante a regulação emocional a estímulos emocionais negativos em comparação com o sexo feminino, o que sugere uma maior capacidade em regular as respostas emocionais negativas. Por outro lado, Domes et al. (2010 cit. in Gardener, Carr, MacGregor & Felmingham, 2013) verificaram no seu estudo que o sexo masculino tem maior ativação nas regiões pré-frontais do que o sexo feminino, sem diferenças na atividade da amígdala, concluindo que o sexo masculino não pode ter um sistema de processamento de regulação emocional mais eficiente que o sexo feminino.

Num estudo mais recente, realizado por Gardener, Carr, MacGregor e Felmingham (2013), que teve como objetivo analisar as diferenças de sexo no processamento da regulação da emoção, especificamente em termos de reatividade emocional precoce e processamento emocional tardio, os resultados indicaram que o

sexo feminino apresenta maior reatividade emocional precoce a estímulos negativos, sendo que esta pode ter conduzido a maiores recursos cognitivos disponibilizados para estes.

2.1.4. Regulação Emocional e Idade

A investigação realizada até ao momento tem sido contraditória no que concerne à relação entre a idade e a responsividade emocional, nomeadamente, alguns autores que consideram ser uma relação linear, ou seja, mais alta nas crianças, diminuindo ao longo da adolescência (Carthy, Horesa, Apter, Edge & Gross, 2010 cit. in Silvers, et al., 2012), outros uma relação quadrática, sendo mais alta na adolescência (Casey, Getz, & Galvan, 2008 cit. in Silvers, et al., 2012), e outros consideram ambas as relações, quer de natureza linear quer de natureza quadrática (Thomas, De Bellis, Graham & LaBar, 2007 cit. in Silvers, et al., 2012). Deste modo, ainda não é claro se as diferenças na responsividade emocional observadas entre adolescentes e adultos são atribuíveis a diferenças na reatividade emocional ou na habilidade de regulação emocional.

Na adolescência, existe um aumento do stress e da reatividade emocional, sendo um período associado a incidência crescente de sintomas de internalização e externalização, sugerindo que os adolescentes podem ser particularmente vulneráveis a distúrbios do foro emocional (Lee et al, 2014, Paus et al, 2008 cit. in Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015). Processos cognitivos, executivos de alto nível e sociais são necessários para a regulação emocional, incluindo a memória de trabalho, o controlo inibitório, o pensamento abstrato, a tomada de decisão e de perspetiva, todos eles submetidos a um desenvolvimento durante a adolescência (Blakemore and Robbins, 2012, Dumontheil, 2014 cit. in Ahmed, Bittencourt-Hewitt & Sebastian, 2015).

Como salientado acima, as demandas da regulação emocional são particularmente elevadas na adolescência, fase esta em que são experimentadas alterações hormonais, maior independência, etc. O estudo de Silvers et al. (2012) concluiu que a idade não prevê a reatividade emocional, mas prevê positivamente a regulação em toda a adolescência, assim como os fatores situacionais e sociais têm impacto no sucesso da regulação em adolescentes mais jovens.

2.1.5. Regulação Emocional e Sintomas Internalizados

A regulação emocional pode ter implicações para a etiologia de sintomatologia de internalização e externalização (Kim & Cicchetti, 2010).

Estudos sugerem que as crianças com sintomatologia de internalização, como ansiedade e depressão, apresentam défices ao nível das competências emocionais, incluindo fraca capacidade emocional e expressão emocional desregulada (Eisenberg et al., 2001, Suveg & Zeman, 2004 cit. in Kim & Cicchetti, 2010).

Existe consenso na literatura acerca de que a regulação emocional, o processo de inibição ou modificação de sentimentos, excitação corporal e comportamento expressivo são centrais para entender as diferenças individuais no desenvolvimento de perturbações de internalização, sendo que a desregulação emocional é associada a sintomas de internalização (Gross & Muñoz, 1995).

2.1.6. Regulação Emocional e Sintomas Externalizados

Problemas de regulação emocional também são observados nas crianças com sintomatologia de externalização, nomeadamente exibição de comportamentos agressivos e fora do controlo nas interações sociais (Eisenberg et al., 2001, Hill, Degnan, Calkins & Keane, 2006 cit. in Kim & Cicchetti, 2010).

A externalização de emoções, ou seja, a modalidade em que as emoções se manifestam externamente através da expressão facial, movimentos corporais, linguagem e através de outros sinais mais ou menos identificáveis, tem sido objeto de muitos estudos. No entanto, é somente com Darwin (1872 cit. in Kirouac, 2004) que a investigação se centra sistematicamente em torno da função e do significado da expressão emocional. As respostas emocionais são realizadas por fatores importantes, com o intuito de regular a vida do indivíduo de forma adaptativa dentro de um grupo social. A expressão e reconhecimento de estados emocionais específicos permitem uma maior capacidade de comunicação entre o indivíduo e garantem uma melhor probabilidade de sobrevivência em cada um deles.

Só recentemente é que as primeiras ideias de Darwin foram ecoadas por alguns etnólogos e pesquisadores como Ekman e Friesen (1969 cit. in Kirouac, 2004), Izard (1971 cit. in Kirouac, 2004), Tomkins (1980 cit. in Kirouac, 2004) e por outros que postularam a existência de características universais na expressão facial e

reconhecimento de estados emocionais específicos. Por outro lado, vimos (Ekman & Friesen, 1969 cit. in Kirouac, 2004) que os seres humanos, ao contrário de primatas, apresentam emoções externalizadas que podem, de alguma forma, ser controladas intencionalmente. Ekman e Friesen (1969 cit. in Kirouac, 2004) falam sobre as regras de exposição influenciadas pelos estilos de um comportamento particular de um determinado grupo social. Além disso, mesmo a exteriorização das emoções sendo um aspecto vital da experiência emocional nos seres humanos, deve-se dizer que interage com outras componentes da emoção, como a avaliação da situação de estimulação, a experiência subjetiva ou a vontade de agir. Por outras palavras, mesmo que as respostas emocionais façam parte da composição biológica dos seres humanos, elas são suficientemente sofisticadas para permitir que o indivíduo faça uma avaliação da situação externa. Isto quer dizer que elas proporcionam uma relação de flexibilidade com o meio ambiente (Kirouac, 2004).

Os elementos que caracterizam estados emocionais de externalização são múltiplos e heterogêneos, paralelamente a uma série de respostas fisiológicas ou expressões faciais que definem de forma imediata um tipo de resposta emocional (como medo, alegria, raiva, tristeza, surpresa). As emoções externalizadas podem ser úteis para distinguir entre a expressão e a comunicação em função da natureza da mensagem exteriorizada, isto é, se é ou não intencional (Kirouac, 2004). Embora o trabalho de campo de Walden (1982 cit. in Kirouac, 2004) tenha mostrado que, na primeira infância, existem diferentes estilos expressivos do modelo de internalização/externalização, também se deve acrescentar que os modos de internalização e externalização podem ser aprendidos sob determinados papéis sociais, de modo que um indivíduo pode agir como uma modalidade intrínseca ou extrínseca de acordo com a situação em que está localizada.

Embora a literatura indique que altos níveis de emoções negativas estão ligados a problemas de externalização das crianças, as crianças que apresentem um elevado grau de emocionalidade negativa e demonstrem problemas de regulação emocional apresentam particular alto risco de problemas de externalização (Supplee, Skuban, Shaw & Prout, 2009). Os cuidadores são teorizados inicialmente para atuarem como reguladores externos do funcionamento da criança, facilitando gradualmente o aumento da capacidade da criança de se auto regular. Com base nestes estudos, a exposição precoce às deficiências psicossociais de instituições podem desempenhar um papel

importante nas dificuldades de função executiva em crianças institucionalizadas (CI) (Merz, McCall, Wright & Luna, 2013).

2.1.7. Regulação Emocional e Competência Social

Os comportamentos sociais são a componente mais básica da competência social (CS) e podem ser conceptualizados como acontecimentos comportamentais discretos. As capacidades sociais são mais complexas e podem ser descritas como os comportamentos sociais que os indivíduos exibem como resposta às tarefas sociais do dia-a-dia. Este conjunto de comportamentos, quando utilizado adequadamente, permite que o indivíduo inicie e mantenha relações sociais positivas, contribui para a aceitação pelos pares e para uma adaptação satisfatória à escola e permite ao indivíduo lidar de forma eficaz e adaptativa com o contexto social alargado (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011).

Vaughn e Hogan (1990 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006) aprofundaram a conceptualização do constructo da CS identificando as suas componentes:

- Relações positivas com os outros;
- Cognição social adequada e apropriada à idade;
- Ausência de comportamentos inadaptados;
- Comportamentos sociais eficazes (isto é, o uso de habilidades sociais).

A proficiência com que os comportamentos produzem resultados sociais positivos constitui a base para julgar a CS. A investigação tem sido orientada pelas diferenças individuais que ocorrem nas diferentes idades, realçando que as experiências que os pares podem, de forma direta, promover, alargar, desencorajar ou distorcer o crescimento interpessoal e intrapessoal bem como o ajustamento ou adaptação pessoal e social do indivíduo. A capacidade ou habilidade de iniciar e manter interações positivas na infância, tem sido vista como um aspeto importante do desenvolvimento, sendo claramente enfatizada a função positiva e promotora dos pares no desenvolvimento normal de crianças e jovens, ou seja, a interação positiva com os pares é vista como promotora do desenvolvimento cognitivo e emocional, o crescimento de competências interpessoais, as atitudes, a estabilidade e a CS (Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006).

Desde os primeiros momentos de vida que o cérebro tem uma atividade elevada, com cerca de 10.000 sinapses por minuto, sendo que qualquer informação dá seguimento à seguinte. Durante o primeiro ano de vida, os processos afetivos têm uma clara influência no caminho para a socialização. Estes processos estão intimamente ligados aos vínculos afetivos que a criança vai estabelecendo por meio das suas relações pessoais, quer na família, quer na escola ou com o grupo de pares. Estas relações ajudam a criança a vincular-se de forma gradual aos seus semelhantes, e a que o faça de forma significativa, estável e duradoura, de modo a que seja possível prolongar e desenvolver essas relações a contextos cada vez mais amplos e variados. Para conseguir um processo afetivo de acordo com a idade evolutiva da criança, desempenham um papel destacado, os seguintes fatores (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011):

- 1- A empatia, que lhe permite adquirir a capacidade de reconhecimento do estado emocional do outro
- 2- O apego, porque lhe proporciona o vínculo com a pessoa adulta
- 3- As relações significativas e de amizade com os iguais para ampliar as suas possibilidades de socialização

Para fazer frente ao desenvolvimento social, a criança necessita de ter a seu lado adultos competentes, que lhe transmitam confiança, segurança e proteção, sem invalidar a sua capacidade de descobrir e de se envolver, ou seja, que no fundo a ajudem a encontrar os seus limites, nomeadamente no que concerne ao afeto e ao respeito, de modo a que seja possível compreenderem e direcionarem as suas emoções e conhecimentos próprios dada a sua faixa etária. Assim, a família e a escola ajudam a criança a avançar, mediante uma intervenção coerente, que lhe dê segurança no seu funcionamento quotidiano e num melhor desenvolvimento evolutivo. O crescimento equilibrado na infância requer que os adultos de referência adaptem as suas estratégias educativas em função daquilo que a criança necessita em cada momento da sua evolução pessoal (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011).

Para se poder compreender a dimensão do processo de socialização, Lopez (1991 cit. in Saumell, Alsina & Arroyo, 2011), ressalta três processos paralelos, relacionados entre si, que nos ajudam a distinguir as diversas aquisições sociais:

- 1 – Processos mentais
- 2 – Processos afetivos
- 3 – Processos de conduta

Para este autor, os processos mentais de socialização são múltiplos e diversos e vão desde a aquisição de conhecimentos sobre valores, normas, costumes, pessoas ou instituições até a aprendizagem e conhecimentos transmitidos pelo sistema escolar e outras fontes de informação, permitindo à criança entender como é o seu entorno social, comunicar-se com os seus pares e comportar-se conforme o que se espera dela. No desenvolvimento da socialização, estes processos mentais têm uma enorme importância durante a etapa do desenvolvimento infantil porque formam o reconhecimento das pessoas, de si mesmos, da identidade pessoal e o papel distinto de cada um. Importa salientar que a aprendizagem de habilidades sociais para o conhecimento de valores, normas e hábitos sociais leva implícito o controlo sobre a própria conduta (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011).

A transmissão de valores e normas inicia-se quando a criança nasce, mas o seu verdadeiro desenvolvimento e colocação em prática tem lugar a partir dos 2 anos de idade. Um papel que há a destacar durante este período é o da figura de vinculação, que proporciona segurança, afetividade e controlo, e potencia a autonomia da criança para que possa corretamente fazer a assimilação social dos seus valores, normas e condutas. O desenvolvimento dos processos sociais é tão completo que a criança necessita utilizar todas as competências adquiridas nos estádios precedentes. A capacidade de permanência social requer que a criança aprenda a adaptar-se e a incorporar as posições e os sentimentos dos demais, a cooperar com mais pessoas e a adaptar-se a contextos sociais sem perder a sua identidade pessoal (Saumell, Alsina & Arroyo, 2011).

À medida que as crianças desenvolvem habilidades sociais e emocionais, elas ganham a confiança e a competência necessárias para construir relacionamentos, resolver problemas e lidar com as emoções (Darling-Churchill & Lippman, 2016). A pesquisa indica que as habilidades sociais e o processo de acompanhamento ao ingressarem na escola são os melhores preditores de CS e emocionais posteriores, como controlar o comportamento, fazer conexões sociais e tolerar a frustração com os pares (Halle, Hair, Burchinal, Anderson & Zaslow, 2012). Além disso, as crianças com maior autocontrolo são mais propensas a se tornarem adultos com melhor saúde, menos convicções criminosas do que aqueles com habilidades mais fracas de autorregulação. Ainda, a incapacidade de desenvolver vínculos seguros com cuidadores pode levar a dificuldades posteriores na comunicação ou na gestão de emoções, ou no desenvolvimento de relações positivas com os seus pares (Darling-Churchill & Lippman, 2016). Diversos teóricos (Campos, Mumme, Kermoian & Campos, 1994 cit.

in Gross, 2002) reforçam que o comportamento expressivo da emoção desempenha um papel importante no sentido de facilitar as interações sociais.

Com base no modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006), diferentes investigações enfatizam que o comportamento social das crianças deve ser considerado dentro do contexto em que ocorre, reconhecendo a importância do meio e do contexto social da criança no seu desenvolvimento global. Para além disto, apontam uma diversidade de fatores que influenciam a interação social quer das crianças em idade pré-escolar, quer das de idade escolar. Entre estes incluem-se: as características individuais da criança, a distribuição espacial das mesmas na escola, as características da família, da escola e dos ambientes de vizinhança, a qualidade da relação da criança com os pais e as crenças das mães no respeitante aos comportamentos socialmente (in) competentes. Assim, ocorrendo o processo de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, composto por aspetos de continuidade e/ou mudança de trajetória desenvolvimental, torna-se fundamental não assumir uma visão determinista do desenvolvimento do ser humano, dado o reconhecimento generalizado da plasticidade cognitiva, emocional e comportamental das crianças (Cicchetti, 1990 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006). No entanto, a investigação tem referido que a percentagem de crianças com problemas ao nível das relações interpessoais com os pares parece ser superior em alguns subgrupos. Um considerável número de investigações feitas no contexto escolar, tem referenciado as dificuldades manifestadas pelas crianças com problemas de aprendizagem e/ou com problemas de comportamento, sendo possível referir com alguma consistência que:

- 1) As crianças que manifestam problemas de aprendizagem são identificadas, de uma forma geral, como alguém que as outras crianças (as que não apresentam problemas dessa ordem) preferem não ter como amigo; tendem a ser julgadas negativamente pelos colegas e professores e são vistas como menos competentes na adaptação social (Kistner & White, 1992 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006);
- 2) As crianças com problemas exteriorizados de comportamento, nomeadamente impulsividade, hiperatividade, desatenção, disrupção e agressividade, são frequentemente rejeitadas pelos pares (Milich & Landau, Pelham & Bender, 1982 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006);

- 3) As crianças que apresentam concomitantemente problemas de aprendizagem e problemas exteriorizados de comportamento têm uma maior probabilidade de interagir negativamente com os pares (Mackinney, 1990 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006).

Ser-se competente socialmente inclui ser prossocial, empático, capaz de se envolver em diferentes atividades e capaz de resolver problemas sociais, referindo-se a dimensão relacional ao desenvolvimento de estruturas de compreensão e de ação interpessoal (Howes, 1983 cit. in Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006). Nesta base, a CS envolve a capacidade de estabelecer relações interpessoais e de “manipular” respostas de forma a desenvolver interações positivas. A CS, entendida como um constructo multidimensional parece estar diretamente relacionada com a capacidade da criança em lidar com as transformações sociais, de interagir eficazmente com o meio ambiente, de responder adequadamente à complexidade da vida e de adequar as respostas comportamentais aos diferentes contextos (Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006).

De salientar que a forma como as crianças manuseiam as suas relações sociais com os pares é fortemente influenciada pelo seu passado e/ou experiências de vida concorrentes. O comportamento negativo e mal sucedido nas situações de interação com os pares não pode ser simplesmente atribuído às capacidades cognitivas, ao autoconceito ou às características de personalidade dos indivíduos envolvidos na interação, devendo ser também considerada a CS como um constructo organizacional que pode ser definido como a habilidade de coordenar recursos para alcançar objetivos adaptativos (Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur & Quinn, 2006).

2.1.8. Desregulação Emocional em crianças

Pais com comportamentos negligentes e abusivos ou com falta de habilidade para fornecerem um cuidado suficiente e adequado pode levar a traumas desenvolvimentais, assim como a falta de recursos para a criança aprender a autorregular os seus comportamentos (Schore & Schore, 2007). A regulação das emoções é uma parte importante da autorregulação e desenvolvimento de um self coeso. No entanto, padrões destrutivos impossibilitam o desenvolvimento de competências de uma RE saudável. Crianças que sofreram um trauma complexo do desenvolvimento na infância são comumente rotulados como "problemáticos" ou "desviantes" na infância e

têm dificuldade especialmente em manter relacionamentos saudáveis na adolescência e início da idade adulta (Pur, 2014).

As diferenças individuais emergem na forma como os indivíduos regulam as suas emoções, sendo que os padrões da expressão emocional são fortemente afetados pela idade da criança e pela fase do desenvolvimento, sendo que a regulação começa com a modulação das expressões, inicialmente adotada pela pessoa que cuida do bebé e que é depois interiorizada pela criança. A desregulação emocional resulta das definições de regulação em que a ênfase se encontra na capacidade dos indivíduos modularem a expressão de uma experiência interna mais básica, sendo aquilo que acontece quando os indivíduos não conseguem modular ou controlar as suas emoções (Oatley & Jenkins, 2002).

A fim de gerirem as respostas primárias, as crianças aprendem desde muito cedo como modificar as suas emoções e a expressá-las em formas socialmente aceitáveis. Por outras palavras, as crianças são ensinadas a encontrarem um equilíbrio entre os seus próprios desejos e necessidades, por um lado, e os objetivos e demandas da sociedade por outro, sem colocarem em risco as suas relações sociais. Este processo de socialização emocional leva, no desenvolvimento normal, para um controlo emocional que se torna mais ou menos automatizado (Scherer, 2000). No entanto, ainda é necessário um certo grau de atenção para a própria resposta emocional e funcionamento, porque esta visão é considerada como um pré-requisito que diz respeito à regulação eficaz da emoção (Rieffe & Rooij, 2012). Esta capacidade é o que se chama de consciência emocional, sendo que comprometimentos nesta estão associados a níveis mais elevados de problemas de internalização, como sintomas de depressão ou ansiedade (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt & Ly, 2008).

Se um indivíduo não usa mecanismos para lidar com os diversos eventos da vida, é provável que não consiga controlar o seu próprio comportamento (Hrbackova & Safrankova, 2016). Heatherton e Baumeister (1996) fornecem uma explicação para a complexidade que é o fracasso da autorregulação. As suas principais causas de falha incluem a sub-regulação e a desregulação. A sub-regulação ocorre quando o indivíduo não desenvolve qualquer autocontrolo e a desregulação ocorre quando um indivíduo desenvolve autocontrolo, mas que é contraproducente. A sub-regulação refere-se a uma falha no controlo de si mesmo enquanto a desregulação tem a ver com o ter controlo de uma forma que não trás o objetivo desejado.

A desregulação emocional foi definida como "dificuldade ou incapacidade em lidar com a experiência ou o processamento de emoções" (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011, p.2), podendo-se apresentar tanto com intensificação ou desativação excessiva da emoção. Esmagadoramente intensificadas, as emoções podem causar pânico, terror, explosões de raiva, medo ou um senso de urgência. Por outro lado, a desativação excessiva de emoções podem causar experiências dissociativas, tais como a despersonalização e desrealização, ou entorpecimento emocional em contextos tais como a intensificação das emoções seria de esperar que acontecesse (Pur, 2014).

2.2. Institucionalização

2.2.1. Cuidado Institucional

O cuidado institucional de crianças e jovens tem uma longa história, sendo que, em geral, os antecessores dos lares de crianças e outros serviços institucionais eram denominados como orfanatos, casas pobres e outras instalações da igreja que prestavam cuidados e educação a crianças sem lar ou sem família. No entanto, essas instalações foram reconhecidas por condições de vida sombria e tratamento desumano. Deste modo, no decorrer do tempo, as instituições tornaram-se mais operacionais, trazendo assim mudanças positivas na sua organização. Nos anos 60, com a crescente humanização social, visou-se a eliminação dos cuidados institucionais coletivos, sendo que essa tendência ganhou força significativa especialmente nos últimos 25 anos, quando o cuidado institucional de crianças e jovens se tornou cada vez mais influenciado pela política da desinstitucionalização, que está a ser gradualmente implementada em todos os países desenvolvidos (Vávrová, 2015).

A privação institucional é o resultado da colocação a longo-prazo de uma criança em instalações de cuidados adotivos. Alguns autores vêm isso como uma forma específica de privação psicológica (Kovařík, 2008 cit. in Hrbackova & Safrankova, 2016). Para além disto, é considerada uma privação secundária quando existe um fortalecimento de laços indesejados no ambiente institucional e um enfraquecimento da capacidade para conseguir numa vida independente fora das instalações. Assim, a adaptação a condições institucionais é considerada como podendo levar a uma diminuição da capacidade de adaptação a uma vida não institucional e, ao mesmo

tempo, que reduz a capacidade de tolerância e aumenta a vulnerabilidade mental, bem como o comportamento de risco (Helus, 2004 cit. in Hrbackova & Safrankova, 2016).

Os primeiros meses e anos de vida têm sido considerados como cruciais para o desenvolvimento em fases posteriores. Assim, a infância é caracterizada por um rápido desenvolvimento neurológico e comportamental e, enquanto algumas crianças são notavelmente mais resistentes, a privação em idades tão precoces pode ser particularmente prejudicial. Quando a institucionalização foi inicialmente estudada, os pesquisadores de orientação psicanalítica como Bowlby (1951) apontaram para o papel da falta de uma mãe, particularmente entre os 6 os 12 meses de idade, na produção de défices de longo prazo em crianças. Brofenbrenner (1994) observou que os pesquisadores que foram treinados em pesquisas de laboratório, por outro lado, atribuíram as dificuldades à falta de estimulação ambiental e, mais recentemente, os dois fatores são pensados como contribuindo para os efeitos duradouros da institucionalização (van IJzendoorn et al., 2011). Brofenbrenner (1994) concluiu que as crianças são mais vulneráveis aos efeitos negativos a longo prazo de institucionalização nos primeiros 6 meses de vida, e esse risco diminui com a idade mais avançada de admissão em instituições.

2.2.2. Estado Atual em Portugal

Em Portugal, em 2009, cerca de 12000 crianças menores de 18 anos de idade, estavam a viver em instituições, cuja maioria (57%) fica lá mais do que um ano. As crianças de 3 anos e mais jovens, no entanto, foram institucionalizadas por períodos mais curtos, geralmente (61%) ficam menos de 1 ano. Negligência parental, abandono, abuso físico, alcoolismo, empobrecimento e rutura familiar foram os motivos mais frequentes de admissão nestas instituições (Instituto de Segurança Social, 2010).

Tendo em conta os dados mais atuais conhecidos, em 2014, cerca de 8470 (77,7%) crianças e jovens encontravam-se em situação de acolhimento e 2433 (22,3%) cessaram a situação de acolhimento. Das crianças e jovens em situação de acolhimento, 2143 (25,3%) foi iniciado no ano de 2014, sendo que os restantes já tinham iniciado em anos anteriores. A faixa etária dos 15 aos 17 anos é aquela que apresenta maior proporção, seguida dos 0 aos 3 anos e dos 6 aos 9 anos. Em termos de distribuição por sexo, destaca-se um ligeiro predomínio no sexo masculino (51,9%) em comparação com o sexo feminino (48,1%). São os distritos de Lisboa (18,9%) e do Porto (18,5%) que

registam um maior número de crianças e jovens em situação de acolhimento, seguindo os distritos de Braga (7,2%), Setúbal (6,1%), Coimbra (5,9%), Aveiro (5,6%) e Faro (5%). Por outro lado, os distritos que registam um menor número de crianças e jovens em situação de acolhimento são os de Évora (1,5%), Beja (1,8%), Portalegre (1,9%), Guarda (2%) e Castelo Branco (2,2%) (Instituto de Segurança Social, 2010).

Como em outros países, as instituições portuguesas apresentam alta variabilidade na qualidade. Com base na hierarquia de Gunnar (2001 cit. in Martins et al., 2012) dos níveis de privação em termos de experiências institucionais deste autor, as instituições portuguesas poderiam ser classificadas no nível 2, ou seja, uma instituição na qual são atendidas as necessidades nutricionais e de saúde das crianças, mas as de estimulação e de relacionamento não são e, em nível 3, ou seja, uma instituição que oferece todo o suporte, exceto para a necessidade de uma relação sólida e duradoura com um cuidador específico.

2.2.3. A criança institucionalizada

As crianças expostas ao cuidado institucional não recebem o tipo de ambiente nutritivo e estimulante necessário para o crescimento normal e desenvolvimento psicológico saudável. Algumas crianças são abandonadas pelos pais à nascença ou numa idade mais avançada, mas o sentimento de abandono é relativamente frequente na criança obrigada a separar-se por razões diversas e por períodos mais ou menos prolongados, de um ou de ambos os progenitores, sendo que esta separação é sentida como uma privação de amor. Para as crianças, trata-se de uma forma de tortura mental, que pode resultar em sequelas psicológicas extremamente graves. A criança sente-se vítima de uma agressão, principalmente se os motivos da separação não lhe forem explicados e se não foi preparada para ela. Neste caso, como no luto, observa-se revolta, raiva, depois tristeza, angústia, afastamento das pessoas, dificuldades de ideação. A criança precisa de uma boa imagem parental e, na maioria das vezes, tem muita dificuldade em se distanciar em relação aos pais e em julgá-los. Se os pais negarem o abandono ou pretenderem que foi pelo bem da criança, esta recalca o sofrimento e expressa apenas os sintomas daí decorrentes (Supino-Viterbo, 2005).

Bowlby (1981, 1984 cit. in Pinhel, Torres & Maia, 2009) sugeriu que as repercussões induzidas pela separação e a decorrente institucionalização poderão ser diminuídas pela prestação de cuidados maternos muito próximos daqueles que a criança

deveria receber da sua figura materna. No entanto, este autor considerou que os cuidados necessários ao saudável desenvolvimento da criança ao estarem, numa instituição, subdivididos por vários cuidadores, podem impedir a construção de uma interação privilegiada e empática criança-adulto. Na eventualidade de não existir um adulto de referência e familiarizado com aquela criança em particular, eventuais necessidades passarão despercebidas. São de salientar três conceitos chave que deverão ser postos em prática pelos cuidadores: continuidade, disponibilidade e sensibilidade da resposta. Quando as crianças são acolhidas, a fase de rejeição do adulto estranho não persiste para sempre, sendo que a criança acaba por procurar novas relações, desde que essa figura seja estável e consiga desempenhar a função de cuidador carinhoso e contentor que a criança necessita. Porém, esta nem sempre consegue ser resiliente o suficiente, exercendo uma grande resistência à nova situação.

Os distúrbios do apego estão entre os efeitos mais pronunciados do cuidado em CI, a partir das observações pioneiras na década de 1940 (ex.: Burlingham & Freud, 1944). Embora muitas instituições oferecem ambientes bastante limpos, boa assistência médica e nutrição adequada, os turnos rotativos e grande número de profissionais de saúde (com uma proporção de cuidadores de crianças de até 1:12) limita o desenvolvimento de relações estáveis entre crianças e cuidadores (Bakermans-Kraneburg et al., 2011).

Ambientes de cuidados institucionais, normalmente, não cumprem as condições do ambiente médio expectável. Dependendo da idade da criança, o ambiente médio expectável engloba uma gama de elementos específicos, entre os quais cuidados de proteção consistentes, uma família de apoio, bem como socialização e oportunidades abertas para exploração e domínio do ambiente desempenham um papel essencial. A presença do ambiente médio expectável parece ser um pré-requisito importante para o desenvolvimento normal da criança (Bowlby, 1980-1998 cit. in Bakermans-Kraneburg et al., 2011).

Um dos comportamentos que parece ser típico de CI é a desinibição ou o ser indiscriminadamente amigável, caracterizado como um comportamento carinhoso e amigável para todos os adultos, incluindo estranhos, sem medo, que é característica de crianças com desenvolvimento típico. No primeiro grande estudo de Barbara Tizard e colaboradores, estes descreveram os dois principais tipos de perturbações “afetivas” em crianças muito jovens institucionalizadas que sofreram privação social, apesar da atenção adequada, nutrição e necessidades básicas. O primeiro era um tipo

emocionalmente retirado, em que as crianças mostraram capacidade limitada de resposta social, pouco afeto positivo e desregulação emocional, bem como incapacidade de buscar conforto aquando de situações de aflição. O segundo era um tipo socialmente indiscriminado, em que as crianças exibiram violações da fronteira social e eram não seletivas no seu uso de cuidadores adultos para conforto, assim como envolvimento excessivo com estranhos. Os dois fenótipos comportamentais foram mais tarde definidos como Perturbação do Apego Reativo (Tizard, 1977).

Estudos indicam que uma das principais causas que faz com que as CI tenham um desenvolvimento específico baixo em comparação com crianças que estão no seu ambiente natural, é a interrupção da conexão entre a família e a criança e a ampliação da lacuna por meio da institucionalização (Lupu, 2010).

2.2.4. Fatores de risco

A necessidade básica não satisfeita em cuidados institucionais é a necessidade de segurança e de se sentir seguro. Na sequência do exposto, é importante voltar a mencionar a Teoria do apego, em que Bowlby (1969) assume que a relação com a mãe é um vínculo emocional insubstituível de longo prazo, que por sua vez afeta os relacionamentos com outras pessoas. Neste ponto, parece ser necessário apontar a diferença entre a fixação segura e um relacionamento entre uma criança e uma mãe emocionalmente indisponível e indiferente. No segundo caso, uma criança que vive com a sua mãe no seu ambiente social natural pode sofrer a mesma privação emocional como no caso em que a mãe é, de facto, ausente, e a criança vive numa instalação de cuidados substitutos. Langmeier e Matejeek (2011 cit. in Vávrová, 2015) acreditam que é a experiência da própria privação que causa perturbação do desenvolvimento da personalidade, manifestando-se em relação a si mesmo e aos outros. De acordo com o acima exposto, assumimos que o ambiente social institucional influencia o desenvolvimento do grau da sua própria autorregulação, que é, muitas vezes, menor no caso de indivíduos com problemas de comportamento.

No que diz respeito ao ambiente, falamos de fatores externos de desenvolvimento da personalidade que são particularmente ativos no processo de socialização. Na etapa inicial deste processo, a família nuclear desempenha um papel crucial, sendo que em CI a família nuclear é substituída por cuidados institucionais. No estágio secundário de socialização, um dos fatores importantes é um grupo de pares, que

também desempenha um papel inalienável no estágio primário, devido à natureza coletiva da instalação. O status e o papel social de um grupo de pares de uma CI que vive numa instalação constituem o mundo social da criança e as suas ideias sobre a vida (Nakoneený, 2009 cit. in Vávrová, 2015). Em atendimento institucional, um papel vital é desempenhado pela forma de exercer controlo e sanções, o que também foi confirmado nesta pesquisa sobre autorregulação. Por outras palavras, a autorregulação do comportamento está diretamente ligada à aplicação do sistema de sanções positivas e negativas e a sua aceitação por um indivíduo (Vávrová, 2015).

Em 2010 e 2011, foi realizada uma investigação na República Checa sobre o desenvolvimento das crianças em formas alternativas de atendimento. A maior descoberta foi que as crianças de lares infantis testados como os intelectualmente mais fracos, mostraram o pior desempenho no reconhecimento de emoções e comportamentos socialmente adequados, e manifestaram a maior autoavaliação, especialmente a necessidade de confiar em si mesmo, decorrente da necessidade de independência. A pesquisa mostrou ainda que as crianças de lares são as mais emocionalmente e fisicamente negligenciadas, têm o maior número de manifestações de perturbações comportamentais, hiperatividade, impulsividade, etc., e apresentam também a maior quantidade de sintomas de depressão, sentimentos de solidão e uma menor capacidade de experimentar alegria. Concluiu-se também que o seu próprio sucesso escolar era mais baixo (Ptáček, Kuželová & Celedová, 2011 cit. in Vávrová, 2015).

Em muitos aspetos, as crianças dos cuidados familiares alternativos são classificadas de forma semelhante a crianças de cuidados institucionais. Isto pode ser atribuído à sua experiência anterior com uma estadia numa casa para crianças ou outras instalações institucionais. Portanto, pode-se concluir que os resultados da investigação acima correspondem com as teorias psicossociais (Vávrová, 2015).

Os efeitos nocivos da criação institucional têm sido bem documentados em numerosos resultados de desenvolvimento, incluindo o crescimento, funcionamento social, emocional e cognitivo, capacidade de linguagem, estrutura neuronal e funcionamento e processamento facial. A prevalência de problemas psiquiátricos entre crianças previamente institucionalizadas é particularmente elevado e evidências recentes sugerem que estas elevações em psicopatologia são explicadas, pelo menos em parte, por alterações em aspetos específicos de neuro desenvolvimento, incluindo, hipoativação cortical resultante da privação no início da vida. Para além disto, as

crianças criadas em instituições apresentam sintomas elevados de hiperatividade, ansiedade, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva e picos menores nas tarefas de reconhecimento das emoções (Slopen, McLaughlin, Fox, Zeanah & Nelson, 2012).

Crianças criadas em instituições, muitas vezes, sofrem de atrasos no desenvolvimento e podem seguir vias de desenvolvimento desviantes. No entanto, as várias causas desses atrasos são difíceis de separar. Em primeiro lugar, é difícil saber se a experiência institucional causa os défices ou se simplesmente mantém défices pré-existentes. Em segundo lugar, as formas de privação vividas por CI raramente ocorrem isoladamente uma da outra (van IJzendoorn et al., 2011).

Os recursos compartilhados e não compartilhados do ambiente institucional e das características genéticas, temperamentais e físicas específicas de cada criança pode fazer uma diferença crucial nas consequências da criação institucional. Um olhar mais atento às interações de crianças resilientes com as várias facetas do ambiente institucional pode fornecer algumas informações acerca das formas de melhorar a vida neste contexto para a totalidade ou a maioria das crianças envolvidas (van IJzendoorn et al., 2011).

Os fatores de risco da institucionalização podem ser atenuados tendo em conta os eventuais fatores protetores relacionados com as circunstâncias contextuais e emocionais, ou seja, tentar manter ligações afetivas estáveis com figuras significativas alternativas (Mota & Matos, 2010).

2.2.5. Regulação emocional em crianças institucionalizadas

Um dos fatores importantes na prevenção do comportamento de risco de um indivíduo é a autorregulação dos seus comportamentos (Hrbackova & Safrankova, 2016). Várias investigações indicam que as crianças acolhidas que foram vítimas de maltrato apresentam tendência depressiva em comparação com as crianças em meio natural de vida e que não foram vítimas de maltrato. Estas crianças apresentam elevados níveis de desestruturação e manifestam um nível de desenvolvimento que fica aquém do encontrado em amostras normativas. Tendem a manifestar condutas agressivas, pelo que a violência é adotada como um dos principais meios de comunicação e a delinquência um caminho muitas vezes por elas seguido. Zeanah, Smyke, Koga e Carlson (2005) após desenvolverem estudos com crianças romenas institucionalizadas concluem que

existe, nesse tipo de população, uma perturbação reativa da vinculação como efeito do acolhimento institucional, prevalecendo padrões de vinculação disfuncionais com as figuras cuidadoras. Nesse sentido, os autores referem a dificuldade vivenciada por essas crianças em desenvolver uma vinculação segura com um cuidador de referência (Pinhel, Torres & Maia, 2009).

O desenvolvimento do grau de autorregulação em crianças e adolescentes no cuidado institucional está intimamente ligada ao processo de socialização ou a fatores e influências de socialização. Na área da autorregulação, determinantes internos e externos podem ser descobertos. Os exteriores – representados por pais, colegas, amigos, professores, educadores, etc. – são muito diferentes num ambiente institucionalizado. Enquanto uma criança num ambiente familiar internaliza modelos e padrões de autorregulação visto em seus pais, crianças confiadas a instituições são mais dependentes da sua própria experiência ou da experiência dos pares (Vávrová, 2015).

Dentro de instituições, os padrões de autorregulação são reciprocamente trocadas entre os pares, o que muitas vezes significa que os modelos de deficiência são repassados. Em conexão com a socialização no cuidado institucional, o desenvolvimento deste componente da autorregulação pode ser dificultada também. Na prática, podemos encontrar crianças e adolescentes que vivem em instituições que perderam o seu "entusiasmo para a vida" e falta "o significado disso" (Vávrová, 2015).

Pode-se concluir que a interrupção no funcionamento do mecanismo de autorregulação e redução na sua capacidade acontece principalmente devido à internalização dos padrões inadequados de autorregulação durante a socialização. Em conexão com o acima exposto, o ponto-chave parece ser o meio social em que as tais internalizações das normas, valores e padrões de comportamentos ocorrem. A pesquisa atual sugere que a componente mais afetada é a autorregulação do comportamento, que está relacionada com a autorregulação das emoções e se reflete em conflitos e nas soluções (Vávrová, 2015).

Os baixos níveis de autorregulação do comportamento era evidente já na primeira fase da pesquisa, nas entrevistas de grupos quando os pesquisadores comumente encontraram padrões de comportamento inesperado em crianças e adolescentes. Os resultados indicam que a autorregulação foi menos desenvolvida em indivíduos de uma instituição de ensino especial, o que pode ser atribuído ao facto de que as crianças e adolescentes com sérios problemas de comportamento são colocados neste tipo de instalações. Esta questão levanta uma outra, como saber se o cuidado

institucional contribui para uma redução na capacidade de autorregulação ou se os indivíduos com níveis baixos de autorregulação ou condições prévias para seus níveis mais baixos são colocados nestes cuidados institucionais. Os resultados obtidos no estudo de Vávrová (2015) mostraram que as crianças e jovens relataram níveis mais elevados de autorregulação do seu comportamento do que os níveis de regulação do comportamento avaliado pelo pessoal que trabalha no atendimento direto de crianças.

Quando o sistema de prestação de cuidados não cumpre o seu dever de proteger a criança do mundo exterior e não pode fornecer uma base segura para a criança (Bowlby, 1951), esta torna-se traumatizada na relação de apego primário. Especialmente num ambiente onde as crianças são vulneráveis a comportamentos de risco, o processo de comportamento autorregulado pode não ser automático, embora possam estar cientes do seu comportamento problemático (Hrbackova & Safrankova, 2016).

2.2.6. Competências Sociais em Crianças Institucionalizadas

Estudos indicam que as crianças que sofreram privação precoce mostram menos capacidades de funcionamento social em termos de suas relações e interações sociais com os cuidadores, de outros adultos e colegas (Almas et al., 2012). Erol, Simsek e Munir (2010) constataram que adolescentes institucionalizados que relataram menos amigos e habilidades de resolução de problemas pobres também relataram maior internalização e externalização de problemas de comportamento. Além disso, as dificuldades com relacionamento com os seus pares na infância têm sido associadas a difícil adaptação na vida adulta.

O impacto negativo da institucionalização na relação posterior entre pares foi documentado no estudo de Hodges e Tizard (1989 cit. in Palacios, Moreno & Román, 2013), em que as crianças que tinham sido institucionalizadas até aos dois anos de idade e, depois adotadas ou integradas nas suas famílias manifestavam uma série de dificuldades em termos de relação com os pares aos oito anos de idade. Ainda se sabe pouco acerca do desenvolvimento social das CI, sendo que dificuldades nesta área são muitas vezes mencionadas nestas crianças. No estudo realizado por Palacios, Moreno e Román (2013), os resultados indicaram que as CI, comparativamente com crianças adotadas e crianças que vivem com as suas famílias de nascimento, apresentam mais dificuldades com os pares, habilidades sociais mais pobres em termos de cooperação,

afirmação, autocontrolo e responsabilidade, apesar das diferenças não serem significativas.

2.3. Intervenção Psicomotora

2.3.1. O Jogo na intervenção psicomotora

A intervenção terapêutica através do jogo é muito utilizada em crianças com problemas emocionais e comportamentais devido à sua resposta a necessidades desenvolvimentais únicas e variadas (Piaget, 1962 cit. in Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005). Na terapia pelo jogo, o jogo é visto como o veículo para a comunicação entre a criança e o terapeuta na assunção de que a criança irá usar os materiais do jogo para atuar diretamente ou simbolicamente os seus sentimentos, pensamentos e experiências que não são possíveis de serem manifestadas através de palavras (Axline, 1947; Kottman, 2001; Landreth, 2002; O'Connor, 2001; Schaefer, 2001 cit. in Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005).

Jogar permite às crianças colmatar o fosso entre as suas experiências e entendimento, proporcionando assim os meios de compreensão, aprendizagem, resolução de problemas, de enfrentamento e domínio (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005).

2.3.1.1. Jogo de luta e perseguição

Segundo Lupu (2010), envolver as CI em jogos, propondo exercícios motiva-as e torna-as mais ativas. Atividades que envolvem habilidades corporais são fundamentais para o desenvolvimento somático e intelectual destas crianças. O estudo desenvolvido na pesquisa de Lupu permitiu confirmar a hipótese de que existe uma influência positiva do exercício físico, do movimento e dos jogos desportivos no desenvolvimento somático, emocional e intelectual das crianças em instituições, que se manifesta por uma maior capacidade de responder às tarefas dadas e maior capacidade de se relacionarem com os colegas ou indivíduos com quem contactem.

Tendo isto em conta, a progressão de jogos de luta e perseguição, com base no programa de intervenção de Carraro, Gobbi e Moè (2014), demonstrou apresentar resultados benéficos ao nível do controlo dos impulsos agressivos, sendo que os jovens

adolescentes aprenderão, com este programa, a controlar a sua força física através do contacto corporal que, noutro contexto, pode ser potencialmente prejudicial ou ofensivo e provocar estados de excitação (Kirsh, 2006). Este tipo de jogo requer a sua realização em ambiente seguro e de apoio, com supervisão adequada e regras claras para guiar o jogo, de modo a prevenir e impedir o comportamento agressivo excessivo (Carraro, Gobbi & Moè, 2014).

A maioria das intervenções foram realizadas principalmente com base em projetos de pesquisa projetados para demonstrar que o aumento da estimulação de diferentes tipos melhoraria o desenvolvimento das crianças. Estes estudos (Lupu, 2010; Chinekesh, Kamalian, Eltemasi, Chinekesh & Alavi, 2014) deram aos lactentes e às crianças uma estimulação adicional específica implementada pelo experimentador ou assistente da pesquisa por um curto período de tempo ao longo de várias semanas. Geralmente este tipo de intervenções produzia melhorias no desenvolvimento ou impedia o declínio do desenvolvimento. Estas eram “manifestações” de que os benefícios poderiam ser produzidos e não houve tentativas para continuar a intervenção e, assim os benefícios do desenvolvimento diminuía ou desapareciam. Mesmo em intervenções mais abrangentes e de longo prazo pode existir um desaparecimento dos benefícios se nada for feito para os manter deliberadamente. A literatura publicada indica que as condições na maioria das instituições não são de apoio ao desenvolvimento das crianças. Embora a maioria dos profissionais internacionais de bem-estar da criança defenda alternativas familiares ao invés de instituições, é provável que possa levar muitos anos, para que a maioria dos países de baixos recursos possa colocar todas as crianças sem pais permanentes em famílias. Consequentemente, as instituições poderiam ser melhoradas para as muitas crianças que estão propensas a residir lá enquanto alternativas estão a ser desenvolvidas (Groark & McCall, 2011).

2.3.1.1.1. Programa de Carraro, Gobbi e Moè (2014)

Na tabela 1 é apresentado o programa proposto por Carraro, Gobbi e Moè (2014) elaborado com base na proposta de jogos e exercícios delineados para alcançar objetivos específicos ao nível da regulação emocional e das competências sociais.

Tabela 1. Programa de Carraro, Gobbi e Moè

Jogos e exercícios	Metas de ensino - objetivos
1. Contato mediado por objetos entre os participantes (ex.: bolas, cones, discos de espuma)	Cooperação, encurtamento da distância interpessoal
2. Jogos que envolvem o contato físico e o toque entre os participantes (ex.: “os mosquitos”, em que cada aluno tem uma pega na roupa e tenta pendura-la na roupa dos colegas)	Interação social, aceitação do contato físico, controlo emocional, responder adequadamente aos comportamentos éticos e não éticos dos participantes usando regras para resolver os conflitos
3. Jogos de equilíbrio em pares (ex.: “salto do parceiro”, em que os parceiros coordenam o pular em posições diferentes: segura a mão direita e pega a perna esquerda). Durante ambos os grupos e atividades emparelhadas, os adversários encontram-se por acaso ou de acordo com as suas próprias preferências	Regulação da força, cooperação e regulação emocional
4. Jogos de oposição física em pares (ex.: “duelo no banco”: em pares num banco tentar puxar o parceiro para o chão, com o uso de uma almofada)	Regulação sócio-emocional, respeitar as regras
5. Acrobacias com apoio dos pares, em grupos de 2,3 ou 4 (ex.: “Elevador da pessoa morta”, em que um participante deita-se de frente para o teto, dois ajudantes ficam um de cada lado e trabalham juntos para levantar a pessoa “morta”)	Cooperação com um pequeno grupo de colegas durante as atividades de construção de equipas, aceitação de diferenças entre os colegas no desenvolvimento físico e na maturação
6. Atividades acrobáticas de ginásio preliminares com a formação de pirâmide	Cooperação, regulação da força, exibição de comportamento que respeita a si próprio e aos outros
7. Jogos que envolvem a oposição física, em grupos (ex.: “as cenouras”, em que uns participantes são cenouras caídas no chão e os outros tentam separá-los, arrastando-os pelos pés)	Cooperação com vários colegas sobre as iniciativas de resolução de problemas, incluindo iniciativas de grandes grupos e jogos
8. Jogos de luta/toque em pares (ex.: empurrar, puxar, perseguir em pares tentando puxar o parceiro para o chão)	Responder adequadamente aos comportamentos éticos e não éticos dos participantes usando regras para resolver os conflitos

3. Metodologia

Nesta parte da presente investigação será apresentada a metodologia abarcando a apresentação do desenho de estudo, procedimentos, caracterização dos participantes, descrição do programa de intervenção, descrição das variáveis de estudo e dos instrumentos utilizados e análise estatística.

3.1. Desenho de estudo

A presente investigação destina-se a estudar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora, através do jogo de luta e perseguição, ao nível da regulação emocional e das competências sociais de crianças institucionalizadas, tendo sido realizado um estudo quasi-experimental com um desenho de pré e pós teste, sendo que o grupo experimental foi controlo de si mesmo. Em acordo, um único grupo de participantes, num primeiro período, manteve as suas atividades normais (grupo de controlo) e, num segundo período, usufruiu de uma intervenção (grupo experimental).

O estudo decorreu em contexto de instituição, na qual foi desenvolvido um programa de intervenção dirigido para o trabalho ao nível das capacidades de regulação emocional e competências sociais de crianças institucionalizadas. O programa de intervenção teve a duração de cerca de 10 semanas, contando com um total de 19 sessões.

Foram aplicados os mesmos instrumentos de avaliação aos participantes 1) antes do período controlo, 2) após seis semanas do período de controlo, de forma a obter os dados de controlo e 3) no final da intervenção, com o intuito de obter os dados experimentais e de analisar os efeitos da mesma (Kuo, Tully & Galea, 2009). De salientar que nas três avaliações se seguiu o mesmo protocolo de avaliação, tentando-se manter sempre as mesmas condições.

3.2. Procedimentos

Inicialmente procedeu-se ao contacto, via telefone, com sete instituições do Alto Alentejo, com o intuito de averiguar a disponibilidade das mesmas para participar, sendo que seis aceitaram participar. Das seis instituições que aceitaram participar no estudo, apenas uma foi selecionada, já que as restantes não tinham mais do que duas

crianças que cumprissem os critérios de inclusão e, sendo uma intervenção grupal, não faria sentido um número tão reduzido de participantes. Após ter sido obtida autorização desta instituição de acolhimento misto, foram entregues os consentimentos informados à tutora legal das crianças que os assinou. Recorreu-se ao anonimato de todos os participantes do estudo, através do uso de codificação de nomes.

As avaliações foram efetuadas na instituição de acolhimento das crianças, num local previamente preparado, tendo sido disponibilizada uma sala para o efeito, sendo que as avaliações foram realizadas individualmente a cada participante.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade de Évora e obedeceu às diretrizes da Declaração de Helsínquia.

3.3. Caracterização dos Participantes

Para a realização do presente estudo foi recrutada uma amostra constituída por nove crianças, de ambos os sexos, inseridos num Centro de Acolhimento Temporário do Alto Alentejo. O intervalo de idades é compreendido entre os 8 anos e 6 meses e os 13 anos e 6 meses e, em termos de escolaridade, 4 dos participantes frequentam o primeiro ciclo e os restantes 5 o segundo ciclo. De salientar ainda que todos os participantes apresentavam contato com algum membro da família. A elegibilidade da amostra foi determinada por uma assistente social da instituição, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão:

- Crianças com idades compreendidas entre os 9 anos 13 anos;
- Crianças institucionalizadas há mais de três meses;
- Crianças que, há pelo menos um ano, não usufruem de uma intervenção similar à proposta;
- Caso as crianças tenham um acompanhamento terapêutico este deverá ser idêntico para todas;
- As crianças não estarão a fazer terapêutica medicamentosa que influencie as variáveis dependentes em estudo;
- As crianças não têm uma patologia diagnosticada que impossibilite a participação na intervenção;
- As crianças que estarão disponíveis para realizar um mínimo de 80% das sessões.

As características dos participantes são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2. *Caracterização dos participantes do estudo (n =9)*

Idade (anos)	Género	TI (anos)	Escol.	Família presente
10,9±1,5	Feminino (n= 3)	2,6±1,5	Primária (n= 4)	Sim (n= 9)
	Masculino (n= 6)		Primeiro Ciclo (n= 5)	

Valores expressos em Média ± Desvio Padrão na idade, no tempo de institucionalização e na assiduidade na participação no estudo; n=total de participantes; TI=tempo de institucionalização; e Escol=escolaridade

3.4. Programa de Intervenção

O programa de intervenção foi desenvolvido numa sala previamente preparada para o efeito dentro da própria instituição.

3.4.1. Fases da sessão de Intervenção Psicomotora

Cada sessão foi constituída por 5 momentos sendo eles: o ritual de entrada, a conversa inicial, a sessão propriamente dita, o retorno à calma-conversa final e o ritual de saída, tendo-se procurado respeitar todos estes momentos, com o intuito de interiorizar as regras e as rotinas.

O ritual de entrada, com duração de cerca de 2 minutos, consistiu em descalçar os sapatos e sentar-se de forma a formar uma roda, momento este que preconizou o cumprimento da rotina.

A conversa inicial, de cerca de 10 minutos, foi constituída pela realização de uma conversa onde eram partilhadas as novidades de cada participante, assim como o esclarecimento de possíveis dúvidas, com o intuito de promover a relação interpessoal entre os pares e entre estes e a terapeuta.

A sessão propriamente dita, com duração de cerca de 25-30 minutos, baseou-se na progressão do jogo de luta e perseguição, com base no modelo de Carraro, Gobbi e Moè (2012), tendo em conta os objetivos de cada fase do programa.

O retorno à calma-conversa final, com duração de cerca de 5 minutos, consistiu na realização de alguns deslocamentos pela sala ao som de uma música calma e, posteriormente de uma conversa, sentados no chão em roda, onde cada um dava a sua opinião acerca da sessão, por forma a fomentar a diminuição do estado de ativação e a partilha de opiniões com os pares.

Por fim, o momento final consistiu no ritual de saída, e tinha a duração média de 3 minutos, durante os quais se solicitava que as crianças participassem na arrumação dos materiais e o calçar dos sapatos, terminando assim a sessão.

3.4.2. Programa de Intervenção Psicomotora

O programa de intervenção psicomotora envolveu uma progressão de jogos de luta e perseguição, com base no programa de Carraro, Gobbi e Moè (2014), tendo sido realizadas 19 sessões durante 10 semanas, com uma frequência bissemanal e duração de cerca de 45-50 minutos.

O programa de intervenção seguiu a progressão de jogos de luta e perseguição, com base no programa de Carraro, Gobbi e Moè (2014), dividindo-se este pelas seguintes categorias e, correspondentes objetivos:

- Jogos com contato mediado (sem toque) – promover a cooperação e a gestão da distância interpessoal
- Jogos de perseguição (toca e foge) – promover a interação social, a aceitação do contato físico, o controlo emocional, a resposta adequada aos comportamentos dos pares utilizando as regras sociais adequadas para a resolução de conflitos
- Jogo com contacto físico e toque – promover a regulação da força, a cooperação e a regulação emocional
- Jogos com oposição física entre pares – promover a regulação sócio emocional e o respeito pelas regras
- Jogos com apoio dos pares – promover a cooperação
- Jogos com oposição física em grupos – promover a regulação da força, a regulação sócio emocional e o respeito pelas regras
- Jogos de luta/toque em pares (objetos, contacto físico) – promover a resposta adequada ao comportamento dos outros usando regras e orientações para a resolução de conflitos

Os objetivos do programa de intervenção consistiram assim no seguinte: promover a cooperação, a gestão da distância interpessoal, a interação social, a aceitação do contato físico, a resposta adequada aos comportamentos dos outros utilizando as regras sociais adequadas para a resolução de conflitos, a regulação da força e a regulação sócio emocional.

Por forma a concretizar os objetivos foram definidos jogos que permitissem a sua consecução. Deste modo, tendo em conta a progressão de jogos de luta e perseguição do programa de Carraro, Gobbi e Moè (2014), mencionadas acima, cada sessão foi previamente planeada com o intuito de alcançar esses objetivos. O programa de intervenção foi conduzido pela autora da dissertação. Para além disto, em cada sessão foi realizada uma análise crítica do desempenho dos participantes, por forma a serem realizados ajustes nos jogos realizados, que consistiu na partilha verbal, com as orientadoras da presente dissertação, dos aspetos que correram melhor e pior em cada sessão.

3.5. Variáveis de estudo e Instrumentos

O local da aplicação das avaliações foi previamente selecionado, tendo sido disponibilizada uma sala na própria instituição para o efeito. As avaliações foram realizadas de forma individual a cada participante pela autora da dissertação, técnica de Reabilitação Psicomotora, também ela responsável pela dinamização das sessões de intervenção.

As variáveis de estudo foram os seguintes:

- Estratégias de Coping
- Comportamento e Competências Sociais
- Humor e Queixas Somáticas
- Consciência Emocional

3.5.1. Estratégias de Coping

As Estratégias de Coping foram avaliadas através do Child Perceived Coping Questionnaire (CPCQ), sendo o seu autor original Rossman (1992), com adaptação à população portuguesa realizada por Rei (2012). O CPCQ é um questionário de autorrelato, aplicável a crianças e adolescentes dos 6 aos 18 anos, que foi utilizado para

medir a percepção das crianças face às estratégias de coping que utilizam, quando se defrontam com situações do dia-a-dia causadoras de stress, sendo constituído por 30 questões que se dividem em 6 dimensões, sendo elas: 1) Apoio de Alguém do Centro, 2) Apoio dos Amigos, 3) Distress, 4) Agressividade, 5) Distração/Evitamento e 6) Acalmar-se (Rossman, 1992).

A dimensão Apoio de Alguém do Centro permite avaliar a interação das crianças com os seus cuidadores primários e a forma como estes as ajudam com os problemas que surgem no seu dia-a-dia. A dimensão Apoio dos Amigos pretende avaliar o apoio dado pelos pares, a nível emocional, assim como ao nível dos problemas do quotidiano. Relativamente ao Distress, esta permite avaliar os comportamentos associados à angústia e preocupação. A Agressividade avalia a expressão de comportamentos agressivos como forma de resolução dos problemas. A Distração/Evitamento avalia os comportamentos que a criança pode realizar sozinha para evitar situações ou distrair-se a si mesma em circunstâncias inquietantes, destacando o uso de jogos e fantasia. Por fim, no que concerne à dimensão Acalmar-se, esta permite avaliar as tentativas para reduzir o elevado distress, enfatizando as tentativas da criança se manter calma e de pensar noutras coisas (Rossman, 1992).

De salientar que no presente estudo se recorreu ao questionário com itens adaptados ao contexto de institucionalização, elaborado por Pato (2014), sem acarretar alterações ao conteúdo do questionário original, tendo sido respondido individualmente por cada criança.

As respostas ao questionário utilizam uma escala de likert relativa à concordância das informações, estando dividida em quatro níveis: “1- Nunca”, “2- Às vezes”, “3- Muitas Vezes” e “4- Sempre” (Rossman, 1992). As dimensões avaliadas resultam da soma dos valores dos itens/resposta que a determinam, sendo que a dimensão 1) Apoio de Alguém do Centro varia entre um mínimo de 6 e um máximo de 24 pontos; a dimensão 2) Apoio dos Amigos varia entre um mínimo de 3 e um máximo de 12 pontos; a dimensão 3) Distress varia entre um mínimo de 3 e um máximo de 12 pontos; a dimensão 4) Agressividade varia entre um mínimo de 3 e um máximo de 12 pontos; a dimensão 5) Distração/Evitamento varia entre um mínimo de 9 e um máximo de 36 pontos; e a dimensão 6) Acalmar-se varia entre um mínimo de 6 e um máximo de 24 pontos.

Em termos de qualidades psicométricas do instrumento na versão portuguesa, a consistência interna do mesmo é satisfatória, com valores de α das diferentes dimensões

entre .59 e .80, exceto para os fatores Agressividade e Distress que apresentam valores mais baixos, respetivamente $\alpha = .40$ e $\alpha = .44$. Ao nível do coeficiente de correlação verifica-se que todas as escalas com consistência interna se relacionam positivamente, apresentando valores superiores a .47. Assim, considera-se o CPCQ um bom instrumento de medição da regulação emocional (Rei, 2012).

3.5.2. Comportamento e Competências Sociais

A variável Comportamento e Competências Sociais foi avaliada através do Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP) (Achenbach, 1991), tendo sido adaptado e validado à população portuguesa por Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso (1994). O ICCP é aplicável dos 4 aos 18 anos de idade e pretendeu avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento das crianças, nos últimos 6 meses, referidos pelos seus substitutos parentais, sendo que no presente estudo foi respondido em conjunto, e no mesmo momento, pela assistente social do centro de acolhimento (tutora das crianças) e pela psicóloga.

Tendo em conta que este inventário era muito extenso e com muitas variáveis para estudo, foram seleccionadas apenas as questões correspondentes às dimensões que foram consideradas pertinentes de avaliar na presente investigação, sendo elas: 1) Oposição, 2) Agressividade, 3) Depressão, 4) Problemas Sociais, 5) Isolamento, 6) Ansiedade, contabilizando um total de 56 itens.

No que diz respeito às dimensões avaliadas, relativamente à Oposição, esta permite avaliar comportamentos como a discussão com os outros, a desobediência, a teimosia e a irritabilidade. A dimensão Agressividade pretende avaliar comportamentos, como a destruição de objetos dos outros e a agressão. A Depressão avalia as competências sociais e os sentimentos de inferioridade, a solidão, o choro, etc.. No que concerne à dimensão Problemas Sociais, esta avalia os aspetos inerentes às relações sociais, como comportamentos relacionados com os ciúmes e as birras. O Isolamento facultava informações acerca dos comportamentos inerentes à forma de relação com os outros, nomeadamente a reserva perante crianças da mesma idade, não partilha dos seus sentimentos com os outros, a timidez, etc. Por fim, relativamente à Ansiedade, esta pretende avaliar os sentimentos como o medo e as manifestações de ansiedade, como a exibição de tiques (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994).

O ICCP utiliza uma escala de likert, estando dividida em três níveis: “0- Não verdadeira”, “1- Às vezes verdadeira”, “2- Muitas vezes verdadeira” (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). As dimensões avaliadas resultam da soma dos valores dos itens/resposta que a determinam, sendo que a dimensão 1) Oposição varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 30 pontos; 2) Agressividade varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 26 pontos; 3) Depressão varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 24 pontos; 4) Problemas Sociais varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 14 pontos; 5) Isolamento varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 12 pontos; e 6) Ansiedade varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 12 pontos.

Em termos de qualidades psicométricas apresenta um coeficiente de consistência interna satisfatório (entre .61 e .83) (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). Num estudo de Marques (2010), que utilizou apenas as subescalas da Oposição, Agressividade, Hiperatividade e Isolamento, o valor de alpha de Cronbach do total das quatro subescalas foi de .99, o que indica um bom nível de consistência interna. A consistência interna apresenta índices elevados tanto no caso do inventário global como em cada uma das subescalas.

3.5.3. Regulação Emocional

A Regulação Emocional foi avaliada através da Escala de Humor (EH) (Rieffe, Meerum-Terwogt & Bosch, 2004) e da Lista de Queixas Somáticas (LQS) (Rieffe, Meerum-Terwogt & Bosch, 2004).

A EH é um questionário de autorrelato, aplicável a crianças e adolescentes com idades entre os 8 e os 18 anos, que avalia o humor das crianças em 4 aspetos, sendo eles a alegria, a raiva, a tristeza e o medo, com um total de 20 itens. Já a LQS é também um instrumento em forma de questionário de autorrelato, com 11 itens, que pretendeu avaliar a frequência com que cada criança experiencia certas queixas somáticas. No presente estudo foram utilizados questionários traduzidos e adaptados por Veiga (2015).

A EH e a LQS utilizam uma escala de likert, estando dividida em três níveis: “1- Nunca”, “2- Por vezes” e “3- Muitas vezes”. A EH e a LQS resultam da soma dos valores dos itens/resposta que as determinam, sendo que no que diz respeito à primeira varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 60 pontos e, relativamente à segunda varia entre um mínimo de 11 e um máximo de 33 pontos.

Em termos de qualidades psicométricas ambos apresentam um coeficiente de consistência interna bom (Veiga, 2015). Os questionários foram respondidos individualmente por cada criança.

3.5.4. Consciência Emocional

A variável Consciência Emocional foi avaliada recorrendo à utilização de um questionário de autorrelato, o Questionário de Consciência Emocional (QCE) (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt & Ly, 2008), tendo sido submetido para validação à população portuguesa por Veiga, Oosterveld, Fernandes e Rieffe (submetido). O questionário é aplicável a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 16 anos de idade e teve como objetivo avaliar os elementos chave do conceito de consciência emocional de crianças e adolescentes, sendo constituído por 30 itens, organizados em 6 variáveis, sendo elas: 1) Diferenciar Emoções, 2) Partilhar Verbalmente Emoções, 3) Não Esconder Emoções, 4) Consciência Corporal, 5) Atender às Emoções e 6) Analisar Emoções (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt, & Ly, 2008).

No que diz respeito à variável Diferenciar Emoções, esta avalia a capacidade das crianças ao nível do reconhecimento das diferentes emoções por si sentidas. A dimensão Partilhar Verbalmente Emoções avalia a capacidade de partilha das emoções aos outros. Relativamente a Não Esconder Emoções, esta pretende analisar se as crianças tentam ou não esconder as suas emoções dos outros. Relativamente à Consciência Corporal, esta dimensão avalia se a criança apresenta alguma manifestação corporal aquando de sentimentos como o nervosismo, a tristeza. A dimensão Atender às Emoções pretende avaliar a capacidade da criança em perceber e se interessar pelos sentimentos dos outros. Por fim, na dimensão Analisar Emoções, esta avalia a aptidão da criança para a tentativa de compreensão dos diferentes sentimentos por si sentidos (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt, & Ly, 2008).

A QCE utiliza uma escala de likert, através de uma escala de três pontos: “1- Não verdadeira”, “2- Por vezes verdadeira”, “3- Verdadeira” (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt, & Ly, 2008). As dimensões avaliadas resultam da soma dos valores dos itens/resposta que a determinam, sendo que a dimensão 1) Diferenciar Emoções varia entre um mínimo de 7 e um máximo de 21 pontos; 2) Partilhar Verbalmente Emoções varia entre um mínimo de 3 e um máximo de 9 pontos; 3) Não Esconder

Emoções varia entre um mínimo de 5 e um máximo de 15 pontos; 4) Consciência Corporal varia entre um mínimo de 5 e um máximo de 15 pontos; 5) Atender às Emoções varia entre um mínimo de 5 e um máximo de 15 pontos; e 6) Analisar Emoções varia entre um mínimo de 5 e um máximo de 15 pontos.

No presente estudo, este questionário foi respondido individualmente por cada criança.

No que diz respeito às qualidades psicométricas, a QCE apresenta níveis satisfatórios médios relativamente à consistência interna (entre .70 e .80 relativamente às dimensões Diferenciar Emoções, Não Esconder Emoções, Consciência Corporal e Atender às Emoções) e níveis de consistência interna razoáveis (entre .60 e .70 relativamente às dimensões Partilhar Verbalmente Emoções, Analisar Emoções) (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt, & Ly, 2008).

3.6. Análise estatística

Os dados obtidos nas três avaliações utilizadas foram analisados estatisticamente com recurso ao software IBM SPSS Statistics (Statistical Package for Social Sciences), versão 22.

Foi analisada a normalidade da distribuição das variáveis nas três avaliações através do teste Shapiro-Wilk, sendo que a maioria das variáveis não apresentava normalidade na distribuição dos dados, tendo-se optado por realizar comparações recorrendo a análise estatística não paramétrica.

Para cada variável analisada foi utilizada uma análise descritiva, tendo sido calculados os valores médios e o desvio-padrão, nas três avaliações realizadas.

Para avaliar os efeitos da intervenção utilizou-se a técnica de comparação de Friedman, seguida pela comparação pós-teste dois a dois (*pair wise comparison*). O valor de significância estabelecido foi de $p < .05$.

4. Apresentação dos Resultados

Os resultados obtidos neste estudo dizem respeito às variáveis avaliadas com os instrumentos de avaliação CPCQ (Rossman, 1992), ICCP (Achenbach, 1991), EH e LQS (Rieffe, Meerum-Terwogt & Bosch, 2004) e QCE (Rieffe, Oosterveld, Miers, Meerum-Terwogt & Ly, 2008) nomeadamente: as Estratégias de Coping, o Comportamento e Competências Sociais, a Regulação Emocional e a Consciência Emocional.

Os resultados respeitantes a cada variável serão apresentados, de seguida, para as quatro avaliações que foram realizadas no momento pré-intervenção e no momento pós-intervenção, com o intuito de verificar os efeitos da mesma.

Foi observada uma assiduidade média de 84,4% ao longo da intervenção, por parte dos participantes.

4.1. Análise Descritiva e Avaliação Intra-grupo

4.1.1. Child Perceived Coping Questionnaire

A análise estatística comparativa revelou que em nenhuma das avaliações realizadas foram verificadas alterações estatisticamente significativas ($p > .05$), em quaisquer dimensões da variável Estratégias de Coping (Tabela 3).

Tabela 3. Efeito da intervenção nas dimensões da variável *Estratégias de Coping*

Variável	Dimensão	1ª Avaliação (a) Média ± DP	2ª Avaliação (b) Média ± DP	3ª Avaliação (c) Média ± DP	<i>p</i>
Estratégias de Coping	Apoio de alguém do centro [6-24]	16.0±4.6	16.7±4.1	15.1±3.4	.28
	Acalmar-se [6-24]	16.9±4.5	17.6±4.7	16.3±3.3	.81
	Distração/ Evitamento [9-36]	20.9±4.8	20.8±6.5	18.3±2.3	.20
	Apoio dos amigos [3-12]	7.4±3.0	8.2±2.4	7.8±1.8	.50
	Agressividade [3-12]	7.6±1.9	6.7±2.2	7.4±2.1	.22
	Distress [3-12]	7.2±2.7	8.3±3.1	7.8±2.6	.31
	Score Total [30-120]	76.0±13.9	78.2±18.3	72.8±9.8	.92

DP – Desvio-padrão

(a) Pré-controlo

(b) Pós-controlo e pré-intervenção

(c) Pós-intervenção

p= Teste de Friedman

4.1.2. Inventário de Comportamento da Criança para Pais

Na análise de comparações foram registadas alterações estatisticamente significativas, que se constatarem pela diminuição dos resultados da média, que representam melhorias, nas seguintes dimensões das variáveis: *Depressão*, *Ansiedade* e *Score Total* (Tabela 4). Não se verificaram quaisquer alterações estatisticamente significativas nas dimensões das variáveis *Oposição* ($p=.05$), *Agressividade* ($p=.59$), *Problemas Sociais* ($p=.086$) e *Isolamento* ($p=.10$).

Em relação à *Depressão* observou-se uma melhoria significativa da média do momento pré-intervenção para a média do momento pós-intervenção ($p=.03$). (Tabela 4).

Também no que concerne à dimensão da variável *Ansiedade*, constataram-se diferenças significativas entre as 3 avaliações, ($p=.03$) (Tabela 4). A média diminuiu de 1,9 para 1,0, o que representa uma melhoria nesta variável. Contudo, o teste Pairwise, não teve poder para determinar entre que pares de momentos de avaliação existiram diferenças ($p>.05$).

Por fim, na dimensão *Score Total das variáveis* de estudo avaliadas ICCP, no momento pré-intervenção não foram encontrados resultados significativos ($p>.05$), período em que se determinaram as medidas de controlo, ou seja, ainda não tinha ocorrido a intervenção em estudo. Já no momento pós-intervenção constataram-se diferenças significativas ($p=.02$), tendo-se observado melhorias na média dos resultados (Tabela 4).

Tabela 4. Efeito da intervenção nas dimensões da variável *Comportamento e Competências Sociais*

Variável	Dimensão	1ª Avaliação (a) Média ± DP	2ª Avaliação (b) Média ± DP	3ª Avaliação (c) Média ± DP	<i>p</i>	Comparação 2x2
Comportamento e Competências Sociais	Oposição [0-30]	10.3±7.3	9.2±6.4	7.7±5.2	.05	-----
	Agressividade [0-26]	5.0±3.7	5.8±4.5	5.4±3.6	.59	-----
	Depressão [0-24]	3.6±2.4	2.8±2.5	1.8±2.1	.03	3ªAv.<1ªAv.
	Problemas Sociais [0-14]	2.1±2.3	1.3±1.7	1.2±1.8	.09	-----
	Isolamento [0-12]	4.7±1.4	4.2±0.7	3.7±0.7	.10	-----
	Ansiedade [0-12]	1.9±2.1	1.2±1.2	1.0±1.6	.03	-----
	Score Total [0-112]	26.3±14.7	22.9±11.9	19.8±11.4	.02	3ªAv.<1ªAv.

DP – Desvio-padrão

(a) Pré-controlo

(b) Pós-controlo e pré-intervenção

(c) Pós-intervenção

<Diferenças significativas entre a primeira (1ª Av.) e a terceira avaliação (3ª Av.) ($p < .05$)

4.1.3. Escala de Humor e Lista de Queixas Somáticas

Os resultados da análise de comparação indicam que não foram verificadas alterações estatisticamente significativas nas dimensões da variável Humor e Queixas Somáticas ($p > .05$) (Tabela 5).

Tabela 5. Efeito da intervenção nas dimensões da variável *Regulação Emocional*

Variável	Dimensão	1ª Avaliação (a) Média ± DP	2ª Avaliação (b) Média ± DP	3ª Avaliação (c) Média ± DP	<i>p</i>
Regulação Emocional	Humor [20-60]	24.3±3.8	23.8±4.1	21.3±5.9	.69
	Queixas Somáticas [11-33]	8.9±2.6	8.9±2.1	7.9±2.1	.43

DP – Desvio-padrão

(a) Pré-controlo

(b) Pós-controlo e pré-intervenção

(c) Pós-intervenção

p= Teste de Friedman

4.1.4. Questionário de Consciência Emocional

Os resultados da análise de comparação indicam que existem alterações estatisticamente significativas na dimensão da variável *Não Esconder Emoções* ($p=.04$), entre as 3 avaliações. No entanto, o teste Pairwise, não teve poder para determinar entre que pares de momentos de avaliação existiram diferenças (Tabela 6). Não se verificaram quaisquer alterações estatisticamente significativas nas dimensões das variáveis *Diferenciar Emoções* ($p=.29$), *Partilhar Emoções* ($p=.09$), *Consciência Corporal* ($p=.73$), *Atender às Emoções dos Outros* ($p=.80$), *Analisar emoções* ($p=.19$) e *Score Total* ($p=.22$).

Tabela 6. Efeito da intervenção nas dimensões da variável *Consciência Emocional*

Variável	Dimensão	1 ^a Avaliação (a) Média ± DP	2 ^a Avaliação (b) Média ± DP	3 ^a Avaliação (c) Média ± DP	<i>p</i>	Comparação 2x2
Consciência Emocional	Diferenciar Emoções [7-21]	14.4±3.8	13.1±3.9	15.8±2.0	.29	-----
	Partilhar Emoções [3-9]	6.8±1.2	6.8±1.2	5.9±0.8	.09	-----
	Não Esconder Emoções [5-15]	12.1±2.0	10.1±2.4	10.2±2.8	.04	-----
	Consciência Corporal [5-15]	11.0±1.1	10.8±1.7	10.7±1.3	.73	-----
	Atender às Emoções dos Outros [5-15]	10.2±1.3	10.2±0.8	10.4±2.0	.80	-----
	Analisar Emoções [5-15]	12.3±3.4	12.3±2.1	11.1±2.4	.19	-----
	Score Total [30-90]	66.9±5.7	63.3±7.3	64.0±6.6	.22	-----

DP – Desvio-padrão

(a) Pré-controlo

(b) Pós-controlo e pré-intervenção

(c) Pós-intervenção

p= Teste de Friedman

*Diferenças significativas entre as 3 avaliações

5. Discussão dos Resultados

O desenho de pré e pós-teste desenvolvido no presente estudo teve como finalidade avaliar os efeitos de uma intervenção psicomotora na regulação emocional e nas competências sociais de crianças institucionalizadas, tendo sido desenvolvido um programa de intervenção, ao longo de 10 semanas, baseado no jogo de luta e perseguição a um grupo experimental que serviu de controlo de si mesmo.

O programa de intervenção realizado teve efeitos positivos ao nível do Comportamento e Competências Sociais, nomeadamente nas dimensões *Depressão e Ansiedade e, ainda, no Score Total* e, também, ao nível da Consciência Emocional, especificamente na dimensão *Não Esconder Emoções*. Não foi observado um impacto significativo da intervenção ao nível das restantes variáveis avaliadas.

A eficácia da terapia com recurso a diferentes tipos de jogos em sessões grupais foi considerada em alguns estudos, sendo que os mesmos indicam que este tipo de intervenção é eficaz na diminuição de problemas psicológicos, sociais, comportamentais e de personalidade (Bratton, Ray, Rhine & Jones, 2005). Por exemplo, Chinekesh, Kamalian, Eltemasi, Chinekesh e Alavi (2014), verificaram que a terapia pelo jogo, recorrendo ao estabelecimento de comunicação entre os pares, expressão dos pensamentos e sentimentos e resolução de problemas, em grupos de crianças em idade pré-escolar, trouxe melhorias ao nível das competências sócio emocionais das mesmas. Também na investigação de Fragoso, Rueda e Benítez (2012), que contou com a participação de 36 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos de idade, tendo sido realizadas 14 sessões de treino de habilidades sociais, resolução de problemas e reestruturação cognitiva, através de estratégias como instruções verbais, role-plays, etc., foram verificadas melhorias ao nível das habilidades sociais e diminuição dos sintomas depressivos nos participantes deste estudo. Como verificado nos estudos anteriormente referidos, o recurso à terapia pelo jogo acarreta melhorias em diversas áreas do desenvolvimento da criança, sendo que no presente estudo se recorreu a um tipo específico de jogo, o jogo de luta e perseguição (Carraro, Gobbi & Moè, 2014), respeitando uma progressão em termos de contato físico e toque e de gestão do comportamento, sendo que cada fase corresponde a objetivos específicos, com o intuito de verificar os seus efeitos, tendo-se conseguido determinar efeitos positivos, como já

foi referido, ao nível da *Depressão, Ansiedade, Score Total e Não Esconder Emoções*. Assim, tendo em conta esses mesmos estudos, à que salientar as diferenças no tipo de jogo utilizado, assim como nos resultados obtidos em comparação com os do presente estudo. Nos estudos apresentados o jogo foi voltado para a estimulação das habilidades sociais, expressão de pensamentos e resolução de pensamentos, recorrendo a role-plays e instruções verbais, ou seja, utilizaram-se estratégias mais direcionadas para a expressividade verbal e o jogo simbólico, sendo que no presente estudo se recorreu ao jogo de luta e perseguição com objetivos ao nível da regulação e controlo emocional. Em termos de resultados, os estudos referidos revelaram melhorias nas áreas sociais e emocionais. Apesar das dinâmicas serem diferentes, ressaltam-se, no presente estudo, resultados mais vinculados ao nível dos sintomas internalizados, nomeadamente diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão. É importante ressaltar que o presente estudo é de carácter inovador, uma vez que nunca foi realizado nenhum outro com iguais condições, o que limita a discussão dos resultados. Deste modo, recorrer-se-ão a algumas hipóteses explicativas com base na literatura, que sejam o mais aproximado possível da realidade do estudo.

No que diz respeito às variáveis *Depressão e Ansiedade*, importa ressaltar os resultados positivos que esta intervenção teve, já que várias pesquisas indicam que as crianças institucionalizadas têm uma maior propensão para apresentarem sintomas de depressão e de ansiedade comparativamente com aquelas que vivem num ambiente familiar (Slopen, McLaughlin, Fox, Zeanah & Nelson, 2012; Vávrová, 2015). Estes resultados dão portanto enfoque a um tipo de intervenção que pode trazer grandes benefícios a esta população, em áreas que se sabem ser de extrema importância.

As melhorias observadas ao nível da *Depressão e da Ansiedade* enfatizam os benefícios do jogo de luta e perseguição e, ao contrário do que indica a literatura, que refere que o jogo de luta e perseguição promove a gestão do comportamento e que se reflete sobretudo ao nível dos sintomas externalizados, os resultados do presente estudo indicam melhorias ao nível dos sintomas internalizados. De acordo com Naderi, Heidarie, Bouron e Asgari (2010), num estudo que envolveu 80 crianças, durante 10 sessões de 1 hora, recorreu-se à terapia pelo jogo, utilizando tarefas de contagem de histórias, desenho e pintura, construção de casas, jogos de fantasia, realização de puzzles, etc. Neste estudo, os resultados indicaram melhorias ao nível da ansiedade de crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos. Também no estudo de Baggerly (2004), com crianças institucionalizadas, verificaram-se os efeitos de um

grupo de terapia pelo jogo na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade destas crianças. Contudo, apesar do tipo de dinâmica, ou seja, o tipo de jogo realizado nos estudos apresentados não envolverem o jogo de luta e perseguição, as terapias que recorrem essencialmente ao jogo parecem ser eficazes ao nível dos problemas de depressão e ansiedade, não existindo nada na literatura que relacione as terapias de grupo com recurso aos jogos de luta e perseguição na população estudada.

No que concerne ao *Score Total das variáveis de estudo referentes ao Comportamento e Competências Sociais*, em que se obtiveram diferenças estatisticamente significativas, estes resultados indicam que, de um modo geral a intervenção induziu uma melhoria nestas áreas conforme expressam os resultados do *Score Total*. Importa ter em consideração este resultado, que sugere que o jogo de luta e perseguição apresenta claros efeitos no que diz respeito ao Comportamento e Competências Sociais das crianças institucionalizadas, que carece de grande investimento nos centros de acolhimento. Tal como nos diz Lupu (2010), envolver as crianças institucionalizadas em jogos de movimento e de envolvimento físico, pode ter influência positiva no desenvolvimento das mesmas, permitindo-lhes uma maior capacidade de se relacionarem com os colegas.

No estudo realizado por Carraro, Gobbi e Moè (2014), investigaram-se quais os efeitos do uso do jogo de luta e perseguição durante as aulas de educação física, em maior medida do que jogar voleibol (atividade de baixo contato físico), colocando como hipótese de que este jogo iria conduzir à redução dos comportamentos agressivos de adolescentes com idade média de 13,27 anos. Ao contrário do presente estudo, os resultados do estudo conduzido por Carraro, Gobbi e Moè (2014), indicaram que o jogo de luta e perseguição possibilitou a redução dos comportamentos agressivos de pré-adolescentes comparando com o grupo que apenas praticou aulas de voleibol, tendo mostrado diminuição significativa nas subescalas agressão física (Cohen $d = .61$), agressão verbal (Cohen $d = .67$), raiva (Cohen $d = .66$) e hostilidade (Cohen $d = .62$). Todos as subescalas denotam grandes efeitos, dado que o Cohen $d > .50$.

Comparando o estudo anteriormente apresentado com o presente, destacam-se algumas diferenças que podem explicar a desigualdade de resultados, nomeadamente os participantes e o contexto do estudo. No estudo de Carraro, Gobbi e Moè (2014), os participantes eram alunos do 8º ano, que não apresentavam características ou condições específicas que conduzissem a comportamentos agressivos. Por outro lado, os participantes do presente estudo, crianças institucionalizadas, que tendo em conta a

literatura já apresentam propensão para a manifestação de dificuldades neste âmbito, assim como ao nível das regras sociais (Pinhel, Torres & Maia, 2009; Almas et al., 2012) e, por isso a intervenção em si apresenta à partida o handicap da dificuldade de relação com estas crianças e, por conseguinte, a realização plena dos jogos propostos. O estudo de Carraro, Gobbi e Moè (2014) evidenciou efeitos similares no sexo feminino e masculino ao nível de todas as dimensões avaliadas, sendo elas: a agressão física, a agressão verbal, a raiva e a hostilidade. De salientar também que o estudo aqui desenvolvido abrangeu mais áreas de estudo, em que se pretendeu observar os efeitos do jogo de luta e perseguição, nomeadamente a oposição, os problemas sociais, isolamento, agressividade, etc. sendo que aliado a isto e às diferentes características dos participantes, assim como à própria dinâmica das sessões, podem ser razões pelas quais estes dois estudos apresentaram resultados diferentes. Contudo, de ressaltar que, em termos de hipóteses explicativas para estes resultados não foram encontradas investigações similares na população estudada.

Em termos da dimensão *Estratégias de Coping* não se verificaram efeitos estatisticamente significativos, sendo que a estratégia mais utilizada em todas as avaliações foi a *distração/evitamento* em situações problemáticas e a menos utilizada inicialmente na 1ª avaliação foi o *distress*, passando na 2ª e na 3ª avaliação a ser a agressividade. As estratégias de coping que cada criança e adolescente utiliza está relacionada com os fatores demográficos, pessoais, ambientais, etc., existindo diferenças entre os sexos, já que as meninas utilizam estratégias pró-sociais e os meninos estratégias competitivas (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). Estudos indicam que aqueles que apresentam mais sintomas de stress utilizam estratégias de coping como fuga, suporte social e afastamento (Câmara & Carlotto, 2007; Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010). Ao nível das Estratégias Coping, o facto destas variáveis manterem os seus resultados pode ser uma mais-valia dada a população em estudo.

Relativamente à dimensão Consciência Emocional, os resultados da variável *Não Esconder Emoções* indicam que existiram alterações estatisticamente significativas entre as 3 avaliações, sendo que não foi possível determinar entre que momentos se verificaram estas alterações. Contudo a análise descritiva dos dados evidencia uma evolução positiva, que pode refletir uma tendência para a melhoria na capacidade destas crianças em não esconderem as suas emoções dos outros e, por conseguinte, serem capazes de melhores respostas a nível emocional.

Por fim, no que diz respeito à última dimensão avaliada, a *Regulação Emocional*, também não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas.

A primeira possível justificação para os resultados do presente estudo, ou seja, com melhorias em apenas quatro variáveis, poderá estar relacionada com o facto da amostra ser muito pequena ($n=9$), não sendo considerada uma amostra representativa. Em associação a isto, os instrumentos utilizados podem não ser sensíveis o suficiente na deteção de pequenas alterações, já que, como foi possível verificar nos resultados, não se conseguiu prever entre que momentos de avaliação as variáveis *Não Esconder Emoções e Ansiedade* apresentaram melhorias.

A segunda razão baseia-se no facto das sessões poderem ter tido um número excessivo de crianças, assim como pela variância de idades. Apesar da dinâmica das sessões realizadas ter que ser grupal, 9 crianças poderá ter sido um número excessivo para se conseguir uma intervenção mais adequada e ajustada, quer em termos de organização, quer em termos de proveito para as mesmas. Por exemplo, o tempo das sessões foi muitas vezes condicionado pelo elevado número de crianças na sala e pela gestão de comportamento que exigiam, nomeadamente perante situações de dificuldade de algumas crianças controlarem os seus comportamentos em resposta a provocações dos pares, resultando em comportamentos problemáticos e de difícil gestão dada a quantidade de crianças no mesmo espaço (Hrbackova & Safrankova, 2016; Vávrová, 2015). Esta situação, por vezes, influenciou a duração das atividades, chegando a comprometer a realização de todas as atividades planeadas. Num estudo futuro recomenda-se a experimentação de sessões com um grupo de 6 crianças.

Por outro lado, a dispersão de idades dos participantes (entre os 9 e os 13 anos) pode também ter influenciado a eficácia do programa de intervenção. Isto porque sabemos que existem diferentes estádios de desenvolvimento (Piaget, 1971), sendo que o período dos 7-8 aos 11-12 anos se insere no estádio das operações concretas, e se caracteriza pela presença de um pensamento lógico acerca das experiências que ocorrem no presente, sendo que o período a partir dos 11-12 anos, denominado de estádio das operações formais, se caracteriza pela capacidade de abstração, raciocínio hipotético-dedutivo, em que prevalece uma forma diferente de pensar. Deste modo, o facto de num mesmo grupo existirem diferentes fases de desenvolvimento (final da 2ª infância e pré-adolescência) pode ter comprometido a adequação das atividades às etapas do desenvolvimento, limitando por conseguinte os efeitos do programa. Esta situação fez-

se sentir na maioria das sessões, em que se denotava que as atividades que mais agradavam aos mais novos não eram tão empolgantes para os mais velhos e vice-versa.

Também a duração, a frequência e o total de semanas de intervenção merecem reflexão. A frequência bissemanal pode ter sido insuficiente, dado que pode não ter sido o tempo satisfatório para criar a rotina desta dinâmica, sugerindo-se para futuras investigações a realização de sessões trissemanais. Para além disto, o facto de se terem realizado 19 sessões, pode ter sido um número insuficiente, dado que não foi possível realizar mais do que 3 ou 4 sessões respeitantes a cada fase do programa de intervenção. Comparando com o estudo de Carraro, Gobbi e Moè (2014), em que foram obtidos resultados positivos realizando apenas 2 sessões semanais ao longo de 4 semanas consecutivas, totalizando 8 sessões, sendo que no presente estudo se realizaram 19 sessões e não se obtiveram os mesmos resultados, ressaltam-se novamente as diferenças na aplicação do jogo de luta e perseguição, como as diferentes características e contextos dos participantes, assim como as dimensões avaliadas, sendo que no presente estudo foram muitas as variáveis em estudo, ao passo que no estudo de Carraro, Gobbi e Moè (2014) os objetivos incidiram totalmente na agressividade.

Importa ainda fazer referência ao facto de cientificamente se ter conhecimento de que as crianças institucionalizadas têm tendência para apresentar défices em diversas áreas, sendo que o desenvolvimento da autorregulação em crianças e adolescentes no cuidado institucional está ligado ao processo de socialização (Hrbackova & Safrankova, 2016). O facto da maioria dos resultados não serem estatisticamente significativos pode estar relacionado com todas as questões já mencionadas anteriormente, nomeadamente com o número da amostra, as idades, a frequência, tempo de sessão e duração da intervenção. No entanto, tendo em conta as problemáticas existentes nesta população, estas melhorias que se verificaram em algumas áreas podem revelar que o programa de intervenção desenvolvido gera alterações positivas, o que merece uma maior atenção ao nível dos estudos científicos em futuras investigações.

Dados os resultados apresentados e a discussão feita acerca dos mesmos, uma condicionante que se pode considerar transversal, tendo em conta os resultados e todas as hipóteses explicativas que já foram colocadas, centra-se na questão da espontaneidade e colaboração de cada criança na organização e definição das atividades a realizar na sessão. Ressalta-se este facto pela dificuldade em valorizar as sugestões e propostas de 9 elementos do grupo de intervenção, já que o tempo estava contabilizado para atividades já pré-definidas, que se tinham que enquadrar dentro das fases do

programa de intervenção, de forma a responder aos objetivos programados. Neste sentido pode não se ter conseguido alcançar alguns resultados dada esta falta de tempo e de flexibilidade para aceitar as sugestões que eventualmente existissem, o que conseqüentemente, pode ter quebrado um pouco a criação de uma relação mais forte, empática e construtiva entre crianças e técnica, assim como entre as próprias crianças, uma vez que se sabe da importância que assume a percepção destas crianças de que os adultos estão dispostos a estabelecer uma relação com as mesmas. Trata-se de recorrer a uma atitude empática e de aceitação, sendo que esta identificação afetiva com a figura do adulto potencia o desenvolvimento da qualidade das relações. Também a relação entre o grupo de pares deve ser potenciada, funcionando como fonte de apoio e proporcionando diversas experiências que irão permitir a aquisição de novas aprendizagens (Mota & Matos, 2010).

A presente intervenção psicomotora conseguiu demonstrar o benefício da mesma nas variáveis *Depressão*, *Ansiedade*, *Score Total das variáveis da dimensão Comportamento e Competências Sociais e Não Esconder Emoções*, apesar de nas variáveis *Ansiedade* e *Não Esconder Emoções* não se ter conseguido perceber entre que avaliações existiu essa melhoria, sugerindo-se assim a realização de um maior número de investigações deste género em crianças e jovens institucionalizados, já que se pensa ser de extrema importância o desenvolvimento mais aprofundado deste tipo de intervenção nesta população, no sentido de desenvolver um melhor conhecimento científico que demonstre e fundamente a prática psicomotora.

Por fim, o presente estudo permitiu-nos avançar algumas recomendações que poderão ser úteis em investigações futuras, tais como: maior número de participantes, de forma a que seja considerada representativa; organizar grupos de intervenção mais pequenos, tendo em maior atenção as suas idades e fases de desenvolvimento; aumento da duração e frequência das sessões; instrumentos mais sensíveis ao que se pretende avaliar; e realização de maior número de sessões para cada fase do programa de intervenção.

6. Conclusão

A realização desta investigação possibilitou a aquisição de conhecimentos significativos no que diz respeito ao contexto institucional e às vivências e desafios com os quais as crianças institucionalizadas se deparam. Verificou-se que, ainda, existe pouca incidência de investigação científica no que diz respeito ao jogo de luta e perseguição nesta população, sendo necessária a realização de mais estudos nesta área.

Considerando os resultados do presente estudo conclui-se que o programa de intervenção implementado ao longo de 19 sessões, a progressão de jogos de luta e perseguição, revela efeitos positivos ao nível dos sintomas de depressão, ansiedade, score total das variáveis de estudo referentes aos Comportamento e Competências Sociais e na variável Não Esconder Emoções referente à Consciência Emocional, em crianças institucionalizadas, sendo que na maioria das dimensões avaliadas não se verificaram alterações estatisticamente significativas. Assim, os resultados obtidos podem ter implicações na prática das intervenções terapêuticas, já que o jogo de luta e perseguição pode ser mais um recurso eficaz no acompanhamento desta população, sugerindo-se em estudos futuros uma intervenção de maior duração no tempo, com grupos de intervenção com 6 crianças e a realização de 3 sessões por semana.

A presente investigação conseguiu cumprir o objetivo de conhecer os efeitos de uma intervenção psicomotora baseada na progressão do jogo de luta e perseguição na regulação emocional e nas competências sociais de crianças institucionalizadas. Assim, este estudo possibilita a integração deste recurso no processo de intervenção, assim como abre espaço a novas investigações na área.

7. Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Ahmed, S.P., Bittencourt-Hewitt, A. & Sebastian, C.L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 15, 11-25.
- Almas, A.N., et al., (2012). Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institutionalized children's social skills at age 8. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (2). 17228-17231. doi:10.1073/pnas.1121256109
- Baggerly, J. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 13(2), 31-51.
- Bakermans-Kraneburg, M.J., et al. (2011). Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch-up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 62-91. doi:10.1111/j.1540-5834.2011.00628.x
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization. Geneva.
- Bowlby, M. (1969). *Attachment and loss*. Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
- Bratton, S.C., Ray, D., Rhine, T. & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Bronfenbrenner, U. (1994). *Ecological models of human development*. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd. Ed. Oxford: Elsevier.
- Câmara, S. G. & Carlotto, M. S. (2007). Coping e gênero em adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 87-93.
- Carraro, A., Gobbi, E. & Moé, A. (2014). Brief report: Play fighting to curb self-reported aggression in young adolescents. *Journal of Adolescence*, 37, 1303-1307. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.09.009.

- Chinekesh, A., Kamalian, M., Eltemasi, M., Chinekesh, S. & Alavi, M. (2014). The effect of group therapy on social-emotional skills in pre-school children. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 163-167.
- Ciolacu, M.V. (2014). Theoretical approaches regarding the psychophysiology of emotions, facial expressions and emotional regulation. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 127, 748-752. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.03.348
- Cole, P.M., Martin, S.E. & Dennis, T.A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Development Research. *Child Development*, 75(2), 317-333.
- Darling-Churchill, K.E. & Lippman, L. (2016). Early childhood social and emotional development: advancing the field of measurement. *Journal of Applied Developmental Psychology*. doi:10.1016/j.appdev.2016.02.002
- Erol, N., Simsek, Z. & Munir, K. (2010). Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: Challenges and hope in the twenty-first century. *European Child Adolescent Psychiatry*, 19(2), 113-124. doi: 10.1007/s00787-009-0047-2.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas de comportamento em crianças e adolescentes – o Child Behaviour Checklist de Achenbach. *Psychologica*, 12, 55-78.
- Fragoso, C.G., Rueda, A.A. & Benítez, Y.G. (2012). Programa de intervención para el desarrollo de habilidades sociales en niños institucionalizados. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 43-52.
- Gardener, E.K.T., Carr, A.R., MacGregor, A. & Felmingham, K.L. (2013). Sex differences and emotion regulation: an event-related potential study. *Plos One*, 8(10), 1-9.
- Groark, C.J. & McCall, R.B. (2011). Improving institutions: Can we? Should we? How? *International Journal of Child and Family Welfare*, 14, 64-72.
- Gross, J.J. & Muñoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *American Psychological Association*, 2(2), 151-164.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. doi: 10.1017.S0048577201393198
- Halle, T., Hair, E., Burchinal, M., Anderson, R. & Zaslow, M. (2012). In the running for successful outcomes: Exploring the evidence for thresholds of school readiness. Technical report.

- Heatherston, T. F., & Baumeister, R. F. (1996). Self-regulation failure: Past, present and future. *Psychological Inquiry*, 7(1), 90-98.
- Hrbackova, K. & Safrankova, A.P. (2016). Self-regulation of behavior in children and adolescents in the natural and institutional environment. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 217, 679-687. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.119
- Instituto da Segurança Social. (2010). Plano de Intervenção Imediata: Relatório de Caracterização das Crianças e Jovens em Situação de Acolhimento em 2009. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Kim, J. & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 706-716.
- Kirouac, G. (2004). *Cognition et Émotions*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Kirsh, S.J. (2006). Cartoon violence and aggression in youth. *Aggression and violent behavior*, 11, 547-557. doi: 10.1016/j.avb.2005.10.002
- Kristensen, C.H., Schaefer, L.S. & Busnello, F.B. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 21-30.
- Kuo, Y. L., Tully, E. A., & Galea, M. P. (2009). Sagittal spinal posture after Pilates-based exercise in healthy older adults. *Spine*, 34(10), 1046-1051
- Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Lopes, J. A., Rutherford, R. B., Cruz, M. C., Mathur, S. R., & Quinn, M. M. (2006). *Competências sociais: Aspetos comportamentais, emocionais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Lupu, E. (2010). Motion activities and their importance in the physical and intellectual development of the institutionalized children. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 2140-2145. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.427
- Marques, A.C.T. (2010). Crenças parentais sobre a punição física e a identificação dos problemas comportamentais e de adaptação psicossocial das crianças em idade pré-escolar (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Martins, C., et al. (2012). Diverse physical growth trajectories in institutionalized Portuguese children below age 3: relation to child, family, and institutional

- factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(4), 438-448.
doi:10.1093/jpepsy/jss129
- McCall, R.B., et al. (2013). Maintaining a social-emotional intervention and its benefits for institutionalized children. *Child Development*, 84(5), 1734-1749.
doi:10.1111/cdev.12098
- Merz, E.C., McCall, R.B., Wright, A.J. & Luna, B. (2013). Inhibitory control and working memory in post-institutionalized children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(6), 879-890. doi:10.1007/s10802-013-9737-9
- Mota, C.P. & Matos, P.M. (2010). Adolescentes institucionalizados: O papel das figuras significativas na predição da assertividade, empatia e autocontrole. *Análise Psicológica*, 2(28), 245-254.
- Naderi, F., Heidarie, A., Bouron, L. & Asgari, P. (2010). The efficacy of play therapy on ADHD, anxiety and social maturity in 8 to 12 years aged clientele children of ahwaz metropolitan counseling clinics. *Journal of Applied Sciences*, 10(3), 189-195.
- Oatley, K. & Jenkins, J. (2002). *Comprender as emoções*. Editora Piaget.
- Palacios, J., Moreno, C. & Román, M. (2013). Social competence in internationally adopted and institutionalized children. *Early Childhood Research Quarterly*, 28, 357-365.
- Pato, A.C.B. (2014). Estratégias de coping, bem-estar psicológico e satisfação com a vida numa população de adolescentes institucionalizados (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Piaget, J. (1971). *Seis Estudos de Psicologia*. Texto Editores.
- Pinhel, J., Torres, N. & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 4(27), 509-521.
- Pur, I.G. (2014). Emotion regulation intervention for complex developmental trauma: working with street children. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 159, 697-701. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.471
- Rei, S. L. (2012). Sou o que sinto!: a relação entre a regulação emocional e o ajustamento psicológico em crianças e jovens (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Rieffe, C., Meerum-Terwogt, M., & Bosch, J. D. (2004). Emotional awareness and somatic complaints in children. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 31-47.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Miers, A.C., Meerum-Terwogt, M. & Ly, V. (2008). Emotion awareness and internalizing symptoms in children and adolescents: The Emotion Awareness Questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 756-761. doi: 10.1016/j.paid.2008.08.001
- Rieffe, C. & Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalizing symptoms during late childhood. *European Child Adolescent Psychiatry*, 21, 349-356.
- Rossman, B. R. (1992). School-age children's perceptions of coping with distress: strategies for emotion regulation and the moderation of adjustment. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1373-1397.
- Saumell, C., Alsina, G. & Arroyo, A. (2011). *Alumnado com dificuldades de regulação del comportamento*. Barcelona: Editorial Gráo.
- Scherer, K.R. (2000). Emotion. In: Hewstone M, Stroebe W (eds). *Introduction to social psychology: a European perspective*. Blackwell, Oxford.
- Schore, J. R. & Schore, A.N. (2007). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*. doi: 10.1007/s10615-007-0111-7
- Silvers, J.A., et al. (2012). Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence. *Emotion*, 12(6), 1235-1247. doi: 10.1037/a0028297
- Slopen, N., McLaughlin, K. A., Fox, N.A., Zeanah, C.H. & Nelson, C.A. (2012). Alterations in neural processing and psychopathology in children raised in institutions. *Archives of General Psychiatry*, 69(10). 1022-1030. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.444
- Supino-Viterbo, V. (2005). *A criança mal-amada*. Nova Vega.
- Supplee, L., Skuban, E., Shaw, D. & Prout, J. (2009). Emotion regulation strategies and later externalizing behavior among European American and African American children. *Developmental Psychopathology*, 21(2), 393-415. doi:10.1017/S0954579409000224
- Tizard, B. (1977). *Adoption: A second chance*. Open Books. London. Retirado em

<http://www.thetcj.org/child-care-history-policy/adoption-a-second-chance-by-barbara-tizard>

- van IJzendoorn, M.H., et al. (2011). Children in institutional care: delayed development and resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76(4), 8-30. doi:10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x
- Vávrová, S. (2015). Children and minors in institutional care: research of self-regulation. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 171, 1434-1441. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.265
- Veiga, G. (2015). *Children's play and leisure: Connections with emotional competence* (Philosophiæ Doctor). University of Lisbon, Lisbon.
- Veiga, G., Oosterveld, P., Fernandes, J., Rieffe, C. (submitted). Validation of the portuguese Emotion Awareness Questionnaire for children and adolescents.
- Wessing, I. et al. (2015). Cognitive emotion regulation in children: Reappraisal of emotional faces modulates neural source activity in a frontoparietal network. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 13, 1-10.
- Zeanah, C., Smyke, A. Koga, S. & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028. doi: 0009-3920/2005/7605-0006

Anexos

Anexo I – Exemplo de plano de sessão

Atividade	Descrição		Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Material	Tempo
Ritual de Entrada	Será pedido aos jovens que se sentem de forma a formarem uma roda.		- Desenvolver as competências sociais	- Cumprir a rotina	_____	2'
Conversa Inicial	Em roda, será realizada uma conversa onde serão partilhadas as novidades de cada jovem, assim como o esclarecimento de possíveis dúvidas relativamente à organização da sessão.		- Desenvolver as competências sociais - Melhorar a atenção	- Compreender o que será realizado no decorrer da sessão - Preparar para a sessão	_____	10'
Sessão propriamente dita	Jogo do check point	Em pares, e atados por um pé, cada jovem terá que tocar numa bola antes do seu colega. Troca de pares.	- Promover a regulação socio-emocional - Melhorar o respeito pelas regras	- Interagir com o outro de forma adequada - Não magoar o colega	- Bolas	10'
	Jogo da bola fica	Em pares, o objetivo do jogo é que a bola seja retida pelos jovens, ganhando aquele que a conseguir reter durante pelo menos 15 segundos seguidos. Troca de pares.	- Promover a regulação socio-emocional - Melhorar o respeito pelas regras	- Interagir com o outro de forma adequada - Não magoar o colega	- Bolas	10'

	Jogo dos pés no ar	Em pares, os jovens estarão sentados com os pés contra pés, sendo que o objetivo passa por tentar que o colega toque com as costas ou com as mãos no chão. Troca de pares.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a regulação socio-emocional - Melhorar o respeito pelas regras 	<ul style="list-style-type: none"> - Interagir com o outro de forma adequada - Não magoar o colega 	_____	10'
Retorno à Calma/Conversa Final	Após o término da atividade, será pedido aos jovens que realizem alguns deslocamentos ao longo da sala, ao som de uma música calma, sendo-lhes pedido que enquanto o fazem se preparem para o que querem dizer/partilhar no final. Depois quando os jovens quiserem sentam-se no chão, fazendo um círculo. Ser-lhes-á pedido que digam a sua opinião acerca da sessão.		<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ansiedade - Melhorar as competências sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o estado de ativação - Partilhar com os pares as suas opiniões 	_____	5'
Ritual de Saída	Será solicitado aos jovens que ajudem na arrumação dos materiais, calçando, em seguida, os sapatos, terminando assim a sessão.		<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar as competências sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperar na arrumação dos materiais 	_____	3'

Consentimento Informado

Título do Projeto: Efeitos de uma intervenção psicomotora na regulação emocional e nas competências sociais de crianças institucionalizadas

Caro/a encarregado/a de educação,

No âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora pretende-se estudar os efeitos de uma intervenção psicomotora na regulação emocional e nas competências sociais de crianças institucionalizadas. Poderemos, desta forma, contribuir para a promoção de alguns benefícios nesta população, com o intuito de lhes proporcionar melhores habilidades emocionais e sociais. Este projeto será realizado pela investigadora e Psicomotricista Liliana Cunha, com a orientação da Doutora Guida Veiga e da Doutora Ana Cruz Ferreira, ambas docentes na Universidade de Évora.

Por favor, leia com atenção todas as informações deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao investigador responsável se não se sentir completamente esclarecido(a). Verifique se todas as informações que constam estão corretas e, se entender que está tudo em conformidade, então assine este documento.

1. Fui informado(a) de que a intervenção psicomotora visa proporcionar melhorias em termos emocionais e sociais através de um programa específico (jogos contacto e de luta) realizado duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos cada, durante três meses.

2. No âmbito de uma Dissertação de Mestrado, foi solicitada a minha participação num estudo de investigação.

3. A minha participação irá incluir o preenchimento das seguintes escalas de avaliação:

- Child Behavior Checklist (CBCL) que permite recolher informação sobre as competências sociais e os problemas de comportamento;

- Emotion Awareness Questionnaire (EAQ), que permite obter informação sobre a consciência emocional;

- Child Perceived Coping Questionnaire (CPCQ), que permite medir a perceção das crianças face às estratégias de coping que utilizam;

- Escala de Humor e Queixas Somáticas, que permite obter informação acerca da regulação emocional.

4. A participação no estudo de investigação é gratuita e implica a realização das avaliações em três momentos distintos do estudo.

5. Comprometo-me a participar nos momentos de avaliação indicados no ponto quatro deste consentimento informado e a promover a participação do meu educando nas sessões de intervenção psicomotora que serão disponibilizadas após a segunda avaliação.

6. O estudo de investigação não se responsabiliza por danos ou lesões causados por não cumprimento, ou cumprimento diferente das instruções e/ou recomendações dos especialistas intervenientes no mesmo.

7. Nenhuma das especificações do presente consentimento informado deverá ser interpretada ou considerada como promessa ou garantia do progresso e/ou resultados por parte do participante.

8. Compreendo que através da minha participação e do meu educando estarei a contribuir para a evolução do conhecimento científico nesta área e que é, também, possível que, a longo prazo, os resultados deste estudo contribuam para que ocorra uma melhoria nos programas de intervenção psicomotora em crianças institucionalizadas.

9. Percebo que a informação recolhida, será utilizada para os objetivos do estudo e para pesquisa científica adicional associada. A informação será arquivada em papel e em formato eletrónico, com um número de código para proteger a minha privacidade e a do meu educando. Assim, mesmo que os resultados do estudo venham a ser publicados, a minha identidade e a do meu educando permanecerão confidenciais.

10. Entendo que as autoridades reguladoras e os membros da comissão de ética podem ter acesso à informação arquivada e examinar os registos efetuados no âmbito do estudo, estando sujeitos a dever de sigilo quanto aos mesmos. Ao assinar este formulário estou a autorizar o acesso direto a esses registos, nos termos aqui descritos.

11. Sei que, através do investigador principal, poderei ter acesso a toda a informação recolhida, bem como pedir a retificação de qualquer incorreção que detete. Este acesso à informação poderá ser adiado, no caso de poder atrasar a continuação do estudo, mas não poderá ser negado.

12. Fui informado(a) que nem eu nem o meu educando seremos recompensados monetariamente pela participação no estudo de investigação.

13. Eu percebo que tenho a possibilidade de me dirigir aos responsáveis pelo estudo de investigação sempre que sentir que eu ou o meu educando fomos colocados em risco.

14. Eu li toda a informação acima. Foram-me explicados a natureza, riscos e benefícios do estudo de investigação. Eu assumo os riscos envolvidos e entendo que posso retirar o meu consentimento e parar a minha participação e a do meu educando em qualquer momento, sem que isso afete o acompanhamento que vamos receber e sem que tal implique a perda de quaisquer benefícios a que teria direito se tivesse tomado outra opção. Ao assinar este consentimento, não estou a renunciar a quaisquer direitos legais, reclamações, medicação ou tratamento. Ser-me-á fornecida uma cópia deste formulário.

Nome completo do/a encarregado/a de educação

Assinatura do/a encarregado/a de educação

Data

Nome completo do/a participante

Eu certifico que expliquei ao encarregado de educação do participante neste estudo de investigação, a natureza, objetivo, potenciais benefícios e riscos associados à participação no mesmo. Eu providenciei uma cópia deste formulário ao encarregado de educação do participante no estudo.

Assinatura do(a) investigador(a) que obteve o consentimento

Data

