



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TÉCNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA  
EM COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS E  
COGNITIVAS DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR**

Soraia Patrícia Pataco Restolho

Orientação | Prof. Doutor José Francisco Filipe Marmeleira e Prof.  
Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida

**Mestrado em Psicomotricidade Relacional**

Dissertação

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

---

## **ESCOLA DE CIÊNCIAS E TÉCNOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

# **EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS E COGNITIVAS DE CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR**

Soraia Patrícia Pataco Restolho

Orientação | Prof. Doutor José Francisco Filipe Marmeleira e Prof.  
Doutora Gabriela Sousa Neves de Almeida

**Mestrado em Psicomotricidade Relacional**

Dissertação

Évora, 2018



## **Agradecimentos**

Obrigada!

Obrigada é uma pequena palavra comparada ao sentimento de gratidão que sinto para com todos os que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse possível, estando ao meu lado durante este tempo.

Foi um tempo de aprendizagem, de experiências, de montanhas russas de emoções, tempo de partilha e de algum receio também.

Tenho de te agradecer a ti pai, ainda que longe estarás sempre presente e serás sempre e para sempre a minha maior fonte de determinação. É por ti e para ti.

À minha mãe devo um especial agradecimento por nunca me deixar desistir, por ser um exemplo de força, por me apoiar incondicionalmente e por estar presente em todos os momentos da minha vida.

À minha irmã, por me dar a mão sempre que preciso. Aos meus sobrinhos, por fazerem do mundo um lugar tão mais simples e bonito, por me fazerem rir a qualquer momento e esquecer o mundo à minha volta com apenas um sorriso vosso.

Ao meu namorado, por me incentivar cada dia a querer mais, por todo o amor e dedicação.

Aos meus avós, que me transmitem uma sabedoria inigualável e um orgulho inexplicável.

A todos os meus amigos de universidade, por fazerem destes últimos cinco anos um tempo inesquecível, cheio de histórias e amizades eternas. A todos os meus amigos que perduram há um pouco mais, um obrigada por continuarem presentes apesar de todas as ausências inevitáveis.

E claro, agradeço ao Prof. Doutor José Marmeleira e à Prof.<sup>a</sup> Doutora Gabriela Almeida por terem aceite fazer parte deste trabalho e por todo o apoio académico e pessoal que me transmitiram durante este tempo, o vosso apoio foi fundamental à realização do mesmo.



## Índice

I.	Introdução .....	1
II.	Revisão de Literatura .....	5
1	Psicomotricidade .....	5
1.1	Conceito e evolução.....	5
1.2	Âmbitos de intervenção.....	6
2	Fases de desenvolvimento: Pré-puberdade .....	7
2.1	Competências socioemocionais.....	9
2.2	Competências cognitivas.....	14
3	Prática psicomotora na pré-puberdade .....	15
4	Intervenção .....	17
III.	Metodologia.....	18
5	Tipo e desenho de estudo .....	18
6	Participantes.....	19
7	Procedimentos.....	20
8	Instrumentos de Avaliação.....	21
8.1	Escala de Classificação Social de Graffar .....	22
8.2	Strengths and Difficulties Questionnaire .....	22
8.3	Questionário de Inteligência Emocional de Bar-On .....	23
8.4	Escala de Autoconceito .....	24
8.5	d2 – Teste de Atenção.....	25
9	Programa de intervenção .....	26
9.1	O Role Play ou Role Playing Game .....	27
9.2	Assertividade .....	28
9.3	Cooperação e competição.....	28
9.4	Relaxação.....	29
10	Análise estatística .....	29
IV.	Resultados .....	31
V.	Discussão dos resultados .....	37
VI.	Conclusão.....	41



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas e sócio económicas da amostra.....	20
Tabela 2 - Valores normativos do SDQ - versão para pais .....	23
Tabela 3 – Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do Strengths and Difficulties Questionnaire.....	32
Tabela 4- Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do d2-Teste de atenção.....	33
Tabela 5- Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do Questionário de Inteligência Emocional .....	34
Tabela 6 – Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do Self Perception Profile .....	36



## Índice de Abreviaturas e Siglas

ATL	Atividades de Tempos Livres
CEAN	Centro Educativo Alice Nabeiro
CEN+	Centro de Explicações Nota +
IC	Intervalo de Confiaça
QIE	Questionário de Inteligência Emocional
RPG	<i>Role Playing Games</i>
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SPP	<i>Self Perception Profile</i>



## Índice de Símbolos

$\eta_p^2$	Eta parcial-quadrado
f	$p < .05$ por comparação com o grupo de controlo no pré-teste (teste-t de amostras independentes)
¥	$p < .05$ para valores intragrupo do pré para o pós -teste (teste Wilcoxon)
τ	$p < .05$ por comparação com o grupo de controlo no pré-teste (teste <i>Mann-Whitney</i> )



## Resumo

Este trabalho teve como objetivo investigar os efeitos de uma intervenção psicomotora nas competências socioemocionais e cognitivas de um grupo de pré-adolescentes, especificamente na regulação emocional, relações interpessoais, autoconceito, autoestima e atenção/concentração. A amostra integrou 32 participantes (10-12 anos), na sua maioria (53.1%) do sexo feminino. Quinze participantes (grupo experimental) participaram na intervenção psicomotora durante 11 semanas, com frequência bissemanal. Durante o mesmo período, os restantes 17 participantes (grupo de controlo) mantiveram a sua rotina habitual. As sessões foram constituídas por atividades de cooperação, competição, assertividade e/ou *roleplaying*, com um momento final de relaxação (Método Relaxação Activa na Escola de Samy Boski). Foram encontrados diversos resultados estatisticamente significativos na análise intra- e entre-grupos nas variáveis relacionadas com a regulação emocional, relação com os pares, autoconceito e autoestima e atenção, demonstrando um efeito positivo da intervenção psicomotora. Conclui-se que a intervenção psicomotora pode ser uma mais valia na promoção de competências socioemocionais e cognitivas em jovens pré-adolescentes.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade; Relações interpessoais; Regulação emocional; Autoconceito; Atenção.





## **Effects of psychomotor intervention in socio-emotional and cognitive skills of school-age children**

### **Abstract**

This study had the purpose to investigate the effects of a psychomotor practice on socio-emotional and cognitive competences of a preadolescents group. Specifically, on emotional regulation, interpersonal relations, self-concept, self-esteem and attention/ concentration. The sample was composed of 32 participants (10-12 years), mostly female (53.1%). Fifteen participants (experimental group) participated in a Psychomotricity program for the 11 weeks, with two sessions per week. During the same period, the remaining 17 participants (control group) maintained their usual routine. The sessions were constituted by activities of cooperation, competition, assertiveness and / or roleplaying, with a final moment of relaxation (Method Active Relaxation at the School of Samy Boski). Were found statistically significant results in intra and intergroup analyzes in the variables related to the emotional regulation, relation with the pairs, self-concept, self-esteem and attetion demonstrating a positive effect of psychomotor intervention. It can be concluded that psychomotor practice can be an asset in the promotion of socio-emotional and cognitive competences.

**Keywords:** Psychomotricity; Interpersonal relationships; Emotional regulation; Self-concept; Attention.

## **I. Introdução**

A Psicomotricidade, enquanto área transdisciplinar, tem como objeto de estudo o Homem na sua relação com o corpo em movimento (Pfeifer, 2009). É, portanto, uma complexa função que combina e integra os aspetos motores e psicológicos relacionados às funções perceptivas, ao desenvolvimento sensorial, intelectual e motor (Ganciu, 2013). A intervenção através da psicomotricidade permite ao sujeito modificar a atitude em relação ao seu corpo como lugar de sensação, expressão e criação (Pfeifer, 2009), possibilita a vivência da motricidade, enquanto base para as manifestações do psiquismo, através de um aglomerado de expressões gestuais, corporais e motoras, de carácter não-simbólico e não-verbal, de cariz tónico-emocional, postural e prático (Fonseca, 2010). O corpo serve de instrumento para conhecer e interagir com o mundo, proporcionando o desenvolvimento intelectual e a evolução da afetividade que é expressa através de posturas e comportamentos. Pode afirmar-se assim que a motricidade, a inteligência e a emoção se desenvolvem em interligação de uma forma harmónica na aprendizagem humana. Aprendizagem esta que ocorre quando o indivíduo, com recurso à inteligência, explora e interpreta o ambiente que o rodeia, atribuindo assim uma carga emocional aos aspetos que o constituem (Aguiar, & Simao, 2007).

Na prática psicomotora, a postura, o toque e o contacto com o paciente são realizados de forma a favorecer o diálogo tónico-emocional, estando assim o psicomotricista desperto para as tensões corporais que possam transmitir reações emocionais (Boscaïni, & Saint-Cast, 2010). A prática psicomotora possibilita a expressão e superação dos conflitos relacionais, uma vez que intervém de forma preventiva, reeducativa e terapêutica no processo de desenvolvimento psicomotor, socioemocional e cognitivo, mantendo uma ampla vinculação aos fatores psicoafectivos relacionais (Vieira, 2009).

As competências socioemocionais dizem respeito à interação da pessoa com o meio, conferindo particular importância à aprendizagem e ao desenvolvimento, isto é, a forma como o indivíduo reage perante as emoções, recorrendo ao conhecimento que possui das mesmas para adaptar a sua expressão (Gondim, Moraes, & Brantes, 2014). Estas competências integram capacidades sociais que permitem ao sujeito otimizar a expressão do seu comportamento social em função da informação social existente, sendo a informação social qualquer informação gerada pelo comportamento de outro indivíduo. Estas competências de cariz social influenciam o



desempenho de determinados comportamentos consoante os diferentes contextos sociais onde o sujeito está integrado (Taborsky, & Oliveira, 2012).

Assim, as competências socioemocionais são constituídas por cinco componentes, nomeadamente: a consciência emocional, a regulação emocional, a autonomia emocional, as aptidões sociais e as competências para a vida e bem-estar (Gondim, Morais, & Brantes, 2014). Em particular, a regulação emocional é definida como um aglomerado de ações que visam influenciar as emoções que o sujeito possui, o momento em que surgem e a forma como este as experiencia e expressa. Por sua vez, o comportamento regulatório pode ser expresso de formas mais subtis ou mais exacerbadas, de entre as quais são exemplos, a reavaliação, a evasão, a distração, a fuga, o enfrentamento, entre outras (Cisler, Olatunji, Feldner, & Forsyth, 2010).

As emoções, ainda que compreendidas e vivenciadas como características individuais e subjetivas, estão integradas no meio social, uma vez que são mediadoras das relações interpessoais e permitem que exista uma aproximação ou afastamento do sujeito para com os pares (Gondim, & Andrade, 2009). As ligações que o indivíduo estabelece com o mundo através destas relações interpessoais, intervêm de uma forma direta na formação da sua autoestima (Schultheisz, & Aprile, 2013); é importante referir que este constructo – autoestima – se relaciona de forma íntima com o autoconceito (sendo muitas vezes confundidos), não só por estarem intimamente relacionados, como também por ambos serem componentes do *self* (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2010).

A autoestima não é uma característica presente desde a nascença, mas uma construção que se vai consolidando com o tempo, através das relações que o indivíduo estabelece com os outros e da imagem que esses projetam sobre si mesmo. É definida como o nível de respeito e consideração global que o indivíduo tem por si mesmo, sendo assim influenciada por fatores sociais, e também pela idade, género e estado de saúde do indivíduo (Gaspar, Ribeiro, Matos, Leal, & Ferreira, 2010). O autoconceito, por sua vez, é considerado como elemento central na formação da personalidade, indicador de satisfação pessoal e como indicador de bem-estar psicológico. É um conjunto de perceções que o indivíduo possui sobre si mesmo, formadas com base na sua exposição direta e na sua avaliação através de pessoas cuja opinião lhe é significativa (Coelho, Marchante, Sousa, & Romão, 2015).

Além dos aspetos emocionais, também a cognição (e.g., atenção) é fundamental no desenvolvimento do indivíduo. As competências cognitivas podem ser definidas como a capacidade de adquirir, armazenar e utilizar informações e permitem a adaptação do comportamento do indivíduo a situações específicas que o rodeiam (Taborsky, & Oliveira, 2012).



De referir que as dimensões emocional e cognitiva do indivíduo estão intimamente relacionadas e interagem ao longo do desenvolvimento do indivíduo (Damásio, 2000).

Na sequência do referido nos parágrafos anteriores, pode afirma-se que todas as competências enunciadas são indispensáveis ao desenvolvimento do sujeito, principalmente na pré-puberdade, fase em ocorrem alterações marcantes, sejam elas físicas como psicológicas, e progressivamente se alteram padrões de socialização e de conhecimento pessoal (Potel, 2017). Neste contexto, a Psicomotricidade pode ser um fator importante uma vez que as mediações através do corpo permitem a entrada no mundo da percepção e da sensação e a construção de uma identidade própria bem definida, levando ao desenvolvimento de determinadas características que permitem ao pré-adolescente vivenciar de forma harmoniosa todo o seu desenvolvimento, transpondo estas aprendizagens para o seu quotidiano.

Ainda que a intervenção psicomotora tenha um potencial importante na promoção de competências socioemocionais e cognitivas, de que tenhamos conhecimento existem poucos trabalhos desenvolvidos com o objetivo de estudar estas variáveis em crianças pré-adolescentes. Deste modo, este estudo, realizado com um grupo de crianças de 10 a 12 anos de idade, tem como objetivos principais estudar os efeitos de uma intervenção psicomotora em competências socioemocionais e cognitivas, designadamente ao nível da regulação emocional, das relações interpessoais, do autoconceito, da autoestima e da atenção/concentração. Espera-se, por isto, que os resultados deste estudo demonstrem alterações positivas nestas competências e que estas sejam devidas à prática psicomotora.

## **Estrutura da Tese**

O presente estudo encontra-se dividido em seis capítulos, organizados de forma a elucidar clara e objetivamente toda a investigação. O primeiro capítulo é composto por esta introdução que descreve os principais temas, situa o tema e apresenta os objetivos do estudo. Em seguida, apresenta-se a revisão de literatura através de um enquadramento teórico devidamente fundamentada, onde é descrita a prática psicomotora em diversas competências, seguido de uma abordagem às competências emocionais, sociais e cognitivas das quais se destacam alguns assuntos que vão de encontro com as variáveis trabalhadas, como a regulação emocional, relações interpessoais, autoestima e atenção. Ainda na revisão de literatura, é apresentada uma breve ligação da prática psicomotora a estas competências, elucidando também a importância da atividade lúdica e o papel do jogo no desenvolvimento do pré-adolescente.



# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

A metodologia é apresentada no terceiro capítulo e integra a descrição do tipo e desenho de estudo, descrição da amostra, procedimentos, instrumentos de avaliação utilizados no estudo, programa de intervenção e análise estatística. No capítulo quatro são apresentados os resultados obtidos seguidos de uma mesma discussão no quinto capítulo, a qual também inclui as limitações encontradas no estudo. A conclusão constitui o sexto e último capítulo. Por fim a revisão bibliográfica, apresenta-se formatada de acordo com a sexta edição das normas da *American Psychological Association*.



## 1 **Psicomotricidade**

### 1.1 **Conceito e evolução**

A abordagem à perspetiva histórica da Psicomotricidade poderá ser iniciada com a referência ao estudo do corpo, que para Aristóteles era negligenciado quando comparado ao espírito. O conceito de corpo sofreu muitas alterações ao longo dos tempos e apenas no século XIX, o corpo começou a ser devidamente estudado por neurologistas e psiquiatras, como forma de esclarecer os fatores patológicos e só posteriormente, começou a ser reconhecido como tendo atribuições psicológicas, por meio do estudo das assomatognósias, apraxias, entre outros (Fonseca, 2010).

Foi em 1870 que, pela primeira vez, Fritsch e Hitzig introduziram o termo “psicomotor”, devido à necessidade de nomear uma região do córtex até então pouco conhecida, que se pensava ter como atividade a união entre a imagem mental e o movimento e que seria já uma área distinta da anteriormente conhecida área motora (Fonseca, 2010).

Quem pela primeira vez definiu o problema psicomotor, foi Julian Ajuriaguerra sendo assim considerado o verdadeiro “pai da psicomotricidade”, afirmando-o como uma particular forma de organização tónico-motora ou somatognósica, interligada ao desenvolvimento psicoafectivo. A conceptualização e composição da psicomotricidade, refere-se à primeira fase da história da psicomotricidade, entre 1950 e 1965. Neste período as intervenções psicomotoras eram direcionadas a crianças que apresentavam perturbações ao nível da personalidade e do comportamento e a adultos que se encontravam hospitalizados em serviços de neuropsiquiatria (Ballouard, 2008; Fernandes, 2012).

A partir deste momento e até 1980, decorreu a segunda fase de desenvolvimento histórico, na qual a neurologia foi afastada da psiquiatria, surgindo desta forma uma divisão epistemológica entre cérebro e psiquismo, que deu origem ao estabelecimento da psicomotricidade enquanto disciplina paramédica. Foi também neste período que a psicomotricidade, além de um cariz terapêutico assumiu um âmbito educativo, existindo assim uma diferenciação das intervenções que se centravam principalmente no corpo e nas suas funcionalidades e das intervenções direcionadas à relação e ao psiquismo. Entre 1980 e 1995, terceira fase, ocorreu uma expansão da prática psicomotora, até então centrada na criança passando a abarcar indivíduos durante todo o ciclo de



vida. Neste período de diversificação da prática, foram também explorados e aprofundados aspetos relacionados com o corpo e com a relação (Ballouard, 2008).

Hoje, na sua expressão holística, a Psicomotricidade relaciona a motricidade à energia psíquica e o movimento à expressão simbólica atribuindo, desta forma, significado ao comportamento do homem na sua expressão com os objetos, com os outros e com o próprio (Fernandes, 2012, 2015). Dupré abordou também a psicomotricidade e definiu-a como sendo uma prática que tem como objeto de estudo o Homem, o seu corpo em movimento e as suas relações com o mundo externo e interno (Costa, 2008). Isto é, integra um conjunto de fenómenos através dos quais é possibilitado o vínculo dos processos psíquicos ao corpo, processos esses que são externalizados por meio do movimento, das mímicas e das atitudes, tendo sempre em consideração a relação de mediação corporal. É na relação com os outros e com o meio, através de uma linguagem corporal e tónica que se corporaliza a vida psíquica. As sensações, as perceções, as emoções, os medos, as simbolização, as construções mentais, processos relacionais e sociais entre outros, são processos que fazem parte do funcionamento mental, ou seja, do psiquismo enquanto identidade afetiva e relacional (Fernandes, 2015).

## 1.2 Âmbitos de intervenção

A intervenção em Psicomotricidade atua tanto em âmbito profilático, terapêutico e educativo e abrange indivíduos em todas as faixas etárias (Fernandes, 2015; Mastrascusa, & Franch, 2016). Enquanto terapia, permite o acesso ao imaginário e direciona-se a indivíduos cujas funções sensoriais, motoras, emocionais, mentais e comportamentais possam encontrar-se alteradas, considerando a patologia como questão central no comportamento (Mastrascusa, & Franch, 2016; Raynaud, Danner, & Inigo, 2007). Como forma de intervenção educativa e preventiva a psicomotricidade destina-se a sujeitos com desenvolvimento típico, pretendendo principalmente estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem, para além de manter as competências de autonomia e interação social. A psicomotricidade além de estimular o desenvolvimento das crianças pode também desempenhar um papel de despiste atempado de problemas e/ou dificuldades que eventualmente possam existir. Assim, o âmbito preventivo, representa uma especial e importante forma de intervenção (Gravel, & Tremblay, 2005).

Oliveira e Bagagi (2009) referem que a prática psicomotora através da atividade lúdica, um dos recursos no presente trabalho, desempenha um papel preventivo na formação do desenvolvimento motor, afetivo e psicológico e conseqüentemente, promove o controlo mental da



expressão motora, o aprimoramento da aprendizagem e o equilíbrio sócio afetivo. Para que esta expressão corporal/emocional seja o mais espontânea possível, surge na Psicomotricidade o jogo e o ato de brincar, de forma a que seja dada à criança/ jovem a possibilidade de externalizar livremente os seus desejos. A intervenção psicomotora atua a partir e por meio do jogo e do movimento, levando assim ao desenvolvimento global, através do diálogo tónico, das dimensões emocional, motora, social e espiritual (Mastrascusa, & Franch, 2016). Uma vez que é através da expressão tonicoemocional e gnosicoprática que se espelha o simbolismo do comportamento motor do Homem na sua tríade relacional com os outros, com os objetos e consigo mesmo, nesta prática, os pacientes são vistos através de um olhar somatopsíquico, tendo o Psicomotricista, enquanto terapeuta, o papel de observa todos estes aspetos, interpretando essas significações que expressam o significado do comportamento motor a nível funcional, prático, simbólico, espontâneo e afetivo, além de ter em conta a relação com os outros (Fernandes, 2012).

## **2 Fases de desenvolvimento: Pré-puberdade**

O final da segunda infância ou pré-puberdade como refere Pikunas (1981), é um período caracterizado pela estreita relação com os pares, sendo que nestas idades as crianças se sentem mais estáveis junto de indivíduos com idade, maturidade e personalidades semelhantes. A pré-puberdade é caracterizada por um aumento do raciocínio crítico que se revela numa maior oposição /resistência à opinião dos adultos e numa identificação emocional com preferência pelos pares do mesmo género. Esta estreita relação com os pares e com o grupo é de tal forma tida em conta que a influência dos adultos, nomeadamente dos pais, enfraquece (Pikunas, 1981).

Além das alterações emocionais, a aprendizagem é também um importante aspeto na idade escolar, ainda que esta só seja possível quando se reúnem certas condições maturacionais do sistema nervoso central e periférico bem como uma relação base de interação/ sociabilização. Isto é, na criança, a aprendizagem depende não só de uma maturidade neurológica como, simultaneamente, de uma maturidade socio-afetiva (Fonseca, 2005a).

Realizando uma análise mais concreta do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo, podemos observar os vastos trabalhos de Piaget acerca da categorização dos estágios de desenvolvimento, denominados de sensório-motor (dos 0 os 2 anos), pré-operatório (dos 2 aos 7 anos), operatório concreto (dos 7 aos 12 anos) e operatório formal (a partir dos 12 anos). O estágio operatório concreto, é caracterizado pelo desenvolvimento do pensamento lógico que se sobrepõe ao pensamento concreto, dando possibilidade à criança de se tornar capaz de classificar objetos, adquirir conhecimentos como a noção de causalidade, tempo, peso, espaço e volume (Kohler, &





Moura, 2013; Pinho, 2010). É a partir deste período que a criança se torna capaz de reconstruir no plano da representação o que já construíra no plano da ação. Desta forma ocorre uma descentração, que desencadeia relações com os outros e com os objetos, necessária para alcançar as operações e que tem por base questões sociais e físicas (Wechsler, & Souza, 2014).

Estas competências do pensamento permitem também ao indivíduo o desenvolvimento da sua Psicomotricidade, no sentido em que possibilitam a emergência de competências na motricidade expressiva, sendo esta menos impulsiva, mais pensada e interiorizada e simultaneamente caracterizada por uma melhor e mais controlada autorregulação. Do mesmo modo, permite consideráveis avanços na formação da personalidade e afetividade, ocorrendo um aumento do conhecimento pessoal e conseqüentemente uma maior competência social, uma maior flexibilidade na resolução de problemas, melhor consciência dos papéis que ocupa nos grupos, no núcleo familiar e na escola (Fonseca, 2005a).

Neste período de desenvolvimento a criança passa a ser menos egocêntrica, promovendo-se o aumento da empatia para com os sentimentos e atitudes dos outros (Wechsler, & Souza, 2014).

Durante este período, o corpo é o maior foco da criança. O corpo, na passagem para a adolescência é um corpo que se transforma, que muda, é impregnado de uma impulsividade e agitação característica. Sustenta alterações que bloqueiam a passagem ao pensamento, é sensível e portador de uma identidade em construção que à menor mudança pode desmoronar-se. Este período é por isto mesmo peculiar, no sentido em que é carregado de potencialidades mas difícil de gerir, principalmente para aquele que o vive (Potard et al., 2015; Potel, 2007).

Nesta fase o papel da família é de certa forma desequilibrado, quando o corpo da criança começa a tomar proporções de um corpo adulto é difícil para a criança aceitar a proximidade que até então mantinha com estes. É, por isso, que nesta altura as carícias que se mantinham, principalmente com os pais, entram de certa forma em queda, por existir esta dificuldade em perceber as mudanças e aceitá-las em partilha com o outro. Não são apenas as crianças que tomam uma nova perspetiva das relações entre pais e filhos, também os pais têm dificuldade em entender este repentino afastamento e em aceitá-lo (Potel, 2007).

É por isto que faz sentido trabalhar a psicomotricidade nesta etapa de desenvolvimento. As mediações através do corpo permitem a entrada no mundo da percepção e da sensação, a construção de uma identidade própria bem definida que é a representação máxima entre corpo e psíquico. Propor ao pré-adolescente que este trabalhe o corpo ou com o corpo, é um pedido de certa forma delicado e que tem de ser refletido. É fundamental que essa abordagem seja refletora de uma vivência calma e recetiva, que não favoreça explosões de excitação desorganizadoras do “eu”. O psicomotricista tem de ter em conta a transição deste estado de harmonia, transmitindo-o não



apenas através da prática, mas através de elementos da mesma, como os materiais a que recorre, a música, as condições espaciais e temporais, o conhecimento teórico que transporta, todos os elementos são fundamentais para uma adequada prática psicomotora (Potel, 2007).

## 2.1 Competências socioemocionais

O termo competências refere-se à capacidade de responder com sucesso às exigências complexas de um ambiente específico, através da utilização de pré-requisitos psicossociais, que incluem aspetos cognitivos e não cognitivos. Ou seja, são estruturas mentais internas de habilidades ou recursos integrados no indivíduo, sendo assim um termo mais abrangente que o de capacidade. Estas estruturas internas integram dimensões como: conhecimento, capacidade cognitiva, atitude, emoções, valores e ética (Mesárosová, & Mesáros, 2012).

A competência emocional é a capacidade de perceber as emoções, reconhecê-las e gerá-las em concordância com o pensamento, regular as mesmas, sempre na interação com o meio e nos relacionamentos interpessoais (Salovey, & Sluyter, 1997). Ou seja, tal como refere Saarni (1999, cit. in Vale, 2011), competência emocional é a demonstração da eficácia pessoal nos relacionamentos sociais que evocam emoção. É assim possível reter a ideia de diversas componentes da mesma, isto é, são constituintes destas competências a expressão emocional, regulação emocional e o conhecimento emocional (Pereira, Soares, Alves, Cruz, & Fernandez, 2014).

A expressão emocional é a mais importante componente das competências emocionais, que não só inclui a expressão da emoção como também a consciência de que esta deve ser expressa em concordância com o contexto onde ocorre. Além disso torna-se também uma importante constituinte por ser o aspeto observável e de possível partilha das emoções. Se a expressão ocorrer positivamente facilita a aceitação social, tendo por isso a expressividade positiva um papel importante na regulação das interações sociais, pelo contrário, a afetividade negativa poderá comprometer a qualidade da interação com os pares, nomeadamente através da expressão da raiva (Elliott, & Jacobs, 2013; Franco, & Santos, 2015; Lee, Dolan, & Critchley, 2008). Segundo um estudo (Denham, McKinley, Couchoud, & Holt, 1990), as crianças que expressam mais emoções positivas ao invés de negativas, são consideradas crianças mais assertivas e menos agressivas, que apresentam comportamento pró-sociais mais adequados e são melhor aceites socialmente. Na mesma linha de ideias Rodrigues e Gondim (2014) referem que as expressões emocionais são fundamentais para o desenvolvimento das relações interpessoais.



Devido ao vasto leque de formas de expressão, o significado da mensagem expressiva depende não só da sua forma e intensidade, como do momento em que ocorre. A maior dificuldade no que respeita à compreensão da mensagem encontra-se nas trocas interpessoais, uma vez que esta pode ser bastante específica e consecutivamente percecionada de forma errada (Vale, 2011).

A seguinte constituinte das competências emocionais, a regulação emocional, é caracterizada como um conjunto de processos que permitem monitorizar, avaliar e modificar a índole e o desenvolvimento de uma emoção, influenciando o indivíduo na forma como as experiencia e expressa, com o objetivo de responder de forma apropriada às exigências do meio (Franco, & Santos, 2015; Laura et al., 2017). Estes processos regulatórios podem ser estratégias, isto é, ações realizadas que vão de acordo com os objetivos, ou habilidades, capacidade do próprio em responder de forma assertiva a determinada situação (Laura et al., 2017). Esta regulação pode ser realizada através de duas abordagens distintas, a supressão expressiva e a reavaliação emocional, sendo que os efeitos que estas duas estratégias provocam podem deferir em relação à experiência emocional (Franco, & Santos, 2015; Luce, & Tremblay, 2013). A tendência de suprimir as emoções consiste em inibir o fluxo expressivo de uma emoção, esta estratégia surge associada a sentimentos de ansiedade social e preocupação e é geralmente considerada como uma resposta não adaptativa. A reavaliação é uma estratégia que consiste em alterar a avaliação de determinada situação se forma a modificar o impacto emocional da mesma, foca-se portanto no antecedente da emoção e o nível de excitação é controlado voluntariamente (Franco & Santos, 2015; Laura et al., 2017; Luce & Tremblay, 2013). Laura et al., (2017) refere também a ruminação como uma estratégia regulatória que consiste em dirigir a atenção para os próprios sentimentos. As crianças aprendem a equilibrar os seus desejos e necessidades, não colocando em risco as relações sociais (Veiga, & Rieffe, 2015).

Os efeitos destas estratégias variam também nos aspetos psicofisiológico associados, como são exemplo a atividade neural, a frequência cardíaca e as respostas comportamentais (Franco, & Santos, 2015; Wout, Chang, & Sanfey, 2011). A resposta de luta ou fuga é um exemplo deste tipo de adaptações comportamentais, que ocorrem em situações não esperadas ou em situações que transmitem ameaça (Veiga, & Rieffe, 2015). O processo de experiência emocional tem início quando ocorre uma alteração (mental ou ambiental) no momento que a pessoa está a vivenciar, levando a que o sujeito comece a experienciar uma nova emoção. Segue-se a esta alteração um período de agitação emocional (*arousal*) e de alterações psicológicas que preparam o indivíduo a reagir de forma rápida e adaptativa. Esta capacidade de gerir as emoções de forma adaptativa nas relações interpessoais, é por si uma implícita ligação entre emoção, cognição e comportamento, pelo que é um determinante fulcral do comportamento social nas crianças e no



que respeita à qualidade dos relacionamentos sociais do indivíduo. A regulação emocional, não é apenas de um conjunto de estratégias adaptativas como pode também ser útil quando se trata da necessidade de ativar emoções ou mesmo exacerbar a sua expressão, de forma a impulsionar um determinado comportamento (Gondim et al., 2014; Veiga, & Rieffe, 2015). Durante a pré-adolescência as estratégias são diversificadas, uma vez que as crianças recorrem às suas capacidades metacognitivas para adaptar a sua reação às características da situação, tendo em conta o ponto de vista dos pares envolvidos. É este conjunto de diversificação de estratégias e de flexibilidade de respostas que permite uma adaptação socioemocional efetiva (Luce, & Tremblay, 2013).

Relativamente ao conhecimento emocional, este permite ao sujeito não só identificar como compreender de forma assertiva os sinais emocionais, socialmente expressos pelos pares, sendo assim possível retorquir de forma adequada às expectativas e mensagens dos mesmos. Além da capacidade de reconhecimento, esta componente permite também ao sujeito nomear as emoções. Ou seja, trata-se um conjunto de processos através dos quais o indivíduo é capaz de ativar e modelar as emoções através da coordenação dos sistemas cognitivo e emocional (Franco, & Santos, 2015).

Quando ocorrem falhas nas relações precoces, quando o reconhecimento das emoções não é percebido pelas figuras de referência ou quando existe uma excessiva exposição a traumas relacionais é dificultado o processo de aprendizagem, de compreensão e regulação das emoções. Expressar, regular e compreender as emoções de forma assertiva é um aspeto fundamental tanto para o bem-estar físico e mental como para o bom desenvolvimento social (Veiga, & Rieffe, 2015).

Na construção das relações sociais a forma como as emoções são expressas tem repercussões na resposta do outro e influência na qualidade e no tipo e interações estabelecidas (Rodrigues & Gondim, 2014), no quotidiano o ser humano depara-se com uma variedade de emoções nas suas relações interpessoais, nas quais é necessário conhecer e perceber a mensagem emocional para que se possa adequar a resposta, tornando-a socialmente adequada (Wout et al., 2011). É por isto que a capacidade de construir relações interpessoais positivas, resolver conflitos interpessoais, desenvolver a noção de identidade própria e de grupo e criar uma posição na sociedade de forma responsiva designamos de competências sociais (Ma, 2012).

Segundo este mesmo autor, estas competências são principalmente importantes durante a adolescência na compreensão de conflitos com os outros de forma a aprender a adaptar-se e recorrer a estratégias nas relações com os pares e adultos (Ma, 2012). Para tal é necessário que sejam dominadas determinadas características como, as habilidades sociais básicas, um comportamento pró-social, de cooperação, assertivo, que permita a resolução eficaz de conflitos e uma gestão emocional adequada. Além disto, de forma a maximizar as competências sociais, é



importante que se perceba se as competências emocionais deste lhe permitem a utilização de recursos que levam ao estabelecimento das relações com os pares (Ma, 2012; Wout et al., 2011).

As relações interpessoais tal como a formação de vínculos afetivos, são aspetos interligados ao desenvolvimento da empatia, sendo que esta depende das circunstâncias sociais presentes no ambiente em que a criança se desenvolve (Veiga, & Rieffe, 2015).

A empatia, embora não seja uma exclusiva característica do Homem, é mais desenvolvida na espécie humana em relação às restantes, o que advém do facto da cria humana se tornar independente dos pais mais tardiamente. Além disto, os bebês nascem já preparados para interpretar e retorquir os sinais socioemocionais. Esta capacidade está também associada a aspetos afetivos, como a aceitação pelos pares e o ajustamento social, e a aspetos cognitivos como as competências académicas (Motta, Falcone, Clark, & Manhães, 2006).

Pode entender-se a empatia como uma competência social que integra componentes a nível cognitivo, afetivo e comportamental (Pavarino, Prette, & Prette, 2005). O aspeto cognitivo refere-se à capacidade de apreender as perspetivas dos outros e depreender quais os seus sentimentos. Relativamente à componente afetiva caracteriza-se pela preocupação para com o bem-estar do outro e pela predisposição em transmitir compaixão, mantendo a distância emocional ideal. Por último, a componente comportamental, diz respeito à habilidade de expressar compreensão (Motta et al., 2006; Pavarino et al., 2005)

Segundo Håkansson e Montgomery (2003), a empatia integra quatro componentes: a compreensão, a emoção, a perceção semelhante entre pares e, por último, a ação. Estes autores referem-se assim à empatia como uma resposta afetiva, perante determinada situação, mais eficaz por parte do daquele que sente empatia do que do próprio. Fazendo especial referência ao conforto que esse sente ao dar resposta ao sofrimento do outro. A resposta social empática dá-se através da observação, da interpretação correta da mensagem (que se transmite através de informações não-verbais e para linguísticas, como é o caso da gaguez, afasia, entre outros), de uma tomada de perspetiva (colocar-se na posição do outro) e da disposição para ouvir o outro. Para que esta resposta seja eficaz, deve ser imediata ao comportamento dos demais e incluir os parâmetros anteriormente referidos (Pavarino et al., 2005).

As interações sociais desempenham também uma forte influência no sentimento de valor que o sujeito possui de si (Costa, 2011). Ainda que o desenvolvimento do autoconceito se inicie na infância e se estenda pelas várias etapas de desenvolvimento, com as mudanças físicas e psicológicas ocorridas no início da adolescência, é também nesta altura que o autoconceito sofre maiores alterações. A importância deste aspeto, especificamente nesta etapa, é o facto do mesmo se relacionar em grande parte a fatores do desenvolvimento psicológico, uma vez nos permite



perceber o nível de adequação que a criança tem acerca do seu bem-estar emocional (Ferreira, Bento, Chaves, & Duarte, 2014).

O autoconceito e autoestima, são dois termos interligados e, por isso, muito confundidos, daí a necessidade de os definir e consecutivamente distinguir. O autoconceito é compreendido como a forma pela qual o sujeito se percebe, ou seja, o autoconhecimento do mesmo acerca das suas capacidades, competências e aparência. Se esta percepção pessoal não corresponder à realidade, significa que o autoconceito se apresenta distorcido, ainda assim este continua a representar a ideia real que o indivíduo tem de si próprio (Frank, 2017; Santos, 2015).

O autoconceito deriva da autoestima e da autoeficácia (crença do sujeito acerca das suas habilidades para desenvolver determinada tarefa), uma vez que um indivíduo com baixa autoestima pode ser direcionado a ter uma ideia negativa acerca de si o que consecutivamente leva a um reduzido autoconceito. Ainda assim, o autoconceito é constituído também por aspetos que não interferem com um julgamento positivo e/ou negativo, tratando-se apenas de factos acerca do próprio (Frank, 2017).

Entende-se então por autoestima como o nível de respeito e consideração global que o indivíduo tem por si mesmo (Augestad, 2017; Frank, 2017). Assim uma pessoa que possua sentimentos positivos acerca de si é caracterizada como tendo uma elevada autoestima. Ainda assim, é possível que esta se direcione apenas para uma área específica, a título de exemplo, o sujeito pode apresentar uma reduzida autoestima em determinada área e elevada numa área diferente (Frank, 2017). Sendo a autoestima capaz de espelhar o autoconceito da criança é muitas vezes utilizada como medidor do mesmo (Augestad, 2017).

A autoestima pode interferir profundamente no desenvolvimento das crianças e depende em grande escala das experiências precoces e do ambiente familiar em que a criança está inserida (Augestad, 2017). Desta forma, as crianças cujos pais lhes transmitam sentimentos de confiança e criem um ambiente securizante são encaminhadas ao bom desenvolvimento da autoestima. Contrariamente, ambientes caracterizados pela violência e agressão (verbal e/ou física), levam a um reduzido desenvolvimento da autoestima. A autoestima, enquanto conceito multidimensional, pode ser entendida de forma diferente em diferentes momentos da vida, à medida que o desenvolvimento ocorre (Costa, 2011), esta afeta o comportamento e é indicadora de um positivo ou negativo ajustamento e de uma boa ou má performance de aprendizagem (Augestad, 2017). Similarmente, o autoconceito intervém em aspetos sociais, sendo que sujeitos com autoconceito positivo têm uma melhor percepção, não só de si, como também dos que o rodeiam, conseguindo adequar positivamente estratégias na relação com outros (Ferreira et al., 2014).



Nesta etapa o corpo do pré-adolescente é um preditor da autoestima, sendo que principalmente no género feminino esta tende a diminuir nesta fase de desenvolvimento (Potard et al., 2015). Neste período de desenvolvimento a criança passa a ser menos egocêntrica, promovendo-se o aumento da empatia para com os sentimentos e atitudes dos outros, uma vez que já não se encontra tão centrada em si passa a conseguir colocar-se de forma abstrata no lugar do outro. Passa a conseguir transpor para o plano da representação aquilo que já estava definido no plano de ação. Esta descentração é necessária para se alcançarem operações base tanto a nível social como físico (Wechsler, & Souza, 2014).

## 2.2 Competências cognitivas

O afloramento das emoções desencadeia uma série de alterações nos domínios comportamental e fisiológico, tanto no sistema nervoso central como periférico, existindo assim a dúvida se as emoções seriam processos biológicos ou cognitivos (Heckman, & Kautz, 2013).

Reeve (1994, cit. in Pavão, 2003), propôs dois sistemas emocionais paralelos, o cognitivo e biológico. O sistema cognitivo tem origem na história pessoal sendo por isso um sistema interpretativo e social, por outro lado, o sistema biológico surge da história filogenética constituindo assim um sistema espontâneo e primitivo. Ainda assim esta dialética não é defendida por todos os estudiosos da área.

Jean Piaget (1999) estudou e criou modelos de desenvolvimento cognitivo, nos quais se pressupõe que o desenvolvimento mental ocorre na linha do pensamento formal, à medida que ocorrem assimilações e acomodações. Ainda assim existem momentos em que ocorrem desequilíbrios, que tem origem em alterações do ambiente externo e interno, e que levam a uma necessária reorganização do sistema, de forma a que se consiga atingir um equilíbrio estável e móvel. Para Piaget (1999), o desenvolvimento cognitivo é compreendido em estágios, sendo, portanto, necessário um constante reequilíbrio entre processos de assimilação e acomodação para que o indivíduo consiga assegurar a passagem para o estágio seguinte. Cada estágio é constituído por estruturas cuja construção o distingue do anterior.

De forma similar a Piaget, Fry (1991, cit. in Sun e Hui, 2012), refere que a competência cognitiva integra três componentes que se relacionam, mas ainda assim são independentes, as estruturas cognitivas, os processos cognitivos e os comportamentos.

Esta competência é constituída por uma série de outros fatores que segundo diversos autores podem surgir segundo hierarquias, com distintas organizações e ordens. Fazem parte



deste leque de fatores, de acordo com o tipo de processo requerido, a memória, o pensamento divergente, a avaliação, a atenção, a percepção e o locus de controlo (Gatti, 1997).

A atenção do ponto de vista cognitivista, é um processo básico cognitivo que permite o processamento de informação, engloba um conjunto de processos que determinam uma decisão. É uma função básica que está presente no quotidiano, surgindo frequentemente associada a conceitos como concentração, vigilância, etc. (Sternberg, 2008).

Através de uma perspetiva neurobiológica a atenção tem por base dois processos que trabalham de forma independente, o grau de alerta ou vigilância e a atenção seletiva, sendo estes processos temporais e espaciais, respetivamente. Por outro lado, inclui sistemas conscientes, que são possíveis de estudar por isso mesmo, e inconscientes dos quais não damos conta (Sternberg, 2008).

Segundo Johnstone e Levitt (2009), a atenção engloba quatro processos: *arousal*, atenção focalizada, atenção dividida e atenção sustentada. Definem *arousal*, como a capacidade de responder ao ambiente ou nível de alerta, podendo este dividir-se em *arousal* tónico ou *arousal* fásico. A atenção seletiva, por sua vez, diz respeito à capacidade de focar a atenção num estímulo específico em detrimento de um outro. À aptidão de dividir a atenção entre diferentes estímulos de forma consciente designa-se de atenção dividida e por último, a atenção concentrada refere-se à capacidade de manter a atenção em determinados estímulos durante um extenso período de tempo.

Segundo Rodrigues e Melchiori (2014), crianças em idade escolar desenvolvem a capacidade de atenção concentrada, focando-se apenas em informações relevantes e desconsiderando aspetos irrelevantes.

### **3 Prática psicomotora na pré-puberdade**

A partir do início do período escolar, as crianças são confrontadas com uma maior exigência na interação com o meio e com os outros, sendo necessária uma maior adaptação e consequentemente uma apropriada interação com os pares de forma a que não existam dificuldade de inclusão e aceitação social. É, portanto, desta forma que surge a interligação do desenvolvimento social e emocional da criança (Santos, 2015).

Espera-se que cada vez mais, as crianças sejam capazes de lidar com situações sociais, emocionais e cognitivas mais complexas, pelo que é importante existir um interesse acrescido pelo desenvolvimento atempado destas competências. Desta forma a Psicomotricidade, que pode ser entendida como a relação entre a ação e pensamento, integrando a emoção, ou como a ciência que educa o movimento envolvendo as funções cognitivas, é fundamental na promoção do





desenvolvimento adequado tanto em ambiente preventivo como clínico. O desenvolvimento das competências sociais abrange questões individuais, relacionais e emocionais, sendo possível o desenvolvimento destas áreas através da promoção da autoestima e autoconceito, da promoção de comportamentos assertivos e da gestão emocional, respetivamente (Costa, 2011).

Uma vez que a Psicomotricidade compreende a educação do indivíduo tanto a nível dos aspetos corporais, emocionais, intelectuais como sociais, direciona-se a questões da formação da personalidade, como a expressão realizada através de determinadas atividades de relação e criação, além de questões estritamente relacionadas com o aprimoramento escolar, representa uma importante ferramenta nesta etapa do desenvolvimento (Carvalho, 2003). Em psicomotricidade a atividade para ser de cariz psicomotor deve ser experienciada na sua totalidade, isto é, a atenção deve encontrar-se totalmente direcionada para a atividade em questão. Não deve existir lugar para distrações, fazendo-se o que se deseja e da forma que é possível ao indivíduo, sem julgamentos ou críticas (Losivaró, 2012).

A prática psicomotora integra um conjunto de mediações que perspetivam a aquisição de capacidades motoras, com base no estado tónico-emocional e relacional, permitindo o desenvolvimento do indivíduo a quem se dirige (Fernandes, 2015; Mastrascusa, & Franch, 2016).

A Psicomotricidade tem assim a finalidade do desenvolvimento das competências motoras, cognitivas e socioemocionais através do movimento e do jogo. O jogo é uma forma de linguagem não verbal suportada pelo tônus e pelas atitudes que o suportam. A principal forma de manifestação da criança, é considerada ser a atividade lúdica, permitindo esta o desenvolvimento de vários aspetos, nomeadamente, sensoriomotores, socioemocionais e cognitivos (Mastrascusa, & Franch, 2016).

O jogo, seja este espontâneo ou dirigido, deve ser associado a prazer e alegria e não-constrangimento. Através do jogo as crianças ganham capacidades de cooperação e respeito, uma vez que através do mesmo as crianças põe em prática hábitos de relações e convivência necessário e inerente a este, adquirindo assim competências interpessoais e sociais (Santos, 2015). A passagem de uma relação dual simbiótica a uma relação social mais abrangente e aberta, ocorre através do jogo, como forma de aprendizagem e descobrimento (Mastrascusa, & Franch, 2016).

Além da atividade lúdica, também o grupo tem um importante papel nesta etapa de desenvolvimento, em que a relação com os pares toma proporções primordiais (Potel, 2009).

Psicomotricidade é uma prática que implica a escuta sobre o corpo do outro, levando a que o psicomotricista tenha assim uma implicação ativa e corporal enquanto terapeuta, fazendo uso do seu corpo como mediador da relação com o outro. O psicomotricista recorre a mediações corporais em que o seu corpo e o corpo do paciente interagem de forma direta, seja através do jogo ou de



outras técnicas, como por exemplo, a relaxação. Neste processo terapêutico, o conhecimento recíproco, o interesse no outro, a relação empática, a confiança, entre outros, são pressupostas que tem necessariamente de ser ter em consideração (Raynaud et al., 2007).

Através do jogo e do movimento, a terapia psicomotora, desencadeia o desenvolvimento global no sentido de promover a aquisição de competências em áreas motoras, emocionais, sociais, cognitivas e/ou espirituais (Mastrascusa, & Franch, 2016).

Além da importância da vivência destas atividades, o fator grupo é também um aspeto importante a ter em conta na intervenção com crianças em idade escolar. O grupo na pré-puberdade tem um papel fundamental na construção da personalidade, já que da mesma forma que pode ser impulsionador de evasão pode também ser causador de conforto e hostilidade. Se a organização do grupo for devidamente impregnada pelos valores assertivos da sociedade, na qual se inclui a família a escola e a comunidade, é possível que dê origem, ou tenha um importante papel na construção da cidadania e identidade do pré-adolescente (Fonseca, 2005b).

## 4 Intervenção

A prática psicomotora foi a prática presente em todo este estudo associada a diversos tipos de atividades, sendo estes, cooperação, competição, *role playing* e assertividade. Estas atividades foram planeadas e executadas consoante o desenrolar das sessões, tendo em conta os objetivos das mesmas, a aceitação por parte das crianças, e os objetivos do estudo em questão.

Assim, os objetivos das sessões seguiram uma sequência ordenada iniciando-se em questões mais grupais e partindo para dinâmicas de índole mais pessoal mas trabalhada e partilhada com o grupo, como se pode observar na seguinte tabela.



N.da sessão	Objetivo Geral
1	Promover o conhecimento entre o grupo e desenvolver a autoconfiança.
2	Desenvolver o autoconceito e relações interpessoais
3	Desenvolver a atenção e competências interpessoais
4	Promover o auto e heteroconhecimento
5	Desenvolver a cooperação e resolução de problemas
6	Desenvolver as competências interpessoais e promover a capacidade de autorregulação
7	Promover as relações interpessoais, aumentar o autoconhecimento
8	Promover a atenção e competências interpessoais
9	Promover o autoconhecimento emocional
10	Desenvolver a autorregulação e competência intrapessoais
11	Promover o autoconceito e relações interpessoais
12	Promover a atenção e relações interpessoais.
13	Desenvolver o autoconhecimento e autorregulação.
14	Melhorar a autoestima e desenvolver a autorregulação
15	Desenvolver as relações interpessoais
16	Desenvolver a autorregulação e competências interpessoais
17	Desenvolver a autorregulação
18	Desenvolver o autoconceito e autoestima
19	Desenvolver o autoconceito
20	Desenvolver as competências interpessoais

### **III. Metodologia**

#### **5 Tipo e desenho de estudo**

O presente estudo é quantitativo e experimental. Os estudos quantitativos são utilizados na sua maioria como forma de descrever uma variável segundo tendências de medida central, repartir em categorias ou caracterizar variáveis conforme uma determinada frequência (Víctora, Knauth, & Hassen, 2000). Os estudos experimentais contêm um processo de intervenção através do qual se pretende averiguar possíveis efeitos em determinadas variáveis (Hochman, Nahas, Filho, & Ferreira, 2005).

Neste estudo é possível diferenciar três fases distintas: (i) - uma fase de avaliação inicial (pré-intervenção), (ii) – uma fase de intervenção propriamente dita e (iii) uma fase de avaliação final (pós-intervenção). Seguindo um desenho de estudo do tipo experimental, o período de intervenção psicomotora realizou-se apenas com elementos do grupo experimental, no entanto a avaliação foi realizada a ambos os grupos, experimental e controlo. A intervenção psicomotora



teve uma duração de onze semanas nas quais se realizaram um total de 20 sessões, repartidas numa periodicidade de duas sessões por semana, com um total de 60 minutos cada.

## 6 Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por um total de 32 crianças com idades compreendidas entre os 10 e 12 anos. O grupo experimental (GE) foi totalmente constituído por crianças que frequentam o regime de atividades de tempos livre (ATL) no Centro Educativo Alice Nabeiro (CEAN), local onde decorreram as sessões do mesmo. O grupo de controlo (GC), foi constituído por 9 crianças do CEAN e 8 crianças do Centro de Explicações Nota + (CEN+). Todos os intervenientes que integraram os grupos participaram no estudo de forma voluntária, sendo estes e os seus encarregados de educação informados acerca das condições, procedimentos e etapas inerentes ao estudo, aceitando os mesmos nos termos do consentimento informado (Anexo 1).

Os grupos experimental e de controlo, foram formados consoante a disponibilidade de crianças voluntárias à participação no mesmo. No CEAN encontravam-se 29 crianças, de 5º e 6º ano escolar, inscritas em regime de ATL das quais 24 aceitaram a participação no estudo. No CEN+, de 5º e 6º ano escolar, existiam 17 crianças inscritas das quais 8 aceitaram a participação do estudo. Posteriormente à recolha dos consentimentos, foi realizada uma divisão por conveniência dos grupos, sendo que as sessões foram realizadas apenas no anfiteatro do CEAN e o GE foi constituído apenas por crianças que frequentavam este mesmo espaço. Uma vez que não foi possível conseguir 15 crianças no CEN+ de forma a construir homogeneamente o GC, este foi constituído por crianças de ambos os locais.

Para ambos os grupos os critérios de inclusão foram: frequentar o 5º ou 6º ano de escolaridade, não usufruir de um acompanhamento similar ao proposto pelo programa de intervenção há pelo menos um ano, não apresentar limitações físicas para a participação na intervenção, e não utilizar fármacos que possam influenciar as variáveis dependentes. Todas as crianças que se voluntariaram à participação no estudo foram elegíveis segundo estes critérios.

A amostra final foi então constituída por um total de 32 crianças de idades compreendidas entre os 10 e 12 anos, tendo a maioria da amostra 11 anos de idade. Ainda assim, analisando os grupos separadamente é possível constatar que o GE apresentava 8 participantes (53.3%) com 10 anos e 7 participantes (46.7%) com 11 anos. Relativamente ao grupo de controlo, foi composto por 9 participantes (52.9 %) com 11 anos, 7 participantes (41.2%) com 10 anos e um participante (5.9 %) com 12 anos. A amostra foi constituída maioritariamente por crianças do sexo feminino



O estatuto socioeconómico foi medido através da Escala de Classificação Social de Graffar, da qual apenas foram classificadas 3 classes, sendo estas, classe II, III e IV, sendo a maioria percentual composta por elemento da classe III.

A *Tabela 2* sintetiza os dados referentes às variáveis sexo, habilitações literárias e estatuto socioeconómico, tanto do GE e GC como para o total da amostra. Apresenta também os valores de *p-value* do teste do Qui-quadrado como alternativa não paramétrica dos testes estatísticos que permitem comparar dois grupos no mesmo momento, neste caso, GE e GC no momento da avaliação inicial. É possível verificar que nenhuma variável apresenta diferenças estaticamente significativas no momento da avaliação inicial entre o grupo experimental e grupo de controlo, pelo que a amostra se encontra homogeneamente dividida em todas as categorias.

*Tabela 2 - Características sociodemográficas e sócio económicas da amostra*

	Grupo experimental (n=15)	Grupo controlo (n=17)	Amostra total (n=32)	<i>p-value</i> <sup>b</sup>
Sexo <sup>a</sup>				.724
Feminino	8 (53.3%)	9 (52.9%)	17(53.1%)	
Masculino	7 (46.7%)	8 (47.1%)	15 (46.7%)	
Habilitações Literárias <sup>a</sup>				.289
5ºano	9 (60%)	10 (58.8%)	19 (59.4%)	
6ºano	6 (40%)	7 (41.2%)	13 (40.6%)	
Estatuto Socioeconómico <sup>a</sup>				.666
Classe II	6 (40%)	4 (23.5%)	10 (31.3%)	
Classe III	5 (33.3%)	8 (47.1%)	13 (40.6%)	
Classe IV	4 (26.7%)	5 (29.4%)	9 (28.1%)	

<sup>a</sup> Valores expressos em n (%)

<sup>b</sup> Valores de *p-value* para o teste *do Qui-quadrado*

## 7 Procedimentos

Existiu um primeiro contacto com o CEAN, no qual a responsável do mesmo analisou qual o grupo de crianças que teria possibilidade horária para a participação no estudo. Após este momento recolheu-se informações sobre o número de crianças disponíveis sendo este valor inferior ao esperado. Uma vez que não existiram crianças suficientes para perfazer um total mínimo de 30, existiu a necessidade de procurar mais amostra de forma a criar um GE e GC com



um mínimo de 15 crianças. Procedeu-se então ao contacto com a responsável do CEN+ para que desta forma fosse possível criar um grupo de controlo neste local, novamente não existiram 15 crianças voluntárias à participação no estudo, pelo que houve necessidade de criar um GC com elementos de ambos os centros.

As avaliações, iniciais e finais, decorreram no CEAN e no CEN + para os elementos respetivamente inscritos nos mesmos. Foram realizadas em salas apropriadas com um ambiente calmo e isolado de estímulos externos, em grupos de quatro elementos. Os questionários para pais (consentimento informado, SDQ e escala de Graffar) foram entregues por responsáveis de ambos os centros aos mesmos e devolvidos nos mesmos locais. O período de estudo desde a realização das avaliações iniciais até ao termino das avaliações finais decorreu entre os meses de março e junho. As sessões do GE decorreram no anfiteatro do CEAN, um local amplo, no qual estavam disponíveis materiais como colchões, arcos, bolas, dados de esponja, bastões, sistema de som, entre outros. Uma vez que as sessões decorreram num local no qual todos os elementos já estavam familiarizados e foram colocadas no horário de ATL deste grupo, houve uma maior facilidade na realização das mesmas.

De referir que, por questões éticas, após o termino do programa o GC participou num programa de intervenção psicomotora semelhante ao GE.

## 8 Instrumentos de Avaliação

Neste estudo recorreu-se à aplicação da escala de Graffar, para caracterização da amostra e de quatro questionários para avaliação das variáveis em estudo. Um dos questionários foi aplicado aos pais/encarregados de educação e as restantes provas foram aplicadas às crianças que compuseram a amostra. Para avaliar a perspetiva parental relativamente a questões comportamentais e sociais recorreu-se ao *Strengths and Difficulties Questionnaire* - SDQ (Goodman, 1997; Fleitlich et.al.2000). O Questionário de Inteligência Emocional (Bar-On 1997; Candeias, & Rebocho 2014), Escala de Autoconceito (Harter, 1985; Alves et.al. 1995) e d2- Teste de Atenção (Brickenkamp, 2007; Ferreira, & Rocha 2007), foram utilizados de forma a obter medidas relacionadas com diversas dimensões das competências socioemocionais e cognitivas numa perspetiva pessoal.



## 8.1 Escala de Classificação Social de Graffar

De forma a recolher os dados relativos à classe socioeconómica da amostra, foi preenchida pelos pais a Escala de Classificação Social de Graffar. Esta é uma escala que se baseia em cinco componentes: profissão; nível de instrução; fontes de rendimento; conforto do alojamento e aspeto do bairro onde vive e permite agrupar os sujeitos em cinco classes socioeconómicas (Sousa, 2012; Valente, 2005).

Consoante a resposta dada é atribuída uma classificação, que por fim somadas nas cinco componentes representam a pontuação total (valores totais mais elevados correspondem a uma menor classe atribuída). Entre diferentes intervalos de valores totais existe uma correspondência para a classe atribuída, sendo que a classe I é destinada à classe alta, classe II- classe média-alta, classe III - classe média, IV - classe média baixa e V - classe baixa (Sousa, 2012; Valente, 2005).

## 8.2 Strengths and Difficulties Questionnaire

O *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) ou Questionário de Capacidades e Dificuldades de Goodman, 1997 foi traduzido e adaptado para a população portuguesa no ano de 2000 por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar, de forma a permitir a deteção de problemas relacionados coma saúde mental infantojuvenil (Saur, & Loureiro, 2012).

O questionário é composto por 25 itens que se subdividem equitativamente pelas cinco escalas de: hiperatividade; sintomas emocionais; problemas de comportamento; relações interpessoais e comportamento pró-social. De entre estas, na análise dos resultados apenas são referidos os dados relativos aos problemas de comportamento, hiperatividade e relações interpessoais. Existem três versões, nomeadamente, para pais, professores e autopreenchimento, sendo as duas primeiras aplicadas em crianças dos três aos dezasseis anos e a última aplicada dos onze aos dezasseis. A pontuação de cada escala pode variar entre 0 e 10, uma vez que os itens são cotados numa escala de Likert de 0 a 2, mas apenas se considera válida se forem respondidos pelo menos três itens da escala. Cada item tem três possibilidades de resposta, designadamente: “não é verdade”, “é um pouco verdade”, e “é muito verdade”. Os valores atribuídos a cada um dos itens estão estandardizados entre 0 “não é verdade” ou 2 “é muito verdade”. Estes valores aplicam-se a todos os itens à exceção dos itens 7, 11, 14, 21 e 25, em que o sentido da resposta é o inverso, sendo as classificações atribuídas de forma contrária, ou seja, 0 para “é muito verdade”, 1 para “é pouco verdade” e 2 “não é verdade” (Cury, & Golfeto, 2003).



Os resultados de cada uma das escalas são obtidos pelo somatório dos seus cinco itens. Da soma do resultado de todas as escalas, à exceção da escala de Comportamento Pró-Social é nos dado o total das dificuldades e capacidades. Estes resultados podem ser interpretados como normais, limítrofes e anormais, tendo por base os valores standardizados (*Tabela 3*), que à exceção da escala de comportamento pró-social, valores menores significam resultados normais e valores mais elevados resultados anormais, ainda que para cada uma das restantes escalas o intervalo de valores seja diferente. Os valores standard para o questionário dos pais e professores diferem dos valores referentes ao questionário de autopreenchimento (Goodman, 1997).

Nas versões de pais e professores existe um suplemento de impacto no qual é inquirido se a criança tem algum problema e, no caso de a resposta ser afirmativa, são lhe colocadas questões sobre: cronicidade desse problema, stresse provocado por este, ajustamento social da criança e carga que esse problema tem para outras pessoas (Goodman, 1997).

*Tabela 3 - Valores normativos do SDQ - versão para pais*

	Normal	Limítrofe	Anormal
Total de dificuldades	0-14	14-16	17-40
Sintomas Emocionais	0-3	4	5-10
Problemas de comportamento	0-2	3	4-10
Hiperatividade	0-5	6	7-10
Problemas com os colegas	0-2	3	4-10
Comportamento pró-social	6-10	5	0-4

### 8.3 Questionário de Inteligência Emocional de Bar-On

O Questionário de Inteligência Emocional, inicialmente desenvolvido por Reuven Bar-On em 1997, objetiva o estudo dos componentes que definem a Inteligência Emocional, bem como o procedimento da avaliação dos mesmos. Em 2007, foi traduzido para a população portuguesa por Candeias e Rebocho, tendo sido concluído o seu estudo psicométrico de adaptação em 2014 por Pires e Candeias (Candeias, & Pires, 2014; Rebelo, 2012).

Na sua versão, Bar-On incluiu cinco componentes, nomeadamente:

-Intrapessoal, referente às habilidades e competências do próprio indivíduo, que neste questionário se refere à compreensão emocional, isto é, a aptidão de expressar as suas necessidades





e sentimentos. Na qual inclui as subcomponentes, autoconhecimento, assertividade, autoconsideração, auto atualização e independência.

-Interpessoal, capacidade para escutar, compreender e analisar os sentimentos dos outros, com as subcomponentes: empatia, responsabilidade social e relação interpessoal.

-Gestão do Stresse, diz respeito ao controlo que detemos para manter a tranquilidade e lidar com situações stressantes, sem explosões de agressividade. Incorpora a tolerância ao stresse e o controlo da impulsividade.

-Adaptabilidade, refere-se à capacidade de gerir os problemas do quotidiano, na qual estão incluídos a resolução de problemas, validação (discernir entre sentido e verdadeiro) e flexibilidade.

-Estado de humor geral é a capacidade de manter-se otimista e positivo, composto pela alegria e otimismo (Candeias, & Pires, 2014).

Para análise de resultados estão integradas todas estas sub-escalas à exceção da componente estado de humor geral.

Este instrumento de avaliação recorre a uma escala de tipo Likert, composta por quatro opções (1- Muito raramente é verdadeiro para mim; 2- Raramente é verdadeiro para mim; 3- Frequentemente é verdadeiro para mim; 4- Muito frequentemente é verdadeiro para mim) entre as quais a criança pode optar, ajustando-se à afirmação que melhor define os seus comportamentos, sendo que cotações mais elevadas correspondem a respostas positivas. A cotação é realizada na folha de cotação própria ao teste, para a qual se devem transcrever as numerações destacadas pelas crianças/jovens à exceção dos itens 53, 28, 35, 6, 15, 46,49,21,54,26, 58 e 37, que são cotados de forma inversa, isto é 4=1; 3=2; 2=3 e 1=4. Além desta transcrição, a folha de cotação conta ainda com um espaço destinado à qualificação da inconsistência do teste realizada através da subtração de determinados pares de itens, na qual uma diferença absoluta superior a dez torna a prova inválida (Candeias, & Pires, 2014).

## 8.4 Escala de Autoconceito

A escala *Self Perception Profile* (SPP) de Susan Harter (1985), foi traduzida e adaptada para a população portuguesa no ano de 1995 por Alves Martins, Peixoto, Mata e Monteiro e caracteriza-se como sendo um questionário de autopreenchimento destinado a crianças entre os 8 e os 15 anos de idade (Felgueiras, 2011; Silva, 2009).

É uma escala que se divide em duas partes distintas, o perfil de auto percepção e a escala de importância, constituídas por um total de 36 e 10 itens, respetivamente. A primeira parte



subdivide-se em seis subescalas, sendo que cinco destas se referem a domínios específicos como: competência atlética, competência escolar, aceitação social, aparência física e atitude comportamental, e a sexta subescala diz respeito à avaliação da autoestima global (Felgueiras, 2011). Relativamente à escala de importância os itens que a constituem encontram-se divididos em dois itens referentes a cada um dos cinco domínios do perfil de auto percepção (Peixoto, & Mata, 1993).

A subescala referente à competência escolar aborda a forma como a criança se percebe perante a sua performance académica, da mesma forma a subescala de aceitação social engloba aspetos que avaliam a aceitação da criança pelos colegas e a forma como se descreve em termos de popularidade. Similarmente a subescala de competência física indica o modo como a criança se posiciona em relação a atividade desportiva e jogos ao ar livre. Para avaliar o grau de satisfação relativo ao aspeto corporal, utiliza-se a subescala de aparência física. Por fim o domínio da atitude comportamental indica-nos a percepção que a criança tem em relação ao modo como age perante determinada situação (Felgueiras, 2011). De entre as seis subescalas, apenas a subescala de competência física não foi integrada para análise de resultados.

O preenchimento é feito através de uma dupla escolha de forma a que sejam evitadas respostas socialmente desejáveis, assim sendo, todos os 46 itens da escala descrevem dois grupos de indivíduos e é pedido à criança que faça uma primeira escolha relativa ao tipo de indivíduo com que mais se identifica e posteriormente defina o grau de acordo para essa afirmação. Desta forma os itens são cotados numa escala de 1 a 4, atribuídos a uma baixa ou alta competência percebida, respetivamente (Felgueiras, 2011; Peixoto, & Mata, 1993).

## 8.5 d2 – Teste de Atenção

O d2 – Teste de atenção de Brickenkamp, com a adaptação portuguesa de Ferreira e Rocha em 2007, caracteriza-se como um instrumento de aplicação individual ou coletiva, que permite avaliar diversos aspetos da atenção seletiva e concentração de crianças a partir dos 8 anos de idade, adolescentes e adultos. Tendo em conta que a tarefa realizada pelo sujeito implica a escolha de um estímulo específico considera-se como um instrumento de cancelamento ou barragem (Brickenkamp, 2007).

A aplicação do instrumento tem uma duração aproximada de dez minutos, considerando o tempo de leitura das instruções e realização do item de treino. Nesta prova é pedido ao sujeito que em apenas 20 segundos assinale com um traço (/), o número máximo de figuras iguais ao modelo,



ou seja, letras “d” com um total de dois traços, que se encontram distribuídas aleatoriamente com letras “p” e letras “d” com mais e menos traços (Brickenkamp, 2007).

Através da sua análise, este teste permite avaliar duas componentes da atenção (concentrada e sustentada), além de nos transmitir informações acerca da rapidez de execução, produtividade e motivação, informações estas retiradas através da cotação do parâmetro total de caracteres (TC). O total de acertos (TA) é indicador da precisão e eficácia do sujeito na tarefa, enquanto que o total de eficácia (TE), calculado através da diferença entre o total de caracteres e o total de erros cometidos, permite avaliar o controlo da atenção e a relação entre a velocidade e meticulosidade aplicada na tarefa. O índice de concentração (IC), diferença entre o total de acertos e o total de erros tipo 2 (marcação de caracteres irrelevantes), avalia a capacidade de concentração do sujeito. O índice de variabilidade (IV), calculado pela diferença entre o máximo e mínimo de caracteres processados, indica a consistência e o desempenho do sujeito na execução da tarefa. Por fim, a percentagem de erros (E%), permite avaliar a meticulosidade e a qualidade do desempenho do sujeito (Brickenkamp, 2007). Para análise de resultados as informações utilizadas dizem respeito ao TE, IC e IV, sendo que os resultados de TC, TA e E% não foram apresentados.

O d2- Teste de atenção apresenta relativamente às qualidades psicométricas coeficientes de fiabilidade (*alpha de Cronbach*) com valores superiores para as variáveis total de caracteres, total de acertos, total de eficácia e índice de concentração. Inclusivamente, a percentagem de erros, com valores reduzidos em estudos de Brickenkamp, obteve coeficientes desejáveis relativamente à amostra portuguesa (Brickenkamp, 2007).

## 9 Programa de intervenção

Nas sessões de psicomotricidade é possível criar um espaço contentor através do movimento espontâneo, do jogo e da expressão, levando a que as crianças aprendam a transformar as sensações, os atos e os afetos em pensamentos, projetos e palavras (Veiga, 2012). Uma vez que tal como referem Lordani e Souza (2013), o jogo e ato de brincar fazem parte integrante do mundo da criança e permitem à mesma o acesso à aprendizagem, faz sentido que esta atividade seja desenvolvida e pensada nestas etapas de desenvolvimento. Ao brincar as crianças estabelecem noções de limites e regras, desenvolvem habilidades psicomotoras, constroem e assimilam conhecimentos do eu e da sua relação com os outros.

As sessões do presente estudo foram divididas em diferentes momentos, um momento inicial em que era dado a conhecer às crianças as atividades da sessão em vigor e registadas num



quadro. Por vezes, quando existiu necessidade era abordada alguma atividade da sessão anterior de forma a perceber se as crianças haviam explorado as competências trabalhadas na mesma.

Seguiam-se momentos lúdicos com atividades de *role play*, assertividade, cooperação e/ou competição, que eram alternados consoante os objetivos da própria sessão. Objetivos estes que se foram tornando mais específicos com a progressão do programa. Na fase inicial, foram promovidas as relações interpessoais e o heteroconhecimento, de forma a criar um vínculo entre os elementos do grupo. Após esta fase introduziram-se atividades com objetivos direcionados ao autoconhecimento emocional e autorregulação, nomeadamente na sessão número 6 (Apêndice 2), onde passaram a existir atividades mais relacionadas com o próprio, mas sempre mantendo atividades de reforço das relações interpessoais. Dinâmicas que implicavam o toque do outro foram também planeadas e realizadas numa fase em que já existia disponibilidade para tal por parte das crianças (Apêndice 3), sendo que atividades mais emocionais e de carácter mais pessoal com exposição ao grupo foram desenvolvidas principalmente na fase final do programa (Apêndice 4). No fim de cada sessão o grupo realizava uma reflexão (em grupo ou de forma mais individual) sobre o sentido e vivenciado nas atividades e de que forma é que essas questões poderiam ser transpostas para o quotidiano. Por vezes foi mesmo pedido às crianças que refletissem sobre determinado assunto fora da sessão e trouxessem exemplos da aplicabilidade da mensagem refletida ao seu dia a dia, ideias estas exploradas no início da sessão seguinte.

O final de cada sessão, antes do diálogo final, era destinado a um momento de relaxação através da qual se pretendia não só um retorno à calma como a consciência de sensações e sentimentos do próprio. Estes momentos tiveram por base a relaxação ativa de Samy Boski, sendo que a dificuldade das atividades foram também progredindo com o decorrer do programa. Inicialmente foram desenvolvidas atividades de relaxação que não implicavam o toque e na fase final foram introduzidos momentos realizados a pares ou com implicação do toque do outro.

## 9.1 O Role Play ou Role Playing Game

O *Role Play* ou *Role Playing Game* (RPG), pode ser traduzido como o jogo de interpretação de personagens. De forma mais detalha, RPG consiste na narração de histórias interativas em grupo, o que implica por sua vez a prática de imaginação, raciocínio, memória e socialização pelos participantes. Isto é, através destas estratégias, os participantes constroem cooperativamente uma narrativa que em seguida interpretam incorporando personagens da mesma (Cardoso, 2009; Carvalho, 2013).



Esta narrativa é construída de acordo com uma situação específica, como se fosse uma simulação da realidade, colocando os participantes diante de determinados condicionamentos e constrangimentos do quotidiano (e.g., pressão, motivação) que são assim encarados não na perspetiva pessoal mas sim do personagem (Cardoso, 2009; Carvalho, 2013).

## 9.2 Assertividade

A assertividade desempenha um papel alternativo a comportamentos de agressividade ou passividade. Não é uma característica transversal a todas as culturas, uma vez que nem todas defendem a perspetiva europeia e norte-americana (Cunha, & Tourinho, 2010). Por vezes comportamentos considerados agressivos ou desrespeitosos noutras culturas, à luz dos países ocidentais são abordados como assertivos (Cunha, & Tourinho, 2010).

A assertividade permite a adequação da resposta da criança ao contexto. A aquisição de um comportamento assertivo, por sua vez, favorece a aquisição de competências de civismo, autocontrolo e de adequada expressão emocional. Esta característica permite às crianças defenderem os seus princípios, direitos, valores e crenças, de uma forma livre e direta sem interferir nos direitos de outros sujeitos (Bortolini, 2013). Uma falha da capacidade assertiva pode levar ao isolamento, frustração, ideia negativa da identidade e falta de controlo emocional, entre outros (Bortolini, 2013)

## 9.3 Cooperação e competição

As atividades de cooperação e competição surgem muitas vezes de forma conjunta, ainda que as práticas de cada uma delas se diferencie (Silva, & Silva, 2012).

A cooperação é designada por um processo no qual existe um objetivo comum entre os sujeitos que realizam a atividade e a ação se torna benéfica para todos. Contrariamente, na competição os benefícios podem não chegar a todos os sujeitos e trata-se de um processo no qual os objetivos são exclusivos de cada sujeito (Silva, & Silva, 2012).

A competição não exige processos de interação (embora possam existir) e implica a atribuição de papéis, a quem ganha e a quem perde, levando assim à união dos sujeitos, ainda assim permite que estes, se a atividade for devidamente refletida, se coloquem no lugar do outro enquanto vencedores ou derrotados (Silva, & Silva, 2012).



## 9.4 Relaxação

A Psicomotricidade enquanto técnica de mediação corporal integra diferentes metodologias sejam elas o jogo (espontâneo, simbólico) ou a mediação através da relaxação. A relaxação consiste numa conduta terapêutica, reeducativa ou educativa, que utiliza técnicas específicas que atuam nos aspetos tónicos da personalidade (Motay, 2015). A relaxação em grupo desenvolve-se a vários níveis, nomeadamente, na relação da criança com ela mesma, nas experiências corporais e representações, regulados consoante a relação dual com o terapeuta (Thoret, Carrié, Pradère, Serre, & Moro, 2006).

Neste estudo recorreu-se à utilização do método de relaxação ativa na escola de Samy Boski. A relaxação ativa foi inicialmente apresentada por Maurice Martenot e Christine Saito e ao contrário das comuns práticas de relaxação, esta não se destina ao âmbito terapêutico, mas sim a proporcionar àquele que a pratica uma melhor qualidade de vida, não se direcionando por isso a uma população em específico.

Já desde 1990, Boski referia o excesso de estímulos a que, dia a dia, as crianças e jovens estão sujeitos, referindo-se às mesmas como “vítimas de uma sociedade que as agride em permanência”, afirmando que os meios audiovisuais são responsáveis pelo “estado de excitação permanente” e ainda pela constante instabilidade e desatenção dos mesmos. Torna-se, por isso, importante ensinar às crianças e jovens capacidade de tomarem consciência do seu estado de tensão, seja este corporal ou mental e contornar este estado através de exercícios de relaxação, associados a uma respiração natural, que segundo este autor lhes permitem um melhor conhecimento próprio e a diminuição da agitação nervosa.

## 10 Análise estatística

De forma a manter o anonimato de todos os participantes do estudo, após as recolhas de dados (pré-teste e pós-teste), os mesmos foram codificados e introduzidos numa base de dados do programa de estatística, SPSS 24 (Statistical Package for Social Sciences, IBM, Armonk: NY, EUA) para posterior análise descritiva e dedutiva.

De forma a obter a estatística descritiva das variáveis em estudo, realizaram-se os cálculos das médias, desvio padrão e intervalos de confiança (IC) de 95%. A normalidade e homogeneidade de variâncias foram testadas através dos testes de *Shapiro-Wilk* e *Levene*, respetivamente.



Os testes para avaliar as diferenças entre os grupos no mesmo momento (avaliação intergrupo) e o mesmo grupo após as 11 semanas de intervenção (avaliação intragrupo), foram realizados consoante as variáveis fossem paramétricas ou não paramétricas. Assim, para avaliar as diferenças intergrupos no momento da avaliação inicial recorreu-se ao teste-*t* de amostras independentes (para variáveis paramétricas) e à sua alternativa não paramétrica, teste *Mann-Whitney*. As alterações intragrupo, para o GE e GC, entre o momento de avaliação inicial e final, foram calculadas através do teste-*t* para amostras emparelhadas (para variáveis paramétricas) e do teste Wilcoxon (como alternativa não paramétrica).

Sendo que a maioria das mudanças entre o pré e pós-testes seguiam uma distribuição normal e de forma a averiguar se o GE e GC apresentaram diferenças estatisticamente significativas após 20 sessões de intervenção psicomotora, realizou-se a análise de covariância – ANCOVA, com os valores da avaliação inicial como covariável. De referir que a ANCOVA é muito robusta a violações da normalidade (Rutherford, 2001). Os tamanhos de efeito são relatados através do Eta parcial-quadrado ( $\eta_p^2$ ), com valores de corte de .01, .06, e .14 para pequenos, médios e grandes efeitos, respetivamente (Cohen, 1988). O valor de significância foi de  $p \leq .05$  para todos os testes.



Serão de seguida apresentados os resultados dos efeitos do programa de intervenção psicomotora nas competências socioemocionais e cognitivas de crianças em idade escolar.

### *Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*

A *Tabela 4* sintetiza os resultados obtidos no SDQ. Através dos resultados obtidos pela análise intergrupos, constatou-se que o GE e GC apresentavam diferenças significativas no momento da avaliação inicial nas subescalas de hiperatividade ( $t=-2.832, p=.002$ ) e problemas de relação com os colegas ( $U= 102, p=.002$ ).

Verificou-se que todas as subescalas apresentavam diferenças estatisticamente significativas pela análise de covariância após 11 semanas de intervenção. Estes resultados traduzem-se em alterações das capacidades de regulação emocional, agitação psicomotora e na relação com os outros.

A subescala problemas de comportamento apresentava diferenças estatisticamente significativas ( $p=.007$  e  $\eta_p^2 = .223$ ), o que indica efeitos do programa na diminuição dos valores médios do GE comparativamente ao GC, no qual os valores médios sofreram um acréscimo. O decréscimo destes valores médios, no GE, traduz-se numa diminuição dos comportamentos agressivos e num aumento dos comportamentos assertivos das crianças, uma vez que valores mais elevados nesta subescala revelam valores mais elevados, cotados como verdade, em questões como “Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras” ou “Luta frequentemente com as outras crianças...”.

De forma semelhante na escala hiperatividade, o GE apresentou um decréscimo nos valores médios e o GC um aumento dos mesmos, sendo demonstrado pelos valores da análise de covariância ( $p<.001$  e  $\eta_p^2=.414$ ) efeitos positivos do programa. A redução destes resultados indica benefícios ao nível de comportamentos que transmitem irrequietude, desatenção e agitação psicomotora.

A subescala problemas de relação com os colegas apresentou também diferenças estatisticamente significativas após a intervenção ( $p=.010$  e  $\eta_p^2=.210$ ), com uma diferença dos valores médios negativa para o GE e positiva no GC. A diminuição dos valores desta subescala traduz melhorias nos comportamentos de socialização, isto é, indica o aumento de comportamentos com menor tendência ao isolamento e uma melhor interação social.





No geral, os valores destas subescalas sofreram alterações positivas relativamente ao grupo de controlo após a aplicação do programa o que sugere benefícios ao nível dos problemas externalizados das crianças.

Tabela 4 – Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do *Strengths and Difficulties Questionnaire*

Variável	Grupo	Pré-teste (m±dp)	Pós-teste (m±dp)	≠m(IC 95%)	<i>p</i> <sup>a</sup>
<b>Problemas de Comportamento</b>	GE	1.33±1.11	.87±.83	-.47(-1.22, .284)	.007
	GC	1.88±1.50	2.35±1.62	.47(-.46, 1.40)	
<b>Hiperatividade</b>	GE <sup>†</sup>	3.53±1.89	2.93±1.98	-.60(-2.09, .89)	<.001
	GC	5.59±2.18	5.76±1.60	.18(-1.5, 1.8)	
<b>Problemas de relação com os colegas</b>	GE <sup>‡</sup>	1.07±1.10	1.00±1.20	-.07(-.78, .64)	.010
	GC	3.29±2.39	3.41±2.62	.12(-1.78,2.01)	

Nota: GE = Grupo Experimental, GC = Grupo de Controlo

IC= Intervalo de confiança

<sup>a</sup> Valores de *p* referentes às análises de variância (ANCOVA)

<sup>†</sup> *p*< .05 por comparação com o grupo de controlo no pré-teste (teste- *t* de amostras independentes)

<sup>‡</sup> *p*<.05 por comparação com o grupo de controlo no pré-teste (teste *Mann-Whitney*)

## d2 – Teste de atenção

Relativamente aos valores referentes ao d2-Teste de atenção (Tabela 5), foi possível verificar através da análise de covariância que não existiram efeitos do programa de intervenção na capacidade de atenção (concentrada e sustentada) na comparação do GE com o GC. Ainda assim, analisando os valores médios relativos aos percentis obtidos, pode verificar-se que em todas as subescalas ocorreu um acréscimo dos mesmos para o GE e um decréscimo no GC. Sendo que um acréscimo nos valores de percentil sugere melhorias na atenção e concentração dos sujeitos.



Estes valores demonstraram alterações significativas pela análise intragrupo (GE) entre o pré e pós-teste, nas subescalas total de eficácia ( $z = -2.205, p = .027$ ) e índice de concentração ( $z = -2.133, p = .033$ ), o que se traduz em alterações positivas nestas componentes. Ainda assim, os valores de mudança entre o GE e GC não traduzem alterações suficientes para que os resultados da ANCOVA se revelem significativos.

Tabela 5- Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do d2-Teste de atenção

Variável	Grupo	Pré-teste (m±dp)	Pós-teste (m±dp)	Δm (IC 95%)	p <sup>a</sup>
Total de eficácia	GE	52.40±30.27	76.13±24.02	23.73(2.74, 44.72) <sup>‡</sup>	.101
	GC	62.35±22.30	60.24±26.97	-2.12 (-20.40, 16.16)	
Índice de concentração	GE	52.33±34.73	77.13±22.21	24.80(3.25, 46.35) <sup>‡</sup>	.113
	GC	65.00±17.68	63.24±24.85	-1.77(-18.05, 14.52)	
Índice de variabilidade	GE	40.73±27.08	40.80±34.64	.07(-16.43, 16.56)	.301
	GC	51.94±28.44	30.87±27.85	-21.12(-44.07, 1.84)	

Nota: GE= Grupo Experimental, GC= Grupo de Controlo

IC= Intervalo de confiança

<sup>a</sup>Valores de  $p$  referentes às análises de variância (ANCOVA)

<sup>‡</sup> $p < .05$  para valores intragrupo do pré para o pós-teste (teste Wilcoxon)

## Questionário de Inteligência Emocional

Na análise à Tabela 6 foi possível concluir que apenas a subescala referente às competências intrapessoais apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos após 11 semanas de intervenção ( $p = .033$  e  $\eta_p^2 = .147$ ). Analisando os valores médios dos grupos para esta subescala, verificou-se um aumento dos valores no GE, o que traduz efeitos benéficos ao nível da aptidão de expressar as próprias necessidades e sentimentos.



Os resultados das restantes subescalas não revelaram alterações estatisticamente significativas após a intervenção, ainda assim os valores médios do GE sofreram acréscimos e o GC decréscimos. Analisando as variáveis em questão, pode relatar-se que valores médios mais elevados traduzem-se em alterações positivas nestas variáveis, que por sua vez, se encontram relacionadas com subcomponentes das mesmas como são exemplos a empatia, as relações interpessoais, a tolerância ao stress, a capacidade de gestão dos problemas, entre outros.

*Tabela 6- Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do Questionário de Inteligência Emocional*

Variável	Grupo	Pré-teste (m±dp)	Pós-teste (m±dp)	Δm (IC 95%)	p <sup>a</sup>
<b>Intrapessoal</b>	GE	2.74± .37	2.90±.54	.16(-.24,.55)	.033
	GC	2.56± .65	2.56±.29	.00(-.35,.36)	
<b>Interpessoal</b>	GE	3.46± .19	3.49±.36	.03(-.19,.25)	.156
	GC	3.19± .47	3.17±.63	-.02(-.35,.36)	
<b>Gestão de Stresse</b>	GE	2.86± .48	2.89±.54	.29(-.43,.49)	.182
	GC	2.75± .40	2.69±.30	-.07(-.29,.16)	
<b>Adaptabilidade</b>	GE	3.05± .26	3.05±.48	.00(-.27,.27)	.366
	GC	2.98± .40	2.85±.59	-.12(-.46,.22)	

*Nota:* GE = Grupo Experimental, GC = Grupo de Controlo

\*Valores expressos em média ±desvio-padrão

IC= Intervalo de confiança

<sup>a</sup> Valores de *p* referentes às análises de variância (ANCOVA)

### ***Self Perception Profile***

Todas as subescalas (Tabela 6), à exceção da referente aos valores de atitude comportamental, apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre GE e GC no momento da avaliação inicial, com o GE a apresentar valores mais elevados. Através do teste-*t* de amostras independentes, obtiveram-se os valores da avaliação intragrupo das subescalas



competência escolar ( $t= 2.213, p=.035$ ) e aceitação social ( $t=3.816, p= .001$ ) e com recurso ao teste *Mann-Whitney*, recolheram-se os valores referentes às subescalas aparência física ( $U= 66.5, p=.020$ ) e autoestima ( $U= 52, p=.004$ ).

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o GE e o GC após 11 semanas de intervenção em todas as subescalas que compõe o SPP, com valores de efeito considerados grandes como na competência escolar em que  $\eta_p2=.391$ , aceitação social com  $\eta_p2=.183$ , aparência física  $\eta_p2=.236$ , atitude comportamental  $\eta_p2 = .126$  e ainda efeitos na autoestima sendo o  $\eta_p2 =.304$ . Foi possível observar-se, portanto, alterações nos valores médios das referidas subescalas que na maioria dos casos sofreram acréscimos para o GE, o que supõe mudanças positivas na forma como os indivíduos deste grupo se percebem nas diferentes componentes e na autoestima dos mesmos. Uma vez que a ANCOVA utiliza os valores da avaliação inicial como covariável, pode admitir-se que as alterações ocorridas e consideradas estatisticamente significativas se deveram à intervenção propriamente dita.



Tabela 7 – Estatística descritiva do pré e pós-teste, diferenças dos valores médios e resultados após 11 semanas de intervenção das subescalas do Self Perception Profile

Variável	Grupo	Pré-teste (m±dp)	Pós-teste (m±dp)	Δm(IC 95%)	p <sup>a</sup>
<b>Competência escolar</b>	GE	3.04± .53 <sup>†</sup>	3.22± .56	.18(-.34, .70)	<.001
	GC	2.58± .64	2.58± .45	.01(-.45, .46)	
<b>Aceitação social</b>	GE	3.33± .38 <sup>†</sup>	3.37± .53	.04(-.31, .39)	.016
	GC	2.68± .55	2.66± .49	-.03(-.33, .28)	
<b>Aparência física</b>	GE	3.50± .64 <sup>‡</sup>	3.50± .29	.00(-.37, .38)	.006
	GC	3.12± .76	3.01± .54	-.12(-.60, .36)	
<b>Atitude Comportamental</b>	GE	2.95± .34	3.07± .43	.13(-.15, .40)	.050
	GC	2.86± .48	2.76± .40	-.10(-.39, .19)	
<b>Autoestima</b>	GE	3.69± .30 <sup>‡</sup>	3.73± .30	.03(-.24, .30)	.001
	GC	3.14± .67	3.13± .46	-.00(-.39, .38)	

Nota: GE = Grupo Experimental, GC = Grupo de Controlo

\*Valores expressos em média ±desvio-padrão

IC= Intervalo de confiança

<sup>a</sup> Valores de *p* referentes às análises de variância (ANCOVA)

<sup>†</sup> *p*< .05 por comparação com o grupo de controlo no pré-teste (teste-*t* de amostras independentes)

<sup>‡</sup> *p*<.05 por comparação com o grupo de controlo no pré-teste (teste *Mann-Whitney*)



O presente estudo teve como objetivo averiguar os efeitos de uma intervenção psicomotora ao nível das competências socioemocionais (regulação emocional, relações interpessoais, autoconceito e autoestima) e das competências cognitivas (a atenção/concentração). Embora as competências socioemocionais e cognitivas sejam muito estudadas nas suas relações com diversos parâmetros, que seja do nosso conhecimento e com base na pesquisa realizada, não existem estudos que avaliem os efeitos da intervenção psicomotora nas variáveis acima mencionadas numa amostra com idades compreendidas entre os 10 e 12 anos.

De um modo geral os resultados indicam efeitos positivos nas variáveis de estudo após 11 semanas de intervenção psicomotora, considerando-se assim esta prática como uma mais valia na estimulação de competências socioemocionais e cognitivas, principalmente na relação com os pares, na autoperceção e na autoestima.

Observando os valores relativos ao SDQ, foi possível observar que existem valores estatisticamente significativos em todas as subescalas avaliadas (problemas de comportamento, hiperatividade e problemas de relação com os colegas), que se traduzem em alterações positivas no comportamento, emoções e nas relações interpessoais (Fleitlich, Loureiro, Fonseca, & Gaspar, 2005). Desta forma é possível afirmar que a prática psicomotora realizada, com recurso a diferentes tipos de jogos lúdicos, teve efeitos nas relações interpessoais, demonstrado através do valor do tamanho do efeito, neste caso considerado grande em todas as subescalas. Estes resultados vão ao encontro ao referido em estudos de diversos autores que mencionam que a diversidade de jogos é um elemento potencializador no que respeita a questões do desenvolvimento e de relações interpessoais (Amaral, 1991; Medeiros, Carvalho, Silva, Prado, & Prado, 2005).

Os jogos cooperativos podem também ter sido um forte elemento desencadeador das relações interpessoais. Tal como refere Mendes, Silva e Reis (2016), os jogos com base na cooperação são uma importante fonte de promoção das competências sociais, e das habilidades de convivência. Também Santos (2016), refere que no seu estudo o recurso a ferramentas lúdica conduziu a efeitos positivos traduzidos por uma melhoria das qualidades de relações com os pares, além do desenvolvimento de comportamento de colaboração e empatia. Paralelamente, Silva e Silva (2012) referem que jogos competitivos permitem o desenvolvimento de relações interpessoais, uma vez que desenvolvem a capacidade individual de manusear a inteligência coletiva.

Analisando detalhadamente os resultados do teste SDQ, pôde observar-se que em todas as subescalas, a diferença entre os valores médios apresentaram valores negativos, relativamente ao



GE, o que significa um decréscimo nos valores médios deste grupo após a intervenção. Revendo os valores normativos do teste em questão, pôde verificar-se que a média inicial deste grupo integrava-se dentro do intervalo de valores considerados como “normais” e ainda assim após a intervenção contempla valores mais reduzidos, o que revelam uma melhoria neste parâmetro. Por outro lado, o grupo de controlo para estas mesmas subescalas apresentou um aumento dos valores médios, sendo que na escala problemas de comportamento e subescala de problemas de relação com os colegas encontraram-se dentro da categorização normal (em ambas as avaliações) e na subescala hiperatividade valores limítrofes (em ambos os momentos) ainda assim é de referir que apesar de existirem diferenças nos valores médios estas alterações não são estatisticamente significativas.

Relativamente ao d2-teste de atenção, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na análise de covariância, o que significa não existem diferenças entre os grupos pós 11 semanas de intervenção. Analisando as atividades desenvolvidas em sessão e os objetivos específicos das mesmas, os resultados deste teste eram de algum modo espectáveis, isto é, sendo que em sessão se desenvolveram mais questões emocionais e comportamentais é perceptível que não existam alterações cognitivas resultantes da intervenção. Apesar disso é possível verificar que existiram diferenças estatisticamente significativas nas subescalas total de eficácia e índice de concentração, relativamente ao GE, entre o pré e pós-teste.

Assim é possível verificar que existiram diferenças no GE ao nível do controlo da atenção, meticulosidade empregue na tarefa e concentração. Observando as subescalas podemos verificar que ocorreram diferenças positivas nas médias do grupo experimental, principalmente ao nível do índice de concentração, e índice de variabilidade, que nos dão informações sobre a capacidade de concentração e meticulosidade empregue na tarefa.

No Questionário de Inteligência Emocional apenas a subescala intrapessoal obteve diferenças estatisticamente significativas e um considerável tamanho do efeito da intervenção, o que se traduz por alterações ao nível do autoconhecimento, assertividade e autoconsideração. Revendo o programa de intervenção é possível observar que o programa integrou atividade de assertividade o que poderá ter sido um fator influente nos resultados desta subescala.

Em concordância com a alteração anterior relativamente a fatores de autoperceção e autoconsideração, os resultados do SPP apresentaram valores estatisticamente significativos em todas as subescalas, à exceção da subescala atitude comportamental, o que traduz efeitos positivos do programa de intervenção psicomotora no autoconceito e na autoestima.

De forma semelhante ao que se constata nestes resultados, Mendes, Silva e Reis (2016) afirmam que jogos cooperativos permitem a promoção da autoestima e, portanto, conduzem ao



aumento da confiança pessoal. Também Nodário, Pozzobon, Scariot, Silva e Gonçalves (2006), afirmam que o brincar representa uma fonte de conhecimento sobre o mundo e sobre si, levando consecutivamente a um desenvolvimento do autoconceito.

Analisando os resultados em geral notamos que existiram alterações principalmente ao nível das competências socioemocionais, o que vai de acordo com o trabalhado nas sessões em que a intervenção se desenvolveu no sentido de trabalhar o corpo em relação com o outro e conseguir pensar e adequar a forma como se pode reagir em conformidade em diferentes situações. Assim, as alterações ao nível da hiperatividade, relações com os pares, problemas de comportamento eram esperados e revelam-se congruentes com o desenvolvido em sessão.

A relaxação, desenvolvida em todas as sessões, terá desempenhado um papel importante nestas competências uma vez que trabalhar o corpo através desta técnica, permite a vivência mais aprofundada e refletida das sensações e sentimentos do sujeito, e simultaneamente promove o desenvolvimento da consciência e conhecimento pessoal, estando estes dois últimos aspetos relacionados com o autoconceito (Potel, 2007). O autoconceito por sua vez está relacionado com a autoestima, aspetos nos quais ocorreram também alterações significativas no sentido positivo de desenvolvimento dos mesmos após a intervenção.

Um outro aspeto que toma um importante papel e deve ser tido em conta na análise dos resultados é o fator grupo, isto é, de que forma é que o facto da intervenção ter sido realizada em grupo permite o desenvolvimento das competências socioemocionais e cognitivas. Tal como já referido anteriormente e como referem Romo, Bigot, Aubry, Djordjian e Adès, (2004), o grupo tem um importante papel na regulação emocional da criança, permite-lhe compreender melhor as funcionalidades afetivas e transmite sentimentos de aceitação e escuta de si. Desta forma, é possível que o desenvolvimento de aspetos relacionados com a regulação emocional ou melhores resultados relativamente às relações com os outros, possam surgir devido a este fator.

A faixa etária da amostra pode também ser um fator importante nas melhorias verificadas no GE. De facto, a pré-adolescência é referida por Macedo e Sperb (2013) como o período mais indicado para o desenvolvimento de programas de promoção de prevenção de saúde, uma vez que se trata de uma etapa em que os comportamentos que comprometem este estado são mais facilmente modificáveis.

De referir que os valores dos resultados na avaliação inicial em todas as subescalas analisadas, se encontram dentro dos valores normais e esperados, tratando-se de uma amostra com desenvolvimento típico, sendo esta uma intervenção de base preventiva pretendeu-se apenas estimular a aquisição de competências previamente adquiridas.





O presente estudo teve algumas limitações. A principal limitação foi o acesso aos instrumentos de avaliação. Houve uma necessidade inicial em alterar os instrumentos o que consecutivamente atrasou o processo de recolha nas avaliações iniciais. Assim as sessões tiveram início mais tardiamente, pelo que de forma a ser possível terminar o estudo nos prazos previstos não foram realizadas as 24 sessões propostas, mas sim 20 sessões de intervenção. Tal, também se deveu ao facto de o período de estudo integrar o intervalo de férias escolares em tempo de pascoa e posteriormente o fim do ano letivo. Outra limitação, foi o facto de não ter sido possível formar o grupo de controlo apenas com elementos do CEN+, devido ao reduzido número de elementos voluntários, o que levou à necessidade de este ser constituído por crianças do CEN+ e do CEAN, o que levou a uma divisão por conveniência da amostra.

Uma vez que não foi possível, por questões de disponibilidade horária das crianças, separar o GE em dois grupos de forma a realizar sessões com menos participantes, estas integraram 15 crianças o que em alguns momentos pode ter influenciado a atenção e disponibilidade por parte da psicomotricista para com os mesmos.

Para futuros estudos sugere-se que as sessões sejam realizadas com um menor número de crianças por sessão e que a divisão da amostra seja realizada de forma aleatória. Recomenda-se o prolongamento do tempo de estudo e a aplicação de instrumentos de avaliação distintos bem como avaliação de outras variáveis relacionadas com as estudadas. Pode sugerir-se também uma intervenção direcionada a competências cognitivas através da prática psicomotora, de forma a averiguar se é possível existirem resultados nestes parâmetros. Por último, sugere-se a replicação do presente estudo com um maior número de participantes.



## VI. Conclusão

O presente trabalho teve como objetivos estudar os efeitos de uma intervenção psicomotora (baseada em mediações por meio do jogo assertivo, cooperativo e competitivo e através da relaxação ativa ), na *regulação emocional*, nas *relações interpessoais*, no *autoconceito* e *autoestima* e na *atenção/concentração*.

Através da análise dos resultados do presente estudo é possível constatar que a implementação de um programa de intervenção psicomotora permite a melhoria de parâmetros socioemocionais, nomeadamente ao nível da *regulação emocional*, observáveis através de melhorias em parâmetros como problemas de comportamento e hiperatividade no GE. Relativamente à variável *relações interpessoais*, existiram também resultados favoráveis para este grupo demonstrados através dos valores referentes aos problemas de relação com os colegas. São evidentes os benefícios relativamente ao *autoconceito* e à *autoestima*, sendo que estes se podem refletir nos parâmetros físicos, académicos, sociais e comportamentais.

As competências cognitivas, nomeadamente ao nível da *atenção/concentração*, sofreram alterações significativas na avaliação intragrupo no GE após a implementação do programa psicomotor, ainda assim estas mudanças não foram suficientes para que os resultados de comparação entre os dois grupos obtivessem um impacto significativo.

Os resultados deste estudo sugerem então que a prática psicomotora deve ser tida em conta na intervenção de âmbito preventivo, no que respeita ao estímulo de competências de *regulação emocional*, *autoconceito* e *autoestima*. As implicações clínicas destes resultados podem ser importantes, uma vez que a falha na aquisição destas competências pode levar a uma falha na construção da identidade da criança que consecutivamente abarca problemas de outros âmbitos, entre eles relacionais e cognitivos.



- Aguiar, O. X. De, & Simão, L. M. O. (2007). Psicomotricidade e sua relação com a inteligência e a emoção. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 9. Retrieved from [http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/etwtoflbuszfhh4\\_2013-5-10-16-20-56.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/etwtoflbuszfhh4_2013-5-10-16-20-56.pdf)
- Amaral, L. (1991). A integração social e suas barreiras: representações culturais do corpo mutilado. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 2(4), 188–195.
- Augestad, L. B. (2017). Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review. *Cogent Psychology*, 28, 1–12. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1319652>
- Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 1(28–29), 17–26.
- Bortolini, M. (2013). O desenvolvimento da habilidade de assertividade e a convivência na escola : relato de experiência. *Psicologia Em Revista*, 19, 373–388.
- Boscaini, F., & Saint-cast, A. (2010). L ' expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 4(49), 78–88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Boski, S. (1990). *A relaxação activa na escola e em casa*. Paris: Copyright, Ed.
- Brickenkamp, R. (2007). *D2 Teste de Atenção* (1st ed.). Lisboa: Cegoc-Tea.
- Candeias, A., & Pires, H. (2014). *Questionário de Inteligência Emocional para alunos de 6-18 anos*. Évora.
- Cardoso, A. (2009). *O Role Play como ferramenta no desenvolvimento das competências comunicativas dos alunos do ensino básico*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Carvalho, E. (2003). *Tendências da Educação Psicomotora Sob o Enfoque Walloniano*. *Psicologia Ciência E Profissão*, 23(3), 84–89.
- Carvalho, V. (2013). *O Role Playing Game Pedagógico e a Socialização de alunos com Síndrome Alcoólica Fetal : um estudo sobre a prática educacional*. (Tese de Doutoramento não publicada). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Cisler, J., Olatunji, B., Feldner, M., & Forsyth, J. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68–82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>. Emotion



- Coelho, A., Marchante, M., Sousa, V., & Maria, A. (2015). Validação do questionário autoconceito forma 5 numa amostra de crianças e adolescentes portugueses. *Internacional Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 67–78.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser, Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cunha, V., & Tourinho, E. (2010). Assertividade e autocontrole: interpretação analítico-comportamental. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 26(2), 295–304. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200011>
- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(3), 139–45. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000300005>
- Damáσιο, A. (2000). *O sentimento de si. Corpo, emoção e consciência (1ª Edição)*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Denham, S., Mckinley, M., Couchoud, E., & Holt, R. (1990). Emotional and Behavioral Predictors of Preschool Peer Ratings. *Society for Research in Child Development*, 61, 1145–1152.
- Elliott, E. A., & Jacobs, A. M. (2013). Facial expressions, emotions, and sign languages. *Frontiers in Psychology*, 4, 4–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00115>
- Felgueiras, M. D. S. F. (2011). *Obesidade na adolescência : a repercussão no autoconceito e o fenómeno da violência escolar*. Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/8816>
- Fernandes, J. (2012). *Abordagens emergente...em psicomotricidade...* In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade abordagens emergentes (1ª Edição)*, pp. 1–12). Brasil: Manole.
- Fernandes, J. (2015). *Das abordagens emergentes em Psicomotricidade*. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora (1ª Edição)*, pp. 19–28). Rio de Janeiro: Editora Wak.
- Ferreira, C., & Rocha, A. M. (2007). *Manual D2- Teste de Atenção*. (Cegoc, Ed.). Lisboa.
- Ferreira, M., Bento, M., Chaves, C., & Duarte, J. (2014). The impact of self-concept and self-esteem in adolescents' knowledge about HIV / AIDS. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112 (Icepsy 2013), 575–582. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.01.1204>
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). *Strengths and Difficulties Questionnaire.org*. Retrieved from [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org).



- Fonseca, V. (2005 a). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005 b). *Psicomotricidade : uma visão pessoal*. *Construção Psicopedagógica*, São Paulo, 18(17), 42–52.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora. Significação Psiconeurológica dos seus Factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Franco, M., & Santos, N. (2015). *Desenvolvimento da Compreensão Emocional*. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 31, 339–348.
- Frank, M. A. (2017). *Excel at Life. The Pillars of the Self-Concept: Self-Esteem and Self-Efficacy*, pp. 1–7.
- Ganciu, M. (2013). *Psychomotricity - a complex function to control human behavior*. *International Journal of Education and Research*, 1(11), 1–10.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Matos, M., Leal, I., & Ferreira, A. (2010). *Estudo da Auto-Estima em crianças e adolescentes portugueses: impacto de factores sociais e pessoais*. *Revista amazônica*, V, 57–83.
- Gatti, B. (1997). *Laboratorio Latioamericano de Evaluación de la calidad de la educación*. (UNESCO, Ed.). UNESCO.
- Gondim, S., & Andrade, J. (2009). *Regulação emocional no trabalho: um estudo de caso após desastre aéreo*. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 29(3), 512–533. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300007>
- Gondim, S., Morais, F., & Brantes, C. (2014). *Competências socioemocionais: fator-chave no desenvolvimento de competências para o trabalho*. *Revista Psicologia: Organizações E Trabalho*, 14(4), 394–406.
- Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Gravel, S., & Tremblay, J. (2005). *Développer l'intervention en psychomotricité*. (Tréfié, Ed.).
- Håkansson, J., & Montgomery, H. (2003). *Empathy as an interpersonal phenomenon*. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(3), 267–284.
- Heckman, J., & Kautz, T. (2013). *Fostering and measuring skills: Interventions that improve character and cognition*. *NBER Working Paper Series*, XXXIII (2), 81–87. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hochman, B., Nahas, F., Filho, R., & Ferreira, L. (2005). *2. Desenhos de pesquisa*. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(2).



- Johnstone, B., & Levitt, T. (2009). The Assessment and rehabilitation of attention disorders. In B. Johnstone & H. Stannigton (Eds.), *Rehabilitation of neuropsychological disorders*. United States of America: Taylor & Francis Group.
- Kohler, L., & Moura, F. (2013). O desenvolvimento do indivíduo nas perspectivas de Piaget e Vygotsky. *Revista Catarse*, 223–234.
- Laura, M., Stelzer, F., Vernucci, S., Canet, L., Ignacio, J., & Navarro, I. (2017). Regulación emocional y habilidades académicas : relación en niños de 9 a 11 años de edad. *Suma Psicológica*, 4, 79–86.
- Lee, T., Dolan, R. J., & Critchley, H. D. (2008). Europe PMC Funders Group Controlling Emotional Expression: Behavioral and Neural Correlates of Nonimitative Emotional Responses. *Cereb Cortex*, 18(1), 104–113. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm035>. Controlling
- Lordani, S. & Souza, A. (2013). A psicomotricidade no desenvolvimento integral da criança. In *XI Congresso Nacional De Educação*. Curitiba.
- Losivaro, M. (2012). Psicomotricidade e estresse. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade abordagens emergentes* (1ª Edição, pp. 58–71). Brasil: Manole.
- Luce, A., & Tremblay, H. (2013). La régulation des émotions par le coping chez les enfants et adolescents de sept à 16 ans placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(2), 93–100. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.01.001>
- Ma, H. K. (2012). Social Competence as a Positive Youth Development Construct: A conceptual Review. *The Scientific World Journal*, 2012. <https://doi.org/10.1100/2012/287472>
- Mastrascusa, C., & Franch, N. (2016). *Corpo em movimento corpo em relação*. (Evangraf, Ed.). Porto Alegre.
- Medeiros, M., Carvalho, L. B. C., Silva, T. A., Prado, L. B. F., & Prado, G. F. (2005). Sleep disorders are associated with impulsivity in school children aged 8 to 10 years. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(3 B), 761–765. <https://doi.org/S0004-282X2005000500008>
- Mendes, M., Silva, M., & Reis, L. (2016). *Dspace. Os Jogos Cooperativos: Sua Colaboração Na Integração E Convivência De Participantes De Um Projeto De Esportes Náuticos Acad.*
- Mesárosová, M., & Mesáros, P. (2012). Learning to learn competency and its relationship to cognitive competencies of university students. *Elsevier*, 46, 4273–4278. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.240>
- Motay, D. (2015). *E ? Collège Sciences de la Santé Institut de Formation en Psychomotricité Mémoire en vue de l' obtention*. Université de Bordeaux.



- Motta, D., Falcone, E., Clark, C., & Manhães, A. (2006). Práticas educativas positivas favorecem o desenvolvimento da empatia em crianças. *Psicologia Em Estudo*, 11(3), 523–532.
- Nodário, S., Pozzobon, K., Scariot, I., Silva, R., & Gonçalves, S. (2006). A Importância Do Brincar No Desenvolvimento Da Criança. *Responsabilidade Socioambiental*, 1–9.
- Oliveira, L., & Bagagi, P. (2009). Psicomotricidade E Desenvolvimento Motor Na Pré-Escola. *Revista Científica Eletronica de Psicologia*, 13.
- Pavão, S. (2003). *Competência Emocional : Um enfoque reflexivo para a prática pedagógica*. Universidade de Barcelona.
- Pavarino, M., Prette, A., & Prette, Z. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. *Psico*, 36(2), 127–134.
- Peixoto, F., & Mata, L. (1993). Efeitos da Idade , Sexo e Nível Sócio- -Cultural no Auto-Conceito. *Análise Psicológica*, 3(XI), 401–413.
- Pereira, C., Soares, L., Alves, D., Cruz, O., & Fernandez, M. (2014). Conhecer as emoções: a aplicação e avaliação de um programa de intervenção. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 19(2), 102–109. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200002>
- Pfeifer, L. (2009). Body perception of preschoolers children : a psychomotricity purpose. *Revista Do Nufen*, 1(November), 155–170.
- Piaget, J. (1999). *Seis Estudos de Psicologia (24aedição)*. Brasil: Copyright.
- Pikunas, J. (1981). *Dsenvolvimento Humano - Uma ciência emergente (Terceira E)*. São Paulo: Copyright.
- Pinho, V. (2010). Cognição na infância : comparações entre recentes pesquisas. *Psicologia O Portal Dos Psicólogos*, 1–9.
- Potard, C., Courtois, R., Clarisse, R., Floc, N. Le, Thomine, M., & Réveillère, C. (2015). Influence de la maturation pubertaire et de l'estime de soi corporelle sur la sexualité à l'adolescence. *L'Encephale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.015>
- Potel, C. (2007). Des thérapies à médiation corporelle pour les adolescents. Un exemple: la relaxation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2), 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.004>
- Potel, C. (2009). Adolescence et relaxation : le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 53, 79–89. <https://doi.org/10.3917/rppg.053.0079>
- Raynaud, J., Danner, C., & Inigo, J. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents : indications , spécificités , differences - Psychotherapies and psychomotor therapies for children and adolescents : indications , specificities ,



- Rebelo, S. (2012). *Estudo dos perfis atitudionais e emocionais de alunos do ensino básico português: caracterização em função do nível escolar e do sexo*. Universidade de Évora.
- Rodrigues, A., & Gondim, S. (2014). Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho : um estudo com servidores públicos. *Revista de Administração Mackenzie*, 15(2), 38–65.
- Rodrigues, O. M. P. R., & Melchiori, L. E. (2014). Aspectos do desenvolvimento na idade escolar e na adolescência.
- Romo, L., Bigot, F., Aubry, C., Djordjian, J., & Adès, J. (2004). L' expérience d' un groupe d' affirmation de soi. The experience of an assertiveness therapeutic group. *Pratiques Psychologiques*, 10, 379–387. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.09.005>
- Rutherford, A. (2001). *Introducing ANOVA and ANCOVA*. London: Sage Publications. Universidade de Évora.
- Salovey, P., & Sluyter, D. (1997). *Emotional development and emotional intelligence educational implications*. (B. Books, Ed.). New York.
- Santos, A. (2015). *Psicomotricidade método dirigido e método espontâneo na Educação Pré-escolar*. Instituto Politécnico de Coimbra.
- Santos, P. (2016). *Desenvolvendo as relações interpessoais a partir de atividades com jogos*.
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 619–629. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000400016>
- Schultheisz, T. S. D. V., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal E Saúde*, 5(1), 36–48.
- Silva, B. C. L. da. (2009). O Autoconceito Em Crianças E Pré-Adolescentes Numa Amostra De Famílias. *Portal Dos Psicólogos*, pp. 1–52. Porto, Portugal.
- Silva, D., & Silva, T. (2012). Jogos cooperativos como ferramenta de desenvolvimento de equipes. *Revista de Ciências Gerenciais*, 15(21), 137–152. Retrieved from <http://sare.anhanguera.com/index.php/rcger/article/view/1605>
- Sousa, A. (2012). *Desenvolvimento da Base de Dados da Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo*. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sperb, T. M. (2013). Regulação de Emoções na Pré-Adolescência e Influência da Conversação Familiar Emotional Regulation in Preadolescence and the Influence of Family Conversation. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 29, 133–140. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000200002>





Sternberg, R. (2008). *Psicologia Cognitiva* (4a Edição). Porto Alegre: artmed.

Sun, R., & Hui, E. (2012). The scientific world journal, Review Article Cognitive Competence as a Positive Youth Development Construct : A Conceptual Review. *The Scientific World Journal*, 2012, 21–23. <https://doi.org/10.1100/2012/210953>

Taborsky, B., & Oliveira, R. F. (2012). Social competence : an evolutionary approach. *Trends in Ecology & Evolution*, xx, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.tree.2012.09.003>

Thoret, N., Carrié, S., Pradère, J., Serre, G., & Moro, M. R. (2006). Penser et panser le corps : à propos d'un groupe de relaxation thérapeutique pour enfants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54(5), 284–288. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2006.09.006>

Vale, V. (2011). O desenvolvimento socioemocional em idade pré-escolar e o programa Anos Incríveis para educadores de infância. Universidade de Coimbra, Coimbra.

Valente, A. (2005). Avaliação da imagem corporal em crianças e adolescentes obesos com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos e seus progenitores. Universidade do Porto.

Veiga, G. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade abordagens emergentes* (pp. 45–57). Rio de Janeiro: Manole.

Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção - intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (1a Edição, pp. 67–80). Rio de Janeiro: Editora, Wak.

Víctora, G., Knauth, R., & Hassen, M. (2000). Metodologias Qualitativa e Quantitativa. *Pesquisa Qualitativa Em Saúde*, 3.

Vieira, J. (2009). Psicomotricidade Relacional: A Teoria de uma Prática. III Congresso Internacional Do Conhecimento Científico, pp. 64–68.

Wechsler, A. M., & Souza, N. M. De S. (2014). Reflexões sobre a teoria piagetiana : o estágio operatório concreto ( Reflections about Piaget's theory : the concrete operative. *Unifafibe - Bebedouro -SP*, 1(1), 134–150. Retrieved from <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cadernodeeducacao/sumario/31/04042014074217.pdf>

Wout, M., Chang, L., & Sanfey, A. (2011). The influence of emotion regulation on social interactive decision-making. *National Institute of Health*, 10(6), 815–821. <https://doi.org/10.1037/a0020069>.

## Apêndice 1 – Consentimento informado

### Consentimento Informado

Caros Pais e/ou Encarregados de Educação, o presente documento diz respeito a uma investigação realizada para a Dissertação de Mestrado, no âmbito do curso de Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora, tendo como objetivo estudar os efeitos de uma intervenção psicomotora em *competências socio emocionais, nas capacidades atencionais e no comportamento. As competências socio emocionais e cognitivas são de extrema importância em idade escolar*, uma vez que são a base para as relações estabelecidas pelas crianças tanto com os pares como com os adultos.

Esta investigação decorrerá no Centro Alice Nabeiro onde o seu filho frequenta o regime de ATL e será realizada através de provas dirigidas ao seu filho e a si, às quais se seguirá período de intervenção psicomotora. O seu filho estará incluído em dinâmicas de grupo, com exercícios de incidência corporal, tónico-emocional e cognitivos.

- Provas para a criança: Escala de Avaliação do Conhecimento Emocional (EACE); Escala de Autoconceito para criança e Teste de Atenção-D2

- Questionários para os pais: - *Strengths and Difficulties-SDQ* na versão para pais.

A participação neste estudo não acarreta nenhum inconveniente e é voluntária. Pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. Garantimos que todos os dados serão recolhidos e analisados de forma confidencial não sendo autorizado que terceiros tenham acesso à informação, sendo utilizados única e exclusivamente para fins académicos. Em caso de dúvida ou pedido de mais informações sobre o estudo entre em contacto com a investigadora responsável

Se aceita participar neste estudo, pedimos-lhe que assine a folha de consentimento. Ao assinar você reconhece que teve acesso a todas as informações e que compreendeu em que consiste a sua participação nesta investigação. Após recebermos a confirmação da sua participação neste estudo, enviaremos os questionários a serem preenchidos pelos pais.

Agradecemos desde já a sua atenção para com o nosso estudo.



---

(Soraia Restolho)

Eu \_\_\_\_\_ declaro que fui informado dos objetivos e do desenho do estudo “Efeitos de uma intervenção psicomotora em competências socio emocionais e cognitivas de crianças em idade escolar”.

Autorizo a participação do meu filho no estudo descrito. Sei que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para mim ou para o meu filho. Tenho também conhecimento de que as informações e os dados serão recolhidos de forma confidencial e identificados através de um código, mantendo assim o anonimato, e que a análise dos mesmos poderá vir a ser publicada numa revista científica. Fui informado de que não existem inconvenientes e de que não receberei nenhum tipo de pagamento ou de gratificação pela participação nesta pesquisa. Perante o exposto anteriormente, declaro que concordo voluntariamente em participar no estudo em causa e que autorizo o meu educando \_\_\_\_\_ a participar neste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



População alvo	10-12 Anos
Nº de elementos	15
Duração da sessão	60 Minutos

Objetivo Geral	Desenvolver as relações interpessoais
Nº da sessão	15
Data	31 maio 2017

Atividade	Descrição	Objetivos Específicos	Estratégias	Materiais	Tempo (min)
Diálogo Inicial	As crianças devem sentar-se em círculo e a Psicomotricista inicia a sessão apresentando as atividades a realizar na sessão, registando-as num quadro. Em seguida, as crianças devem apresentar a situação problema que registaram durante a semana, realizando-se uma pequena reflexão em grupo sobre as possíveis formas de as resolver.	Apresentar a estrutura da sessão; Promover a resolução de problemas.	Verbalização	Quadro	20
Preparação	As crianças devem segurar nos extremos do paraquedas. O grupo irá levantar o paraquedas e a psicomotricista irá dizer: 1,2,3... e uma característica, que poderá ser física como psicológica e quem se identificar com essa característica deve ir ao centro, caso haja mais de uma pessoa, dar um abraço e regressar antes que o paraquedas caia no chão.	Preparar-se corporalmente para a sessão; Promover as relações interpessoais.	Lúdico	Paraquedas	5
Mandala	Cada jovem deve desenhar um círculo ao redor de uma folha A3 e um círculo menor no interior deste, dividindo o espaço entre os dois em 4 quadrantes. No 1º quadrante deve ilustrar as suas competências/aquilo em que é bom; no 2º quadrante desenhar as suas fraquezas e/ou os seus medos; no 3º quadrante desenhar a/o sua/seu guia; no 4º quadrante desenhar a sua criatividade e por fim, no centro, desenhar aquilo em que acredita.	Promover o autoconhecimento; Desenvolver a consciência emocional.	Pensamento Reflexivo	Folhas A3 e lápis/canetas de cor	20



	Após algum tempo o grupo apresenta as suas criações revelando ao grupo apenas o que se sentir confortável para fazer.				
<b>Relaxação</b>	<p>As crianças devem colocar-se em decurso dorsal e numa fase inicial tomar consciência da respiração. Em seguida sugere-se que rodem a cabeça para o lado inspirando e rodar em direção ao teto e expirando rodar para o outro lado.</p> <p>Realiza-se este passo 3 vezes para cada lado. De forma tranquila devem levantar os braços aproximadamente 20 cm do chão e em seguida rolar os calcanhares de forma a virar os joelhos para dentro. Ao sinal “top” deverão deixar cair o braço e perna direita e de seguida, novamente ao sinal, o lado esquerdo.</p> <p>Realiza-se novamente a elevação dos braços e rotação das pernas e desta vez inicia-se o relaxamento pelo lado esquerdo.</p>	Promover o foco no “aqui e agora”; Relaxar as partes do corpo nomeadas em cada exercício.	Autorregulação	Colchões	5
<b>Diálogo Final</b>	As crianças devem sentar-se em círculo e à vez referir qual foi o sentimento que mais sentiu durante a sessão, caso se note alguma dificuldade a Psicomotricista poderá nomear possíveis sentimentos.	Desenvolver a capacidade reflexão.	Pensamento Reflexivo	--	10

População alvo	10-12 Anos
Nº de elementos	15



**Apêndice 3 – Plano de sessão**

Objetivo Geral	Promover as relações interpessoais, aumentar o autoconhecimento
Nº da sessão	6
Data	26 abril 2017

Atividade	Descrição	Objetivos Específicos	Estratégias	Materiais	Tempo (min)
<b>Diálogo Inicial</b>	As crianças devem sentar-se em círculo e a Psicomotricista inicia a sessão apresentando as atividades a realizar na sessão, registando-as num quadro.	Apresentar a estrutura da sessão;	Verbalização	Quadro	10
<b>Preparação</b>	A pares as crianças devem num minuto através de mimica descobrir os três gostos preferido do colega, que os escreveu previamente numa folha, em seguida trocam de posições e realiza-se o mesmo exercício. Por fim, as crianças devem em grupo discutir a dificuldade de perceber o outro através do corpo.	Desenvolver a relação a pares; Melhorar a atenção concentrada.	Lúdico	Folhas, lápis.	10
<b>Os papéis</b>	As crianças devem formar duas equipas e cada equipa deve criar personagens e escolher 3 valores, em seguida devem criar um teatro no qual consigam	Desenvolver a relação a pares;	Autorregulação	--	20



	transmitir esses valores, em seguida a equipa contrária deve realizar um teatro com personagens iguais e o oposto desses valores. Em seguida, devem refletir sobre as diferenças do comportamento num e noutro teatro.	Desenvolver a assertividade.			
<b>Relaxação</b>	As crianças devem deitar-se em decúbito ventral e iniciar a relaxação concentrando-se na respiração. Em seguida devem elevar os braços cerca de 20 cm do chão e ao sinal, deixar cair. Segue-se a relaxação realizando o mesmo processo com os membros inferiores.	Promover o foco no “aqui e agora”; Relaxar as partes do corpo nomeadas no exercício.	Pensamento reflexivo	Colchões	10
<b>Diálogo Final</b>	As crianças devem sentar-se em círculo e devem referir a atividade que mais e menos gostaram.	Desenvolver a capacidade de reflexão.	Pensamento Reflexivo	--	10



## Apêndice 4 – Plano de sessão

População alvo	10-12 Anos
Nº de elementos	15
Duração da sessão	60 Minutos

Objetivo Geral	Desenvolver o autoconceito e autoestima
Nº da sessão	18
Data	09 junho 2017

Atividade	Descrição	Objetivos Específicos	Estratégias	Materiais	Tempo (min)
Diálogo Inicial	As crianças devem sentar-se em círculo e a Psicomotricista inicia a sessão apresentando as atividades a realizar na sessão, registando-as num quadro.	Apresentar a estrutura da sessão;	Verbalização	Quadro	10
Preparação	Em grupo, com o paraquedas as crianças deverão à vez deslocar-se ao centro e referir em voz alta características positivas suas bem como os seus gostos.	Preparar-se corporalmente para a sessão; Desenvolver a autoestima.	Lúdico	--	5
O melhor de mim	As crianças devem dividir uma folha ao meio e colocar num lado tudo o que for positivo acerca de si e no outro todas as características negativas ou aspetos que não apreciam no seu comportamento.	Desenvolver o conhecimento pessoal;	Autorregulação	Papeis e canetas	20





	<p>Por fim, apresentam ao grupo, tentando criar ligações entre os dois lados da folha, nomeadamente formas positivas de contornar as negativas. Terminada a apresentação devem rasgar a folha e destruir o lado negativo, referindo o sentimento neste momento.</p>				
<b>Relaxação</b>	<p>As crianças devem criar pares, sendo que o recetor deverá deitar-se em decúbito dorsal com os membros superiores ligeiramente afastados do corpo.</p> <p>A psicomotricista explica ao grupo de “doadores” o movimento que deverão realizar. Estes devem sentar-se perto do colega e lentamente com uma mão deverão rolar o antebraço do colega no chão. Em seguida deverão levantar o antebraço, pegando na mão e mantendo-o perpendicular ao solo, realizando movimento sacudindo várias vezes em todos os sentidos de forma a libertar a mão e pulso. Realizam diversas vezes estes movimentos.</p> <p>Aos recetores, a Psicomotricista inicia a relaxação induzindo uma respiração tranquila e referindo que em breve irão aproximar-se os colegas e realizar alguns movimentos no braço direito aos quais estes não devem resistir, isto é, devem permanecer relaxados e sem ajudar no movimento. Devem após algum tempo trocar de posições.</p> <p>Por fim as crianças devem referir como se sentiram em cada papel e que diferenças notam no lado direito e esquerdo dos membros superiores.</p>	<p>Promover o foco no “aqui e agora”; Relaxar as partes do corpo nomeadas no exercício.</p>	<p>Pensamento reflexivo</p>	<p>Colchões</p>	<p>15</p>
<b>Diálogo Final</b>	<p>As crianças devem realizar uma ilustração daquilo que significou a sessão.</p>	<p>Desenvolver a capacidade de reflexão.</p>	<p>Pensamento Reflexivo</p>	<p>--</p>	<p>10</p>

