

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Efetividade do programa Wave by Wave com uma amostra  
de crianças e jovens em instituições de acolhimento  
residencial: Resultados preliminares**

**Márcia Isabel Feliciano Oliveira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença**

**2019**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Efetividade do programa Wave by Wave com uma amostra  
de crianças e jovens em instituições de acolhimento  
residencial: Resultados preliminares**

**Márcia Isabel Feliciano Oliveira**

**Dissertação orientada pela Professora/Investigadora Doutora Ana Isabel Pereira**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença**

**2019**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço à professora Ana Isabel Pereira pela orientação, enorme apoio e constante motivação e dedicação, que me fez continuar semana após semana.

Agradeço à Catarina, Sara e Sofia pela partilha de trabalho nos momentos de avaliação, pela sua disponibilidade e cooperação.

Agradeço aos meus pais, Alfredo e Sónia, e à minha irmã, Beatriz, por estarem sempre presentes e me apoiarem em todos momentos. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu própria duvidava. Obrigada por compreenderem estes meses de maior ausência enquanto me dedicava à leitura e escrita fora de casa. Obrigada porque sem o vosso suporte não era possível.

Por fim, um enorme obrigada ao meu namorado, José Eduardo. Obrigada por toda a compreensão, carinho e amor. Obrigada por todo apoio que me deste. Obrigada por teres acreditado em mim e me motivado sempre a continuar. Obrigada por me acolheres no teu abraço mesmo quando as minhas deceções, aflições e frustrações caíam sobre ti. Um obrigada do tamanho do mundo.

## RESUMO

As crianças em situação de acolhimento residencial (AR) foram expostas a situações de perigo que as colocam num risco superior de desenvolver problemas psicológicos, quando comparadas com a restante população. Assim, é importante o estudo de intervenções que promovam a saúde mental destas crianças e adolescentes.

Este estudo avaliou a efetividade do programa *Wave by Wave* na redução de problemas de saúde mental bem como na promoção do bem-estar nas crianças e jovens em situação de AR. O programa *Wave by Wave* é um programa que conjuga a intervenção psicológica em grupo aliada à prática de surf. Através de sessões semanais de três horas, realizam-se atividades de promoção de competências sociais e emocionais e de coesão de grupo.

Foram avaliados 89 crianças e jovens, dos 7 aos 17 anos de idade ( $M = 13,83$ ,  $DP = 2,603$ ), que viviam em AR no primeiro momento de avaliação e que foram distribuídos aleatoriamente por duas condições, intervenção e lista de espera. Foi utilizado o *Questionário de Capacidades e Dificuldades* para avaliar os problemas de ajustamento e o comportamento pró-social e a versão breve do *KIDSCREEN* para avaliar o bem-estar dos participantes. Ambos os questionários foram aplicados aos jovens e aos seus cuidadores. A evolução dos grupos ao longo do tempo (antes e após intervenção) nas diferentes medidas foi comparada.

Os resultados mostram um aumento significativo nos comportamentos pró sociais e no bem-estar e uma diminuição nos problemas de ajustamento no grupo que beneficiou da intervenção, segundo o relato dos tutores. Ao nível do autorrelato não foram encontrados resultados estatisticamente significativos em nenhuma das medidas.

Os resultados parecem indicar que o programa *Wave by Wave* pode atuar como um complemento a outras medidas de intervenção psicológica, melhorando o ajustamento e a integração social das crianças e jovens em situação de acolhimento residencial.

Palavras-chave: Acolhimento Residencial; surf therapy; RCT

## ABSTRACT

Children in residential care (RC) have been exposed to dangerous situations that put them at a higher risk of developing psychological problems compared to the rest of the population. Therefore, it is important to study interventions that promote the mental health of these children and adolescents.

This study evaluated the effectiveness of Wave by Wave's program in reducing these problems as well as promoting well-being in children and young people in RC.

Wave by Wave's program is a surf therapy program that combines group psychological intervention combined with surfing. Through weekly three hours sessions, activities that promote social and emotional skills and group cohesion are carried out.

Were evaluated 89 children and young people, from 7 to 17 years old ( $M = 13.83$ ,  $DP = 2.603$ ), who lived in RC during the first evaluation and were randomly assigned to two conditions, intervention and waiting list. The *Strengths and Difficulties Questionnaire* was used to evaluate adjustment problems and prosocial behaviors and the brief version of *KIDSCREEN* was used to assess well-being. Both questionnaires were applied to young people and their caregivers. The groups' evolution (before and after intervention) was compared over time in the distinctive measures.

The results show a significant increase in prosocial behaviors and well-being and a decrease in adjustment problems in the intervention group, according to the tutors' report. Regarding the self-report evaluation, no statistically significant results were found in any of the measures.

The results appear to indicate that Wave by Wave's program may act as a complement to other psychological intervention measures, improving the adjustment and social integration of children and young people in residential care.

Key-words: residential care; surf therapy; RCT

## ÍNDICE

1. Enquadramento Teórico.....	7
1.1. Crianças e jovens em situação de acolhimento residencial .....	7
1.2. Estudos baseados na evidência .....	10
1.2.1. <i>Programas para crianças e jovens em acolhimento residencial</i> .....	10
1.2.2. <i>Programas que utilizam o surf Therapy</i> .....	14
1.3. Programa Wave by Wave .....	17
2. Método .....	18
2.1. Objetivos da investigação.....	18
2.2. Desenho do estudo.....	18
2.3. Recrutamento e participantes .....	19
2.4. Instrumentos .....	21
2.5. Procedimento de recolha de dados .....	22
2.6. Intervenção .....	23
2.7. Procedimentos estatísticos.....	25
3. Resultados .....	25
3.1. Análises preliminares.....	25
3.2. Assiduidade às sessões.....	28
3.3. Efeitos da Intervenção .....	29
4. Discussão.....	30
4.1. Limitações.....	33
Referencias .....	34

## **1. Enquadramento Teórico**

### **1.1. Crianças e jovens em situação de acolhimento residencial**

Garantir o desenvolvimento adequado das crianças e dos jovens é da responsabilidade do Estado e da sociedade, segundo a Constituição da República Portuguesa. Este desenvolvimento é perturbado quando as crianças sofrem de maus tratos físicos, psíquicos ou de abuso sexual, ou não recebem cuidados adequados à sua idade e situação pessoal (por exemplo, quando têm comportamentos de consumo que afetam a sua saúde sem que os pais ou representante legal tenham conhecimento ou consigam reverter a situação) (Carvalho & Mota, 2013).

A família surge como o primeiro agente de socialização e controlo informal, mas em caso de falha ou omissão, é ao Estado que cabe esse papel. Existem diversas medidas de promoção e de proteção de crianças em perigo, algumas delas implementadas no contexto natural das crianças, por exemplo, através do apoio junto dos pais ou de outro familiar; e outras que implicam a retirada desse meio, por exemplo, através do acolhimento familiar ou do acolhimento residencial. Ao colocar as crianças numa instituição de forma a afastá-las do perigo em que se encontram pretende-se proporcionar-lhes educação e promover o seu bem-estar e o seu desenvolvimento e permitir que recuperem física e psicologicamente (Carvalho & Mota, 2013).

Em Portugal, no ano de 2017, foram consideradas como situações de risco cerca de 69000 crianças e jovens, sendo que existiam 7553 crianças e jovens em situação de acolhimento residencial e familiar. A faixa etária de maior destaque relativamente às crianças e jovens em situação de acolhimento encontra-se entre os 15 e 17 anos (36%), com uma maior prevalência do sexo masculino (Instituto da Segurança Social, 2018).

As situações de perigo mais comunicadas, em 2017, foram a negligência (40,8 %), os comportamentos de perigo na infância e juventude (18,3%), as situações que comprometiam o direito à educação (17,3%) e a exposição à violência doméstica (12,5% do total) (Instituto da Segurança Social, 2018).

Os fatores de risco mais salientados na literatura relativamente às crianças e jovens institucionalizadas são a violência e negligência a que foram expostas no período antes do acolhimento e a mudança frequente de instituição de acolhimento. Estes estão associados a uma maior probabilidade de risco de doença mental e são preditores de

insucesso na vida adulta (Oswald, Heil & Goldbeck, 2009; Gypen, Vanderfaeillie, De Maeyer, Belenger & Van Holen, 2017; Racusin, Maerlender, Sengupta, Isquith & Straus, 2005).

Os estudos indicam um número elevado de problemas a nível emocional e comportamental em crianças em situação de acolhimento (Vis, Handegard, Holtan, Fossum & Thornblad, 2016), sendo que as perturbações emocionais, défice de atenção e hiperatividade e problemas comportamentais são os mais mencionados na literatura, existindo grande co-morbilidade entre estes problemas (Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013). Assim, quando comparadas com a população em geral, as crianças em situação de acolhimento, apresentam mais problemas de atenção, mais problemas sociais, delinquência, comportamentos agressivos, ansiedade, depressão, queixas somáticas, distúrbios alimentares, distúrbios metabólicos e imunológicos, problemas sexuais na adolescência e na idade adulta (Oswald, et al., 2009), recebendo com mais frequência apoio profissional a nível da saúde mental (Vis, et al., 2016).

A exposição a eventos traumáticos na infância e a conseqüente separação da família apresenta um efeito negativo nas crianças e jovens como sentimentos de rejeição, culpa, hostilidade, abandono e vergonha (Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick & Litrownik, 1998). Além disso, a exposição a traumas complexos, ou seja, a uma ocorrência de fatores de risco que envolvem traumas interpessoais repetidos com os cuidadores, durante uma idade precoce, e que resultam na desregulação emocional, comportamental, relacional, psicológica e cognitiva, leva a que estas crianças e jovens tenham dificuldade a diferentes níveis, incluindo a nível cognitivo, biológico, da vinculação, regulação da experiência emocional, do controlo de comportamento, e do auto conceito (Cook, Blaustein, Spinazzola & Kolk, 2003).

As crianças e jovens em acolhimento estão em risco elevado de problemas no desenvolvimento cerebral e funcionamento cognitivo. Alguns estudos prospetivos mostraram que filhos de pais abusivos e negligentes apresentam dificuldades no funcionamento cognitivo no final da infância, por comparação a outras crianças (Egeland, Sroufe & Erickson, 1983). Uma das áreas mais afetadas é o córtex pré-frontal, que diz respeito às funções executivas, observando-se a manifestação de mais comportamentos impulsivos e dificuldade na tomada de decisões (Leve, Harold, Chamberlain, Landsverk, Fisher & Vostanis, 2012). Além disso, mais de metade das crianças em acolhimento são identificadas como tendo um défice cognitivo (Leve, et al.,



2012). Esse déficit pode incluir várias funções cognitivas, como o processamento viso espacial, memória, funcionamento intelectual geral e linguagem (Pears & Fisher, 2005).

Ao nível da vinculação, estas crianças são frequentemente classificadas com estilos de vinculação evitante, ambivalente ou desorganizado. As crianças que são repetidamente rejeitadas pelos pais podem aprender a não confiar nas suas emoções, relações e até nos seus próprios corpos. O facto dos seus padrões de relação não serem estáveis ou seguros contribui para o desenvolvimento de um ambiente de vulnerabilidade onde pode surgir a ocorrência de trauma que não permite a criação de modelos internos (do próprio, dos outros e do próprio em relação aos outros) adequados nem o desenvolvimento de competências como autorregulação, capacidade de expressão adequada e de exploração do ambiente de forma segura (Cook et al., 2003).

Ao nível da regulação emocional, as crianças e jovens em situação de acolhimento apresentam défices na regulação da experiência emocional que incluem dificuldade na identificação da experiência emocional interna, dificuldades na expressão de emoções e incapacidade em modular a experiência emocional (Cook et al., 2003).

O trauma crónico na infância está associado a padrões de comportamento sub e supercontrolados. As crianças abusadas demonstram padrões de comportamento rigidamente controlados, como o cumprimento compulsivo de solicitações de adultos. Muitas crianças traumatizadas são muito resistentes a mudanças na rotina e exibem padrões comportamentais rígidos, incluindo rituais. Os comportamentos sub-controlados ou impulsivos podem dever-se, como já foi referido anteriormente, a défices nas funções executivas. Uma consequência do comprometimento do funcionamento executivo é um aumento nas respostas impulsivas, como a agressão (Cook et al., 2003).

Adicionalmente, as crianças podem reencenar aspetos comportamentais do seu trauma (por exemplo, agressão, comportamentos autolesivos, comportamentos sexualizados, controlar dinâmicas de relacionamento) como reações comportamentais automáticas ou como tentativas de ganhar controlo sobre suas experiências (Cook et al., 2003).

As experiências repetitivas de dano e rejeição e o fracasso em desenvolver competências apropriadas à idade, poderão levar as crianças e jovens institucionalizados a terem uma imagem de si como ineficazes, indefesas, deficientes e incapazes de serem amadas (Cook et al., 2003).

As crianças em situação de acolhimento debatem-se ao longo do seu percurso de vida com questões relacionadas com educação, emprego, arranjar casa, questões de saúde, abuso de substâncias e envolvimento em crimes. Quando comparadas com a população em geral, apresentam piores resultados na educação, menos hipóteses de trabalho, menos renumerações anuais, estão mais frequentemente em situações de sem abrigo, apresentam mais problemas mentais, mais possibilidade de abuso de álcool e substâncias e mais probabilidade em estarem envolvidas com o sistema de justiça (Gypen et al., 2017).

Assim, a necessidade de intervenção junto desta população é uma necessidade crescente que não se verifica na medida necessária. Programas de intervenção para crianças e jovens em acolhimento residencial podem contribuir para a redução e prevenção dos problemas recorrentes desta população e para o desenvolvimento de adultos saudáveis e bem integrados na sociedade.

## **1.2. Estudos baseados na evidência**

### ***1.2.1. Programas para crianças e jovens em acolhimento residencial***

Os estudos sobre a efetividade de programas dirigidos à população de crianças e jovens em acolhimento residencial são poucos, uma vez que na maioria dos países o acolhimento mais comum é em contexto familiar e não residencial. Na Tabela 1 são apresentados os estudos de efetividade de diferentes programas de intervenção dirigidos a amostras de crianças e jovens em acolhimento residencial.

O estudo de Taussig e Culhane (2010) foi realizado com 156 crianças e jovens entre os 9 e 11 anos de idade em situação de acolhimento residencial. Este estudo teve como objetivo avaliar a eficácia do programa *Fostering Healthy Futures* (FHF) na redução de problemas de saúde mental e problemas associados. A intervenção consistiu em sessões de mentoria individual e sessões de grupo, de uma hora e meia durante 30 semanas, onde eram promovidas competências socio-emocionais. O programa FHF foi dinamizado por estagiários e profissionais de serviço social. De modo a concretizar o objetivo do estudo, foram avaliados através de medidas de auto-relato vários indicadores, incluindo problemas de saúde mental, sintomas de stress pós-traumático,

dissociação, qualidade de vida, uso de serviços de saúde mental e de medicamentos psicotrópicos.

O estudo de Schuurmans, Nijhof, Engels e Granic (2018) realizou-se com 37 crianças e jovens com menos de 16 anos de idade que estavam em situação de acolhimento residencial e que tinham problemas de ansiedade e de externalização. O estudo teve como objetivo avaliar o impacto do programa na redução de problemas de ansiedade e de externalização. A intervenção consistia na prática do jogo “Dojo” que consiste num jogo que pretende trabalhar a regulação emocional, durante trinta minutos, duas vezes por semana, no decorrer de quatro semanas. A implementação deste programa foi realizada pelos investigadores. As medidas de avaliação avaliavam os problemas de internalização e externalização.

O estudo de Geenen, et al. (2015) avaliou 67 jovens em situação de acolhimento residencial com problemas de saúde mental. O objetivo do estudo era avaliar a eficácia do programa *Better Futures* na melhoria da preparação e participação no período após a conclusão do ensino secundário. Durante 10 meses de intervenção, decorreram 4 dias de colónia, acompanhamento individual duas vezes por mês e quatro workshops de mentoria com temas escolhidos pelos participantes (ex. arranjar emprego depois dos estudos, autocuidado durante tempos de maior stress). A intervenção era realizada por jovens com menos de 28 anos, com sucesso académico e experiência com crianças e jovens em acolhimento residencial. As medidas avaliadas no estudo foram a determinação pessoal, saúde mental, qualidade de vida, esperança e planeamento pós escola secundária.

Reddy, et al. (2012) avaliaram 71 jovens entre os 13 e os 17 anos de idade, em situação de acolhimento. O objetivo do estudo foi avaliar a eficácia do programa *Cognitively Based Compassion Training* (CBCT), na melhoria do funcionamento psicossocial dos jovens. A intervenção consistiu em seis semanas de aulas de uma hora, duas vezes por semana, onde eram ensinados e discutidos temas e realizada meditação. Foi implementada pelos investigadores do estudo. As medidas avaliadas foram comportamento, depressão, ansiedade, automutilação, esperança e regulação emocional.

Um dos pontos comuns nos estudos apresentados é a avaliação da saúde mental das crianças e jovens bem como de aspetos de problemas de internalização e de externalização. Analisando a Tabela 1 verifica-se que os estudos que apresentam

melhores resultados são os que dispõem de maior tempo de intervenção (superior ou igual a 9 meses) e que combinam ações individuais e em grupo para treino e ensino de competências de regulação. Assim, estes dois aspetos parecem mostrar-se eficazes na melhoria da qualidade de saúde mental em crianças e jovens em situação de acolhimento residencial.

*Tabela 1. Estudos empíricos para a população de crianças e jovens em risco.*

Estudos	Tipo de Estudo	Amostra	Objetivos	Outcomes Avaliados	Instrumentos	Duração do programa	Modo de implementação do programa	Administradores do programa	Resultados
<b>Taussig &amp; Culhane, 2010</b>	RCT	N=156 Rapazes e raparigas dos 9 aos 11 anos de idade em situação de acolhimento	Avaliar a eficácia do programa Fostering Healthy Futures (FHF) na redução de problemas de saúde mental e problemas associados.	Problemas de saúde mental, sintomas de stress pós-traumático, dissociação, qualidade de vida, uso de serviços de saúde mental, medicamentos psicotrópicos	TSCC, CBCL, TRF, Life Satisfaction Survey, caregiver, Positive and Negative Coping Scales do The Coping Inventory, The Social Acceptance and Global Self-Worth escalas The Self-Perception Profile for Children, My Life – Short Form	9 meses de intervenção	1h30m por semana de promoção de competências durante 30 semanas; mentoria de um para um	Profissionais e estagiários de serviço social	Grupo de intervenção com menos problemas de saúde mental, menos sintomas de dissociação e melhor qualidade de vida.
<b>Schuurmans, Nijhof, Engels &amp; Granic, 2018</b>	RCT	N=37 Rapazes e Raparigas com menos de 16 anos em situação de acolhimento e com problemas de ansiedade e de externalização	Avaliar o impacto do programa Biofeedback videogame intervention (DOJO) na redução dos problemas de ansiedade e de externalização	Ansiedade e problemas de externalização	SCAS, SDQ, Pergunta de satisfação com a escola e Pergunta de satisfação com o jogo	4 semanas de intervenção	30m duas vezes por semana a jogar o videogame durante 4 semanas	Investigadores	Não houve diferenças significativas pós intervenção nem no período follow-up nos dois grupos
<b>Geenen, Power, Philips, Nelson, McKenna, Winges-Yanez &amp; Swank, 2015</b>	RFT (randomized field test)	N=67 Rapazes e raparigas adolescentes em situação de acolhimento	Avaliar a eficácia do programa Better Futures na melhoria da preparação e participação pós-secundária em jovens com problemas de saúde mental.	Determinação pessoal, Saúde mental, Qualidade de vida, Esperança, Planeamento pós-escola secundária	Self-Determination Scale, Youth Empowerment Scale-Mental Health, Quality of Life Questionnaire, Hopelessness Scale for Children, Career Decision Self-Efficacy Scale	10 meses de intervenção	Colónia de 4 dias, acompanhamento individual 2 vezes por mês, 4 workshops de mentoria	Adultos com menos de 28 anos que tivessem experiência com crianças em situação de acolhimento	Grupo de intervenção com melhores resultados de autodeterminação, capacitação em saúde mental, planeamento de transição após secundário e esperança
<b>Reddy, Negi, Dodson-Lavelle, Silva, Pace, Cole, Raison &amp; Craighead, 2012</b>	RCT	N=71 Rapazes e raparigas dos 13 aos 17 anos de idade em situação de acolhimento	Avaliar a eficácia do programa CBCT na melhoria do funcionamento psicossocial dos jovens em situação de acolhimento.	Comportamento, depressão, ansiedade, automutilação, esperança, regulação emocional	CBCL, QIDS-SR, STAI-T, FASM, SOFI, CHS, DERS, ICU-y, ICU-p, CTQ, feedback qualitativo pós intervenção	6 semanas de intervenção	1h duas vezes por semana durante 6 semanas	Investigadores	Não houve diferenças significativas após seis semanas de intervenção

### ***1.2.2. Programas que utilizam o surf Therapy***

O conceito de *surf therapy* diz respeito à conjugação da prática de surf e de intervenção psicológica, de modo alcançar um melhor bem-estar psicossocial (Senlling, 2016). A investigação na área do *surf therapy* é muito reduzida, sendo que a maioria dos estudos avalia apenas o impacto da prática de surf nos participantes e não a *surf therapy*.

O estudo de Godfrey, Devine-Wright e Taylor (2015) avaliou 84 jovens até aos 18 anos de idade. Este pretendeu avaliar o impacto do projeto *The Wave* no bem-estar dos jovens. A intervenção decorreu ao longo de seis semanas, durante os fins de semana onde eram feitas sessões de surf em grupo com uma equipa constituída por instrutores de surf e voluntários. Foram avaliados a função positiva, a resiliência, a autoestima, o bem-estar, vitalidade, confiança e saúde física.

O estudo de Snelling (2016) consistiu num RCT que avaliou 115 jovens, entre os 8 e os 16 anos de idade. Pretendia avaliar o impacto do programa de surf therapy *Waves for Change* no bem-estar psicossocial e na redução dos comportamentos antissociais dos jovens. A intervenção decorreu ao longo de 32 semanas, com sessões bissemanais, dinamizadas pela equipa Staff do Projeto *Waves for Change*. No estudo avaliaram o bem-estar psicossocial e o comportamento antissocial dos jovens.

O estudo de Cavanaugh e Rademacher (2014) avaliou 11 jovens com espectro de autismo, com idades compreendidas entre os 10 e 16 anos de idade. O estudo pretendia avaliar os benefícios da frequência num campo de surf nos jovens. A intervenção decorreu durante dois dias inteiros e consecutivos, dinamizado por voluntários terapeutas de várias áreas. Foram avaliadas as capacidades sociais e o autoconceito.

O estudo de Matos, Santos, Brito, Marta, Evangelista, Ferreira, Moita, Conibear e Mattila (2016) avaliou 48 jovens com idades entre os 10 e 16 anos. O estudo pretendeu avaliar a eficácia do projeto Surf Salva Camp na promoção de bem-estar e integração social. A intervenção decorreu ao longo de quatro semanas com sessões bissemanais de duração de 4 horas. As sessões foram administradas por técnicos da área do surf e da área social.

A prática de surf parece mostrar um impacto positivo no bem-estar dos jovens e a prática de *surf therapy* parece aliar ao bem-estar uma redução de problemas de ajustamento, sobretudo de externalização. Apesar destes estudos indicarem estes efeitos,

a falta de investigação na área e as limitações dos estudos limitam as conclusões que podem retirar. De ressaltar que a maioria dos estudos apresentados incide apenas num grupo, dizem respeito à avaliação da prática de surf e não a um conceito integral de *surf therapy* e o único RCT realizado na área do *surf therapy* teve uma adesão muito baixa, não se tendo observado efeitos significativos da intervenção.

Neste sentido, o desenvolvimento de um programa de *surf therapy* que tenha uma avaliação com um desenho de estudo adequado permitirá o desenvolvimento da investigação na área bem como uma melhor compreensão quanto aos seus reais benefícios.

*Tabela 2. Estudos que utilizam o surf therapy.*

Estudos	Tipo de Estudo	Amostra	Objetivos	Outcomes Avaliados	Instrumentos	Duração do programa	Modo de implementação do programa	Administradores do programa	Resultados
<b>Godfrey, Devine-Wright &amp; Taylor, 2015</b>		N=84 Rapazes e raparigas com menos de 18 anos de idade com problemas de saúde mental ou em exclusão social	Avaliar o impacto do The Wave Project no bem-estar dos jovens	Função positiva, resiliência, autoestima, bem-estar, vitalidade, bem-estar social, confiança social, saúde física	SCWBS	6 semanas	Sessões em grupo aos fins de semana	Instrutores de surf e voluntários (rácio de 1:1)	A diferença da média de resultados entre o momento pré e pós intervenção é estatisticamente significativa. O bem estar foi promovido pela participação no programa.
<b>Snelling, 2015</b>	RCT	N=115 Rapazes e raparigas entre os 8 e os 16 anos de idade	Avaliar o impacto do programa de surf therapy Wave for Change no bem estar psicossocial e na redução de comportamentos antissociais dos jovens	Bem estar psicossocial e comportamento antissocial	Escala Children's Hope, SDQ, The Social and Health Assessment Scale	32 semanas	Duas sessões por semana	Membros do Staff da Waves for change	Sem diferenças estatisticamente significativas entre grupo de intervenção e grupo de controlo.
<b>Cavanagh &amp; Rademacher, 2014</b>		N=11 Rapazes e raparigas dos 10 aos 16 anos de idade diagnosticados com espectro de autismo	Determinar os benefícios e resultados de um currículo de surf camp de 2 dias, nas competências sociais, autoconceito em crianças com autismo	Capacidades sociais e autoconceito	Social Skills Improvement System; Escala Piers-Harris Children's Self Concept; Perceção dos pais quanto ao campo de surf; Checklist das capacidades de surf; Checklists observacionais da atividade de campo	2 dias	1 campo de surf com a duração de 2 dias inteiros	Voluntários (Terapeutas da fala, físicos e ocupacionais, professores, estudantes universitários) (rácio de 2:1)	Progresso positivo entre o pré e pós campo na escala de autoconceito
<b>Matos, Santos, Brito, Marta, Evangelista, Ferreira, Moita, Conibear &amp; Mattila, 2016</b>		N=48 Rapazes e raparigas entre os 10 e 16 anos de idade em situação de acolhimento	Avaliar a eficácia do projeto Surf Salva Camp na promoção de integração social e bem estar	Autoconhecimento, esforço, perseverança, resolução de problemas, gestão de tempo, competências de grupo, relações interpessoais e regulação emocional	SDQ, Youth Experiences Survey	4 semanas	Sessões de 4 horas duas vezes por semana	Técnicos da área do surf e da área social	Diferenças significativas nos problemas de externalização entre o primeiro momento e o ultimo de avaliação



### **1.3. Programa Wave by Wave**

O programa Wave by Wave é uma intervenção orientada para populações de risco e baseada numa abordagem de intervenção designada de *Surf Therapy*. Este programa tem por objetivos promover a saúde mental e física e a resiliência de crianças e jovens em situação de acolhimento residencial.

Consiste em sessões semanais onde se realizam atividades que combinam o surf com a intervenção psicológica em grupo, que incluem aulas de iniciação ao surf, ações de sensibilização para promover a segurança nas praias, atividades de promoção de competências sociais e emocionais, de promoção da coesão de grupo e de estimulação do desenvolvimento de recursos pessoais como a autoestima e autoeficácia.

Durante a intervenção, uma mesma equipa técnica (constituída por dois técnicos de saúde mental ou na área social, dois instrutores qualificados de surf e dois amigos de campo - voluntários) acompanha um mesmo grupo ao longo do tempo da intervenção. Alguns elementos essenciais da intervenção são a experiência de continuidade (garantida pela constância da equipa técnica e do grupo de jovens), a atitude pautada por princípios éticos dos técnicos e a previsibilidade criada pela sequência geral de ações em cada sessão e pela rotina do dia, hora e duração das sessões.

A promoção de saúde mental e bem estar dos participantes, a promoção de resiliência, autonomia e regulação emocional, a promoção da inserção social, a contribuição para a quebra de ciclos de violência e trauma e a contribuição para a redução de manifestações antissociais, isolamento e violência são alguns dos objetivos a médio longo prazo a que intervenção a *Wave by Wave* se propõe.

Os objetivos específicos desta intervenção são a redução dos problemas de comportamento nos participantes (um dos principais problemas crianças e jovens em situação de acolhimento residencial), o aumento da capacidade de regulação emocional e da autoestima, a redução de problemas de ansiedade e depressão, o aumento da atividade física e a diminuição do isolamento social. Assim, espera-se que a promoção destes fatores de proteção se reflita posteriormente num retorno a uma trajetória de desenvolvimento saudável.

## **2. Método**

### **2.1. Objetivos da investigação**

O presente estudo tem como objetivo geral compreender o impacto do programa Wave by Wave na saúde mental das crianças e jovens (problemas de saúde mental, comportamento pró-social e bem-estar) em situação de acolhimento residencial.

Como objetivos específicos, o estudo pretende:

- Comparar o grupo de intervenção com o grupo de lista de espera em relação à evolução dos problemas de internalização e externalização (na perspetiva do próprio e do cuidador) entre o momento anterior e posterior à intervenção;
- Comparar o grupo de intervenção com o grupo de lista de espera em relação à evolução do comportamento pró-social (na perspetiva do próprio e do cuidador) entre o momento anterior e posterior à intervenção;
- Comparar o grupo de intervenção com o grupo de lista de espera em relação à evolução do bem-estar psicossocial (na perspetiva do próprio e do cuidador) entre o momento anterior e posterior à intervenção.
- Analisar a assiduidade ao programa bem como as variáveis que lhe estão associadas.

### **2.2. Desenho do estudo**

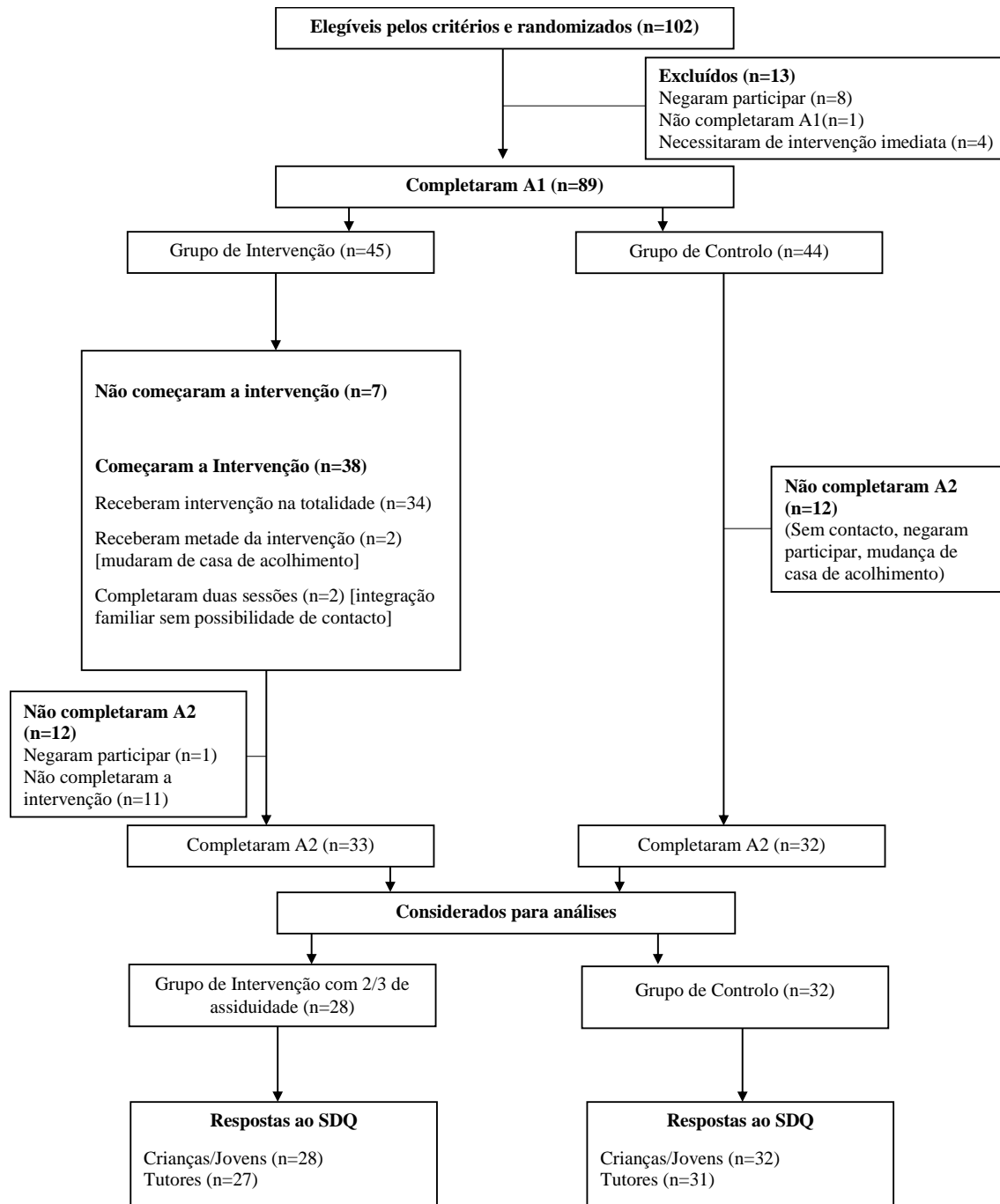
O tipo de estudo presente, *Randomised Controlled Trial* (RCT), ao distribuir aleatoriamente os participantes por um grupo de controlo e um grupo que recebe intervenção, procura garantir uma equivalência de características entre os dois grupos. Não existindo diferenças significativas entre eles para além da participação na intervenção, existe a possibilidade de analisar, de forma mais controlada, o efeito da intervenção que se pretende estudar. Assim, o objetivo principal deste tipo de design é reunir provas fiáveis de um fenómeno específico numa situação específica e prever esse fenómeno em situações semelhantes (Schwartz, Flamant & Lellouch, 1980), neste caso verificar o efeito da intervenção *Wave by Wave* nos problemas de internalização e externalização, comportamento pró social e bem-estar de crianças e jovens em situação de acolhimento residencial.

### **2.3. Recrutamento e participantes**

Na amostra foram incluídas as crianças e adolescentes que correspondiam aos critérios de elegibilidade do estudo. As condições de elegibilidade para a participação no programa foram: viver em acolhimento residencial no primeiro momento de avaliação, não ter nenhuma condição que impedisse a compreensão dos instrumentos de avaliação e não apresentar nenhuma condição de saúde mental física e grave que fosse incompatível com a intervenção pelo programa Wave by Wave. Segundo os critérios de elegibilidade foram admitidas cento e duas crianças e jovens, sendo que treze não completaram o primeiro momento de avaliação por terem rejeitado participar, ou necessitarem de intervenção imediata.

Assim, a amostra do presente estudo foi inicialmente composta por oitenta e nove crianças e adolescentes ( $n=89$ ) entre os 7 e 17 anos de idade ( $M = 13,83$ ,  $DP = 2,603$ ), sendo este o número de crianças e jovens que completaram o primeiro momento de avaliação (A1), como mostra a Figura 1. A maioria das crianças e jovens era do sexo masculino (52%) e não pertencia a um grupo de minoria étnica (85,4%). Quarenta e duas das crianças e jovens (53,2%) frequentavam o ensino regular, vinte e seis beneficiava de ensino especial ou adaptações curriculares (32,9%) e onze frequentavam o ensino profissional ou CEF (13,9%). Do total da amostra, 58,4% frequentaram apenas uma instituição de acolhimento durante o período de institucionalização e estavam institucionalizados em média há 42,59 meses. Quanto ao contacto familiar, 88,8% mantinham algum contacto com a família. É de realçar que sessenta e uma das crianças e jovens (68,5%) usufruíam de um acompanhamento especializado a nível da saúde mental (consultas de psicologia, pedopsiquiatria e psicologia e pedopsiquiatria).

Figura 1. Participantes ao longo dos diferentes momentos do estudo



## 2.4. Instrumentos

*Questionário de Capacidades e Dificuldades* (Strengths and Difficulties Questionnaire SDQ, Goodman, 2001; Versão portuguesa: Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2005)

É um questionário com vinte e cinco itens, que avalia problemas emocionais e comportamentais, bem como comportamento pró-sociais (capacidades e dificuldades) em crianças e jovens dos 3 anos aos 16 anos. É constituído por cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social, incluindo também duas escalas e um total. As respostas devem ter por base os últimos seis meses e são constituídas por três alternativas (“não é verdade”, “é um pouco verdade” e “é muito verdade”). O somatório das quatro escalas com exceção da de comportamento pró social gera o total de dificuldades da criança (mínimo de 0 e máximo de 40 pontos). Existem três versões do questionário: autorrelato, encarregados de educação e professores. No presente estudo foram utilizadas duas versões, a de autorrelato e a do tutor.

Relativamente ao alfa das escalas deste questionário no primeiro momento de avaliação, a escala completa para as respostas do próprio tem aproximadamente um alfa de 0.7. Quanto à escala completa dos tutores, o alfa é de aproximadamente 0,9. No último momento de avaliação, a escala completa para as respostas do próprio tem um alfa de 0.8 e da escala completa dos tutores, o alfa é de 0.8.

*Screening for and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health perspective* (KIDSCREEN, The KIDSCREEN Group, 2004; Versão portuguesa: Gaspar & Matos, 2008)

O Kidscreen-10 é um instrumento de versão reduzida, com dez questões, que fornece uma pontuação global de bem-estar. Foi concebido para utilizar em crianças dos 8 aos 18 anos de idade. As respostas são constituídas por cinco alternativas numa escala de Likert (“nada”, “pouco”, “moderadamente”, “muito” e “totalmente”). Existem versões de autorrelato bem como de heterorrelato (encarregado de educação), ambas utilizadas no presente estudo.

Relativamente ao alfa, a escala completa para as respostas do próprio mostrou um alfa de 0.8 no primeiro momento de avaliação e de 0.8 no último momento de avaliação. Quanto às respostas do tutor o alfa de escala completa no primeiro momento de avaliação é de 0.8 e no último momento de avaliação é de 0.9.

## **2.5. Procedimento de recolha de dados**

O estudo foi submetido à Comissão Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O processo de recrutamento de participantes iniciou-se com os contactos com as casas de acolhimento, onde foi realizada uma sessão de esclarecimento sobre o projeto nas instalações da Wave by Wave, em Carcavelos e reuniões individuais nas casas de acolhimento, que incluíram a apresentação formal do projeto e a descrição dos objetivos. Posteriormente, reuniu-se o número de jovens nas condições previstas para a participação no projeto e foi obtido o consentimento das instituições. Foi estipulado um prazo limite para as casas de acolhimento enviarem os dados dos jovens que poderiam integrar o programa.

Depois de completa a lista de jovens a integrar o projeto, foram selecionados de forma aleatória dois grupos (o grupo de intervenção e o grupo de lista de espera), através de um site de randomização online. Em cada uma das instituições de acolhimento que aceitou participar, foram realizados contactos com os tutores das crianças (quem é legalmente responsável pela criança/jovem para obter o consentimento informado para o estudo). Após a obtenção do consentimento informado do tutor foi agendada uma sessão com a criança/jovem. Antes da sessão de avaliação foi pedido o assentimento da criança para participar no estudo. Apenas as crianças que forneceram o seu assentimento para participar no estudo foram avaliadas.

A primeira avaliação foi realizada no período antes do início da intervenção (entre outubro de 2018 e janeiro de 2019) e a segunda no período após a o final da intervenção (junho e julho de 2019). Os domínios avaliados foram os problemas de saúde mental, comportamento pró social e bem-estar, através dos instrumentos SDQ e Kidscreen-10. As avaliações iniciais foram administradas de forma individual, nos lares de acolhimento. As avaliações finais foram realizadas em grupo sempre que era possível juntar mais do que um jovem nas casas de acolhimento (local onde foi administrados os questionários). Todos os momentos de avaliação foram administrados por uma

psicóloga e três mestrandas em psicologia, que receberam treino adequado para a administração do protocolo de investigação.

O grupo de intervenção iniciou a intervenção em janeiro de 2019. O grupo de espera beneficiou de atividades, como uma visita a uma fábrica de pranchas de surf, convívios com os membros Wave by Wave como o primeiro mergulho do ano, o Dia da Água e a festa de final de ano e usufruiu de prioridade na participação em campos de verão nos meses de Julho e Agosto. Apesar da oferta e divulgação para que os participantes em lista de espera usufruíssem destas atividades, a taxa de participação foi muito baixa, existindo em alguns momentos a presença de três membros do grupo de lista de espera. Assim, pode-se considerar que existe uma grande percentagem de participantes que não receberam qualquer tipo de recompensa a curto prazo pela participação na investigação. Apesar disso, o grupo em lista de espera beneficiará de prioridade na inscrição nas sessões do programa durante o ano letivo seguinte.

## **2.6. Intervenção**

Os participantes do grupo de intervenção foram divididos em três grupos/campos, com sessões semanais, que ocorriam em três dias da semana. Cada grupo tinha entre 10 e 15 participantes.

O programa ocorreu durante 21 sessões e foi administrado por uma equipa técnica que tinha obrigatoriamente no mínimo dois técnicos de saúde mental, dois instrutores qualificados de surf e dois amigos de campo – voluntários. A equipa recebeu formação adequada para a implementação do programa antes do início da intervenção bem como no decorrer da intervenção, participando em três ações de formação.

As sessões em campo iniciaram-se em janeiro. O grupo 1 (segundas feiras das 15:00 horas às 18:00 horas), o grupo 2 (quartas das 15:00h às 18:00h) e o grupo 3 (quintas feiras das 15:00 horas às 18:00 horas). As sessões decorreram durante os períodos letivos, sendo que durante as interrupções letivas não se realizaram as sessões.

Cada sessão era composta por quatro momentos fundamentais: a roda inicial, a atividade de surf, a roda final e o grito Wave. Cada uma das sessões incluía a exploração do tema da semana e a execução de uma atividade de surf, que fosse possível segundo as condições meteorológicas e logísticas existentes. O tema da semana a retratar na

sessão era o mesmo para os diferentes grupos, contudo a atividade de surf poderia ser distinta.

As sessões iniciavam-se com a recepção dos jovens. Eram acompanhados até às instalações, onde se poderia realizar a roda inicial e onde os jovens vestiam o fato de surf. Depois de vestidos, deslocavam-se para a praia onde decorria o resto da sessão. No final voltavam às instalações.

A roda inicial realizava-se no início da sessão e nela eram lembrados os membros do grupo que não estavam presentes, explicava-se o que seria feito na sessão e iniciava-se, se possível, a conversa sobre o tema da semana. Nesse momento era distribuída uma peça de fruta a cada participante.

A atividade de surf, como referido acima, poderia variar segundo as condições meteorológicas e logísticas do dia de sessão, mas por norma dizia respeito a atividades de ambientação ao meio aquático, prática de surf (iniciação, acompanhamento um para um e autonomia), prática de bodyboard (iniciação, acompanhamento um para um e autonomia), brincadeira e mergulhos livres no mar. Quando as condições meteorológicas não permitiam a ida ao mar, a atividade de surf poderia ser substituída por uma outra atividade ou dinâmica dentro das instalações.

A roda final tinha lugar no final da sessão, depois dos jovens estarem vestidos. Nela retomava-se ou abordava-se pela primeira vez o tema da semana e a frase e dava-se início à discussão sobre o mesmo. Era também incentivada a partilha sobre as vivências durante a sessão, onde muitas das vezes os jovens partilhavam sobre os momentos em que experienciaram diversas emoções (medo, alegria, etc.). Nesta roda também eram cantados os parabéns sempre que algum jovem celebrava o seu aniversário naquela semana. Durante a roda final eram distribuídas as bolachas, onde cada um era incentivado a partilhar retirando apenas uma bolacha de cada vez que o pacote passasse pelo jovem.

O grito Wave era realizado no final de cada roda (inicial e final). O grito era conhecido por todos os jovens que participavam nas atividades proporcionadas pela Wave by Wave e acabava por ser uma parte da identidade do grupo. O grito consistia em dois conjuntos de vozes, um que faz as perguntas e outro que responde, juntando-se a meio num só conjunto de vozes. O grito é: “O que é que nós somos? Wave by Wave.



O que é que nós queremos? Ser, (a)mar, surf. Ohhhhhhhh. Um por todos e todos por um!”

No decorrer do programa foi realizada uma avaliação quanto à fidelidade da implementação do programa atendendo aos pontos centrais de uma sessão. Assim, a roda inicial foi implementada a 100%, a dinâmica de grupo a 80%, a dinâmica de mar a 95% e a roda final a cerca de 70%.

## **2.7. Procedimentos estatísticos**

Os dados recolhidos foram tratados através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS). De modo a perceber os procedimentos adequados foram verificados os pressupostos necessários para a realização de procedimentos paramétricos de análise estatística. No caso de não cumprimentos destes pressupostos utilizaram-se métodos não paramétricos.

As análises iniciaram-se com recurso a testes t e qui-quadrado para verificar se os dois grupos (intervenção e lista de espera) eram equivalentes no primeiro momento da avaliação no que diz respeito a variáveis demográficas e variáveis dependentes do estudo. Para explorar as dimensões associadas à assiduidade às sessões foram realizadas análises de correlação entre a adesão às sessões e outras dimensões do estudo no primeiro momento de avaliação e testes U de Mann-Whitney.

De modo a avaliar o efeito da intervenção foram realizadas ANOVAs, controlando os diferentes efeitos para o efeito do sexo dos participantes. O efeito da intervenção foi testado através da interação entre o efeito do grupo (intervenção e lista de espera) e o efeito do tempo.

## **3. Resultados**

### **3.1. Análises preliminares**

Na comparação das características dos dois grupos (intervenção e lista de espera) no primeiro momento de avaliação são apenas considerados os participantes que

completaram os dois momentos de avaliação (pré intervenção e pós intervenção) e que frequentaram no mínimo dois terços das sessões.

A Tabela 3 mostra as características demográficas do grupo de intervenção (n=28) e grupo de controlo (n=32) no primeiro momento de avaliação. Na avaliação inicial, antes da intervenção, os grupos de intervenção e controlo não tinham diferenças estatisticamente significativas, com exceção do sexo ( $\chi^2_{(1)} = 6,00$ ,  $p = .014$ ). Desta forma, nas restantes análises do impacto da intervenção foi controlado o efeito sexo.

*Tabela 3. Comparação dos grupos no primeiro momento de avaliação.*

	Grupo de Intervenção M (DP) ou n (%)	Grupo de Controlo M (DP) ou n (%)	T ou $\chi^2$	p
Idade (anos)	13,07 (3,078)	14,06 (1,831)	t (58) = 1,54	.13
Tempo de institucionalização (meses)	47,32 (38,626)	40,27 (34,371)	t (58) = 0,749	.46
Sexo (% masculino)	21 (75)	14 (43,8)	$\chi^2_{(1)} = 6,00$	<b>.014</b>
Acompanhamento especializado (%)	20 (71,4)	22 (68,8)	$\chi^2_{(1)} = 0,051$	.82
Minoria étnica (%)	3 (10,7)	5 (15,6)	$\chi^2_{(1)} = 0,312$	.58
Habilitações Escolares				
Ensino Regular (%)	15 (53,6)	16 (57,1)	$\chi^2_{(2)} = 0,432$	.81
Curso Profissional (%)	2 (7,1)	3 (10,7)		
Ensino Especial (%)	11 (39,3)	9 (32,1)		
SDQ Total (autorrelato)	14,38 (5,45)	13,54 (4,1)	t (58) = -0,619	.63
Comportamento Pró social (autorrelato)	8,16 (1,71)	8,29 (2,1)	t (58) = 0,263	.18
Kidscreen (autorrelato)	38,70 (5,25)	36,22 (6,1)	t(58) = -1,677	.16
SDQ Total (segundo tutor)	18,81 (6,36)	14,26 (7,52)	t(56) = -2,471	.30
Comportamento Pró social (segundo tutor)	5,11 (2,52)	7,48 (2,12)	t (56) = 3,901	.39
Kidscreen (segundo tutor)	31,13 (7,57)	33,65 (6)	t(57) = 1,42	.30

A Tabela 4 mostra a comparação das características demográficas entre os jovens que completaram o último momento de avaliação e os que completaram apenas o primeiro momento, sendo que não existem diferenças significativas entre eles.

*Tabela 4. Características entre jovens que completaram a primeira e segunda avaliação.*

	Completaram a Primeira Avaliação M (DP)	Completaram a Última Avaliação M (DP)	T ou $\chi^2$	p
Idade (anos)	14,25 (3,011)	13,68 (2,444)	t (87) = 0,921	.22
Tempo de institucionalização (meses)	36,67 (29,670)	44,80 (36,558)	t (86) = -0,976	.11
Sexo (% masculino)	13 (54,2)	39 (60)	$\chi^2_{(1)} = 0,620$	.25
Acompanhamento especializado (%)	16 (66,7)	45 (69,2)	$\chi^2_{(1)} = 0,053$	.82
Minoria étnica (%)	4 (16,7)	9 (13,8)	$\chi^2_{(1)} = 0,738$	.11
Habilitações Escolares				
Ensino Regular (%)	11 (57,9)	31 (51,7)	$\chi^2_{(2)} = 5,093$	.08
Curso Profissional (%)	5 (26,3)	6 (10)		
Ensino Especial (%)	3 (15,8)	23 (38,3)		
SDQ Total (autorrelato)	12,91 (5,17)	14,03 (5,41)	t (86) = -0,865	.86
Comportamento Pró social (autorrelato)	7,48 (2,35)	8,20 (1,96)	t (86) = -1,432	.15
Kidscreen (autorrelato)	34,73 (5,81)	36,76 (6,18)	t (87) = -1,396	.70
SDQ Total (segundo tutor)	16,15 (6,99)	16,71 (7,25)	t (83) = -0,318	.84
Comportamento Pró social (segundo tutor)	6,14 (2,67)	6,60 (2,60)	t (83) = -0,720	.53
Kidscreen (segundo tutor)	31,80 (4,31)	32,25 (6,75)	t (84) = -0,292	.07

### 3.2. Assiduidade às sessões

Na Tabela 5 encontram-se os resultados das correlações entre o número de sessões em que os jovens participaram e as diferentes variáveis. Verifica-se uma correlação positiva significativa entre a adesão e o número de meses de permanência na instituição ( $r= 0,415, p= 0,012$ ) e o bem-estar avaliado no primeiro momento de avaliação ( $r= 0,389, p= 0,014$ ) e uma correlação negativa significativa entre adesão e comportamento pró sociais relatados pelo tutor avaliado no primeiro momento de avaliação ( $r = -0,404, p = 0,003$ ).

Relativamente às variáveis sexo ( $r=107,500, p=757,000$ ) e acompanhamento especializado ( $r=117,000, p=954,000$ ) não se observam diferenças significativas entre os grupos em relação à adesão. Quanto à variável minoria étnica encontrou-se uma diferença significativa ( $p = 22,000, p = 48,000$ ), sendo que o grupo de minoria étnica (MD = 14,5, DP = 3,74) teve uma adesão menor às sessões quando comparado com o grupo que não era minoria étnica (MD=19, DP = 3,54 ).

*Tabela 5. Correlação entre adesão e variáveis*

	Coef. Correlação	p
Idade	-0,235	.19
Tempo de institucionalização (meses)	0,193	.29
Tempo na instituição residente	0,415	<b>.02</b>
SDQ Total (autorrelato)	0,031	.86
Comportamento Pró social (autorrelato)	-0,064	.72
Kidscreen (autorrelato)	0,389	<b>.03</b>
SDQ Total (segundo tutor)	0,1	.58
Comportamento Pró social (segundo tutor)	-0,404	<b>.02</b>
Kidscreen (segundo tutor)	0,151	.40

### 3.3. Efeitos da Intervenção

Os resultados das análises de efeitos da intervenção nos jovens encontram-se na Tabela 3. A efetividade do programa foi testada através da análise do efeito de interação entre a condição do grupo (controlo ou intervenção) e tempo (pré intervenção e pós intervenção). Não foram encontrados efeitos significativos da intervenção nas subescalas de autorrelato do questionário SDQ, nomeadamente no comportamento pró social ( $F_{(1,57)} = 0,17$ ,  $p = .68$ ), e na escala total ( $F_{(1,57)} = 0,003$ ,  $p = .96$ ). De modo semelhante, não se observaram diferenças significativas da intervenção ( $F_{(1,57)} = 0,040$ ,  $p = .84$ ) no bem estar relatado pelo jovem.

Tabela 6. Efeitos de interação entre grupos.

	Grupo de Intervenção		Grupo de Controlo		F	p
	Pré Intervenção M (DP)	Pós Intervenção M (DP)	Pré Intervenção M (DP)	Pós Intervenção M (DP)		
<b>Kidscreen (autorrelato)</b>	38,70 (5,25)	38,09 (6,80)	36,22 (6,10)	36,37 (7,05)	$F_{(1,57)} = 0,040$	.84
<b>SDQ Total (autorrelato)</b>	14,38 (5,45)	14,67 (7,27)	13,54 (5)	13,78 (6,81)	$F_{(1,57)} = 0,003$	.96
<b>Comportamento Pró social (autorrelato)</b>	8,16 (1,71)	8,31 (2,36)	8,29 (2,1)	8,14 (1,85)	$F_{(1,57)} = 0,17$	.68
<b>Kidscreen (segundo tutor)</b>	31,39 (7,58)	36,23 (5,26)	33,71 (6,10)	33,97 (6,36)	$F_{(1,54)} = 4,475$	<b>.04</b>
<b>SDQ Total (segundo tutor)</b>	18,73 (6,47)	15,28 (5,85)	14,26 (7,52)	15,24 (7,29)	$F_{(1,54)} = 6,108$	<b>.02</b>
<b>Comportamento Pró social (segundo tutor)</b>	5,12 (2,57)	6,48 (2,01)	7,48 (2,12)	6,56 (2,28)	$F_{(1,54)} = 9,855$	<b>.003</b>

Foi encontrado um efeito significativo da intervenção nos comportamentos pró sociais dos jovens, relatados pelos tutores ( $F_{(1,54)} = 9,855$ ,  $p = .003$ ). Segundo os tutores

existe uma diferença significativa entre grupo de intervenção e grupo de controlo, sendo que o grupo de intervenção apresenta um aumento de comportamentos pró sociais enquanto que o grupo de controlo apresenta uma diminuição de comportamento pró-sociais. Além disso, observou-se também um efeito significativo da intervenção nos problemas emocionais totais relatados pelo tutor ( $F_{(1,54)} = 6,108$ ,  $p = .02$ ), sendo que os grupos de intervenção demonstraram uma diminuição de problemas emocionais enquanto o grupo de controlo não evidenciou uma diferença nos problemas emocionais.

Relativamente ao bem estar dos jovens, foi encontrado um efeito significativo da intervenção no bem estar relatado pelos tutores ( $F_{(1,54)} = 4,475$ ,  $p = .04$ ). Nomeadamente, os tutores do grupo que beneficiou da intervenção relataram um aumento de bem-estar nestes jovens, e os tutores dos jovens do grupo de controlo relataram um valor semelhante nos dois momentos de avaliação.

#### **4. Discussão**

As crianças e jovens em situação de acolhimento residencial, quando comparadas com a população em geral, apresentam mais problemas de comportamento, défices de atenção e hiperatividade e problemas emocionais, sendo que existe uma grande comorbilidade entre estes (Lehmann, et al., 2013). Apesar de na literatura os problemas mais frequentes nesta população estarem muito estudados, não existe uma grande diversidade de alternativas de intervenção ou prevenção empiricamente testadas que funcionem como resposta ou complemento de resposta interventiva.

Este estudo pretende avaliar o impacto do programa *Wave by Wave* na saúde mental (problemas de saúde mental, comportamento pró-social e bem-estar) das crianças e jovens em situação de acolhimento residencial. Através de um programa que concilia a intervenção psicológica de grupo com a prática de surf (*surf therapy*) procura-se melhorar a saúde mental das crianças e jovens que dele beneficiem.

O presente estudo é um dos primeiros estudos empíricos a nível europeu na área do *surf therapy* que recorre a um RCT, e que faz uso de diversas metodologias e informadores de modo a avaliar o impacto do programa em fatores individuais, mas também relacionais.

Em termos de adesão dos participantes à intervenção, foi possível examinar alguns correlatos do nível de assiduidade às sessões. As crianças e jovens que pertenciam a uma minoria étnica foram significativamente a menos sessões do que os jovens que não pertenciam a minoria étnica. Por seu lado, os jovens que estavam há mais tempo a residir na instituição atual foram os que estiveram em mais sessões. Por fim, os jovens com níveis mais elevados de bem-estar percebido pelo próprio e menores níveis de comportamento pró-social percebidos pelos tutores foram os que frequentaram um maior número de sessões.

O facto de as crianças e jovens pertencentes a minorias étnicas frequentarem menos sessões poderá estar relacionada com uma possível não identificação dentro do grupo de intervenção. Poderá ser interessante perceber em que medida as crianças e jovens pertencentes a minorias étnicas se envolvem com o restante grupo e se identificam com ele.

Os jovens que residem há mais tempo na instituição atual foram os que presenciaram mais sessões. Isto poderá estar relacionado com o facto destes jovens terem uma maior estabilidade e previsibilidade nas suas rotinas diárias, estando a intervenção Wave by Wave incluída nestas rotinas. É de salientar que a grande variabilidade no local de residência pode oferecer pouca estabilidade às crianças e jovens.

Os jovens que relatam maior bem-estar frequentaram um maior número de sessões do que os que relataram menor bem estar, o que poderá estar relacionado com a pré disposição destes jovens para a prática da atividade. As crianças e jovens com maior bem-estar percebido pelos próprios, tendo mais entusiasmo para atividades realizadas no exterior e de contacto com a natureza, aderiram de forma mais recorrente e isto proporcionou-lhes por sua vez uma continuidade de sensação de bem estar.

Os tutores que relataram menores níveis de comportamentos pró sociais nas suas crianças e jovens podem ter visto o programa Wave by Wave como uma forma de desenvolver esses comportamentos e por isso a sua ação poderá estar relacionada com a adesão das crianças e jovens, nomeadamente na persistência para que os jovens permanecessem na atividade.

Os resultados ao nível do autorrelato não verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das variáveis avaliadas. No estudo de Matos et al. (2016), os

resultados obtidos foram semelhantes, existindo apenas diferenças significativas no autorrelato ao nível da diminuição dos problemas de comportamento. A concordância de resultados entre estudos poderá indicar que os resultados de um período reduzido de sessões do programa *Wave by Wave* podem não ser detetados em medidas de autorrelato. Os programas que acompanham os jovens por um período mais prolongado de tempo e que dispõem de acompanhamento mais individualizado em conjugação com um momento de grupo foram os que apresentaram mais resultados, como é exemplo o estudo de Taussig e Culhane (2010). Poderá ser importante continuar a acompanhar estes jovens de modo a perceber se um acompanhamento mais prolongado no tempo permitirá observar resultados detetados pelo autorrelato.

Os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa nos relatos dos tutores quanto aos comportamentos pró sociais, problemas de comportamento e no bem-estar dos jovens. Segundo os tutores, os jovens que participaram no programa *Wave by Wave*, demonstraram uma diminuição nos problemas de comportamento, um aumento de comportamento pró sociais e uma melhoria no bem-estar entre o momento antes da intervenção e o momento pós intervenção. Por seu lado, o grupo de controlo demonstrou um aumento nos problemas de comportamento e não se verificaram diferenças ao longo do tempo nos comportamentos pró-sociais e no bem-estar dos jovens.

Tendo em consideração o foco da intervenção nas relações interpessoais e nas competências sociais, os resultados obtidos estão em conformidade com o esperado, uma vez que o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e interação adequada entre pares é um tópico abordado e trabalhado com recorrência ao longo das sessões do programa *Wave by Wave*. Além disso, existem algumas evidências de que o contacto com o mar e a natureza mostra-se eficaz no aumento do bem-estar (Maddux, 1995), o que também é consistente com estes resultados.

Os resultados parecem mostrar que o programa *Wave by Wave* pode atuar como complemento de outras medidas de intervenção psicológica e como fonte protetora no ajustamento e integração social. O desenvolvimento e treino de competências sociais e de interação adequada entre pares parece ser um fator protetor que é facilitado pelo programa *Wave by Wave*.



#### 4.1. Limitações

Existem algumas limitações no presente estudo que merecem ser abordadas e discutidas. Em primeiro lugar, o reduzido número total de participantes considerados para as análises que poderá ter impactado os resultados ao nível estatístico. Em segundo lugar, o facto de a distribuição aleatória ter sido realizada no momento antes da primeira avaliação e não após as avaliações terem sido concluídas. Em terceiro lugar, associado ao facto anterior, existiu uma diferença estatisticamente significativa entre grupos na variável sexo, uma vez que existiram perdas desiguais nos grupos já aleatoriamente distribuídos, tendo o efeito do sexo sido controlado nas análises estatísticas. Em quarto lugar, é importante considerar que os tutores tinham conhecimento dos jovens que frequentavam e que não frequentavam a intervenção, pelo que não existiram informadores “cegos” à condição do participante. Assim, os informadores podem ter respondido de alguma forma influenciados por esse conhecimento. Em quinto lugar, o facto do estudo ter decorrido apenas com jovens que residiam em casas de acolhimento da zona da grande Lisboa pode comprometer a generalização dos resultados à população de crianças e jovens em situação de acolhimento de outras zonas urbanas e não urbanas de Portugal. Por fim, as dificuldades de execução de alguns princípios base do programa Wave by Wave podem ter interferido nos resultados, como exemplo a entrada e saída de membros do grupo de intervenção ao longo do tempo, que diminuiu a estabilidade do grupo.

A investigação sobre o impacto do *surf therapy* é ainda escassa, pelo que é importante continuar o trabalho de investigação, abordando a saúde pessoal de forma global (mental e física) ou investigando os modelos de *surf therapy* mais eficazes.

## Referencias

- Carvalho, M. J. L., & Mota, I. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Fundação Calouste Gulbenkian. Programa Gulbenkian de Desenvolvimento Humano.
- Cavanaugh, L. K., & Rademacher, S. B. (2014). How a SURFing Social Skills Curriculum can Impact Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of the International Association of Special Education*, 15(1).
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of child and family studies*, 7(3), 283-296.
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents. *National Child Traumatic Stress Network*.
- Egeland, B., Sroufe, L. A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse & neglect*, 7(4), 459-469.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire—Portuguese version]. *Retrieved from <http://www.sdqinfo.org>*.
- Gaspar, T., de Matos, M. G., & Ribeiro, J. L. P. (2008). Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento. *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola*.
- Geenen, S., Powers, L. E., Phillips, L. A., Nelson, M., McKenna, J., Wings-Yanez, N. & Swank, P. (2015). Better Futures: A randomized field test of a model for supporting young people in foster care with mental health challenges to participate in higher education. *The journal of behavioral health services & research*, 42(2), 150-171.
- Godfrey, C., Devine-Wright, H., & Taylor, J. (2015). The positive impact of structured surfing courses on the wellbeing of vulnerable young people. *Community Practitioner*, 88(1), 26-29.

Gypen, L., Vanderfaeillie, J., De Maeyer, S., Belenger, L., & Van Holen, F. (2017). Outcomes of children who grew up in foster care: Systematic-review. *Children and Youth Services Review, 76*, 74-83.

Instituto da Segurança Social, I.P. – Departamento de Desenvolvimento Social e Programas/ Unidade de Infância e Juventude (2018). Casa 2017, Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. Instituto de Segurança Social: Lisboa

Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T., & Heiervang, E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 7*(1), 39.

Leve, L. D., Harold, G. T., Chamberlain, P., Landsverk, J. A., Fisher, P. A., & Vostanis, P. (2012). Practitioner review: children in foster care—vulnerabilities and evidence-based interventions that promote resilience processes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*(12), 1197-1211.

Maddux, J. (1995). Self-efficacy theory: An introduction. In J. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment* (pp. 3-33). New York: Plenum

Matos, M. G. D., Santos, A., Brito, C. F. C. D., Marta, F., Evangelista, E. S., Ferreira, J. & Mattila, M. (2016). O surf na promoção da saúde e bem-estar em jovens em contexto de acolhimento: avaliação de uma intervenção.

Oswald, S. H., Heil, K., & Goldbeck, L. (2009). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of pediatric psychology, 35*(5), 462-472.

Pears, K., & Fisher, P. A. (2005). Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 26*(2), 112-122.

Racusin, R., Maerlender, A. C., Sengupta, A., Isquith, P. K., & Straus, M. B. (2005). Psychosocial treatment of children in foster care: A review. *Community Mental Health Journal, 41*(2), 199-221.

Reddy, S. D., Negi, L. T., Dodson-Lavelle, B., Ozawa-de Silva, B., Pace, T. W., Cole, S. P., ... & Craighead, L. W. (2013). Cognitive-based compassion training: A promising prevention strategy for at-risk adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 22(2), 219-230.

Schuurmans, A. A., Nijhof, K. S., Engels, R. C., & Granic, I. (2018). Using a videogame intervention to reduce anxiety and externalizing problems among youths in residential care: An initial randomized controlled trial. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 40(2), 344-354.

Schwartz, D., Flamant, R. & Lellouch, J. (1980) *Clinical Trials*. Academic Press, London

Snelling, M. (2016). Breaking cycles of violence, one wave at a time: a formative evaluation of the Waves for Change Surf Therapy programme. (Dissertação de Mestrado). University of Cape Town. Retirado de [http://open.uct.ac.za/bitstream/handle/11427/20657/thesis\\_com\\_2016\\_snelling\\_matthew.pdf?sequence=1](http://open.uct.ac.za/bitstream/handle/11427/20657/thesis_com_2016_snelling_matthew.pdf?sequence=1)

Taussig, H. N., & Culhane, S. E. (2010). Impact of a mentoring and skills group program on mental health outcomes for maltreated children in foster care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(8), 739-746.

Vis, S. A., Handegard, B. H., Holtan, A., Fossum, S., & Tharnblad, R. (2016). Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample. *Child & Family Social Work*, 21(4), 557-567.