



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Promoção de Saúde Mental em crianças em idade escolar - Impacto da Implementação do Currículo PROMEHS com uma turma do 5.º ano de escolaridade da região de Lisboa

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões

Presidente

Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa;

Vogais

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora associada com agregação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa;

Doutora Lúcia Maria Neto Canha, Doutorada em Ciências da Educação na especialidade de Educação para a Saúde.

Pedro José Adragão Pereirinha

2022

Agradecimentos

O terminar de uma etapa merece a devida atenção. Tenho noção que não é uma etapa só minha mas também de todos aqueles que me apoiaram, ajudaram, aconselharam e orientaram. Papéis importantíssimos foram desempenhados, em prol da minha motivação, do meu empenho e da minha dedicação, pelas mais diversas pessoas. Deste modo gostaria de deixar o meu sentido agradecimento,

...à Professora Doutora Celeste Simões e à Margarida Santos pela constante orientação e presença em todo o processo;

... a todas as crianças e famílias presentes no projeto que tão bem me acolheram no seio da sua turma e me fizeram sentir útil na transmissão de conhecimento;

... a todos os meus amigos que me apoiaram e nunca me deixaram desistir;

... a toda a minha família por terem feito parte do meu crescimento;

... à Margarida e aos meus pais por permanecerem incansavelmente ao meu lado;

E um agradecimento especial aos meus avós por me acolherem em sua casa durante esta etapa, por todo o carinho e por toda a paciência.

Muito obrigado a todos.

“Há duas maneiras de se passar pela vida: fazendo caminho ou esperando que a vida passe” - José Victor Adragão

...e que belo caminho percorreste.

Índice

Enquadramento Global	7
Artigo Teórico	9
1. Introdução.....	10
2. Saúde Mental	11
2.1. Saúde Mental na Infância	12
2.2. Saúde Mental na Adolescência.....	13
2.3. Saúde Mental em tempos de COVID-19.....	14
3. Resiliência	15
3.1. Fatores e processos associados.....	16
3.2. Importância da resiliência na infância e na adolescência.....	17
4. Competências Socioemocionais	18
4.1. Importância das competências socioemocionais na infância e na adolescência	20
4.2. Aprendizagem socioemocional	20
5. Problemas Sociais, Emocionais e Comportamentais na Infância e Adolescência	22
5.1. Antecedentes: fatores de risco e proteção.....	23
5.2. Consequências dos Problemas Sociais, Emocionais e Comportamentais	24
6. Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Problemas	24
6.1. Programas de promoção de Saúde Mental e prevenção de problemas.....	25
6.1.1. Escola como espaço privilegiado de intervenção.....	26
6.1.2. Papel dos pais	27
6.1.3. Papel dos professores	28
7. Conclusão.....	29
8. Referências Bibliográficas	29
Artigo Empírico.....	44
Resumo	45
1. Introdução.....	45
2. Currículo PROMEHS	46
3. Metodologia	47
3.1. Objetivo, questões do estudo e variáveis.....	47
3.2. Desenho do estudo.....	48
3.2.1. Instrumentos.....	48
3.2.2. Procedimentos éticos, de aplicação e de tratamento de dados	50

3.2.3. Participantes.....	51
4. Resultados.....	52
4.1. SDQ	53
4.1.1. Evoluções verificadas nos domínios avaliados pelo SDQ	59
4.2. SSIS SEL	65
4.3. CDRisc	71
4.4. DE	71
4.5. Avaliação do impacto do currículo PROMEHS	73
5. Discussão dos Resultados.....	76
5.1. Na Visão dos Alunos	76
5.2. Na Visão do Professor	77
5.3. Na Visão dos Pais	78
6. Conclusão.....	79
7. Referências Bibliográficas	82
Anexo A - Consentimento informado, Professor	86
Anexo B - Consentimento informado, Pais.....	88
Anexo C - Assentimento informado, Alunos.....	90
Anexo D - Consistência interna, Alpha de Cronbach	91
Anexo E - Pontuações subescalas SDQ.....	94
Anexo F - Escala CDRisc, alterações por item.....	95

Índice de Tabelas

Tabela 1- Escala SDQ Alunos, Grupo Experimental	53
Tabela 2- Escala SDQ Alunos, Grupo em Espera.....	54
Tabela 3- Escala SDQ Alunos, Comparação entre grupos	55
Tabela 4- Escala SDQ Professor, Grupo Experimental.....	55
Tabela 5- Escala SDQ Professor, Grupo em Espera	56
Tabela 6- Escala SDQ Professor, Comparação entre Grupos	57
Tabela 7- Escala SDQ Pais, Grupo Experimental	58
Tabela 8- Escala SDQ Pais, Grupo em Espera.....	58
Tabela 9- Escala SDQ Pais, Comparação entre grupos	59
Tabela 10- Escala SSIS SEL Alunos, Grupo Experimental	66
Tabela 11- Escala SSIS SEL Alunos, Grupo em Espera.....	66
Tabela 12- Escala SSIS SEL Alunos, Comparação entre grupos	67
Tabela 13- Escala SSIS SEL Professor, Grupo Experimental.....	68

Tabela 14- Escala SSIS SEL Professor, Grupo em Espera	68
Tabela 15- Escala SSIS SEL Professor, Comparação entre Grupos	69
Tabela 16- Escala SSIS SEL Pais, Grupo Experimental	69
Tabela 17- Escala SSIS SEL, Pais Grupo em Espera.....	70
Tabela 18- Escala SSIS SEL Pais, Comparação entre grupos	71
Tabela 19- Escala CDRisc Alunos	71
Tabela 20- DE Professor, Grupo Experimental	72
Tabela 21- DE Professor, Grupo em Espera.....	72
Tabela 22- DE Professor, Comparação entre Grupos.....	72
Tabela 23- Percepção da utilidade das reuniões de pais	73
Tabela 24- Percepção da utilidade das Orientações para os pais e do manual de atividades para o aluno, segundo a perspetiva dos pais	73
Tabela 25- Percepção da utilidade do manual de atividades para o aluno.....	73
Tabela 26- Percepção do interesse dos alunos nas sessões.....	74
Tabela 27- Aprendizagem Socioemocional, Percepção do impacto Pós-Teste.....	74
Tabela 28- Resiliência, Percepção do impacto Pós-Teste	75
Tabela 29- Problemas de Comportamento, Percepção do impacto Pós-Teste	75
Tabela 30- Percepção entre Pais e Alunos	75
Tabela 31- Consistência interna, Escala SDQ Alunos.....	91
Tabela 32- Consistência interna, Escala SSIS SEL Alunos	91
Tabela 33- Consistência interna, Escala CDRisc Alunos	91
Tabela 34- Consistência interna, Escala SDQ Professor	92
Tabela 35- Consistência interna, Escala SSIS SEL Professor	92
Tabela 36- Consistência interna, Escala SDQ Pais	93
Tabela 37- Consistência interna, Escala SSIS SEL Pais	93
Tabela 38- Escala CDRisc Alunos, Grupo Experimental.....	95
Tabela 39- Escala CDRisc Alunos, Grupo em Espera	96
Tabela 40- Escala CDRisc Alunos, Comparação entre grupos	97

Índice de Figuras

Gráfico 1- Evoluções positivas (n=12) Evoluções positivas, Grupo Experimental, Alunos	60
Gráfico 2- Evoluções negativas (n=12) Grupo Experimental, Alunos	60
Gráfico 3- Evoluções positivas (n=11) Grupo Em Espera, Alunos.....	61
Gráfico 4- Evoluções negativas (n=11) Grupo Em Espera, Alunos	61
Gráfico 5- Evoluções positivas (n=17) Grupo Experimental, Professor	62

Gráfico 6- Evoluções negativas (n=17) Grupo Experimental, Professor	62
Gráfico 7- Evoluções positivas (n=14) Grupo Em Espera, Professor	63
Gráfico 8- Evoluções negativas (n=14) Grupo Em Espera, Professor	63
Gráfico 9 - Evoluções positivas (n=14) Grupo Experimental, Pais	64
Gráfico 10- Evoluções negativas (n=14) Grupo Experimental, Pais	64
Gráfico 11- Evoluções positivas (n=12) Grupo em Espera, Pais	65
Gráfico 12- Evoluções negativas (n=12) Grupo em Espera, Pais.....	65

Enquadramento Global

O termo Saúde Mental é apresentado pela *World Health Organization* (WHO) como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutuosa e é capaz de dar um contributo à sua comunidade” (WHO, 2005, p.18). A Saúde Mental tem na sua base diferentes áreas de conhecimento, sendo vista segundo um modelo biopsicossocial, englobando conceções culturais, sociais, psicológicas e biológicas nos procedimentos de avaliação, de prevenção, de reabilitação e terapêuticos (Monteiro, 2014). Segundo a UNICEF (2021), mundialmente, uma em cada sete crianças apresenta problemas de saúde mental, elevando a necessidade de abordar este tema afincadamente.

Face à atual agenda mundial, relacionada com a pandemia da COVID-19, viemos a alterar a interpretação de “tensões normais da vida”. Conferindo o inquérito realizado pela WHO (2020) observou-se um aumento nos serviços de saúde mental para populações vulneráveis, nomeadamente crianças e adolescentes, idosos e mulheres com complicações no pré ou pós-parto. Assim, remete-se para a importância de programas promotores de saúde mental. O projeto de dissertação foca nesse mesmo objetivo. Neste estudo pretende-se avaliar o impacto de um currículo para promoção da saúde mental e prevenção de problemas neste âmbito, o PROMEHS, desenvolvido por especialistas europeus (Cavioni et al., 2020) e implementado no ano letivo 2020/21 com estudantes do 5.º ano de escolaridade na região da Grande Lisboa. O currículo PROMEHS visa: promover a aprendizagem socioemocional, que procura melhorar a autoconsciência, a autorregulação, a consciência social, as competências relacionais e a tomada de decisão responsável; promover a resiliência, que apresenta diferentes estratégias para lidar com desafios psicossociais e com experiências traumáticas; e prevenir problemas de saúde mental nomeadamente, problemas internalizantes (e.g., depressão, ansiedade,); problemas de externalização (e.g., hiperatividade, agressividade); e comportamentos de risco (e.g., violência, consumo de substâncias nocivas) (Cavioni et al., 2020).

A fim de avaliar o impacto e perante a necessidade de compreender de que forma é possível contribuir para um melhor desenvolvimento da criança prosseguiu-se à elaboração do presente trabalho. Para tal dividiu-se a dissertação em dois artigos.

O primeiro artigo, teórico, visa a explicação e apresentação dos conceitos abordados no currículo. Assim, é abordada a definição de saúde mental como um construto abrangente que está em relação com vários domínios do conhecimento. Uma vez que o estado de saúde mental dos indivíduos resulta da interação de diversos fatores, são introduzidos e explicados conceitos integrantes como a resiliência, as competências socioemocionais e os problemas de comportamento. Tendo em conta que a promoção da saúde mental é um aspeto crucial no desenvolvimento pessoal e relacional, é também abordada e esclarecida a importância dos principais intervenientes quando falamos de saúde mental de crianças e jovens, nomeadamente os pais, os professores e a escola. Nos últimos anos tem-se verificado um interesse na promoção da saúde mental e na prevenção de problemas a ela associados, tendo como tal sido desenvolvidos, implementados e avaliados vários programas desenvolvidos nesta área, alguns dos quais são apresentados no primeiro artigo.

O segundo artigo, empírico, visa apresentar a avaliação do impacto do currículo com um grupo turma de 31 estudantes do 2º ciclo. Este estudo seguiu um desenho quasi-experimental, utilizado no âmbito do piloto mais alargado conduzido nos seis países que integraram o piloto do currículo PROMEHS a nível europeu (Croácia, Grécia, Itália, Letónia, Portugal e Roménia). O protocolo de avaliação procurou recolher dados no campo das capacidades e dificuldades emocionais, comportamentais e de relacionamento, do desempenho académico, da resiliência e da aprendizagem socioemocional através de questionários de resposta fechada, respondidos antes e após a implementação do currículo, por dois grupos, experimental e em espera, na ótica do professor, dos pais e dos próprios alunos. No final do artigo, após a apresentação dos resultados, é apresentada a discussão e a conclusão do trabalho bem como as suas limitações.

Artigo Teórico

Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar uma introdução geral sobre saúde mental e a sua promoção nas escolas. Assim, é abordada a definição de saúde mental inserida em diferentes áreas do conhecimento, tais como a filosofia, a sociologia, a neurologia, a psiquiatria, entre outros. Uma vez que esta resulta da interação de diversos fatores, a sua promoção deverá visar o aumento do bem-estar, do êxito e da qualidade de vida da população. No presente artigo são introduzidos e explicados conceitos integrantes na saúde mental como a resiliência, as competências socioemocionais e os problemas sociais, emocionais e comportamentais. Tendo em conta que a promoção da saúde mental é um aspeto crucial no desenvolvimento pessoal e relacional é esclarecida a importância dos seus intervenientes, nomeadamente os pais, os professores e a escola, sendo ainda apresentados outros programas desenvolvidos nesta área. Por fim, sendo que um dos tópicos da agenda mundial atual, a pandemia da Covid-19, é uma situação de elevada problemática para a saúde mental são também abordados os desafios específicos que globalmente estamos a viver no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Promoção da Saúde Mental; Resiliência; Competências Socioemocionais; Problemas sociais, emocionais e comportamentais.

1. Introdução

O tema saúde mental tem vindo a receber mais atenção devido à crescente necessidade de intervir em crianças e adolescentes, uma vez que é um problema de saúde pública com repercussões duradouras no desenvolvimento e, conseqüentemente, na sociedade (Patalay e Gage, 2019). Este construto é definido pela *World Health Organization* (WHO) como “um estado de bem-estar em que o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutuosamente e é capaz de dar um contributo à sua comunidade” (WHO, 2005, p.18). A promoção da saúde mental consiste em toda e qualquer ação com o intuito de criar condições e ambientes propícios a uma sanidade mental, permitindo aos indivíduos, às famílias, aos grupos e à comunidade adotarem e manterem estilos de vida saudáveis, promovendo um bom funcionamento emocional e de inclusão social (O’Reilly et al., 2018).

2. Saúde Mental

Como foi referido em cima, a saúde mental é um estado de bem-estar que permite ao indivíduo ser parte integrante da sociedade (WHO, 2005). É vista como um estado de saúde contínuo abrangendo desde o completo bem-estar até a doenças graves (WHO, 2013). A Saúde Mental tem na sua base diferentes áreas de conhecimento tornando-a num conceito abrangente e numa área de estudo complexa, de difícil explicação (Amarante, 2013). Atualmente, a saúde mental é vista segundo um modelo biopsicossocial, englobando concepções culturais, sociais, psicológicas e biológicas nos procedimentos de avaliação, de prevenção, de reabilitação e terapêuticos (Monteiro, 2014). Assim, não pode ser reduzida exclusivamente ao tratamento de doenças mentais (Amarante, 2013). A definição da World Health Organization (2005) corrobora o referido por Monteiro (2014), na medida em que refere que a Saúde Mental não é apenas ausência de doença, mas também o bem-estar físico, mental e social.

O termo Saúde Mental é um constituinte fulcral no processo de desenvolvimento das emoções e sentimentos das crianças e adolescentes em relação a si próprios, às famílias, aos professores e amigos, refere-se à forma como estes pensam, sentem e agem em relação às dificuldades e mudanças, influenciando a tomada de decisão responsável e a forma como reagem a problemas, como aprendem e progridem, interagem com os pares e tomam decisões (Kerker, et al., 2015 e Patalay e Gage, 2019).

A infância e a adolescência são períodos caracterizados pelas alterações a nível físico e mental (Larsen e Luna, 2018). Durante a adolescência ocorrem várias alterações neurobiológicas e psicossociais (Schriber e Guyer, 2016). Este é um período transacional assinalado pelas alterações de humor, ficando os jovens mais suscetíveis às adversidades circundantes (Thornberry et al., 2010; Ben-David e Jonson-Reid, 2017).

Mundialmente são reportados problemas de saúde mental em uma em cada sete crianças (UNICEF, 2021). Estes problemas prevalecem em populações de classes socioeconómicas mais baixas (Green, 2005; Reiss, 2013), em minorias étnicas (Belfer, 2008; McLaughlin et al., 2007), em crianças e adolescentes provenientes de zonas rurais, remotas (Edwards e Baxter, 2013) e com conflitos (Tol et al., 2013) e refugiados (Scharpf et al., 2021). Segundo a literatura, a depressão, a ansiedade, os comportamentos disruptivos, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção e o consumo de substâncias nocivas para o organismo são os problemas de saúde mental

mais comuns em crianças e adolescentes (NRCIM, 2009; Merikangas et al., 2009; Merikangas et al., 2010 e Polanczyk et al., 2015). Neste sentido, a saúde mental de crianças e adolescentes tem sido considerada uma prioridade internacional de estudo e ação governamental (Buckley et al., 2011).

2.1. Saúde Mental na Infância

A infância é uma altura crítica no desenvolvimento da criança, sendo condicionada por influências contextuais e biológicas que alteram o percurso e o produto do desenvolvimento (Coimbra de Matos, 1999). O desenvolvimento infantil é caracterizado por marcos do desenvolvimento, i.e., estádios que indicam competências e comportamentos esperados para uma determinada fase (Brazelton, 1998). Corroborando a investigação destes autores, Santos (2015) afirma que o reconhecimento precoce das causas aumenta significativamente a probabilidade de resolução dos problemas. Neste sentido, quanto mais cedo for efetuado o diagnóstico de problemas associados à saúde mental, mais cedo se inicia e define um plano de tratamento e de intervenção (Ferriolli, et al., 2007).

Existem certos fatores que intensificam a probabilidade de uma criança apresentar problemas de saúde mental (Patalay e Gage, 2019). São considerados fatores de risco as situações que aumentam a probabilidade de obter resultados negativos, como eventos de vida adversos que, quando presentes, ampliam a possibilidade de o indivíduo apresentar problemas sociais, psicológicos e físicos, dificultando de forma negativa a resolução do problema (Benzies e Mychasiuk, 2009; Scharpf, et al. 2021).

Segundo Santos (2015), a Saúde Mental das crianças está diretamente relacionada com o funcionamento da família, sendo estas mais ou menos afetadas consoante a gravidade dos fatores externos, como a relação entre os pais e com os filhos. Patalay e Gage (2019) referem que estes problemas na infância podem ter repercussões na vida adulta, na medida em que o desenvolvimento da criança fica comprometido. Diversos estudos relatam uma relação entre problemas de saúde mental e adversidades na infância, nomeadamente abusos ou maus-tratos (Zhu et al., 2019), a morte de familiares (Guldin et al., 2015), o divórcio dos pais e o historial de problemas de saúde mental (Lindström e Rosvall, 2015). Outros estudos demonstram a existência de uma relação entre os comportamentos da mãe, ou as dificuldades na gravidez, e a presença de problemas de saúde mental nas crianças (Kim et al. 2020). Kim e colaboradores (2019; 2020) referem a idade avançada da mãe, a hipertensão crónica materna, a hipertensão gestacional materna, a pré-eclampsia, a obesidade materna, o

consumo de antidepressivos e fumar durante a gravidez como desencadeadores de perturbações mentais, bem como a presença de asma na infância.

Para além dos supracitados são ainda apresentados pela *Mental Health Foundation* (2016) fatores de risco como ter uma doença física por um longo período de tempo, viver numa situação socioeconómica degradante, serem vítimas de discriminação e apresentarem elevadas dificuldades de aprendizagem. A ausência de apoio parental durante a infância e a adolescência intensifica a presença de problemas de saúde mental nos estudantes (Macalli, et al., 2020). A OMS estima que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentam perturbações psiquiátricas (Goldschmidt et al., 2018).

Em contrapartida, existem fatores que promovem a saúde mental das crianças como o facto de ter uma boa saúde física, acompanhada de uma boa alimentação e tempo de qualidade para brincar, o fazer parte de uma família estável e de uma comunidade onde prevaleça o amor, a confiança, a compreensão, a honestidade e o trabalho pessoal e escolar honesto e acompanhado (Mental Health Foundation, 2016). Competências pessoais como ser otimista, confiável, trabalhador, resiliente, controlador da própria vida e a capacidade de resolução de problemas são também fulcrais para o desenvolvimento da saúde mental de forma positiva (Macalli, et al., 2020).

2.2. Saúde Mental na Adolescência

A adolescência é um importante período de desenvolvimento cerebral, metabólico, hormonal, neuro-endócrino, sexual, físico, emocional, social e cognitivo (Gee e Casey, 2015). A transição da adolescência para a idade adulta é caracterizada por alterações nas capacidades cognitivas e correspondentes modificações da estrutura e função das regiões cerebrais que as suportam (Larsen e Luna, 2018). Existe uma relação direta entre estes processos de neurodesenvolvimento e os mecanismos que impulsionam a plasticidade do período crítico, apoiando a hipótese de que o desenvolvimento adolescente é impulsionado por mecanismos que guiam o rápido desenvolvimento da neurobiologia e da capacidade cognitiva durante a adolescência e a sua subsequente estabilidade na idade adulta (Larsen e Luna, 2018). Segundo os mesmos autores, a presença de adversidades, culminada com todas estas alterações, podem resultar na manifestação de problemas de saúde mental.

A saúde mental dos adolescentes está diretamente relacionada com as vivências e os fatores a que foram expostos durante a infância (Loewen et al., 2019). Os mesmos

autores realizaram um estudo a fim analisar a relação entre algumas recomendações (e.g. dieta, atividade física, sono e diminuição de comportamentos sedentários) e a presença de problemas de saúde mental. Os resultados demonstram que quanto mais comportamentos recomendados fossem realizados menor era o número de casos com problemáticas a nível de saúde mental (Loewen et al., 2019).

Segundo a Mental Health Foundation (2006), para os adolescentes o isolamento social, a pressão escolar, baixa autoestima, má imagem corporal e o consumo de drogas e álcool são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. É reportado nos dados do HBSC (2018) que diariamente 13,6% sentem-se nervosos, 12,6 % irritados, 9,2% tristes e 6,3% com medo (Matos et al. 2018). Em contrapartida, Loewen e colegas (2019) apresentam como fatores de proteção a relação entre bons hábitos de saúde, como alimentação cuidada, número reduzido de horas em frente a ecrãs, número ideal de horas de sono e a prática de exercício físico. Problemas de saúde mental são dos fatores que mais afetam os adolescentes (Gau, 2016; Patel et al., 2007), tendo vindo a aumentar desde 2011 [Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM, (2017)].

2.3. Saúde Mental em tempos de COVID-19

COVID-19 é o nome atribuído à doença provocada pelo novo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (Schuchmann et al., 2020). Atualmente, esta doença dissipou-se pelo mundo provocando milhões de infetados e milhões de mortos (WHO, 2022). A pandemia provocada pela Covid-19 é uma situação de elevada problemática para a saúde pública, quer física quer mental (WHO, 2020). As consequências a nível de saúde mental provocadas por este vírus ainda estão a ser estudadas, no entanto, quando analisadas situações anteriores semelhantes, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), a Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS) e a doença do vírus da Ébola, foi possível constatar a elevada presença de problemas de saúde mental em pacientes infetados, com suspeita de infeção, em familiares próximos, em responsáveis de saúde ativos (Xiang et al., 2020), na população submetida a isolamento e quarentena (Brooks et al., 2020 e Zhang et al., 2020), em idosos e na população em geral (Xiao et al., 2020). Vários autores identificaram como problemas mais prevalentes a ansiedade, a depressão, o esgotamento psicológico, os ataques de pânico, as insónias e o stress pós-traumático, seguidos de problemas menos evidentes como a baixa autoestima, a raiva, a falta de autocontrolo e o medo (Brooks et al., 2020; Xiang et al., 2020; Xiao et al., 2020 e Wang et al., 2020). Neste sentido é possível inferir que resultados

semelhantes podem surgir como consequência da pandemia da Covid-19 (Temsah, et al. 2020).

A WHO (2020) realizou um inquérito, entre junho e agosto de 2020, em 130 países, a fim de conferir quais os serviços de saúde mental, neurológicos e de consumo de substâncias onde se verificaram um aumento da afluência durante o período de pandemia. Mais de 60% dos países reportaram um aumento nos serviços de saúde mental para populações vulneráveis, nomeadamente crianças e adolescentes, idosos e mulheres com complicações no pré ou pós-parto. Os resultados mostraram que 67% declararam uma subida nos serviços de aconselhamento e psicoterapia, 45% notificaram o tratamento de dependência opiácea, e 30% referiram uma subida da procura de medicamentos relacionados com problemas de saúde mental, neurológicos e consumo de substâncias. Por fim, cerca de três quartos relataram dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental na escola e no trabalho. Estudos realizados por Zhou e colaboradores (2020) revelam já valores elevados de ansiedade e depressão em crianças chinesas, comprovando o referido anteriormente. A necessidade de realização de programas nacionais e internacionais de promoção de saúde mental é diretamente proporcional ao avanço temporal da pandemia (WHO, 2020).

A Pandemia da Covid-19 é um elemento extremamente desestabilizador do normal funcionamento da vida diária e desafiador para a qualidade da saúde pública (Dvorsky et al., 2020), sendo expectável que todas estas adversidades se traduzam em problemas no bem-estar e na qualidade de vida das crianças e dos adolescentes (Xie et al., 2020 e Liu et al., 2020). É facilmente compreendido como esta situação mundial afeta a vida das pessoas, e o encerramento das escolas e dos locais de trabalho e as relações interpessoais foram reduzidas ao contacto à distância, sendo por isso essencial a promoção da resiliência (Zhou et al., 2020). No entanto, para os processos de resiliência se ultimarem, é igualmente necessária a presença de desafios e adversidades (Ungar e Theron, 2020). Relativamente a estes desafios, demonstrar uma capacidade introspetiva positiva e otimismo face à atual situação é excecionalmente importante para a promoção de resiliência durante a pandemia da Covid-19 (Xie et al., 2020).

3. Resiliência

Segundo Masten (2001), a resiliência é resultante de sistemas adaptativos comuns, como a relação com os outros, o ambiente envolvente capaz e eficiente, as oportunidades de sucesso e a crença em si mesmo. Mais tarde, Masten (2014) define

o conceito como a capacidade de um sistema dinâmico se adaptar com sucesso às perturbações que ameaçam o desenvolvimento, a viabilidade ou o funcionamento do sistema. Assemelhando-se a esta definição é apresentada a de Folk (2016) que a descreve como a capacidade de um sistema absorver interferências e reorganizar-se enquanto está em mudança, de modo a conservar a mesma estrutura e função, mantendo assim a sua identidade. Ambas as definições, sublinham a necessidade de ter em conta a forma como os sistemas humanos e não humanos enfrentam com sucesso adversidades e perturbações e prosperam (Ungar, 2021). Na abordagem deste conceito é essencial, referir a presença de fatores de risco e de proteção que ajudam a promover resultados positivos ou a reduzir os resultados negativos (Fergus e Zimmerman, 2005). A resiliência é inibida pelos fatores de risco e promovida pelos fatores de proteção (Alvord e Grados, 2005; Benzie e Mychasiuk, 2009; Masten, 2019).

Segundo Oxford (2012), a resiliência refere-se à aptidão de retomar a posição original após vivenciar um momento traumático ou de choque. Outros autores, como Bonanno (2008) e Wagnild (2013), interpretam este termo como a capacidade de um indivíduo se moldar de forma positiva a situações de dificuldade e adversidade, mantendo estável o nível mental e físico perante estas situações.

No início dos estudos sobre este construto, pensava-se que pessoas resilientes apresentavam características que os tornavam indiferentes às alterações que os rodeavam, podendo passar por experiências traumáticas sem gerar problemas de saúde mental (Reich, et al., 2010). No entanto foi descoberto que estas apresentavam uma capacidade notável de se conformar com a perda e de se adaptarem a situações trágicas (Masten, 2013; 2019). Esta adaptabilidade é justificada dividindo o tema da resiliência em três fatores: o ambiente onde as pessoas cresceram (Reich, et al., 2010); os fatores familiares (Haskett et al., 2006); e as características próprias de cada indivíduo (Tugade e Fredrickson, 2004). No entanto, a capacidade dos indivíduos resilientes é compreender que, apesar das dificuldades aparentemente inultrapassáveis e insuportáveis, no final tudo irá correr bem e que serão capazes de ultrapassar e resolver os problemas existentes (Almeida, 2015). Assim, o mesmo autor refere que é daí que resulta a superação, não sendo isso sinónimo de não existir sentimentos de raiva ou sofrimento.

3.1. Fatores e processos associados

Para Benzie e Mychasiuk (2009), a resiliência é afetada por fatores que de algum modo se tornam nocivos à capacidade de adaptação face às adversidades. Os

estudos de Wang e colegas (2019) alertam para a relação entre a componente resiliente e as experiências controversas na infância, pois a presença de fatores de risco como problemas no sono, exaustão e débil auto-imagem corporal, podem diminuir a capacidade de resiliência.

O processo de resiliência é despoletado pela presença de fatores de risco ou exposição a situações de adversidade controláveis e não através da sua evitação (Rutter, 2012). Segundo Fergus e Zimmerman (2005), Brooks (2006) e Masten (2018) podem ser considerados fatores de risco ou adversidades situações como, um inadequado suporte familiar, social e ambiental, problemas familiares, condições socioeconómicas precárias, pressão escolar e baixa autoestima. Masten (2013) expõe também situações mais extremas como guerras ou desastres naturais.

Segundo Benzies e Mychasiuk (2009), a resiliência é otimizada quando os fatores de proteção estão presentes em todos os níveis de interação individual, familiar e comunitária. Outros autores referem que os fatores de proteção influenciam tanto as pequenas conquistas diárias, em que o indivíduo consegue adaptar-se a alguma adversidade sem constrangimentos significativos, como as grandes dificuldades que exigem do indivíduo uma elevada capacidade de organização e de realização para as ultrapassar (Masten, 2019 e Masten e Cicchetti, 2015). Um dos principais fatores para que exista a promoção desta capacidade é o ambiente de apoio, seja através dos pais, cuidadores, ou de outros adultos de confiança, responsáveis pela criança (Bellis et al., 2017). Sem este contexto de apoio, a criança, mesmo perante a possibilidade de adaptação a diversas contrariedades, poderá não ser capaz de as ultrapassar, sendo por isso de elevada importância a presença deste envolvimento protetor (Wang et al., 2019).

3.2. Importância da resiliência na infância e na adolescência

De todos os processos de resiliência, a relação parental ou pais-filho tem sido o processo que mais atenção tem tido na investigação teórica e empírica, pela importância da relação do cuidador com a criança para o normal desenvolvimento das capacidades da mesma (Masten, 2018).

A mesma autora refere que a natureza da resiliência é afetada pelo tipo, momento em que ocorre, intensidade e duração da adversidade, alterando assim a qualidade da mesma. Os temas mais abordados da adversidade na infância são a exposição a situações traumáticas e a situações socioeconómicas desfavorecidas (Masten, 2013). Estes fatores influenciam a vida do indivíduo trazendo repercussões para a vida adulta

(Beutel et al., 2017). Como ao longo dos primeiros anos escolares as crianças desenvolvem as suas competências cognitivas de forma menos egocêntrica e menos abstrata, é necessário ter em consideração, ao trabalhar os fatores que promovem a resiliência na infância, que as influências relacionais e contextuais do desenvolvimento infantil da criança são alteradas com o tempo (Piaget e Cook, 1954). Assim, é importante que, aquando da sua promoção, sejam abordadas inicialmente questões relacionadas com a família, sendo apenas introduzidos conceitos como amizades íntimas e relações com os pares mais tarde, nomeadamente na última infância e na adolescência (Furrer e Marchand, 2020).

A resiliência na adolescência pode ser definida como um conjunto de atributos que incluem as características da adolescência, apoio social, e recursos disponíveis (Malhi, et al., 2019). Adolescentes com valores mais baixos de resiliência estão associados à permanência em famílias de acolhimento, historial de abusos físico e sexual, troca constante de família e delinquência nas famílias de origem (Shpiegel, 2015). Níveis mais elevados de resiliência estão associados a melhores resultados de desenvolvimento (Lou, et al., 2018), ou seja, os adolescentes conseguem ultrapassar fatores de risco e adaptar-se ao funcionamento saudável da vida diária pessoal e em sociedade, tornando-se parte integrante da mesma (Davidson-Arad e Navaro-Bitton, 2015).

4. Competências Socioemocionais

As competências socioemocionais retratam as habilidades, as atitudes e os conhecimentos referentes aos processos intra e interpessoais associados ao comportamento pró-social (CASEL, 2020a). As competências socioemocionais envolvem a capacidade de um indivíduo lidar consigo próprio, com as suas relações e com o seu trabalho de forma certa e eticamente correta (CASEL, 2016; Weissberg, et al., 2015). Estas capacidades englobam reconhecer e controlar emoções, demonstrar carinho e preocupação por outros, estabelecer relações positivas estáveis, tomar decisões responsáveis e lidar de maneira construtiva com situações complicadas (Durlak et al., 2011). O indivíduo, ao ser hábil no controlo destas competências, apresenta maior sucesso na vida diária e a estabelecer relações, sendo de maior facilidade a resolução pacífica de problemas, acalmando-se e tomando decisões de forma ponderada e assertiva face ao problema (CASEL, 2016 e Weissberg, et al., 2015). A nível educativo considera-se crucial envolver no processo de ensino-aprendizagem todas as áreas do desenvolvimento (Jones e Kahn, 2018).

A Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL) (2016) refere que a promoção da aprendizagem socioemocional recai sobre os processos de autoconsciência, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável.

- Autoconsciência é a capacidade de compreender os próprios valores, pensamentos e emoções e como é que estes influenciam o comportamento em diferentes contextos. Inclui habilidades para o reconhecimento das suas limitações e forças com um sentido de confiança e propósito bem fundamentado. Como por exemplo, desenvolver interesses com um sentido de propósito, ter uma mentalidade de crescimento, experienciar a auto-eficácia, avaliar preconceitos, compreender sentimentos, valores e pensamentos, demonstrar honestidade e integridade, identificar as próprias emoções e recursos pessoais, culturais e linguísticos e integrar as identidades pessoal e social (CASEL, 2020a; Grazzani et al., 2022).

- Autorregulação é a capacidade de gerir eficazmente os comportamentos, os pensamentos e as emoções em variadas situações, bem como atingir os seus objetivos e aspirações. Inclui as capacidades de adiar a gratificação, gerir o stress e sentir motivação para alcançar objetivos tanto pessoais como coletivos. Está também adjacente a elaboração desses objetivos, a utilização de competências de planeamento e organização e demonstrar coragem para tomar a iniciativa (CASEL, 2020a; Grazzani et al., 2022).

- Consciência social é a capacidade de compreender as perspetivas e empatizar com outros. Inclui a aptidão de sentir compaixão pelos outros e reconhecer a família e a escola como recursos de apoio comunitário. Estão inseridos na consciência social a capacidade de identificar as normas sociais diversas, incluindo as injustas, reconhecer os pontos fortes dos outros, expressar gratidão, reconhecer as influências das organizações/sistemas sobre o comportamento e compreender as exigências e oportunidades situacionais (CASEL, 2020a; Grazzani et al., 2022).

- Competências relacionais são a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis e de apoio, relacionando-se com diversos indivíduos e respetivos grupos. Isto inclui integrar em cenários com diferentes exigências e oportunidades sociais e culturais, trabalhar em colaboração para a resolução de problemas e negociar conflitos de forma construtiva, a boa capacidade de ouvir e comunicar, cooperar ou assumir a liderança e compreender que pode tanto necessitar de ajuda como ajudar o outro quando necessário (CASEL, 2020a; Grazzani et al., 2022).

- Tomada de decisão responsável é a capacidade de fazer escolhas assertivas e construtivas sobre o seu comportamento individual e em interações sociais. Inclui a capacidade de considerar padrões éticos e preocupações de segurança, e de avaliar

os benefícios e consequências de várias ações para o bem-estar coletivo, social e pessoal (CASEL, 2020a; Grazzani et al., 2022).

4.1. Importância das competências socioemocionais na infância e na adolescência

A promoção de competências sociais e emocionais em crianças e adolescentes é um fator importante para um desenvolvimento seguro, possibilitando o alcançar de objetivos na escola, trabalho e na vida em geral (Durlak et al., 2015).

Segundo Jones e Kahn (2018) o desenvolvimento socioemocional abrange aptidões e processamentos no âmbito emocional, social e cognitivo. Os mesmos autores referem que a promoção das aprendizagens socioemocionais do aluno engloba também o desenvolvimento e aquisição de competências através da interação diária com indivíduos que possuem competências socioemocionais, bem como características do ambiente educacional envolvente. A aquisição destas competências promove o sucesso académico e auxilia o processo de aprendizagem do aluno, tornando-se um facilitador da interação com os outros (Jones e Kahn, 2018). A CASEL (2020b) e Panayiotou et al. (2019) expõem a consistência dos processos associados à aprendizagem socioemocional em todos os períodos de desenvolvimento frisando que, apesar das diferenças desenvolvimentais presentes na infância e na adolescência, os programas são adaptados e organizados consoante as necessidades. É importante que os programas sejam concebidos de forma coesa para uma melhor transmissão e progressão das aprendizagens (Jones, 2018).

Assim, é necessário aprender a fazer um julgamento fundamentado após a análise de informações, de dados e de factos, para avaliar melhor as consequências dos seus atos, colmatando com uma reflexão sobre o seu papel de promoção pessoal, familiar, e do bem-estar da comunidade (CASEL, 2020a).

4.2. Aprendizagem socioemocional

A aprendizagem socioemocional é definida como o processo de aquisição de competências essenciais de reconhecimento e controlo de emoções, de alcançar objetivos, de interiorizar as perspetivas de outros, de manter relações positivas e de lidar com situações problemáticas (Elias et al., 1997). Mais tarde esta afirmação foi corroborada, tendo sido definida como o processo através do qual as crianças e adultos aprendem a lidar com as suas relações pessoais e interpessoais, bem como a encarar e desenvolver o seu trabalho de forma ética e eficaz (CASEL, 2016; Weissberg, et al., 2015).

Segundo a CASEL, os resultados imediatos da aprendizagem socioemocional na infância são ao nível da autoconsciência, a autogestão, a consciência social, as habilidades de relacionamento e a tomada de decisão responsável (Casel, 2016 e Durlak et al. 2016). A curto prazo é expectável que exista um aprimoramento das competências sociais e emocionais, um aumento das atitudes positivas em relação a si mesmo, aos outros e à realização de tarefas, uma ampliação dos comportamentos e relacionamentos sociais positivos (Hawkins et al., 2008). É igualmente referida uma diminuição de problemas de conduta e emocionais e uma evolução na performance académica (Camille et al., 2012 e Durlak et al., 2011). A longo prazo é observado, em crianças com boas competências socioemocionais, sucesso na realização do ensino secundário e uma maior probabilidade de ingressar com sucesso no ensino superior e consequentemente terem carreiras profissionais realizadoras e estáveis, tornando-se cidadãos integrados na sociedade com relações positivas e melhor saúde mental (Hawkins et al., 2008; Greenberg et al., 2017).

Programas promotores das competências socioemocionais como *Social and Emotional Learning* (SEL) e *Social and Emotional Aspects of Learning* (SEAL), quando aplicados de forma eficaz, apresentam elevadas melhorias com efeitos a longo prazo na vida de crianças e adolescentes (Jagers et al., 2019 e Weare, 2010). Segundo Durlak et al. (2011), 89% dos programas direcionados para estas competências baseiam-se na abordagem SAFE, i.e., uma abordagem que emprega atividades sequenciais (passo a passo), recorrendo a estratégias de aprendizagem ativas, que se foca no desenvolvimento de competências, definindo metas e objetivos explícitos. Numa fase inicial, estes programas aumentam a autoconfiança, promovem o aproveitamento escolar, melhorando a aprendizagem e as classificações e diminuem a presença de comportamentos prejudiciais para eles e para os pares (Jagers et al. 2019). Greenberg e colaboradores (2017) e Berg e colegas (2017) mencionam que as competências socioemocionais devem ser trabalhadas na escola, pois a escola é o local ideal para intervenções nas crianças. Estudos realizados por Durlak e Mahoney (2019) demonstram que 27% dos estudantes melhoraram a sua performance académica no final do programa, 57% aumentaram as suas competências, 24% aperfeiçoaram o seu comportamento social e diminuíram nos níveis de stress, 23% demonstraram atitudes mais positivas e 22% reduziram os comportamentos problemáticos, provando assim que, a presença de programas SEL nas escolas pode levar a benefícios reais para os estudantes.

Em Portugal, o projeto Atitude Positiva foi um dos primeiros enquadrado no referencial da aprendizagem socioemocional, sendo constituído pelos Programas de

Aprendizagem Socioemocional – 4º ano, 2º ciclo e 3º ciclo e o Programa de Transição Positiva (Coelho et al., 2016a). Vários estudos foram realizados em torno destes programas. O primeiro estudo demonstrou aumentos significativos no Autoconceito Social, Emocional e no Autoconceito total (Coelho et al., 2014). O segundo estudo mostrou um aumento significativo na Consciência Social e no Autocontrole e uma diminuição da Ansiedade Social (Coelho et al., 2015a). O terceiro estudo apresentou resultados positivos semelhantes, havendo melhorias na Autoestima, na Ansiedade Social no Isolamento Social, na Consciência Social e no Autocontrole (Coelho et al., 2015b). Por fim, o quarto estudo revelou aumentos significativos no Autoconceito social e Emocional (Coelho et al., 2016b).

5. Problemas Sociais, Emocionais e Comportamentais na Infância e Adolescência

Problemas sociais, emocionais e comportamentais são definidos como comportamentos ou emoções que se distanciam significativamente da norma, interferindo não só no crescimento e desenvolvimento da criança, como também na vida dos que a rodeiam (Woolfolk, et al., 2010). Estes abrangem um largo espectro de atitudes e comportamentos que as crianças em idade escolar podem desenvolver, diferindo estas em externalizantes (dirigidas ao ambiente envolvente) ou internalizantes (dirigidas a si próprio) (Achenbach et al., 2017; Cooper, 2017). Os autores Meany-Walen e Teeling (2016) referem a ligação entre estes tipos de problemas, salientando que, por vezes, a presença de comportamentos externalizantes como agressividade podem ser indicadores de problemas a nível social e/ou emocional. Assim, é mencionado por Montroy e colegas (2014) que problemas comportamentais estão diretamente relacionados com a interação social, uma vez que estes afetam as relações estabelecidas com os pares e dificultam a criação de novas relações.

As intervenções escolares devem ser realizadas a nível universal, englobando todos os alunos, ou a nível específico ou seletivo, focando-se nos alunos que já apresentem este tipo de problemas ou que se encontrem em risco de os desenvolver (Weare, 2010). Os estudos realizados por Ahlen et al. (2015) e Waldron et al. (2018) demonstram que ambos os tipos de intervenção apresentam resultados significativos, sendo essencial que se complementem. No entanto, revisões sistemáticas realizadas por Feiss et al. (2019) e Waddell et al. (2007) demonstram que, de forma específica, as intervenções universais apresentam reduções significativas nos problemas internalizantes de saúde mental como stress, depressão e ansiedade. Outros estudos

mostram que os programas preventivos também exibem uma redução dos problemas externalizantes durante mais de um ano após a prevenção (Durlak e Wells, 1997 e Waddell et al., 2007).

5.1. Antecedentes: fatores de risco e proteção

É importante notar que estes problemas podem ser o resultado de um problema de saúde mental, incluindo perturbações específicas diagnosticáveis, mas nem sempre é este o caso (Cooper, 2017). Estes podem emanar da relação entre o aluno e o ambiente educativo, que pode ser aliviada através de ajustamentos ao ambiente ou à forma de envolvimento do aluno com o mesmo (Cooper, 2017). A relação aluno-professor é crucial para o sucesso académico, assim é referido por Rathvon (2008) que a presença de um professor pró-ativo capaz de controlar o comportamento dos alunos na sala de aula tem uma influência direta no sucesso académico dos mesmos, bem como na diminuição de problemas sociais, emocionais e comportamentais.

Existe uma associação entre problemas de saúde mental e doença física da criança ou de um dos pais (Hysing, et al., 2007), conflitos parentais, ruptura familiar, grande dimensão familiar e sobrelotação da casa, doença psiquiátrica parental, alcoolismo parental, estatuto socioeconómico baixo, ou paternidade precoce (Barkmann et al., 2007; Díaz et al., 2008). Contudo, os fatores de risco não se limitam a condições psicossociais, existem também fatores de risco biológicos, tais como o nascimento prematuro e fumar ou beber durante a gravidez (Williams e Ross, 2007).

Ao contrário dos fatores de risco que intensificam os problemas ou a probabilidade destes ocorrerem, os fatores de proteção contribuem para os ultrapassar ou para que estes não ocorram (Masten, 2019). São reportados fatores de proteção pessoais como a autoeficácia, permitindo gerir situações stressantes de forma eficiente e o otimismo (Rose e Espelage, 2012). Recursos familiares como o apoio dos pais, a educação dos filhos com autoridade, e um bom clima e coesão familiar são também discutidos como importantes fatores (Rose e Espelage, 2012). Os recursos sociais descrevem a disponibilidade de apoio social fora do núcleo familiar, como por professores ou amigos, prática desportiva ou religiosa. Os sistemas de apoio social aliviam a criança ou o adolescente, encorajando-o a frequentar e contribuir para o desenvolvimento de competências individuais (Ezzel et al., 2000).

5.2. Consequências dos Problemas Sociais, Emocionais e Comportamentais

Problemas sociais, emocionais e comportamentais podem expressar-se de diversas formas, nomeadamente desatenção nas aulas; comportamentos de oposição; comportamento antissocial, incluindo agressão física e verbal; intimidação, timidez extrema e afastamento social; ansiedade na realização de testes e no desempenho; roubo; absentismo escolar, e desinteresse geral (Cooper, 2017). Deste modo, a presença de problemas sociais, emocionais e comportamentais afeta a vida do indivíduo em diversos aspetos, dificultando a sua interação com os pares aquando da prevalência de problemas comportamentais (Montroy et al., 2014). Anderson e colaboradores (2018) e Cooper (2017) referem que a presença de problemas sociais e emocionais também afeta estas relações, uma vez que o indivíduo apresenta dificuldade de interação e relação com os outros. Contudo, se os problemas não forem solucionados, podem evoluir para problemas de saúde mental que afetam a vida dos estudantes de formas mais generalizadas (Cooper, 2017). A presença de problemas de saúde mental na adolescência aumenta o risco de existência de consequências negativas, como deficiências, diminuição do desempenho escolar, limitando a contribuição para com a sociedade e uma maior probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco como automutilação e, em casos extremos, suicídio (Fergusson e Woodward, 2002 e Patel et al., 2007).

Quando na presença de alunos com diagnóstico de uma perturbação, as escolas podem ter um papel relevante, através do desenvolvimento de estratégias, muitas vezes em colaboração com profissionais da saúde mental, para acomodar as necessidades do estudante de formas que permitam um envolvimento educacional positivo e contribuam para a atenuação do sofrimento (Cooper, 2017).

6. Promoção da Saúde Mental e Prevenção de Problemas

Nos últimos 30 anos tem ocorrido um crescimento no número de programas de promoção e intervenção ao nível da saúde mental (Weare, 2017). O objetivo principal na promoção da saúde pública é aumentar o bem-estar geral da população, e não apenas prevenir dificuldades, perturbações, doenças, lesões ou problemas comportamentais, mas também melhorar o êxito dos indivíduos e a qualidade de vida dos mesmos (Greenberg et al., 2017). Tanto as crianças como os adolescentes, aquando do seu desenvolvimento, manifestam maior vulnerabilidade às adversidades, no entanto, encontram-se também altamente maleáveis a influências positivas (Weare, 2014). Estes fatores tornam a infância e a adolescência os períodos ideais para

intervenções terapêuticas e de promoção da saúde mental (Aoki et al., 2017; Fuhrmann et al., 2015). Cerca de metade dos casos de problemas de saúde mental ocorrem antes dos 14 anos de idade, sendo, por isso, crucial, uma intervenção precoce (Weare, 2000).

6.1. Programas de promoção de Saúde Mental e prevenção de problemas

Ao longo dos anos têm sido criados vários programas com foco na promoção da saúde mental das crianças e dos jovens (Fenwick-Smith, et al., 2018).

O Projeto PROMEHS – Promover a Saúde Mental nas Escolas, tem como objetivo desenvolver, implementar e avaliar um currículo para a promoção da saúde mental nas escolas (Cavioni et al., 2020). O currículo para a promoção da saúde mental está dividido em 3 grandes temas: promover a aprendizagem socioemocional, que procura melhorar a autoconsciência, a autorregulação, a consciência social, as competências relacionais e a tomada de decisão responsável; promover a resiliência, que apresenta diferentes estratégias para lidar com desafios psicossociais e com experiências traumáticas; e prevenir problemas de saúde mental nomeadamente, problemas internalizantes (e.g. depressão, ansiedade,); problemas de externalização (e.g. hiperatividade, agressividade); e comportamentos de risco (e.g. violência, consumo de substâncias nocivas) (Cavioni et al., 2020).

À semelhança do PROMEHS, outros programas foram realizados neste âmbito, de entre os quais se destacam o Programa Atitude Positiva (Coelho e Figueira, 2011) já referido num tópico antecedente, bem como os programas:

Targeted Mental Health in Schools (TaMHS) [Department for Children, Schools and Families (DCSF), 2008] consiste na planificação de estratégias de promoção de saúde mental nas escolas em Inglaterra e no País de Gales. Este programa foi implementado entre 2008 e 2011 e o seu objetivo foi desenvolver modelos inovadores de intervenção precoce e especializados para crianças e jovens dos 5 aos 13 anos de idade, com risco de desenvolver problemas de saúde mental e para as suas famílias (DCSF, 2008). O TaMHS demonstrou um decréscimo nos problemas comportamentais, uma diminuição nas dificuldades emocionais e um aumento generalizado da saúde mental [Department for Education (DFE), 2011]. A avaliação deste programa demonstrou a necessidade de produção de mais instrumentos deste tipo, de modo a tornar a saúde mental um “assunto de todos”, criando equipas multifacetadas envolvendo todos os elementos da escola (DFE, 2011).

O RESCUR - Currículo Europeu para a Resiliência (Cefai, et al., 2015) é um programa universal e inclusivo para desenvolver competências associadas à resiliência em crianças entre os 4 e os 12 anos de idade. Este currículo foi desenvolvido ao longo de 3 anos, entre 2012 e 2015, e visa a intervenção em contexto escolar com o grupo turma, apresentando no entanto uma atenção especial para grupos mais vulneráveis, como crianças refugiadas e pertencentes a minorias, com necessidades educativas especiais e deficiências. Segundo Cefai, et al. (2015), os professores assinalaram uma modificação positiva nos alunos e no ambiente de sala de aula, referindo que estes se encontravam mais coesos, com melhor espírito de grupo e melhorias no comportamento pró-social, foi também verificada uma diminuição na hiperatividade.

Weare (2015) refere que para que os programas de intervenção sejam de sucesso devem seguir algumas linhas de orientação. Devem adotar o pensamento de *Whole School approach*, com um enfoque positivo e universal; Toda a comunidade deve ser envolvida no processo de intervenção, incluindo pais, cuidadores e família; Os programas e as intervenções devem ser específicos suportando-se numa política de apoio bem estruturada com respostas claras e direccionadas; E proporcionar ajuda com mais intensidade para quem tem dificuldades.

Segundo Fenwick-Smith e colaboradores (2018) os programas promotores de saúde mental têm um impacto positivo na vida diária dos alunos intervenientes.

6.1.1. Escola como espaço privilegiado de intervenção

A escola tem vindo a alterar a sua forma de perceber os alunos, focando-se não só no processo académico, mas também no bem-estar dos mesmos (Huebner et al., 2014). O processo educativo tem vindo a ser desenvolvido sob rótulos mais encorajadores como “prosperar”, “evoluir”, “positivismo” ao invés de “resultados” e “sucesso”, demonstrando uma preocupação pela evolução e pelo desenvolvimento dos alunos (Bok, 2010). A razão pela qual este processo disfruta desta alteração é o facto de, por um longo período de tempo, o foco ter sido sobre o que está errado e não nas características positivas do aluno, que o auxiliam na resolução de problemas (Suldo e Shaffer, 2008; Weare, 2017).

Programas de prevenção universais apresentam benefícios comportamentais em todo o grupo melhorando o ambiente de sala de aula criando, conseqüentemente, um maior sucesso académico (Muratori et al., 2020).

A criação de identidade própria, as relações interpessoais, o autocontrole, a motivação, a resiliência, a empatia e outras competências essenciais da vida diária são estabelecidas no seio do espaço escolar, sendo moldadas por figuras adultas (Weare, 2014). Estas competências são fulcrais na transição para a adolescência e vida adulta, tornando-as assim de elevada relevância, podendo ser consideradas fatores de proteção na medida em que previnem o desenvolvimento de comportamentos de risco (Newman e Blackburn, 2002). As escolas apresentam um importante papel no desenvolvimento cognitivo e no progresso de competências académicas, bem como no desenvolvimento emocional e social (Weare, 2014). Tendo em conta a extensão temporal despendida pelos alunos na escola e a variedade de experiências compreendidas neste contexto, a escola é sem dúvida um lugar crucial para o desenvolvimento dos alunos em todas as áreas (Jones e Kahn, 2018).

Compreende-se a escola como o local ideal de intervenção, de promoção de competências (Weare, 2014). No entanto, é necessário que exista uma coesão entre o espaço de aprendizagem e os impulsionadores desta intervenção, trabalhando em conjunto com os pais, as famílias e com a comunidade para aumentar a promoção de saúde e prevenção de problemas (Reddy et al., 2009; Weare, 2017). Assim, é necessário, para uma maior eficácia, avançar para além do foco individual de sala de aula e curricular e incorporar o trabalho numa abordagem multidimensional, global e complexa, envolvendo uma equipa multifacetada presente em diferentes níveis de intervenção, trabalhando a escola como um todo, i.e., *whole school approach* (Weare e Nind, 2011). Por conseguinte, é importante salientar que as escolas têm um papel significativo a desempenhar na promoção da saúde mental positiva e no envolvimento socioemocional dos seus alunos, incluindo os que têm problemas de saúde mental, mas não se concentrando exclusivamente neste grupo (Cooper, 2017).

6.1.2. Papel dos pais

Os programas de promoção de Saúde Mental nas escolas desenvolvem capacidades nos alunos, contudo os pais também beneficiam desta intervenção (WHO, 2016). A escola reforça a vida familiar, intensificando a capacidade de resolução de problemas dos pais através dos filhos, promovendo as suas próprias aptidões parentais (Adi et al., 2007). A opinião dos pais é de elevada importância, pois uma vez que estes contactam com os filhos diariamente serão capazes de fornecer informações valiosas sobre alterações de comportamentos ou comportamentos desajustados (Weare, 2017).

Os pais possuem um papel importante na promoção de saúde mental dos seus filhos de forma direta e indireta e a inexistência de apoio por parte dos mesmos, durante a infância e a adolescência aumenta a probabilidade de problemas de saúde mental nos filhos (Macalli, et al., 2020). No PROMEHS, os pais participam na avaliação dos próprios filhos, sendo por isso um conetor de observação da evolução. Têm também acesso aos manuais do projeto de forma a dar continuidade em casa a esta evolução (Simões et al., 2020). Também no RESCUR, os pais apresentam um papel ativo, reforçando as competências promotoras de resiliência que as crianças adquirem na escola, nomeadamente através da participação nos trabalhos para casa (Simões et al., 2016).

Segundo Weare (2017), trabalhar com os pais e com as famílias pode facilitar e aumentar a sensação de bem-estar, ajudar as crianças e os jovens a sentirem se integrados e ampliar a coesão familiar, o que é altamente promotor e protetor da saúde mental.

6.1.3. Papel dos professores

Segundo Weare (2017; 2019), os professores encontram-se num local privilegiado para detetar precocemente o aparecimento de problemas de saúde mental e promover a saúde mental. Estes devem estar cientes da sua responsabilidade para assinalar mudanças de comportamento suspeitas, podendo ser resultado do despoletar de problemas de saúde mental (Weare, 2017). O professor deve apresentar um bom auto conhecimento, sendo capaz de lidar com as suas habilidades emocionais e sociais, a fim de conseguir transmitir esta aptidão para os seus alunos (Weare, 2015). No RESCUR, a implementação do programa é realizada pelos professores, tendo sido um programa de sucesso, demonstra assim a elevada importância do papel destes na promoção de saúde mental e prevenção de problemas (Simões et al., 2016). De igual modo acontece no PROMEHS, recaindo sobre os professores um papel fundamental na implementação do programa (Simões et al., 2020).

Diversos programas de promoção de saúde mental são criados para serem implementados por professores e não por profissionais da área da saúde mental (Durlak et al., 2011). Existem diversos fatores que sugerem que os professores podem ser eficientes na promoção de saúde mental nas escolas (Frey et al., 2011). A relação pré existente com os alunos facilita quando abordados temas e conceitos sensíveis ou emotivos (Shelemy et al., 2020). Uma vez que, os professores estão diariamente com um elevado número de alunos, existem mais oportunidades para divulgar conteúdos relacionados com a saúde mental (Shelemy et al., 2020). Assim, com a devida

formação, preparação e supervisão, os professores são promotores eficazes da saúde mental (Shelemy et al., 2020).

7. Conclusão

O tema Saúde Mental está em constante crescimento, sendo alvo de diversos estudos, programas e projetos de promoção (Patalay e Gage, 2019). Uma vez que esta se define através da autorrealização do indivíduo, em que este é capaz de contribuir produtivamente para a sociedade (WHO, 2005), é essencial que seja capaz de dominar variadas áreas para a sua normal contribuição, nomeadamente, as competências socioemocionais, a resiliência e a resolução de problemas.

Como referido por Weare (2014), a escola é o local ideal para a promoção de competências, pois este é o local onde as crianças despendem mais tempo ativo, sendo por isso o local de implementação do projeto PROMEHS. A nível educativo considera-se relevante e crucial envolver no processo de ensino-aprendizagem todas as áreas do desenvolvimento (Jones e Kahn, 2018). Assim, é compreendida a importância de trabalhar a criança como um todo (Jones e Kahn, 2018). Apesar do desenvolvimento e da criação de novos programas de promoção de saúde mental, ainda existe um longo caminho a percorrer (Fenwick-Smith, et al., 2018). É essencial a compilação dos conhecimentos adquiridos através dos vários programas já elaborados, de modo a continuar esta escalada da promoção de saúde mental, tanto nas crianças e nos jovens, como nos adultos (Fenwick-Smith, et al., 2018). Por fim, para que seja possível uma boa intervenção, é crucial que exista um reconhecimento precoce das causas (Santos, 2015), de modo a formar adultos capazes de identificar problemas, lidarem com eles e os ultrapassarem, tornando se, assim, parte integrante da sociedade (Kerker, et al., 2015).

8. Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., e Rescorla, L. A. (2017). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½ - 90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 4-18. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.03.006>
- Adi, Y., Killoran, A., Janmohamed, K., e Stewart-Brown, S. (2007). *systematic review of the effectiveness of interventions to promotion mental wellbeing in primary schools*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Ahlen, J., Lenhard, F., e Ghaderi, A. (2015). Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in Children: A meta-analysis of randomized and cluster-

- randomized trials. *The Journal of Primary Prevention*, 36(6), 887-403.
<https://doi.org/10.1007/s10935-015-0405-4>
- Almeida, T. (2015). Espiritualidade e resiliência: Enfrentamento em situações de luto. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião*. 12 (1), 72-91.
- Alvord, M. K., e Grados, J. J. (2005). Enhancing resilience in children: A proactive approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 238–245,
<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.3.238>.
- Amarante, P. (2013). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, 4th ed. rev. andenl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Temas em Saúde collection, 122p.
- Anderson, J. K., Ford, T., Sonesson, E., Thompson Coon, J., Humphrey, A., Rogers, M. e Howarth, E. (2018). A systematic review of effectiveness and cost-effectiveness of school-based identification of children and young people at risk of, or currently experiencing mental health difficulties. *Psychological Medicine*, 49(1), 9-19.
doi: [10.1017/S0033291718002490](https://doi.org/10.1017/S0033291718002490)
- Aoki, C., Romeo, R. D. e Smith, S. S. (2017). Adolescence as a critical period for developmental plasticity. *Brain Res.* 1654, 85–86.
- Barkmann, C., Romer, G., Watson, M. e Schulte-Markwort, M. (2007). Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: epidemiological findings from a National Survey in Germany. *Psychosomatics* 48:476–4811.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49(3):226–36.
- Bellis, M. A., Hardcastle, K., Ford, K., Hughes, K., Ashton, K., Quigg, Z., e Butler, N. (2017). Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatr.* 17: 110.
- Ben-David, V. e Jonson-Reid, M. (2017). Resilience among adult survivors of childhood neglect: a missing piece in the resilience literature. *Child. Youth Serv. Rev.* 78, 93–103.
- Benzies, K., e Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child e Family Social Work*, 14, 103–114,
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00568x>.
- Berg, J., Osher, D., Moroney, D., e Yoder, N. (2017). The intersection of school climate and social emotional development. *American Institutes for Research*.

- Beutel, M. E., Tibubos, A. N., Klein, E. M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R.-D. e Brähler, E. (2017). Childhood adversities and distress - the role of resilience in a representative sample. *PLoS ONE* 12, e0173826.
- Bok D. C. (2010). *The Politics of Happiness: What Government Can Learn From the New Research on Well-being*. Princeton University Press.
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 5(1), 101-113. doi: 10.1037/1942-9681.S.1.101
- Brazelton, T. B. (1998). *O Grande Livro da Criança - O Desenvolvimento Emocional e do Comportamento Durante os Primeiros Anos*. Lisboa: Editorial Presença
- Brooks, J. E. (2006). Strengthening resilience in children and youths: Maximizing opportunities in the schools. *Children and Schools*, 28(2), 69–76.
- Brooks, S., K., Webster, R., K., Smith, L., E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 395:912–20. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Buckley, S., Cannon, M., Chambers, D., Coughlan, H., Duffy, M., Gavin, B., Keeley, H., McGorry, P., Power, P. e Shiers, D. (2011). *The International Declaration on Youth Mental Health*. Killarney, Ireland: International Association of Youth Mental Health.
- Camille, A. e Farrington et al. (2012). *Teaching Adolescents to Become Learners: The Role of Non-Cognitive Factors in Shaping School Performance: A Critical Review* Chicago: University of Chicago Consortium on Chicago School Research.
- Cavioni, V., Grazzani, I. e Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*. 12. 65-82.
- Cefai, C., Miljevic-Ridicki, R., Bouillet, D., Pavin Ivanec, T., Milanovic, M., Matsopoulos, A., Gavogiannaki, M., Zanetti, M. A., Cavioni, V., Bartolo, P., Galea, K., Simões, C., Lebre, P., Santos, A., Kimber, B. e Eriksson, C. (2015). *RESCUR : surfing the waves - a resilience curriculum for early years and primary schools - a teacher's guide*. Msida: Centre for Resilience and Socio-Emotional Health, University of Malta.
- Coelho, V. A., Sousa, V. e Marchante, M. (2016a). “Atitude Positiva”: Um resumo de 12 anos de resultados de aplicação de programas de Aprendizagem Socioemocional. *Avaliação e Promoção de Competências Socioemocionais em Portugal*.

- Coelho, V. e Figueira, A. (2011). Project “Positive Attitude”: Promoting school success through social and emotional abilities development. Design for elementary and middle school students, in Portugal. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 185-192.
- Coelho, V., Marchante, M. e Sousa, V. (2015b). “Positive Attitude”: A multilevel model analysis of the effectiveness of a social and emotional learning program for Portuguese middle school students. *Journal of Adolescence*, 43, 29 -38.
- Coelho, V., Marchante, M. e Sousa, V. (2016b). Positive Attitude Program's Impact upon Self-Concept across Childhood and Adolescence. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2). DOI: 10.1387/RevPsicodidact.15129
- Coelho, V., Sousa, V. e Figueira, A. P. (2014). The impact of a school -based social and emotional learning program on the self-concept of middle school students. *Revista de Psicodidáctica*, 19(2), 347 -365.
- Coelho, V., Sousa, V., Raimundo, R. e Figueira, A. (2015a). The impact of a Portuguese middle school social -emotional learning program. *Health Promotion International Advance Access*.
- Coimbra de Matos, A. (1999). Infância não vivida ou inacabada. In Casa da Praia (Eds.). Pare, Escute e Pense – o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens (Actas do 1.º Encontro do Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia) (pp.247-253). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos.
- Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL) (2020b). What is SEL? Retrieved from <https://casel.org/what-is-sel/>
- Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL) (2020a). CASEL’S SEL FRAMEWORK: What Are the Core Competence Areas and Where Are They Promoted?
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL) (2016). District guide to systemic social and emotional learning. Chicago, IL: Author.
- Cooper, P. (2017). Evidence based approaches to mental health issues in schools. Effective strategies for the classroom practitioner. In C. Cefai e P. Cooper (Eds.), *Mental Health Promotion in Schools. CrossCultural Narratives and Perspectives* (pp. 11-21). Sense Publishers.
- Davidson-Arad, B. e Navaro-Bitton, I. (2015). Resilience among adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 59, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.09.023>
- DCSF (2008). Targeted Mental Health in Schools Project. Using the evidence to inform your approach: a practical guide for headteachers and commissioners. Nottingham: *DCSF Publications*.

- DFE (2011). Me and My School: Findings from the National Evaluation of Targeted Mental Health in Schools 2008-2011. Research Report DFE-RR177.
- Díaz, R., Gual, A., García, M., Arnau, J., Pascual, F., Canuelo, B., Rubio, G., de Dios, Y., Fernández-Eire, M.C., Valdés, R. e Gar-Bayo, I. (2008). Children of alcoholics in Spain: from risk to pathology: results from the ALFIL program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43:1–10.
- Durlak, J. A. e Mahoney, J. (2019). The Practical Benefits of an SEL Program.
- Durlak, J. A., Domitrovich C. E., Weissberg R. P. e Gullotta T. P. (2016). Handbook of Social and Emotional Learning Research and Practice. New York: Guilford Press.
- Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., Weissberg, R.P. e Gullotta, T.P. (2015), Handbook of Social and Emotional Learning: Research and Practice, *Guilford Press*.
- Durlak, J. A., e Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25(2), 115-152.
<https://doi.org/10.1023/A:1024654026646>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., e Schellinger, K. B. (2011). “The Impact of Enhancing Students’ Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions,”. *Child Development* 82(1): 405–32, doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x;
- Shelemy, L., Harvey. K. e Waite, P. (2020). Meta-analysis and systematic review of teacher-delivered mental health interventions for internalizing disorders in adolescents, *Mental Health & Prevention*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.2>
- Frey, A., Lingo, A., e Nelson, C. M. (2011). Positive behavior support and response to intervention in elementary schools. *Interventions for Achievement and Behavior Problems: Preventive and Remedial Approaches*, 397–433.
- Dvorsky, M. R., Breaux, R. e Becker, S.P. (2020). Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01583-8>
- Edwards, B. e Baxter, J. (2013). The tyrannies of distance and disadvantage: factors related to children’s development in regional and disadvantaged area’s of Australia. Melbourne: Australian Insititute of Family Studies. Report No.: 25.
- Elias, M. J., Zins, J. E., Weissberg, R.P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M., Kessler, R., Schwab-Stone, M. E. e Shriver, T. P. (1997), Promoting Social and

- Emotional Learning: Guidelines for Educators, Association of Supervision and Curriculum Development, *Alexandria, VA*.
- Ezzel CE, Cupit Swenson C, Brondino MJ (2000) The relationship of social support to physical abused children's adjustment. *Child Abuse Negle* 24:641– 651
- Feiss, R., Dolinger, S.B., Merritt, M., Reiche, E., Martin, K., Yanes, J. A., Thomas, C. M., e Pangelinan, M. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(9), 1668–1685. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01085-0>
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E., e Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6(1). doi:10.1186/s40359-018-0242-3
- Fergus, S., e Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.publichealth.26.021304.144357>.
- Fergusson, D. M. e Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*; 59(3): 225–31. doi:10.1001/archpsyc.59.3.225
- Ferriolli, S. H., Marturano, E. M. e Puntel, L. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. Artigos originais, ScieloPublicHealth, revista de saúde pública.
- Folke, C. (2016). Resilience (Republished). *Ecology and Society*, 21(4), 44. doi:10.5751/ES-09088-210444
- Fuhrmann, D., Knoll, L. J. e Blakemore, S. J. (2015). Adolescence as a sensitive period of brain development. *Trends Cogn. Sci.* 19, 558–566.
- Furrer, C. J., e Marchand, G. C. (2020). The adolescent peer system and academic engagement. *Educational Psychology*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/01443410.2019.1706722>.
- Gau, S. S.-F. (2016). Taiwan's national epidemiological study of child and adolescent mental disorders. Retrieved from <https://www.grb.gov.tw/search/planDetail?id=11742910>.
- Gee, D. G. e Casey, B. (2015) The impact of developmental timing for stress and recovery. *Neurobiology of stress*; 1:184–94. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2015.02.001> PMID: 25798454.
- Goldschmidt, T., Marques, C. e Xavier, M. (2018). Rede de Referência Hospitalar Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

Retirado de: [Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência \(sns.gov.pt\)](https://www.sns.gov.pt)

- Grazzani I., Agliati A., Cavioni V., Conte E., Gandellini S., Lupica S. M., Ornaghi V., Rossi F. M., Cefai C., Bartolo P., Camilleri L. e Oriordan M. R. (2022). Adolescents' Resilience During COVID-19 Pandemic and Its Mediating Role in the Association Between SEL Skills and Mental Health. *Frontiers in Psychology* 13:801761. doi: 10.3389/fpsyg.2022.801761
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. e Goodman, R. (2005). Mental health of children and young people in Great Britain. London: Office of National Statistics, The Stationary Office.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P. e Durlak, J. A. (2017). Social and Emotional Learning as a Public Health Approach to Education. *THE FUTURE OF CHILDREN*, vol. 27 / nº. 1.
- Guldin, M. B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J. e Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: a population-based cohort study. *JAMA Psychiatry* 72, 1227–1234. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094>.
- Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin Ward, C., e McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 796-812. doi: 10.1016/j.cpr.2006.03.005.
- Hawkins, J. D., Kosterman, R., Catalano, R. F., Hill, K. G. e Abbott, R. D. (2008). "Effects of Social Development Intervention in Childhood 15 Years Later," *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 162: 1133–41, doi: 10.1001/archpedi.162.12.1133.
- Huebner, E. S., Kimberly, J., Hills, K. J., Jiang, X., Long, R. F., Kelly, R. e Lyons, M. D. (2014). Schooling and children's subjective wellbeing. In: Ben-Arieh A, Casas F, Frønes I, Korbin JE (eds). *Handbook of Child Well-Being. Theories, Methods and Policies in Global Perspective. Berlin: Springer*, pp. 797–819.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S.A. e Lundervold, A.J. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *J Child Psychol Psychiatry* 48:785–792
- Jagers, R. J., Rivas-Drake, D. e Williams, B. (2019) Transformative Social and Emotional Learning (SEL): Toward SEL in Service of Educational Equity and Excellence, *Educational Psychologist*, 54:3, 162-184, DOI: 10.1080/00461520.2019.1623032
- Jones, S. M. e Kahn J. (2018). The Evidence Base for How Learning Happens. *American Educator*. 16-43.

- Jones, T. M. (2018). Understanding Race Differences in Academic Outcomes, School Climate and Social Emotional Learning to Promote Racial Equity and Policy Reform (Doctoral dissertation).
- Kendziora K. e Osher D. (2016). Promoting Children's and Adolescents' Social and Emotional Development: District Adaptations of a Theory of Action. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology* 45. 797–811, doi: 10.1080/15374416.2016.1197834.
- Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E. K., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Landsver, J. e Horwitz, S. M. (2015). Adverse Childhood Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children. *Academic Pediatrics*, 15(5), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005>
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N. e Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515–25. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1.
- Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, J., Jeong, G. H., Lee, E., Lee, S., Lee, K. H., Kronbichler, A., Stubbs, B., Solmi, M., Koyanagi, A., Honh, S. H. Dragioti, E., Jacob, L., Brunoni, A. R., Carvalho, A. F., Radua, J., Thompson, T.,..., Fusar-Poli, P. (2020). Environmental Risk/Protective Factors and Biomarkers for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Umbrella Review of the Evidence. *The Lancet Psychiatry*.
- Kim, J. Y., Son, M. J., Son, C. Y., Radua, J., Eisenhut, M., Gressier, F., Koyanagi, A., Carvalho, A. F., Stubbs, B., Solmi, M., Rais, T. B., Lee, K. H., Kronbichler, A., Dragioti, E., Shin, J. E Fusar-Poli, P. (2019). Environmental risk factors and biomarkers for autism spectrum disorder: an umbrella review of the evidence. *The lancet Psychiatry*. 6(7):590-600. doi:10.1016/S2215-0366(19)30181-6
- Larsen, B. e Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Vol. 94, p179-195, ISSN 0149-7634, <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>.
- Lindström, M., Rosvall, M. (2015). Parental separation in childhood, social capital, and suicide thoughts and suicide attempts: a population-based study. *Psychiatry Res*. 229, 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.034>.
- Liu, J. J., Bao, Y., Huang, X., Shi, J. e Lu, L. (2020) Mental health considerations for children quarantined because of COVID19. *Lancet Child Adolesc Heal*. [https://doi.org/10.1016/s2352-642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/s2352-642(20)30096-1)

- Loewen, O. K., Maximova, K. P., Ekwaru, J. P., Faught, E. L., Asbridge, M., Ohinmaa, A. e Veugelers, P. J. (2019). Lifestyle Behavior and Mental Health in Early Adolescence. *PEDIATRICS*, 143(5):e20183307. doi: [10.1542/peds.2018-3307](https://doi.org/10.1542/peds.2018-3307)
- Lou, Y., Taylor, E. P., e Folco, S. D. (2018). Resilience and resilience factors in children in residential care. *Children and Youth Services Review*, 89, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.04.010>
- Macalli, M., Côté, S. e Tzourio, C. (2020). Perceived parental support in childhood and adolescence as a tool for mental health screening in students: A longitudinal study in the i-Share cohort. *Journal of Affective Disorders* 266; 512-519. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.009>
- Malhi, G. S., Das, P., Bell, E., Mattingly, G., e Mannie, Z. (2019). Modelling resilience in adolescence and adversity: A novel framework to inform research and practice. *Translational Psychiatry*, 9(1), 316. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0651-y>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development; *Am Psychol* 56(3):227–238
- Masten, A. S. (2013). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85, 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Masten, A. S. (2014). Ordinary magic: Resilience in development. New York, NY: Guilford Press.
- Masten, A. S. (2018). Resilience theory and research on children and families: Past, present, and promise. *Journal of Family Theory & Review*. Advance online publication <https://doi.org/10.1111/jftr.12255>
- Masten, A. S. (2019). Resilience from a developmental systems perspective. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 101–102. <https://doi.org/10.1002/wps.20591>
- Masten, A. S. e Cicchetti, D. (2015). Resilience in Development: Progress and Transformation. In *Developmental Psychopathology*, 3rd ed.; Cicchetti, D., Ed.; John Wiley & Sons, Inc.: Hoboken, NJ, USA; Volume 1, pp. 215–263.
- Matos, M. G. e Equipa Aventura Social (2018). A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão – Dados nacionais do estudo HBSC 2018. *Aventura Social & Saúde*.
- McLaughlin, J., Hilt, L. M. e Nolen-Hoeksema, S. (2007). Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 35(5):801–16.
- Mental Health Foundation (2006). Truth Hurts: Report of the National Inquiry into Self-Harm Among Young People. London.

- Mental Health Foundation (2016). Children and young people. [Mental health in children and young people | Mental Health Foundation](#)
- Merikangas, K. R., He, J., Bustein M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. e Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(10):980–9. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017.
- Merikangas, K. R., Nakamura E. F. e Kessler R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 11(1):7–20.
- Monteiro, P. (2014). *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Lidel
- Muratori, P., Bertacchi, I., Catone, G., Mannucci, F., Nocentini, A., Pisano, S. e Lochman, J.E. (2020). Coping Power Universal for middle school students: The first efficacy study. *Journal of Adolescence*, Volume 79. doi: [10.1016/j.adolescence.2019.12.014](#)
- National Child and Maternal Health Intelligence Network. Findings from the national evaluation of targeted mental health in schools 2008 to 2011. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/findings-from-the-national-evaluation-of-targeted-mental-health-in-schools-2008-to-2011> - TaMHS
- National Research Council and Institute of Medicine (NRCIM) (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington: The National Academies Press.
- Newman, T., e Blackburn, S. (2002). Transitions in the lives of young people: Resilience factors. *Edinburgh: Scottish Executive*.
- O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S., e Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53, 647-662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>
- Oxford D. (2012). *Paperback Oxford English Dictionary* (7th ed.). Oxford: Oxford University Press
- Panayiotou, M., Humphrey, N., e Wigelsworth, M. (2019). An empirical basis for linking social and emotional learning to academic performance. *Contemporary Educational Psychology*, 56, 193–204. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.01.009>.
- Patalay, P. e Gage, S. H. (2019). Changes in millennial adolescent mental health and health-related behaviours over 10 years: a population cohort comparison study.

- Patel V., Flisher A. J., Hetrick S. e McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7).
- Piaget, J., e Cook, M. (Eds.). (1954). *The construction of reality in the child*. New York: Basic Books.
- Polanczyk G. V., Salum G. A., Sugaya L. S., Caye A. e Rohde L. A. (2015). Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 56(3):345–65. doi:10.1111/jcpp.12381.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Relatório 2017 do Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Reddy, L. A., Newman, E., De Thomas, C. A., e Chun, V. (2009). Effectiveness of school-based prevention and intervention programs for children and adolescents with emotional disturbance: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 47(2), 77–99. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2008.11.001>.
- Reich, J. W., Zautra, A. J., e Hall, J. S. (Eds.). (2010). *Handbook of adult resilience*. Guilford Press.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science and Medicine*; 90(1):24–31. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.026.
- Rose, C. A. e Espelage, D. L. (2012). Risk and Protective Factors Associated with the Bullying Involvement of Students with Emotional and Behavioral Disorders. *Behavioral Disorders*, 37 (3), 133-148
- Rutter, M. (2012). Annual Research Review: Resilience--clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry*. Apr;54(4):474-87. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x.
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. Identificar, Avaliar e Intervir, 2ª Edição, revista e corrigida*. Edições Sílabo.
- Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A. e Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, vol 83, ISSN 0272-7358. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101930>.
- Scharpf, F., Kaltenbach, E., Nickerson, A. e Hecker, T. (2021). A systematic review of socio-ecological factors contributing to risk and protection of the mental health of refugee children and adolescents, *Clinical Psychology Review*, Vol. 83, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101930>

- Schriber, R. A. e Guyer, A. E. (2016). Adolescent neurobiological susceptibility to social context. *Dev. Cogn. Neurosci.* 19, 1–18.
- Schuchmann, A. Z., Schnorrenberger, B. L., Chiquetti, M. E., Gaiki, R. S., Raimann, B. W., e Maeyama, M. A. (2020). Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3556–3576. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>
- Shpiegel, S. (2015). Resilience among older adolescents in foster care: The impact of risk and protective factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(1), 6–22. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9573-y>
- Simões, C., Lebre, P. e Santos, A. C. (2016). A. Resiliência em ação: RESCUR, Currículo Europeu para a resiliência. *OMNIA*, 5, 35-43. DOI: 10.23882/OM5-2016-10-03.
- Simões, C., Santos, M., Lebre, P., Canha, L., Santos, A., Fonseca, A. M., Santos, D., Murgo, C. S., e Matos, M. G. (2020). PROJETO PROMEHS - Promover a saúde mental nas escolas. *Omnia*, 10, 41-50.
- Soleimanpour, S., Geierstanger, S., e Brindis, C. D. (2017). Adverse childhood experiences and resilience: Addressing the unique needs of adolescents. *Academic Pediatrics*, 17(7, Supplement), S108–S114. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.008>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2010). New study indicates that early intervention for young children with mental health challenges supports healthy development and improves family life. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1005065224.aspx>
- Suldo S. M. e Shaffer E. J. (2008). Looking beyond psychopathology: the dual-factor model of mental health in youth. *School Psychol Rev*, 37: 52–68.
- Temsah, M-H., Al-Sohime, F., Alamro, N., Al-Eyadhy, A., Al-Hasan, K., Jamal, A., Al-Maglouth, I., Aljamaan, F., Amri, M. A., Barry, M., Al-Subaie, S. e Somily, A. M. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *Journal of Infection and Public Health*, vol 13, p 877-882, ISSN 1876-0341, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.021>
- Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O. e Smith, C. A. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *J. Adolesc. Health* 46, 359–365 (2010).
- Tol, W. A., Song, S., e Jordans, M. J. (2013). Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict--a

- systematic review of findings in low- and middle-income countries. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(4), 445–460. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12053>
- Tugade, M. M., e Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320.
- Ungar, M. (2021). *Multisystemic Resilience - Adaptation and Transformation in Contexts of Change*. Oxford University Press. DOI: 10.1093/oso/9780190095888.001.0001
- Ungar, M. e Theron, L. (2020) Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry* 7(5):441–448
- UNICEF (2021). Adolescent mental health statistics - UNICEF DATA
- Waddell, C., Hua, J. M., Garland, O. M., Peters, R. D., e McEwan, K. (2007). Preventing mental disorders in children: a systematic review to inform policy-making. *Canadian Journal of Public Health*, 98(3), 166-173.
- Wagnild, G. M. (2003). Resilience and successful aging among low and high income older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42-49. doi: 10.3928/0098-9134 20031201-09
- Waldron, S. M., Stallard, P., Grist, R., e Hamilton-Giachritsis, C. (2018). The 'long-term' effects of universal school-based anxiety prevention trials: A systematic review. *Mental Health & Prevention*, 11, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.04.003>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. e Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 17:1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.
- Wang, Y.-C., Guerola, M. M., Lin, Y.-C., Hsieh, Y.-P., Strong, C., Tsai, M.-C. e Lin, C.-Y. (2019). Effects of childhood adversity and resilience on Taiwanese youth health behaviors. *Pediatrics and Neonatology*, 60(4), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2018.08.004>.
- Weare, K. (2000) *Promoting Mental, Emotional and Social Health: A Whole School Approach*. Routledge, London.
- Weare, K. (2010). Mental health and social and emotional learning: Evidence, principles, tensions, balances. *Advances in school mental health promotion*, 3(1), 5–17. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2010.9715670>
- Weare, K. (2014). *Promoting Mental Health and Wellbeing in Schools. Interventions and Policies to Enhance Wellbeing: Wellbeing: A Complete Reference Guide*,

Volume VI. *Published by John Wiley & Sons, Inc.* doi:
10.1002/9781118539415.wbwell38

- Weare, K. (2015). What works in promoting social and emotional well-being and responding to mental health problems in schools? Partnership for Well-being and Mental Health in Schools
- Weare, K. (2017). Promoting Social and Emotional Wellbeing and Responding to Mental Health Problems in Schools. *Springer International Publishing.*, Global Mental Health, doi: 10.1007/978-3-319-59123-0_11.
- Weare, K. (2019). Promoting mental health and well-being What can schools do? In Oxford Textbook of Public Mental Health, chapter 42.
- Weare, K. e Nind, M. (2011). *Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? Health Promotion International, 26(suppl 1), i29–i69.* doi:10.1093/heapro/dar075
- Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., e Gullotta, T. P. (2015). Social and emotional learning: Past, present, and future. In Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P. e Gullotta, T. P. (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (pp. 3–19). *New York, NY: Guilford.*
- Williams, J.H. e Ross, L. (2007). Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry 16:243–253*
- Woolfolk, A., Hughes, M., e Walkup, V. (2010). *Psychology in education.* Harlow, UK: Longman.
- World Health Organization (WHO) (2003). Creating an environment for emotional and social well-Being. An important responsibility of a health-promoting and child friendly school. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2013). Mental health: A state of well-being. 10 FACTS ON MENTAL HEALTH. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/
- World Health Organization (WHO) (2016). Global school health initiative. Retrieved August 1, 2016, from http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/.
- World Health Organization (WHO) (2022). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retirado de: [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard | WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard With Vaccination Data](#)
- World Health Organization (WHO) (2020). COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey. [COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey](#)

- World Health Organization (WHO). (2005). Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. World Health Organization.
- Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 7:228–9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S. e Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in January 2020 in China. *Med Sci Monit*. 26:e923921. doi: 10.12659/MSM.923921
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J. e Song, R. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X. e Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precis Clin Med*. 3:3– 8. doi: 10.1093/pcmedi/pbaa006.
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C. e Chen, J. X. (2020) Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zhu, J., Lowen, S.B., Anderson, C.M., Ohashi, K., Khan, A. e Teicher, M.H. (2019). Association of prepubertal and postpubertal exposure to childhood maltreatment with adult amygdala function. *JAMA Psychiatry*. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0931.

Artigo Empírico

Resumo

O presente artigo teve como objetivo avaliar o impacto do currículo PROMEHS de Cavioni e colaboradores (2020) na promoção da saúde mental em alunos do 5º ano de escolaridade, bem como transmitir e aumentar competências essenciais para a vida ativa em comunidade. A avaliação integrou as capacidades e dificuldades emocionais, comportamentais e de relacionamento, o desempenho acadêmico, a resiliência e a aprendizagem socioemocional através de questionários de resposta fechada, respondidos antes e após a implementação do currículo, por dois grupos, experimental e em espera, na ótica do professor, dos pais e dos próprios alunos. A intervenção apresentou resultados, tanto marginal como significativamente positivos, demonstrando assim a importância da integração destes programas nas escolas.

Palavras-chave: Capacidades e dificuldades emocionais, comportamentais e de relacionamento; Desempenho acadêmico; Resiliência; Aprendizagem socioemocional.

1. Introdução

A infância e a adolescência são períodos críticos de desenvolvimento, havendo alterações físicas, psicológicas e sociais (Coimbra de Matos, 1999; Gee e Casey, 2015). Diversos autores referem que problemas como mau funcionamento da família e das suas relações interpessoais, situações de abusos, maus tratos físicos e psicológicos, isolamento social, má imagem corporal, consumo de substâncias, entre outros, são fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental que podem ter repercussões na vida adulta, na medida em que o desenvolvimento do jovem poderá ficar comprometido (Loewen et al., 2019; Mental Health Foundation, 2006; Patalay e Gage, 2019; Santos, 2015). Programas de promoção de saúde mental têm um impacto positivo num conjunto de resultados, nomeadamente sociais, emocionais e educacionais, incluindo aumentos na literacia em saúde mental, competências sociais e emocionais e saúde mental positiva, bem como diminuição de problemas de saúde mental, tais como uso de substâncias, ansiedade, depressão, *bullying* e violência, (Cefai et al., 2021). A promoção da saúde mental também ajuda a diminuir opiniões negativas sobre problemas de saúde mental, levando a uma redução do comportamento estigmatizante (Cefai et al., 2021). Assim, é compreendida a importância de currículos que promovam a saúde mental nas escolas e que deste modo possam moderar o impacto de fatores de risco que ameaçam o bem-estar. Neste estudo pretende-se avaliar o impacto de um currículo para promoção da saúde mental e prevenção de problemas neste âmbito, o PROMEHS, desenvolvido por

especialistas europeus (Cavioni et al., 2020) e implementado no ano letivo 2020/21 com estudantes do 5.º ano de escolaridade na região da Grande Lisboa.

2. Currículo PROMEHS

O Currículo PROMEHS – Promover a Saúde Mental nas Escolas, tem como objetivo desenvolver, implementar e avaliar um currículo para a promoção da saúde mental nas escolas, focado em crianças e jovens dos 3 aos 18 anos (Cavioni et al., 2020). É um projeto Europeu Erasmus + Ação-Chave 3, cofinanciado pela Comissão Europeia (2019-2021) integrado em 7 países (Itália, Croácia, Grécia, Letónia, Portugal, Roménia e Malta) com a colaboração de investigadores de 20 instituições Europeias, contando com a recolha de dados de cerca de 6000 alunos do ensino pré-escolar, básico e secundário (Cavioni et al., 2020).

O currículo para a promoção da saúde mental – PROMEHS – está dividido em 3 grandes temas: promover a aprendizagem socioemocional, que procura melhorar a autoconsciência, a autorregulação, a consciência social, as competências relacionais e a tomada de decisão responsável; promover a resiliência, que apresenta diferentes estratégias para lidar com desafios psicossociais e com experiências traumáticas; e prevenir problemas de saúde mental nomeadamente, problemas internalizantes (e.g., depressão, ansiedade,); problemas de externalização (e.g., hiperatividade, agressividade); e comportamentos de risco (e.g., violência, consumo de substâncias nocivas) (Cavioni et al., 2020).

Os objetivos do projeto incidem não só na avaliação do impacto do currículo na saúde mental dos alunos e professores, mas também nas políticas. De uma forma geral os objetivos do PROMEHS são:

- Melhorar a saúde mental dos alunos e professores;
- Desenvolver um currículo baseado em evidências para promover uma saúde mental positiva nas escolas;
- Fornecer um enquadramento sistemático para o desenvolvimento e implementação de um currículo universal de saúde mental baseado em evidências nas escolas, e oferecer uma formação de elevada qualidade para os agentes educativos, nomeadamente os professores;
- Partilhar novas práticas e recomendações com os pais, professores, comunidade escolar e decisores políticos, sobre a promoção da saúde mental nas escolas;
- Promover a inovação nas políticas educacionais em colaboração com autoridades públicas nacionais e internacionais;

- Integrar o PROMEHS nas políticas nacionais de educação e saúde.

Para além dos objetivos referidos acima, existem objetivos específicos para a população-alvo. Para os professores os objetivos são:

- Melhorar a saúde mental e competências socioemocionais dos professores;
- Promover a motivação, satisfação com o trabalho, a relação com os alunos, as suas competências para a resiliência, e reduzir possíveis problemas de saúde mental, stress e *burnout*.

Para os alunos os objetivos são:

- Melhorar a saúde mental e competências socioemocionais dos estudantes;
- Melhorar as atitudes para com o próprio e os outros;
- Melhorar o rendimento académico e competências de aprendizagem;

Reduzir problemas de comportamento e sintomas associados a perturbações emocionais, como a ansiedade.

Assim, é expectável que a implementação deste currículo conduza à promoção da saúde mental pela diminuição de problemas sociais, emocionais e comportamentais, da melhoria da capacidade de resiliência e das competências socioemocionais.

3. Metodologia

3.1. Objetivo, questões do estudo e variáveis

Objetivo

Neste estudo pretende-se verificar o impacto do currículo PROMEHS num conjunto de variáveis (competências socioemocionais, comportamento pró-social e problemas de internalização e externalização) através da comparação dos resultados do grupo experimental com os do grupo em espera, tendo por base três fontes – alunos, professores e pais.

Objetivos específicos do estudo

Pretende-se neste estudo verificar em que medida a participação neste programa:

1. Permite a diminuição dos problemas com os pares, dos sintomas emocionais, hiperatividade e problemas de comportamento evidenciados pelos alunos do grupo experimental;
2. Promove um aumento do comportamento pró-social dos alunos do grupo experimental;

3. Promove aprendizagens na área das competências sociais e emocionais de forma perceptível para os participantes do grupo experimental;
4. Promove a capacidade de lidar com desafios psicossociais e experiências traumáticas associados à resiliência dos alunos do grupo experimental;
5. Proporciona uma melhoria no desempenho académico dos alunos do grupo experimental.

Variáveis

Relativamente às variáveis em estudo, é possível diferenciar dois tipos:

- A variável independente, referente à participação no currículo.
- As variáveis dependentes, que dizem respeito às variáveis relativas às competências socioemocionais, à resiliência e à prevenção de problemas sociais, emocionais e comportamentais.

3.2. Desenho do estudo

O estudo em questão apresenta um desenho experimental, que envolve a comparação entre dois grupos, a fim de averiguar a relação entre a variável independente e as variáveis dependentes (Ribeiro, 2010).

Em consonância, o estudo engloba dois grupos de alunos com características idênticas, onde um dos grupos é submetido à variável independente (grupo experimental) e o outro não (grupo em espera/controlado) (Ribeiro, 2010).

Os dois grupos, experimental e em espera, realizaram duas avaliações: no momento inicial (janeiro de 2021) e no momento final (maio de 2021), que consistiram em questionários de resposta fechada. Os alunos foram avaliados por 3 fontes (os próprios alunos, os pais e o professor). A avaliação integrou as capacidades e dificuldades emocionais, comportamentais e de relacionamento, o desempenho académico, a resiliência e a aprendizagem socioemocional. No caso específico da turma experimental foram realizadas 12 sessões adequadas à idade dos indivíduos e, ao longo da implementação, foram realizadas reuniões com os professores, pais e diretores de agrupamento para monitorizar a evolução e correta implementação. A turma em espera é utilizada como grupo controlado.

3.2.1. Instrumentos

A recolha de dados aos alunos consistiu na aplicação dos seguintes instrumentos: a *Academic Achievement* (DE); o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ); o

Social Skills Improvement System, Social Emotional Learning Edition (SSIS-SEL) Brief Scales; e a versão reduzida da *Connor Davidson Resilience Scale (CDRisc)*.

- *Academic Achievement* (DE) – avalia o rendimento acadêmico, nomeadamente o nível de motivação, o envolvimento e o desempenho acadêmico, através de três perguntas classificadas numa escala de cinco pontos (1- “Muito fraco”; 2- “Fraco”; 3-“Normal”; 4-“Bom”; e 5-“Muito bom”. de “Muito Bom”, “Bom”, “Normal”, “Fraco” e “Muito Fraco”). Quanto maior o valor obtido, melhor desempenho acadêmico.
- *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997) – avalia as capacidades e as dificuldades através de 5 subescalas constituídas por 5 itens cada: subescala de sintomas emocionais; de hiperatividade; de problemas de comportamento; de problemas de relacionamento com colegas; e do comportamento pró-social, cotadas numa escala de *Likert* de três pontos (0 - “não é verdade”; 1 - “é um pouco verdade”; 2 - “é muito verdade”). O somatório das subescalas de sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de comportamento e de problemas de relacionamento com os colegas permite a obtenção do total de dificuldades. Para todas as subescalas, quanto menor o valor obtido, menos dificuldades, com exceção da subescala do Comportamento Pró-Social que quanto maior o valor menos dificuldades. Consoante a pontuação obtida nas diferentes subescalas, os alunos são classificados em “Normal”, “Limítrofe” ou “Anormal”. A cotação das subescalas caracteriza o resultado como “Normal”, “Limítrofe” (cerca de 10% da população) ou “Anormal” (cerca de 10% da população). Os intervalos de cotação variam dependendo de a quem é aplicado o questionário (pais ou professores) (Youth in Mind, 2012).
- *Social Skills Improvement System, Social Emotional Learning Edition (SSIS-SEL) Brief Scales* (Elliott, et al., 2020) – avalia os domínios das competências socioemocionais: autoconsciência, autorregulação, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável. Cada domínio é constituído por 4 itens cotados numa escala de *Likert* de quatro pontos (Alunos: 1-“Não”; 2- “Um Pouco”; 3-“Muito” e 4-“Totalmente”; Pais e Professores: 1-“Nunca”, 2- “Raramente”, 3-“Frequentemente” e 4-“Quase Sempre”). Quanto maior o valor obtido, maior o nível de competência.
- Versão reduzida da *Connor Davidson Resilience Scale* (CDRisc10 version) (Connor e Davidson, 2003) - avalia o domínio da resiliência por intermédio de 10 itens cotados numa escala de *Likert* de quatro pontos (0 - “não verdadeira”;

1 - “raramente verdadeira”; 2 - “às vezes verdadeira”; 3 - “geralmente verdadeira”; 4 - “quase sempre verdadeira”). Quanto maior o valor obtido, mais resiliência.

- Ficha de avaliação do impacto do currículo PROMEHS- avalia o impacto do PROMEHS sobre a utilidade das Reuniões e dos Manuais numa escala de *Likert* de seis pontos (1- “Não participei/Não usei”; 2- “Nada Útil”; 3- “Pouco Útil”; 4- “Útil”; 5- “Muito Útil”; 6- “Extremamente Útil”.); é questionado se os alunos gostaram das sessões; são apresentadas as melhorias nos subtemas da Aprendizagem Socioemocional, da Resiliência e dos Problemas de Comportamento, através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (1- “Muito”; 2- “Bastante”; 3- “Um Pouco”; 4- “Nada”; 5- “Não sei”).

3.2.2. Procedimentos éticos, de aplicação e de tratamento de dados

Procedimentos Éticos

Inicialmente procedeu-se à aprovação do projeto por parte do Conselho de Ética do Instituto de Saúde Ambiental, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e procedeu-se à submissão ao MIME – Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar, da Direção-Geral da Educação.

De seguida foi estabelecido contacto com a direção do agrupamento a solicitar a devida autorização e requerida a autorização por parte dos responsáveis legais das crianças (consentimento informado - Anexo A e B, respetivamente). Estes obtiveram conhecimento do objetivo do currículo através de uma reunião de esclarecimento, de documentos informativos, como a brochura e o consentimento informado e do acesso a dois vídeos, do PROMEHS e à Conferência “Promover a Saúde Mental na Escola” - Currículo PROMEHS.

Os participantes tiveram conhecimento do objetivo do estudo e compreenderam que o seu bem-estar não seria prejudicado de forma alguma, tomando conhecimento prévio, através do assentimento informado (Anexo C) que assinaram, de que poderiam abandonar a qualquer altura a participação, sem que houvesse repercussões.

O tratamento de dados foi confidencial, garantido pela utilização de um código de identificação do aluno constituído por 8 dígitos, e exclusivamente para fins académicos, não sendo partilhadas fotos ou vídeos, pelo que a privacidade das crianças foi salvaguardada.

Procedimentos de aplicação

Numa fase inicial, após a aprovação pela comissão de ética anteriormente referida, foi contactado o diretor do agrupamento de escolas de Portela e Moscavide e após a sua

aprovação foi contactado o coordenador da Escola EB 2,3 Gaspar Correia e o professor de educação física, disciplina na qual se integrou o currículo.

Após a realização dos contactos e obtenção das devidas autorizações por parte dos diretores, professores, encarregados de educação e alunos, foi realizada a avaliação inicial em Janeiro de 2021 com ambos os grupos.

A implementação do currículo foi realizada semanalmente com o grupo experimental, por um período de quatro meses, num total de doze sessões de cinquenta minutos, com o intuito de promover a saúde mental dos participantes e desenvolver as competências socioemocionais e a resiliência. Nas sessões foram trabalhados os seguintes tópicos: Autoconsciência; Autorregulação; Competências relacionais; Lidar com desafios psicossociais; Lidar com experiências traumáticas; Lidar com problemas externalizantes; Lidar com problemas internalizantes; Lidar com comportamentos de risco.

Ao longo da implementação, foram realizadas três reuniões de monitorização com o autor e os pais, perfazendo um total de 10 horas e 6 horas, respetivamente. A duração e o agendamento das reuniões tiveram um carácter flexível, com o intuito de responder da melhor forma às necessidades e disponibilidade de todos.

A avaliação final teve lugar em maio de 2021, seguida da análise dos resultados, pela comparação dos resultados dos grupos entre avaliações e entre grupos (experimental vs. espera).

Procedimentos de tratamento de dados

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 26, tendo sido realizadas, para os diversos instrumentos, análises de frequências e testes não paramétricos para medidas repetidas, nomeadamente o teste de *Wilcoxon* para $p < 0.05$ (comparação entre pré e pós intervenção) e o teste de *Friedman* (perceção do impacto do PROMEHS entre os pais, os alunos e o professor).

3.2.3. Participantes

Os participantes do estudo são alunos do 2º ciclo, seleccionados de duas turmas de 5º ano da Escola EB 2,3 Gaspar Correia do Agrupamento de Escolas de Portela e Moscavide. As turmas seleccionadas, 5º5ª e 5º7ª, são, respetivamente, turma em espera/controlo e turma experimental.

Ambas as turmas tinham 26 alunos, sendo que após os consentimentos dos responsáveis legais, os dois grupos ficaram constituídos por 14 alunos, 6 do sexo

masculino e 8 do sexo feminino (turma em espera) e 17 alunos, 8 do sexo masculino e 9 do sexo feminino (turma experimental), com uma média de idades de 10.42 ± 0.515 e 10.42 ± 0.504 , respetivamente. As turmas foram selecionadas por serem da mesma escola e ano letivo e lecionadas pelo mesmo professor tentando assim limitar os fatores sociais e envolvimentoais que pudessem influenciar os resultados obtidos.

4. Resultados

Para a condução das referidas análises, foram previamente organizadas as subescalas de cada um dos instrumentos em análise, tendo para tal se procedido à recodificação dos itens invertidos, análise da consistência interna (Alfa de Cronbach) e somatório dos itens referentes a cada uma das subescalas. Inicia-se com a escala SDQ (respondida pelos alunos, o professor e os pais), seguida da SSIS-SEL (respondida pelos alunos, o professor e os pais), continuando com a CDRisc (respondida pelos alunos) e por fim a DE (respondida pelo professor), em cada uma das escalas são apresentados inicialmente os resultados do grupo experimental, depois do grupo em espera e no final a comparação entre grupos para ambos os momentos. Posteriormente são apresentados os resultados da perceção do impacto do PROMEHS recolhidos na avaliação final. Os resultados obtidos na análise de consistência interna, mostram, no caso dos alunos, que os valores do *Alfa de Cronbach*, na escala SDQ, variaram entre $\alpha=.189$ (subescala problemas de relacionamento com colegas, no momento final) e $\alpha=.817$ (subescala total de dificuldades, no momento inicial); na escala SSIS SEL, variaram entre $\alpha=.427$ (subescala tomada de decisão responsável, no momento final) e $\alpha=.827$ (subescala consciência social no momento inicial); na escala CDRisc, variaram entre $\alpha=.594$ e $\alpha=.713$. Na versão do professor, na escala SDQ, variaram entre $\alpha=.486$ (subescala problemas de comportamento, no momento inicial) e $\alpha=.896$ (subescala sintomas emocionais, no momento inicial); na escala SSIS SEL, variaram entre $\alpha=.668$ (subescala competências relacionais, no momento inicial) e $\alpha=.932$ (subescalas autorregulação, no momento inicial e consciência social, no momento final). Na versão pais, na escala SDQ, variaram entre $\alpha=.252$ (subescala problemas de relacionamento com colegas, no momento inicial) e $\alpha=.818$ (subescala comportamento pró-social, no momento final); na escala SSIS SEL, variaram entre $\alpha=.456$ (subescala autoconsciência, no momento inicial) e $\alpha=.863$ (subescala consciência social, no momento final). Os valores do *Alpha de Cronbach* de todas as subescalas podem ser observados no anexo D. Apesar da consistência de algumas escalas ser muito baixa, optou-se por apresentar os resultados de todas as escalas aplicadas e respetivas dimensões.

4.1. SDQ

Resultados SDQ versão aluno

No que toca aos resultados do questionário SDQ versão aluno, do grupo experimental, para $p < 0.05$, não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 1, sendo de realçar uma redução marginalmente maior nos valores da mediana da subescala problemas de comportamento (de 2.50 para 2.00).

Tabela 1- Escala SDQ Alunos, Grupo Experimental

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	0.991	.322
	Final	3.00		
Problemas de Comportamento	Inicial	2.50	0.604	.546
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	5.50	0.956	.339
	Final	6.00		
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	1.00	0.181	.856
	Final	2.00		
Comportamento Pró-Social	Inicial	9.00	0.000	1.000
	Final	9.00		
Total de Dificuldades	Inicial	12.50	0.580	.562
	Final	13.00		

No que toca aos resultados do grupo em espera, para o mesmo nível de significância, não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 2, sendo de realçar uma redução marginalmente maior nos valores da mediana das subescalas problemas de comportamento e total de dificuldades (de 1.00 para 0.50 e 9.00 para 7.50, respetivamente) e um aumento marginalmente maior no comportamento pró-social (de 8.00 para 9.00).

Tabela 2- Escala SDQ Alunos, Grupo em Espera

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	0.931	.352
	Final	3.00		
Problemas de Comportamento	Inicial	1.00	1.191	.234
	Final	0.50		
Hiperatividade	Inicial	2.00	1.440	.150
	Final	2.00		
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	1.00	0.175	.861
	Final	1.00		
Comportamento Pró-Social	Inicial	8.00	0.545	.586
	Final	9.00		
Total de Dificuldades	Inicial	9.00	0.624	.533
	Final	7.50		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos, para o mesmo nível de significância, verificou-se que existem alterações estatisticamente significativas nas seguintes subescalas: total de dificuldades, no momento final ($Z = 2.208$; $p = 0.001$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 13.00$) maiores do que os do grupo em espera ($Md = 7.50$); problemas de comportamento, no momento final ($Z = 2.858$; $p = 0.004$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 2.00$) maiores do que os do grupo em espera ($Md = 0.50$); hiperatividade, no momento final ($Z = 3.882$; $p < 0.001$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 6.00$) maiores do que os do grupo em espera ($Md = 2.00$); problemas de relacionamento com colegas ($Z = 2.067$; $p = 0.039$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 2.00$) maiores do que os do grupo em espera ($Md = 1.00$) (ver Tabela 3).

Tabela 3- Escala SDQ Alunos, Comparação entre grupos

Subescala	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	3.00	0.503	.615
	Final	3.00	3.00	0.323	.747
Problemas de Comportamento	Inicial	2.50	1.00	1.630	.103
	Final	2.00	0.50	2.858	.004
Hiperatividade	Inicial	5.50	2.00	1.040	.298
	Final	6.00	2.00	3.882	.000
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	1.00	1.00	1.740	.082
	Final	2.00	1.00	2.067	.039
Comportamento Pró-Social	Inicial	9.00	8.00	0.439	.661
	Final	9.00	9.00	0.534	.593
Total de Dificuldades	Inicial	12.50	9.00	1.759	.079
	Final	13.00	7.50	2.208	.001

Resultados SDQ versão professor

No que toca aos resultados do questionário SDQ versão professor, do grupo experimental, para $p < 0.05$, não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4- Escala SDQ Professor, Grupo Experimental

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	0.00	1.633	.102
	Final	0.00		
Problemas de Comportamento	Inicial	0.00	1.633	.102
	Final	0.00		
Hiperatividade	Inicial	0.00	1.547	.122
	Final	2.00		
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	0.00	1.732	.083
	Final	0.00		
Comportamento Pró-Social	Inicial	10.00	1.414	.157
	Final	10.00		
Total de Dificuldades	Inicial	0.00	0.314	.754
	Final	2.00		

No que toca aos resultados do grupo em espera, para o mesmo nível de significância, não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de

Wilcoxon. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 5, sendo de realçar uma redução marginalmente maior nos valores da mediana da subescala problemas de comportamento (de 0.50 para 0.00) e um aumento marginalmente maior nos valores da mediana da subescala comportamento pró-social (de 8.00 para 10.00).

Tabela 5- Escala SDQ Professor, Grupo em Espera

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	0.00	0.272	.785
	Final	0.00		
Problemas de Comportamento	Inicial	0.50	0.780	.435
	Final	0.00		
Hiperatividade	Inicial	0.00	0.682	.495
	Final	1.00		
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	0.00	1.000	.317
	Final	0.00		
Comportamento Pró-Social	Inicial	8.00	1.439	.150
	Final	10.00		
Total de Dificuldades	Inicial	2.00	0.568	.570
	Final	2.00		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos, para o mesmo nível de significância, verificou-se que existem alterações estatisticamente significativas nas subescalas problemas de relacionamento com colegas, no momento final ($Z = 2.248$; $p=0.025$), com valores da mediana do grupo experimental iguais aos do grupo em espera ($Md = 0.00$); comportamento pró-social, no momento inicial ($Z = 3.517$; $p < 0.001$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 10.00$) maiores do que os do grupo em espera ($Md = 8.00$) (ver Tabela 6).

Tabela 6- Escala SDQ Professor, Comparação entre Grupos

Subescala	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	0.00	0.00	0.877	.380
	Final	0.00	0.00	0.899	.369
Problemas de Comportamento	Inicial	0.00	0.50	1.586	.113
	Final	0.00	0.00	1.820	.069
Hiperatividade	Inicial	0.00	0.00	1.115	.265
	Final	2.00	1.00	0.043	.966
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	0.00	0.00	0.869	.385
	Final	0.00	0.00	2.248	.025
Comportamento Pró-Social	Inicial	10.00	8.00	3.517	.000
	Final	10.00	10.00	1.764	.078
Total de Dificuldades	Inicial	0.00	2.00	1.070	.285
	Final	2.00	2.00	0.435	.664

Resultados SDQ versão pais

No que toca aos resultados do questionário SDQ versão Pais, do grupo experimental, observam-se alterações estatisticamente significativas para $p < 0.05$, segundo o teste de *Wilcoxon*, na subescala problemas de relacionamento com colegas ($Z = 2.323$; $p = 0.020$). Os valores iniciais da mediana (Md inicial = 2.00) são mais elevados do que os valores finais (Md final = 0.50). Os valores das restantes subescalas são apresentados na Tabela 7, sendo de realçar uma redução marginalmente maior nos valores da mediana das subescalas sintomas emocionais, problemas de comportamento e total de dificuldades (de 3.00 para 2.00, de 2.50 para 2.00 e 12.00 para 9.00, respetivamente) e um aumento marginalmente maior do comportamento pró-social (de 8.00 para 8.50).

Tabela 7- Escala SDQ Pais, Grupo Experimental

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	1.283	.990
	Final	2.00		
Problemas de Comportamento	Inicial	2.50	0.540	.589
	Final	2.00		
Hiperatividade	Inicial	5.00	0.213	.832
	Final	5.00		
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	2.00	2.323	.020
	Final	0.50		
Comportamento Pró-Social	Inicial	8.00	0.360	.719
	Final	8.50		
Total de Dificuldades	Inicial	12.00	1.543	.123
	Final	9.50		

No que toca aos resultados do grupo em espera, para o mesmo nível de significância, não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 8, sendo de realçar uma redução marginalmente maior nos valores da mediana nas subescalas sintomas emocionais, problemas de comportamento e total de dificuldades (de 3.00 para 2.00, de 2.00 para 1.00 e de 10.00 para 8.00, respetivamente).

Tabela 8- Escala SDQ Pais, Grupo em Espera

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	1.072	.284
	Final	2.00		
Problemas de Comportamento	Inicial	2.00	1.278	.201
	Final	1.00		
Hiperatividade	Inicial	3.00	0.804	.421
	Final	3.00		
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	1.00	0.466	.641
	Final	1.00		
Comportamento Pró-Social	Inicial	10.00	0.923	.356
	Final	9.00		
Total de Dificuldades	Inicial	10.00	0.936	.349
	Final	8.00		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos, observam-se alterações estatisticamente significativas para o mesmo nível de significância, segundo o teste de

Wilcoxon, na subescala comportamento pró-social, no momento inicial ($Z = 2.336$; $p=0.019$). Os valores da mediana do grupo experimental ($Md = 8.00$) são menores do que aos valores do grupo em espera ($Md = 10.00$) (ver Tabela 9).

Tabela 9- Escala SDQ Pais, Comparação entre grupos

Subescala	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Sintomas Emocionais	Inicial	3.00	3.00	0.221	.825
	Final	2.00	2.00	0.383	.702
Problemas de Comportamento	Inicial	2.50	2.00	3.520	.725
	Final	2.00	1.00	1.324	.185
Hiperatividade	Inicial	5.00	3.00	0.589	.556
	Final	5.00	3.00	1.011	.312
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	2.00	1.00	1.798	.072
	Final	0.50	1.00	0.378	.705
Comportamento Pró-Social	Inicial	8.00	10.00	2.336	.019
	Final	8.50	9.00	0.720	.472
Total de Dificuldades	Inicial	12.00	10.00	0.632	.527
	Final	9.50	8.00	0.439	.661

4.1.1. Evoluções verificadas nos domínios avaliados pelo SDQ

A análise específica dos casos que evoluíram positivamente (i.e., diminuíram os problemas de internalização e/ou externalização, e/ou aumentaram o comportamento pró-social) e que evoluíram negativamente (i.e., aumentaram os problemas de internalização e/ou externalização, e/ou diminuíram o comportamento pró-social) mostra que, de acordo com a avaliação dos próprios alunos, no grupo experimental ($n=12$) houve mais alunos com evoluções positivas nos vários domínios, à exceção do total de dificuldades que apresenta o mesmo número de casos com evoluções positivas e negativas ($n=6$) e da hiperatividade que apresenta mais evoluções negativas ($n=6$) do que positivas ($n=5$) (ver Gráficos 1 e 2). Nestes gráficos é ainda possível verificar o número de alunos que transitou entre pontuações (normal, limítrofe e anormal), tendo neste caso apresentado uma evolução expressiva de acordo com a pontuação do SDQ. No anexo E podem ser consultados os valores para cada uma das pontuações nas cinco subescalas do SDQ.

Gráfico 1- Evoluções positivas (n=12) Grupo Experimental, Alunos

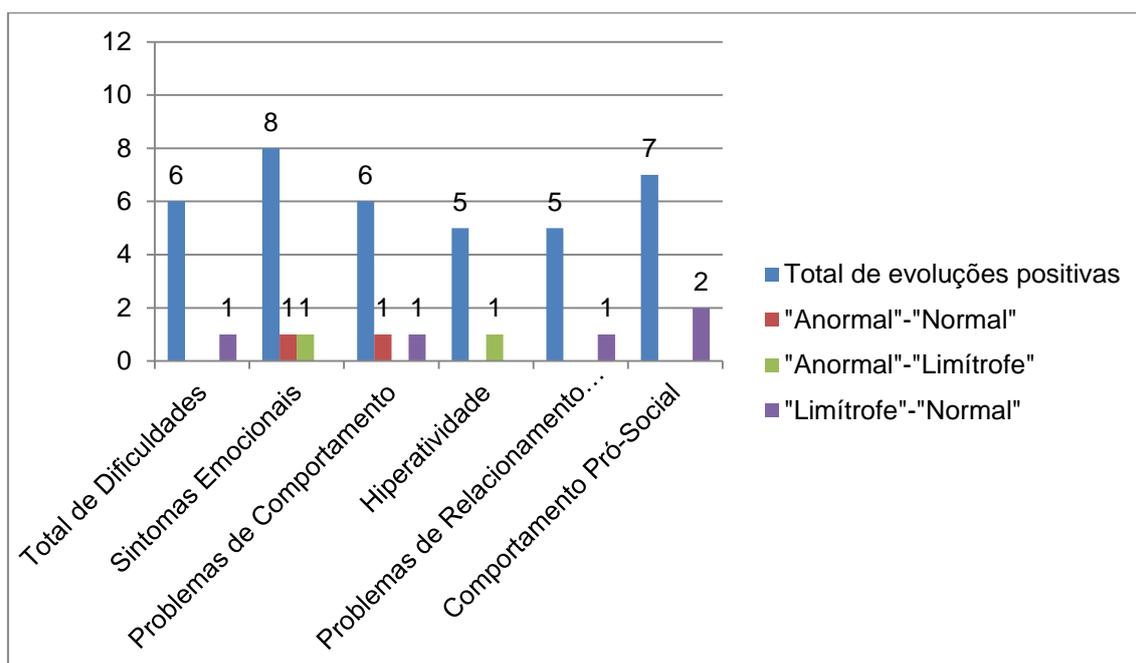
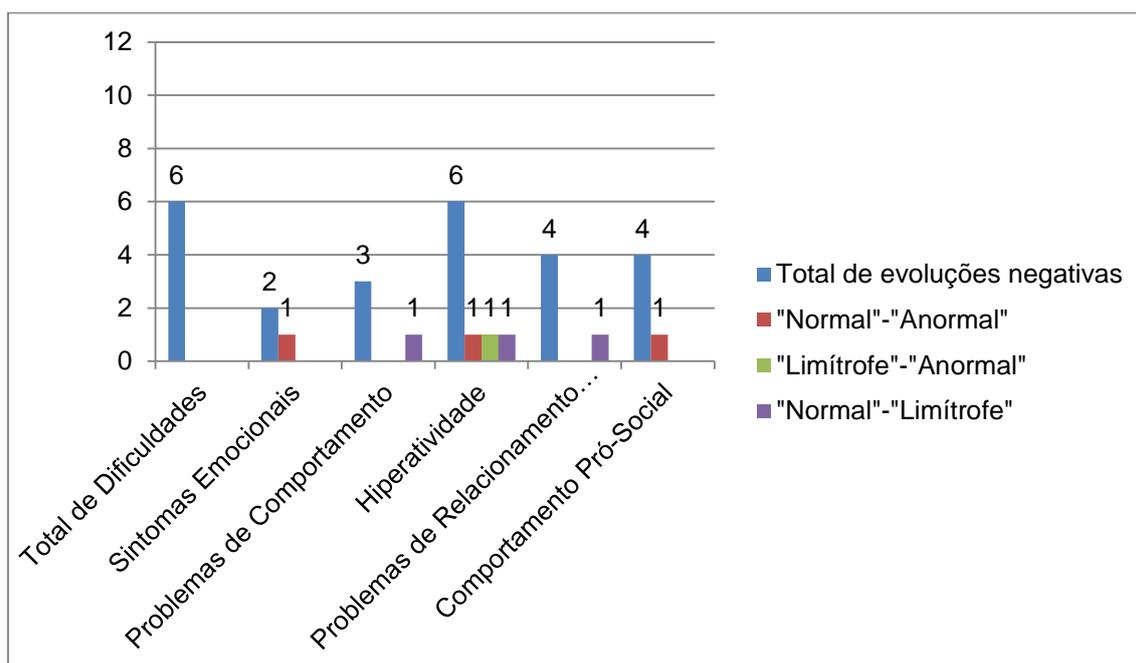


Gráfico 2- Evoluções negativas (n=12) Grupo Experimental, Alunos



A análise específica dos casos que evoluíram positivamente e que evoluíram negativamente mostra que, de acordo com a avaliação dos próprios alunos, no grupo em espera (n=11) houve mais alunos com evoluções positivas nos vários domínios, à exceção do total de dificuldades (n=5), dos sintomas emocionais (n=5) e dos problemas de relacionamento com colegas (n=3) que apresenta o mesmo número de casos com evoluções positivas e negativas (ver Gráficos 3 e 4).

Gráfico 3- Evoluções positivas (n=11) Grupo Em Espera, Alunos

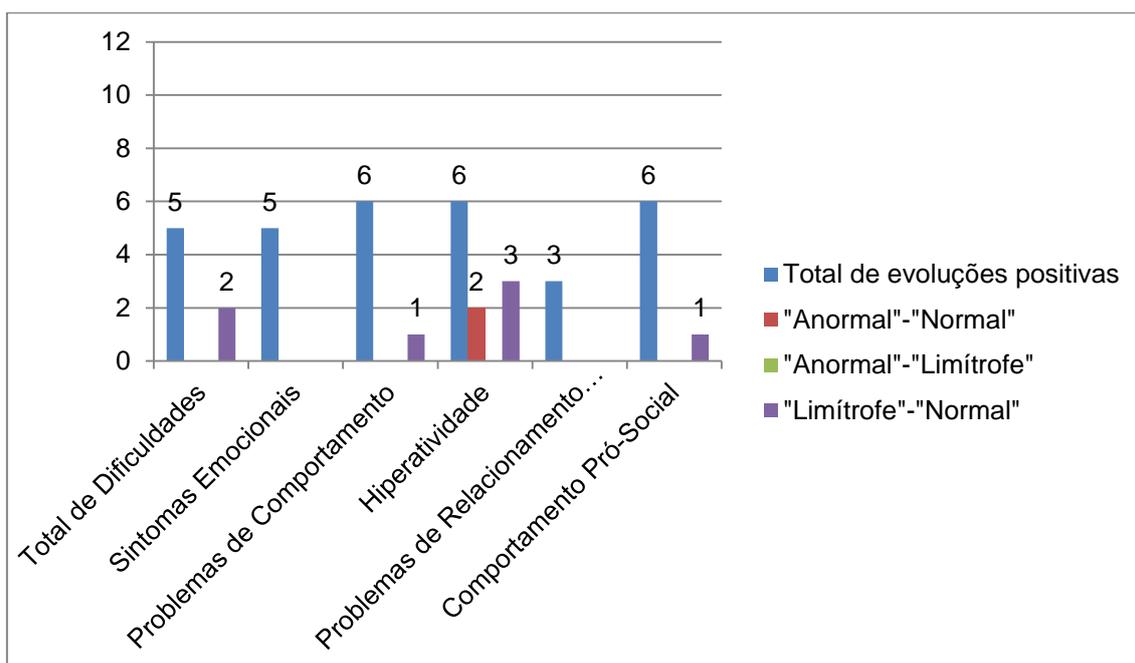
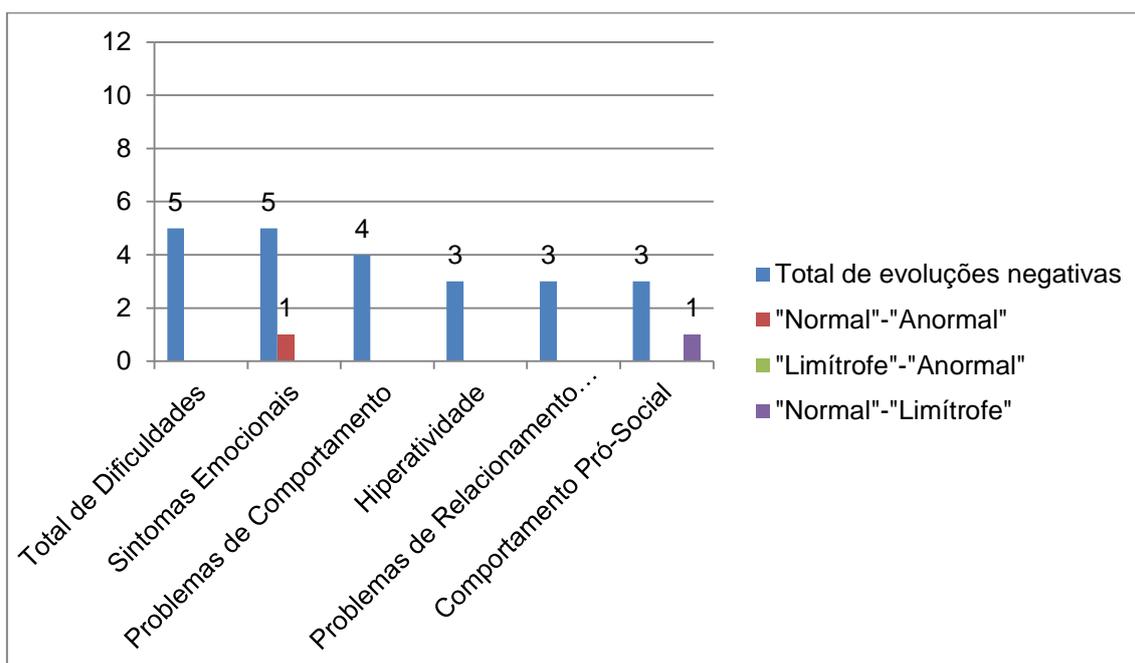


Gráfico 4- Evoluções negativas (n=11) Grupo Em Espera, Alunos



A análise específica dos casos que evoluíram positivamente e que evoluíram negativamente mostra que, de acordo com a avaliação do professor, no grupo experimental (n=17) houve mais alunos com evoluções positivas nos vários domínios, à exceção do total de dificuldades, da hiperatividade e do comportamento pró-social que apresentam mais evoluções negativas (n=6, n=7 e n=1, respetivamente) do que positivas (n=4, n=3 e n=0, respetivamente) (ver Gráficos 5 e 6).

Gráfico 5- Evoluções positivas (n=17) Grupo Experimental, Professor

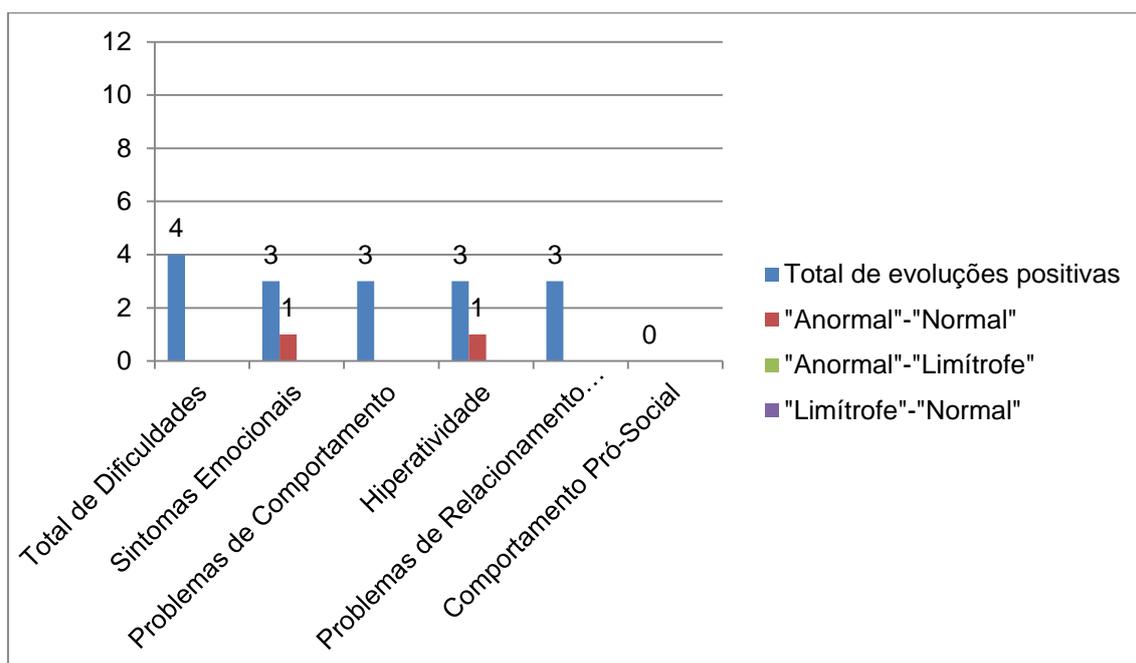
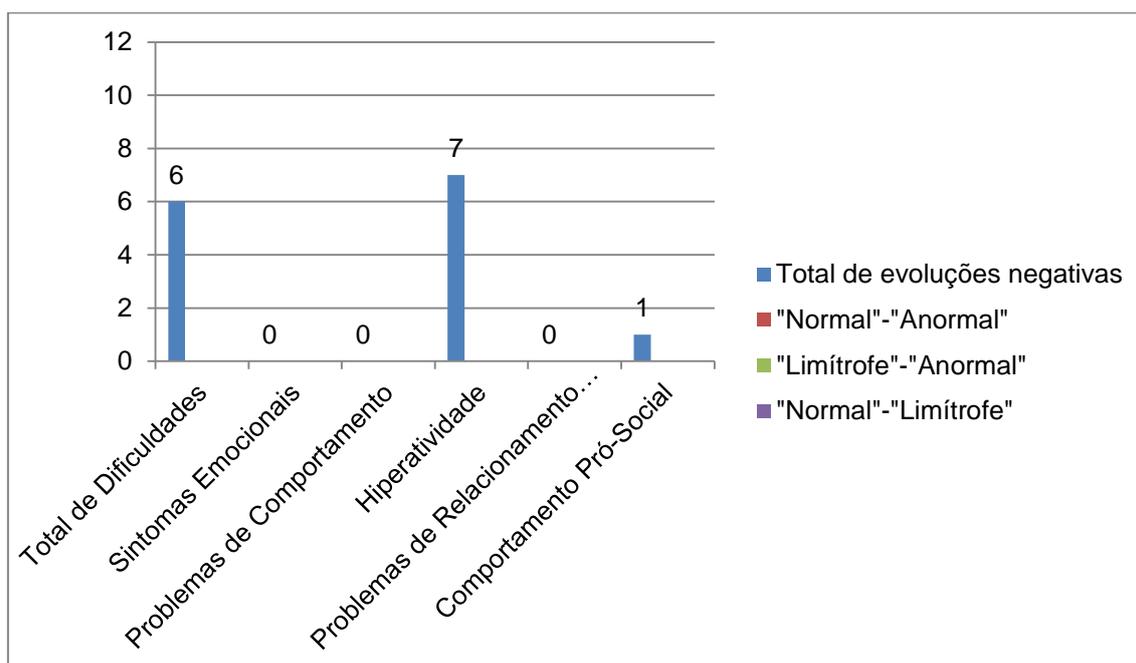


Gráfico 6- Evoluções negativas (n=17) Grupo Experimental, Professor



A análise específica dos casos que evoluíram positivamente e que evoluíram negativamente mostra que, de acordo com a avaliação do professor, no grupo em espera (n=14) houve mais alunos com evoluções positivas no domínio do comportamento pró-social, enquanto os domínios dos problemas de comportamento (n=4) e da hiperatividade (n=3) apresentam o mesmo número de casos com evoluções positivas e negativas e os domínios do total de dificuldades, dos sintomas emocionais e dos problemas de relacionamento com colegas apresentam mais evoluções

negativas (n=5, n=5 e n=3, respetivamente) do que positivas (n=4, n=3 e n=0, respetivamente) (ver Gráficos 7 e 8).

Gráfico 7- Evoluções positivas (n=14) Grupo Em Espera, Professor

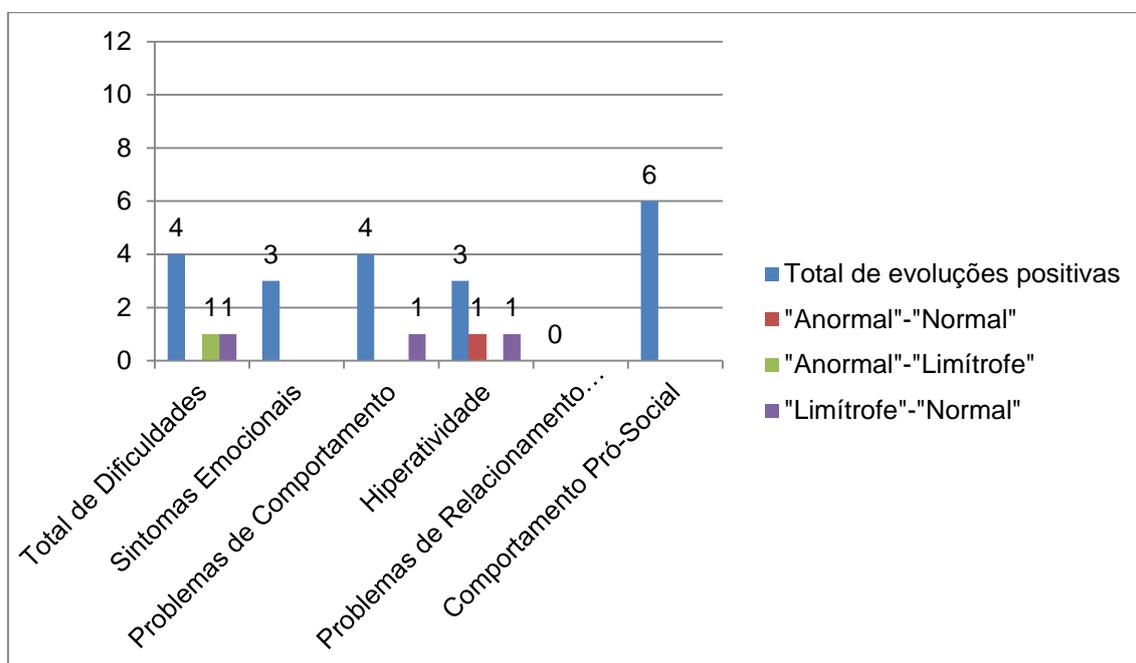
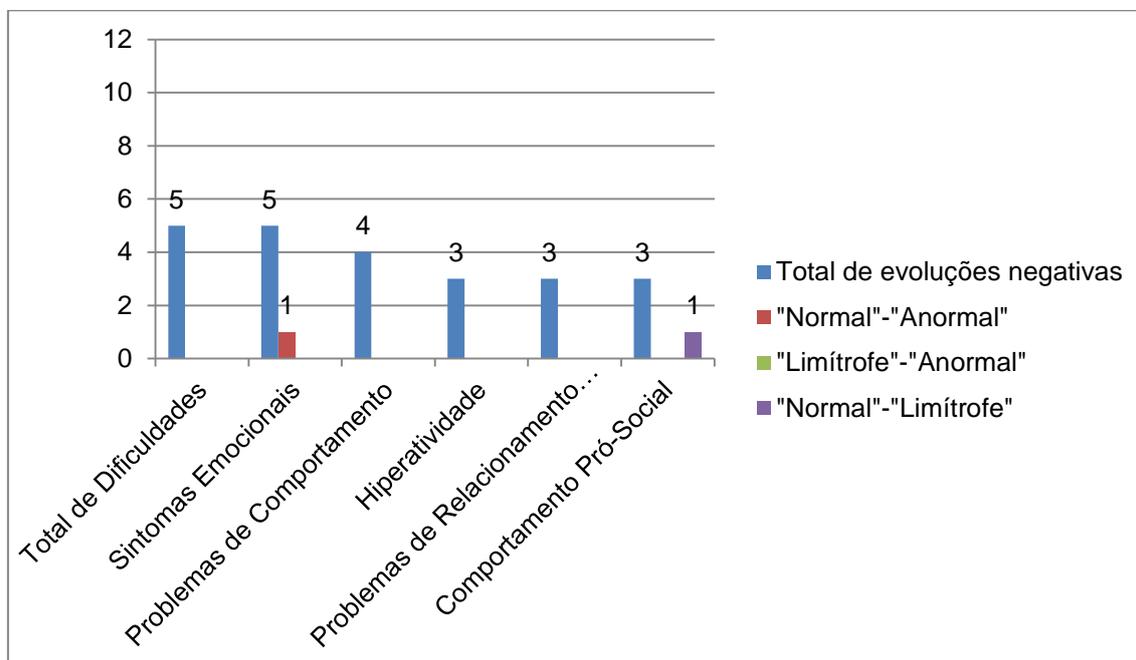


Gráfico 8- Evoluções negativas (n=14) Grupo Em Espera, Professor



A análise específica dos casos que evoluíram positivamente e que evoluíram negativamente mostra que, de acordo com a avaliação dos pais, no grupo experimental (n=14) houve mais alunos com evoluções positivas nos vários domínios,

à exceção da hiperatividade que apresenta o mesmo número de casos com evoluções positivas e negativas (n=3) e do comportamento pró-social que apresenta mais evoluções negativas (n=6) do que positivas (n=4) (ver Gráficos 9 e 10).

Gráfico 9 - Evoluções positivas (n=14) Grupo Experimental, Pais

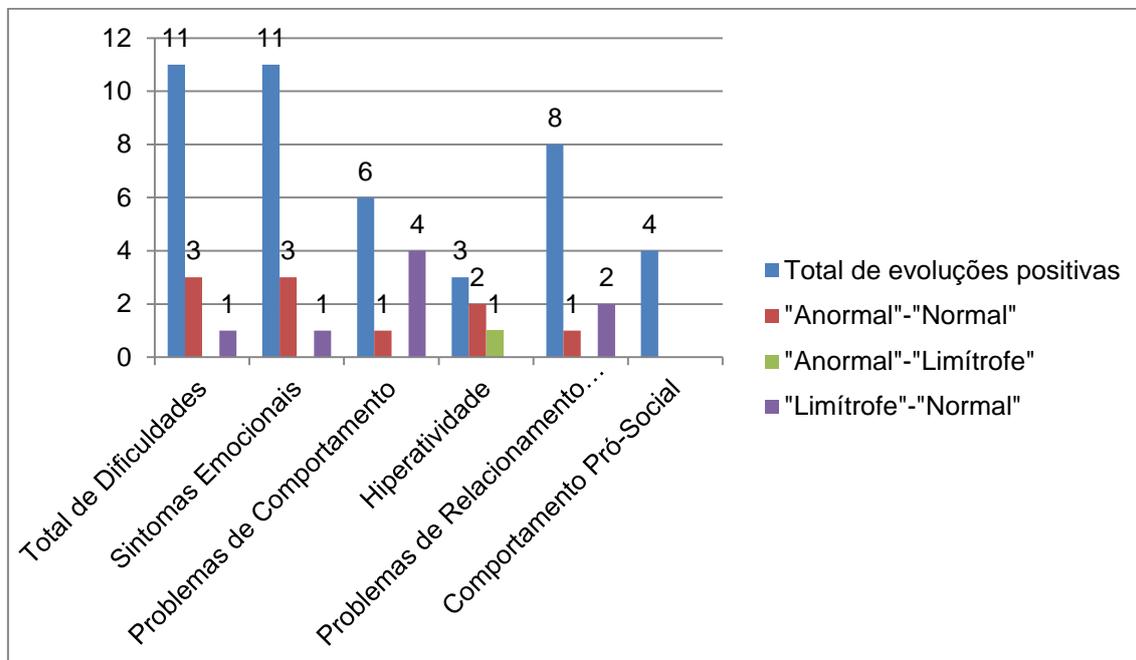
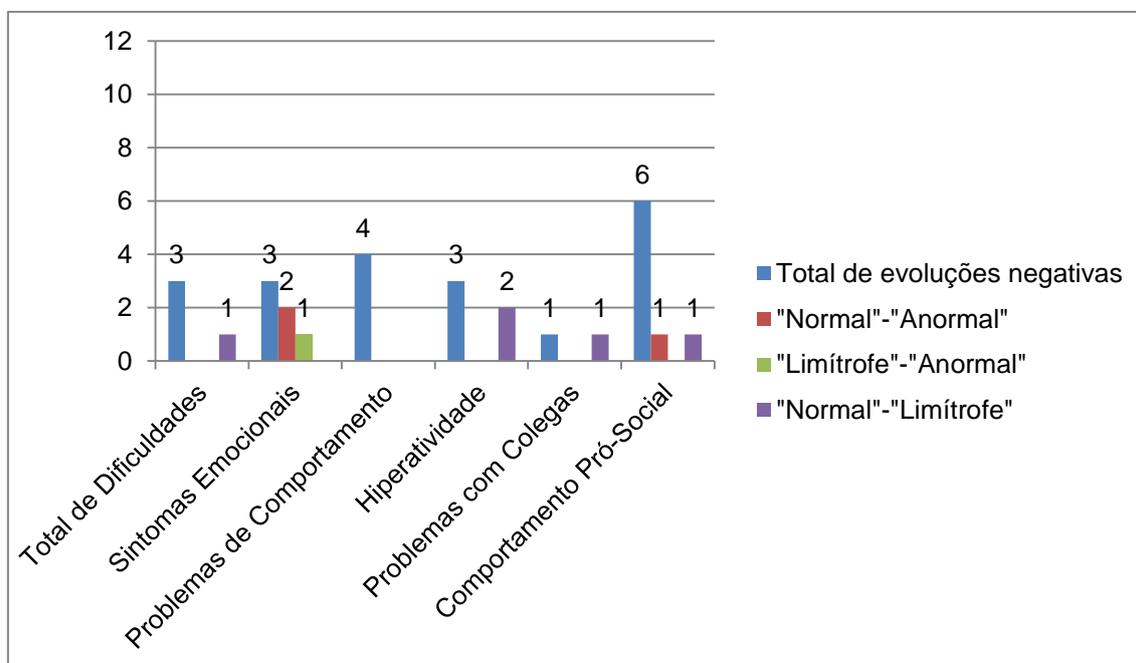


Gráfico 10- Evoluções negativas (n=14) Grupo Experimental, Pais



A análise específica dos casos que evoluíram positivamente e que evoluíram negativamente mostra que, de acordo com a avaliação dos pais, no grupo em espera (n=12) houve mais alunos com evoluções positivas nos vários domínios, à exceção

dos problemas de relacionamento com colegas que apresenta o mesmo número de casos com evoluções positivas e negativas (n=5) (ver Gráficos 11 e 12).

Gráfico 11- Evoluções positivas (n=12) Grupo em Espera, Pais

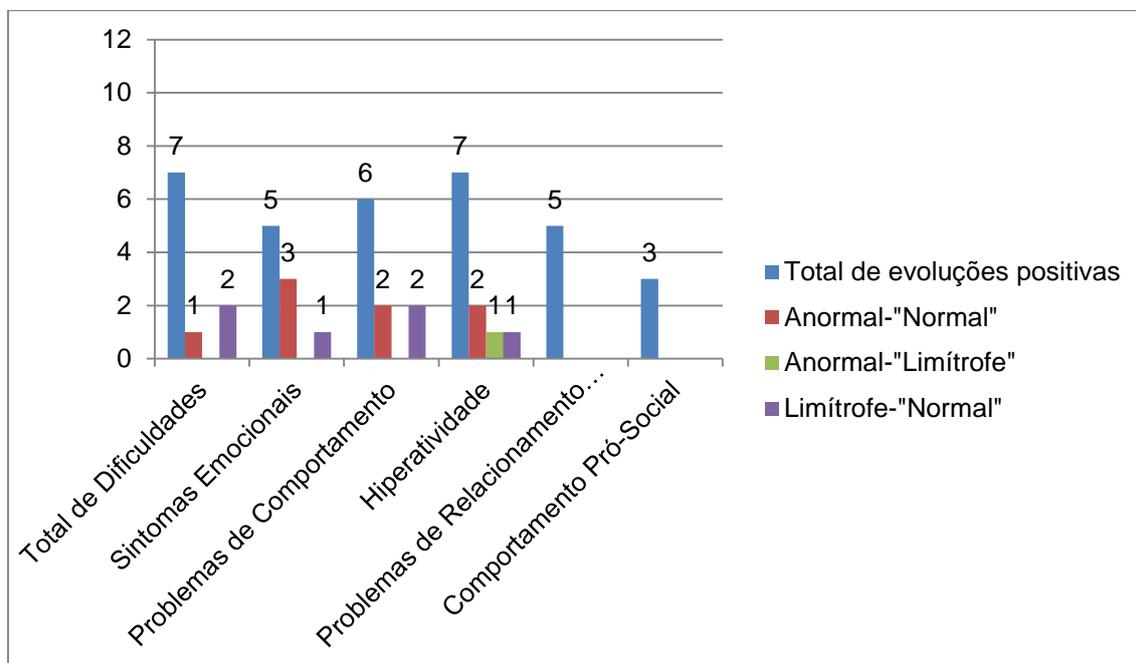
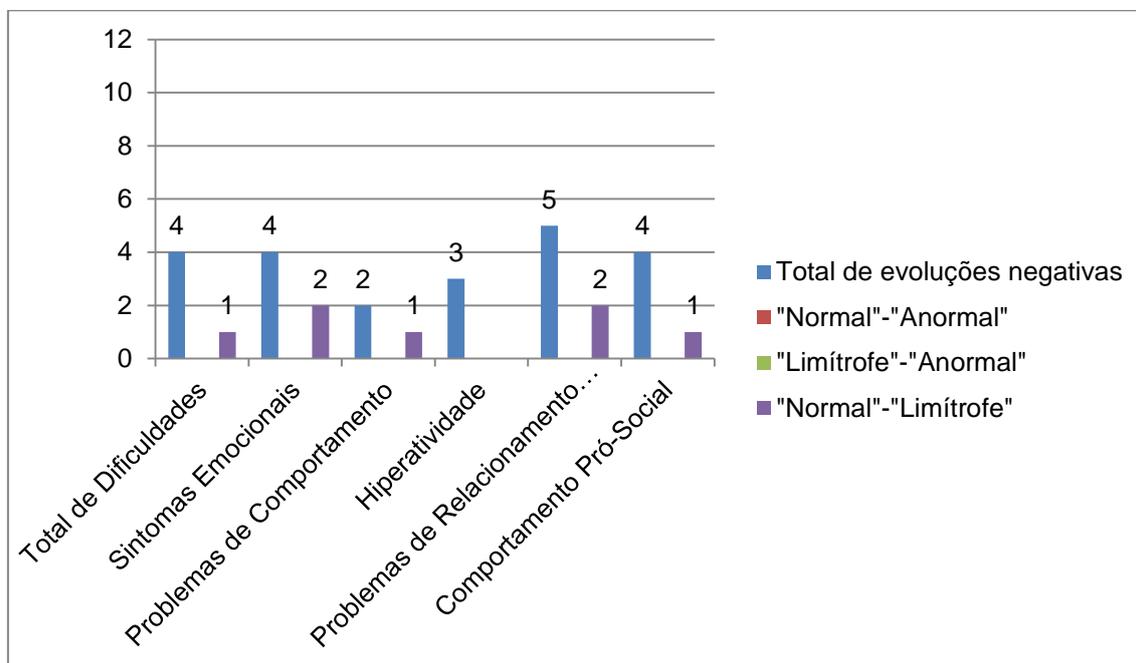


Gráfico 12- Evoluções negativas (n=12) Grupo em Espera, Pais



4.2. SSIS SEL

Resultados SSIS SEL versão aluno

No que toca aos resultados do questionário SSIS SEL versão aluno, do grupo experimental, não se observam alterações estatisticamente significativas para o

mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 10, sendo de realçar um aumento marginalmente maior nos valores da mediana da subescala competências relacionais (de 12.00 para 14.00).

Tabela 10- Escala SSIS SEL Alunos, Grupo Experimental

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	12.00	0.103	.918
	Final	12.00		
Autorregulação	Inicial	11.50	0.720	.472
	Final	11.50		
Consciência Social	Inicial	12.00	0.207	.836
	Final	11.50		
Competências Relacionais	Inicial	12.00	0.719	.472
	Final	14.00		
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	13.50	0.875	.382
	Final	12.50		

No que toca aos resultados do grupo em espera, não se observam alterações estatisticamente significativas para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 11, sendo de realçar um aumento marginalmente maior nos valores da mediana das subescalas autoconsciência, autorregulação, consciência social e competências relacionais (de 12.00 para 14.00, de 12.50 para 13.00, de 12.00 para 14.00 e 13.50 para 15.00, respetivamente).

Tabela 11- Escala SSIS SEL Alunos, Grupo em Espera

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	12.00	1.258	.208
	Final	14.00		
Autorregulação	Inicial	12.50	0.314	.754
	Final	13.00		
Consciência Social	Inicial	12.00	1.368	.171
	Final	14.00		
Competências Relacionais	Inicial	13.50	1.348	.178
	Final	15.00		
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	14.00	0.780	.435
	Final	14.00		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos em ambos os momentos, verificou-se que existem alterações estatisticamente significativas para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*, para as subescalas autorregulação no momento final ($Z = 2.405$; $p = 0.016$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 11.50$) menores do que os do grupo em espera ($Md = 13.00$); e tomada de decisão responsável no momento final ($Z = 2.522$; $p = 0.012$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 12.50$) menores do que os do grupo em espera ($Md = 14.00$) (ver Tabela 12).

Tabela 12- Escala SSIS SEL Alunos, Comparação entre grupos

Subescala	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	12.00	12.00	0.617	.537
	Final	12.00	14.00	1.783	.075
Autorregulação	Inicial	11.50	12.50	1.140	.254
	Final	11.50	13.00	2.405	.016
Consciência Social	Inicial	12.00	12.00	0.030	.976
	Final	11.50	14.00	1.050	.294
Competências Relacionais	Inicial	12.00	13.50	1.334	.182
	Final	14.00	15.00	1.808	.071
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	13.50	14.00	0.708	.479
	Final	12.50	14.00	2.522	.012

Resultados SSIS SEL versão professor

Relativamente à análise do grupo experimental com base na percepção do professor existe diferença estatisticamente significativa, para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*, na subescala autorregulação ($Z = 2.598$; $p = 0.009$), com valores iniciais da mediana iguais aos finais ($Md = 16.00$) (ver Tabela 13).

Tabela 13- Escala SSIS SEL Professor, Grupo Experimental

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	16.00	1.000	.317
	Final	16.00		
Autorregulação	Inicial	16.00	2.598	.009
	Final	16.00		
Consciência Social	Inicial	16.00	0.000	1.000
	Final	16.00		
Competências Relacionais	Inicial	16.00	1.000	.317
	Final	16.00		
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	16.00	1.000	.317
	Final	16.00		

Relativamente à análise do grupo em espera não existem alterações estatisticamente significativas, para o mesmo nível de significância, segundo o teste de Wilcoxon (ver Tabela 14).

Tabela 14- Escala SSIS SEL Professor, Grupo em Espera

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	16.00	0.921	.357
	Final	16.00		
Autorregulação	Inicial	16.00	1.936	.053
	Final	15.00		
Consciência Social	Inicial	16.00	0.447	.655
	Final	16.00		
Competências Relacionais	Inicial	16.00	0.577	.564
	Final	16.00		
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	16.00	1.000	.317
	Final	16.00		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos, verificou-se que existem alterações estatisticamente significativas nas subescalas autoconsciência, no momento final ($Z = 2.130$; $p = 0.033$), com valores de mediana iguais entre grupo ($Md = 16.00$); autorregulação, em ambos os momentos ($Z_I = 2.318$; $p=0.020$; $Z_F = 2.504$; $p = 0.012$), com valores de mediana iguais entre grupos no momento inicial ($Md = 16.00$) e no final com uma mediana superior no grupo experimental ($Md = 16.00$), em relação ao grupo em espera ($Md = 15.00$); consciência social, em ambos os momentos ($Z_I = 2.317$; $p=0.021$; $Z_F = 2.251$; $p=0.024$), com valores de mediana iguais entre grupos em ambos os momentos ($Md = 16.00$); competências relacionais, no momento inicial ($Z =$

1.973; $p = 0.049$), com valores de mediana iguais entre grupo ($Md = 16.00$) (ver Tabela 15).

Tabela 15- Escala SSIS SEL Professor, Comparação entre Grupos

Subescala	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	16.00	16.00	1.329	.184
	Final	16.00	16.00	2.130	.033
Autorregulação	Inicial	16.00	16.00	2.318	.020
	Final	16.00	15.00	2.504	.012
Consciência Social	Inicial	16.00	16.00	2.317	.021
	Final	16.00	16.00	2.251	.024
Competências Relacionais	Inicial	16.00	16.00	1.973	.049
	Final	16.00	16.00	1.767	.077
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	16.00	16.00	1.584	.113
	Final	16.00	16.00	0.742	.458

Resultados SSIS SEL versão pais

No que toca aos resultados do questionário SSIS SEL versão pais, do grupo experimental, para $p < 0.05$, não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores das subescalas são apresentados na Tabela 16, sendo de realçar um aumento marginalmente maior nos valores da mediana da subescala autorregulação, consciência social e tomada de decisão responsável (de 11.00 para 11.50, de 13.00 para 13.50 e 12.50 para 13.00, respetivamente).

Tabela 16- Escala SSIS SEL Pais, Grupo Experimental

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	12.00	0.124	.902
	Final	12.00		
Autorregulação	Inicial	11.00	0.626	.531
	Final	11.50		
Consciência Social	Inicial	13.00	0.984	.325
	Final	13.50		
Competências Relacionais	Inicial	13.00	0.315	.753
	Final	12.00		
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	12.50	0.135	.893
	Final	13.00		

No que toca aos resultados do grupo em espera, não se observam alterações estatisticamente significativas, para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*. (ver Tabela 17).

Tabela 17- Escala SSIS SEL, Pais Grupo em Espera

Subescala	Momento	Mediana	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	13.00	0.710	.478
	Final	13.00		
Autorregulação	Inicial	13.00	0.566	.572
	Final	12.00		
Consciência Social	Inicial	15.00	1.133	.257
	Final	13.00		
Competências Relacionais	Inicial	14.00	0.120	.905
	Final	14.00		
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	14.00	1.041	.298
	Final	14.00		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos verificou-se que existem alterações estatisticamente significativas, para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*, nas subescalas autoconsciência, no momento inicial ($Z = 1.976$; $p = 0.048$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 12.00$) menores do que os do grupo em espera ($Md = 13.00$); consciência social, no momento inicial ($Z = 2.263$; $p = 0.024$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 13.00$) menores do que os do grupo em espera ($Md = 15.00$); competências relacionais ($Z = 2.040$; $p = 0.041$), com valores da mediana do grupo experimental ($Md = 13.00$) menores do que os do grupo em espera ($Md = 14.00$) (ver Tabela 18).

Tabela 18- Escala SSIS SEL Pais, Comparação entre grupos

Subescala	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Autoconsciência	Inicial	12.00	13.00	1.976	.048
	Final	12.00	13.00	0.465	.642
Autorregulação	Inicial	11.00	13.00	1.887	.059
	Final	11.50	12.00	1.428	.153
Consciência Social	Inicial	13.00	15.00	2.263	.024
	Final	13.50	13.00	0.603	.546
Competências Relacionais	Inicial	13.00	14.00	2.040	.041
	Final	12.00	14.00	1.857	.063
Tomada de Decisão	Inicial	12.50	14.00	1.167	.243
Responsável	Final	13.00	14.00	0.972	.331

4.3. CDRisc

No que toca aos resultados do questionário CD-RISC versão Alunos, de ambos os grupos, para $p < 0.05$ não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*. Os valores dos somatórios são apresentados na tabela 19, sendo de realçar um aumento marginalmente maior nos valores da mediana do grupo em espera (de 37.00 para 39.50). As alterações por item podem ser observadas no anexo F.

Tabela 19- Escala CDRisc Alunos

	Momento	Mediana	Z	p value
Grupo Experimental	Inicial	34.00	0.401	.688
	Final	34.00		
Grupo em Espera	Inicial	37.00	1.023	.306
	Final	39.50		

4.4. DE

Relativamente à análise do questionário do desempenho académico (DE) do grupo experimental com base na perceção do professor existem, para $p < 0.05$, alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*, em todos os domínios: motivação académica ($Z = 2.887$; $p=0.004$), os valores da mediana mantiveram-se iguais ($Md = 4.00$); envolvimento no processo de aprendizagem ($Z = 3.207$; $p = 0.001$), os valores iniciais da mediana ($Md = 3.00$) são menores do que os valores finais ($Md = 4.00$); resultados académicos ($Z = 2.673$; $p = 0.008$), os valores iniciais da mediana ($Md = 3.00$) são menores do que os valores finais ($Md = 4.00$) (ver Tabela 20).

Tabela 20- DE Professor, Grupo Experimental

	Momento	Mediana	Z	p value
Motivação Académica	Inicial	4.00	2.887	.004
	Final	4.00		
Envolvimento no Processo de Aprendizagem	Inicial	3.00	3.207	.001
	Final	4.00		
Resultados Académicos	Inicial	3.00	2.673	.008
	Final	4.00		

Relativamente à análise do questionário DE do grupo em espera com base na perceção do professor existem, para o mesmo nível de significância, alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon*, nas subescalas motivação académica ($Z = 2.449$; $p = 0.014$) e envolvimento no processo de aprendizagem ($Z = 2.121$; $p = 0.034$). Os valores da mediana mantiveram-se iguais em todas as subescalas (Md = 4.00) (ver Tabela 21).

Tabela 21- DE Professor, Grupo em Espera

	Momento	Mediana	Z	p value
Motivação Académica	Inicial	4.00	2.449	.014
	Final	4.00		
Envolvimento no Processo de Aprendizagem	Inicial	4.00	2.121	.034
	Final	4.00		
Resultados Académicos	Inicial	4.00	1.633	.102
	Final	4.00		

No que toca aos resultados do questionário DE, relativamente à comparação entre grupos, não se observam alterações estatisticamente significativas, para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*. (ver Tabela 22).

Tabela 22- DE Professor, Comparação entre Grupos

	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Motivação Académica	Inicial	4.00	4.00	0.950	.342
	Final	4.00	4.00	0.988	.323
Envolvimento no Processo de Aprendizagem	Inicial	3.00	4.00	1.217	.224
	Final	4.00	4.00	0.000	1.000
Resultados Académicos	Inicial	3.00	4.00	0.881	.379
	Final	4.00	4.00	0.546	.585

4.5. Avaliação do impacto do currículo PROMEHS

Como referido anteriormente, para além do conjunto de instrumentos de avaliação utilizados na avaliação inicial final, cujos resultados acabaram de ser apresentados, foi também realizada uma avaliação da perceção dos vários intervenientes do grupo experimental (Pais, Alunos e Professor) sobre o impacto do PROMEHS.

Quando questionado aos pais sobre a utilidade das reuniões, verificou-se que a percentagem de pais que não participou/não usou apresentou-se bastante elevada (42.9%), contudo, dos que participaram, cerca de metade achou muito ou extremamente útil (28.6%) (ver Tabela 23).

Tabela 23- Perceção da utilidade das reuniões de pais

	Muito ou Extremamente Útil	Útil	Pouco ou Nada Útil	Não participei/ Não usei
Quão úteis foram as reuniões de pais	28.6%	7.1%	21.4%	42.9%

À semelhança das reuniões, existiu também baixa utilização dos manuais tanto para o dos pais (35.7%) como para o dos alunos (42.8%). É de realçar que, dos que utilizaram o manual do aluno, nenhum achou “Pouco” ou “Nada Útil” (ver Tabela 24).

Tabela 24- Perceção da utilidade das Orientações para os pais e do manual de atividades para o aluno, segundo a perspetiva dos pais

	Muito ou Extremamente Útil	Útil	Pouco ou Nada Útil	Não participei/ Não usei
Quão útil foi o manual com orientações para pais	28.6%	28.6%	7.1%	35.7%
Quão útil foi o manual do aluno	28.6%	28.6%	0.0%	42.8%

Em relação aos alunos é importante referir que o “Não participei/Não usei” corresponde à utilização fora do contexto escolar, uma vez que, aquando da realização das sessões, os alunos tinham acesso ao manual ou a determinada atividade do manual. Dos que utilizaram o manual fora da escola, 30.8% acharam “Muito” ou “Extremamente Útil” (ver Tabela 25).

Tabela 25- Perceção da utilidade do manual de atividades para o aluno

	Muito ou Extremamente Útil	Útil	Pouco ou Nada Útil	Não participei/ Não usei
Achas que o manual do aluno foi útil para ti	30.8%	23.1%	7.7%	38.4%

Quando confrontados com a afirmação “Gostei das sessões do PROMEHS” 84.6% assinala que concorda ou concorda totalmente” (ver Tabela 26).

Tabela 26- Percepção do interesse dos alunos nas sessões

	Concordo Totalmente	Concordo	Discordo
Gostei das sessões do PROMEHS	23.1%	61.5%	15.4%

Aquando da análise da percepção dos pais e dos próprios alunos em relação à evolução na aprendizagem socioemocional, na resiliência e nos problemas de comportamento, é possível observar uma melhoria de pelo menos 50% em todos os domínios e subdomínios do PROMEHS (ver Tabelas 27, 28 e 29). Nestas tabelas, o “Total de melhorias” corresponde à junção percentual das opções “Melhorou Um Pouco”, “Bastante” e “Muito” e o “Melhorou Bastante ou Muito” que corresponde à junção percentual de “Melhorou Bastante” e “Muito”. É de realçar que os subdomínios da aprendizagem socioemocional foram os que apresentaram maior percentagem de melhorias coincidindo com o domínio com mais sessões realizadas (5 sessões).

Tabela 27- Aprendizagem Socioemocional, Percepção do impacto Pós-Teste

		Pais	Alunos
Autoconsciência	Total de melhorias	85.7%	92.3%
	Melhorou Bastante ou Muito	35.7%	46.2%
	Nada	0.0%	0.0%
Autorregulação	Total de melhorias	92.9%	92.3%
	Melhorou Bastante ou Muito	35.7%	53.8%
	Nada	0.0%	0.0%
Consciência Social	Total de melhorias	78.6%	76.9%
	Melhorou Bastante ou Muito	50.0%	38.5%
	Nada	7.1%	0.0%
Competências Relacionais	Total de melhorias	85.7%	84.6%
	Melhorou Bastante ou Muito	50.0%	38.5%
	Nada	7.1%	7.7%
Tomada de Decisão Responsável	Total de melhorias	85.7%	92.3%
	Melhorou Bastante ou Muito	42.9%	61.5%
	Nada	7.1%	0.0%

Tabela 28- Resiliência, Percepção do impacto Pós-Teste

		Pais	Alunos
Lidar com Desafios Psicossociais	Total de melhorias	64.3%	84.6%
	Melhorou Bastante ou Muito	57.1%	61.5%
	Nada	14.3%	0.0%
Lidar com Experiências Traumáticas	Total de melhorias	50.0%	53.8%
	Melhorou Bastante ou Muito	21.4%	15.4%
	Nada	14.3%	0.0%

Tabela 29- Problemas de Comportamento, Percepção do impacto Pós-Teste

		Pais	Alunos
Lidar com Problemas Internalizantes	Total de melhorias	50.0%	61.5%
	Melhorou Bastante ou Muito	21.4%	7.7%
	Nada	7.1%	23.1%
Lidar com Problemas Externalizantes	Total de melhorias	61.5%	53.8%
	Melhorou Bastante ou Muito	23.1%	23.1%
	Nada	0.0%	15.4%
Lidar com Comportamentos de Risco	Total de melhorias	57.1%	61.5%
	Melhorou Bastante ou Muito	21.4%	38.5%
	Nada	0.0%	7.7%

Não existem alterações estatisticamente significativas, para $p < 0.05$, segundo o teste de *Friedman*, entre a percepção dos pais e dos alunos, demonstrando assim uma coerência entre estas duas fontes (ver Tabela 30).

Tabela 30- Percepção entre Pais e Alunos

	Pais		Alunos		Chi-Square, <i>p</i> value
	Média	DP	Média	DP	
Autoconsciência	2.50	0.707	2.30	0.823	$\chi^2(1,10) = 1.000, p = .317$
Autorregulação	2.55	0.688	2.36	0.674	$\chi^2(1,11) = 0.667, p = .414$
Consciência Social	2.25	0.707	2.13	0.835	$\chi^2(1,8) = 0.333, p = .564$
Competências Relacionais	2.45	0.820	2.55	0.934	$\chi^2(1,11) = 0.500, p = .480$
Tomada de Decisão Responsável	2.45	0.688	2.09	0.701	$\chi^2(1,11) = 2.667, p = .102$
Lidar com Desafios Psicossociais	2.22	0.833	2.00	0.707	$\chi^2(1,9) = 0.000, p = 1.000$
Lidar com Exp. Traumáticas	2.60	1.140	2.60	0.548	$\chi^2(1,5) = 0.333, p = .564$
Lidar com Prob. Internalizantes	2.71	0.951	3.14	0.690	$\chi^2(1,7) = 1.000, p = .317$
Lidar com Prob. Externalizantes	2.33	0.816	2.67	0.516	$\chi^2(1,6) = 1.000, p = .317$
Lidar com Comport. de Risco	2.40	0.894	1.80	0.837	$\chi^2(1,5) = 1.000, p = .317$

Optou-se por não apresentar os resultados baseados na percepção da professora uma vez que esta cotou todos os alunos em todos os domínios com “Não Sei”.

5. Discussão dos Resultados

A fim de facilitar a análise e discussão dos resultados, estes são apresentados segundo a visão das diferentes fontes: alunos, professor e pais.

5.1. Na Visão dos Alunos

A visão dos alunos foi recolhida através das escalas SDQ, SSIS SEL e CDRisc nos momentos pré e pós intervenção. Na SDQ o grupo em espera inicialmente apresentava melhores valores na mediana das subescalas problemas de comportamento, hiperatividade e total de dificuldades, o grupo experimental apresentava melhores valores na subescala do comportamento pró-social. Na SSIS SEL, o grupo em espera inicialmente apresentava melhores valores nas subescalas autorregulação, competências relacionais e tomada de decisão responsável. Na CDRisc o grupo em espera apresentava melhores valores iniciais.

Fazendo a síntese dos resultados obtidos na escala SDQ é possível afirmar que o grupo experimental teve uma melhoria marginal nos problemas de comportamento, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Braga e colegas (2016), onde também obtiveram melhorias nesta subescala. No grupo em espera, foram observadas melhorias, não estatisticamente significativas, nas subescalas problemas de comportamento, comportamento pró-social e total de dificuldades. É também observável que, o grupo em espera apresenta valores significativamente menores, no momento final, nas subescalas problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e total de dificuldades. Analisando a percepção dos próprios alunos, observando individualmente, o número de melhorias do grupo experimental é superior em todas as subescalas com exceção dos problemas de comportamento (igual número de evoluções positivas e negativas) e da hiperatividade (uma evolução positiva a menos).

Segundo a CASEL (2012), programas de aprendizagem socioemocional reportam melhorias nas relações entre crianças e entre crianças e adultos de referência. Assim, fazendo a síntese dos resultados obtidos na escala SSIS SEL é possível confirmar o referido afirmando que o grupo experimental teve uma melhoria marginal nos valores das competências relacionais. O grupo em espera teve uma melhoria marginal nos valores da autoconsciência, autorregulação, consciência social e competências

relacionais. Quando comparados os grupos, o grupo em espera apresenta valores significativamente mais elevados, no momento final, nas subescalas autorregulação e tomada de decisão responsável.

Fazendo a síntese dos resultados obtidos na escala CDRisc é possível afirmar que o grupo experimental não obteve melhorias enquanto o grupo em espera melhorou marginalmente os valores da mediana.

5.2. Na Visão do Professor

A visão do professor foi recolhida através das escalas SDQ, SSIS SEL e DE nos momentos pré e pós intervenção. Na SDQ o grupo em espera inicialmente apresentava melhores valores na subescala total de dificuldades, o grupo experimental apresentava melhores valores nas subescalas dos problemas de comportamento e comportamento pró-social. Na SSIS SEL ambos os grupos apresentavam valores iniciais iguais. Na DE o grupo experimental apresentava melhores valores nas subescalas envolvimento no processo de aprendizagem e resultados académicos.

Fazendo a síntese dos resultados obtidos na escala SDQ é possível afirmar que o grupo experimental não obteve melhorias, enquanto o grupo em espera melhorou marginalmente nas subescalas Problemas de Comportamento e Comportamento Pró-Social. É também observável que, o grupo em espera apresenta valores significativamente menores, no momento final, na subescala problemas de relacionamento com colegas. Analisando a perceção do professor, observando individualmente, o número de melhorias do grupo experimental é maior nos problemas de relacionamento com os colegas, enquanto o grupo em espera demonstrou mais evoluções positivas nos problemas de comportamento e no comportamento pró-social.

No domínio das competências socioemocionais é possível afirmar que o grupo experimental teve uma melhoria significativa nos valores da autorregulação entre o primeiro e o segundo momento, indo ao encontro do referido pelo CASEL (2012).

Fazendo a síntese dos resultados obtidos na escala DE é possível afirmar que o grupo experimental teve uma melhoria significativa na motivação académica, no envolvimento no processo de aprendizagem e nos resultados académicos e o grupo em espera teve uma melhoria significativa na motivação académica e no envolvimento no processo de aprendizagem. Assim, é visível que apenas o grupo submetido ao PROMEHS demonstrou um aumento significativo nos resultados académicos,

coincidindo com os autores Corcoran et al. (2018) e Durlak et al. (2011) que referem um aumento no desempenho académico associado a programas SEL.

Os resultados obtidos pelo professor devem ser examinados e analisados com precaução, uma vez que a análise dos vários instrumentos preenchidos pelo professor denotam uma similaridade na cotação dos vários itens para os todos os estudantes dos dois grupos. Este aspeto é reforçado pelos dados obtidos na ficha de impacto do currículo PROMEHS, preenchida pelo professor, onde cotou todos os alunos do grupo experimental em todos os domínios com “Não Sei”. Assim, faz-se esta chamada de atenção para a necessidade de uma interpretação contextualizada e cautelosa destes dados.

5.3. Na Visão dos Pais

A visão dos pais foi recolhida através das escalas SDQ e SSIS SEL nos momentos pré e pós intervenção. Na SDQ o grupo em espera inicialmente apresentava melhores valores em todas as subescalas com exceção dos sintomas emocionais, sendo esta diferença significativa na subescala do comportamento pró-social. Na SSIS SEL o grupo em espera inicialmente apresentava melhores valores em todas as subescalas, sendo esta diferença significativa nas subescalas autoconsciência, consciência social e competências relacionais.

Fazendo a síntese dos resultados obtidos na escala SDQ é possível afirmar que o grupo experimental teve uma melhoria significativa nos valores dos problemas de relacionamento com os colegas e melhorias marginais nos valores das subescalas sintomas emocionais, problemas de comportamento, comportamento pró-social e total de dificuldades, resultados semelhantes aos apresentados por Braga e colegas (2016). O grupo em espera apresentou uma melhoria marginal nos valores das subescalas sintomas emocionais, problemas de comportamento e total de dificuldades. É também observável que, o grupo em espera, apresentava significativamente melhor comportamento pró-social à partida, não se revelando esta diferença no final devido à melhoria marginal do grupo experimental nesta subescala. Analisando a perceção dos pais, observando individualmente, o número de melhorias do grupo experimental é superior em todas as subescalas com exceção dos problemas de comportamento (igual número de evoluções positivas e negativas) e da hiperatividade (quatro evoluções positivas a menos).

No domínio das competências socioemocionais é possível afirmar que o grupo experimental teve uma melhoria marginal nos valores da autorregulação, da

consciência social e da tomada de decisão responsável, indo ao encontro de autores que referem que este tipo de programas promove estas competências (CASEL, 2012; Fenwick-Smith et al., 2018; Rich et al., 2019).

É também observável que, o grupo em espera, apresentava significativamente melhor autoconsciência e consciência social à partida, não se revelando esta diferença no final, tendo os valores da mediana da consciência social sofrido uma melhoria marginal no grupo experimental. Igualmente, o grupo em espera apresentava significativamente melhores competências relacionais à partida, no entanto, o grupo experimental diminuiu os valores das competências relacionais.

6. Conclusão

O presente trabalho teve como objetivo avaliar o impacto do currículo PROMEHS de Cavioni e colaboradores (2020) na promoção da saúde mental numa população do 5º ano de escolaridade, bem como melhorar competências socioemocionais, de resiliência e diminuir dificuldades, aspetos essenciais para a vida ativa em comunidade.

O grupo experimental parecia ter mais dificuldades à partida e muitas vezes neste tipo de intervenção verifica-se uma manutenção ou por vezes até redução dos valores iniciais, não propriamente porque diminuíram competências ou se agravaram problemas, mas porque ficaram mais conscientes das dificuldades, que muitas vezes são subavaliadas (Harnett e Dadds, 2004). O grupo em espera apresentava inicialmente melhores valores em diversas escalas, referidas anteriormente. O *positive illusory bias* pode ter influenciado a avaliação inicial dos grupos e, uma vez que o grupo experimental apresentava resultados mais baixos, pode ter sido mais influenciado. Na avaliação final há uma maior consciência dos níveis de competência e uma avaliação mais ajustada à realidade, podendo em alguns casos pode representar uma evolução negativa quantitativa, mas que na realidade pode revelar uma evolução positiva em termos de competência e perceção mais ajustada das capacidades. McQuade e colaboradores (2017) referem que crianças com *positive illusory bias* tendem a classificar-se inferiormente em medidas de autorrelato apesar de demonstrarem mais consciência das suas dificuldades. Estudos demonstram que, por diversas vezes, os resultados dos programas não são observáveis imediatamente, manifestando-se mais tarde, provavelmente porque o desenvolvimento destas capacidades demora tempo a ser consolidado (Baughman et al., 2020).

No entanto, através da discussão dos resultados e do *feedback* dos alunos é possível ficar com a ideia que os resultados são na sua maioria positivos. Para sumular estes efeitos, podemos recorrer aos objetivos específicos do estudo de modo a verificar em que medida a participação neste programa:

1. Permite a diminuição dos problemas com os pares, dos sintomas emocionais, hiperatividade e problemas de comportamento evidenciados pelos alunos do grupo experimental;
 - 1.1. A utilização do instrumento SDQ permite a resposta a este objetivo. Na ótica dos pais os resultados são positivos, existindo melhorias nos sintomas emocionais, nos problemas de relacionamento com os colegas e nos problemas de comportamento, no entanto, segundo os próprios alunos e o professor apenas melhoraram os problemas de comportamento.
2. Promove um aumento do comportamento pró-social dos alunos do grupo experimental;
 - 2.1. Utilizando o mesmo instrumento é possível constatar que tanto na ótica dos pais como do professor há um aumento do comportamento pró-social, em contrapartida, os dados dos alunos não demonstram uma melhoria nesta subescala. Contudo, quando analisados individualmente observam-se que sete casos apresentam melhorias, revelando-se, ainda assim, positivo.
3. Impulsiona aprendizagens na área das competências sociais e emocionais de forma perceptível para os alunos do grupo experimental;
 - 3.1. Para responder a este objetivo foi utilizado o instrumento SSIS SEL, sendo observável alguma discrepância nos resultados. Segundo os pais existiu uma melhoria na autorregulação, na consciência social e na tomada de decisão responsável, enquanto os alunos apenas consideraram que melhoraram os problemas de comportamento. Por sua vez o professor apontou melhorias apenas na autorregulação. No entanto, apesar da disparidade, em todas as visões foram relatadas melhorias em pelo menos uma competência, considerando-se por isso um resultado positivo.
4. Promove a capacidade de lidar com desafios psicossociais e experiências traumáticas associados à resiliência dos alunos do grupo experimental;
 - 4.1. Este objetivo é respondido através da utilização do instrumento CDRisc. Neste campo não se verificaram alterações no grupo experimental. No entanto, e uma vez que a resiliência é um processo para o qual contribuem, entre outros, as competências socioemocionais, a melhoria verificada ao nível

da autorregulação tem um potencial impacto no crescimento das suas capacidades resilientes.

5. Proporciona uma melhoria do desempenho académico dos alunos do grupo experimental.

5.1. Na ótica do professor e através do instrumento DE é possível constatar que o grupo experimental, após ser sujeito ao currículo PROMEHS aumentou a sua motivação académica, o envolvimento no processo de aprendizagem e os resultados académicos.

Com base nos resultados podemos considerar positivos os efeitos do currículo PROMEHS e o crescente interesse demonstrado pelos alunos que nele participaram. O balanço final da percepção do impacto do mesmo revelou-se bastante positivo tanto a nível dos resultados, com pelo menos 50% de melhorias em todos os domínios e subdomínios do PROMEHS, como a nível de crescimento pessoal, pois 84,6% dos alunos referiram que gostaram das sessões, demonstrando-o através do feedback dado e de frases como “És o melhor professor que já tive”. Como dinamizador do currículo é importante referir que este último ponto foi, a meu ver, um dos mais importantes e enriquecedores pois, saber que o aluno gostou da nossa aula torna a seguinte ainda melhor.

Contudo, este estudo teve consideráveis limitações como: não ter contacto anterior com os alunos, limitando a relação empática e de confiança necessárias para uma melhor implementação; a realização da avaliação inicial e final em casa, podendo a auto avaliação dos alunos ter sido influenciada pelos pais; diferentes métodos de implementação, uma vez que as seis primeiras sessões foram implementadas online e as restantes presencialmente; a aplicação em tempo de pandemia e a sua influência na vida dos estudantes (rotinas, saúde mental, etc.); o número reduzido de sessões de cada tema. Jones e colaboradores (2017) referem que estes programas apresentam ainda alguns desafios na sua implementação prejudicando os resultados obtidos. Estes autores apontam cinco desafios: dosagem, duração e eficácia insuficientes; fragmentação e marginalização; concentração exclusiva nas salas de aula; formação limitada dos profissionais; utilização limitada de dados. Os quatro primeiros desafios supramencionados coincidem com algumas das limitações do estudo ou do próprio currículo, sendo esta uma eventual razão para não se obter resultados mais expressivos. Para além das limitações mencionadas ao nível da intervenção, também o número reduzido de participantes em ambos os grupos limita o poder estatístico para detetar alterações significativas e a baixa consistência interna de algumas subescalas das medidas utilizadas, que apesar de serem instrumentos já validados

internacionalmente levam a que seja necessária uma particular cautela na interpretação dos resultados.

É importante mencionar que, a pedido dos alunos de acordo com as suas necessidades, foram realizadas cinco sessões relacionadas com a aprendizagem socioemocional, três relacionadas com a resiliência e quatro com os problemas de comportamento, em vez das quatro de cada subtema estipuladas. Ser o próprio implementador a responder aos questionários (visão do professor) e realizar os questionários em sala de aula para minimizar a influência dos pais nas respostas dos filhos são dois fatores cruciais a melhorar num próximo estudo, situações que não foram possíveis por razões pandémicas.

A imprevisibilidade deste ano gerou algumas dificuldades na normalização da implementação. Obrigou à existência de diferentes métodos e locais de apresentação das atividades, dificultando a assimilação dos conteúdos. Forçou o uso de máscara nas sessões presenciais, limitando a perceção de expressões faciais reduzindo, por sua vez, a comunicação entre alunos e professor e entre alunos. Apesar das limitações apresentadas e dos desafios que este trabalho teve dadas as circunstâncias mundiais associada à pandemia, os resultados parecem indicar que o currículo PROMEHS poderá ter potencial para a promoção de competências fundamentais para um desenvolvimento positivo e saudável, pelo que é fundamental a continuação de estudos que tragam evidência neste campo

7. Referências Bibliográficas

- Baughman, N., Prescott, S. L. e Rooney, R. (2020). The Prevention of Anxiety and Depression in Early Childhood. *Frontiers in Psychology*. Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.517896>
- Braga, M., Diana, P. e Simões, M. C. R. (2016). Aprendizagem socioemocional: a intervenção psicomotora em meio escolar para redução de problemas de comportamento e melhoria das competências académicas. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7:1-2. <https://doi.org/10.34628/1ww5-9e75>
- Cavioni, V., Grazzani, I. e Ornaghi, V. (2020). Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. *International Journal of Emotional Education*. 12. 65-82.
- Cefai, C., Simões, C. e Caravita, S. (2021) 'A systemic, whole-school approach to mental health and wellbeing in schools in the EU' NESET report, Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2766/50546.

- Coimbra de Matos, A. (1999). Infância não vivida ou inacabada. In Casa da Praia (Eds.). Pare, Escute e Pense – o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens (Actas do 1.º Encontro do Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia) (pp.247-253). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (2012). 2013 CASEL guide: Effective social and emotional learning programs: Preschool and Elementary school edition. Chicago, IL: Author.
- Connor, K. M. e Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18: 71-82.
- Corcoran, R. P., Cheung, A. C. K., Kim, E., e Xie, C. (2018). Effective universal schoolbased social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25, 56–72. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2017.12.001>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., e Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405–432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Elliott, S.N., DiPerna, J.C., Anthony, C.J., Lei, P. e Gresham, F.M. (2020). SSIS SEL Brief Scales. Scottsdale, AZ: SAIL CoLab.
- Fenwick-Smith, A., Dahlberg, E. E. e Thompson, S. C. (2018). Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs. *BMC Psychology*, 6, 30. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0242-3>
- Gee, D. G. e Casey, B. (2015) The impact of developmental timing for stress and recovery. *Neurobiology of stress*; 1:184–94. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2015.02.001> PMID: 25798454.
- Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Harnett, P. H. e Dadds, M. R. (2004). Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *Journal of School Psychology*, 42, 343–357. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2004.06.004>
- Jones, S. M., Barnes, S. P., Bailey, R. e Doolittle, E. J. (2017). Promoting social and emotional competencies in elementary school. *Future of Children*, 27(1), 49–72. <https://doi.org/10.1353/foc.2017.0003>

- Loewen, O. K., Maximova, K. P., Ekwaru, J. P., Faught, E. L., Asbridge, M., Ohinmaa, A. e Veugelers, P. J. (2019). Lifestyle Behavior and Mental Health in Early Adolescence. *PEDIATRICS*, 143(5):e20183307. doi: [10.1542/peds.2018-3307](https://doi.org/10.1542/peds.2018-3307)
- McQuade, J. D., Mendoza, S. A., Larsen, K. L. e Breaux, R. P. (2017). *The Nature of Social Positive Illusory Bias: Reflection of Social Impairment, Self-Protective Motivation, or Poor Executive Functioning?. Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(2), 289–300. doi:10.1007/s10802-016-0172-6
- Mental Health Foundation (2006). Truth Hurts: Report of the National Inquiry into Self-Harm Among Young People. London.
- Patalay, P. e Gage, S. H. (2019). Changes in millennial adolescent mental health and health-related behaviours over 10 years: a population cohort comparison study. *International journal of epidemiology* 48:1650–64. <https://doi.org/10.1093/ije/dyz006>
- Ribeiro, P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Placebo.
- Rich, B. A., Shiffrin, N. D., Cummings, C. M., Zarger, M. M., Berghorst, L., e Alvord, M. K. (2019). Resilience-based intervention with underserved children: Impact on self-regulation in a randomized clinical trial in schools. *International Journal of Group Psychotherapy*, 69, 30–53. <https://doi.org/10.1080/00207284.2018.1479187>
- Santos, M. C. (2015). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes. Identificar, Avaliar e Intervir*, 2ª Edição, revista e corrigida. Edições Sílabo.
- Simoës, C., Lebre, P., Santos, A., Branquinho, C., Gaspar, T. e Matos, M. G. (2020). Resiliência nas escolas: Currículo Europeu para a Resiliência (RESCUR) em Portugal [Resilience in schools: European Curriculum for Resilience (RESCUR) in Portugal]. In A. Pessoa, & S. Koller (Eds.), *Resiliência & Educação: Perspectivas teóricas e práticas [Resilience & Education: Theoretical and practical perspectives]* (pp. 315–336). Editora Vetor.
- Youth in Mind (2012). What is the SDQ? Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire.

Anexos

Anexo A - Consentimento informado, Professor

Consentimento informado livre e esclarecido para investigação científica com seres humanos

Título do projeto ou estudo: PROMEHS – Promover a Saúde Mental nas Escolas (*Promoting Mental Health at Schools*)

Pessoa responsável pelo projeto em contexto nacional: Professora Doutora Celeste Simões

Instituição de acolhimento: Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa

Este documento, designado Consentimento, Informado, Livre e Esclarecido, contém informação importante relativa ao estudo se pretende realizar. Leia atentamente toda a informação que aqui se encontra. Sinta-se livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação neste estudo.

O PROMEHS é um projeto europeu que envolve sete países parceiros da União Europeia e tem como objetivo desenvolver, implementar e avaliar um currículo para a promoção de saúde mental nas escolas. O currículo procurará realçar o bem-estar socioemocional dos participantes, melhorando as suas atitudes para consigo próprios, os outros, e para com a aprendizagem, bem como reduzir os problemas de comportamento, agressão, problemas emocionais e ansiedade.

Para participar no estudo deve integrar o currículo PROMEHS, que é aplicado ao pré-escolar, ensino básico e ensino secundário. A implementação deste currículo integrará o horário letivo dos alunos, durante o período de aulas, sendo os professores quem aplicam e desenvolvem o currículo, dentro das salas de aulas.

Neste estudo serão aplicados inquéritos por questionários, nos dois momentos de avaliação:

inicial, antes da implementação do currículo, e final, após a implementação do currículo. Importa referir que os questionários serão também aplicados aos alunos e respetivos Encarregados de Educação.

O anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos, através da utilização de um código. Cada escola terá um registo do estudante, do professor e do código que lhes pertence, sendo que este registo não será disponibilizado aos parceiros do projeto, por forma a garantir o anonimato.

Considerando que a implementação do currículo decorre em contexto escolar, os riscos existentes enquadram-se nos mesmos de uma atividade disciplinar, em sala de aula, para além de que os alunos se encontram abrangidos pelo seguro escolar. Pelo facto de as sessões serem realizadas em contexto escolar e em horário letivo, os alunos encontram-se abrangidos pelo seguro escolar. Importa salientar que os potenciais benefícios da participação neste projeto são a melhoria da saúde mental, promoção de competências socioemocionais, da resiliência, redução de comportamentos disruptivos e aumento do envolvimento com a escola e das competências de aprendizagem.

A participação no projeto é de carácter voluntário, e não implica quaisquer despesas e riscos para os seus participantes e pode ser abandonado a qualquer momento, sem consequências.

O conjunto dos dados obtidos permitirá implementar um currículo baseado na evidência, sendo que as conclusões e os resultados desta recolha servirão de base para influenciar as políticas educacionais de cada país parceiro, sobre a promoção da saúde mental nas escolas. Para além disso, a equipa de investigação pretende fornecer uma estrutura sistemática para o desenvolvimento e implementação de um currículo universal de saúde mental nas escolas.

Neste sentido, vimos solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a investigação anteriormente referida. A equipa está à disposição de V. Ex.^a para qualquer esclarecimento que sinta necessário.

Agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Carmel Cefai (Coordenador da Equipa de Recolha de Dados)

Ilaria Grazzani (Coordenadora do Projeto PROMEHS)

Celeste Simões (Coordenadora Nacional do Projeto PROMEHS)

Eu _____, aceito
não aceito participar nesta investigação.

Data: ___/___/___

Consentimento informado livre e esclarecido para investigação científica com seres humanos

Título do projeto ou estudo: PROMEHS – Promover a Saúde Mental nas Escolas (*Promoting Mental Health at Schools*)

Pessoa responsável pelo projeto em contexto nacional: Professora Doutora Celeste Simões

Instituição de acolhimento: Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa

Este documento, designado Consentimento, Informado, Livre e Esclarecido, contém informação importante relativa ao estudo se pretende realizar. Leia atentamente toda a informação que aqui se encontra. Sinta-se livre para colocar qualquer questão, assim como para discutir com terceiros (amigos, familiares) a decisão da sua participação e a do seu educando neste estudo.

O PROMEHS é um projeto europeu que envolve sete países parceiros da União Europeia e tem como objetivo desenvolver, implementar e avaliar um currículo para a promoção de saúde mental nas escolas. O currículo procurará realçar o bem-estar socioemocional dos participantes, melhorando as suas atitudes para consigo próprios, os outros, e para com a aprendizagem, bem como reduzir os problemas de comportamento, agressão, problemas emocionais e ansiedade.

Para participar no estudo o seu educando deve integrar o currículo PROMEHS, que é aplicado ao pré-escolar, ensino básico e ensino secundário. A implementação deste currículo integrará o horário letivo dos alunos, durante o período de aulas, sendo os seus professores quem aplicam e desenvolvem o currículo, dentro das salas de aulas. Neste estudo serão aplicados inquéritos por questionários, nos dois momentos de avaliação:

inicial, antes da implementação do currículo, e final, após a implementação do currículo. Importa referir que os questionários serão também aplicados aos Encarregados de Educação.

O anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos, através da utilização de um código. Cada escola terá um registo do estudante e do código que lhe pertence, sendo que este registo não será disponibilizado aos investigadores, nem aos parceiros do projeto, por forma a garantir o anonimato.

Considerando que a implementação do currículo decorre em contexto escolar, os riscos existentes enquadram-se nos mesmos de uma atividade disciplinar, em sala de aula, para além de que os alunos se encontram abrangidos pelo seguro escolar. Pelo facto de as sessões serem realizadas em contexto escolar e em horário letivo, os alunos encontram-se abrangidos pelo seguro escolar. Importa salientar que os potenciais benefícios da participação neste projeto são a melhoria da saúde mental, promoção de competências socioemocionais, da resiliência, redução de comportamentos disruptivos e aumento do envolvimento com a escola e das competências de aprendizagem.

A participação no projeto é de carácter voluntário, e não implica quaisquer despesas e riscos para os seus participantes e pode ser abandonado a qualquer momento, sem consequências.

O conjunto dos dados obtidos permitirá implementar um currículo baseado na evidência, sendo que as conclusões e os resultados desta recolha servirão de base para influenciar as políticas educacionais de cada país parceiro, sobre a promoção da saúde mental nas escolas. Para além disso, a equipa de investigação pretende fornecer uma estrutura sistemática para o desenvolvimento e implementação de um currículo universal de saúde mental nas escolas.

Neste sentido, vimos solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a investigação anteriormente

referida, junto do seu educando.

A equipa está à disposição de V. Ex.^a para qualquer esclarecimento que sinta necessário.

Agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Carmel Cefai (Coordenador da Equipa de Recolha de Dados)

Ilaria Grazzani (Coordenadora do Projeto PROMEHS)

Celeste Simões (Coordenadora Nacional do Projeto PROMEHS)

Eu _____,
encarregado(a) de educação do aluno _____,
autorizo não autorizo
participação do meu educando nesta investigação.

Data: ___/___/___

Anexo C - Assentimento informado, Alunos

Assentimento informado livre e esclarecido para investigação científica com seres humanos

Nós somos a equipa de um projeto Europeu e estamos a desenvolver um currículo para promover a saúde mental em alunos do pré-escolar, ensino básico e ensino secundário.

Foram escolhidos vários alunos de diferentes turmas, e tu foste um(a) dos(as) escolhidos(as) para participar neste estudo. Os teus pais concordaram com a tua participação, mas não és obrigado(a) a participar, só o fazes se quiseres. Antes de decidires se participas ou não, podes falar com a tua família, ou com os teus amigos sobre este projeto.

Com este estudo, poderás melhorar a tua autoestima, a autoconfiança, a comunicar de forma mais assertiva, bem como melhorar a tua relação com os outros, a resolver melhor os problemas, saber mais sobre como lidar com situações mais difíceis e melhorar a tua performance académica.

Atenciosamente,

Carmel Cefai (Coordenador da Equipa de Recolha de Dados)

Ilaria Grazzani (Coordenadora do Projeto PROMEHS)

Celeste Simões (Coordenadora Nacional do Projeto PROMEHS)

Termo de Assentimento

Eu _____ aceito participar no estudo do projeto “PROMEHS – Promover a Saúde Mental nas Escolas”.

Declaro que todas as minhas perguntas foram respondidas e esclarecidas. Uma avaliação inicial vai ser realizada, através de questionários, depois vão ser desenvolvidas atividades pelos meus professores. Quando as atividades terminarem será realizada uma avaliação final.

Compreendi que não sou obrigado(a) a participar neste estudo, eu decido se quero ou não quero participar. A equipa explicou-me também que o meu nome não aparecerá na pesquisa. Assim, concordo livremente em participar neste estudo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Assinatura da criança/adolescente: _____

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Assinatura do(a) Pesquisador(a): _____

Dia/mês/ano: _____

Anexo D - Consistência interna, Alpha de Cronbach

Tabela 31- Consistência interna, Escala SDQ Alunos

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
Sintomas Emocionais	Inicial	.634	5
	Final	.572	
Problemas de Comportamento	Inicial	.550	5
	Final	.434	
Hiperatividade	Inicial	.776	5
	Final	.798	
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	.453	5
	Final	.189	
Comportamento Pró-Social	Inicial	.681	5
	Final	.775	
Total de Dificuldades	Inicial	.817	20
	Final	.735	

Tabela 32- Consistência interna, Escala SSIS SEL Alunos

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
Autoconsciência	Inicial	.544	4
	Final	.579	
Autorregulação	Inicial	.703	4
	Final	.634	
Consciência Social	Inicial	.827	4
	Final	.826	
Competências Relacionais	Inicial	.554	4
	Final	.683	
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	.577	4
	Final	.427	

Tabela 33- Consistência interna, Escala CDRisc Alunos

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
CDRisc	Inicial	.594	10
	Final	.713	

Tabela 34- Consistência interna, Escala SDQ Professor

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
Sintomas Emocionais	Inicial	.896	5
	Final	.845	
Problemas de Comportamento	Inicial	.486	5
	Final	.659	
Hiperatividade	Inicial	.868	5
	Final	.553	
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	.704	5
	Final	.775	
Comportamento Pró-Social	Inicial	.537	5
	Final	.667	
Total de Dificuldades	Inicial	.877	20
	Final	.881	

Tabela 35- Consistência interna, Escala SSIS SEL Professor

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
Autoconsciência	Inicial	.792	4
	Final	.832	
Autorregulação	Inicial	.932	4
	Final	.732	
Consciência Social	Inicial	.927	4
	Final	.932	
Competências Relacionais	Inicial	.668	4
	Final	.913	
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	.863	4
	Final	.883	

Tabela 36- Consistência interna, Escala SDQ Pais

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
Sintomas Emocionais	Inicial	.645	5
	Final	.677	
Problemas de Comportamento	Inicial	.425	5
	Final	.593	
Hiperatividade	Inicial	.745	5
	Final	.771	
Problemas de Relacionamento com Colegas	Inicial	.252	5
	Final	.465	
Comportamento Pró-Social	Inicial	.542	5
	Final	.818	
Total de Dificuldades	Inicial	.773	20
	Final	.780	

Tabela 37- Consistência interna, Escala SSIS SEL Pais

Subescala	Momento	<i>Cronbach's Alpha</i>	N itens
Autoconsciência	Inicial	.456	4
	Final	.592	
Autorregulação	Inicial	.761	4
	Final	.744	
Consciência Social	Inicial	.839	4
	Final	.863	
Competências Relacionais	Inicial	.757	4
	Final	.607	
Tomada de Decisão Responsável	Inicial	.590	4
	Final	.792	

Anexo E - Pontuações subescalas SDQ

Interpretação da Pontuação dos Sintomas e Definição de “Caso”

Os intervalos provisórios, apresentados em baixo, foram estabelecidos de tal forma que aproximadamente 80 % das crianças na comunidade são normais, 10% são limítrofes e 10% são anormais. Em estudos com amostras de **alto risco**, onde os falsos positivos não sejam a maior preocupação, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudos com amostras de **baixo risco**, onde é mais importante reduzir a taxa de falsos positivos, os possíveis “casos” podem ser identificados por uma **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
<u>Preenchido pelos Pais</u>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4
<u>Preenchido pelo Professor</u>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4
<u>Auto-Avaliação</u>			
	Normal	Limítrofe	Anormal
Pontuação Total de Dificuldades	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Pontuação de Sintomas Emocionais	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação de Problemas de Comportamento	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Hiperactividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 - 10	5	0 - 4

Anexo F - Escala CDRisc, alterações por item

No que toca aos resultados do questionário CD-RISC versão Alunos, do grupo experimental, para $p < 0.05$ não se observam alterações estatisticamente significativas, segundo o teste de *Wilcoxon* (ver tabela 19).

Tabela 38- Escala CDRisc Alunos, Grupo Experimental

	Momento	Mediana	Z	p value
Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	Inicial	4.00	0.378	.705
	Final	4.00		
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	Inicial	3.00	0.499	.618
	Final	3.00		
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	Inicial	3.00	0.604	.546
	Final	3.00		
Ter de lidar com stress torna me mais forte	Inicial	3.00	1.667	.096
	Final	3.00		
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	Inicial	4.00	0.345	.730
	Final	4.00		
Eu acredito que posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos	Inicial	4.00	0.264	.792
	Final	4.00		
Sob pressão mantenho-me focado e a pensar com clareza	Inicial	3.00	0.312	.755
	Final	3.00		
Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso	Inicial	3.00	0.300	.764
	Final	3.00		
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	Inicial	3.50	0.933	.351
	Final	3.00		
Eu sou capaz de lidar com os sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	Inicial	4.00	0.086	.931
	Final	4.00		

Relativamente à análise dos resultados do grupo em espera verificou-se que, para o mesmo nível de significância, existem alterações estatisticamente significativas nos itens “Eu acredito que posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos” ($Z = 2.126$; $p = 0.033$), com valores iniciais da mediana ($Md = 4.00$) menores do que finais ($Md = 5.00$); “Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza” ($Z = 2.530$; $p = 0.011$), com valores iniciais da mediana ($Md = 3.00$) menores do que os finais ($Md = 4.00$); “Eu sou capaz de lidar com sentimentos

desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva” ($Z = 2.124$; $p = 0.034$), com valores iniciais da mediana ($Md = 3.00$) menores do que os finais ($Md = 4.00$). Os valores dos itens são apresentados na Tabela 20, sendo de realçar um aumento marginalmente maior nos valores da mediana da subescala “Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida” (de 3.00 para 4.00); “Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas” (de 3.00 para 4.00); e “Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso” (de 3.00 para 3.50).

Tabela 39- Escala CDRisc Alunos, Grupo em Espera

	Momento	Mediana	Z	p value
Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	Inicial	4.00	0.447	.655
	Final	4.00		
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	Inicial	3.00	0.172	.863
	Final	4.00		
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	Inicial	3.00	1.558	.119
	Final	4.00		
Ter de lidar com stress torna me mais forte	Inicial	3.00	0.988	.323
	Final	3.00		
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	Inicial	4.00	0.816	.414
	Final	4.00		
Eu acredito que posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos	Inicial	4.00	2.126	.033
	Final	5.00		
Sob pressão mantenho-me focado e a pensar com clareza	Inicial	3.00	2.530	.011
	Final	4.00		
Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso	Inicial	3.00	1.508	.132
	Final	3.50		
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	Inicial	4.00	1.633	.102
	Final	4.00		
Eu sou capaz de lidar com os sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	Inicial	3.00	2.124	.034
	Final	4.00		

Relativamente à análise das diferenças entre grupos verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas para o mesmo nível de significância, segundo o teste de *Wilcoxon*, no item “Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza”, no momento final ($Z = 2.205$; $p=0.027$), com valores da mediana do grupo

experimental (Md = 3.00) menores que os do grupo em espera (Md = 4.00) (ver Tabela 21).

Tabela 40- Escala CDRisc Alunos, Comparação entre grupos

	Momento	Mediana Grupo Experimental	Mediana Grupo em Espera	Z	p value
Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	Inicial	4.00	4.00	0.353	.724
	Final	4.00	4.00	0.813	.416
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	Inicial	3.00	3.00	1.370	.171
	Final	3.00	4.00	0.420	.675
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	Inicial	3.00	3.00	1.118	.264
	Final	3.00	4.00	0.321	.748
Ter de lidar com stress torna me mais forte	Inicial	3.00	3.00	0.447	.655
	Final	3.00	3.00	0.609	.542
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	Inicial	4.00	4.00	1.453	.146
	Final	4.00	4.00	1.238	.216
Eu acredito que posso atingir os meus objetivos, mesmo que existam obstáculos	Inicial	4.00	4.00	0.877	.380
	Final	4.00	5.00	1.515	.130
Sob pressão mantenho-me focado e a pensar com clareza	Inicial	3.00	3.00	0.911	.362
	Final	3.00	4.00	2.205	.027
Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso	Inicial	3.00	3.00	0.857	.392
	Final	3.00	3.50	0.000	1.000
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	Inicial	3.50	4.00	0.235	.814
	Final	3.00	4.00	0.979	.328
Eu sou capaz de lidar com os sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	Inicial	4.00	3.00	1.101	.271
	Final	4.00	4.00	0.686	.493