

**Universidades Lusíada**

Conceição, Inês Sofia dos Santos, 2000-

**A relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais em crianças do 4.º ano de escolaridade**

<http://hdl.handle.net/11067/7885>

**Metadados**

**Data de Publicação**

2024

**Resumo**

A saúde mental das crianças é uma preocupação crescente, que condiciona significativamente o bem-estar e o desempenho escolar. O desenvolvimento de competências socioemocionais, tem-se revelado eficaz na redução da sintomatologia de diversas perturbações. Neste contexto, este estudo pretendeu compreender e caracterizar a relação entre a ansiedade, depressão, stress e a promoção de competências socioemocionais em crianças do 4º ano de escolaridade. Para o efeito, foi realizado um estudo experimen...

Children's mental health is a growing concern that has a significant impact on their well-being and academic performance. The development of socio-emotional skills has been shown to be effective in reducing the symptoms of various disorders. In this context, this study aimed to understand and characterize the relationship between anxiety, depression, stress and the promotion of socio-emotional skills in 4th grade children. To this end, an experimental, single-group study was conducted with two a...

**Palavras Chave**

Crianças em idade escolar - Psicologia, Crianças em idade escolar - Saúde mental, Ansiedade em crianças, Depressão em crianças, Competências sociais em crianças, Emoções

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2025-03-31T22:49:39Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
Mestrado em Psicologia Clínica

**A relação entre a ansiedade, depressão e *stress* e o  
treino de competências socioemocionais em  
crianças do 4.º ano de escolaridade**

**Realizado por:**  
Inês Sofia dos Santos Conceição

**Orientado por:**  
Professora Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes

**Constituição do Júri:**

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Orientadora: Professora Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes  
Arguente: Professora Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes

Dissertação aprovada em: 10 de março de 2025

Lisboa

2024



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

**I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**A relação entre a ansiedade, depressão e stress e o  
treino de competências socioemocionais em  
crianças do 4.º ano de escolaridade**

**Inês Sofia dos Santos Conceição**

Lisboa

Agosto 2024



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**

**Mestrado em Psicologia Clínica**

**A relação entre a ansiedade, depressão e stress e o  
treino de competências socioemocionais em  
crianças do 4.º ano de escolaridade**

**Inês Sofia dos Santos Conceição**

Lisboa

Agosto 2024

Inês Sofia dos Santos Conceição

A relação entre a ansiedade, depressão e stress e o  
treino de competências socioemocionais em  
crianças do 4.º ano de escolaridade

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a  
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Rita Alexandra Rosa  
Antunes

Lisboa

Agosto 2024

## FICHA TÉCNICA

**Autora** Inês Sofia dos Santos Conceição  
**Orientadora** Professora Doutora Rita Alexandra Rosa Antunes  
**Título** A relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais em crianças do 4.º ano de escolaridade  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2024

### CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

CONCEIÇÃO, Inês Sofia dos Santos, 2000-

A relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais em crianças do 4.º ano de escolaridade / Inês Sofia dos Santos Conceição ; orientado por Rita Alexandra Rosa Antunes. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - ANTUNES, Rita Alexandra Rosa, 1983-

LCSH

1. Crianças em idade escolar - Psicologia
2. Crianças em idade escolar - Saúde mental
3. Ansiedade em crianças
4. Depressão em crianças
5. Competências sociais em crianças
6. Emoções
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
8. Teses - Portugal - Lisboa

1. School children - Psychology
2. School children - Mental health
3. Anxiety in children
4. Depression in children
5. Social skills in children
6. Emotions
7. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations
8. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. LB1117.C66 2024

## **Agradecimentos**

Ao concluir esta etapa significativa da minha vida académica, gostaria de expressar a minha gratidão aos que contribuíram para a concretização desta dissertação.

Começo por agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Rita Antunes, cuja sabedoria e paciência foram essenciais para a realização deste trabalho. A sua orientação, as críticas construtivas e rigor académico, permitiram-me expandir os meus horizontes e alcançar uma compreensão mais profunda do tema explorado.

Agradeço igualmente, à Universidade Lusíada de Lisboa, à Professora Doutora Túlia Cabrita e a todos os docentes que contribuíram para o meu desenvolvimento académico ao longo deste percurso, pelo trabalho e dedicação.

Quero deixar um enorme agradecimento à Doutora Rita Gaspar e à Doutora Bárbara Moraes, por todo o apoio durante este percurso, todos os conselhos, a paciência, dedicação e toda a força que me deram para concluir esta etapa.

Aos meus colegas, amigos e ao meu namorado, que caminharam ao meu lado durante este processo, deixo o meu agradecimento pelo companheirismo e pelas palavras de apoio nos momentos mais desafiadores. A partilha de ideias, as discussões construtivas e os momentos de descontração, foram pilares essenciais para a manutenção do equilíbrio e da motivação necessários.

À minha família, especialmente aos meus pais, dedico o meu mais profundo agradecimento, pelo amor incondicional, pelo apoio inabalável e por acreditarem em mim em todos os momentos. A vossa compreensão e incentivo foram a base que me sustentou nos momentos de incerteza e desafio.

Por fim, agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade. A todos, o meu mais sincero obrigada.





## Resumo

A saúde mental das crianças é uma preocupação crescente, que condiciona significativamente o bem-estar e o desempenho escolar. O desenvolvimento de competências socioemocionais, tem-se revelado eficaz na redução da sintomatologia de diversas perturbações. Neste contexto, este estudo pretendeu compreender e caracterizar a relação entre a ansiedade, depressão, stress e a promoção de competências socioemocionais em crianças do 4º ano de escolaridade. Para o efeito, foi realizado um estudo experimental, de grupo único, com dois momentos de avaliação, pré e pós-teste. No presente estudo, os participantes tinham uma média de idades de 9,29 anos (DP = 0,584). Os resultados sugeriram uma ligeira redução na sintomatologia da ansiedade, depressão e stress, embora estatisticamente não significativa. Não obstante, quando avaliadas as relações entre as competências socioemocionais e a ansiedade, depressão e stress, verificaram-se associações significativas, sugerindo que a implementação de programas que promovam as competências socioemocionais aplicados em contexto escolar, podem ser uma estratégia eficaz para promover a saúde mental e o desenvolvimento saudável das crianças.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Ansiedade; Depressão; Stress; Competências socioemocionais; Programas de Intervenção.



## Abstract

Children's mental health is a growing concern that has a significant impact on their well-being and academic performance. The development of socio-emotional skills has been shown to be effective in reducing the symptoms of various disorders. In this context, this study aimed to understand and characterize the relationship between anxiety, depression, stress and the promotion of socio-emotional skills in 4th grade children. To this end, an experimental, single-group study was conducted with two assessment points, pre- and post-test. The mean age of the participants in this study was 9.29 years ( $SD = 0.584$ ). The results indicated a slight reduction in anxiety, depression, and stress symptoms, although this was not statistically significant. However, when the relationships between socio-emotional skills and anxiety, depression, and stress were examined, significant associations were found, suggesting that implementing programs that promote socio-emotional skills in a school context may be an effective strategy for promoting children's mental health and healthy development.

**Keywords:** Mental health; anxiety; depression; stress; social-emotional skills; intervention programs.



## Lista de Tabelas

Tabela 1- Descrição das variáveis EADS.....	82
Tabela 2- Frequências Pré-teste   EADS .....	86
Tabela 3- Frequências Pós-teste   EADS .....	87
Tabela 4- Correlações das variáveis em estudo.....	91
Tabela 5- Teste T   Ansiedade.....	93
Tabela 6- Teste T   Depressão. ....	94
Tabela 7- Teste T   Stress .....	94
Tabela 8- Teste T   Total.....	95
Tabela 9- Modelo de Regressão Linear   Pré-Teste.....	96
Tabela 10- Modelo de Regressão Linear   Pós-Teste .....	96



## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos**

APA - American Psychological Association

CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning

DASS - Depression Anxiety Stress Scale

DSM-5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5

EADS - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças

HPA- hipotálamo-pituitária-adrenal

MIME - Sistema de Monitorização de Inquéritos em contexto escolar

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

SEL - Social Emotional Learning

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

SMIA- Saúde Mental da Infância e Adolescência

TCC- Terapia Cognitiva Comportamental





## Sumário

Agradecimentos.....	V
Resumo.....	VII
Abstract .....	IX
Lista de Tabelas.....	XI
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos .....	XIII
Sumário .....	XV
Introdução .....	17
Enquadramento Teórico .....	20
Desenvolvimento Infantil .....	20
Saúde Mental.....	26
Ansiedade.....	29
Depressão .....	35
Stress .....	40
Modelo Tripartido EADS.....	44
As competências Socioemocionais.....	48
A promoção das competências Socioemocionais.....	61
O programa “O Mundo dos Intergalácticos” .....	72
Objetivos .....	77
Método .....	79
Participantes .....	79
Instrumentos e variáveis.....	79
Procedimento.....	83
Análise e tratamento dos Dados .....	84
Resultados .....	85
Discussão.....	97
Conclusão.....	120
Referências Bibliográficas .....	124
Anexos.....	148



## Introdução

A saúde mental infantil é um tema de grande relevância na psicologia e na prática educacional. Os estudos mais recentes, evidenciam uma prevalência significativa dos sintomas de ansiedade, depressão e stress em crianças, sobretudo no contexto escolar, que é uma fase desafiante no que concerne ao desenvolvimento socioemocional (Polanczyk et al., 2015; Twenge et al., 2019). Estes problemas de saúde mental, podem ter um impacto duradouro, influenciando o desempenho escolar, as relações interpessoais e o bem-estar geral das crianças (Muris et al., 2018).

A ansiedade, depressão e stress, estão frequentemente interligados e podem surgir de diversas formas, sendo os três problemas emocionais que mais afetam as crianças em idade escolar (Muris, 2016). A ansiedade nas crianças, pode manifestar-se através de sentimentos excessivos de medo e preocupação, comportamentos evitativos, pode interferir nas atividades diárias e no desempenho escolar das mesmas (Barrett, 2022). A depressão pode envolver sentimentos persistentes de tristeza e perda de interesse, em atividades que antes seriam prazerosas, e pode prejudicar o desenvolvimento emocional e social das crianças (Smith et al., 2021). O stress resulta de uma perceção de ameaça ou desafio, que ultrapassa a capacidade da criança de conseguir lidar com a situação, o que poderá levar ao agravamento dos estados de ansiedade e depressão, criando um ciclo vicioso que dificulta a aprendizagem e a interação social (Jones & Parker, 2023).

Neste sentido, compreender estas condições e as suas inter-relações é fundamental para a implementação de intervenções eficazes, uma vez que estas perturbações afetam um número significativo de crianças a nível mundial (Muris et al., 2018).

As crianças dos oito aos onze anos, encontram-se habitualmente na transição do quarto ano, para o quinto ano de escolaridade, que representa uma mudança importante no ambiente escolar e social das crianças. Estas enfrentam novas expectativas, mudanças nos relacionamentos com os colegas e professores, e a necessidade de se adaptar a novas rotinas e estruturas escolares (Greenberg et al., 2017). Estes fatores podem contribuir para o aumento dos níveis de ansiedade, depressão e stress (Eccles et al., 1993, citado por Wigfield et al., 2009). A relação entre a ansiedade, depressão e stress em crianças, nesta fase de desenvolvimento, tem sido amplamente estudada, destacando a importância de intervenções eficazes que possam diminuir os efeitos adversos (Werner et al., 2017).

O treino de competências socioemocionais, surgiu como uma abordagem promissora para prevenir estes problemas e desafios (Merikangas et al. 2010). As competências socioemocionais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento infantil, influenciando a maneira como as crianças interagem com o mundo e o enfrentam (Heckman & Kautz, 2012). Estas competências, incluem a autorregulação emocional, a empatia, a resolução de problemas, a comunicação eficaz e a capacidade de formar relacionamentos saudáveis, que são essenciais para o desenvolvimento das crianças (Denham, 2006). As crianças que desenvolvem competências socioemocionais têm mais facilidade em gerir o stress, resolver conflitos de forma construtiva e estabelecer redes de apoio social (Greenberg et al., 2017).

Os programas de intervenção em contexto escolar, focados no desenvolvimento destas competências têm demonstrado melhorar significativamente o bem-estar emocional e o desempenho escolar das crianças, bem como promover um ambiente de aprendizagem mais positivo e inclusivo (Greenberg et al., 2020). A implementação destes programas fornece às crianças ferramentas essenciais para enfrentar e gerir a

ansiedade, depressão e o stress, de forma mais eficaz (Durlak et al., 2021). As intervenções precoces podem ajudar a prevenir os problemas emocionais e comportamentais, bem como ajudar as crianças a adquirir competências essenciais, que lhes permitirão enfrentar desafios futuros de forma mais adequada (Masten, 2014). A educação emocional deve ser implementada de forma precoce, pois facilita a construção de uma base sólida para um desenvolvimento psicológico saudável (Jones et al., 2011).

Tendo por base os tópicos analisados, o objetivo geral deste estudo foi compreender e caracterizar a relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais, através do programa “O Mundo dos Intergalácticos”, em crianças do 4º Ano de escolaridade.

## **Enquadramento teórico**

O presente enquadramento pretende descrever e caracterizar a relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais em crianças do 4º Ano de escolaridade. Inicialmente, será abordado o tema do desenvolvimento infantil, bem como as alterações que ocorrem na fase dos oito aos onze anos, incluindo a transição para o quinto ano e todos os desafios enfrentados pelas crianças durante este período de desenvolvimento. De seguida, será apresentado o tema da saúde mental e as perturbações adjacentes da mesma, como a ansiedade, depressão e stress.

Posteriormente, serão caracterizadas as competências socioemocionais, realçando a sua importância e de que forma é possível promover as mesmas, bem como os programas de intervenção SEL. Por fim, será apresentado o programa “O Mundo dos Intergalácticos”, referindo o que o constitui, as suas valências e as características das sessões.

### **Desenvolvimento Infantil**

A infância é um período crítico de crescimento e desenvolvimento, no qual as experiências precoces têm um impacto significativo na saúde mental ao longo da vida (O'Connor et al., 2020). Os problemas de saúde mental na infância podem ter efeitos duradouros, afetando o funcionamento social, escolar e emocional das crianças, e podem persistir até à idade adulta se não forem tratados adequadamente (Kieling et al., 2011).

O desenvolvimento infantil entre os oito e os onze anos, é um período crucial, marcado por significativas mudanças cognitivas, emocionais, sociais e físicas (Steinberg & Monahan, 2007). Esta faixa etária que compreende a transição do ensino primário, para o ensino básico, é caracterizada por melhorias no raciocínio lógico, maior autonomia e complexidade nas interações sociais (Santrock, 2019).

Numa perspetiva cognitiva, a teoria do desenvolvimento de Jean Piaget é fundamental, ainda que complementada por novas pesquisas (Golinkoff & Hirsh-Pasek, 2016). Durante os oito aos onze anos, as crianças estão na fase das operações concretas, onde começam a pensar de uma maneira mais lógica e organizada, mas ainda dependem de objetos concretos para resolver determinados problemas (Piaget, 1952, citado por Ginsburg, 2006). Existem pesquisas contemporâneas, como as de Robbie Case, que expandiram a compreensão piagetiana ao sugerirem que a memória de trabalho e o processamento de informações também desempenham um papel crítico no desenvolvimento cognitivo nesta idade (Case, 1992, citado por Marcovitch & Zelazo, 2009). As crianças tornam-se capazes de realizar operações mentais mais complexas, como a classificação e a seriação, bem como entender conceitos de conservação e reversibilidade (Piaget, 1977, citado por Tomasello, 2019).

No que concerne aos aspetos emocionais e sociais, Erik Erikson identifica esta etapa como a "indústria versus inferioridade", onde as crianças começam a desenvolver um sentido de competências (Erikson, 1963, citado por Santrock, 2018). A autora Susan Harter, tem aprofundado esta teoria, explorando de que forma a autoestima e a perceção de competências são influenciadas por interações sociais e pelo desempenho escolar (Harter, 2012). As crianças procuram reconhecimento pelos seus esforços, e as experiências de sucesso ou fracasso podem impactar significativamente na sua autoconfiança e motivação (Erikson, 1963, citado por Santrock, 2018).

No âmbito das interações sociais, Lev Vygotsky e as suas teorias sobre a aprendizagem social e cultural permanecem com grande relevância. Vygotsky acredita que o desenvolvimento cognitivo é um processo social e que a aprendizagem ocorre através da interação com os pares e adultos mais competentes (Vygotsky, 1978, citado por Wegerif, 2013).

A família também é um contexto de aprendizagem e tem uma grande influência sobre as crianças. Uma boa interação entre o contexto escolar e familiar pode auxiliar as famílias a desenvolverem, junto dos seus filhos, o interesse e a valorização pela escola, bem como pela aprendizagem dos conteúdos escolares significativos e importantes para o seu futuro (Epstein, 1995, citado por Horner, 2017).

O desenvolvimento infantil, é um processo contínuo que envolve a aquisição de novas funções e competências e depende do contexto em que a criança está inserida (Bigler, & Hayes, 2021). Nesta fase, o desenvolvimento físico também não deve ser negligenciado, uma vez que durante estes anos, as crianças começam a mostrar os primeiros sinais de puberdade e estas mudanças físicas podem influenciar a autoestima e a dinâmica social, especialmente num ambiente escolar onde as comparações entre pares são frequentes (Santrock, 2019).

Neste sentido, na fase dos oito aos onze anos ocorre, ou aproxima-se a transição do ensino primário, para o ensino básico, que representa um acontecimento significativo no desenvolvimento infantil, pois coincide com mudanças no ambiente escolar e nas expectativas futuras (Eccles & Roeser, 2011). No quarto ano, as crianças geralmente têm apenas uma professora e uma rotina mais estável, enquanto que no quinto ano, encontram diversos professores e um currículo mais diversificado e exigente (Santrock, 2011). Esta transição pode ser desafiadora, exigindo maior autonomia e competências organizacionais (Eccles & Roeser, 2011).

As autoras, Rebecca Bigler e Amy Roberson Hayes, destacam a importância de existir um apoio adequado durante esta transição, para prevenir dificuldades de adaptação e promover um desenvolvimento saudável (Bigler & Hayes, 2021). Estas sugerem que as escolas e os professores devem implementar estratégias para facilitar esta mudança, como programas de orientação e apoio emocional, programas de



intervenção especializados e o envolvimento dos pais no processo, para garantir uma transição mais leve e facilitada (Bigler & Hayes, 2021).

Este período de mudança é caracterizado por incertezas e novos desafios, que podem aumentar os níveis de ansiedade, depressão e stress entre os alunos. É fundamental entender e identificar os fatores que influenciam essas experiências, para que exista o desenvolvimento de intervenções eficazes que possam apoiar as crianças durante esta fase (Taylor et al., 2017).

Segundo Elias (2019), a transição escolar não envolve apenas uma mudança física de ambiente, mas também a adaptação a novas estruturas sociais, expectativas escolares e rotinas diárias. Este processo pode desencadear um aumento nos níveis de ansiedade e de stress, uma vez que as crianças se preocupam com a aceitação dos novos colegas, com o desempenho escolar e a adaptação ao novo ambiente (Bukowski & Adams, 2020).

Nesta fase de transição, as crianças procuram começar a definir objetivos futuros ainda que numa idade precoce (Liu & Chen, 2020). A definição de objetivos tem sido reconhecida como uma ferramenta essencial para promover a motivação e o sucesso escolar entre os alunos, no entanto, em alguns casos, esta prática pode também contribuir para o aumento da ansiedade, depressão e stress, especialmente em crianças que estão a atravessar transições importantes na sua trajetória escolar (Duckworth, 2016).

Os alunos do quarto ano encontram-se numa fase de desenvolvimento cognitivo e emocional, onde começam a lidar com expectativas mais elevadas, a nível pessoal, da parte dos pais e professores (Pianta & Stuhlman, 2004). Embora a definição de objetivos possa incentivar a autoeficácia, pode também levar a um aumento da pressão para atingir esses objetivos, o que, nas crianças pode manifestar-se através da

ansiedade. À medida que as crianças começam a perceber a importância atribuída ao sucesso escolar, podem experienciar o medo de fracassar, que é intensificado quando os objetivos são percebidos como desafiadores ou irrealistas (Dweck, 2006).

Deci e Ryan, defendem a Teoria da Autodeterminação, onde realçam a importância da motivação intrínseca no processo de aprendizagem, referindo que quando a definição de objetivos é imposta de forma extrínseca, através de metas escolares, como avaliações externas ou expectativas dos professores e dos pais, a motivação intrínseca pode ser desvalorizada, o que fará com que a criança se sinta pressionada a atingir metas que não refletem os seus interesses, resultando no aumento do stress e da ansiedade (Ryan & Deci, 2017).

As crianças com maior predisposição para desenvolver perturbações emocionais, como a ansiedade e depressão, podem enfrentar mais dificuldades durante a transição. As necessidades de se adaptarem a um novo ambiente escolar pode evidenciar os sintomas pré-existentes, resultando num agravamento da saúde mental (Roeser, Eccles & Strobel, 2021).

De acordo com Wentzel e Caldwell (2020), a presença de figuras de apoio, como professores, pais e colegas, pode atuar como um fator protetor contra o stress associado a este período. Um ambiente escolar acolhedor e o estabelecimento de redes de apoio social são essenciais para promover a segurança, facilitando a adaptação das crianças ao novo contexto escolar. Os programas de integração escolar que incluem atividades de socialização e familiarização com o novo ambiente antes do início efetivo das aulas, têm mostrado ser eficazes na redução da ansiedade e de stress (Collins & Laursen, 2022). Estes programas permitem que as crianças se familiarizem com o novo espaço físico, conheçam os novos colegas e professores e compreendam as expectativas escolares e comportamentais (Pianta et al., 2021).

Os programas de intervenção, que treinam as competências socioemocionais em crianças também desempenham um papel essencial na prevenção da saúde mental. A aquisição destas competências em idades precoces está associada a benefícios que perduram ao longo da vida (Weissberg et al., 2015).

Collins e Laursen (2022), argumentam que uma comunicação aberta e contínua entre a escola e os pais pode ajudar a identificar e abordar problemas emergentes, de forma a prevenir que se tornem mais graves. Os pais que estão conscientes das possíveis dificuldades dos seus filhos podem tomar medidas proativas e preventivas para fornecer o suporte emocional e procurar intervenções adequadas, se necessário (Koplewicz, 2021).

Apesar dos desafios associados à transição escolar, muitos alunos demonstram uma ótima capacidade de resiliência. A resiliência é definida como a capacidade de superar adversidades e adaptar-se positivamente a mudanças, é um fator crucial na adaptação escolar (Luthar et al., 2015). As crianças com resiliência tendem a possuir uma autoestima mais elevada, competências eficazes na resolução de problemas e uma rede de apoio social forte. Estes fatores contribuem para uma transição bem-sucedida e positiva (Masten, 2021).

Dada a complexidade e os desafios associados à transição escolar, têm sido propostas diversas intervenções para apoiar as crianças durante este período.

Elias (2019), sugere que as escolas implementem programas de orientação e tutoria, que conectem os alunos mais novos com os colegas mais velhos ou mentores, criando uma rede de apoio e facilitando a integração social.

Roeser et al. (2021) realçam a importância de existir um acompanhamento contínuo do bem-estar emocional dos alunos durante este período. Algumas ferramentas de avaliação regular podem ajudar a identificar crianças que estão perante dificuldades e

necessitam de suporte adicional. As intervenções personalizadas, baseadas nas necessidades individuais dos alunos, podem incluir aconselhamento psicológico, grupos de apoio e atividades extracurriculares, que promovam a socialização e o desenvolvimento de competências (Cohen et al., 2021).

Em suma, o desenvolvimento infantil dos oito aos onze anos, é uma fase de transição e crescimento multidimensional, onde interagem aspetos cognitivos, emocionais, sociais e físicos (Thompson, 2014). A transição do quarto para o quinto ano, em particular, requer uma atenção especial para garantir que as crianças continuem a progredir de maneira saudável e equilibrada, realçando a importância de oferecer um suporte adequado, dentro e fora da escola, para ajudar as crianças a experienciar a nova fase de forma positiva (Lareau, 2003). Este é um período repleto de desafios, que pode aumentar os níveis de ansiedade, depressão e stress nas crianças, sendo fundamental a prevenção e promoção, a fim de minimizar os impactos negativos na saúde mental das crianças (Deweese & Mulholland, 2020).

### **A Saúde Mental Infantil**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a saúde mental como um estado de bem-estar, onde cada indivíduo percebe o seu próprio potencial intelectual e emocional, para lidar com as adversidades normais da vida e ser capaz de contribuir para a sua comunidade.

O paradigma atual em saúde, inclui a saúde mental, dimensão que passa a ser compreendida de forma multideterminada. Neste paradigma, fundamentam-se propostas de prevenção e promoção em saúde mental, que assumem bastante relevância (Abreu et al., 2015).

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são frequentes, podem prejudicar o desenvolvimento infantil e a autonomia do futuro adulto, e muitos deles

tendem a ter uma evolução crónica, com consequências negativas a nível familiar, educativo e social (Sampaio, 2015). O Plano Nacional de Saúde Mental, enfatiza a necessidade de serem desenvolvidos serviços, programas e projetos que sejam eficazes ao nível da intervenção e a centralidade dos fatores protetores da saúde em meio escolar, que permitam melhorar as respostas ao nível da saúde mental nestas faixas etárias (Wilkins & Sweeney, 2023).

A Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA), deve ser compreendida como uma vertente adaptativa do desenvolvimento e do comportamento, contextualizando, o seu valor de comunicação e de relação (Pereira et al., 2014). A intervenção deve ser feita o mais precocemente possível, para que as dificuldades manifestadas sejam transitórias, ultrapassáveis e até maturativas (Carvalho, 2019).

A saúde mental infantil é um campo interdisciplinar e refere-se ao bem-estar emocional e psicológico das crianças, a capacidade de gerir emoções, formar relacionamentos saudáveis, lidar com os desafios e mudanças que possam existir ao longo da vida (OMS, 2021).

A saúde mental infantil, está relacionada com o desenvolvimento normal da criança, sendo que os aspetos cognitivos, emocionais e sociais são muito importantes na mesma (Kieling, et al., 2011). Existem evidências de que os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes têm aumentado, e que muitos terão uma continuidade na vida adulta. Se forem considerados os problemas de saúde mental que, sendo de menor gravidade, também requerem tratamento e intervenção, a prevalência é ainda maior (Keating, 2021). Os problemas emocionais e comportamentais são considerados a mais frequente das doenças crónicas nos cuidados de saúde primários (Rocha, 2021).

Existem fatores que podem influenciar a saúde mental das crianças, que são classificados como fatores de risco e proteção (Smith et al., 2021). Tanto os fatores

genéticos, quanto experiências ambientais podem impactar na saúde mental infantil, assim como a qualidade das relações familiares, amizades e interações sociais desempenham um papel significativo (Merikangas et al., 2010).

As alterações neurobiológicas também desempenham um papel essencial no desenvolvimento de problemas de saúde mental, além disso, fatores ambientais, como experiências adversas na infância, incluindo abusos, negligência e exposição à violência, estão fortemente correlacionados com os problemas de saúde mental (Smith et al., 2021). A pobreza e a instabilidade familiar também são fatores de risco significativos (Jones & Parker, 2023). No contexto escolar, a pressão, o bullying e a dificuldade nas relações sociais podem contribuir para o aumento dos níveis de stress, ansiedade e depressão nas crianças (Greenberg et al., 2020).

No que concerne aos fatores protetores, estes procuram diminuir os efeitos dos fatores de risco e promover um desenvolvimento saudável. A criança deve conseguir adaptar-se e adquirir capacidade para lidar com os desafios e mudanças do dia-a-dia (Lopes et al., 2013). O apoio dos adultos, a promoção de ambientes saudáveis, a identificação e tratamento precoce de problemas são fundamentais para garantir uma saúde mental positiva na infância e vida adulta (Almeida et al., 2018).

Na saúde mental infantil, existe uma dificuldade em compreender o que é normal e patológico. Um sintoma não implica necessariamente a existência de psicopatologia (sintomas podem aparecer ao longo do desenvolvimento normal de uma criança, sendo geralmente transitórios e sem evolução patológica), sendo que por outro lado, o mesmo sintoma pode estar presente nos mais variados quadros psicopatológicos (Garber & Weersing, 2010). Deste modo, na presença de um ambiente familiar tolerante e tranquilizador, existe uma maior probabilidade dos sintomas diminuírem e até desaparecerem. Já num meio intolerante, agressivo ou angustiante, as perturbações que

a criança apresenta podem perdurar e afetar o seu desenvolvimento (Siegel & Bryson, 2021). Os pais mais impacientes ou ansiosos concentram-se num determinado acontecimento ou sintoma, dando-lhe uma importância excessiva, até se tornar um problema. Os seus esforços para combater determinada situação problemática acabam por criar um estado de tensão na criança, reforçando o sintoma (Kaye, et al., 2002).

Existe também evidência científica de que a intervenção em crianças numa idade precoce, e particularmente, junto da mulher grávida, pode ter um valor preventivo único e uma maior eficácia para a resolução dos problemas de saúde mental (Sampaio, 2015). Neste sentido, a intervenção neste contexto torna-se de extrema importância e deve ser entendida como um fator de prevenção e promoção de saúde a longo prazo (Carvalho, 2013).

Cada vez mais, a promoção e prevenção da saúde mental são importantes, sobretudo na saúde mental infantil, sendo fundamental pensar em estratégias para esta população, uma vez que diversas crianças apresentam perturbações mentais. (Vieira et al., 2014).

## **Ansiiedade**

A ansiiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos e faz parte do desenvolvimento do ser humano. Pode ser entendida como um estado de apreensão excessiva e irracional, frequentemente caracterizado por preocupações com eventos futuros, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada (Clark & Beck, 2023). As causas mais comuns da ansiiedade não são de natureza biológica, mas sim psicológicas, surgindo em função de comunicações simbólicas, verbais ou não verbais (Caíres et al., 2010). A American Psychiatric Association (APA), (2013) define a ansiiedade, como uma emoção caracterizada por

sentimentos de tensão, preocupações e alterações físicas, como aumento da pressão arterial.

As perturbações de ansiedade, representam uma das formas mais comuns da psicopatologia infantil (Barlow, 2021). Estas estão associadas a várias consequências negativas ao nível social, escolar e ajustamentos pessoais. A manifestação desta perturbação nem sempre é passageira e os seus sintomas e efeitos podem persistir através da adolescência e na fase adulta, se não forem tratados adequadamente (Lochman & Wells, 2022). Existem evidências consideráveis de que as perturbações de ansiedade tiveram a sua origem na infância, o que tem sido comprovado por estudos longitudinais (Silva et al., 2005). As crianças de temperamento tímido e inibido, podem ter maior probabilidade de desenvolver perturbações de ansiedade (Kagan, 2010).

Os processos cognitivos, como a tendência a interpretar situações ambíguas como ameaçadoras, também desempenham um papel crucial (Clark & Beck, 2023). Estas perturbações também tendem a ter uma ligação significativa com o temperamento de ordem superior e a afetividade negativa/neuroticismo e o controlo de esforço (Lonigan et al., 2011; Hengartner et al., 2018; Thorp et al., 1993). A interação entre estes dois fatores de temperamento fornece um importante mecanismo explicativo para a ansiedade problemática (Lonigan et al., 2011).

Nas crianças com ansiedade, as preocupações envolvem a qualidade do seu desempenho ou competência na escola, em contextos desportivos, familiares e pequenas questões do quotidiano (Crujo & Marques, 2009). As crianças com ansiedade, podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, e tendem a procurar repetitivamente a tranquilização dos pais sobre os seus medos e evitam a descoberta (DSM-5).



A ansiedade infantil pode afetar significativamente o desenvolvimento emocional e social das crianças e pode manifestar-se através de sintomas físicos, cognitivos e comportamentais (Rapee & Spence, 2004).

A ansiedade e a preocupação, são acompanhadas de pelo menos três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de nervosismo, fadigabilidade, dificuldade em concentração ou sensações de esquecimento, irritabilidade, tensão muscular e perturbações ao nível do sono. Também é possível experienciar sintomas somáticos, como a sudorese, náuseas, diarreia e uma resposta de sobressalto exagerada (DSM-5).

Neste sentido, a literatura evidencia diversas perspetivas quanto à prevalência dos sinais e sintomas da ansiedade generalizada. De acordo com uma meta-análise realizada em 2022, concluiu-se que 58% dos sintomas mais frequentes da ansiedade na infância, são desenvolvidos pela timidez e irritabilidade, com maior prevalência no género feminino (52%) do que o género masculino (48%) (Vaz et al., 2022).

A sintomatologia mais frequente da ansiedade em crianças, incide na irritabilidade, que se verifica relacionado com a timidez. Estes sintomas evidenciam-se mais, porque as crianças mais tímidas realizam de forma contínua introspeções, o que se transforma numa sobrecarga emocional e mental originando a perda do controlo do que ocorre na sua mente, nomeadamente dos pensamentos e premonições negativas (Vaz et al., 2022). Por sua vez, a irritabilidade pode ser apresentada de forma agressiva, uma vez que as crianças tentam demonstrar que algo está a acontecer de forma distinta à sua rotina habitual. Salienta-se também que o gosto de rotinas é um sinal comum de crianças com ansiedade, por outro lado, em bebés, bem como em crianças pequenas, a irritabilidade pode ser manifestada através do choro, da birra, pelo estranhar de sítios ou pessoas, pelo desejo de não se separar de figuras significativas e pela falta de vontade para brincar com outras crianças (Melo & Lima, 2019).

A ansiedade compromete maioritariamente o género feminino. Tendo em consideração a perspetiva de que as meninas sofrem desde pequenas devido à pressão da sociedade para que sejam educadas, simpáticas e bem-apresentadas, a ansiedade poderá surgir de forma mais intensa e precoce, atingindo assim maioritariamente as raparigas e não os rapazes (Essau et al., 2014). De um modo geral, estima-se que cerca de 10% da população infantil sofram com episódios de ansiedade, nas diversas fases da infância (Melo & Lima, 2019).

A ansiedade na infância é particularmente preocupante devido ao seu impacto a longo prazo. As crianças que sofrem de níveis elevados de ansiedade são mais suscetíveis a desenvolver problemas de saúde mental na adolescência e na idade adulta, incluindo a depressão (Costello, Egger, & Angold, 2005). A ansiedade pode interferir no desempenho escolar e nas competências sociais, dificultando o estabelecimento de relacionamentos saudáveis e o sucesso escolar (Woodward & Fergusson, 2001).

Existem modelos teóricos que foram desenvolvidos para explicar a ansiedade infantil. O modelo biopsicossocial é amplamente aceite e propõe que a ansiedade resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Os fatores biológicos incluem a predisposição genética e alterações neurobiológicas, como a hiperatividade da amígdala, uma área do cérebro envolvida na resposta ao medo. Os estudos da genética comportamental, indicam que a herdabilidade da ansiedade pode ser significativa, com estimativas que podem variar entre os 30% e 40% (Gregory & Eley, 2007).

Os fatores psicológicos englobam características individuais, como o temperamento e estilos de pensamento. Os processos cognitivos, como a tendência a interpretar situações ambíguas como ameaçadoras, também desempenham um papel importante (Clark & Beck, 2023).

Os fatores sociais incluem a influência do ambiente familiar, escolar e cultural. O estilo parental é particularmente importante, os pais muito protetores ou excessivamente críticos podem inadvertidamente contribuir para o desenvolvimento da ansiedade nas crianças (McLeod, Wood, & Weisz, 2007). O ambiente escolar pode ser uma fonte significativa de stress, especialmente para as crianças que já apresentam vulnerabilidade emocional (Luthar & Ciciolla, 2022).

A etiologia da ansiedade infantil é multifacetada, envolvendo uma complexa interação entre predisposições genéticas e influências ambientais. As crianças que têm pais com perturbações de ansiedade têm um risco significativamente maior de desenvolver ansiedade, sugerindo um componente genético (Bittner et al., 2007). As experiências de vida stressantes, como a exposição a eventos traumáticos ou mudanças significativas no ambiente familiar, podem desencadear ou exacerbar sintomas de ansiedade (Muris & Ollendick, 2015).

Os processos de aprendizagem também são importantes na etiologia da ansiedade. Segundo a teoria da aprendizagem social, as crianças podem desenvolver ansiedade ao observar comportamentos ansiosos nos seus pais (Bandura, 1986). Este mecanismo de modelagem é particularmente relevante em contextos onde a criança é constantemente exposta a reações ansiosas dos cuidadores ou a mensagens que reforçam a percepção de perigo.

O desenvolvimento social e emocional são fundamentais na saúde mental das crianças, especialmente na prevenção de perturbações como a ansiedade (Hamre et al., 2020). Este desenvolvimento envolve a capacidade da criança compreender e gerir as suas próprias emoções, estabelecer relacionamentos saudáveis e explorar as interações sociais (Brackett & Rivers, 2023). A literatura recente, destaca como o desenvolvimento

nestas áreas pode atuar como um fator protetor no que concerne à ansiedade, bem como numa possível redução moderada dos sintomas ansiosos (Moris et al, 2021).

No que concerne à avaliação, esta deve ser abrangente e incluir múltiplas fontes de informação, como pais, professores e a própria criança. Existem alguns instrumentos padronizados, como o Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) e o Spence Children's Anxiety Scale (SCAS), que são frequentemente utilizados para identificar a presença e a gravidade dos sintomas de ansiedade (Birmaher et al., 1997; Spence, 1998). Estes instrumentos ajudam a delinear um perfil clínico detalhado, facilitando a identificação de áreas específicas de intervenção.

O diagnóstico das perturbações de ansiedade em crianças, segue os critérios estabelecidos no DSM-5 (APA, 2013), que incluem a avaliação da persistência e intensidade dos sintomas, bem como o impacto funcional em diferentes áreas da vida da criança. A entrevista clínica com profissionais de saúde mental, complementada por questionários e escalas de avaliação, é essencial para um diagnóstico preciso (Barlow, 2008).

Os programas de intervenção, que treinam as competências socioemocionais, desempenham um papel fundamental na prevenção de perturbações como a ansiedade, sendo tão importante a implementação dos mesmos nas escolas, em idades precoces, com o objetivo de prevenir possíveis problemas emocionais e comportamentais (Weissberg et al., 2015).

Em suma, a ansiedade infantil é uma condição complexa que exige uma abordagem multidisciplinar e integrada para a sua compreensão e tratamento (Costello, & Angold, 2022).

## **Depressão**

Em 1680, foi utilizado pela primeira vez o termo depressão, com o objetivo de definir a tristeza persistente, um estado de cansaço, perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, acompanhada de uma variedade de sintomas físicos e emocionais (Beck & Haigh, 2014).

A depressão tem se mostrado mais evidente desde a década de 1970, quando aumentou o interesse no campo da investigação (Marconi, 2017). A depressão é considerada uma perturbação mental, sendo esta a mais prevalente a nível mundial (Sancho et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde, afirma que a depressão é uma das perturbações que atinge mais de 350 milhões de pessoas no mundo, incluindo crianças. A partir dos relatórios divulgados por esta, é possível considerar a depressão como uma das perturbações principais e com maior prevalência, em 2030 (Yang et al., 2015).

Durante muitos anos, a depressão na infância e adolescência foi questionada, visto que muitos autores acreditavam que essa patologia só se desenvolveria no final da adolescência e início da idade adulta (Silvares, 2008).

As investigações sobre a depressão em crianças têm tido relevância apenas recentemente, uma vez que, até a década de 60, não se acreditava na possibilidade de existir depressão nesta faixa etária. Acreditava-se que as crianças não tinham maturidade psicológica e estrutura cognitiva necessária para experimentar esta problemática e que a infância é um período feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades (Son & Kirchner, 2000). Através de evidências fornecidas por diversos estudos, acredita-se que a depressão não só está presente na atualidade, como é um dos problemas emocionais que ocorrem com maior frequência na infância e na adolescência (OMS, 2021).

As crianças também sofrem de depressão, ficam tristes em função de perdas, apresentam manifestações de raiva resultante de frustrações e para se caracterizar como depressão, esses sentimentos dependem da intensidade, da prevalência e de outros sintomas em simultâneo (Brent & Emslie, 2021).

A depressão infantil aparece como uma doença, sendo classificada a partir de parâmetros biomédicos bem definidos. Consiste numa perturbação de humor que vai além da tristeza normal e temporária (Papalia et al., 2010). É uma perturbação orgânica, que envolve variáveis sociais, psicológicas e biológicas (Cruvinel et al., 2014).

No que concerne aos aspetos biológicos, a depressão é vista como uma provável disfunção dos neurotransmissores devido a herança genética, e também ao facto de áreas cerebrais específicas terem anomalias. Na perspetiva psicológica, a depressão está associada ao comprometimento da personalidade, baixa autoestima e autoconfiança. No que se refere ao âmbito social, pode considerar-se como uma falta de adaptação, assim como também pode ser uma consequência de fatores culturais, familiares e escolares (Huttel et al., 2011).

A prevalência da depressão infantil varia, mas as estimativas sugerem que entre 1% a 3% das crianças em idade escolar podem ser diagnosticadas com a Perturbação Depressiva Major. Estes números evidenciam a necessidade de uma compreensão aprofundada e o desenvolvimento de intervenções eficazes (Brent & Birmaher, 2023).

A depressão infantil traz consequências negativas nas diferentes áreas da vida da criança, que certamente prejudicam o seu desenvolvimento. Uma criança com sintomas depressivos pode apresentar alterações no funcionamento psicossocial e emocional, bem como comprometimentos nas relações familiares (Brent & Emslie, 2021).

Na perspetiva do desenvolvimento infantil, existem algumas tarefas que são imprescindíveis que a criança domine, para que possa evitar sintomas depressivos e

posteriormente desenvolver a perturbação. Essas tarefas devem ser realizadas efetivamente pela criança, e os pais devem auxiliar e encorajar o filho (Miller, 2003). Das tarefas referidas destacam-se: é fundamental que os pais atendam às necessidades fisiológicas básicas da criança, sem que ela precise de expressar emoções negativas, sendo que os pais devem estar em sintonia com as formas de comunicação do filho, isto irá ajudar a criança a desenvolver capacidade de autorregular as suas emoções; ajudar a criança na forma como deve socializar e expressar as suas emoções em situações apropriadas; desenvolver um vínculo seguro entre a criança e os seus cuidadores; desenvolver a autoconsciência da criança para que ela consiga diferenciar-se dos outros (Miller, 2003).

No que diz respeito aos sintomas, a tristeza e a raiva sentida pelas crianças devido a perdas ou frustrações são na maioria das vezes sentimentos normais e passageiras, e que não requerem tratamento, no entanto, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas, essa tristeza e irritabilidade podem ser indícios do desenvolvimento de um quadro depressivo infantil (Lee et al., 2000). A manifestação clínica mais comum em crianças são sintomas físicos, tais como dores de cabeça e abdominais, fadiga e tontura (Bahls, 2002). Existem outros sintomas, como o sentimento prolongado de falta de amigos, incapacidade de alegrar-se e concentrar-se, fadiga, atividade ou apatia extrema, sentimento de inutilidade e pensamento de morte ou suicídio (Feldman, 2010).

Relativamente aos critérios de diagnóstico da depressão na infância, existe bastante controvérsia. Diversos autores consideram que a depressão nas crianças assume características diferentes da depressão nos adultos, enquanto outros concordam que a depressão na infância se manifesta de forma bastante semelhante às manifestações do adulto (Brent & Emslie, 2021).

Rodrigues e Antolini (2003) afirmam que quando se trata de crianças e adolescentes o diagnóstico é mais problemático, pois torna-se imprescindível a sua diferenciação das fases normais do desenvolvimento. Os sinais da depressão infantil são diversos e não devem ser analisados individualmente, mas sim, de forma integrada, verificando sempre a durabilidade dos sintomas (Carvalho, 2005).

No que concerne aos modelos teóricos, o modelo biopsicossocial é amplamente utilizado para explicar a depressão infantil, enfatizando a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais (Engel, 2020). Os fatores biológicos incluem a predisposição genética e as alterações neuroquímicas. As crianças com pais que têm um histórico depressivo estão em maior risco de desenvolver a perturbação, sugerindo um componente hereditário significativo (Rice, Harold, & Thapar, 2002).

Do ponto de vista psicológico, a teoria cognitiva de Beck (1967) defende que a depressão resulta de padrões de pensamentos negativos e desajustados. As crianças deprimidas, tendem a interpretar os acontecimentos de forma pessimista, atribuindo falhas a características pessoais e encarando o futuro de forma mais negativa (Garber & Flynn, 2001).

Os fatores sociais desempenham um papel importante no desenvolvimento da depressão infantil. O ambiente familiar, especialmente a qualidade das relações entre pais e filhos, é um determinante significativo. As crianças que experienciam a rejeição parental, a falta de apoio emocional ou exposição a conflitos familiares estão em maior risco de desenvolver depressão (McLeod, Weisz, & Wood, 2007). As experiências adversas, como o bullying ou problemas escolares, também podem contribuir para o surgimento da perturbação (Reijntjes et al., 2010).

No que concerne à etiologia da depressão infantil, esta é complexa e multifacetada. Diversos estudos indicam que a combinação de fatores genéticos, neurobiológicos,



psicológicos e ambientais, contribui para o desenvolvimento da depressão. As alterações na regulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) têm sido associadas à depressão, com crianças deprimidas mostrando níveis elevados de cortisol, um marcador de stress (Goodyer et al., 2000).

A teoria do desenvolvimento sugere que as experiências precoces de vida, como a relação de apego com os cuidadores, influenciam a vulnerabilidade à depressão, ou seja, as crianças que desenvolvem um apego inseguro são mais propensas a apresentar dificuldades emocionais e comportamentais, incluindo a depressão (Bowlby, 1980, citado por (Main & Hesse, 2023). A exposição a eventos adversos na infância, como o abuso ou negligência, também é um fator de risco significativo para o desenvolvimento da depressão (Kaufman et al., 2000).

A avaliação da depressão, deve ser abrangente e incluir múltiplas fontes de informação, como pais, professores e a própria criança. Alguns instrumentos de avaliação padronizados, como o Children's Depression Inventory (CDI) e o Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), são utilizados para medir a presença e a gravidade dos sintomas depressivos (Kovacs, 1985; Chorpita, Moffitt, & Gray, 2005). Estes instrumentos fornecem uma base para a identificação dos sintomas e ajudam a delinear um perfil clínico detalhado.

O diagnóstico de depressão infantil segue os critérios estabelecidos no DSM-5, que incluem a presença de sintomas depressivos durante pelo menos duas semanas, causando sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, escolar ou em outras áreas importantes da vida da criança (APA, 2013). A entrevista clínica, realizada por profissionais de saúde mental, complementada por questionários e escalas de avaliação, é essencial para um diagnóstico preciso.

A intervenção através de programas focados no desenvolvimento de competências sociais e emocionais podem ser eficazes na redução da depressão, ao fortalecer competências como a regulação emocional, a resolução de problemas e as relações interpessoais. Os programas aplicados em contexto escolar, contribuem para o desenvolvimento de competências socioemocionais, que ajudam a reduzir sintomas depressivos, permitindo que os alunos lidem melhor com as suas emoções (Corcoran et al., 2018)

Em suma, é necessário compreender o impacto da depressão na vida das crianças, de forma a contribuir para futuras intervenções mais efetivas para uma melhor qualidade de vida das mesmas (Lima & Coutinho et al., 2016).

## **Stress**

O stress é um conceito amplo, que abrange vários campos, não está apenas associado à saúde psicológica e física, mas também a circunstâncias sociais, perspetivas subjetivas e interações com o meio ambiente (Babilonia et al., 2022; Högberg & Horn, 2022).

O conceito de stress foi popularizado por Hans Selye na década de 1930, que o definiu como uma resposta inespecífica do corpo a qualquer estímulo. Ele introduziu os conceitos de síndrome geral de adaptação (SGA), que descreve três estágios de resposta ao stress: alarme, resistência e exaustão (Compas et al., 2012).

Alguns estudos mais recentes, destacam a complexidade do stress, distinguindo stressores agudos e crónicos e reconhecendo a importância de fatores individuais, como a resiliência, na modulação da resposta ao stress (Evans & Kim, 2013).

Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram o modelo transacional de stress, que enfatiza a importância da avaliação cognitiva e do coping na experiência do stress. Segundo este modelo, o stress é a avaliação que a pessoa faz de uma situação que

encara ameaçadora ou desafiadora e dos recursos disponíveis para lidar com ela (Zhang, & Wang, 2022). O stress é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, avaliada pela pessoa como algo que ultrapassa os seus recursos e condiciona o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 2023).

O stress infantil é um tema complexo e multifacetado, que requer uma compreensão abrangente das suas causas, manifestações e impactos. Este pode afetar negativamente o desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças e pode ser desencadeado por diversos fatores, incluindo questões familiares, dificuldades escolares, relações sociais e questões de saúde (Gunnar & Quevedo, 2007).

O stress infantil envolve a perceção e a interpretação de eventos stressantes, influenciados por fatores individuais, como a idade, o temperamento, o suporte social e o ambiente familiar (Compas et al, 2017).

Existem vários modelos teóricos que foram desenvolvidos para explicar o stress infantil. Entre eles destaca-se o modelo bioecológico de Bronfenbrenner (1979), que é uma base fundamental para entender o stress infantil, destacando a importância dos sistemas de interação que rodeiam a criança, desde o microssistema (família, escola) até o macrossistema (valores culturais, políticas públicas) (Garbarino & Kostelny, 2020).

O stress infantil, pode ter impactos negativos no desenvolvimento da criança, afetando áreas como a saúde física, o bem-estar emocional, o desempenho escolar e as competências sociais. McEwen (2017), discute como o stress crónico pode levar a alterações no cérebro e no corpo, afetando o sistema imunológico e aumentando o risco de problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Este estudo evidencia a ligação entre o stress prolongado e as suas repercussões na saúde geral das crianças.

No que concerne ao desempenho escolar e ao desenvolvimento cognitivo, Evans e Schamberg (2009) encontraram evidências de que o stress infantil está associado a

déficits no desenvolvimento cognitivo, impactando negativamente no desempenho escolar e na capacidade de aprendizagem.

A capacidade das crianças lidarem com o stress é influenciada por vários fatores, incluindo o suporte familiar, coping e intervenções terapêuticas. Compas et al. (2017), enfatizam a importância das competências de coping, destacando estratégias como o coping centrado na emoção e o coping centrado no problema, como métodos eficazes para gerenciar o stress. Estas estratégias ajudam as crianças a lidar com emoções negativas e a encontrar soluções para os problemas que enfrentam.

De acordo com Lipp (2022), a escola poderá ser considerada como um fator de stress para as crianças, uma vez que é o primeiro lugar de socialização que as crianças têm longe da família. O ambiente físico da escola também pode estar relacionado com o stress e causar dificuldades devido ao material pedagógico inadequado, pouca iluminação, carteiras desconfortáveis, entre outros (Evans & Schamberg, 2023). Os sintomas do stress na infância, assim como no adulto, podem resultar em alterações físicas, psicológicas e emocionais no organismo (Compas et al., 2001). A nível comportamental, podem existir alterações no sono ou apetite, regressão no comportamento e agressividade (Gunnar & Quevedo, 2022). No que concerne às alterações psicológicas e emocionais, a criança poderá sentir ansiedade, desenvolver vários medos como o medo do escuro, pesadelos, tristeza, dificuldades interpessoais, a introversão, o desânimo, a insegurança, a angústia, a depressão, a hipersensibilidade, a birra e o medo excessivo. As reações físicas observadas com maior frequência são: dores de cabeça, dores de estômago, o choro excessivo, dores abdominais, diarreia, tique nervoso, náuseas, hiperatividade, enurese noturna, gagueira, tensão muscular, o ranger dos dentes, dificuldade em respirar e distúrbios do apetite (Gómez & Gonzalez, 2023). Por vezes, estas alterações, podem influenciar a relação entre os pais e os seus

filhos, uma vez que os pais, no papel de agentes de socialização dos filhos, procuram estratégias e técnicas para moldar o comportamento das crianças, no entanto, quando os pais sofrem maior níveis de stress tendem a utilizar práticas educativas negativas, que se tornam fontes de stress para a criança também (Lowe & Clark, 2023).

A etiologia do stress infantil é multifatorial, envolve uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Os fatores biológicos incluem predisposições genéticas e neurobiológicas. Os fatores psicológicos incluem traços de personalidade, competências de coping e experiências passadas de stress (Cicchetti & Blender, 2022). A literatura recente, como o trabalho de Compas et al. (2017), identifica que crianças com competências mais desenvolvidas são mais resilientes ao stress. Os fatores ambientais englobam a qualidade das relações familiares, condições socioeconómicas e eventos traumáticos. Alguns estudos longitudinais, como os de Evans e Kim (2013), demonstram a relação entre a pobreza crónica e altos níveis de stress infantil, indicando que o suporte social e a qualidade do ambiente doméstico são cruciais. O modelo de vulnerabilidade ao stress também é relevante, sugerindo que crianças com vulnerabilidades psicológicas específicas são mais propensas a desenvolver depressão em resposta a eventos stressantes (Hammen, 2005).

As intervenções que promovam o desenvolvimento socioemocional, podem ser particularmente eficazes na redução do stress, quando incorporam práticas de mindfulness e meditação, uma vez que auxiliam as crianças a desenvolver maior consciência das suas emoções e pensamentos, permitindo-lhes responder ao stress de forma mais adequada e controlada (Domitrovich et al., 2017).

Em suma, é fundamental compreender que o stress é uma parte normal da vida, e ajudar as crianças a desenvolverem competências para gerenciá-lo pode ter impactos positivos na sua saúde mental a longo prazo. Se os sinais de stress persistirem ou se

intensificarem, é aconselhável procurar a orientação de profissionais de saúde mental (Bowers & Benassi, 2023).

### **Modelo Tripartido EADS**

Ao longo do tempo, a relação entre as dimensões afetivas negativas, ansiedade e depressão, têm sido consideradas importantes tanto do ponto de vista teórico, como no da saúde mental e, por isso, constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia (Kendler & Gardner, 2023). A ansiedade está associada aos sintomas de depressão, sendo que até finais do século XIX as perturbações de ansiedade não se separavam de outras perturbações do humor (Kessler & Wang, 2023).

A ansiedade, depressão e stress correspondem a um conjunto de sentimentos e emoções que envolvem o ser humano na sua globalidade, sendo comum que uma pessoa possa sofrer de duas, ou até as três ao mesmo tempo (Hetem & Graeff, 2004). A ansiedade e depressão tendem a ser comparadas e existe uma grande associação entre estes conceitos, pelo que se desenvolveu o modelo tripartido. Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Staruss, e McCormick, (1995), e Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Staruss, e McCormick, (1995) salientam a evidência de que a ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar empiricamente.

A ansiedade, depressão e stress estão interligadas de diversas formas, por exemplo a resposta ao stress ativa o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), levando à libertação de cortisol, a hormona do stress. A hiperatividade do eixo HPA está associada tanto à ansiedade quanto à depressão e os níveis elevados de cortisol ao longo do tempo podem levar a alterações cerebrais que predispõem o indivíduo à depressão (Slavich & Irwin, 2014). Os indivíduos com sintomas ansiosos, têm mais probabilidade de desenvolver depressão e vice-versa. A comorbilidade é explicada por uma

vulnerabilidade genética compartilhada e por processos cognitivos semelhantes, como o pensamento desajustado, que é comum em ambas as condições (Kessler et al., 2015).

Neste sentido, Clark e Watson, propõem um modelo tripartido, em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira estrutura é designada por distress ou afeto negativo, que inclui sintomas inespecíficos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos, têm um humor deprimido e ansioso, assim como insónias, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração (Hofmann & Smits, 2023). Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela associação entre as medidas de ansiedade e depressão. Para além deste fator inespecífico a ansiedade e a depressão constituem as outras duas estruturas, com a tensão somática e uma maior agitação psicomotora, sendo estas específicas da ansiedade e a anedonia e a ausência de afeto positivo como específicas da depressão (Hofmann & Smits, 2023).

A operacionalização do modelo tripartido levou à construção de medidas, como a escala de Depression Anxiety Stress Scale (DASS), adaptada para português como Escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS), de Lovibond e Lovibond (1995, citado por Lessa, 2006). A escala de ansiedade, depressão e stress foi desenvolvida no contexto deste modelo, com o objetivo de melhorar e clarificar a diferença entre depressão e ansiedade (Leal, et al., 2009).

Esta escala, pretendia cobrir a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão, com o objetivo de satisfazer padrões elevados de critérios psicométricos e que fornecessem uma discriminação máxima entre os dois construtos. O estudo fatorial desta escala apresenta um novo fator que incluía os itens menos discriminativos das duas dimensões, a ansiedade e depressão (Norton, 2007).

A EADS considera uma abordagem dimensional para as perturbações psicológicas, em vez de categórica, ou seja, em vez de classificar os sintomas de depressão, ansiedade e stress como pertencentes a categorias distintas, a escala considera que estas diferenças são uma questão de grau. Neste sentido, os autores propõem uma classificação dimensional em cinco posições entre “normal” e “muito grave” (Lessa, 2006). Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de autoestima e de motivação, estando associada à perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida significativos para o indivíduo. A ansiedade realça as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão.

A literatura evidencia diversos fatores de risco e fatores protetores na vida das crianças, que influenciam o surgimento da sintomatologia da ansiedade, depressão e stress. No que diz respeito aos fatores de risco, estão associados ao contexto familiar, onde diversos estudos demonstram que as crianças expostas a altos níveis de conflitos familiares, têm maior risco de desenvolver alterações ao nível da saúde mental, incluindo a ansiedade e depressão (Repetti, Taylor & Seeman, 2002). O histórico familiar de perturbações mentais, onde crianças com pais que têm histórico de depressão ou ansiedade, possuem um risco maior de desenvolverem esses mesmos problemas (Beardslee et al., 2011).

No que concerne aos fatores sociais, o bullying está fortemente associado ao aumento dos níveis de ansiedade e depressão nas crianças (Hawker & Boulton, 2000), bem como o isolamento social, uma vez que as crianças com dificuldades de integração com os seus pares têm maior risco de problemas de saúde mental (Rubin, Bukowski, & Parker, 2006).



Os fatores no âmbito escolar também demonstram grande importância, a pressão e altas expectativas podem contribuir para níveis elevados de stress e ansiedade (Luthar & Kumar, 2018). Um ambiente escolar negativo, ou pouco acolhedor pode aumentar o risco de problemas emocionais (Roeser, Eccles & Sameroff, 2000).

No que concerne aos fatores protetores para o surgimento destas patologias, existem também os fatores familiares, onde o apoio emocional dos pais e envolvimento pode servir como um facilitador contra os efeitos negativos do stress e da ansiedade (McLeod, Wood, & Weisz, 2007). Um ambiente familiar estável e previsível contribui para a resiliência emocional das crianças (Masten, 2014).

Relativamente aos fatores sociais, as relações de amizade positivas podem proporcionar apoio emocional e reduzir o risco de ansiedade e depressão (Bagwell & Schmidt, 2011). O envolvimento em atividades como desportos ou artes pode melhorar a autoestima e criar uma rede de suporte social (Fredricks & Eccles, 2006).

Relativamente aos fatores escolares, é fundamental existir um ambiente escolar positivo, as escolas que promovem um ambiente acolhedor e inclusivo ajudam a reduzir o stress e a ansiedade (Roffey, 2012). Os professores que oferecem suporte emocional e escolar podem ajudar a mitigar os efeitos negativos do stress escolar (Hamre & Pianta, 2005).

O treino das competências socioemocionais através de programas de intervenção aplicados em contexto escolar, também revelam uma grande importância na diminuição e prevenção dos sintomas da ansiedade, depressão e stress. A intervenção precoce pode prevenir o desenvolvimento de problemas mais graves (Domitrovich et al., 2017).

## **As competências socioemocionais**

O interesse pelo estudo das competências e capacidades sociais das crianças é um tema de grande interesse no campo da educação e da psicologia, desde os anos 70 (Merrell & Gimpel, 1998 citado por Merrell, 2008).

O conceito de competências sociais surge na literatura com diferentes significados. As primeiras investigações sobre as relações sociais humanas, particularmente na infância, surgiram a partir das décadas de 30 e 40 do século XX, por influência dos conhecimentos da psicanálise. Nas décadas de 50 a 70, a visão comportamentalista aumenta, enfatizando o interesse pelo estudo da mudança de comportamentos (Rubin & Laursen, 2011). As competências sociais são um constructo complexo e multidimensional, com um conjunto de características comportamentais e cognitivas que são benéficas na adequação emocional necessária ao desenvolvimento de relacionamentos interpessoais adequados e satisfatórios (Merrell, 2008). As competências sociais não são inatas, são aprendidas e construídas através da observação e da imitação de comportamentos resultantes da interação do indivíduo com o meio social que se encontra desde os primeiros dias de vida (Bandura, 1999 citado por Schunk, 2020).

O conceito de competência emocional refere-se à capacidade do indivíduo de reconhecer, utilizar e regular emoções, de forma eficiente e produtiva, permitindo uma interação eficaz com o meio e a resolução de determinadas situações, estando relacionada com a identidade, história pessoal e com o desenvolvimento das crianças e dos jovens (Greenberg et al., 2003).

Reconhecer uma emoção é saber categorizar e diferenciar uma experiência, sendo necessário compreender as emoções em si próprio e nos outros (Merrell, 2008). Inicialmente, a criança começa por aprender a identificar e a compreender as emoções

básicas. Esta é uma competência que ajuda as crianças a interagirem, melhor se autorregularem e a estabelecerem relações gratificantes com os outros, na gestão do afeto e na continuidade do envolvimento evolutivo com os pares (Goleman, 2006).

Após reconhecerem as emoções, é importante que as crianças desenvolvam estratégias que as ajudem a regular as mesmas e a estabelecer relações positivas com os outros, desenvolvendo interações que contribuam para o seu bem-estar (Greenberg et al., 2003).

As competências sociais e emocionais surgem ligadas na medida em que a vertente social se relaciona com a construção de relações positivas com os outros, e a gestão das emoções é fundamental nesse relacionamento (Merrell & Gueldner, 2010).

As competências sociais e emocionais na infância funcionam como um fator protetor em relação ao desenvolvimento de comportamentos internalizantes e externalizantes, implicando uma abordagem desenvolvimentista e uma abordagem ecológica (Bornstein et al., 2010) para a adaptação em diferentes domínios na idade adulta, tais como a educação, o emprego e a saúde mental (Jones et al., 2015).

O desenvolvimento positivo e saudável, potencia a mudança de comportamento, crenças e atitudes, que existe como consequência de uma influência global das relações entre o indivíduo em desenvolvimento, devido a fatores biológicos, psicológicos, familiares e culturais (Lerner et al., 2005).

Neste sentido, as competências socioemocionais referem-se às capacidades individuais de cada indivíduo de gerir as suas emoções e manter relacionamentos positivos, que se manifestam em padrões consistentes de pensamentos, sentimentos e comportamentos, podem ser desenvolvidas através de experiências de aprendizagem formais e informais e influenciam resultados socioeconómicos importantes ao longo da vida (OCDE, 2015). Estas competências são fundamentais para o desenvolvimento

pessoal e profissional, uma vez que influenciam o bem-estar e o sucesso ao longo da vida, tanto no âmbito pessoal quanto no profissional (CASEL, 2020).

As competências socioemocionais, incluem um conjunto de conhecimentos, e atitudes necessárias para compreender e gerir as emoções, estabelecer e alcançar objetivos positivos, sentir e mostrar empatia pelos outros, estabelecer e manter relacionamentos e tomar decisões responsáveis (Durlak et al., 2015).

As competências socioemocionais desenvolvidas na infância são imprescindíveis para a sua adaptação no futuro, nomeadamente na idade adulta, como fundamenta a perspetiva teórica de Sroufe (2005), a investigação desenvolvimental fundamental (Bornstein et al., 2010; Jones et al., 2015; Trentacosta & Fine, 2010) e aplicada, baseada no modelo SEL (Corcoran et al., 2018; Durlak et al., 2011; Sklad et al., 2012; Wigelsworth et al., 2016).

Estas competências, são um elemento central no processo educacional, refletindo a crescente valorização do desenvolvimento integral dos alunos. Autores como Goleman (2006), foram pioneiros na introdução do conceito de inteligência emocional, destacando a importância da autoconsciência e da autorregulação emocional como fundamentais, não apenas para o sucesso pessoal, mas também no contexto escolar, profissional e social.

A importância do desenvolvimento das competências socioemocionais nas escolas é amplamente reconhecida. A aprendizagem socioemocional, contempla o processo de desenvolvimento de competências sociais e emocionais, envolvendo os conhecimentos, atitudes e competências que cada pessoa deve fortalecer para tomar decisões, manter relações interpessoais satisfatórias e ter um comportamento ético e responsável na sociedade. Estas competências podem ser promovidas através de programas que treinem o desenvolvimento socioemocional (Weissberg et al., 2015).

Existem diversos modelos e teorias que explicam a “aprendizagem socioemocional”, à designação “competências socioemocionais”.

Em termos gerais, "SEL" ou Social and Emotional Learning, refere-se a um modelo multidimensional e interativo cuja tipologia de atividades promove o desenvolvimento integrado de competências cognitivas, emocionais e sociais permitindo que as crianças, jovens e adultos adquiram e apliquem de forma eficaz os conhecimentos, atitudes, e competências necessárias para compreender e gerir emoções, estabelecer e atingir objetivos positivos, sentir e mostrar empatia pelos outros e tomar decisões responsáveis (CASEL, 2012). A aplicabilidade destes programas, promove a saúde mental de toda a comunidade educativa (Wilson et al., 2001).

O modelo SEL, promove a igualdade e excelência educacional por meio de parcerias autênticas entre a família e comunidade para estabelecer ambientes de aprendizagem que apresentam relacionamentos de confiança e colaboração, currículo e instrução rigorosos e significativos e avaliação contínua (Weissberg & Cascarino, 2013).

A abordagem considerada como referência da área é a da CASEL (Lawson, McKenzie, Becker, Selby, & Hoover, 2019). Na última sistematização apresentada em documentação da CASEL (2020), é apresentada a natureza cognitiva, afetiva e comportamental das competências socioemocionais, que surgem organizadas em cinco áreas de competência interligadas: o autoconhecimento, a autorregulação, a consciência social, as competências relacionais e a tomada de decisão responsável.

O autoconhecimento, consiste na capacidade de reconhecer as próprias emoções, pensamentos, valores, e como estes influenciam o comportamento. Inclui o desenvolvimento de uma perceção exata das próprias capacidades e limitações, a avaliação dos pontos fortes, as limitações, bom senso, confiança e otimismo, bem como a confiança em si próprio (Brackett & Rivers, 2021).

A autogestão, refere-se à capacidade de regular e expressar as próprias emoções, pensamentos e comportamentos de forma eficaz, socialmente ajustável em diferentes situações. Inclui a capacidade de se adaptar a situações de stress, controlo de impulsos, automotivação, esforço e trabalho para alcançar objetivos pessoais, escolares, académicos ou profissionais (Duckworth & Gross, 2020).

A consciência social, é a capacidade de compreender diferentes perspetivas e sentir empatia pelos outros, assumir a perspetiva dos outros, incluindo pessoas de diferentes origens e culturas. Envolve também a compreensão das normas sociais e a identificação de recursos de apoio na escola e na comunidade (Schonert-Reichl, 2019).

A relação interpessoal está relacionada com a capacidade de estabelecer e manter relacionamentos diversificados saudáveis e gratificantes com indivíduos e grupos. Pressupõe comunicar com clareza, inclui competências de comunicação, escuta ativa, cooperação, resistir à pressão dos pares, resolução de problemas e oferecer e procurar ajuda, quando necessário (Jones & Kahn, 2020).

A tomada de decisão responsável, envolve a capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas sobre o comportamento pessoal e as interações sociais com base na consideração das normas de ética, segurança, bem-estar dos outros e as possíveis consequências de determinadas ações (Weissberg et al., 2020).

Os resultados associados à implementação dos cinco domínios do SEL incluem: maior desenvolvimento de autoconsciência, autogestão, consciência social, relacionamentos interpessoais, a capacidade de tomar decisões responsáveis e melhoria nas atitudes e crenças dos alunos em relação a si mesmos, aos outros e à escola (Zins et al., 2004).

A abordagem do modelo SEL, destaca a importância de integrar dez subtemas nos cinco domínios SEL, mantendo uma ligação dinâmica com cada um deles. Para

facilitar a implementação, dá-se prioridade à abordagem desses subtemas, incorporando-os nos domínios propostos pelo modelo. A autoconsciência inclui os subtemas da identidade e comunicação; a autogestão, engloba as emoções e a autonomia; a consciência social, integra a proteção e a violência; a relação interpessoal, inclui as escolhas, desafios, perdas e valores, e por fim, a tomada de decisão responsável, abrange a interação e pertença.

Estas competências são essenciais para o sucesso dos alunos em contextos escolares e para a sua vida futura. Weissberg et al. (2015) complementam esta visão ao argumentarem que as competências são fundamentais para criar ambientes escolares inclusivos e seguros, que não promovam apenas o bem-estar dos alunos, mas também o sucesso escolar e social. Este modelo fornece uma estrutura abrangente para a implementação de programas de aprendizagem socioemocional (SEL) em escolas e outras instituições.

No contexto das políticas educacionais, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD, 2015, 2021) tem enfatizado a inclusão das competências socioemocionais nos currículos escolares, como uma forma de promover o bem-estar, a equidade e a coesão social. Estas políticas destacam a necessidade de preparar os alunos para os diversos desafios, além das competências escolares tradicionais e focando também no desenvolvimento emocional e social.

Além do modelo SEL e os cinco domínios apresentados, existem outras competências fundamentais, que as crianças devem consolidar e desenvolver sobretudo numa idade precoce, para prevenir os sintomas ansiosos, depressivos e de stress (Fu & Brown, 2020). Estas competências são avaliadas através do questionário “Para Mim é Fácil”, que consiste numa escala de avaliação de competências pessoais e sociais. As mesmas, referem-se à capacidade de resolução de problemas, as competências básicas, a

regulação emocional, as relações interpessoais e a definição de objetivos (Gaspar & Matos, 2015).

A resolução de problemas, refere-se: à capacidade de uma pessoa identificar e analisar problemas interpessoais ou situações de conflito; gerar soluções possíveis e avaliar as consequências dessas soluções e escolher a mais adequada para o contexto. Esta competência é vista como central para o desenvolvimento da inteligência emocional e do comportamento social. (Yeager & Dweck, 2012).

Elias e Weissberg (2020) destacam que a resolução de problemas não só contribui para a adaptação social, mas também está correlacionada com o sucesso escolar e a saúde mental. Esta competência ajuda os indivíduos a lidar de forma eficaz com os desafios e a tomar decisões que minimizem conflitos e promovem o bem-estar coletivo. O desenvolvimento desta competência envolve uma interação complexa entre os processos cognitivos e emocionais.

Segundo Durlak, Domitrovich, Weissberg e Gullotta (2020), a capacidade de resolução de problemas eficaz requer que os indivíduos possuam autoconsciência emocional, que lhes permita reconhecer e gerir as suas emoções antes de responderem a situações problemáticas. Para que a resolução de problemas seja eficaz, é necessário que os indivíduos desenvolvam competências de pensamento crítico e de tomada de decisão responsável, o que permitirá que as crianças e adolescentes considerem as potenciais consequências das suas ações (Jones et al., 2021).

O ambiente escolar é fundamental no desenvolvimento destas competências. Os programas de aprendizagem socioemocional (SEL) que integram a resolução de problemas como um componente central têm demonstrado ser eficazes na promoção destas competências. Ao integrar a resolução de problemas no percurso escolar, os educadores podem fornecer aos alunos as ferramentas necessárias para enfrentar



desafios de forma construtiva e para desenvolver a cooperação e a empatia (Elias, 2019). A competência de resolução de problemas, está intimamente ligada a resultados positivos em termos de comportamento e bem-estar. Guerra e Bradshaw (2020), mostram que as crianças e adolescentes que desenvolvem fortes competências de resolução de problemas têm menos probabilidade de ter comportamentos de risco e mais probabilidade de demonstrar resiliência frente às adversidades, uma vez que a resolução de problemas promove uma maior capacidade de adaptação, reduz o stress associado a conflitos e melhora a qualidade das relações interpessoais.

Adicionalmente, a promoção da resolução de problemas como parte do desenvolvimento socioemocional contribui para a criação de ambientes escolares mais seguros e inclusivos, onde os alunos se sentem apoiados na expressão e gestão das suas emoções e onde a cooperação é incentivada (Weissberg et al., 2015).

A integração de teorias de desenvolvimento socioemocional com práticas educacionais que promovem a resolução de problemas é fundamental para o desenvolvimento holístico dos alunos. É essencial que os programas SEL adotem uma abordagem sistemática e integrada, que não só promova a resolução de problemas, mas também crie oportunidades para os alunos praticarem estas competências em situações reais e complexas (Jones et al., 2021).

No que concerne às competências básicas, estas são fundamentais para o bem-estar psicológico e emocional dos indivíduos. Ao serem desenvolvidas, estas competências, ajudam as crianças a gerirem melhor os desafios e a responderem de forma mais adaptativa às adversidades, o que pode atenuar sintomas ligados à ansiedade, depressão e stress (Weisz & Gray, 2008).

Estas competências também favorecem a criação de redes de apoio social, que são fundamentais para o desenvolvimento saudável das crianças (Gross, 2015). A

comunicação eficaz e as interações sociais bem-sucedidas permitem que as pessoas estabeleçam e mantenham relações interpessoais saudáveis. Segrin e Flora (2019) ressaltam que a qualidade das relações sociais está fortemente ligada ao bem-estar emocional, quando as pessoas conseguem comunicar de forma mais aberta e eficiente, recebem mais suporte emocional e social, o que pode diminuir sentimentos de solidão e isolamento. Os indivíduos com estas competências bem desenvolvidas tendem a enfrentar os problemas de maneira mais organizada, promovendo um maior controle sobre as situações e, assim, reduzindo o impacto negativo do stress.

A capacidade de manter bons relacionamentos também está associada à competência social e à regulação emocional. A comunicação assertiva e a empatia facilitam a criação e a manutenção de redes de apoio social, que são fundamentais para enfrentar desafios emocionais e psicológicos. Burke et al. (2020) afirmam que a comunicação assertiva permite que os indivíduos expressem as suas necessidades e emoções de forma clara e construtiva, o que ajuda a reduzir conflitos e melhorar a dinâmica social em contextos educacionais.

A capacidade de expressar gratidão, ao "dizer obrigado", e o ato de pedir desculpa têm um efeito direto sobre a regulação das emoções, uma função cognitiva essencial na prevenção da ansiedade e depressão. Roberts et al. (2020) investigam como a prática da gratidão pode fomentar emoções positivas, melhorar a satisfação com a vida e reduzir a frequência de pensamentos negativos que frequentemente contribuem para a depressão. Ao expressar gratidão, as pessoas ativam processos cognitivos que ajudam a focar em aspetos positivos da vida, o que pode ajudar a minimizar os pensamentos negativos também (Eaton, Struthers, & Santelli, 2021).

A interação com colegas e professores também requer competências de comunicação que afetam diretamente os níveis de stress e ansiedade experienciados em

contextos sociais e educacionais. A comunicação assertiva, por exemplo, permite que os indivíduos expressem suas necessidades e emoções de forma clara e construtiva, o que reduz conflitos no ambiente escolar e de trabalho (Burke et al., 2020). A ausência destas competências comunicativas eficazes está associada a uma maior sensação de isolamento social e, conseqüentemente, ao aumento de sintomas de ansiedade e depressão (Olsson et al., 2022).

A regulação emocional é uma competência socioemocional central para a saúde mental e é fundamental para lidar com as emoções e prevenir que reações emocionais intensas se tornem maiores. A regulação das emoções está diretamente ligada à redução dos sintomas de ansiedade e depressão (Heller & Soffer, 2015). Esta competência, envolve vários processos, que permitem aos indivíduos moderar a intensidade e a duração das emoções negativas, o que pode reduzir significativamente a vulnerabilidade ao stress (Gross, 2015). O autor destaca que as estratégias eficazes de regulação, como a reavaliação cognitiva e a aceitação, são associadas a menores níveis de ansiedade e depressão, pois ajudam a transformar a forma como as emoções são percebidas e experienciadas.

Aldao et al. (2015) revela que os indivíduos com competências avançadas de regulação emocional tendem a experimentar menos stress, pois conseguem lidar com situações stressantes de maneira mais adaptativa. A capacidade de aplicar estratégias de regulação emocional, como a reavaliação cognitiva, como o mindfulness e a resolução de problemas, estão associadas à diminuição da intensidade das respostas emocionais negativas e melhorar a capacidade de enfrentar desafios diários.

A pesquisa de Masten (2021), aponta que a resiliência é fortalecida através da regulação emocional. Os indivíduos que conseguem regular as suas emoções

conseguem enfrentar e superar desafios, mantendo a saúde mental e reduzindo o risco de desenvolver problemas emocionais.

A prática da regulação emocional também é essencial para a manutenção de relações interpessoais saudáveis, o que, por sua vez, pode influenciar positivamente a saúde mental (Troy et al., 2010).

As relações interpessoais, envolvem a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis e positivas com os pares, e abrange competências, como a comunicação eficaz, a empatia, a cooperação e a resolução de problemas (Dweck, 2006). A importância das relações interpessoais para o desenvolvimento infantil é amplamente reconhecida, uma vez que as competências interpessoais são essenciais para o desenvolvimento social e emocional das crianças, influenciando diretamente o seu bem-estar e sucesso escolar (Weissberg et al., 2015).

As crianças que desenvolvem competências interpessoais adequadas têm mais facilidade em formar relacionamentos positivos com os colegas e adultos, o que contribui para um ambiente social mais estável. A qualidade das relações interpessoais pode impactar significativamente na saúde mental das crianças. Segrin e Flora (2019) afirmam que crianças que possuem boas interações sociais, tendem a experimentar menos sentimentos de isolamento e solidão, que são frequentemente associados a problemas emocionais como a ansiedade e a depressão. As interações positivas com pares e adultos ajudam a criar um sistema de apoio social, que pode atuar contra o stress e promover um ambiente emocionalmente seguro.

A capacidade de compreender e responder aos sentimentos dos outros é fundamental para a construção de relações saudáveis. A capacidade empática é uma competência central, uma característica desejável e está geralmente associada a vários benefícios interpessoais, no entanto, existem pesquisas recentes que também referem o

risco de algumas consequências pessoais (MacDonald & Price, 2019). A empatia é um constructo multidimensional que permite às crianças perceber e compartilhar as emoções dos outros, facilitando a formação de conexões emocionais profundas e a resolução de conflitos de maneira construtiva (Sesso et al., 2021) A empatia envolve pelo menos duas dimensões, a empatia afetiva, que envolve experimentar e reagir ao estado emocional do outro (Bray et al., 2021; Stefan & Avram, 2018) e a empatia cognitiva, que procura compreender a perspetiva do outro, procurando o raciocínio que está por trás de um sentimento ou pensamento (MacDonald & Price, 2019; Stefan & Avram, 2018; Tone & Tully, 2014; Zaki & Ochsner, 2016).

A empatia contribui para uma comunicação mais eficaz e para a redução de comportamentos agressivos e conflitantes, o que melhora a qualidade das relações interpessoais (Bray et al., 2021; Decety et al., 2018).

A cooperação e a resolução de problemas são dimensões importantes para o desenvolvimento das relações interpessoais. A capacidade de trabalhar com os colegas e resolver conflitos de forma pacífica é essencial para o sucesso em contextos escolares e sociais. A cooperação facilita a realização de tarefas em grupo, e contribui para a construção de um ambiente de apoio mútuo e respeito.

A comunicação eficaz é um componente essencial das relações interpessoais. A capacidade de expressar pensamentos e sentimentos de forma clara e adequada é crucial para evitar mal-entendidos e conflitos. A pesquisa de Denham et al. (2012) sugere que crianças que desenvolvem capacidade de comunicação têm mais sucesso em manter relações sociais positivas e em adaptar-se às demandas sociais do ambiente escolar.

A definição de objetivos é fundamental no desenvolvimento das crianças, especialmente durante a transição escolar, do ensino básico para o ensino secundário, uma vez que é um período marcado por mudanças significativas no ambiente escolar e

nas expectativas. Esta competências, ajuda no desenvolvimento pessoal e tem implicações importantes para o bem-estar emocional e psicológico das crianças (Locke & Latham, 2002).

Segundo Zimmerman (2002), a definição de objetivos é uma parte essencial do processo de autorregulação, que envolve o estabelecimento de metas claras e específicas, o planeamento das ações necessárias para alcançá-las e a monitorização do progresso. Este processo ajuda as crianças a desenvolver mais autonomia e responsabilidade pela própria aprendizagem, o que pode aumentar a motivação escolar.

As crianças que definem objetivos específicos e alcançáveis tendem a mostrar um maior controlo e eficácia, o que pode melhorar o desempenho na escola e reduzir a ansiedade associada às novas experiências, no entanto, a definição de objetivos também pode apresentar desafios para as crianças, especialmente quando estas enfrentam dificuldades em estabelecer metas realistas ou em lidar com frustrações (Locke & Latham, 2002).

A falta de competências para definir objetivos, pode levar a sentimentos de sobrecarga e stress. Dweck (2006) e Mischel (2014), observam que a perceção de metas como inatingíveis ou a falta de progresso pode impactar negativamente a na motivação das crianças, sendo essencial que os educadores e os pais ofereçam o suporte adequado para ajudar as crianças a definir objetivos apropriados e a desenvolver estratégias para superarem obstáculos.

De acordo com Eccles e Roeser (2009), as expectativas escolares e sociais aumentam durante a fase de transição, exigindo que as crianças desenvolvam competências de organização e planeamento mais avançadas. A capacidade de definir e perseguir objetivos pode ajudar a criança a adaptar-se mais facilmente às novas exigências.

A definição de objetivos está estreitamente ligada ao desenvolvimento da motivação intrínseca, que é alimentada pelo sentimento de competência e pela satisfação pessoal em alcançar metas significativas (Ryan e Deci, 2000). Quando as crianças definem objetivos que são pessoalmente relevantes e desafiadores, elas tendem a se sentir mais satisfeitas, o que pode contribuir para um desempenho escolar mais positivo e uma melhor adaptação às mudanças.

### **Avaliação das competências socioemocionais**

A avaliação das competências socioemocionais pode ser feita através de diversas metodologias, incluindo auto-relatos, avaliações de pares, observações comportamentais e medidas psicométricas. Humphrey, Lendrum e Wigelsworth (2013), em "Social and Emotional Learning: A Critical Appraisal", oferecem uma visão crítica sobre as diferentes abordagens e ferramentas utilizadas para medir as competências socioemocionais, discutindo as suas vantagens e limitações. Esta obra destaca a importância de utilizar métodos de avaliação precisos e eficazes para garantir que as intervenções e programas SEL sejam bem-sucedidos.

A teoria acerca da importância das competências socioemocionais para a adaptação futura de todas as crianças, (Domitrovitch et al., 2017) contribuiu para o crescimento dos programas baseados no modelo de Aprendizagem Socioemocional (SEL) nos últimos anos (Boncu et al., 2017; Coelho et al., 2016; Cristóvão et al., 2017; Durlak et al., 2011; Sklad et al., 2012; Wigelsworth et al., 2016).

### **A promoção das Competências Socioemocionais**

A promoção das competências socioemocionais deve ser implementada de forma precoce, uma vez que é fundamental para o desenvolvimento saudável e o sucesso futuro das crianças, tanto em contexto escolar, como em ambientes sociais e familiares

(Durlak et al., 2011). Jones e Kahn (2017), têm sublinhado a promoção das competências, como um fator protetor para uma vida equilibrada e produtiva.

As crianças que desenvolvem competências socioemocionais mais eficazes, tendem a apresentar um desempenho escolar superior, melhores relações interpessoais e maior resiliência emocional. Este desenvolvimento é também associado a uma menor probabilidade de envolvimento de comportamentos de risco, como o uso de substâncias e o abandono escolar precoce (Osher et al, 2018). Neste contexto, investir na promoção e treino do desenvolvimento socioemocional nas crianças melhora as suas experiências escolares e contribui para a construção de cidadãos mais responsáveis e socialmente ajustados (Fernández-Martín et al., 2021).

A promoção destas competências pode ocorrer de várias formas, sendo que os ambientes escolares são particularmente propícios para o desenvolvimento (Durlak et al., 2019). De acordo com CASEL, o ensino das competências socioemocionais deve ser integrado de forma explícita no percurso escolar, por meio de programas que visam a prática de competências como a empatia, a autorregulação e a comunicação assertiva, no entanto, autores como Schonert-Reichl (2019), destacam que o sucesso destas iniciativas depende, em grande parte, da capacitação dos educadores.

Além do contexto escolar, o papel da família é importante no desenvolvimento das competências socioemocionais. A interação afetiva com os cuidadores oferece às crianças modelos de regulação emocional e comportamento social (Kochanska et al., (2023). As práticas parentais que incentivam o diálogo sobre emoções, a resolução de problemas em conjunto e o encorajamento à independência emocional, são fundamentais para o desenvolvimento destas competências. Estas práticas criam um ambiente no qual as crianças se sentem seguras para explorar e expressar as suas



emoções, ao mesmo tempo em que aprendem a reconhecer e respeitar as emoções dos outros (Morris et al., 2022).

A importância do jogo e das atividades lúdicas no desenvolvimento socioemocional das crianças também se revela um aspeto essencial. Whitebread e O'Sullivan (2020), apontam que o brincar, especialmente o jogo simbólico e o jogo em grupo, promove a resolução de problemas, a colaboração e a empatia, essenciais para a socialização. Ao participarem nas brincadeiras, as crianças enfrentam desafios sociais e emocionais num ambiente seguro, o que permitirá que desenvolvam estratégias para lidar com as emoções e conflitos de forma construtiva.

É importante compreender que a promoção das competências socioemocionais é um processo contínuo, que deve acompanhar o desenvolvimento da criança ao longo do tempo (Jones et al, 2015).

Segundo Osher et al. (2020), a abordagem mais eficaz é aquela que integra diferentes contextos, como a escola, família e comunidade, para fornecer uma rede de suporte que acompanhe o crescimento da criança. Esta abordagem ecológica permite que as crianças sejam expostas a um leque diversificado de experiências e aprendizagens, solidificando o desenvolvimento das competências socioemocionais.

Matos (2005), refere-se à importância da intervenção através de programas de promoção de competências pessoais e sociais, cujas designações são variadas e adotadas, desde: Aprendizagem Socioemocional (“Social and Emotional Learning”, SEL, na sigla inglesa), nos EUA, pela CASEL; a Aspetos Socioemocionais da Aprendizagem (“Social and Emotional Aspects of Learning”, SEAL, na sigla inglesa), no Reino Unido (Lendrum, Humphrey, & Wigelsworth, 2013); ou a mais recente designação Educação Socioemocional (“Social and Emotional Education”), que parece vingar na União Europeia (Cefai, Bartolo, Cavioni, & Downes, 2018).

como meio de auxiliar as crianças a desenvolver as suas capacidades pessoais e relacionais, promovendo o autoconhecimento, o autoconceito, e a reflexão sobre o modo como se relacionam com os outros e com as situações do dia-a-dia, encontrando alternativas adequadas a cada situação, relativamente à autorregulação e resolução de problemas, bem como, o estabelecimento e manutenção de uma rede de apoio social.

As intervenções implementadas nos primeiros anos de vida podem ter efeitos duradouros na trajetória de desenvolvimento das crianças. Heckman (2012), realça a importância de investir na primeira infância, demonstrando que programas de intervenção podem reduzir a necessidade de serviços de remediação e aumentar a produtividade futura. Ao fornecer suporte emocional e oportunidades de desenvolvimento, é possível fortalecer a capacidade das crianças de lidar com o stress e superar adversidades (Masten, 2014).

Os programas de intervenção, também beneficiam de uma abordagem personalizada, que considera as necessidades individuais de cada criança. Zeanah e Zeanah (2019) destacam a importância de avaliações contínuas e adaptativas que permitem ajustar as intervenções conforme a criança se desenvolve.

A interseção entre a neurociência e a educação, reforça a ideia de que intervenções precoces baseadas em evidências neurocientíficas podem ter um impacto profundo no desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças (Nelson & Gabard-Durnam, 2020). Os programas que incorporam práticas baseadas em evidências, como o desenvolvimento de competências socioemocionais e o fortalecimento da resiliência, são cruciais para o sucesso a longo prazo das crianças (Bryck & Fisher, 2017).

As intervenções destinadas a melhorar e a incluir o treino das competências socioemocionais nas crianças, podem reduzir significativamente a incidência de ansiedade, depressão e problemas de comportamento a longo prazo (Campbell et al.,

2014). Estas competências incluem competências importantes que as crianças devem conseguir desenvolver, como a regulação emocional, a empatia, a resolução de problemas e a comunicação eficaz. Os programas de intervenção SEL (Social and Emotional Learning) são estratégias educacionais focadas em desenvolver competências que ajudam crianças a gerir emoções, estabelecer metas positivas, mostrar empatia pelos outros, manter relacionamentos positivos e tomar decisões responsáveis. Estes programas são reconhecidos pelo seu impacto positivo na redução da ansiedade, depressão e stress em crianças (Durlak et al., 2011).

A promoção de competências socioemocionais dentro da comunidade escolar deve estar alinhada aos valores e princípios da instituição, tendo em consideração a perspetiva e participação ativa de crianças e jovens. Este desenvolvimento deve envolver toda a comunidade educativa de forma contínua, abrangendo todos os níveis de educação e ensino. Para que os projetos SEL sejam eficazes, eles devem seguir o modelo SAFE:

**Sequencialidade:** As atividades precisam ser cuidadosamente organizadas e direcionadas à aquisição de competências, integrando os projetos SEL no Plano Anual de Atividades da escola, desde a educação pré-escolar até o ensino secundário, em um processo de aprendizagem ativo e progressivamente mais complex (Shapiro & Weissberg, 2007).

**Aprendizagem ativa:** devem ser utilizadas metodologias de ensino dinâmicas que possibilitem aos alunos adquirir conhecimentos, desenvolver atitudes e consolidar diversas competências (Shapiro & Weissberg, 2007).

**Foco:** é essencial concentrar-se no desenvolvimento de uma ou mais competências sociais, reservando, no currículo escolar, tempo e dedicação adequados para o desenvolvimento dos projetos (Shapiro & Weissberg, 2007).

Explícito: é necessário definir claramente como as competências específicas serão adquiridas e determinar quais tipos de competências se pretende promover (Shapiro & Weissberg, 2007).

A promoção de competências socioemocionais não é apenas uma intervenção isolada, mas faz parte de um esforço mais amplo para fomentar a resiliência, a capacidade de resolução de problemas e a cooperação entre as crianças (Hattie, 2009).

A promoção das competências socioemocionais nas crianças é fundamental para o desenvolvimento saudável e o sucesso futuro dos indivíduos, tanto em contexto escolar, como em ambientes sociais e familiares (Durlak et al., 2011).

A efetividade das intervenções de promoção da saúde mental na escola revela-se importante na melhoria da ligação entre esta, a família e a comunidade, na redução do abandono, do insucesso e dos comportamentos violentos em meio escolar, com consequências negativas nos resultados escolares e nos benefícios em saúde da comunidade educativa (Carvalho, 2016).

Os programas de intervenção, remetem para programas proativos implementados em diferentes contextos, que se devem focar em estratégias que priorizem fatores de proteção, pois tendem a produzir efeitos benéficos, como a diminuição de problemas emocionais, sociais e comportamentais (Catalano et al., 2004; Murta, 2007). De modo específico, há evidências de efeitos significativos de intervenções promotoras do desenvolvimento de competências psicossociais (Cardozo et al., 2011). Estas evidências surgem em direção às contribuições da psicologia positiva, com vista a promover o desenvolvimento positivo do indivíduo, englobando a saúde de modo integral e investindo sobre o bem-estar e a qualidade de vida (Franco, 2014).

Uma vez que aumentar os fatores protetores na infância e na adolescência promove e previne a ocorrência de doença mental no adulto (European Union, 2015; Rutter, 1985), revela-se assim, a necessidade de aumentar os estudos sobre fatores protetores nas dimensões individual, familiar e comunitária, visando identificar estratégias efetivas e intervenções específicas promotoras da saúde mental de crianças, jovens e adultos (Schultz et al., 2009; Collishaw et al., 2007). Entre estes programas, a Aprendizagem Socioemocional (SEL), tem se destacado como uma abordagem eficaz para melhorar o bem-estar emocional e o desempenho escolar dos estudantes (Greenberg et al., 2017).

Os programas de aprendizagem socioemocional, em contexto escolar surgem, como ferramentas essenciais para a promoção da saúde mental. A teoria holística defensora do desenvolvimento integral do ser humano, assim como as teorias de Gardner (teoria das inteligências múltiplas), os trabalhos de Goleman sobre a inteligência emocional, suportam este quadro referencial da Aprendizagem SEL (CASEL, 2020).

Os programas de aprendizagem socioemocional, têm sido implementados em ambientes educacionais, com o objetivo de promover as competências socioemocionais em crianças e adolescentes (Durlak et al, 2011).

Como parte ativa no sistema relacional e como modelo de identificação, bem-estar social e emocional, a qualidade da saúde mental é o elemento essencial nesta equação. Deve-se promover o desenvolvimento socioemocional nas crianças e no seu percurso escolar, que terá um impacto sobre o seu comportamento, saúde e resultados escolares. Os benefícios incluem: mais envolvimento na escola e na aprendizagem; promoção de competências socioemocionais; diminuição dos problemas emocionais e comportamentais; maior capacidade de resolução de problemas e resiliência; menor

risco de alguns tipos de perturbações mentais; prevenção do risco de uso/abuso de drogas e menor risco de comportamentos antissociais (Durlak et al., 2011).

O modelo de competências SEL, a implementar na escola, influencia o ambiente escolar e cria climas de aprendizagem facilitadores, no sentido de, criar ambientes seguros e de apoio que promovam o bem-estar, o desenvolvimento pessoal e a aprendizagem; ajudar as crianças e jovens a desenvolverem competências socioemocionais eficazes e a compreenderem o seu próprio comportamento; desenvolver estratégias de organização escolar e de articulação comunitária que suporte o bem-estar e sinalizar e referenciar as estruturas adequadas às crianças, jovens e famílias em risco, do ponto de vista da sua saúde mental e do bem-estar (DGS, 2016).

O conhecimento atual sobre os programas baseados no modelo de Aprendizagem Socioemocional (SEL), juntamente com as preocupações crescentes sobre a eficácia da terapia farmacológica (Feldman & Reiff, 2014), sublinha a importância de desenvolver novas abordagens de prevenção, promoção e intervenção. Essas novas metodologias visam aumentar a capacidade de ajustamento emocional, comportamental e atencional, tanto em crianças de grupos clínicos quanto não-clínicos. Trabalhar apenas com crianças do grupo clínico não é suficiente, é igualmente importante trabalhar com aquelas dos grupos não-clínicos, dado o papel crucial que os pares desempenham no desenvolvimento. Os pares são essenciais para integrar de maneira eficaz as dimensões educativas, afetivas e sociais, o que é fundamental para criar um ambiente inclusivo.

Nesse sentido, o ambiente escolar emerge como um contexto privilegiado para intervenções, pois, em comparação com outros ambientes, ele tem um papel central na vida de crianças e jovens. Além de ser o ambiente onde se transmitem conhecimentos escolares, a escola também promove o desenvolvimento de competências

socioemocionais. Quanto às metodologias de intervenção, diversos autores (como Sanders, 2008; Webster-Stratton, 2016) enfatizam que a transmissão de conhecimento de maneira envolvente, na qual as crianças estabelecem metas e alcançam resultados, aumenta a sua motivação e reduz a percepção de dificuldade nas tarefas.

Os programas de intervenção comportamental que incluem técnicas de relaxamento e treino cognitivo-comportamental (Carsey et al., 2015; Huguet et al., 2017; Vickery & Dorjee, 2015) são excelentes ferramentas para desenvolver essas competências tanto em crianças, quanto nos seus pais e professores, resultando na redução de comportamentos inadequados (Bierman et al., 2013).

Neste sentido, estes programas têm como objetivo desenvolver as competências socioemocionais, como a autorregulação, a empatia, o controle emocional e a resolução de problemas.

### **A eficácia dos programas**

As intervenções SEL demonstraram ser eficazes tanto no contexto escolar, como nos programas de prolongamento letivo, tanto para alunos que apresentam problemas, como para os que não apresentam (Durlak et al., 2011). Os autores Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger (2011) realizaram uma meta-análise que incidiu sobre avaliações de diversos programas universais de promoção de competências socioemocionais. Os autores verificaram que a dinamização destes programas, muito heterogêneos, originou melhorias estatisticamente significativas em todas as dimensões avaliadas: competências socioemocionais (identificação de emoções, definição de objetivos, adoção de outras perspectivas, resolução de problemas interpessoais, resolução de conflitos e tomada de decisão); atitudes relativamente ao próprio e às outras pessoas (incluindo percepções sobre si próprio, como autoestima, autoconceito e autoeficácia); ligação à escola (atitudes para com a escola e os professores, crenças sobre a violência,

ajuda, justiça social e abuso de substâncias); comportamento social positivo; problemas de comportamento; sofrimento emocional e desempenho escolar. Os resultados indicaram também que os impactos são maiores nas idades mais precoces, contudo, estes estudos têm a limitação de avaliar apenas os efeitos imediatos (Taylor, Oberle, Durlak, & Weissberg, 2017).

Após seis anos, em 2017, foi publicada outra meta-análise (Taylor, Oberle, Durlak, & Weissberg, 2017), extensão da anterior, com o objetivo de avaliar os impactos a longo prazo, entre seis meses a dezoito anos após a intervenção, de 82 intervenções universais, heterogêneas, de aprendizagem socioemocional. Os autores concluíram que as crianças e jovens que participaram em intervenções de aprendizagem socioemocional apresentavam resultados variados no que diz respeito às competências socioemocionais, atitudes positivas relativamente ao próprio, às outras pessoas e à escola, desempenho escolar, sofrimento emocional e abuso de substâncias. O principal fator associado a mudanças positivas no bem-estar, observado durante a intervenção foram as competências socioemocionais desenvolvidas imediatamente após a intervenção. Em 2019, os resultados destas duas meta-análises foram sintetizados para evidenciar os efeitos práticos das intervenções de aprendizagem socioemocional, que podem perdurar até 18 anos (Durlak & Mahoney, 2019).

Jones et al. (2015) enfatiza que as competências socioemocionais adquiridas na infância estão fortemente relacionadas com o bem-estar e o sucesso na vida adulta. A pesquisa de Taylor et al. (2017) reforça a importância de intervenções precoces, mostrando que os programas de SEL em ambientes escolares podem reduzir sintomas de perturbações emocionais e comportamentais. Estes autores argumentam que investir em programas de SEL não só traz benefícios individuais, mas também contribui para uma sociedade mais saudável e equilibrada. A implementação de programas de



intervenção socioemocional desde a infância é uma estratégia preventiva eficaz que pode promover a saúde mental e o desenvolvimento integral das crianças, preparando-as melhor para enfrentar os desafios da vida.

### **Limitações dos programas SEL**

De forma geral, os programas demonstram ser eficazes, no entanto, apresentam limitações, existindo assim, situações em que os programas não resultam em melhorias significativas, existindo motivos pelos quais essas intervenções podem não ser fortemente eficazes. Em primeiro lugar, a implementação inconsistente do programa é um problema significativo (Durlak et al., 2011). Segundo Taylor et al. (2017), a eficácia dos programas SEL está diretamente relacionada à maneira como são executados e aplicados, se os educadores não seguem o programa ou se há variações nas atividades realizadas, os resultados podem ser afetados negativamente. A falta de treino adequado para os professores e a resistência ou falta de apoio por parte da administração escolar podem prejudicar ainda mais a eficácia dessas intervenções (Durlak et al., 2011).

Outro aspeto importante é a adequação cultural dos programas, as crianças de diferentes contextos culturais podem reagir de maneiras distintas às intervenções propostas. Jagers, Rivas-Drake e Borowski (2018) destacam que programas que não são ajustados para refletir as experiências culturais e sociais dos alunos podem ter menos impacto, uma vez que as crianças podem não se identificar com as atividades e exemplos apresentados, reduzindo assim a eficácia do programa.

A duração e a intensidade do programa também são fatores importantes, uma vez que os programas de curta duração ou que não são suficientemente consistentes podem não dar tempo suficiente para que as crianças internalizem as competências socioemocionais aprendidas (Weissberg et al., 2015). As intervenções que ocorrem esporadicamente ou que não são integradas de forma consistente ao longo do ano letivo

costumam ter um impacto menor. As interrupções frequentes durante o ano letivo podem afetar a continuidade e, por consequência, a eficácia das intervenções.

O contexto familiar e ambiental das crianças desempenha um papel significativo, uma vez que as crianças que vivem em ambientes de alta tensão ou enfrentam dificuldades socioeconómicas podem ter necessidades emocionais mais complexas, que um programa SEL pode não conseguir atender adequadamente (Jones et al., 2013).

A avaliação dos resultados também pode influenciar a percepção da eficácia do programa. Segundo Mahoney et al. (2018), muitas avaliações dependem de autorrelatos ou observações que podem não capturar com precisão as mudanças internas nas crianças, o que pode levar à conclusão de que o programa não foi eficaz, mesmo que tenha havido melhorias que não foram bem refletidas pelas medidas utilizadas.

Em suma, os programas SEL promovem um ambiente escolar positivo e facilitam a aprendizagem, resultando em benefícios a médio prazo para a saúde e competências sociais e emocionais das crianças (Carvalho et al., 2016). Estes programas ajudam a melhorar o desempenho escolar, aumentam o autoconceito e incentivam o pensamento reflexivo, contudo é fundamental reconhecer e abordar as limitações inerentes a qualquer programa de intervenção (Lin & Bratton, 2015; Zins et al., 2004).

### **O programa “O mundo dos Intergalácticos”**

No que diz respeito às metodologias de intervenção, vários autores salientam que a transmissão de conhecimentos de uma forma estimulante, onde as crianças e jovens cumprem objetivos e alcançam resultados, leva a uma maior motivação e menor percepção de dificuldade para as tarefas a realizar. As intervenções baseadas em metodologias ativas e lúdicas constituem uma mais-valia para transmitir conhecimentos de forma estimulante e criar oportunidades para o desenvolvimento de competências

socioemocionais (Lin & Bratton, 2015; Meany-Walen & Telling, 2016; Padurean, 2013).

Os programas de intervenção comportamental que integram dinâmicas de relaxamento e treino cognitivo comportamental (Carsey et al., 2015; Huguet et al., 2017; Vickery & Dorjee, 2015) constituem aspetos benéficos para o desenvolvimento de competências socioemocionais nas crianças, nos pais e nos professores, diminuindo a predominância de comportamentos desadequados (Bierman et al., 2013).

Neste sentido, “O Mundo dos Intergalácticos” foi desenvolvido como um recurso psicoeducativo e lúdico-terapêutico (Sanders, 2008; Webster-Stratton, 2016) e como resposta à necessidade de programas SEL para crianças que frequentam escolas primárias e secundárias em Portugal (Cristóvão et al., 2017; Antunes et al., 2022; Antunes, no prelo).

A combinação desta componente lúdico com as técnicas cognitivo-comportamentais integrativas, nomeadamente de dinâmicas experienciais de atenção plena (Carsey et al., 2015; Huguet et al., 2017; Vickery & Dorjee, 2015), constitui um avanço em relação à maioria dos programas SEL disponíveis para esta faixa etária que se fundamentam, na sua maioria, em metodologias, como o brainstorming e o role-play (Aber et al., 2003; Humphrey et al., 2016; Jones et al., 2011; Malti et al., 2011).

O programa é destinado a crianças dos 8 aos 12 anos e tem como vantagem ter uma resposta de menor duração em comparação à maioria dos programas SEL existentes nesta faixa etária (Fernández-Martín et al., 2021). O programa tem oito sessões, com a duração média de 90 minutos cada uma e com periodicidade semanal. As sessões integram dinâmicas de relaxamento e treinamento cognitivo-comportamental (Ferraioli e Harris, 2013; Preto e Fernando, 2014; Raveepatarakul et al., 2014; Vickery e Dorjee, 2015; Huguet et al., 2017), uma vez que existem evidências de que as

intervenções cognitivas e comportamentais são fundamentais para promover as competências socioemocionais e o autocontrole (Smith et al., 2019).

O programa tem como objetivo promover as competências socioemocionais, como a autorregulação, a autorreflexão, a regulação e a expressão de emoções, reforçando a sua relação interpessoal com os pares, e aumentando os seus níveis de flexibilidade cognitiva (Lin & Bratton, 2015; Meany-Walen & Teeling, 2016).

As oito sessões que constituem o programa têm como objetivos gerais a intervenção ao nível da autorregulação, capacidade de autocontrolo, capacidade de atenção plena, assim como da promoção de comportamentos ajustados nos diferentes contextos onde se inserem, tanto em contexto escolar como familiar (Antunes, Guedes, Alexandre & Veríssimo, 2022).

Durante as sessões de intervenção, foram utilizados diferentes métodos, como o expositivo-interrogativo, ativo e demonstrativo e técnicas, como exercícios de relaxamento com imagens, desenhos, mímica, role-play, brainstorming, histórias e reforço positivo (Antunes, Guedes, Alexandre & Veríssimo, 2022).

É nesta faixa etária que as crianças desenvolvem a sua aprendizagem através da observação e das imitações sociais. Nesta fase as crianças ainda se importam bastante com a opinião dos adultos e atribuem um gosto especial ao faz de conta, às fantasias, à sua criatividade (jogo simbólico) e têm um nível elevado relativamente às capacidades de atenção e concentração (Lucas & Soares, 2013).

As duas primeiras sessões, têm como objetivo intervir ao nível dos processos autorregulatórios, onde é entregue às crianças, o passaporte e a caderneta Intergalática, sendo realizadas atividades como o desenho, a mímica e o role-play.

De seguida, o foco do programa incide na promoção de estratégias de autocontrole, irrequietude e impulsividade através do role-play e reforço positivo na

terceira sessão. Na quarta sessão, torna-se possível estimular a atenção plena, através do desenho, histórias e relaxamento. Na quinta sessão, a partir das dinâmicas caça ao tesouro, brainstorming em grupo e autorreforço positivo, trabalhar áreas como a atenção e a irrequietude motora. A sexta sessão procura promover comportamentos adequados no contexto familiar e escolar, recorrendo a um role-play, brainstorming e reforço positivo. A sétima sessão pretende intervir ao nível socioemocional, através do relaxamento e reforço positivo e por fim, a oitava sessão é uma continuação da intervenção ao nível socioemocional a partir do desenho e treino da expressão emocional em grupo e reforço positivo (Carsey et al., 2015; Huguet et al., 2017; Vickery & Dorjee, 2015).

As oito sessões são caracterizadas pela caderneta intergaláctica, entregue na primeira sessão e devolvida na última sessão a cada criança, que consiste numa caderneta constituída por 10 superpoderes: Super Aventura, Super Criatividade, Super Energia, Super Atenção, Super Ideias, Super Alegria, Super Força, Super Proteção e 2 superpoderes realizados pelas crianças (Antunes, Guedes, Alexandre & Veríssimo, 2022).

O desenvolvimento destes programas, é uma das formas mais estimulantes para as crianças e jovens, onde os mesmos se mostram motivados em participar nas atividades propostas (Sanders, 2008; Webster-Stratton, 2016), conseguindo assim atingir níveis mais baixos de impulsividade e um maior autocontrolo nas suas ações, elevando a autoestima e a autoconfiança (Padurean, 2013).



## Objetivos

### Objetivo geral:

Esta investigação tem como objetivo, compreender e caracterizar a relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais em crianças do 4º ano de escolaridade.

Tendo em conta o objetivo geral, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- a) Compreender e caracterizar a relação entre o treino de competências socioemocionais e a sintomatologia de ansiedade;
- b) Compreender e caracterizar a relação entre o treino de competências socioemocionais e a sintomatologia de depressão;
- c) Compreender e caracterizar a relação entre o treino de competências socioemocionais e a sintomatologia de stress;
- d) Compreender e caracterizar a associação entre as competências socioemocionais e a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress;
- e) Desenvolver um modelo compreensivo dos sintomas da EADS integrando as competências socioemocionais avaliadas pela escala Para mim é Fácil.





## **Método**

O presente estudo, trata-se de um estudo experimental e quantitativo, com dois momentos de avaliação, o pré e pós-teste, num grupo único.

As variáveis em estudo foram os sintomas de ansiedade, depressão e stress (dependente) e as competências socioemocionais, avaliadas antes e depois da intervenção com o programa de intervenção “O Mundo dos Intergalácticos” (independente).

O presente estudo teve início no mês de outubro de 2023 e foi concluído em julho de 2024.

## **Participantes**

A amostra foi constituída por 78 crianças, pertencentes a 4 turmas do 4º ano de escolaridade, inseridas num agrupamento de escolas na zona da Grande Lisboa. No presente estudo, participaram crianças do género feminino e do género masculino, com idades compreendidas entre os 8 e os 11 anos, com uma média de 9,29 (DP=0,584). Apenas 75 crianças completaram a avaliação inicial e final, sendo este o N considerado para as análises dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação: pré e pós intervenção do programa.

## **Instrumentos e variáveis**

Os instrumentos utilizados foram selecionados tendo em conta os objetivos pretendidos. Inicialmente foram recolhidos os dados sociodemográficos mais relevantes para a caracterização da amostra, como o sexo, a idade, o ano escolar, a turma, o nome do professor e da escola, através de um questionário sociodemográfico.

Posteriormente, foi aplicada a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress para Crianças (EADS-C); (Lovibond & Lovibond, 1995; Versão Portuguesa: Leal et al.,

2009). A EADS-C é semelhante à versão para adultos da escala com o mesmo nome, no entanto, diferencia-se, no sentido em que esta inclui exemplos que ajudam as crianças e jovens a compreender melhor o sentido dos itens apresentados. Este questionário de autorrelato, é constituído por 21 itens que se distribuem por três dimensões, compostas por sete itens: (1) a depressão, que avalia a disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia; (2) a ansiedade, que se refere à excitação do sistema autónomo, efeitos músculo esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade; (3) e o stress, que remete dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação/irritabilidade fácil, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência. Para cada item, a criança ou jovem avalia a extensão em que experimentou cada sintoma durante a última semana, com base numa escala de Likert de 4 pontos (0 – Não se Aplicou Nada a Mim, 1 – Aplicou-se a Mim Algumas Vezes, 2 – Aplicou-se a Mim Muitas Vezes, 3 – Aplicou-se a Mim a Maior Parte das Vezes). Para cada dimensão, é calculado um score, com base no somatório das pontuações atribuídas a cada um dos itens que a compõem. Os scores de cada dimensão variam entre 0 e 21, sendo que valores mais elevados indicam que a criança e jovem percebe estados afetivos mais negativos (Clark & Watson, 1995; Swailes & McIntyre-Bhatty, 2002).

Foi também utilizada a escala “Para mim é fácil”, que consiste numa escala de avaliação de competências pessoais e sociais (Gaspar & Matos, 2015). A escala inicial era constituída por 50 itens, no entanto após ter sido testada com crianças, adolescentes, professores e psicólogos foi reduzida para 43 itens. É um questionário de autorrelato, cujos 43 itens se organizam em cinco dimensões: resolução de problemas, que é constituída por 15 itens, o 7, 9, 10, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 39, 42 e 43 que engloba fazer escolher, compreender as emoções e pedir ajuda; as competências básicas

composta por 8 itens, o 4, 6, 8, 12, 13, 19, 20 e 27, (dizer obrigado, pedir desculpa, elogiar); a regulação emocional, que tem 7 itens, o 1, 14, 17, 35, 36, 38 e 41 (controlar-se, acalmar-se perante uma situação difícil ou quando entusiasmado); relações interpessoais 8 itens, o 2, 3, 5, 11, 15, 16, 18 e 37 (ir falar com pessoas desconhecidas, defender os seus direitos, começar ou manter uma conversa); e definição de objetivos 5 itens, o 31, 32, 33, 34 e 40 (lembrar-se de tarefas importantes, prestar atenção numa aula aborrecida) (Gaspar & Matos, 2015). Para cada item, é pedido à criança para indicar o grau em que concorda, numa escala do tipo Likert de 1 a 5 pontos em que 1= Nunca, 2=Poucas vezes, 3=Algumas vezes, 4= Muitas vezes, 5= Sempre (Gaspar & Matos, 2015).

Com base na média das pontuações obtidas nos 43 itens, é calculado um score global que se refere ao total de Competências Socioemocionais da criança ou jovem. Os resultados mais elevados indicam que a criança/jovem tem níveis mais elevados de competências básicas, de resolução de problemas, de regulação emocional, de relacionamento interpessoal e de definição de objetivos (Gaspar & Matos, 2015).

As variáveis resultantes da aplicação destes instrumentos podem ser consultadas com maior detalhe na Tabela 1.

**Tabela 1 - Descrição das variáveis EADS**

Variáveis	Escala de resposta/ categorias	Itens	Alpha de Cronbach ( $\alpha$ )
Ansiedade	0-3	2 -Boca seca 4- Dificuldade em respirar 7-Tremores 9- Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula. 15-Entrar em pânico/medo 19- Alterações no meu coração 20- Assustado	$\alpha=0,781$
Depressão	0-3	3- Não senti nenhum sentimento bom. 5- Dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas. 10- Não tinha nada a esperar do futuro. 13- Desanimado/cansado e melancólico 16- Não ter entusiasmo por nada. 17- Não tinha muito valor como pessoa 21- A vida não tinha sentido.	$\alpha=0,762$
Stress	0-3	1- Dificuldades em acalmar-me 6- Reagir em demasia em determinadas situações. 8- Utilizar muita energia nervosa 11- Ficar agitado. 12- Dificuldade em relaxar 14- Intolerante a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer; 18- Estava sensível.	$\alpha=0,818$
Escala total	0-3	-	$\alpha=0,902$

## **Procedimento**

Este estudo está inserido num projeto de investigação mais vasto. Foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa e teve autorização de aplicação através do Sistema de Monitorização de Inquéritos em contexto escolar (MIME) O estudo tem um desenho experimental, com dois momentos de avaliação, o pré-teste e pós-teste, com o grupo único e a amostra foi recolhida por conveniência.

Os dados foram recolhidos em 4 turmas do 4º ano de escolaridade, de 3 escolas básicas, inseridas no Agrupamento de Escolas de Pinhal dos Frades, que demonstraram o devido interesse na implementação do programa de intervenção com a população-alvo. A recolha de dados foi realizada entre novembro de 2023 e abril de 2024.

O programa “O Mundo dos Intergalácticos” foi apresentado aos profissionais de educação, onde o objetivo consistiu em explicar o conceito do programa, o número de sessões, a sua durabilidade e de uma forma geral algumas das dinâmicas a realizar, materiais necessários, informações sobre a participação dos presentes e, informações sobre o protocolo e momentos de avaliação.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para a participação no estudo: a criança ter uma idade compreendida entre os 8 e os 11 anos, o consentimento informado dos encarregados de educação devidamente assinado para conceder a participação da criança no programa, bem como o assentimento informado da crianças.

No primeiro momento de recolha de dados, antes da intervenção do programa, foi apresentado aos representantes legais das crianças explicitando os objetivos e procedimentos do estudo, o caráter voluntário da participação e a confidencialidade no tratamento dos dados recolhidos. Solicitou-se a respetiva autorização e o esclarecimento de possíveis questões. Foi pedida uma autorização escrita à direção da escola em articulação com os respetivos gabinetes de psicologia. Após a receção das autorizações

dos representantes legais, e antes do primeiro momento de recolha de dados, foi explicado às crianças em que consiste o programa de intervenção, os objetivos, o carácter voluntário da participação, assegurando-se a confidencialidade dos dados recolhidos. De seguida, foi solicitado o assentimento verbal das crianças para a participação no programa de intervenção e para a recolha de dados.

Durante o primeiro momento da recolha de dados, foram lidas as instruções e os itens dos instrumentos integrados no protocolo de avaliação a todos os alunos da turma, clarificando dúvidas individuais dos mesmos em relação às instruções e aos itens, sempre que necessário. Após o momento da recolha de dados de pré-teste, procedeu-se ao início da aplicação das 8 sessões do programa “O Mundo dos Intergalácticos”, tendo o mesmo sido realizado semanalmente, (salvando exceções de interrupções letivas, ou atividades pedagógicas no mesmo horário). O segundo momento de recolha de dados, consistiu na aplicação e preenchimento do pós-teste, imediatamente após a implementação do programa, onde os procedimentos de recolha de dados foram semelhantes aos descritos no momento de pré-teste.

### **Análise e tratamento de Dados**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do IBM SPSS Statistics versão 27. Para a análise dos dados, realizou-se uma descrição das variáveis em estudo: ansiedade, depressão e stress do instrumento EADS. Foi realizada uma análise de frequências dos itens da escala EADS nos momentos do pré-teste e pós-teste. Para apurar as associações entre as variáveis foi realizado um teste de correlação de *Pearson*. Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a sintomatologia da ansiedade, depressão, stress e total no pré-teste e no pós-teste do programa foi concretizado um teste T-Student para amostras emparelhadas. Por fim, foi efetuada uma regressão linear para compreender e caracterizar o impacto preditivo das

competências socioemocionais avaliados pela escala “Para mim é Fácil” (Resolução de Problemas, Competências Básicas, Regulação Emocional, Relações Interpessoais e Definição de Objetivos) na variação dos sintomas de ansiedade, depressão e stress.

## **Resultados**

Neste capítulo será apresentada a análise de dados realizada de acordo com o objetivo geral e os objetivos específicos estabelecidos. Foi realizada uma análise de frequências dos itens da escala EADS.

Durante a avaliação do pré-teste verificou-se que mais de dois terços dos participantes referiram sentir pelo menos um sentimento bom (79,5%) e reportaram não se sentirem assustados sem uma razão aparente (70,5%). No entanto, mais de metade dos participantes referiram sentir a boca seca (52,6%), reportaram que não sentiam valor como pessoa (53,8%) e que estavam sensíveis (52,8%), pelo menos algumas vezes. Quase metade dos participantes refere que ficou agitado (48,8%) e esteve intolerante em relação a qualquer coisa que os impedisse de terminar aquilo que estavam a fazer (47,4%), pelo menos algumas vezes. Verifica-se também que 14,1% referiam sentir a boca seca, 15,4% relataram sentir dificuldade em relaxar, 15,4% utilizaram muita energia nervosa, a maior parte das vezes.

Em resumo, embora a maioria dos participantes tenha relatado sentimentos positivos, uma parte significativa também reporta sintomas de desconforto físico e emocional durante o pré-teste, o que indica a presença de uma variedade de respostas emocionais entre os participantes.

**Tabela 2 - Frequências Pré-teste | EADS**

	Não se aplicou nada a mim %	Aplicou-se a mim algumas vezes %	Aplicou-se a mim muitas vezes %	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes %
1- Dificuldades em acalmar-me.	59,0	29,5	9,0	2,6
2- Boca seca	47,4	29,5	9,0	14,1
3- Não senti nenhum sentimento bom.	79,5	15,4	3,8	1,3
4- Dificuldade em respirar	66,7	23,1	6,4	3,8
5- Dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	60,3	23,1	9,0	7,7
6- Tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	69,2	15,4	7,7	7,7
7- Tremores	59,0	28,2	7,7	5,1
8- Utilizei muita energia nervosa.	56,4	17,9	10,3	15,4
9- Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	66,7	12,8	11,5	9,0
10- Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	57,7	20,5	11,5	10,3
11- Fiquei agitado.	51,3	28,2	10,3	10,3
12- Dificuldade em relaxar.	59,0	17,9	7,7	15,4
13- Senti-me desanimado/cansado	65,4	23,1	10,3	1,3
14- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	52,6	37,2	6,4	3,8
15- Senti-me quase a entrar em pânico.	61,5	21,8	10,3	6,4
16- Não tive entusiasmo por nada.	62,8	21,8	7,7	7,7
17- Senti que não tinha muito valor como pessoa.	46,2	26,9	17,9	9,0
18- Por vezes estava sensível.	47,4	28,2	12,8	11,5
19- Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	61,5	20,5	12,8	5,1
20- Senti-me assustado sem ter tido uma razão para isso.	70,5	17,9	7,7	3,8
21- Senti que a vida não tinha sentido.	57,7	25,6	10,3	6,4

Durante a avaliação do pós-teste verificou-se que à semelhança do pré-teste, mais de dois terços dos participantes referiram sentir pelo menos um sentimento bom (78,9%) e reportaram não se sentirem assustados sem uma razão aparente (80,3%), no entanto, mais de metade dos participantes referiram sentir agitação (51,3%), reportaram



que não sentiam valor como pessoa (52,6%) e que estavam sensíveis (59,2%), pelo menos algumas vezes. Quase metade dos participantes referiu ter dificuldade em acalmar-se (48,7%) e utilizou energia nervosa (48,7%), pelo menos algumas vezes. Verifica-se também que 9,2% referiam sentir a boca seca, 11,8% relataram estarem sensíveis e 7,9% referiram ficar agitados e ter dificuldade em relaxar, a maior parte das vezes, como podemos observar na Tabela 3.

Em resumo, à semelhança do pré-teste, a maioria dos participantes relatou sentimentos positivos, no entanto, uma parte significativa também reporta sintomas de desconforto físico e emocional durante o pós-teste, o que indica a presença de uma variedade de respostas emocionais entre os participantes.

**Tabela 3 - Frequências Pós-teste | EADS**

	Não se aplicou nada a mim %	Aplicou-se a mim algumas vezes %	Aplicou-se a mim muitas vezes %	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes %
1. Dificuldades em acalmar-me.	51,3	31,6	14,5	2,6
2. Boca seca	51,3	35,5	3,9	9,2
3. Não senti nenhum sentimento bom.	78,9	15,8	3,9	1,3
4. Dificuldade em respirar	72,4	21,1	5,3	1,3
5. Dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	52,6	31,6	9,2	6,6
6. Tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	61,8	23,7	9,2	5,3
7. Tremores.	59,2	21,1	15,8	3,9
8. Utilizei muita energia nervosa.	51,3	30,3	14,5	3,9
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	60,5	22,4	11,8	5,3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	53,9	31,6	11,8	2,6
11. Fiquei agitado.	48,7	31,6	11,8	7,9
12. Dificuldade em relaxar.	61,8	22,4	7,9	7,9
13. Senti-me desanimado/cansado.	63,2	27,6	6,6	2,6
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	60,5	23,7	10,5	5,3

15. Senti-me quase a entrar em pânico.	60,5	26,3	10,5	2,6
16. Não tive entusiasmo por nada.	67,1	21,1	7,9	3,9
17. Senti que não tinha valor como pessoa.	47,4	28,9	17,1	6,6
18. Senti que, por vezes estava sensível.	40,8	38,2	9,2	11,8
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	59,2	23,7	7,9	9,2
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	80,3	15,8	2,6	1,3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	56,0	30,7	12,0	1,3

Foi realizado um teste de correlação de *Pearson*, com o objetivo de estudar as associações entre as variáveis em estudo (Tabela 4).

Antes da aplicação do programa, verificou-se uma correlação proporcional e forte, estatisticamente significativa entre a ansiedade e a depressão ( $r = 0,761^{**}$ ) e moderada entre o stress e a ansiedade ( $r = 0,568^{**}$ ) e entre a depressão e o stress ( $r = 0,609^{**}$ ), ou seja, a ansiedade, a depressão e o stress tendem a aumentar proporcionalmente. Nos resultados do pós-teste, as associações entre as variáveis ansiedade, depressão e stress, tenderam a manter-se.

Antes da aplicação do programa, observou-se que, a resolução de problemas, estava inversamente correlacionada de forma fraca, com a ansiedade ( $r = -0,244^{*}$ ), com a depressão, ( $r = -0,309^{**}$ ) e com o stress ( $r = -0,227^{**}$ ), ou seja, quanto menor for a capacidade de resolução de problemas, maior será a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress. No pós-teste, as associações mantiveram-se significativas para a depressão e o stress e não se verificou uma associação estatisticamente significativa para a ansiedade.

Antes da aplicação do programa, verificou-se que as competências básicas e o stress estavam inversamente correlacionados de forma fraca ( $r = -0,284^{**}$ ), ou seja quanto maior for o nível de competências básicas, menor serão os sintomas de stress. Em

contrapartida, após a aplicação do programa verificou-se que o nível de competências básicas estava inversamente correlacionado de forma fraca com a ansiedade ( $r = - 0,356^{**}$ ) e de forma moderada com a depressão ( $r = - 0,442^{**}$ ) e com o stress ( $r = - 0,448^{**}$ ), o que significa que quanto maior for o nível de competências básicas, menor serão os sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Observou-se que antes da aplicação do programa, a regulação emocional, estava inversamente correlacionada de forma fraca com a depressão, ( $r = - 0,303^{**}$ ), e com o Stress ( $r = - 0,347^{**}$ ), ou seja, quanto maior a capacidade de regulação emocional, menor serão os sintomas depressivos e de stress. No pós teste, verificou-se que as associações se mantiveram, com exceção da ansiedade que passou a estar inversamente correlacionada de forma fraca com a regulação emocional ( $r = - 0,277^{**}$ ).

Verificou-se que antes da aplicação do programa, as relações interpessoais estavam inversamente correlacionadas de forma fraca ( $r = - 0,286^{**}$ ) com a variável depressão, ou seja, quanto maior forem as relações interpessoais, menor serão os sintomas depressivos, no entanto, no pós teste verificou-se que esta associação não se manteve significativa.

Antes da aplicação do programa, verificou-se que não existem associações no que concerne à definição de objetivos, no entanto, após a aplicação do programa podemos perceber que existe uma correlação proporcional fraca, estatisticamente significativa entre a definição de objetivos e a ansiedade ( $r = 0,252^{*}$ ), a depressão ( $r = 0,302^{**}$ ) e o stress ( $r = 0,288^{*}$ ), ou seja, quanto maior for a definição de objetivos, maior será a sintomatologia da ansiedade, depressão e stress.

Em síntese, os resultados demonstram que, após a aplicação do programa, se mantiveram as associações entre várias variáveis, com algumas alterações significativas,

sugerindo que a aplicação do programa influenciou as correlações entre competências emocionais e os sintomas de ansiedade, depressão e stress.

**Tabela 4 - Correlações das variáveis em estudo**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1-Ansiedade-PRT	1																		
2-Depressão-PRT	,761**	1																	
3-Stress-PRT	,568**	,609**	1																
4-Total EADS-PRT	,880**	,894**	,847**	1															
5-Ansiedade-PST	,633**	,566**	,585**	,681**	1														
6-Depressão-PST	,427**	,440**	,422**	,491**	,698**	1													
7-Stress-PST	,458**	,378**	,517**	,521**	,641**	,728**	1												
8- Total EADSPST	,564**	,516**	,569**	,631**	,870**	,904**	,896**	1											
9-RP-PRT	-,244*	-,309**	-,227*	-,296**	-,0215	-,0160	-,283*	-,254*	1										
10-CB-PRT	-,0147	-,0208	-,284*	-,248*	-,0087	-,0130	-,0137	-,0130	,656**	1									
11-RE-PRT	-,0221	-,303**	-,347**	-,335**	-,0221	-,0182	-,375**	-,299**	,793**	,554**	1								
12-RI-PRT	-,0186	-,286*	-,0129	-,225*	-,0109	-,0109	-,0195	-,0168	,666**	,515**	,578**	1							
13-DO-PRT	0,104	0,116	0,179	0,155	0,061	0,199	0,092	0,126	0,202	0,091	0,187	0,174	1						
14- Total_PRT	-,0215	-,294**	-,239*	-,285*	-,0181	-,0133	-,270*	-,0227	,946**	,752**	,854**	,778**	,349**	1					
15-RP-PST	-,0218	-,246*	-,0160	-,236*	-,0199	-,330**	-,376**	-,335**	,615**	,308**	,501**	,362**	-,0128	,518**	1				

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
16-CB-PST	-																			
	,353**	-,261*	-,251*	,330**	,356**	,442**	,498**	,483**	,500**	,389**	,341**	,311**	-0,068	,444**	,576**	1				
17-RE-PST	-0,222	-0,209	-	-																
			,401**	,325**	-,277*	-	-	-	,457**	,246*	,453**	0,123	-0,204	,359**	,661**	,494**	1			
18-RI-PST	-0,172	-,240*	-0,144	-0,210	-0,206	-0,205	-0,166	-0,214	,513**	,320**	,440**	,451**	0,097	,513**	,584**	,484**	,427**	1		
19-DO-PST	0,222	0,189	,247*	,254*	,252*	,302**	,288*	,326**	-0,064	0,056	-0,032	-0,002	,471**	0,049	-0,172	-0,100	-,248*	0,075	1	
20-Total-PST	-,238*	-,252*	-0,224	-,272*	-,246*	-	-	-	,645**	,390**	,542**	,386**	-0,013	,581**	,904**	,728**	,754**	,757**	0,052	
						,345**	,387**	,362**												

\*\*\* Significativo no nível 0.001 \*\* Significativo no nível 0.01 \* Significativo no nível 0.05

Nota: RP-PST = Resolução de Problemas Pós-Teste; CB-PST = Competências Básicas Pós-Teste; RE-PST = Regulação Emocional Pós-Teste; RI-PST = Relações Interpessoais Pós-Teste; DO-PST= Definição de Objetivos Pós-Teste.

Foi realizado um teste T-Student para amostras emparelhadas, para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a sintomatologia de ansiedade no pré e no pós-teste do programa. Segundo a tabela 5, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois momentos ( $t(75) = 1,317$ ;  $p = 0,192$ ). Não obstante, os resultados demonstram uma ligeira tendência, não significativa, na redução da média da sintomatologia ansiosa entre o pré-teste ( $0,617 \pm 0,603$ ) e o pós-teste do programa ( $0,543 \pm 0,515$ ).

Em suma, verifica-se que a sintomatologia de ansiedade, apresenta uma ligeira tendência a diminuir, do momento do pré-teste para o pós-teste, ainda que estatisticamente não significativa.

**Tabela 5 – Teste T | Ansiedade**

	N	M	DP	t	gl	p
Ansiedade PRT	76	0,617	0,603			
				1,317	75	0,192
Ansiedade PST	76	0,543	0,515			

Segundo a tabela 6, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois momentos ( $t(74) = 0,685$ ;  $p = 0,495$ ). Não obstante, os resultados demonstram uma ligeira tendência, não significativa, na redução da média da sintomatologia depressiva entre o pré-teste ( $0,617 \pm 0,580$ ) e o pós-teste do programa ( $0,571 \pm 0,505$ ).

Em síntese, verifica-se que do momento do pré-teste para o pós-teste, os sintomas depressivos tendem a diminuir ligeiramente, ainda que de forma estatisticamente não significativa.

**Tabela 6 – Teste T | Depressão**

	N	M	DP	t	gl	p
Depressão PRT	75	0,617	0,580			
				0,685	74	0,495
Depressão PST	75	0,571	0,505			

Segundo a tabela 7, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois momentos ( $t(75) = 0,369$ ;  $p = 0,713$ ). Não obstante, os resultados demonstram uma ligeira tendência, não significativa, na redução da média da sintomatologia do stress entre o pré-teste ( $0,727 \pm 0,679$ ) e o pós-teste do programa ( $0,701 \pm 0,573$ ).

Em resumo, verifica-se que a sintomatologia de stress, tende a diminuir ligeiramente do momento do pré-teste para o pós-teste, embora de forma estatisticamente não significativa.

**Tabela 7 – Teste T | Stress**

	N	M	DP	t	gl	p
Stress PRT	76	0,727	0,679			
				0,369	75	0,713
Stress PST	76	0,701	0,573			

Segundo a tabela 8, não se verificam diferenças estatisticamente significativas, entre os dois momentos ( $t(74) = 0,973$ ;  $p = 0,334$ ). Não obstante, os resultados demonstram uma ligeira tendência, não significativa, na redução da média da



sintomatologia da ansiedade, depressão e stress, entre o pré-teste ( $0,658 \pm 0,543$ ) e o pós-teste do programa ( $0,609 \pm 0,474$ ).

Em síntese, verifica-se que no que concerne ao total de sintomas, os mesmos apresentam uma tendência a diminuir do momento do pré-teste para o pós-teste, ainda que de forma estatisticamente não significativa.

**Tabela 8 - Teste T | Total**

	N	M	DP	t	gl	p
Total PRT	75	0,658	0,543			
				0,973	74	0,334
Total PST	75	0,609	0,474			

Foi efetuada uma regressão linear para compreender e caracterizar o impacto preditivo das competências socioemocionais avaliados pela escala “Para mim é Fácil” (resolução de problemas, competências básicas, regulação emocional, relações interpessoais e definição de objetivos) na variação do valor total dos sintomas de ansiedade, depressão e stress. Obteve-se um modelo ajustado para os sintomas no pré-teste ( $F(5,72) = 2,929$ ), que explica 16,9% da sua variância. No modelo é possível observar que é a variável definição de objetivos que está a captar de forma positiva e significativa a maioria da variação dos sintomas ( $B=0,031^*$ ), ou seja, quanto maior a capacidade de definição de objetivos, maior os sintomas de ansiedade, depressão e stress, como se verifica na tabela 9.

**Tabela 9- Modelo de Regressão Linear | Pré-Teste**

	B	Erro Padrão	$\beta$	t
(Constante)	1,246	,442		2,816
RP-PRT	-,003	,009	-,062	-,298
CB-PRT	-,006	,015	-,056	-,388
RE-PRT	-,027	,017	-,279	-1,570
RI-PRT	-,003	,015	-,033	-,228
DO-PRT	,031	,015	,231*	2,094

\*\*\* Significativo no nível 0.001 \*\* Significativo no nível 0.01 \* Significativo no nível 0.05

Nota: RP-PRT = Resolução de Problemas Pré-Teste; CB-PRT = Competências Básicas Pré-Teste; RE-PRT = Regulação Emocional, Pré-Teste; RI-PRT = Relações Interpessoais Pré-Teste; DO-PRT= Definição de Objetivos Pré-Teste.

No pós-teste, verificamos um modelo de regressão linear ajustado para os sintomas ( $F(5,68) = 6,515$ ), que explica 32,4% da variância dos mesmos. Neste modelo, verificamos que a variável Definição de Objetivos continua a captar significativamente a variação dos sintomas ( $B = 0,028$ ), adicionalmente, as Competências Básicas também aparecem como significativas na variação dos sintomas do pós-teste ( $B = -0,046$ ), ou seja, quanto maior a Definição de Objetivos e menor a capacidade de adquirir Competências Básicas, maior a sintomatologia, como se verifica na tabela 10.

**Tabela 10- Modelo de Regressão Linear | Pós-Teste**

	B	Erro Padrão	$\beta$	t
(Constante)	1,871	,464		4,036
RP-PST	,003	,007	,057	,369
CB-PST	-,046	,014	-,412*	-,3,235
RE-PST	-,016	,012	-,181	-1,312
RI-PST	,003	,014	-,026	,203
DO-PST	,028	,012	,241*	2,265

\*\*\* Significativo no nível 0.001 \*\* Significativo no nível 0.01 \* Significativo no nível 0.05

Nota: RP-PST = Resolução de Problemas Pós-Teste; CB-PST = Competências Básicas Pós-Teste; RE-PST = Regulação Emocional Pós-Teste; RI-PST = Relações Interpessoais Pós-Teste; DO-PST= Definição de Objetivos Pós-Teste.

## Discussão

O presente estudo, teve como base o objetivo geral de compreender e caracterizar a relação entre a ansiedade, depressão e stress e o treino de competências socioemocionais em crianças do 4º Ano de escolaridade. Os principais resultados deste estudo, demonstram que houve uma ligeira redução na sintomatologia de ansiedade, depressão e stress entre o momento do pré-teste e do pós-teste, embora estatisticamente não significativa. Apesar de não se terem verificado resultados significativos, existe uma tendência para que a frequência da intensidade mais alta dos sintomas tenha diminuído do momento do pré-teste, para o pós-teste, significando que embora não tenha existido uma diminuição da sintomatologia, há evidência de que possa ter diminuído a intensidade dos sintomas após a intervenção do programa. Estes resultados vão ao encontro de vários estudos com programas SEL, aplicados em diversos contextos. A literatura evidencia que os programas SEL têm mostrado eficácia na redução de sintomas de ansiedade, uma vez que ajudam os alunos a desenvolverem a capacidade de identificar, compreender e gerir emoções, como o medo e a preocupação. Um estudo de Taylor et al. (2017) concluiu que, ao longo de vários meses após a implementação de programas SEL, os participantes relataram uma redução significativa nos sintomas de ansiedade e stress. O programa RULER e o programa MindUP, são exemplos de intervenções que obtiveram resultados significativos na redução da sintomatologia.

Em concordância com os resultados obtidos no presente estudo, segundo o autor Jones et al. (2019), mesmo que os sintomas de ansiedade e depressão possam não reduzir de forma significativa em determinados contextos, os alunos frequentemente relatam uma menor gravidade e intensidade dos sintomas e uma maior capacidade de conseguir enfrentá-los. Taylor et al. (2017) concluíram que em vez de eliminar os

sintomas, os programas SEL também podem auxiliar na diminuição da intensidade dos sintomas negativos dessas condições, como se verifica no presente estudo, pois embora não exista uma redução significativa dos sintomas, observa-se que a frequência dos mesmos é menor após a intervenção do programa.

Embora os resultados do estudo apresentem uma ligeira redução dos sintomas da ansiedade, depressão e stress, esta não se verificou significativa. A literatura corrobora esta ideia através das limitações que os programas SEL apresentam. Existem intervenções SEL que não atingem os objetivos, ou cujos efeitos são limitados em contextos específicos, como é o exemplo do programa SEAL (*Social and Emotional Aspects of Learning*) (Greenberg et al., 2017). Neste sentido, os resultados deste estudo poderão não se verificar estatisticamente significativos por diversos motivos.

A adequação cultural do programa poderá ser um dos fatores que limitam os resultados significativos, ou seja, ao existirem crianças de diferentes contextos culturais, podem responder de maneiras distintas às intervenções (Weare & 2011). De acordo com Jagers, Rivas-Drake, e Borowski (2018), os programas que não são adaptados para refletir as experiências culturais e sociais dos alunos podem ser menos eficazes, as crianças podem não se identificar com os exemplos e atividades propostas, reduzindo o impacto potencial da intervenção.

No que diz respeito à duração e intensidade do programa, estes são aspetos importantes na eficácia dos resultados e uma vez que o programa aplicado tem uma menor duração, pode não ter proporcionado o tempo necessário para que as crianças internalizem e apliquem as competências socioemocionais aprendidas. As intervenções que ocorrem esporadicamente ou que não são integradas de forma consistente ao longo do ano letivo tendem a ter menos impacto (Weissberg et al., 2015). Durante o período escolar, existem interrupções letivas, que podem condicionar a periodicidade da

intervenção dos programas e posteriormente condicionar os resultados do mesmo, o que se verificou com frequência, durante o período em que o programa foi aplicado, sobretudo na aplicação do pré-tese, o que poderá ter condicionado os resultados do estudo (Greenberg et al., 2017).

O contexto familiar e ambiental das crianças também desempenha um papel significativo, as crianças que vivem em ambientes de alta tensão ou com dificuldades socioeconómicas podem ter necessidades emocionais mais complexas que um programa SEL não consegue abordar adequadamente (Jones et al., 2013). Uma intervenção mais intensiva, personalizada e individual pode ser necessária para lidar com as fontes subjacentes de ansiedade, depressão e stress. A avaliação inadequada dos resultados pode levar à conclusão de que o programa não foi eficaz, quando na verdade pode haver melhorias não capturadas pelas medidas utilizadas (Durlak & Dupre, 2008).

De acordo com Durlak et al. (2011), a eficácia dos programas tende a ser reduzida quando implementados em períodos próximos ao fim do ano letivo, uma vez que nesta fase os alunos frequentemente enfrentam pressões relacionadas às avaliações finais e à conclusão de objetivos escolares, o que pode interferir nos benefícios das intervenções.

Greenberg et al. (2017), destacam que a implementação tardia de programas SEL, em períodos de maior tensão escolar, pode ser particularmente prejudicial. Neste contexto, os alunos podem estar mais focados nas exigências escolares e menos recetivos às intervenções socioemocionais, o que diminui a probabilidade de que estas práticas tenham um impacto significativo. O autor também enfatiza que a carga emocional associada ao final do ano letivo, incluindo as avaliações, testes, a definição de objetivos e expectativas de desempenho, pode exacerbar os níveis de stress e ansiedade, interferindo nos resultados dos programas SEL.

Desta forma, o timing das intervenções é essencial para maximizar os resultados na diminuição da ansiedade, depressão e stress. Se os programas SEL forem introduzidos de maneira fragmentada ou tardia, os alunos podem não ter oportunidades suficientes para praticar e aplicar as competências adquiridas em situações reais de stress ou conflito, o que limita os efeitos positivos sobre a saúde mental (Taylor et al., 2017). A falta de continuidade e a introdução tardia dos programas SEL pode comprometer a sua eficácia em abordar esses problemas emocionais, levando a resultados menos significativos na redução da ansiedade, depressão e stress entre os alunos (Domitrovich et al., 2010).

Em semelhança ao presente estudo, Mahoney et al. (2018), defendem que as avaliações que dependem de autorrelatos, ou avaliações observacionais, podem não refletir com precisão as mudanças internas nas crianças.

Outra limitação que poderá condicionar os resultados significativos da intervenção, consiste no facto do tamanho da amostra deste estudo ser reduzido e de nem todas as crianças que iniciaram a intervenção a terem concluído, por motivos pessoais das mesmas. Os autores, Durlak et al. (2011), Humphrey et al. (2010) e Taylor et al. (2017) destacam a importância de utilizar amostras significativas e representativas, para garantir a robustez das conclusões sobre a eficácia dessas intervenções, uma vez que as amostras reduzidas podem comprometer a validade e a confiabilidade dos resultados dos programas SEL, dificultando a deteção de efeitos reais ou produzindo resultados que podem não ser generalizados para outras populações.

Embora não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas na redução dos sintomas, revelou-se importante analisar cada variável de forma independente, do momento do pré-teste para o pós teste.

Neste sentido, no que concerne ao objetivo 1, este consiste na compreensão e caracterização da relação entre o treino de competências socioemocionais e a sintomatologia da ansiedade, verificou-se que do momento do pré-teste para o pós-teste, houve uma ligeira redução da sintomatologia, embora estatisticamente não significativa. A literatura sustenta que os programas SEL podem ser eficazes na redução da sintomatologia de ansiedade, principalmente através do desenvolvimento de competências, como a regulação emocional (Stephanie & Suzanne, 2012).

O autor Durlak et al. (2011), evidencia que a implementação sistemática destes programas pode contribuir para a redução dos sintomas de ansiedade, ao criar um ambiente escolar mais seguro e solidário, onde os alunos se sentem mais conectados e menos vulneráveis. O fortalecimento das competências sociais, como a empatia e a cooperação, pode reduzir os sintomas, uma vez que vai ajudar a promover um ambiente mais positivo para os alunos.

De uma forma geral, verificam-se melhorias através dos programas SEL na redução da sintomatologia de ansiedade, no entanto, nem todos os estudos relatam efeitos positivos dos programas. A eficácia destes programas pode ser limitada por fatores como a qualidade da implementação, a falta de adaptação cultural e a variabilidade das necessidades individuais dos alunos (Zinsser & Curby, 2022). Domitrovich et al. (2017) destacam que, a falta de adesão ao modelo, ou a superficialidade na aplicação das intervenções, pode reduzir significativamente o seu impacto.

Humphrey et al. (2015) argumentam que os programas SEL podem ser menos eficazes na redução da ansiedade em alunos que já apresentam altos níveis de ansiedade antes da intervenção. Estes alunos podem necessitar de abordagens mais intensivas e individuais, que vão além das práticas gerais dos programas SEL. A cultura escolar e o ambiente social mais amplo podem influenciar a eficácia dos programas. Em contextos

onde o stress externo é elevado ou onde não há suporte contínuo, os benefícios dos programas SEL podem ser minimizados.

Os programas SEL utilizam frequentemente abordagens universais, que são aplicadas a todos os estudantes, independentemente das suas necessidades específicas, ou seja, enquanto a abordagem pode ser eficaz para promover o desenvolvimento socioemocional de forma geral, pode falhar em abordar necessidades particulares de alunos que sofrem de sintomas mais elevados (Humphrey et al., 2015).

Bennett et al. (2021), sugerem que os programas SEL, podem inadvertidamente aumentar a ansiedade em alguns alunos, ou seja, isto pode ocorrer se as expectativas dos alunos forem percebidas como um motivo de pressão, ou se os alunos sentirem que as suas dificuldades emocionais são responsabilizadas a eles mesmos, sem considerar os fatores contextuais. Enquanto muitos estudos relatam resultados positivos, é essencial reconhecer as limitações e adaptar as intervenções para maximizar sua eficácia. A implementação cuidadosa, com suporte adequado, assim como a consideração dos contextos individuais e coletivos, parece ser fundamental para o sucesso dos programas na promoção do bem-estar emocional dos alunos.

Relativamente ao 2º objetivo deste estudo, a compreensão e caracterização da relação entre o treino de competências socioemocionais e a sintomatologia da depressão, verificou-se que entre os dois momentos de avaliação, houve uma ligeira redução na sintomatologia, embora estatisticamente não significativa. Diversos autores corroboram com este resultado, uma vez que apresentam diversos motivos e explicações para os programas SEL não reduzirem de forma significativa a variável depressão.

Algumas pesquisas indicam que os programas SEL podem ser eficazes na diminuição dos sintomas depressivos, especialmente ao fortalecer competências como a



regulação emocional, a resolução de problemas e as relações interpessoais (Mark et al., 2017).

Ao melhorar a autorregulação e a comunicação emocional, estes programas oferecem suporte importante para reduzir a depressão leve a moderada, no entanto, os programas SEL não são igualmente eficazes em todos os contextos e enfrentam várias limitações no que concerne à redução dos sintomas depressivos de forma mais ampla, especialmente em casos mais graves. Uma das principais limitações refere-se ao facto destes programas serem projetados principalmente para a prevenção e o desenvolvimento de competências gerais de bem-estar, e não como uma intervenção terapêutica para tratar casos mais graves de depressão.

Embora os programas SEL possam ter um impacto positivo em alunos com depressão leve a moderada, eles são menos eficazes em estudantes com sintomas depressivos mais graves, que frequentemente necessitam de tratamentos mais intensivos e específicos (Greenberg et al., 2017).

Há diversas razões pelas quais os programas SEL podem não ter o impacto esperado sobre os sintomas de depressão, especialmente em contextos desafiadores. Um dos fatores é a intensidade e a duração das intervenções, uma vez que, muitos programas SEL são universais e aplicados a todos os estudantes, independentemente das suas necessidades emocionais específicas. O estudo de Lösel e Beelmann (2019) refere que as abordagens gerais podem ser insuficientes para estudantes com sintomas depressivos mais evidentes. Os programas curtos ou de baixa intensidade frequentemente não oferecem o suporte emocional prolongado necessário para uma mudança duradoura em alunos com depressão. É importante compreender que as intervenções SEL são focadas na promoção de competências socioemocionais e não para tratamentos específicos para a depressão. Para estudantes com sintomas

depressivos mais graves, estas intervenções podem não abordar suficientemente os aspetos psicológicos mais profundos que requerem um tratamento especializado (Payton et al., 2008).

Segundo Fergus e Zimmerman (2005), é necessário adaptar os programas para que sejam culturalmente adequados às realidades dos alunos, a fim de maximizar o seu impacto sobre a depressão e outros sintomas emocionais. Ainda, as diferenças individuais entre os alunos influenciam como eles respondem às intervenções SEL, o que pode limitar os efeitos na redução dos sintomas depressivos. Blewitt et al. (2018) destacam que estudantes com diferentes históricos de saúde mental, temperamentos e ambientes familiares condicionados podem reagir de maneiras diferentes a programas padronizados, o que significa que as intervenções SEL podem não ser igualmente eficazes. Outro desafio é a manutenção dos resultados a longo prazo, mesmo que os programas SEL sejam eficazes a curto prazo, há questionamentos sobre a durabilidade desses efeitos.

Jones et al. (2017) apontam que, sem suporte contínuo e reforço regular das competências aprendidas, os efeitos positivos dos programas SEL sobre os sintomas depressivos tendem a desaparecer com o tempo, especialmente em ambientes onde o stress ambiental permanece elevado. Estes programas são mais bem-sucedidos como medidas preventivas, promovendo o bem-estar emocional, mas devem ser complementados por intervenções mais específicas para casos de depressão grave. Assim, a utilização de programas SEL deve ser vista como parte de uma abordagem integrada e contínua, que também envolva apoio clínico especializado quando necessário.

No que concerne ao objetivo 3, que consiste na compreensão e caracterização da relação entre o treino de competências socioemocionais e a sintomatologia do stress,

verifica-se que entre os dois momentos de avaliação, houve uma ligeira redução na sintomatologia, embora estatisticamente não significativa.

Os programas SEL podem ser eficazes na redução do stress, especialmente ao promover competências como a regulação emocional e estratégias que ajudam os estudantes a lidar com situações desafiadoras. Ao desenvolver a resiliência emocional, permite que os alunos respondam de maneira mais adaptativa às situações stressantes, como a pressão que enfrentam ao longo do período letivo, conflitos interpessoais e desafios familiares (Jones & Weissberg, 2019).

Os programas SEL podem ser particularmente eficazes para reduzir o stress quando incorporam práticas de mindfulness e meditação. A prática contínua de mindfulness, dentro do contexto SEL, foi associada à diminuição da reatividade emocional e à melhoria da capacidade de foco e atenção, o que pode aliviar os sintomas de stress (Domitrovich et al., 2017).

Para justificar os resultados não significativos, a literatura sustenta que, embora os resultados sejam promissores, os programas SEL não são universalmente eficazes na redução do stress. Uma das principais dificuldades é que a eficácia dos programas SEL depende fortemente da qualidade da implementação, em muitos casos, os benefícios observados dos programas SEL na redução do stress estão diretamente relacionados à consistência e à fidelidade da implementação (Jones et al., 2017).

Os programas SEL, muitas vezes não são suficientemente personalizados para atender às necessidades das crianças que enfrentam altos níveis de stress, devido a fatores externos intensos, como adversidades socioeconómicas, violência doméstica ou outras situações que desenvolvam traumas nas crianças.

Para os alunos que vivem em contextos de stress crónico, os programas SEL podem ser insuficientes para lidar com as pressões extremas que as crianças e jovens

enfrentam no dia a dia (Greenberg et al., 2017). Estes programas, geralmente focados em competências universais de regulação emocional, podem não abordar os aspetos mais profundos e complexos de stress relacionado a traumas, exigindo, nesses casos, intervenções mais especializadas.

Os efeitos dos programas SEL sobre o stress podem ser temporários. Estudos longitudinais, como o de Wigelsworth et al. (2016), sugerem que, embora os programas SEL possam proporcionar alívio imediato dos sintomas de stress, esses efeitos podem se dissipar com o tempo, especialmente se não houver um reforço contínuo das competências aprendidas. A falta de apoio sustentado, tanto no ambiente escolar quanto em casa, pode comprometer a manutenção dos benefícios a longo prazo, levando os alunos a retornar aos mesmos níveis de stress, quando confrontados com novas pressões. Em contextos onde os alunos enfrentam stressores culturais ou sociais significativos, como a discriminação ou exclusão social, os programas SEL, que muitas vezes seguem uma abordagem geral, podem não ser suficientemente sensíveis, limitando o seu impacto na redução do stress.

Neste sentido, para maximizar os benefícios destes programas na redução do stress, é essencial que eles sejam adaptados às necessidades específicas dos alunos e complementados com intervenções mais intensivas, quando necessário.

No que concerne ao 4º objetivo do estudo, este procura analisar a associação entre as competências socioemocionais e as variáveis em estudo, onde se observam relações significativas, podendo verificar-se que o treino de competências socioemocionais, está relacionado com a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress.

Primeiramente verifica-se uma relação positiva estatisticamente significativa forte entre a ansiedade, depressão e stress, no momento do pré-teste e do pós-teste, o que significa que ansiedade, a depressão e o stress tendem a aumentar proporcionalmente.

Diversos autores corroboram o resultado desta correlação, uma vez que a ansiedade, depressão e stress, são três condições psicológicas relacionadas, o que significa que é comum que uma pessoa sofra de duas ou até as três ao mesmo tempo, como é perceptível através da correlação entre as três variáveis, que nos permite compreender quando a pessoa possui uma determinada perturbação, as outras tendem a aparecer com maior facilidade. A ansiedade, depressão e stress, correspondem a sentimentos e emoções que envolvem o ser humano na sua globalidade (Hetem & Graeff, 2004).

Estas três condições estão conectadas de várias maneiras, como se verifica na correlação apresentada no estudo. A resposta ao stress ativa o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), levando à liberação de cortisol, a hormona do stress. Slavich & Irwin, (2014) mostram que a hiperatividade do eixo HPA está associada tanto à ansiedade quanto à depressão. Os estudos indicam que as pessoas com sintomas ansiosos têm uma probabilidade maior de desenvolver depressão e vice-versa.

Clark e Watson (1991) apresentam um modelo tripartido no qual os sintomas de ansiedade e depressão são organizados em três categorias principais. A comorbilidade é explicada, em parte, por uma vulnerabilidade genética compartilhada e por processos cognitivos semelhantes, como o pensamento desajustado, que é comum em ambas as condições (Kessler et al., 2015). Beck e Barlow (2020) consideram que os padrões de pensamento negativo e um foco exagerado em possíveis situações são comuns em ambas as condições, tornando-as propensas a ocorrerem em simultâneo.

Os fatores como o isolamento social, as experiências adversas na infância e a falta de apoio social, são conhecidos por aumentar o risco de ansiedade e depressão (McLaughlin et al., 2019).

No que diz respeito à competência resolução de problemas, esta verificou-se inversamente correlacionada, de forma fraca, com a ansiedade, com a depressão e com o stress no pré-teste, ou seja, quanto menor for a capacidade de resolução de problemas, maior será a sintomatologia de ansiedade, depressão e stress. No pós-teste, as associações mantêm-se significativas para a depressão e o stress e não se verifica uma associação estatisticamente significativa para a ansiedade.

Segundo a literatura, a resolução de problemas é uma competência essencial para diminuir os sintomas de ansiedade, depressão e stress. Esta abordagem é particularmente eficaz porque envolve o desenvolvimento de estratégias ativas e adaptativas para lidar com desafios e situações adversas, o que pode reduzir o impacto negativo dessas condições psicológicas. Segundo Nezu, Nezu e D’Zurilla (2013), a resolução de problemas ajuda as crianças a lidar com situações stressantes de maneira mais adaptativa, sobretudo em contexto escolar. Quando as crianças percebem que possuem as estratégias necessárias para resolver problemas, os sintomas de ansiedade e stress diminuem, uma vez que os indivíduos sentem mais controlo perante as situações, o que diminui o risco de desenvolver sintomas depressivos, que muitas vezes estão associados a um sentimento de tristeza e incapacidade de alterar a situação. A capacidade de resolução de problemas, pode ajudar a atenuar os pensamentos negativos que estão presentes tanto na ansiedade quanto na depressão (Watkins, 2016).

A resolução de problemas aumenta a autoeficácia, o que, por sua vez, pode reduzir a ansiedade e a depressão. Quando os indivíduos se sentem capazes de enfrentar e superar desafios, a sensação de controle sobre a própria vida é restaurada, o que diminui o stress e promove uma atitude mental mais positiva.

Uma meta-análise de Bell e D’Zurilla (2009) indicou que as intervenções que promovem as competências, como a resolução de problemas resultam em melhorias

significativas nos sintomas de ansiedade e depressão, com participantes que relataram maior capacidade para lidar com acontecimentos desafiantes.

A capacidade de resolução de problemas contribui para a diminuição dos sintomas de ansiedade, depressão e stress, uma vez que altera a maneira como os indivíduos percebem e reagem às dificuldades enfrentadas, ou seja, deixam de encarar os problemas como ameaças insuperáveis e passam a vê-los como desafios que podem ser geridos de forma ativa e sistemática, o que poderá levar a uma redução na percepção de ameaça.

Relativamente às competências básicas, antes da aplicação do programa, esta e o stress estavam inversamente correlacionados de forma fraca, em contra partida após a aplicação do programa, verifica-se que o nível de competências básicas está inversamente correlacionado de forma fraca com a ansiedade e de forma moderada com a depressão e com o stress, o que significa que quanto maior for o nível de aquisição das competências básicas nas crianças, menor serão os sintomas de depressão, ansiedade e stress. A literatura e diversos autores corroboram esta ideia, onde referem que as competências básicas desempenham um papel essencial na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e stress, contribuindo significativamente para o bem-estar psicológico e emocional dos indivíduos. Ao serem desenvolvidas, estas competências, permitem que as crianças aprendam a gerir melhor os desafios do quotidiano e respondam de forma mais adaptativa às adversidades, o que pode atenuar os sintomas associados à ansiedade, depressão e stress.

As competências básicas facilitam a construção de redes de apoio social, o que é fundamental para a saúde mental (Gross, 2015). A capacidade de comunicação e interação social eficazes, permitem que as pessoas estabeleçam e mantenham relações interpessoais positivas. Segrin e Flora (2019) destacam que a qualidade das relações sociais está fortemente associada ao bem-estar emocional, quando as pessoas têm a

capacidade de comunicar de forma aberta e eficaz, elas conseguem obter suporte emocional e social, o que pode diminuir os sentimentos de isolamento e solidão, frequentemente associados à depressão e à ansiedade.

As competências básicas de interação social, como “dizer obrigado”, reconhecer erros, pedir desculpa e gerir relações com figuras de autoridade e pares, presentes no questionário “Para Mim é Fácil” nas questões correspondentes às competências básicas são frequentemente vistas como partes de um conjunto mais amplo de competências de regulação emocional e social.

Estas competências também desempenham um papel essencial na promoção de relações interpessoais positivas, que são uma fonte importante de apoio social. O apoio social tem sido amplamente estudado como um fator protetor contra a ansiedade, depressão e stress (Cohen & Wills, 1985). Quando uma pessoa é capaz de interagir de maneira positiva e construtiva com os outros, recebe mais suporte emocional e instrumental, o que ajuda a amortecer os efeitos negativos do stress e melhora o bem-estar psicológico.

A gratidão e o ato de pedir desculpa que foram frequentemente implementados nas sessões ao longo da intervenção realizada, também têm um impacto direto na regulação das emoções, uma das principais funções cognitivas na prevenção e tratamento de ansiedade e depressão. Quando a criança expressa gratidão, ativa processos cognitivos que reorientam o foco para aspetos positivos da vida, o que contrabalança os pensamentos negativos que alimentam estados ansiosos e depressivos.

Por outro lado, pedir desculpa é um ato de reconciliação que reduz o stress relacional e diminui a ansiedade social, segundo estudos de Eaton, Struthers e Santelli (2021). Ao reconhecer os erros, as pessoas tendem a restaurar o equilíbrio emocional e diminuir o sentimento de culpa e vergonha, que são fatores contribuintes para a ansiedade



e depressão. Este comportamento ajuda a resolver conflitos interpessoais de maneira saudável, o que diminui a intensidade de emoções negativas e, conseqüentemente, o nível de stress sentido.

A relação com os colegas e professores também envolve um conjunto de competências comunicativas que afetam diretamente o nível de stress e ansiedade vivenciados em ambientes sociais e educacionais. A capacidade de comunicação assertiva, por exemplo, permite que os indivíduos expressem as suas necessidades e emoções de maneira clara e construtiva, o que reduz conflitos no ambiente escolar e de trabalho (Burke et al., 2020). A falta de comunicação eficaz está associada a uma maior sensação de isolamento social e, por conseguinte, ao aumento de sintomas de ansiedade e depressão (Olsson et al., 2022).

Adicionalmente, a capacidade de pedir ajuda quando necessário, e de lidar com figuras de autoridade como professores de forma respeitosa e construtiva, promove um ambiente de suporte. A literatura indica que um ambiente social mais positivo, caracterizado por relações baseadas em respeito mútuo e cooperação, é um fator crucial na mitigação do stress e na prevenção da ansiedade e depressão (Zhou et al., 2022).

Neste sentido, desenvolver competências básicas como “dizer obrigado”, pedir desculpa e lidar com colegas e professores não é apenas uma questão de educação, mas sim uma intervenção significativa que pode ter efeitos profundos na saúde mental e no bem-estar geral. Estas competências contribuem para a criação de uma rede de apoio social, para a regulação emocional e para a redução de conflitos interpessoais, fatores estes que, segundo a literatura contemporânea, são essenciais na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e stress.

Relativamente à competência da regulação emocional, no pré-teste verifica-se que a mesma está inversamente correlacionada de forma fraca com a depressão e o stress, ou

seja, quanto maior a capacidade de regulação emocional, menor serão os sintomas depressivos e de stress. No pós teste, verifica-se que as associações se mantêm, com exceção da ansiedade que passa a estar inversamente correlacionada de forma fraca com a regulação emocional.

Segundo a literatura e para corroborar este resultado, Gross (2015) define a regulação emocional como um conjunto de processos que permitem aos indivíduos influenciar a forma como experienciam as emoções e como essas emoções são expressas. Esta capacidade é fundamental para reduzir sintomas de ansiedade, depressão e stress, uma vez que permite que as pessoas alterem as suas respostas emocionais perante situações difíceis ou desafiadoras, diminuindo assim o impacto emocional negativo.

Os indivíduos com dificuldade em regular as suas emoções podem ficar condicionados com preocupações aumentando os sintomas de ansiedade (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). A regulação emocional pode atenuar estes sintomas, ao auxiliar o indivíduo a reestruturar cognitivamente a situação, adotando uma perspetiva mais realista ou menos ameaçadora (Gross & Thompson, 2007).

No que concerne à depressão, a dificuldade em regular emoções negativas, como a tristeza e falta de esperança, contribui para o desenvolvimento dos sintomas depressivos. As pessoas deprimidas frequentemente utilizam estratégias ineficazes de regulação emocional, como a supressão emocional (Joormann & Stanton, 2016). A promoção de estratégias de regulação emocional adaptativas, como a aceitação e a reavaliação, têm-se mostrado eficazes na redução dos sintomas depressivos (Aldao et al., 2010). Quando um indivíduo consegue reconhecer e aceitar as suas emoções sem julgamento, torna-se menos suscetível a criar pensamentos negativos, característicos da depressão (Gross, 2015).

O stress surge quando um indivíduo percebe que o controle de uma situação excede os seus recursos para lidar com ela. A regulação emocional desempenha um papel fundamental no alívio dos sintomas de stress, ao permitir que o indivíduo avalie as situações de maneira menos ameaçadora e implemente estratégias mais eficazes (McRae & Gross, 2020). A atenção plena (mindfulness) e o distanciamento cognitivo, por exemplo, ajudam a reduzir os níveis de stress ao promoverem uma resposta mais calma e controlada diante de situações difíceis.

A literatura recente reforça a ideia de que a promoção da regulação emocional, tanto em crianças como em adultos, é essencial para melhorar a saúde mental e reduzir o impacto perturbações emocionais. Além disso, ao incorporar estas competências no percurso educacional, os programas SEL também contribuem para a criação de ambientes mais saudáveis e propícios ao desenvolvimento integral dos indivíduos, reduzindo comportamentos desajustados e aumentando o sucesso escolar e social (Jones, Bailey, Brush, & Kahn, 2018).

Assim, a regulação emocional atua como um fator protetor contra os efeitos e sintomas da ansiedade, depressão e stress, ao permitir que os indivíduos se adaptem melhor às suas emoções e ao contexto em que estão inseridos. Os programas SEL, ao promoverem essas competências desde cedo, têm um impacto positivo e duradouro na saúde mental e emocional, ajudando a prevenir sintomas psicológicos (Aldao et al., 2010).

No que concerne à competência das relações interpessoais e a variável depressão, observa-se que estão inversamente correlacionados de forma fraca, ou seja, quanto maior forem as relações interpessoais, menor serão os sintomas de depressão, no entanto no pós teste verificamos que esta associação não se mantem, nem existe nenhuma. A literatura sustenta esta associação, uma vez que, as relações interpessoais influenciam a forma

como as pessoas experienciam e lidam com os sintomas depressivos. Uma rede social de apoio sólida, composta por amigos, familiares e colegas, pode fornecer tanto suporte emocional quanto prático, o que pode atenuar os efeitos negativos de experiências desafiadoras. A literatura sobre o tema sublinha que a qualidade e o tipo de relacionamento que uma pessoa mantém com os pares pode servir como um fator na área da saúde mental.

As relações interpessoais são essenciais para reduzir os sintomas de ansiedade e depressão, uma vez que proporcionam um espaço seguro para a expressão e validação das emoções, podendo justificar que no pós-teste já não se verifique a associação entre esta competência e a depressão, uma vez que ao longo do programa as crianças vão adquirindo amizades e proximidade com os colegas, consolidando as suas relações interpessoais.

Quando os indivíduos se sentem conectados a outras pessoas, seja em ambientes familiares, sociais, escolares ou de trabalho, eles tendem a experimentar menos sintomas de ansiedade, pois têm com quem partilhar as suas preocupações e encontrar consolo.

No que concerne à depressão, as relações interpessoais têm um impacto significativo. As pessoas com depressão, relatam sentimentos de isolamento, o que pode desencadear o estado depressivo. Neste sentido, o apoio social atua como um fator protetor, promovendo uma sensação de valorização pessoal. Beck e Haigh (2014) observam que, no contexto da terapia cognitiva, as distorções cognitivas que contribuem para a depressão, como a perceção de rejeição ou de não ser amado, podem ser desafiadas e reestruturadas através de interações sociais positivas. As pessoas que mantêm relações sociais satisfatórias e saudáveis apresentam menores índices de depressão, pois as interações com outras pessoas podem fornecer novos significados e a viver as situações de forma mais otimista (Santini et al., 2015).

No que se refere ao stress, o apoio interpessoal também se revela crucial. Lazarus e Folkman (1984), no seu modelo de coping, destacam que o suporte social pode reduzir o stress percebido e aumentar as capacidades de enfrentamento, através do fornecimento de recursos emocionais e práticos. O simples fato de compartilhar uma experiência stressante com alguém pode reduzir a carga emocional associada a essa experiência, proporcionando alívio e ajudando o indivíduo a processar melhor a situação (Thoits, 2011).

Dentro deste contexto, os programas de aprendizagem socioemocional têm demonstrado ter ferramentas essenciais para desenvolver e fortalecer estas relações interpessoais precocemente. O impacto positivo das relações interpessoais mediadas por programas SEL é evidente nas melhorias observadas em indicadores de saúde mental. Um ambiente social de apoio, que é cultivado através das competências promovidas pelos programas SEL, contribui para o desenvolvimento de resiliência emocional e um aumento na sensação de segurança emocional. Essas melhorias podem ter efeitos duradouros na vida dos participantes, diminuindo a probabilidade de problemas emocionais crônicos, como a depressão e a ansiedade.

Ainda no objetivo 4, antes da aplicação do programa, verifica-se que não existem associações no que concerne à definição de objetivos, no entanto, após a aplicação do programa podemos observar que existe uma correlação proporcional fraca, estatisticamente significativa entre a definição de objetivos e a ansiedade, depressão e stress, ou seja, quanto maior for a definição de objetivos, maior será a sintomatologia da ansiedade, depressão e stress.

No que concerne ao último objetivo (5), foi ainda efetuada uma regressão linear para compreender e caracterizar o impacto preditivo das competências socioemocionais avaliados pela escala “Para mim é Fácil” (resolução de problemas, competências

básicas, regulação emocional, relações interpessoais e definição de objetivos) na variação dos sintomas de ansiedade, depressão e stress. Neste sentido, através deste resultado obteve-se um modelo ajustado para os sintomas no pré-teste, que explica 16,9% da variância dos sintomas. No modelo é possível observar que é a variável definição de objetivos que está a captar de forma positiva e significativa a maioria da variação dos sintomas, ou seja, em semelhança às correlações realizadas com esta competência, quanto maior a capacidade de definição de objetivos, maior os sintomas de ansiedade, depressão e stress.

Segunda a literatura e de forma a compreender estas associações com a competência de definição de objetivos, esta é frequentemente considerada um elemento central no desenvolvimento pessoal e escolar das crianças, desempenhando um papel importante na sua capacidade de planeamento, persistência e sucesso futuro, no entanto, quando aplicada de maneira inadequada ou com pressão excessiva, esta prática pode ter efeitos adversos, especialmente em crianças do quarto ano de escolaridade, que se encontram numa fase de transição, podendo obter um efeito contrário.

No presente trabalho e perante os resultados, no pré-teste não se verificam associações com a competência definição de objetivos, no entanto, no pós-teste esta competência está correlacionada com as variáveis em estudo. As repercussões podem incluir o aumento de sintomas de ansiedade, depressão e stress, particularmente durante o final do ano letivo, um período em que as expectativas e avaliações escolares culminam, intensificando as tensões emocionais. Neste sentido, a aplicação do primeiro momento de avaliação (pré-teste), foi realizada num período próximo ao início das férias escolares, não se verificando nenhuma relação entre a definição de objetivos, no entanto, o segundo momento de avaliação (pós-teste), foi realizado no terceiro período,

o que poderá explicar o aparecimento da relação entre esta competência e o aumento dos sintomas de ansiedade, depressão e stress.

Segundo as teorias do desenvolvimento cognitivo de Piaget e Vygotsky, as crianças do quarto ano encontram-se numa fase de transição importante, em que o pensamento concreto começa a evoluir para um pensamento mais abstrato. Ao forçar as crianças a definir e alcançar metas rigorosas pode criar uma sobrecarga cognitiva, criando situações de maior stress e ansiedade, uma vez que ainda estão a desenvolver competências de autorregulação emocional. Este cenário é intensificado em contextos onde a pressão de resultados escolares é elevada, como ocorre frequentemente em períodos de avaliação ao final do ano letivo.

Quando a definição de objetivos é imposta de forma extrínseca, por exemplo, através de metas escolares, que estão ligadas a avaliações externas ou expectativas de terceiros (professores, pais), a motivação intrínseca pode ser suprimida, o que fará com que a criança se sinta pressionada a atingir metas que não refletem necessariamente os seus interesses ou capacidades, resultando no aumento do stress e da ansiedade. Vansteenkiste et al. (2020) destacam que, quando as crianças percebem que não conseguem atingir essas metas, podem experimentar uma sensação de fracasso que agrava os sentimentos de depressão, especialmente quando o ambiente é muito competitivo.

A comparação social é outro fator relevante neste contexto. As crianças em idade escolar, tendem a medir o seu próprio desempenho em relação ao dos colegas, e esta comparação pode ser maior em contextos onde as metas de desempenho são enfatizadas, como é comum no final do ano letivo. As crianças que não atingem os objetivos estabelecidos podem sentir-se inferiores, o que não só aumenta a ansiedade,

como também pode contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos, devido à sensação de isolamento ou de não serem suficientemente capazes (Dweck, 2006).

Para reduzir os efeitos negativos, a literatura aponta para a importância de ajustar as metas à capacidade individual de cada criança e de proporcionar apoio emocional adequado durante o processo. Zimmer-Gembeck e Skinner (2020) sugerem que, em vez de impor metas de desempenho excessivas, os educadores e pais devem focar-se em estabelecer metas progressivas e realistas, celebrando pequenos sucessos ao longo do percurso, o que vai ajudar a diminuir a pressão, promovendo um ambiente onde a criança se sinta segura para explorar as suas capacidades, sem medo de falhar.

Em suma, a definição de objetivos, quando não é bem ajustada ao desenvolvimento e às capacidades individuais da criança, pode resultar num aumento significativo de ansiedade, depressão e stress, especialmente em períodos de maior pressão, como o final do ano letivo. O desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças, aliado à influência de expectativas externas e à pressão do ambiente escolar competitivo, são fatores cruciais que podem intensificar os efeitos negativos desta prática. As intervenções adequadas, uma abordagem mais equilibrada e centrada na criança, podem diminuir estes efeitos e promover um ambiente escolar mais saudável e encorajador (Martin et al., 2019).

Ainda no último objetivo do estudo, no pós-teste, verificamos um modelo de regressão linear ajustado para os sintomas, que explica 32,4% da variância dos mesmos. Neste modelo, verificamos que a variável definição de objetivos continua a captar significativamente a variação dos sintomas, adicionalmente, as competências básicas também aparecem como significativas na variação dos sintomas do pós-teste, ou seja, quanto maior a definição de objetivos e menor a capacidade de adquirir competências básicas, maior a sintomatologia.



Neste sentido, podemos concluir que o treino de competências socioemocionais se verifica eficaz na redução da intensidade e na variância dos sintomas ansiosos, depressivos e de stress, como sustenta a literatura e que segundo o modelo, a intervenção consegue estreitar a relação entre as competências básicas e a redução da sintomatologia.



## Conclusão

O presente estudo, reforça a importância de incluir o desenvolvimento socioemocional no percurso escolar, não só como uma estratégia de apoio à aprendizagem, mas também como uma forma de promover a saúde mental e emocional desde idades precoces, no entanto, este estudo destacou a necessidade de uma maior diversidade de metodologias e a aplicação de programas mais prolongados, de modo a avaliar os efeitos a longo prazo das intervenções (Greenberg et al., 2017).

O estudo procurou explorar a eficácia de um programa de intervenção que promove as competências socioemocionais e o seu impacto na sintomatologia de ansiedade, depressão e stress. Os resultados obtidos, revelaram uma ligeira redução dos sintomas, embora não significativos, no entanto, verificou-se uma redução na intensidade e frequência com que os sintomas apareceram nas crianças, do pré-teste para o pós-teste, o que evidencia que intervenções estruturadas e intencionais, podem desempenhar um papel significativo no bem-estar emocional dos indivíduos (Durlak et al., 2011; Taylor et al., 2017).

É importante compreender e considerar que as crianças no quarto ano de escolaridade se encontram numa fase de transição, marcada por mudanças cognitivas, emocionais e sociais. Esta fase de desenvolvimento torna-as particularmente vulneráveis ao stress e à ansiedade, já que enfrentam novos desafios escolares e sociais, que poderão influenciar e impactar o resultado final do presente estudo (Woolfson, 2022). Neste sentido, o desenvolvimento de competências socioemocionais nesta etapa pode ser particularmente relevante para ajudar as crianças a gerir de forma mais adaptativa às transições e aos novos desafios.

Embora os resultados não se verifiquem estatisticamente significativos, quando analisadas as relações entre as competências socioemocionais e as variáveis em estudo,

observou-se relações significativas, o que permite compreender que as competências socioemocionais, ao serem promovidas, mostram-se como um fator protetor contra a vulnerabilidade emocional, mas também, como um facilitador do desenvolvimento de infantil. A ausência de resultados significativos pode refletir diversas limitações metodológicas, como o tamanho da amostra, a duração limitada da intervenção, a variabilidade nas respostas individuais às intervenções propostas, o autorrelato, entre outras (Neuman, 2014).

Uma das principais limitações do presente estudo refere-se ao tamanho reduzido da amostra, que poderá ter condicionado a potência estatística e, conseqüentemente, a capacidade de obter efeitos significativos. A duração da intervenção poderá não ter sido suficiente para produzir mudanças significativas aos níveis de ansiedade, depressão e stress. Outro fator a considerar é a diversidade das experiências e contextos dos participantes, que pode ter influenciado os resultados (Creswell & Creswell, 2018). As intervenções mais personalizadas e adaptadas às necessidades específicas dos indivíduos poderiam revelar-se mais eficazes (Denham & Burton, 2003; Elias et al., 2003). A inclusão de variáveis contextuais, como o ambiente familiar e escolar, também poderia fornecer uma compreensão mais ampla dos fatores que mediam a eficácia das competências socioemocionais na redução da sintomatologia de ansiedade, depressão e stress (Creswell & Creswell, 2018).

Os estudos futuros poderiam aprofundar esta linha de investigação, focando-se em alguns aspetos específicos. Seria relevante analisar o impacto do treino de competências socioemocionais em populações mais amplas e diversificadas, explorando possíveis variáveis moderadoras, como o contexto socioeconómico ou a existência de fatores de risco prévios. Adicionalmente, futuras pesquisas poderiam examinar o papel de outros intervenientes no processo, como professores e pais, na eficácia das intervenções, assim

como investigar se a aquisição de competências socioemocionais se traduzem em melhorias escolares duradouras. Por fim, o desenvolvimento de estudos longitudinais permitiria avaliar os efeitos persistentes destas intervenções ao longo do tempo, fornecendo dados mais robustos sobre a sua sustentabilidade e impacto contínuo na vida das crianças (Jones & Doolittle, 2017).

Assim, conclui-se que o treino de competências socioemocionais é uma abordagem promissora na promoção do bem-estar psicológico infantil, com um grande potencial para ser aprimorado e expandido nas escolas, de forma a responder às necessidades emocionais das crianças de maneira mais eficaz e abrangente (Greenberg et al., 2017).



## Referências

- Abreu, S., Barletta, J. B., & Murta, S. G. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. In: S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack, (Orgs.). *Prevenção e promoção em saúde mental* (pp. 54-74). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Almeida, C., Amann, G., Carvalho, A., Ladeiras, L., Leal, P., Lima, R., Lopes, I., Marta, F., Monteiro, H., & Pereira, F. (2018). *Saúde mental em saúde escolar. Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em Meio Escolar*. DGS.
- Almeida, F. & Guerra, M. (2018). Depressão infantil: ensino-aprendizagem a partir de uma experiência escolar no espírito santo. *Revista Cesumar - Ciências Humanas e Sociais Aplicadas* 23(1).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré escola. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 419 - 428.
- Antoniutti, C., Lima, C., Heinen, M., Oliveira, M. (2019). Protocolos psicoterapêuticos para o tratamento de ansiedade e depressão na infância. *Revista de Terapias Cognitivas* 15(1), 10-18.
- Antunes, R. (2021). "O Mundo dos Intergaláticos". Dissertação de Mestrado, ISPA.
- Antunes, R., Alexandre, J., Guedes, M., Filipe, M. G., & Veríssimo, M. (2023). Avaliação dos benefícios do programa de aprendizagem socioemocional "Mundo Intergaláctico" para crianças dos 8 aos 12 anos em Portugal: Perspetivas de professores e cuidadores. *Frontiers in Psychology*, 14, 1233335. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1233335>

- Antunes, R., Guedes, M., Alexandre, J. & Veríssimo. M. (2021). Perceções de aceitabilidade dos psicólogos sobre um novo programa de aprendizagem socioemocional. *Psicologia, saúde & doenças*, 22(2), 374-389.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Antunes, R., Guedes, M., Alexandre, J., & Veríssimo, M. (2022). Benefícios de um novo programa de aprendizagem socioemocional na redução da sintomatologia psicopatológica e na promoção das competências socioemocionais globais, na perspetiva das crianças. *Revista PSICOLOGIA*, 36 (2), 119-135.
- APA (2023). Stress effects on the body. <https://www.apa.org/topics/stress/body>
- Associação Psiquiátrica Americana. (2017). *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. ( 5. Ed) . Arlington, VA, American Psychiatric Publishing
- Babilonia, S., Gennaro, A., & De Luca, S. (2022). "The Influence of Attachment Styles on Emotional Regulation and Interpersonal Relationships: A Study of Adolescents." *Journal of Adolescence*, 91, 108-119.
- Bahls, M. (2002). "The Impact of Depression on Child Development: A Review of Current Research." *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 123-134.
- Bandim, J. M., Sougey, E. B., & Carvalho, T. F. R. (1995). Depressão em crianças: características demográficas e sintomatologia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (1), 27-32.
- da Costa, J. C. (2018). Neurodesenvolvimento e os primeiros anos de vida: genética vs. ambiente. *RELAdEI. Revista Latinoamericana de Educación Infantil*, 7(1), 52-60.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.



- Baptista, C. A., & Golfeto, J. H. (2000). Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. *Revista de Psiquiatria*, 27 (5).
- Barbosa, G. A., & Gaião, A. A. (2001). Apontamentos em Psicopatologia infantil. João Pessoa: Idéia
- Barlow, D. H. (2021). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Barrett, P. (2022). *Anxiety in Children: A Guide for Practitioners*. Routledge.
- Barros, C. & Sacau-Fontenla, A. (2022). Fatores Protetores da Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(3).  
<https://doi.org/10.15309/22psd230314>
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2020). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24.
- Beck, J. S. (2018). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3rd ed.). Guilford Press.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483-524.
- Bennett, S., et al. (2021). "Unintended Consequences of Social and Emotional Learning: An Exploration of the Dark Side of SEL." *Educational Psychologist*.
- Bhatia, M. S., & Goyal, A. (2018). Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of postgraduate medicine*, 64(2), 75–76.  
[https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM\\_65\\_18](https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_65_18)

- Decety, J., & Lamm, C. (2018). Empathy and emotion regulation: Insights from neuroimaging studies. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *13*(3), 437-448.  
<https://doi.org/10.1093/scan/nsx114>
- Bray, M., & McNeil, C. (2021). The impact of social and emotional learning programs on students' mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal of School Psychology*, *85*, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.06.001>
- Bigler, R. S., & Hayes, A. R. (2021). Developmental Intergroup Theory: Social Explanation and Social Change. In *Handbook of Research on the Education of Young Children* (4th ed., pp. 163-175). Routledge.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Cully, M., Brent, D., & McKenzie-Neer, S. (1997). Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(4), 545-553.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(12), 1174-1183.
- Bornstein, M., Hahn, C., & Haynes, O. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: Developmental cascades. *Development and Psychopathology*, *22*(4), 717-735.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579410000416>
- Bowers, A. W., & Benassi, P. (2023). "Stress Management in Childhood: Development of Coping Skills and Long-Term Mental Health Outcomes." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *64*(2), 250-263.
- Brackett, M. A., & Rivers, S. E. (2023). *Permission to Feel: Unlocking the Power of Emotions to Help Our Kids, Ourselves, and Our Society Thrive*. Celadon Books.

- Brent, D. A., & Birmaher, B. (2023). "Prevalence and Clinical Presentation of Depression in Children and Adolescents: A Review." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(4), 421-430.
- Brent, D. A., & Emslie, G. J. (2021). "Treatment of Depression in Children and Adolescents: A Review of Recent Advances." *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(7), 774-785.
- Brulé, G. (2018). Working with Stress: can we turn distress into eustress? *Journal of Neuropsychology & Stress Management* 3:1-3. 10.31872/2018/JNSM-100104
- Bukowski, W. M., & Adams, R. E. (2020). *Handbook of Peer Interactions, Relationships, and Groups* (2nd ed.). Guilford Press.
- Caíres, M., Shinohara, H. (2010). Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Terapias Cognitivas*, 6 (1).
- Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal P., Moita M., Pereira, F., Ladeiras L., Lima R. (2016). *Saúde mental em saúde escolar. Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*, Lisboa.
- Carvalho, S. A. (2019). *Desenvolvimento Infantil e Adolescente: Teorias e Práticas*. São Paulo: Editora Cortez.
- Case, R. (1992). *The Mind's Staircase: Exploring the Conceptual Underpinnings of Children's Thought and Knowledge*. Lawrence Erlbaum Associates.
- CASEL (2020). *The CASEL Guide to Schoolwide Social and Emotional Learning*. Chicago: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning.
- Casel. (2017). *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning Framework for systemic social and emotional learning*. Retrieved from <http://www.casel.org/what-is-sel>

- Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2022). "A Multi-Factorial Approach to Understanding Stress and Coping in Children." *Developmental Review*, 64, 100-114.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2023). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. Guilford Press.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Validade de construção: Questões básicas no desenvolvimento de escalas objetivas. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 309–319.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- Cohen, J., Espelage, D., Twemlow, S. W., Berkowitz, M. W., & Comer, J. P. (2021). *School Climate: Research, Policy, Practice, and Teacher Education*.
- Collins, W. A., & Laursen, B. (2022). Parent-Adolescent Relationships and Influences. In A. S. Masten (Ed.), *Resilience in Development: Progress and Transformations* (pp. 159-180). Oxford University Press.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). "Coping with chronic illness in childhood and adolescence." *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455-480.
- Corcoran, R.P., Cheung, A.C.K., Kim, E. & Xie, C. (2018). Effective universal school-based social and emotional learning programs for improving academic achievement: A systematic review and meta-analysis of 50 years of research. *Educational Research Review*, 25(1), 56-72.

- Costello, E. J., & Angold, A. (2022). *Childhood Anxiety and its Treatment: A Comprehensive Approach*. Oxford University Press.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Crujo, S. M., & Marques, M. (2009). "Cognitive Distortions and Anxiety: Exploring the Role of Negative Thought Patterns in Anxiety Disorders." *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(2), 158-170.
- Cruvinel, M. & Boruchovitch. (2003). Depressão infantil: uma contribuição para a prática educacional. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7(1), 77-84.
- Cruvinel, M. (2003). Depressão Infantil, rendimento escolar e estratégias de aprendizagem em alunos do ensino fundamental. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas.
- Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 68-76
- Curatolo, E. (2001). Estudo da Sintomatologia depressiva em escolares de sete a doze anos de idade. *Arquivos de neuropsiquiatria*, 59 (215).
- de Abreu, S., I., & da Silveira, M., T. (2020). Ansiedade nos processos avaliativos. *Cadernos de Psicologia*, 2(3).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Denham, S. A. (2006). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Education and Development*, 17(1), 57-89.  
doi:10.1207/s15566935eed1701\_4

- Deweese, M. A., & Mulholland, S. J. (2020). "Children's Mental Health and Well-Being: A Comprehensive Guide to Prevention and Promotion." *Journal of Child and Family Studies*, 29(4), 1023-1038.
- DGS - Direção Geral de Saúde (2017). Portugal: Saúde Mental em Números - 2017.
- Duckworth, A. L. (2016). *Grit: The Power of Passion and Perseverance*. Scribner.
- Durlak, J. A. (2021). *What Everyone Should Know About Enhancing Children's Social and Emotional Learning: Promoting Educators' Understanding and Awareness*. Special Issue, *Frontiers in Psychology*, 12, 798808. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.798808>
- Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Gullotta, T. P. (2015). *Handbook of Social and Emotional Learning: Research and Practice*. Guilford Publications.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & 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), 405-432.
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2021). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*.
- Dweck, C. (2006). *Mindset: The New Psychology of Success*. New York: Random House.
- Eccles, J. S. (1999). The Development of Children Ages 6 to 14. *The Future of Children*, 9(2), 30-44.
- Eccles, J. S., Wigfield, A., Midgley, C., Reuman, D., Mac Iver, D., & Feldlaufer, H. (1993). Negative effects of traditional middle schools on students' motivation. *The Elementary School Journal*, 93, 553-574. <https://doi.org/10.1086/461740>
- Eiraldi, R., McCurdy, B., & Wolk, C. B. (2015). Examining issues of treatment fidelity in school-based behavioral intervention programs: Critical analysis and future directions. *Journal of School Psychology*, 53(3), 275-291.

- Elias, M. J. (2019). Transitioning to Middle School: The New Face of Risk and Resilience. *American Journal of Education*, 126(1), 35-44. <https://doi.org/10.1086/704001>
- Ellis, A. (1973). *Humanistic Psychology: The rational emotive approach*. N.Y.: Julian.
- Engel, G. L. (2020). "The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments." *Cambridge University Press*.
- Epstein, J. L. (1995). School/family/community partnerships: Caring for the children we share. *Phi Delta Kappan*, 76(9), 701-712.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. Norton.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2014). *Depression in Children and Adolescents: Clinical and Developmental Perspectives*. Cambridge University Press.
- Esswein, G., Rovaris, A., Rocha, G., Levandowski, D. Ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc. saúde coletiva*, 26 (2). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.15602019>
- Evans, G. W., & Kim, P. (2013). "Cumulative Risk and Child Development." *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342-1396.
- Evans, G. W., & Schamberg, M. A. (2023). "The Role of School Environment in Student Stress: Insights from Recent Research." *Journal of Educational Psychology*, 115(2), 234-247.
- Faria, N. & Rodrigues, M. (2020). Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais. *Psicologia da Educação*, (51).
- Feitosa, M. P., Bohry, S., & Machado, E. R. (2011). Depressão: Família, e seu papel no tratamento do paciente. *Encontro: Revista de Psicologia*, 14(21), 127-144.
- Feldman, R. (2010). *Developmental Psychopathology and Wellness: The Role of Early Relationships*. Guilford Press.

- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419.
- Figueiredo, V., Silva, W. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. *Rev Bras Psiquiatr.* 27(4), 329-35.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2005). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire, Portuguese version]. Retrieved from <http://www.sdqinfo.org>.
- Fu, A. S., & Brown, T. R. (2020). *Resilience and Adaptive Coping Strategies in Children: Implications for Preventing Anxiety and Depression. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(4), 465-473.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (2020). "Children and Stress: The Bioecological Approach Revisited." *Child Development Perspectives*, 14(3), 185-191.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (2020). "Children and Stress: The Bioecological Approach Revisited." *Child Development Perspectives*, 14(3), 185-191.
- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). "Comorbidity of Depression and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 645-659.
- Gardner, H. (2011). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. Basic Books.
- Gaspar, T., & Matos, M. (2015). "Para mim é fácil": escala de avaliação de competências pessoais e sociais. *Psicologia, saúde & doenças* 16(2), 195-206.
- Ginsburg, H. P. (2006). *The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Godoy, L. D., Rossignoli, M. T., Delfino-Pereira, P., Garcia-Cairasco, N., & de Lima Umeoka, E. H. (2018). A Comprehensive Overview on Stress Neurobiology: Basic Concepts and



Clinical Implications. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12.

doi:10.3389/fnbeh.2018.00127

- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books.
- Golinkoff, R. M., & Hirsh-Pasek, K. (2016). *Becoming Brilliant: What Science Tells Us About Raising Successful Children*. American Psychological Association.
- Gómez, J. M., & Gonzalez, M. (2023). "Emotional and Psychological Effects of Stress in Children: A Comprehensive Review." *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 13(2), 215-229.
- Goodman, R. (1997). Questionário de Capacidades e Dificuldades: uma nota de pesquisa. *Revista de psicologia e psiquiatria infantil*, 38(5), 581-586.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., & Bumbarger, B. (2020). *Preventing Mental Disorders in School-aged Children: Effective Strategies and Interventions*. Oxford University Press.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and emotional learning programs for youth. In J. E. Lansford & P. Banati (Eds.), *Handbook of adolescent development research and its impact on global policy* (pp. 311-326). Oxford University Press.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Weissberg, R. P., & Durlak, J. A. (2017). Social and emotional learning as a public health approach to education. *The Future of Children*, 27(1), 13-32.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., & Elias, M. J. (2017). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.6-7.466>

- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 199-212.
- Guedes, A. (2020). *Ansiiedade, stress e burnout: definição conceptual e operacional, inter-relações e impacto na saúde*. Universidade Beira Interior.  
[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10664/1/7568\\_16034.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/10664/1/7568_16034.pdf)
- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). "The neurobiology of stress and development." *Annual Review of Psychology*, 58, 145-173.
- Hallak, L. R. L. (2001). *Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
- Hamre, B. K., & Pianta, R. C. (2020). *Classroom Quality and the Child's Behavioral Adjustment*. In S. J. Shulman & S. Kipnis (Eds.), *Handbook of Developmental Science, Behavior, and Genetics* (pp. 132-150). Routledge.
- Harter, S. (2012). *The Construction of the Self: Developmental and Sociocultural Foundations*. Guilford Press.
- Heckman, J. J., & Kautz, T. (2012). "Hard Evidence on Soft Skills." *Labour Economics*, 19(4), 451-464.~
- Hetem, L. A., & Graeff, F. G. (2004). Stress, Parenting, and Child Development: The Role of Parental Stress in Shaping Parenting Practices. *Journal of Child and Family Studies*, 13(4), 461-477.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2023). "Current Perspectives on the Tripartite Model of Anxiety and Depression." *Behavior Research and Therapy*, 164, 104677.

- Högberg, B., & Horn, K. (2022). "Attachment Theory and Its Implications for Child Development and Psychopathology: Recent Advances." *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(2), 200-214.
- Horner, R. H. (2017). "The role of evidence-based practices in the education of children with autism: A view from the field." *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(7), 2192-2200. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3127-8>
- Huey, S. J., & Polo, A. J. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 21-47.
- Hughes, T., Garralda M. E. & Tylee A. Child Mental Health Problems – A Booklet on Child Psychiatry Problems for General Practicioners. ST. Mary's C A P, London, 1995.
- Humphrey, N., Lendrum, A., & Wigelsworth, M. (2013). Social and Emotional Learning: A Critical Appraisal. SAGE Publications
- Huttel, J., Hans, M., & Rojas, F. (2011). "Emotional and Behavioral Problems in Children: Understanding the Diagnosis and Treatment of Depression." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 670-682.
- Jagers, R. J., Rivas-Drake, D., & Borowski, T. (2018). Equity & social and emotional learning: A cultural analysis. Washington, DC: CASEL.
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD004690.
- Jones, S. M., Bailey, R., Brush, K., & Kahn, J. (2017). Preparing for effective SEL implementation. *The Future of Children*, 27(1), 13-32.
- Jones, S. M., Barnes, S. P., Bailey, R., & Doolittle, E. J. (2013). Promoting social and emotional competencies in elementary school. *The Future of Children*, 23(2), 119-142.

- Jones, S., & Parker, R. (2023). *Stress and Coping in School-aged Children*. Wiley.
- Kagan, J. (2010). *The Temperamental Thread: How Genes, Culture, Time, and Luck Make Us Who We Are*. Dana Press.
- Kaye, D. L., Montgomery M. & Munson S. W. (2002). *Child and Adolescent Mental Health*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Keating, D. P. (2021). *Adolescence and the Social Brain: The Role of Social and Emotional Learning in Adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). *Coping Cat Workbook (2nd ed.)*. Workbook Publishing.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2005). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 488-499.
- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2023). "The Relationship Between Negative Affect, Anxiety, and Depression: A Comprehensive Review of Theoretical Models and Empirical Evidence." *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 193-215.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., ... & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. doi:10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Kochanska, G., Aksan, N., & Koenig, A. (2023). The role of parenting in the development of social-emotional skills in early childhood: Insights from longitudinal research. *Child Development Perspectives*, 17(2), 76-83. <https://doi.org/10.1111/cdep.12434>
- Koplewicz, H. S. (2021). *The Scaffold Effect: Raising Resilient, Self-Reliant, and Secure Kids in an Age of Anxiety*.
- Lareau, A. (2003). *Unequal Childhoods: Class, Race, and Family Life*. Berkeley: University of California Press.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2023). "Stress, Appraisal, and Coping: Revisiting the Classic Model in Contemporary Contexts." *Journal of Behavioral Medicine*, 46(3), 349-361.
- Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGrawHill.
- Lazarus, R.S. (1976). Patterns for adjustment. New York: McGrawHill.
- Leal, I., Antunes, R., Passos, T., Ribeiro, J., Maroco, J. (2009). Estudo da escala de depressão, ansiedade e stress para crianças (EADS-C). *Psicologia, saúde e doenças*, 10 (2), 277-284.
- Lessa, I. (2006). Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS): Adaptação e Validação da Depression Anxiety Stress Scales (DASS) para a Língua Portuguesa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais*, 1(1), 55-64.
- Lima, L. F., & Coutinho, R. S. (2016). "Aspectos da Depressão Infantil: Uma Revisão da Literatura." *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais*, 12(2), 145-154.
- Lipp, M. (2023). O Stress e as suas implicações. *Estudos De Psicologia*, 1(3), 05–19.
- Lipp, M. & Novaes, E. (1998). O stress. São Paulo: Ed. Contexto.
- Lipp, M. E. N. (2000). O Stress e suas Implicações. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2016). O Stress do professor frente ao mau comportamento do aluno. In D. C. Fava (Org.). *A Prática da Psicologia na Escola*. Belo Horizonte: Artesã, 351- 372.
- Lipp, M. E. N. (2022). "Stress and Coping in School Settings: Revisiting and Expanding the Impact of School Environments on Children's Well-being." *Journal of School Health*, 92(3), 284-295.
- Lipp, M.N. & Romano, A.S.F.(1987). O stress infantil. *Estudos de Psicologia*, 4, 42-54.

- Liu, J., & Chen, X. (2020). "Transition from primary to secondary school: A systematic review of the literature." *Educational Psychology Review*, 32(4), 1135-1162.  
<https://doi.org/10.1007/s10648-020-09524-8>
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2022). *Adolescent Social Cognition and Mental Health: Bridging the Gap Between Research and Practice*. Oxford University Press.
- Lopes, R. C. P., Patias, N. B. dos S., & Bandeira, D. R. (2013). Fatores de proteção no desenvolvimento infantil: uma análise da resiliência. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 13-22.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343
- Lu, S., Wei, F., & Li, G. (2021). The evolution of the concept of stress and the framework of the stress system. *Cell Stress*, 5(6), 76-85. 10.15698/cst2021.06.250
- Luthar, S. S., & Cicciolla, L. (2022). "Stress and Resilience Among Children in School Settings: Implications for Intervention." *Journal of School Psychology*, 87, 47-63.
- Mahoney, J. L., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2018). An update on social and emotional learning outcome research. *Phi Delta Kappan*, 100(4), 18-23.
- Main, M., & Hesse, E. (2023). "The Role of Attachment in the Development of Emotion Regulation and Psychopathology: A Review." *Current Opinion in Psychology*, 52, 101-109.
- Marconi, E. V. N. (2017). Depressão infantil: uma revisão bibliográfica. *Psicol PT*.
- Marcovitch, S., & Zelazo, P. D. (2009). "A hierarchical competing systems model of the emergence and early development of executive function." *Developmental Science*, 12(1), 1-18.

- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS (3.ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, C., Cepêda, T. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários. Manual para a Promoção de Aprendizagens Socioemocionais em Meio Escolar*, Lisboa.
- Martínez-Martín, N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 294-299.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. The Guilford Press.
- Matos, M. G. D., Gaspar, T., & Simões, C. (2012). Health-related quality of life in Portuguese children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 230-237.
- Matsinhe, M., Cândido, A., Abacar, M., & Aliante, G. (2020). Sintomas de stress em estudantes moçambicanos do curso de Psicologia. *Psicologia da Saúde*, 28 (2), 1-9.  
10.15603/2176-1019/mud.v28n2p1-9
- McCarthy, K. P., & Dempsey, M. S. (2020). "The Role of School-Family Communication in the Transition to Elementary School." *Early Childhood Education Journal*, 48(1), 71-79.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- Medina, G. (2008). *Validação da versão portuguesa de uma escala de competências sociais para crianças*. Lisboa, ISCTE. Dissertação de mestrado.
- Melo, A. C., & Lima, C. L. (2019). *Transtornos de Ansiedade e Depressão: Intervenções Cognitivo-Comportamentais e Processos Cognitivos*. São Paulo: Editora Vozes.
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents:

Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017

Merrell, K. W. (2002). *School Social Behavior Rating Scales* (2<sup>a</sup> ed.). Eugene, OR: Assessement-Intervention Resources.

Miller, L. C. (2003). *The Psychological Impact of Depression on Children and Adolescents: A Comprehensive Review*. Springer Publishing Company.

Muris, P. (2016). A biopsychosocial model of specific phobias. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(2), 156-171.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151-169.

Muris, P., Meesters, C., & Gashi, L. (2018). Improving global self-esteem and school-related self-efficacy in children: Evaluation of the "Dreams School" program. *Health Psychology Report*, 6(1), 19-29. doi:10.5114/hpr.2018.71203

Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2018). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2), 106-116.

Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2008). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413-1423.

Nelson, C. A., & Gabard-Durnam, L. J. (2020). "Early Adversity and the Development of the Brain: The Role of the Neurodevelopmental Framework in Education and Intervention." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 8-20.

Norton, P. J. (2007). *Measurement of Anxiety and Depression: A Review of Self-Report Scales*. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 379-387.



- O'Connor, R., De Feyter, J., Carr, A., Luo, J. L., & Romm, H. (2020). A meta-analysis of social and emotional learning interventions in U.S. schools: Effects on social-emotional competencies and academic achievement. *Review of Educational Research*, 90(4), 627-656.
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (7th ed.). Boston: Pearson.
- O'Connor, E. E., Collins, B. A., & Supplee, L. H. (2020). "Behavioral and socioemotional foundations for early learning: Implications for practice and policy." *Early Education and Development*, 31(7), 1081-1099. <https://doi.org/10.1080/10409289.2020.1793738>
- O'Connor, E. E., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2019). Childhood Predictors of Adult Health: A Lifespan Perspective on the Role of Adversity. *Pediatrics*, 144(5), e20190509.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). Diário da República, 2ª Série.
- Osher, D., Cantor, P., Berg, J., Steyer, L., & Rose, T. (2018). Drivers of human development: How relationships and context shape learning and development. *Applied Developmental Science*, 22, 1–31.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Human Development*. 11ª ed. McGraw-Hill Education.
- Pereira, A. I., & Canavarro, M. C. (2014). Intervenções psicológicas com crianças e adolescentes: Contributos para a promoção da saúde mental. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da saúde: Conceitos e práticas* (pp. 233-257). Factor.
- Perret-Clermont, A.-N. (2004). *Social Interaction and Cognitive Development in Children*. Psychology Press.

- Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*. International Universities Press.
- Piaget, J. (1952). *The Origins of Intelligence in Children*. International Universities Press.
- Piaget, J. (1977). *The Development of Thought: Equilibration of Cognitive Structures*. Viking Press.
- Pianta, R. C., & Stuhlman, M. W. (2004). "Teacher-Child Relationships and Children's Success in the First Years of School." *School Psychology Review*, 33(3), 444-458.  
<https://doi.org/10.1080/02796015.2004.12086206>
- Pianta, R. C., Rimm-Kaufman, S. E., & Cox, M. J. (Eds.). (2021). *Transition to School: Contemporary Approaches to Supporting Young Children and Their Families*.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. C. (2015). Ansiedade, depressão e stress: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 148-163.
- Pires, E., Fernandes, M., Fernandes, C., & Veríssimo, M. (2023). The relationships between empathy and social behaviours in middle childhood. *Análise Psicológica*, 41(2), 207-220. <https://doi.org/10.14417/ap.1996>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & 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), 345-365.
- Raknes, S., Pallesen, S., Himle, A. Bjaastad, J., Wergeland, G., Hoffart, A., Dyregrov, K., Håland, A., Haugland, B. (2017). Qualidade de vida em adolescentes ansiosos. *Psiquiatria da Criança e do Adolescente Saúde*. DOI: 10.1186/s13034-017-0173-4
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). *The role of parenting in the development of anxiety disorders*. In A. C. McLeod, R. K. M. H. St. George, & J. C. K. C. Burgess (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press.

- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). "Peer Victimization and Internalizing Problems in Children: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies." *Child Abuse & Neglect*, 34(4), 244-252.
- Rice, F., Harold, G. T., & Thapar, A. (2002). "The Genetic and Environmental Influences on the Development of Depression: A Review." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 757-769.
- Rocha, A. M. (2021). *Saúde Mental Infantil e Adolescentes: Abordagens e Intervenções*. Lisboa: Editora Lidel.
- Roeser, R. W., Eccles, J. S., & Strobel, K. R. (2021). Linking the Study of Schooling and Mental Health: Selected Issues and Empirical Illustrations at the Level of the Individual. *Educational Psychologist*, 38(4), 221-232. [https://doi.org/10.1207/S15326985EP3804\\_5](https://doi.org/10.1207/S15326985EP3804_5)
- Sampaio, R. T. et al. (2015) A Musicoterapia e o Transtorno do Espectro do Autismo... Per Musi. Belo Horizonte, (32), pp.137-170
- Santrock, J. W. (2018). *Life-Span Development*. New York: McGraw-Hill Education.
- Santrock, J. W. (2019). *Life-Span Development* (17th ed.). McGraw-Hill Education.
- Selye, H. (1936). A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(3479), 32–32. doi:10.1038/138032a0
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1383-1392. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- Siegel, D. J., & Bryson, T. P. (2021). *The Whole-Brain Child: 12 Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. Bantam Books.
- Silvaes, A. C. (2008). *Abordagens Multidisciplinares no Tratamento da Ansiedade Infantil*. Editora Psicológica.
- Smith, J., Johnson, L., & Brown, R. (2021). *Childhood Depression: A Comprehensive Overview*. Springer.

- Soares, A. H. R., Martins, A. J., Lopes, M. D. C. B., Britto, J. A. A. D., Oliveira, C. Q. D., & Moreira, M. C. N. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3197-3206.
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566.
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). "Age differences in resistance to peer influence." *Developmental Psychology*, 43(6), 1531–1543.
- Swailes, S., & McIntyre-Bhatty, T. (2002). O inventário de papéis da equipe "Belbin": Reinterpretando estimativas de confiabilidade. *Revista de Psicologia Gerencial*, 17(6), 529–536. <https://doi.org/10.1108/02683940210439432>
- Tafet, G., E. (2018). *Ansiedade e depressão. As perturbações mais comuns derivadas do stress crónico*. Espanha: Atlântico Press.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156-1171.
- Thompson, R. A. (2014). "Socialization of Emotion and Emotion Regulation in the Family." *Handbook of Emotion Regulation*, 2nd ed., 173-186.
- Tomasello, M. (2019). *Becoming Human: A Theory of Ontogeny*. Harvard University Press.
- Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E., & Binau, S. G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(3), 185-199.

- Valente, S. (2019). Competências socioemocionais: o emergir da mudança necessária. *Revista Diversidades*, 55, 10-15.
- Vieira, M. A., Estanislau, G. M., Bressan, R. A., & Bordin, I. A. (2014). Saúde Mental na Escola. In Estanislau, G. M., Bressan, R. A. (Orgs.). *Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber* (pp. 13-23). Porto Alegre: Artmed
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G., Rynn, M. A., McCracken, J., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S., & Kendall, P. C. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, 359(26), 2753-2766.
- Wegerif, R. (2013). *Dialogic: Education for the Internet Age*. Routledge.
- Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., & Gullotta, T. P. (2015). Social and emotional learning: Past, present, and future. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg, & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: Research and practice* (pp. 3-19). Guilford Press.
- Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Domitrovich, C. E., & Gullotta, T. P. (2015). \*Social and emotional learning
- Wentzel, K. R., & Caldwell, K. A. (2020). Friendships, Peer Acceptance, and Group Membership: Relations to Academic Achievement in Middle School. *Child Development*, 68(6), 1198-1209. <https://doi.org/10.1111/cdev.1997.68.issue-6>
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>

- White, J. (1989). Depression. Em *The Troubled adolescent*. Pergamon General psychology series, 111-143.
- Wigfield, A., Tonks, S., & Klauda, S. L. (2009). "Expectancy-value theory." *Handbook of Motivation at School*, 55-75.
- Wilkins, M. C., & Sweeney, A. C. (2023). "Managing Anxiety and Stress in Middle Childhood: Prevention and Intervention Strategies." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 789-802.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.
- Woolfson, M. E. (2022). *Transitioning Through School: Supporting Children's Emotional and Social Development*. Routledge.
- World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2021). *Adolescent mental health: Policy and service guidance*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, L., Zhao, Y., Wang, Y., Liu, L., Zhang, X., Li, B., & Cui, R. (2015). The Effects of Psychological Stress on Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 494–504. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831150507>
- Zins, Joseph E., Weissberg, Roger P., Wang, Margaret C., e Walberg, Herbert J. (2004). *Building Academic Success on Social and Emotional Learning: What Does the Research Say?*. Nova York: Teachers College Press.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290-302.

# ANEXOS

## Anexo I- Consentimento Informado para pais

Exmos. Pais e Encarregados de Educação,

“O Mundo dos Intergalácticos” é um Programa de promoção de competências socioemocionais, dirigido a crianças e jovens com **idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos**.

É composto por **12 sessões**, com cerca de **90 minutos cada**, e com uma **regularidade semanal**. As dinâmicas são constituídas por dinâmicas de relaxamento e de treino cognitivo-comportamental para trabalhar competências socioemocionais, capacidade de autorregulação comportamental aos diferentes contextos de vida (especialmente contexto familiar e contexto escolar), bem como a capacidade de atenção plena.

Será aplicado em contexto escolar, sendo que a Escola do seu educando(a) foi contemplada a participar nesta intervenção.

Contamos assim com a Vossa colaboração, autorizando o seu/sua educando(a) a participar nestas sessões que serão dinamizadas em contexto turma, com a presença/supervisão de um elemento da Escola e da(s) Psicóloga(s) com formação específica neste âmbito.

Para avaliar os benefícios do Programa “O Mundo dos Intergalácticos”, serão realizados três momentos de avaliação (pré, pós-término e follow-up do Programa) através do preenchimento de questionários para Pais, Professores e Crianças.

A recolha e tratamento dos dados será realizada de forma confidencial e anónima, sendo a sua autorização crucial para a elaboração deste trabalho. Em nenhum momento será, assim como o seu/sua educando(a) identificado(a).

A participação do seu educando é voluntária, podendo a qualquer momento interromper a sua participação sem qualquer juízo.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração.

-----  
Autorizo / Não autorizo (riscar a opção errada) o meu Educando \_\_\_\_\_

a participar no Programa “O Mundo dos Intergalácticos”

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a Encarregado(a) de Educação)



## **Anexo II- Consentimento Informado para professores**

Exmos. Professores,

“O Mundo dos Intergalácticos” é um Programa de promoção de competências socioemocionais, dirigido a crianças e jovens com **idades compreendidas entre os 8 e os 12 anos**.

É composto por **12 sessões**, com cerca de **90 minutos cada**, e com uma **regularidade semanal**. As dinâmicas são constituídas por dinâmicas de relaxamento e de treino cognitivo-comportamental para trabalhar competências socioemocionais, capacidade de autorregulação comportamental aos diferentes contextos de vida (especialmente contexto familiar e contexto escolar), bem como a capacidade de atenção plena.

Será aplicado em contexto escolar, sendo que a sua Escola foi contemplada a participar nesta investigação, contribuindo para a validação do Programa “O Mundo dos Intergalácticos”, em Portugal.

Contamos assim com a sua colaboração, uma vez que, para avaliar os benefícios do Programa “O Mundo dos Intergalácticos”, necessitaremos do seu apoio no preenchimento de alguns questionários.

A recolha e tratamento dos dados será realizada de forma confidencial e anónima, sendo a sua autorização crucial para a elaboração deste trabalho. Em nenhum momento será identificado(a). A sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento ser interrompida.

Agradeço antecipadamente a sua disponibilidade e colaboração.

Aceito participar no Programa “O Mundo dos Intergalácticos”

---

(Assinatura do/a Professor/a)

### Anexo III - Questionário Sociodemográfico para Professores

#### Dados do(a) Professor(a)

---

#### Dados Sociodemográficos

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino

Feminino

Número de anos de experiência Profissional: \_\_\_\_\_

---

## Anexo IV - Questionário Sociodemográfico da Criança

### Dados da Criança/Jovem

---

Sexo: Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_