

Promover a Saúde Mental nas Escolas - PROMEHS: impacto da implementação do currículo em Portugal^{1,2}

Celeste Simões³

ORCID: 0000-0003-0229-1422

Margarida Frade Santos³

ORCID: 0000-0002-0937-2906

Paula Lebre⁴

ORCID: 0000-0002-8440-2415

Lúcia Canha³

ORCID: 0000-0002-4705-6429

Anabela Caetano Santos⁵

ORCID: 0000-0001-7963-8397

Ana Fonseca³

ORCID: 0000-0002-8369-8146

Dória Santos³

ORCID: 0000-0003-2244-8909

Camélia Murgó⁶

ORCID: 0000-0003-3932-7580

Margarida Gaspar de Matos⁷

ORCID: 0000-0003-2114-2350

Ilaria Grazzani⁸

ORCID: 0000-0001-6420-2160

Resumo

Apesar da evidência do impacto positivo das intervenções na área da promoção da saúde mental nas escolas, existe a necessidade de realizar estudos robustos, em particular quando novos programas são desenvolvidos, de forma a promover a adoção de boas práticas e a identificação de estratégias eficazes de intervenção. Este estudo teve como objetivo

1- Disponibilidade de dados: Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no Zenodo e pode ser acessado em <https://doi.org/10.5281/zenodo.15322878>.

2- Financiamento: Este trabalho foi apoiado pela Comissão Europeia - Erasmus+ KA3 (Projeto PROMEHS n.º 0.606689-EPP-1-2018-2-IT-EPPKA3-PI-POLICY).

Agradecimentos: Os autores deste artigo agradecem a todos os professores, alunos, famílias e profissionais envolvidos no projeto, e à equipa europeia do projeto PROMEHS.

3- Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal. Contatos: csimoes@fmh.ulisboa.pt; mmfsantos@edu.ulisboa.pt; lucia.canha@edu.ulisboa.pt; amdagf@gmail.com; santos.doria@gmail.com

4- Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Etnomusicologia – Centro de Estudos em Música e Dança (INET-md-Polo FMH/ULisboa), Lisboa, Portugal. Contato: pmelo@fmh.ulisboa.pt

5- Alterar para: Instituto Universitário de Lisboa (Iscte-IUL), CIS-Iscte, Lisboa, Portugal. Contato: anabela.caetano.s@gmail.com

6- Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, São Paulo, Brasil. Contato: camelia@unoeste.br

7- Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Contato: mmmatos@ucp.pt

8- Universidade Milano-Bicocca, Departamento de Ciências Humanas para a Educação "R. Massa", Milão, Itália. Contato: ilaria.grazzani@unimib.it



<https://doi.org/10.1590/S1678-4634202551282780por>

This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY 4.0.

avaliar o impacto da implementação do currículo PROMEHS em Portugal, em contexto escolar com um grupo de crianças e adolescentes (N=1764). O estudo utilizou um desenho quase-experimental de caráter longitudinal no grupo experimental e no grupo em espera nas fases pré e pós-teste da implementação. Foram coletados dados com professores, pais/responsáveis pelos alunos e alunos, através de um conjunto de instrumentos: nomeadamente, o questionário das Capacidades e Dificuldades (SDQ), Competências Socioemocionais (SSIS-SEL Brief Scales), domínio académico, resiliência (CDRisc10) e impacto do PROMEHS. Os resultados apontam para um impacto significativo no aumento das competências socioemocionais e resultados académicos dos alunos, bem como na redução das dificuldades, de acordo com a avaliação dos professores. Na avaliação dos pais/responsáveis pelos alunos e dos alunos não se obtiveram resultados estatisticamente significativos. No entanto, a avaliação do impacto pelas três fontes foi muito positiva. De um modo geral, os resultados apontam a eficácia do currículo PROMEHS na promoção do desenvolvimento socioemocional dos alunos e destacam a importância desse tipo de programa nas escolas portuguesas.

Palavras-chave

Saúde mental – Competências socioemocionais – Resiliência – Problemas comportamentais – Intervenções escolares.

Promoting Mental Health at Schools - PROMEHS: impact of curriculum implementation in Portugal*

Abstract

Despite evidence of the positive impact of school-based mental health promotion interventions, there remains a need for robust studies, particularly to evaluate newly developed programs, in order to promote the adoption of best practices and identify effective intervention strategies. This study aimed to evaluate the impact of implementing the PROMEHS curriculum in Portugal in a school setting, using a sample of children and adolescents (N=1,764). A longitudinal quasi-experimental design was adopted with an experimental group and a waitlist control group, assessed at the pre- and post-test phases of implementation. Data were collected from teachers, parents/guardians, and students using a set of instruments: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), the Social-Emotional Skills (SSIS-SEL Brief Scales), Academic Competence, Resilience (CD-RISC10), and PROMEHS impact. The results indicate a significant impact on students' socioemotional competencies and academic outcomes, as well as a reduction in difficulties, according to teacher assessments. No statistically significant results were found in the assessments of parents/guardians or the students. However, the evaluation of the program impact across all three informant sources was highly positive. Overall, the findings demonstrate

the effectiveness of PROMEHS in promoting students' socioemotional development and highlight the importance of this type of program in Portuguese schools.

Keywords

Mental Health – Socioemotional Competencies – Resilience – Behavioral problems – School-based interventions.

Introdução

A saúde mental é definida pela Organização Mundial de Saúde como uma parte integral da saúde e do bem-estar, envolvendo a capacidade para funcionar, lidar com o estresse e prosperar nos múltiplos contextos de vida (WHO, 2022). Ao considerar o papel crucial da saúde mental no desenvolvimento pessoal e comunitário, é fundamental que qualquer intervenção compreenda os determinantes da saúde mental, que incluem um conjunto complexo e interligado de atributos individuais, bem como de fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, os quais, combinados, protegem ou comprometem a saúde mental (WHO, 2021).

Os riscos atuais para a saúde mental da população incluem desigualdades econômicas e sociais, emergências de saúde pública (nomeadamente as vivências e as consequências da Covid-19), e humanitárias (incluindo conflitos e deslocamentos forçados). Esses riscos para a saúde mental podem manifestar-se em todas as fases da vida, sendo particularmente prejudiciais em períodos sensíveis do desenvolvimento, nomeadamente na infância e na adolescência (WHO, 2022).

Embora a maioria das crianças e dos adolescentes viva essas etapas de desenvolvimento sem dificuldades significativas, cerca de 20% revelam problemas de saúde mental (Solmi *et al.*, 2022). A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022) indica uma prevalência de 8% em crianças (entre os 5 e os 9 anos) e de 14% em adolescentes (entre os 10 e os 19 anos), salientando-se o crescimento dessas estimativas nos últimos anos. Uma meta-análise examinando a prevalência global de sintomas de ansiedade e depressão durante a pandemia de Covid-19, incluindo 29 estudos e totalizando 80,879 jovens, identificou 23,8% de sintomas de depressão e 18% de sintomas de ansiedade, valores significativamente superiores aos valores pré-pandemia (Racine *et al.*, 2021).

Essa tendência crescente justifica a necessidade de adotar ações para promoção da saúde mental e prevenção de problemas (Corcoran *et al.*, 2018; Unicef, 2021; WHO, 2022), que promovam fatores de proteção e desenvolvam resiliência perante os desafios que as crianças e os adolescentes enfrentam. A literatura recente aponta para múltiplos fatores de proteção, quer internos quer externos (Cefai *et al.*, 2021). Nos fatores internos é possível destacar, entre outros, a flexibilidade mental, as competências de autorregulação e de resolução de problemas, a autoestima, e a autoeficácia. Nos fatores externos, destacam-se as relações positivas e de apoio e a existência de adultos significativos nos principais contextos de vida. A promoção desses fatores deve, pois, ser contemplada nas ações para promoção da saúde mental e prevenção de problemas, as quais devem ter

um carácter intersectorial (envolvendo saúde e educação, entre outros âmbitos) e ser concebidas para indivíduos, grupos específicos ou populações. Assim, é fundamental criar oportunidades para desenvolver competências socioemocionais, fornecer o conhecimento sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, e proporcionar oportunidades para o estabelecimento de relações positivas no seio familiar, entre os pares e na comunidade em geral, salientando-se a importância da implementação desse tipo de programa nas escolas (Corcoran *et al.*, 2018; WHO, 2022).

A escola como contexto para a intervenção no âmbito da saúde mental

Ao virem para a escola, crianças e adolescentes trazem uma história de vida, os seus recursos, mas também as suas vulnerabilidades pessoais, sociais e contextuais. De fato, muitos alunos acumulam na sua cronologia várias experiências adversas que aumentam a probabilidade de desenvolverem problemas de saúde mental (Briggs *et al.*, 2021). A não identificação dos fatores de risco pode ter consequências negativas, como o insucesso académico e o abandono escolar, ou problemas futuros, como relações interpessoais conflituosas e dificuldades na transição para a vida ativa (Gueldner *et al.*, 2020).

Atualmente se privilegiam ações de prevenção e promoção da saúde mental para crianças e adolescentes em espaços naturais, evidenciando-se a escola como o contexto ecológico privilegiado. Uma das vantagens das escolas é serem um contexto eficaz na promoção da saúde mental e na prevenção de outros problemas nesse campo, pois a escola tem acesso a todas ou à maioria das crianças e dos adolescentes durante um período considerável do dia – no decorrer de um estágio desenvolvimental crítico, em que suas personalidades e competências socioemocionais ainda se encontram em formação (Cefai *et al.*, 2021) – e é um espaço em que os estudantes são conhecidos pelos professores e outros profissionais da educação (Gueldner *et al.*, 2020).

As diretrizes da OMS e da Unesco recomendam a criação de estruturas, funções e agentes promotores da saúde mental e bem-estar através de estratégias, tais como: o delineamento do perfil das necessidades dos alunos, a identificação dos recursos e sistemas existentes, a constituição de equipas para a implementação de programas de saúde mental nas escolas, e a criação de parcerias com políticas públicas e com a comunidade (WHO, 2021). Tal conjunto de ações implica ir ao encontro das necessidades individuais, que envolvem o bem-estar social e emocional e a redução de fatores de risco (Khan, 2016).

O enfoque na prevenção e na aprendizagem das competências socioemocionais e na promoção da resiliência nas escolas tem se revelado uma abordagem promotora da saúde mental (Cefai *et al.*, 2021). Estudos indicam que fatores que aumentam a resiliência reduzem o risco de problemas de saúde mental após situações adversas na infância (Fritz *et al.*, 2018). A revisão sistemática conduzida por Fritz e colaboradores (2018) e que incluiu 22 estudos, conduzidos maioritariamente na América do Norte, mas incluindo também estudos realizados em outras regiões do globo, nomeadamente Europa, Médio Oriente, Ásia, e Oceânia, destacou a natureza sistémica da resiliência, salientando a importância de estudar e promover fatores de resiliência de diferentes níveis (individuais, e.g., autoestima

e regulação emocional; familiares, e.g., coesão e apoio familiar; e comunitários, e.g., apoio social) para prevenir o surgimento de problemas de saúde mental após o confronto com experiências adversas na infância. Dados recolhidos em Portugal revelam que competências como a resolução de problemas e a autoeficácia parecem ser fatores protetores centrais para manter o bem-estar perante situações de risco acumulado (Simões *et al.*, 2015). Existem também evidências da correlação positiva entre o desenvolvimento de competências socioemocionais através de programas de intervenção na escola e níveis mais elevados de bem-estar até 18 anos e no decorrer da vida adulta (Taylor *et al.*, 2017).

Destaca-se ainda, nesse contexto, que um dos elementos fundamentais para o sucesso desses programas na escola são os professores (Cefai *et al.*, 2021). Os professores desempenham um papel central na implementação de intervenções em saúde mental em contexto escolar, além de oferecerem suporte a estudantes com necessidades nessa área, integrando equipes intersetoriais e transdisciplinares. A formação adequada de professores em promoção da saúde mental, tanto na formação inicial quanto no desenvolvimento profissional contínuo, é essencial, uma vez que precisam ser capacitados para aplicar esse tipo de ações em sala de aula e na escola, assim como para adotar uma pedagogia relacional e colaborativa, centrada nos alunos.

Programas com evidência na área da promoção da saúde mental para crianças e adolescentes nas escolas

As evidências científicas disponíveis sobre a prevenção e a promoção da saúde mental nas escolas apontam para a existência de programas com resultados positivos, estáveis e duradouros no desenvolvimento saudável e no bem-estar de crianças, adolescentes, famílias e comunidades, com custos geralmente baixos (Weare; Nind, 2011). Várias meta-análises revelam o efeito benéfico dessas intervenções, nomeadamente melhorias em competências socioemocionais, comportamentos pró-sociais, atitudes positivas, autoimagem, bem-estar, desempenho acadêmico, além de redução de problemas internalizantes e externalizantes (Taylor *et al.*, 2017; Wigelsworth *et al.*, 2022).

Estudos recentes revelam um conjunto de ações eficazes, viáveis, adequadas e acessíveis para intervenção no contexto escolar (Cefai *et al.*, 2022; Zbukvic *et al.*, 2023), mostrando que as iniciativas mais bem-sucedidas na promoção da saúde mental nas escolas deverão estar pautadas numa abordagem escolar global (*Whole School Approach*), continuada e com sequencialidade entre níveis de educação e ensino (Cefai *et al.*, 2021). Estudos apoiam a ideia de que as competências sociais e emocionais promovidas na Aprendizagem Socioemocional (ASE) podem apoiar o desenvolvimento positivo de alunos de diversas origens familiares e contextos geográficos (Taylor *et al.*, 2017). O impacto é maior quando a intervenção é projetada com um contexto ou cultura específica em mente. Isso apoia a ideia de que o ASE não é uma intervenção *estandardizada* (Wigelsworth *et al.*, 2016). Uma revisão recente pretendeu estudar os efeitos de diferentes estratégias de implementação de programas de promoção da saúde mental universais nas escolas. Para tanto, incluiu a pesquisa de artigos entre 2000 e 2021 e identificou 22 estratégias eficazes para melhorar a fidelidade ou adoção de programas, apontando a monitorização, o *feedback*, o envolvimento dos diretores das escolas, o compromisso dos professores

e outros técnicos das escolas e a organização de um acompanhamento continuado na implementação como as estratégias com evidências mais fortes (Baffsky *et al.*, 2023).

Apesar dos resultados promissores encontrados nos estudos referendados, é fundamental desenvolver novas investigações de avaliação rigorosas para novos programas de intervenções, visando orientar práticas futuras, identificar estratégias eficazes e promover a adoção de melhores práticas.

Currículo PROMEHS

O PROMEHS (*Promoting Mental Health at Schools*) é um currículo universal que visa promover a saúde mental, as competências socioemocionais e a resiliência de alunos e professores do pré-escolar até ao ensino secundário (dos 3 aos 18 anos). Centrado numa abordagem escolar global, foi desenvolvido por um consórcio na Europa (Croácia, Grécia, Itália, Letónia, Malta, Portugal e Roménia), sendo o primeiro currículo elaborado de forma colaborativa por investigadores, instituições científicas e líderes políticos, com o objetivo de articular a investigação, a prática e as políticas (Cavioni *et al.*, 2020; Grazzani *et al.*, 2021; Simões *et al.*, 2020).

O PROMEHS foi desenvolvido de acordo com os seguintes princípios: i) promoção e prevenção; ii) baseado em evidência; iii) abordagem da *escola como um todo*; iv) abordagem SAFE; v) transversalidade; vi) abordagem inclusiva; vii) formação e supervisão de qualidade para professores; viii) envolvimento ativo da família; e ix) sustentabilidade.

O currículo foi desenvolvido de acordo com um modelo teórico que inclui dois domínios de promoção – *Aprendizagem Socioemocional* e *Resiliência* – e um domínio de prevenção – *Problemas Comportamentais, Sociais e Emocionais*. Cada domínio é constituído por vários temas contendo, cada um, entre dois a seis objetivos. Para a sua implementação foi desenvolvido e disponibilizado um conjunto de sete manuais de apoio que propõe atividades para vários anos, prevendo-se uma implementação sistemática e ao longo tempo, a saber: quatro manuais (dois para professores e alunos do pré-escolar e 1º ciclo, e dois para professores e alunos desde o 2º ciclo ao ensino secundário) que incluem atividades estruturadas que professores e alunos podem realizar respetivamente na escola, como parte do currículo regular, e em casa em conjunto com pessoas de referência (com a família ou outros). Esses materiais são passíveis de serem ajustados às necessidades e características da comunidade escolar, pois são sensíveis às diferenças culturais. Os outros três manuais contêm diretrizes para promover a saúde mental para professores, pais e decisores políticos (Grazzani *et al.*, 2021; Simões *et al.*, 2020). O estudo de análise de impacto do programa, que incluiu 7.789 alunos (e os seus professores e pais/responsáveis pelos alunos) desde o ensino pré-escolar ao ensino secundário de seis países, mostrou que os participantes do grupo experimental reportaram um maior aumento nas competências socioemocionais e na resiliência, bem como a redução dos sintomas internalizantes e externalizantes em relação ao grupo de controlo (Cefai *et al.*, 2022).

Na amostra portuguesa, uma análise comparativa entre os diferentes meios de implementação (i.e., *online*, presencial e *b-learning*) permitiu perceber que o impacto do programa se mantém independentemente do meio através do qual ocorre (Santos *et al.*, 2022). Outro estudo, que observou o impacto do programa nos 687 professores que

fizeram a formação e o implementaram junto dos seus alunos, verificou um aumento das competências socioemocionais, da resiliência e da autoeficácia nesse grupo (Cavioni *et al.*, 2023). Tendo por base a evidência internacional no campo dos programas de promoção da saúde mental em geral, e do currículo PROMEHS em particular, este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da implementação do currículo PROMEHS em Portugal em contexto escolar com um grupo alargado de crianças e adolescentes.

Método

Desenho do estudo

Para avaliar o impacto do currículo PROMEHS foram definidos dois grupos: um grupo experimental e um grupo em espera, avaliados em dois momentos (pré e pós-teste). O impacto do currículo nos alunos foi avaliado a partir de três fontes: os professores, os pais/responsáveis pelos alunos, e os próprios alunos, que se autoavaliaram a partir dos 8 anos de idade.

Foram convidados a participar 52 Agrupamentos de Escolas e Escolas não Agrupadas, dos quais 31 foram selecionados. Após a seleção dos docentes, foram enviados Termos de Consentimento para que pudessem encaminhar aos pais/responsáveis pelos alunos. Os Termos foram recolhidos pelos docentes e guardados nas escolas, a fim de proteger a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Para garantir o anonimato foi utilizado um código de identificação para cada aluno, tendo sido utilizado pelas três fontes de avaliação, recolhida em formato *online* ou em papel. No primeiro caso, foi enviado o *link* para os docentes, que posteriormente partilharam com os pais/responsáveis pelos alunos e com os alunos. No segundo caso, os alunos e pais/responsáveis pelos alunos com dificuldades de acesso à internet e a dispositivos tecnológicos preencheram a avaliação em papel, que foi recolhida pela equipa de investigação e cujos dados foram inseridos manualmente em ficheiro eletrónico. A autoavaliação dos alunos estava planeada para realização em sala de aula, contudo, diante do confinamento decretado em janeiro de 2021, alguns alunos realizaram-na em casa. O pré-teste decorreu entre dezembro de 2020 e meados de fevereiro de 2021, e o pós-teste, entre o final de maio de 2021 e meados de julho de 2021.

No caso do grupo experimental, após a avaliação inicial, realizou-se uma oficina de formação para docentes e a implementação do currículo. A oficina foi acreditada pelo Centro Científico-Pedagógico de Formação Contínua, com um total de 50 horas – sendo 25 horas de formação síncrona, subdivididas entre formação inicial (15 horas) e supervisão (10 horas); e 25 horas de trabalho autónomo – e com o objetivo de capacitar os docentes para a implementação do currículo PROMEHS. Do conjunto de atividades disponíveis no manual de atividades do professor, cada docente selecionou e implementou um mínimo de doze atividades do currículo (distribuídas equitativamente pelos três temas). A cada atividade implementada em sala de aula, foi trabalhado em casa pelo aluno o conteúdo correspondente, proposto no manual do aluno. Ao longo da implementação do currículo foram realizadas, pela equipa de investigação, três reuniões com os pais/responsáveis pelos alunos do grupo experimental. O grupo em espera participou nos dois momentos de

avaliação e, após o pós-teste, os docentes realizaram a oficina de formação e a implementação do currículo PROMEHS⁹. A formação e parte da implementação do currículo realizou-se em formato *online*, uma vez que o país se encontrava em confinamento, medida decretada para contenção da Covid-19.

Participantes

No âmbito do piloto foram definidas quatro faixas etárias para a implementação do currículo: pré-escolar (4 e 5 anos); 1º ciclo (8 e 9 anos); 2º ciclo (11 e 12 anos); e secundário (15 anos). O número de alunos avaliados pelos professores perfaz um total de 1.764; pelos pais/responsáveis pelos alunos, um total de 1.611; e um total de 1.623 autoavaliações. Após a eliminação dos casos com um momento de avaliação em falta, o total de alunos avaliados pelos professores foi de 1.463 ($n_{\text{Experimental}}=933$; $n_{\text{Espera}}=534$), 834 pelos pais/responsáveis pelos alunos ($n_{\text{Experimental}}=484$; $n_{\text{Espera}}=350$) e 1.089 autoavaliações ($n_{\text{Experimental}}=692$; $n_{\text{Espera}}=396$).

Instrumentos de avaliação

Como referido na seção relativa aos programas com evidência na área da promoção da saúde mental em crianças e adolescentes nas escolas, a implementação desse tipo de programas tem resultados em ganhos significativos ao nível de competências socioemocionais, comportamentos pró-sociais, resiliência, desempenho académico e redução de problemas internalizantes e externalizantes. Assim, a avaliação da implementação do currículo centrou-se sobre essas diferentes dimensões, tendo para tal utilizado vários instrumentos de avaliação, nomeadamente o SDQ (para avaliação dos problemas internalizantes e externalizantes e do comportamento pró-social), o SSIS-SEL (para avaliação das competências socioemocionais), o CDRisc10 (para avaliação da resiliência) e uma escala de avaliação do domínio académico. Todos esses instrumentos foram aplicados antes e após a implementação do currículo (pré e pós-teste) nos dois grupos, de acordo com o desenho do estudo (grupo experimental e grupo em espera).

Para cada uma das escalas foi realizada uma análise da consistência interna, estimada a partir do alfa de *Cronbach*. Em escalas com número pequeno de itens (<10) é comum encontrar valores de alfa de *Cronbach* bastante baixos ($\alpha \leq .50$) (Pallant, 2011). De acordo com Pallant, nesse caso será mais adequado apresentar a média da correlação inter-item (M_{CII}) sempre que se verifica essa condição. Desse modo, nas escalas com um número pequeno de itens (SQD – cinco itens; SSIS_SEL – quatro itens) foi calculada e apresentada a média da correlação inter-item (M_{CII}), que deverá variar entre .20 e .40 (Pallant, 2011), sempre que o valor do alfa de Cronbach apresentou uma confiabilidade fraca ou muito fraca ($\alpha \leq .69$). As escalas utilizadas são apresentadas em detalhe seguidamente.

9- Para mais informações sobre o procedimento e as diferentes etapas, consultar Simões *et al.* (2020).

Capacidades e dificuldades [Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ (Goodman, 2001)]:

O SDQ avalia as dificuldades comportamentais e emocionais das crianças e dos adolescentes. É composto por 25 itens organizados em cinco escalas (cada uma composta por cinco itens). Quatro escalas estão relacionadas com as dificuldades (sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas) e uma com as forças (comportamento pró-social). A cotação é feita a partir de uma escala de *Likert* de três pontos, de 0 (não é verdade) a 2 (é muito verdade). Cotações elevadas correspondem a uma maior incidência de problemas, no caso das dificuldades, e a uma maior conduta pró-social, no caso das forças. No presente estudo foi utilizado também o modelo que considera apenas três escalas (Goodman *et al.*, 2010): problemas internalizantes (i.e., sintomas emocionais e problemas de relacionamento com os colegas); externalizantes (i.e., hiperatividade e problemas de comportamento); e comportamento pró-social. Este instrumento foi preenchido pelos professores, pelos pais/responsáveis pelos alunos e pelos alunos a partir de 11 anos de idade. A consistência interna na avaliação dos professores revelou-se boa nas escalas de hiperatividade, comportamento pró-social, problemas internalizantes e externalizantes e total de dificuldades ($.80 < \alpha < .87$), aceitável na escala de sintomas emocionais ($\alpha \geq .77$), e fraca nas escalas de problemas de comportamento e problemas de relacionamento com os colegas ($.61 < \alpha < .68$). Nas escalas com fraca consistência interna, a média da correlação inter-item apresentou valores dentro dos parâmetros esperados ($.24 < M_{\text{cii}} < .32$).

Na avaliação dos pais/responsáveis pelos alunos, as escalas de hiperatividade, problemas internalizantes, problemas externalizantes e total de dificuldades apresentaram uma consistência aceitável ($.70 < \alpha < .77$). As escalas de sintomas emocionais e comportamento pró-social apresentaram uma consistência fraca ($.64 < \alpha < .68$), e as escalas de problemas de relacionamento com os colegas e problemas de comportamento apresentaram uma consistência muito fraca ($\alpha < .60$). Nas escalas com fraca consistência interna, a média da correlação inter-item apresentou valores dentro dos parâmetros esperados ($.26 < M_{\text{cii}} < .39$), mas nas escalas com consistência interna muito fraca esses valores ficaram um pouco abaixo do esperado ($.18 < M_{\text{cii}} < .19$).

Na avaliação dos alunos, a escala de total de dificuldades apresentou uma boa consistência interna nos dois momentos de avaliação ($\alpha \geq .80$), as escalas de problemas internalizantes e externalizantes apresentaram uma consistência aceitável ($.70 < \alpha < .74$), e as escalas de sintomas emocionais, hiperatividade e comportamento pró-social apresentaram uma consistência fraca ($.66 < \alpha < .69$). No entanto, para essas escalas, a média da correlação inter-item apresentou valores dentro dos parâmetros esperados ($.27 < M_{\text{cii}} < .33$). As escalas de problemas de relacionamento com os colegas e problemas de comportamento apresentaram uma consistência muito fraca ($\alpha < .60$). A média da correlação inter-item também não apresentou, para a maioria dessas escalas, valores dentro dos parâmetros esperados ($.14 < M_{\text{cii}} < .19$), com exceção da escala de problemas de comportamento no momento de avaliação final ($M_{\text{cii}} = .20$).

Competências socioemocionais [Social Skills Improvement System, Social Emotional Learning Edition Brief Scales - SSIS-SEL Brief Scales (Anthony et al., 2022a, 2022b; Elliot et al., 2020)]:

As escalas avaliam as competências socioemocionais das crianças e dos adolescentes, nomeadamente a consciência de si, a autorregulação, a consciência social, as relações interpessoais e a tomada de decisão responsável. As escalas são compostas por vinte itens e organizadas em cinco escalas (quatro itens cada), correspondendo cada uma a um domínio das competências socioemocionais. A cotação é feita a partir de uma escala de Likert de quatro pontos, de 1 (nunca) a 4 (quase sempre), com uma cotação superior a corresponder a um maior nível de competências. Este instrumento foi preenchido pelos professores, pelos pais/responsáveis pelos alunos e pelos alunos a partir de 8 anos de idade nos dois momentos de avaliação. A consistência interna da escala na avaliação dos professores revelou-se boa para todas as escalas ($\alpha \geq .80$), à exceção da escala de relações interpessoais, que apresentou uma consistência aceitável ($\alpha \geq .77$). Na avaliação dos pais/responsáveis pelos alunos, as escalas de consciência social e tomada de decisão responsável apresentam uma consistência aceitável ($.72 < \alpha < .78$) e fraca nas restantes escalas ($.62 < \alpha < .69$). Para essas escalas, a média da correlação inter-item apresentou valores dentro dos parâmetros esperados ($.27 < M_{CII} < .36$).

Na avaliação dos alunos, a escala de consciência social apresenta uma consistência aceitável ($\alpha \geq .71$). No entanto, as escalas de tomada de decisão responsável e autorregulação apresentam uma consistência fraca ($.61 < \alpha < .68$) e muito fraca nas escalas de consciência de si e relações interpessoais ($\alpha < .60$). Para essas escalas, a média da correlação inter-item apresentou valores dentro dos parâmetros esperados ($.22 < M_{CII} < .34$).

Domínio académico:

Esta escala é composta por três itens que avaliam a motivação académica, o envolvimento no processo de aprendizagem e os resultados académicos, a partir de uma escala de *Likert* de cinco pontos, de 0 (muito fraco) a 4 (excelente). Uma cotação superior corresponde a um resultado mais positivo ao nível académico, nos três itens. Este instrumento foi apenas preenchido pelos professores.

Resiliência [Connor-Davidson 10 item Resilience Scale – CDRisc10 (Connor; Davidson, 2003)]:

Esta escala avalia a capacidade de lidar com a adversidade e é composta por dez itens avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos, de 0 (não verdadeira) a 4 (quase sempre verdadeira). Uma cotação elevada corresponde a uma maior resiliência. Este instrumento foi preenchido pelos alunos a partir de 11 anos de idade. A consistência interna da escala revelou-se boa ($\alpha \geq .82$).

Após a implementação do currículo foi preenchido um instrumento de impacto do currículo PROMEHS apenas pelo grupo experimental, que avaliou a perceção de melhoria, a utilidade dos manuais e das reuniões conduzidas ao longo da implementação e a satisfação com o currículo. Essas componentes são seguidamente apresentadas de modo mais detalhado.

Impacto do PROMEHS:

Este instrumento foi desenvolvido com o intuito de avaliar a percepção de melhoria nos vários domínios trabalhados com a implementação do currículo PROMEHS. Os docentes e os pais/responsáveis pelos alunos foram questionados acerca da percepção de melhoria do aluno/educando em cada um dos subdomínios do PROMEHS (autoconsciência, autorregulação, consciência social, relações interpessoais, tomada de decisão responsável, lidar com desafios psicossociais, lidar com experiências traumáticas, lidar com problemas internalizantes, lidar com problemas externalizantes, lidar com comportamentos de risco). A escala era composta por dez itens cotados numa escala de *Likert* de cinco pontos, de 0 (não sei) a 4 (muito).

Utilidade (dos manuais do currículo PROMEHS e das reuniões com pais/responsáveis pelos alunos):

A utilidade do manual com orientações para os pais e do manual de atividades dos alunos foi avaliada pelos pais/responsáveis pelos alunos e pelos alunos, sendo que os últimos apenas avaliaram o segundo manual. As questões foram cotadas numa escala de *Likert* de seis pontos, de 0 (não sei/não utilizei) a 5 (extremamente útil).

Satisfação com o PROMEHS:

Aos alunos do grupo experimental foi apresentada uma questão relativa à satisfação com o PROMEHS (Gostei do PROMEHS), avaliada numa escala de cinco pontos, de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente).

Análise de dados

A análise de dados foi realizada utilizando o programa estatístico *IBM SPSS* (Versão 29.0). Após a eliminação dos casos em que não se verificava a avaliação num dos momentos, foi aplicada a eliminação pelo método *listwise*, dado que em todas as fontes e momentos de avaliação os dados omissos foram inferiores a 2%. De acordo com Hair e colegas (2014), dados omissos inferiores a 5% não apresentam relevância significativa.

Para comparar os dois grupos nas diferentes variáveis em estudo, e nos dois momentos, foram conduzidas análises de variância com medidas repetidas para as diferentes variáveis em estudo, com as diferentes fontes de avaliação [Modelo Geral Linear: Grupo (Experimental, Espera) x Momento (Avaliação Inicial, Avaliação Final)]. O nível de significância estabelecido para as análises foi .05 (bilateral). Uma vez que os grupos avaliados pelos professores e pelos alunos têm tamanhos diferentes (rácio entre o grupo experimental e o grupo em espera superior a 1.5), um nível de significância mais restrito (.01) foi estabelecido (Blanca *et al.*, 2018). Nessas análises é também apresentada a estatística do Traço de Pillai, por ser robusto à violação da homogeneidade da matriz de variância e covariância (Mertler *et al.*, 2021). Nos casos em que se verificou uma interação cruzada não foram interpretados os efeitos principais.

A análise de dados foi realizada com todas as escalas em questão, à exceção das escalas de problemas de relacionamento com os pares e problemas de comportamento,

avaliadas pelos pais/responsáveis pelos alunos e pelos próprios alunos, uma vez que o valor de confiabilidade se verificou abaixo do aceitável ($\alpha \leq .70$) e a média das correlações inter-item apresentou também valores fora dos limites recomendados ($.20 < M_{\text{CII}} < .40$).

Previamente à realização das análises de variância com medidas repetidas para as diferentes variáveis em estudo com as diferentes fontes de avaliação, foi realizado um teste t para amostras independentes, a fim de verificar a equivalência dos grupos experimental e de espera no momento inicial. Nas variáveis em que foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo em espera no momento inicial, foi realizada uma análise de covariância (ANCOVA) para comparar os valores finais da variável dependente, ajustando para as diferenças iniciais entre os grupos, como alternativa à análise de variância com medidas repetidas.

Resultados

Comparação entre grupos no momento inicial

Os resultados dos testes t para amostras independentes revelaram algumas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no momento da avaliação inicial (ver Tabela 1), em particular na avaliação dos professores.

Na avaliação realizada pelos professores, no domínio das competências socioemocionais, observaram-se diferenças entre o grupo experimental e o grupo em espera na consciência de si [$t(1675) = -2.55, p = .011$], na autorregulação [$t(1391.23) = -3.46, p < .001$], nas relações interpessoais [$t(1354.56) = -2.39, p = .017$] e na tomada de decisão responsável [$t(1353.10) = -2.33, p = .020$], com o grupo de espera a apresentar valores ligeiramente superiores (consultar médias e desvio-padrão na Tabela 1). No domínio das capacidades e dificuldades verificaram-se diferenças na hiperatividade [$t(1333.22) = 3.38, p < .001$] e nos problemas externalizantes [$t(1354.16) = 2.97, p = .003$], com o grupo experimental a evidenciar níveis mais elevados de hiperatividade e problemas externalizantes. No domínio acadêmico não se verificaram diferenças entre os grupos na avaliação inicial das variáveis em estudo.

Na avaliação realizada pelos pais/responsáveis pelos alunos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental e o grupo em espera nas variáveis em estudo dos diferentes domínios. Na avaliação realizada pelos alunos, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no domínio das capacidades e dificuldades, mais especificamente no comportamento pró-social [$t(848) = 2.84, p = .005$], tendo o grupo experimental apresentado valores superiores aos do grupo em espera.

Tabela 1 – Média e desvio-padrão das variáveis em análise no momento inicial, por grupo e fonte, e teste *t*

Variável dependente	Professores					Pais/Responsáveis pelos alunos					Alunos				
	GExp inicial		GEsp inicial		Teste <i>t</i>	GExp inicial		GEsp inicial		Teste <i>t</i>	GExp inicial		GEsp inicial		Teste <i>t</i>
	M	DP	M	DP		M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
Consciência de si	11.84	2.47	12.16	2.32	$t(1675)=-2.553, p=.011$	12.54	1.92	12.59	1.86	$t(1333)=0.170, p=.865$	12.61	2.00	12.70	2.09	$t(1003.754)=-0.866, p=.386$
Autorregulação	11.91	2.75	12.40	2.33	$t(1391.229)=-3.464, p<.001$	11.64	2.16	11.63	2.10	$t(1330)=-0.816, p=.415$	11.70	2.30	11.55	2.23	$t(1072.292)=0.990, p=.322$
Consciência social	12.80	2.49	12.84	2.13	$t(1379.071)=0.061, p=.951$	13.42	1.93	13.69	1.97	$t(1333)=-1.749, p=.081$	13.47	2.14	13.39	2.18	$t(1027.827)=0.967, p=.334$
Relações interpessoais	12.92	2.27	13.30	1.96	$t(1354.563)=-2.387, p=.017$	13.07	1.87	13.23	1.89	$t(1331)=-0.631, p=.528$	13.78	1.67	13.79	1.77	$t(987.486)=-0.374, p=.708$
Tomada de decisão responsável	13.04	2.55	13.42	2.20	$t(1353.098)=-2.333, p=.020$	13.30	1.96	13.37	2.01	$t(1331)=-0.281, p=.778$	13.26	2.09	13.23	2.05	$t(1054.323)=0.225, p=.822$
Sintomas emocionais	2.29	2.23	2.43	2.24	$t(1683)=-1.882, p=.060$	2.68	1.96	2.83	2.13	$t(1337)=-0.525, p=.600$	4.19	2.23	4.15	2.26	$t(847)=0.116, p=.907$
Problemas de comportamento	1.43	1.77	1.28	1.54	$t(1372.975)=1.570, p=.117$										
Hiperatividade	3.64	2.95	3.13	2.68	$t(1333.220)=3.382, p<.001$	4.23	2.47	4.35	2.54	$t(1340)=0.572, p=.567$	4.25	2.28	4.48	2.41	$t(847)=-0.992, p=.322$
Problemas de relacionamento com os colegas	1.67	1.74	1.49	1.76	$t(1683)=1.626, p=.104$										
Comportamento pró-social	7.69	2.40	7.57	2.23	$t(1683)=1.463, p=.144$	8.51	1.58	8.53	1.65	$t(1339)=0.090, p=.928$	8.40	1.63	7.97	1.80	$t(848)=2.843, p=.005$
Problemas internalizantes	3.97	3.43	3.91	3.37	$t(1682)=-0.381, p=.703$	4.41	3.09	4.45	3.18	$t(1335)=-0.384, p=.701$	6.31	3.12	6.18	3.32	$t(847)=-0.200, p=.841$
Problemas externalizantes	5.08	4.33	4.40	3.83	$t(1354.155)=2.970, p=.003$	6.22	3.48	6.30	3.52	$t(1337)=1.001, p=.317$	6.29	3.48	6.45	3.45	$t(844)=0.467, p=.641$
Total de dificuldades	9.03	6.15	8.32	5.69	$t(1682)=1.776, p=.078$	10.66	5.42	10.77	5.48	$t(1333)=0.432, p=.666$	12.61	5.47	12.65	5.62	$t(843)=0.120, p=.905$
Resiliência											34.90	6.98	35.56	6.95	$t(844)=-1.1475, p=.141$
Motivação acadêmica	3.74	.99	3.79	.97	$t(1681)=-1.041, p=.298$										
Envolvimento no processo de aprendizagem	3.71	.99	3.75	.95	$t(1681)=-0.959, p=.338$										
Resultados acadêmicos	3.62	.94	3.63	.94	$t(1681)=-0.396, p=.692$										

Fonte: Dados da pesquisa.

Evolução dos grupos entre os momentos de avaliação

Capacidades e dificuldades

Os resultados da análise de variância da avaliação realizada pelos professores mostraram uma interação significativa (Grupo x Momento) para todas as escalas do questionário das capacidades e dificuldades, à exceção da escala de sintomas emocionais (ver Tabela 2). Nas interações significativas, foi possível verificar no grupo experimental uma diferença nas médias (M_{dif}) entre a avaliação inicial e final ($p < .01$), que se traduziu numa diminuição das dificuldades, nomeadamente dos problemas de comportamento ($M_{dif} = -.12$), problemas de relacionamento com os colegas ($M_{dif} = -.41$), problemas internalizantes ($M_{dif} = -.75$) e do total de dificuldades ($M_{dif} = -1.16$), e num aumento das capacidades, mais especificamente do comportamento pró-social ($M_{dif} = .27$). Por outro lado, no grupo em espera verificou-se um aumento das dificuldades, especificamente, dos problemas de relacionamento com os colegas ($M_{dif} = .22$, $p < .001$) ou manutenção das dificuldades ($p > .01$), nomeadamente dos problemas de comportamento ($M_{dif} = .10$), da hiperatividade ($M_{dif} = .09$), dos problemas internalizantes ($M_{dif} = .00$) e externalizantes ($M_{dif} = .18$) e do total de dificuldades ($M_{dif} = .14$), além de uma diminuição das capacidades, especificamente, do comportamento pró-social ($M_{dif} = -.21$, $p < .01$).

Para além dessas interações, foram ainda encontrados alguns efeitos principais. No caso da escala de sintomas emocionais, encontrou-se um efeito significativo do momento ($M_{AvInicial} = 2.36$, $M_{AvFinal} = 2.09$), que se traduz num nível mais elevado de sintomas emocionais no momento da avaliação inicial comparativamente ao momento da avaliação final. Para todas as interações e efeitos principais significativos encontrados na avaliação realizada pelos professores, o tamanho do efeito revelou-se pequeno ($.00 < \eta^2 < .04$).

Na avaliação realizada pelos pais/responsáveis pelos alunos não se encontraram interações significativas para nenhuma das escalas do questionário das capacidades e dificuldades. No entanto, foram encontrados alguns efeitos principais para o momento, nomeadamente na hiperatividade, em problemas internalizantes e externalizantes e no total de dificuldades, sendo que em todas as escalas as médias da avaliação inicial foram superiores às da avaliação final (ver Tabelas 2 e 3). Em todas essas análises, o tamanho do efeito do momento revelou-se pequeno ($.00 < \eta^2 < .02$).

Tabela 2 – Resultados da análise de variância com medidas repetidas para as diferentes fontes e variáveis em análise

Variável dependente	Professores	Pais/Responsáveis pelos alunos	Alunos
Consciência de si		Grupo: $F(1, 812)=.15, p=.699, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 812)=9.52, p=.002, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 812)=.01, p=.928, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 1069)=.22, p=.640, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1069)=.88, p=.349, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1069)=4.62, p=.032, \eta^2=.00$
Autorregulação		Grupo: $F(1, 814)=.05, p=.822, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 814)=20.59, p<.001, \eta^2=.03$ Grupo x Momento: $F(1, 814)=.08, p=.785, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 1069)=1.24, p=.266, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1069)=7.56, p=.006, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 1069)=0.35, p=.852, \eta^2=.00$
Consciência social	Grupo: $F(1, 1436)=1.75, p=.186, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1436)=21.14, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 1436)=12.94, p<.001, \eta^2=.01$	Grupo: $F(1, 815)=2.55, p=.111, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 815)=.12, p=.730, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 815)=1.21, p=.272, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 1063)=1.28, p=.259, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1063)=.00, p=.980, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1063)=.48, p=.490, \eta^2=.00$
Relações interpessoais		Grupo: $F(1, 814)=.41, p=.524, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 814)=.00, p=.964, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 814)=1.83, p=.176, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 1058)=.63, p=.428, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1058)=5.42, p=.020, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 1058)=2.23, p=.136, \eta^2=.00$
Tomada de decisão responsável		Grupo: $F(1, 814)=.36, p=.551, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 814)=3.73, p=.054, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 814)=.00, p=.956, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 1067)=.31, p=.578, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1067)=.68, p=.411, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 1067)=.34, p=.560, \eta^2=.00$
Sintomas emocionais	Grupo: $F(1, 1459)=3.96, p=.047, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1459)=24.18, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 1459)=1.78, p=.182, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 815)=1.18, p=.278, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 815)=5.89, p=.015, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 815)=.05, p=.833, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 555)=.16, p=.686, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 555)=2.81, p=.094, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 555)=.09, p=.770, \eta^2=.00$
Problemas de comportamento	Grupo: $F(1, 1444)=.27, p=.602, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1444)=.08, p=.782, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1444)=9.09, p=.003, \eta^2=.01$		
Hiperatividade		Grupo: $F(1, 819)=.10, p=.748, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 819)=20.45, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 819)=1.19, p=.275, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 558)=.12, p=.727, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 558)=3.26, p=.072, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 558)=2.29, p=.039, \eta^2=.01$
Problemas de relacionamento com os colegas	Grupo: $F(1, 1445)=2.33, p=.127, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1445)=4.92, p=.027, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1445)=55.66, p<.001, \eta^2=.04$		
Comportamento pró-social	Grupo: $F(1, 1450)=9.40, p=.002, \eta^2=.01$ Momento: $F(1, 1450)=.31, p=.576, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1450)=20.03, p<.001, \eta^2=.01$	Grupo: $F(1, 818)=.06, p=.807, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 818)=1.19, p=.276, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 818)=.04, p=.843, \eta^2=.00$	
Problemas internalizantes	Grupo: $F(1, 1438)=3.77, p=.052, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1438)=21.14, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 1438)=12.94, p<.001, \eta^2=.01$	Grupo: $F(1, 807)=.01, p=.920, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 807)=7.22, p=.007, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 807)=.07, p=.795, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 548)=.93, p=.335, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 548)=8.54, p=.004, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 548)=.71, p=.400, \eta^2=.00$
Problemas externalizantes		Grupo: $F(1, 814)=.05, p=.822, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 814)=20.59, p<.001, \eta^2=.03$ Grupo x Momento: $F(1, 814)=.08, p=.785, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 554)=.06, p=.804, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 554)=1.28, p=.272, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 554)=3.26, p=.072, \eta^2=.01$
Total de dificuldades	Grupo: $F(1, 1431)=3.30, p=.069, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1431)=22.00, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 1431)=22.23, p<.001, \eta^2=.02$	Grupo: $F(1, 813)=.00, p=.999, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 813)=19.04, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 813)=.66, p=.416, \eta^2=.00$	Grupo: $F(1, 542)=.40, p=.529, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 542)=6.05, p=.014, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 542)=2.18, p=.140, \eta^2=.00$
Resiliência			Grupo: $F(1, 551)=.44, p=.508, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 551)=3.34, p=.068, \eta^2=.01$ Grupo x Momento: $F(1, 551)=1.01, p=.314, \eta^2=.00$
Motivação acadêmica	Grupo: $F(1, 1461)=.02, p=.892, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1461)=3.26, p=.071, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1461)=4.84, p=.028, \eta^2=.00$		
Envolvimento no processo de aprendizagem	Grupo: $F(1, 1462)=.00, p=.985, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1462)=4.67, p=.031, \eta^2=.00$ Grupo x Momento: $F(1, 1462)=6.07, p=.014, \eta^2=.00$		
Resultados acadêmicos	Grupo: $F(1, 1461)=1.36, p=.244, \eta^2=.00$ Momento: $F(1, 1461)=24.33, p<.001, \eta^2=.02$ Grupo x Momento: $F(1, 1461)=13.27, p<.001, \eta^2=.01$		

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 – Média e desvio-padrão das variáveis em análise, por grupo e fonte

Variável dependente	Professores								Pais/Responsáveis pelos alunos								Alunos							
	GExp Inicial		GExp Final		GEsp Inicial		GEsp Final		GExp Inicial		GExp Final		GEsp Inicial		GEsp Final		GExp Inicial		GExp Final		GEsp Inicial		GEsp Final	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Consciência de si	11.84	2.47	12.53	2.32	12.16	2.32	12.09	2.30	12.54	1.92	12.76	1.84	12.59	1.86	12.80	1.89	12.61	2.00	12.69	2.03	12.70	2.09	12.50	2.04
Autorregulação	11.91	2.75	12.23	2.74	12.40	2.33	12.18	2.42	11.64	2.16	11.97	2.10	11.63	2.10	11.92	2.06	11.70	2.30	11.89	2.23	11.55	2.23	11.76	2.20
Consciência social	12.80	2.49	13.24	2.32	12.84	2.13	12.89	2.31	13.42	1.93	13.52	1.94	13.69	1.97	13.64	1.79	13.47	2.14	13.52	2.18	13.39	2.18	13.34	2.11
Relações interpessoais	12.92	2.27	13.43	2.23	13.30	1.96	13.23	2.02	13.07	1.87	13.16	1.77	13.23	1.89	13.14	1.82	13.78	1.67	13.73	1.80	13.79	1.77	13.57	1.79
Tomada de decisão responsável	13.04	2.55	13.48	2.46	13.42	2.20	13.38	2.30	13.30	1.96	13.43	1.87	13.37	2.01	13.49	1.90	13.26	2.09	13.35	2.09	13.23	2.05	13.24	1.96
Sintomas emocionais	2.29	2.23	1.94	2.17	2.43	2.24	2.23	2.16	2.68	1.96	2.53	1.99	2.83	2.13	2.66	2.07	4.19	2.23	4.38	2.38	4.15	2.26	4.28	2.36
Problemas de comportamento	1.43	1.77	1.31	1.74	1.28	1.54	1.38	1.62	2.01	1.46	1.92	1.43	1.95	1.45	1.86	1.46	2.06	1.66	2.11	1.74	1.97	1.58	1.89	1.72
Hiperatividade	3.64	2.95	3.36	2.90	3.13	2.68	3.22	2.69	4.23	2.47	3.99	2.33	4.35	2.54	3.97	2.50	4.25	2.28	4.57	2.28	4.48	2.41	4.46	2.44
Problemas de relacionamento com os colegas	1.67	1.74	1.27	1.66	1.49	1.76	1.71	1.73	1.72	1.63	1.64	1.68	1.63	1.65	1.52	1.54	2.10	1.64	2.45	1.92	2.02	1.59	2.19	1.79
Comportamento pró-social	7.69	2.40	7.95	2.29	7.57	2.23	7.36	2.39	8.51	1.58	8.56	1.60	8.53	1.65	8.60	1.57	8.40	1.63	8.12	1.86	7.97	1.80	7.93	1.80
Problemas internalizantes	3.97	3.43	3.22	3.29	3.91	3.37	3.92	3.38	4.41	3.09	4.17	3.13	4.45	3.18	4.16	3.04	6.31	3.12	6.84	3.48	6.18	3.32	6.47	3.62
Problemas externalizantes	5.08	4.33	4.68	4.26	4.40	3.83	4.58	3.87	6.22	3.48	5.89	3.27	6.30	3.52	5.81	3.53	6.29	3.48	6.66	3.46	6.45	3.45	6.36	3.65
Total de dificuldades	9.03	6.15	7.88	6.05	8.32	5.69	8.46	5.92	10.66	5.42	10.05	5.14	10.77	5.48	9.96	5.51	12.61	5.47	13.48	5.99	12.65	5.62	12.86	6.27
Resiliência																	34.90	6.98	34.66	7.38	35.56	6.95	34.74	7.66
Motivação acadêmica	3.74	.99	3.82	1.01	3.79	.97	3.78	1.01																
Envolvimento no processo de aprendizagem	3.71	.99	3.79	1.02	3.75	.95	3.75	.99																
Resultados acadêmicos	3.62	.94	3.77	.98	3.63	.94	3.65	.97																

Fonte: Dados da pesquisa.

A autoavaliação realizada pelos alunos não revelou interações significativas ($p>.01$) (ver Tabela 2). Verificou-se, no entanto, um efeito principal do momento na escala de problemas internalizantes, sendo que esse efeito revelou um aumento das dificuldades. O tamanho do efeito do momento revelou-se pequeno ($\eta_p^2=.02$).

Nas escalas que apresentaram diferenças significativas no momento inicial, os resultados da ANCOVA revelaram um efeito significativo do grupo na hiperatividade e em problemas externalizantes avaliados pelo professor, após controlar os valores iniciais [hiperatividade: $F(1,1454)=6.65$, $p=.010$, $\eta_p^2=.005$; problemas externalizantes: $F(1,1432)=9.63$, $p=.002$, $\eta_p^2=.007$]. O grupo experimental apresentou uma média ajustada inferior no momento final na hiperatividade, ($M=3.12$, $EP=0.06$) e nos problemas externalizantes ($M=4.49$, $EP=0.08$) comparativamente ao grupo de espera (hiperatividade: $M=3.47$, $EP=0.08$; problemas $M=4.92$, $EP=0.11$). No caso do comportamento pró-social avaliado pelos alunos, os resultados da ANCOVA não revelaram diferenças significativas entre os grupos, [$F(1, 560)=0.06$, $p=.815$, $\eta_p^2=.000$; grupo experimental: $M=8.03$, $EP=0.09$; grupo de espera: $M=8.06$, $EP=0.11$].

Competências socioemocionais

Os resultados da análise de variância da avaliação realizada pelos professores mostraram uma interação significativa (Grupo x Momento) para a escala de consciência social (ver Tabela 2). Foi possível verificar que no grupo experimental houve uma diferença significativa na média (M_{dif}) entre a avaliação inicial e a avaliação final ($p<.001$), que se traduziu num aumento da consciência social (M_{dif} Consciência social=.44), enquanto no grupo em espera não se verificaram alterações significativas entre os dois momentos de avaliação. O tamanho do efeito do momento revelou-se pequeno ($\eta_p^2=.02$).

Para as restantes competências socioemocionais, os resultados da ANCOVA revelaram um efeito significativo do grupo, após controlar os valores iniciais [consciência de si: $F(1,1449)=44.34$, $p<.001$, $\eta_p^2=.030$; autorregulação: $F(1, 1442)=20.54$, $p<.001$, $\eta_p^2=.014$; relações interpessoais: $F(1, 1449)=24.15$, $p<.001$, $\eta_p^2=.016$; tomada de decisão responsável: $F(1, 1450)=13.35$, $p<.001$, $\eta_p^2=.009$]. O grupo experimental apresentou, para todas as competências, uma média ajustada superior no momento final (consciência de si: $M=12.61$, $EP=0.06$; autorregulação: $M=12.37$, $EP=0.06$; relações interpessoais: $M=13.52$, $EP=0.05$; tomada de decisão responsável: $M=13.57$, $EP=0.06$) comparativamente ao grupo em espera (consciência de si: $M=11.96$, $EP=0.08$; autorregulação: $M=11.94$, $EP=0.08$; relações interpessoais: $M=13.08$, $EP=0.07$; tomada de decisão responsável: $M=13.22$, $EP=0.08$).

Na avaliação realizada pelos pais/responsáveis pelos alunos não se encontraram interações significativas para nenhuma das escalas do questionário das competências socioemocionais. No entanto, foram encontrados dois efeitos principais (consciência de si e autorregulação) para o momento (ver Tabela 2), sendo que em ambas as médias da avaliação inicial foram inferiores às da avaliação final (ver Tabela 3). Em todas essas análises, o tamanho do efeito do momento revelou-se pequeno ($.01<\eta_p^2<.03$).

Na autoavaliação realizada pelos alunos verificou-se apenas um efeito principal do momento na autorregulação, revelando um aumento na autorregulação entre a avaliação inicial e a avaliação final ($\eta_p^2=.01$), (Ver Tabelas 2 e 3).

Domínio acadêmico

Os resultados da análise das variáveis relativas ao domínio acadêmico (avaliado apenas pelo professor) revelou apenas uma interação significativa (Grupo x Momento) para os resultados acadêmicos (ver Tabela 2). Foi possível verificar que no grupo experimental houve uma diferença significativa nas médias (M_{dif}) entre a avaliação inicial e a avaliação final, que se traduziu num aumento dos resultados acadêmicos ($M_{dif}=-.15$ $p<.001$), enquanto no grupo em espera não se verificaram alterações significativas entre os dois momentos de avaliação ($M_{dif}=-.02$, $p=.35$). O tamanho do efeito do momento revelou-se pequeno ($\eta_p^2=.01$).

Resiliência

Os resultados da análise da resiliência (avaliada pelos alunos) não revelaram interações ou efeitos principais estatisticamente significativos (ver Tabela 2).

Percepção de impacto do PROMEHS

Os resultados relativos ao impacto do currículo podem ser consultados na Tabela 4. É possível verificar pela análise da tabela, que o domínio onde foram percebidas evoluções mais expressivas foi o das competências socioemocionais. Para todas as fontes e em todos os domínios (à exceção da autorregulação na avaliação dos alunos) são reportados valores percentuais acima dos 90% no campo dos ganhos de competências (pelo menos um pouco). Nos domínios da resiliência e das competências para identificar e lidar com problemas emocionais, comportamentais e sociais, os ganhos são também expressivos de acordo com as três fontes (entre 68% e 84% referem ganhos nestas áreas).

No que diz respeito à utilidade dos manuais do currículo *PROMEHS*, 78.5% dos alunos e 81.1% dos pais/responsáveis pelos alunos consideraram o manual de atividades útil. O manual com orientações para os pais foi também avaliado como útil por 76.2% dos pais/responsáveis pelos alunos.

Em relação à satisfação com o *PROMEHS*, 91.5% dos alunos concordaram com a afirmação “Gostei do *PROMEHS*”. Para finalizar, no que diz respeito à utilidade das reuniões dos pais/responsáveis pelos alunos, 44.1% considerou as reuniões úteis.

Tabela 4 – Resultados relativos à percepção do impacto do PROMEHS pelas diferentes fontes

	Professores						Pais/Responsáveis pelos alunos						Alunos					
	Não sei	Nada	Um pouco	Bastante	Muito	TOTAL *	Não sei	Nada	Um pouco	Bastante	Muito	TOTAL *	Não sei	Nada	Um pouco	Bastante	Muito	TOTAL *
Competências socioemocionais																		
Consciência de si	4.4%	1.8%	31.4%	44.41%	18.0%	93.8%	5.8%	2.5%	36.7%	42.6%	12.5%	91.7%	5.9%	2.7%	25.8%	37.5%	28.1%	91.4%
Autorregulação	2.8%	3.2%	36.6%	41.1%	16.2%	94.0%	4.7%	3.3%	43.0%	36.3%	12.7%	92.0%	6.8%	3.9%	26.0%	37.5%	25.8%	89.3%
Consciência social	4.6%	2.6%	34.7%	38.2%	19.8%	92.8%	5.0%	2.8%	30.3%	45.9%	15.9%	92.2%	5.5%	3.1%	22.1%	37.0%	32.3%	91.4%
Competências relacionais	3.0%	3.0%	35.0%	39.8%	19.1%	94.0%	4.2%	3.3%	31.8%	44.2%	16.5%	92.5%	5.0%	3.0%	17.9%	37.0%	37.1%	92.0%
Tomada de decisão responsável	4.2%	3.8%	34.0%	38.0%	20.0%	92.0%	4.1%	3.4%	30.9%	42.0%	19.5%	93.8%	4.7%	4.1%	19.0%	34.4%	37.9%	91.2%
Resiliência																		
Lidar com desafios psicossociais	15.0%	5.5%	33.7%	31.7%	14.1%	79.5%	12.4%	5.0%	38.0%	34.0%	10.6%	82.6%	7.4%	8.2%	24.8%	28.1%	31.5%	84.4%
Lidar com experiências traumáticas	24.7%	5.9%	31.4%	25.0%	12.9%	69.4%	21.4%	8.4%	34.7%	24.7%	10.8%	70.2%	15.1%	11.4%	26.9%	25.5%	21.1%	73.5%
Problemas emocionais, sociais e comportamentais																		
Lidar com problemas internalizantes	16.5%	4.2%	37.0%	28.6%	14.1%	79.3%	24.0%	8.2%	36.4%	22.6%	8.9%	67.8%	11.1%	8.8%	25.5%	29.1%	25.6%	80.1%
Lidar com problemas externalizantes	16.1%	4.2%	37.0%	28.6%	14.1%	79.7%	19.2%	8.2%	39.6%	24.3%	8.8%	72.6%	11.4%	9.0%	24.2%	27.4%	28.0%	79.6%
Lidar com comportamentos de risco	23.5%	5.0%	29.8%	28.7%	13.0%	71.5%	18.8%	9.2%	35.8%	26.1%	10.0%	72.0%	13.7%	8.4%	18.5%	27.6%	31.9%	77.9%

* Valores resultantes da soma das modalidades de resposta “Um pouco”, “Bastante” e “Muito”.

Fonte: Dados da pesquisa.

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto do currículo PROMEHS, tendo por base diferentes fontes. Os resultados da avaliação dos professores revelaram mudanças significativas no grupo experimental para a maioria das variáveis em análise: verificou-se uma diminuição significativa das dificuldades (à exceção dos sintomas emocionais) e um aumento das capacidades, nomeadamente das competências socioemocionais. Em contraste, no grupo em espera, foram observados aumentos significativos ou manutenção das dificuldades, enquanto as capacidades, incluindo as competências socioemocionais, diminuíram (comportamento pró-social e autorregulação) ou não apresentaram mudanças significativas. Esses resultados sugerem que o PROMEHS teve um impacto positivo na redução das dificuldades e no aumento das competências socioemocionais dos alunos alvo da implementação do currículo. Tendo ainda por base a avaliação dos professores, foi possível observar uma melhoria nos resultados académicos no grupo experimental, e uma manutenção dos resultados do grupo em espera nesse domínio. Os resultados vão ao encontro dos obtidos em meta-análises (Taylor *et al.*, 2017; Wigelsworth *et al.*, 2022) que apontam para resultados positivos desse tipo de programa em múltiplos domínios. Apesar dos resultados positivos e significativos observados no grupo experimental, o tamanho do efeito revelou-se pequeno para todos os domínios em análise, sendo que tais resultados são similares a outros estudos de impacto de programas nesse campo (Cefai *et al.*, 2021; Cipriano *et al.*, 2023). No entanto, tal como referem alguns autores (Domitrovich *et al.*, 2017; Jones *et al.*, 2017), esses efeitos, mesmo que pequenos, são significativos, nomeadamente na aquisição de competências, na criação de ambientes de aprendizagem positivos e na promoção de mudanças comportamentais futuras, envolvendo sobretudo melhor desempenho académico e melhor saúde mental. Os resultados são suportados pelos dados qualitativos recolhidos no âmbito deste mesmo estudo. Dentre os testemunhos dos professores destacam-se os seguintes para ilustrar a aquisição de competências e as mudanças comportamentais:

Passado algum tempo, comecei a tomar consciência de que as próprias crianças aprenderam a identificar, expressar e nomear emoções e por que se sentiam de determinada forma. [...] Aprenderam também a olhar para o outro e a perceber o que ele sente e porquê, e mais ainda, de que forma podem contribuir para o seu bem-estar, o bem-estar de todos, porque todos temos importância. (Professora do pré-escolar).

Ao longo das diferentes sessões, numa abordagem holística e participada, os alunos foram se mostrando mais calmos, mais colaborativos, mais atentos ao outro, sobressaindo valores de entreajuda, de compaixão e de empatia, tanto para com o seu grupo/turma, como para os restantes alunos da escola. (Professora do 1º ciclo).

Através das dinâmicas criadas pelas atividades, foi possível perceber que os alunos estão muito mais conscientes das suas emoções, estão muito mais focados nos seus objetivos e criaram uma corrente de amizade na turma. Os alunos ajudam-se frequentemente e preocupam-se com o bem-estar do outro. Estão muito mais focados e alguns até recuperaram as aprendizagens. (Professora do 2º ciclo).

A forma de estar, o cuidado com a aparência, a forma de comunicar uns com os outros (Professora do ensino secundário).

Alguns dos testemunhos apontam também uma transferência das competências a outros contextos para além da sala de aula, nomeadamente os contextos de recreio e de atividades extracurriculares, bem como o contexto familiar:

Para além das sessões, nos momentos de recreio ou almoço também era possível observar estes comportamentos. O mais flagrante, quanto a mim, foi na visita de estudo que fizemos a Lisboa. Partilhámos o autocarro com uma turma, de outra escola do Agrupamento. No regresso à nossa escola, e após a outra turma sair, uma aluna, no autocarro, referiu: “Professora, ia aqui um menino com cancro. Cancro nos ossos. Ele estava triste. Para se sentir melhor e que não estava sozinho, eu contei-lhe que parti um osso a saltar do trampolim. Ele riu-se muito e disse-me que éramos amigos. Posso escrever-lhe uma carta?”. Os colegas e outros adultos que estavam no autocarro bateram palmas. Eu respondi que sim. Um outro aluno acrescentou: “É tão bom ser empático! Viva o PROMEHS!”. E o regresso, cerca de 15 kms que distam da outra escola, do referido menino com cancro, tornaram-se muito mais curtos. (Professora do 1º ciclo).

Quando iniciei o projeto, ainda durante o período de confinamento e com Ensino à Distância, tinha algumas dúvidas se os pais iam realmente “agarrar” o projeto e trabalhar com os seus filhos; fiquei agradavelmente surpreendida, uma vez que aconteceu precisamente o oposto, pois desde a primeira sessão, foi um crescendo de interesse da sua parte e das crianças. (Professora do pré-escolar).

Também os pais partilharam comigo algumas situações, por exemplo, em casa, a mãe de uma determinada aluna dizia que ela tinha de levantar a mesa e o pai dizia que ela tinha de ir fazer os trabalhos de casa. A aluna disse aos pais: “Temos de chegar a um acordo sobre o que é melhor para mim! Vocês têm de chegar a um acordo. Aprendi isto hoje com o PROMEHS.”. A mãe abordou-me surpreendida e visivelmente satisfeita pela forma como estava a decorrer esta modificação comportamental quer na sua educanda quer no seio familiar onde eram desenvolvidas também atividades do PROMEHS. (Professora do 1º ciclo).

Os estudos de impacto desses programas têm apontado também que eles são custo-efetivos, que os benefícios tendem a se manter no médio prazo (6 a 18 meses) e são aplicáveis em diferentes contextos sociais, económicos e culturais (Cipriano *et al.*, 2023; Domitrovich *et al.*, 2017). Deve-se salientar, no entanto, que efetivamente um dos fatores determinantes da eficácia desses programas é a dosagem da intervenção, verificando-se que os estudos com dosagens mais baixas apresentaram efeitos significativamente menores, mesmo em programas de elevada qualidade (Shi; Cheung, 2024). É possível que neste estudo a dosagem tenha também contribuído para a obtenção de efeitos pequenos, uma vez que o estudo piloto do PROMEHS englobou apenas doze sessões, sendo contudo o currículo composto por 56 sessões para os alunos do pré-escolar e 1º ciclo e 68 sessões para os alunos do 2º ciclo ao ensino secundário. Esse aspeto é destacado em alguns testemunhos dos professores, tal como no exemplo seguinte: “O

tempo decorrido não foi suficiente para observar claramente o desenvolvimento das competências” (Professor do 2º ciclo).

Como refere Weare (2015), é fundamental apostar na educação social e emocional e olhar para o tempo e espaço dedicados a essa componente não como um *luxo* ou *algo opcional*, mas como um elemento fundamental do processo educativo de crianças e jovens que os prepara para lidar com os desafios do presente e do futuro.

Na avaliação realizada pelos pais/responsáveis pelos alunos, os resultados indicam que não houve diferença significativa no padrão de mudança ao longo do tempo entre os grupos. No entanto, foi constatado um efeito principal do momento que demonstra que, de forma geral, ambos os grupos diminuíram os problemas ao longo do tempo (hiperatividade, problemas internalizantes, problemas externalizantes e total de dificuldades) e melhoraram algumas competências (consciência de si e da autorregulação). É possível que o momento em que decorreu a implementação do PROMEHS, mais precisamente os momentos em que tiveram lugar a avaliação inicial (entre o final do 4º trimestre de 2020 e o 1º trimestre de 2021 – agravamento da situação pandémica e consequente início de um segundo confinamento devido à pandemia de Covid-19) e a avaliação final (entre o final do 2º trimestre e o início do 3º trimestre de 2021 – diminuição do número de contaminados e mortes e consequente alívio das medidas restritivas), tenha tido um impacto nos comportamentos dos alunos e consequentemente na percepção dos pais. Ainda assim, alguns estudos longitudinais reportam um aumento da manifestação de problemas de internalização, como ansiedade e depressão, mesmo após o alívio das medidas e o regresso às aulas presenciais (Larsen *et al.*, 2023; Shoshani; Kor, 2022). Adicionalmente, um estudo de avaliação da percepção do professor sobre os alunos, após a pandemia, reportou um aumento de problemas de relacionamento com os pares e um aumento de comportamentos desajustados no contexto de sala de aula, nomeadamente de desrespeito das normas (Spadafora *et al.*, 2024).

Na avaliação realizada pelos alunos verificou-se, à semelhança da avaliação realizada pelos pais/responsáveis pelos alunos, apenas um efeito do momento em alguns problemas (problemas de relacionamento com os colegas e problemas internalizantes), bem como na autorregulação, ou seja, houve uma influência significativa do tempo para ambos os grupos. No caso da autorregulação, os resultados dos alunos vão ao encontro dos resultados dos pais/responsáveis pelos alunos, uma vez que denotam uma melhoria nessa competência. No entanto, e ao contrário da avaliação pelos pais/responsáveis pelos alunos, os problemas aumentaram na percepção dos alunos.

A divergência nas percepções entre diferentes avaliadores (professores, pais e alunos) acerca do nível das competências sociais e emocionais e dos problemas de comportamento, bem como as divergências na percepção do impacto de programas nesse âmbito têm sido amplamente identificadas em estudos anteriores. De um modo geral, as avaliações dos professores tendem a mostrar melhorias significativas na diminuição dos problemas e na aquisição de competências, bem como na relação professor-aluno (Blair *et al.*, 2018; Caldarella *et al.*, 2009; Low *et al.*, 2019). É possível que, devido ao seu contacto direto e sistemático com os alunos, os professores tenham uma perspectiva mais detalhada das mudanças ocorridas, através da observação dos comportamentos e relacionamentos dos alunos ao longo do tempo. Também a importância que os professores dão a esse tipo de competências e à sua pertinência em contexto escolar, bem como o

seu envolvimento na implementação dos programas, podem influenciar a percepção de resultados positivos (Cramer *et al.*, 2021; Martínez-Saura *et al.*, 2024). Por outro lado, os pais/responsáveis pelos alunos e os próprios alunos podem não perceber as mudanças de forma tão evidente ou imediata ou ter na sua base de avaliação outros critérios e contextos que levam a diferentes percepções (Martinsone *et al.*, 2022; Neuenschwander *et al.*, 2024). Na rotina diária, o contexto familiar pode apresentar oportunidades mais limitadas para a observação desses comportamentos e competências para os quais os pais nem sempre estão sensibilizados.

Como referido anteriormente, a pandemia também pode ter exacerbado essas discrepâncias, uma vez que as mudanças nas rotinas e nos contextos durante esse período podem ter afetado as percepções de todos os intervenientes envolvidos. Dentre os grandes impactos da pandemia destacam-se as medidas restritivas relativas ao confinamento, o consequente encerramento das escolas e o distanciamento, o que limitou fortemente a vida social e a possibilidade de relacionamento dos alunos, precisamente em etapas da vida em que os pares constituem contextos centrais nas suas vidas (Kail; Cavanaugh, 2018). É possível que esse aumento dos problemas tenha em seu cerne a dificuldade em se relacionar numa base de proximidade física (no caso dos problemas de relacionamento com colegas, por exemplo, os itens dessa subescala descrevem as seguintes situações: “*estou quase sempre sozinho/a*” ou “*tenho pelo menos um bom amigo/boa amiga*”) e o consequente impacto no bem-estar emocional. Ainda na avaliação realizada pelos alunos, não foram encontradas interações ou efeitos principais estatisticamente significativos no campo da resiliência.

Apesar dos resultados dos pais/responsáveis pelos alunos e dos alunos não revelarem interações significativas, foi possível verificar uma tendência de melhoria nas competências socioemocionais, expressa de forma clara na avaliação do impacto do currículo realizada com o grupo experimental (professores, pais/responsáveis pelos alunos e alunos). Ao nível da aquisição de competências nos temas centrais do currículo (competências socioemocionais, resiliência e prevenção de problemas emocionais, sociais e comportamentais), a avaliação realizada com os professores, pais/responsáveis pelos alunos e alunos do grupo experimental indicou resultados muito positivos. Em todos os temas e para todas as fontes são reportados ganhos por mais de dois terços dos participantes, sendo as competências socioemocionais o domínio com mais ganhos reportados. Esse facto poderá estar relacionado com o maior número de sessões implementadas no âmbito das competências socioemocionais. Ainda nesse campo foi possível verificar que a satisfação com o programa foi elevada entre os alunos, com mais de 90% dos alunos a referirem ter gostado do PROMEHS. Tais resultados são reforçados pelos testemunhos dos alunos recolhidos no momento de avaliação final do PROMEHS:

Gostei muito de participar no projeto PROMEHS, pois aprendi bastantes conteúdos úteis... Este projeto ajudou-me a lidar com desafios e a melhorar a minha autoestima. (Aluno 2º ciclo).

O PROMEHS ajudou-me a lidar com a ansiedade. O projeto mudou a minha forma de pensar e lidar com os problemas. (Aluno 2º ciclo).

Nesse contexto, destaca-se que os manuais foram avaliados pela maioria dos alunos e pais/responsáveis pelos alunos como úteis, fato que se crê ter contribuído para a satisfação com o PROMEHS e para o seu impacto positivo. A investigação nesse campo tem mostrado que os programas de elevada qualidade envolvem formação teórica e prática sobre os conteúdos e estratégias, supervisão, bem como materiais de apoio (e.g., manuais, planos de aula) (O’Conner *et al.*, 2017). Também o envolvimento das escolas, e em particular dos professores e dos técnicos envolvidos, verificado ao longo de todo o processo de implementação e avaliação do programa, é referido como um fator fundamental (Baffsky *et al.*, 2023).

Um aspeto final a salientar refere-se à participação dos pais/responsáveis pelos alunos nas reuniões realizadas ao longo da implementação do currículo. Cerca de metade dos participantes considerou as reuniões úteis, resultado que leva a refletir sobre o formato e o conteúdo das sessões e como poderá ser melhorado em futuras edições, mas também sobre a participação de mais pais/responsáveis pelos alunos, uma vez que apenas metade participou nas reuniões. Nesse âmbito, o modelo de envolvimento parental CAPE (*Connect, Attend, Participate and Enact*) (Piotrowska *et al.*, 2017) e algumas estratégias sistematizadas poderão contribuir para um maior impacto.

No que respeita às limitações, salienta-se que os instrumentos utilizados no presente estudo apresentam alguns problemas de confiabilidade (algumas subescalas do SSIS-SEL e do SDQ apresentam uma consistência interna fraca), pelo que os resultados nesses domínios devem ser interpretados com atenção. No entanto, a estimativa de confiabilidade obtida no estudo atual é comparável às obtidas em outros estudos. Para além desse aspeto, destaca-se ainda o facto de a média da correlação inter-item, que é uma medida mais adequada nas escalas com um número reduzido de itens, ter apresentado valores aceitáveis para a maioria das escalas com valores menores no alfa de *Cronbach*. As escalas de problemas de relacionamento com os colegas e problemas de comportamento que apresentaram valores fora dos limites aceitáveis (na avaliação dos alunos e dos pais/responsáveis pelos alunos) não foram alvo de análises posteriores devido aos problemas de confiabilidade.

Outra limitação poderá estar relacionada com a avaliação inicial que foi realizada antes e durante o confinamento, o que poderá ter influenciado a perceção das diferentes fontes. Ainda no campo da avaliação, a não recolha de dados qualitativos junto dos pais poderá constituir uma outra limitação nomeadamente para a compreensão do impacto do programa na perspetiva dos pais e aprofundar a compreensão das discrepâncias entre as diferentes fontes de avaliação.

Apesar desses constrangimentos, ressalta-se que o estudo contou com dois grupos alargados de participantes de diferentes níveis de escolaridade, provenientes de áreas urbanas e rurais de diferentes regiões de Portugal e avaliados em dois momentos por três fontes, sendo esse último aspeto destacado na literatura como uma prática a seguir quer na avaliação das competências socioemocionais (Martinez-Yarza *et al.*, 2023), quer nos problemas de internalização e externalização (Romano *et al.*, 2018). Estudos futuros para avaliação do impacto do programa são recomendados, uma vez que o contexto extraordinário vivido no momento do estudo piloto pode ter condicionado os resultados, tal como anteriormente referido.

Referências

ANTHONY, Christopher *et al.* Examining the structural validity of the SSIS SEL brief scales: Teacher and student forms. **Psychology in the Schools**, Muncie, v. 59, n. 2, p. 260-280, 2022a.

ANTHONY, Christopher *et al.* Multi-informant validity evidence for the SSIS SEL Brief Scales across six European countries. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 13, p. 928189, 2022b.

BAFFSKY, Rachel *et al.* Strategies for enhancing the implementation of universal mental health prevention programs in schools: a systematic review. **Prevention Science**, New York, v. 24, n. 2, p. 337-352, 2023.

BLAIR, Clancy *et al.* Effect of the tools of the mind kindergarten program on children's social and emotional development. **Early Childhood Research Quarterly**, Columbus, v. 43, p. 52-61, 2018.

BLANCA, Maria José *et al.* Effect of variance ratio on ANOVA robustness: Might 1.5 be the limit? **Behavior Research Methods**, New York, v. 50, p. 937-962, 2018.

BRIGGS, Ernestine Cabady *et al.* All adverse childhood experiences are not equal: The contribution of synergy to adverse childhood experience scores. **American Psychologist**, Washington, DC, v. 76, n. 2, p. 243-252, 2021.

CALDARELLA, Paul *et al.* Promoting social and emotional learning in second grade students: A study of the strong Start curriculum. **Early Childhood Education Journal**, Dordrecht, v. 37, n. 1, p. 51-56, 2009.

CAVIONI, Valeria *et al.* Mental health promotion in schools: A comprehensive theoretical framework. **International Journal of Emotional Education**, Msida MSD, v. 2, n. 1, p. 65-82, 2020.

CAVIONI, Valeria *et al.* A multi-component curriculum to promote teachers' mental health: Findings from the PROMEHS program. **International Journal of Emotional Education**, Msida MSD, v. 15, n. 1, p. 34-52, 2023.

CEFAI, Carmel *et al.* **A systemic, whole-school approach to mental health and well-being in schools in the EU**. NESET Analytical report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021.

CEFAI, Carmel *et al.* The effectiveness of a school-based, universal mental health programme in six European countries. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 13, p. 925614, 2022.

CIPRIANO, Christina *et al.* Stage 2 Report: The state of the evidence for social and emotional learning: a contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. **Child Development**, Medford, MA, v. 94, n. 5, p. 1181-1204, 2023.

CONNOR, Kathryn; DAVIDSON, Jonathan. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and Anxiety**, New York, v. 18, n. 2, p. 76-82, 2003.

CORCORAN, Roisin *et al.* 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**, Amsterdam, v. 25, p. 56-72, 2018.

CRAMER, Travis *et al.* The role of teachers' commitment to implement in delivering evidence-based social-emotional learning programs. **Journal of School Psychology**, Madison, WI, v. 88, p. 85-100, 2021.

DOMITROVICH, Celene *et al.* Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. **Child development**, Malden, MA, v. 88, n. 2, p. 408-416, 2017.

ELLIOT, Stephen Nelson *et al.* **Social Skills Improvement System, Social Emotional Learning (SSIS SEL) Brief Scales**. Scottsdale, AZ, USA: SAIL CoLab, 2020.

FRITZ, Jessica *et al.* A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 9, p. 230, 2018.

GOODMAN, Anna *et al.* When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. **Journal of Abnormal Child Psychology**, New York, v. 38, p. 1179-1191, 2010.

GOODMAN, Robert. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, New York, v. 40, n. 11, p. 1337-1345, 2001.

GRAZZANI, Ilaria *et al.* **Curriculo para promover a saúde mental nas escolas: orientações para decisores políticos**. Lisboa: [s.n.], 2021.

GUELDER, Barbara *et al.* **Social and emotional learning in the classroom: Promoting mental health and academic success**. New York: Guilford Publications, 2020.

HAIR, Joseph *et al.* **Multivariate data analysis**. Harlow: Pearson Education Limited, 2014.

JONES, Stephanie *et al.* Promoting social and emotional competencies in elementary school. **The Future of Children**, Princeton, NJ, p. 49-72, 2017.

KAIL, Robert; CAVANAUGH, John. **Human development: A life-span view**. Stamford: Cengage Learning, 2018.

KHAN, Lorraine. **Missed opportunities: A review of recent evidence into children and young people's mental health**. Centre for Mental Health, 2016. Disponível em: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/publications/missed-opportunities/>. Acesso em: 1 jul. 2025.

LARSEN, Linda *et al.* Longitudinal Covid-19 effects on child mental health: vulnerability and age dependent trajectories, **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, London, v. 17, n. 1, p. 104, 2023.

LOW, Sabina *et al.* Two-year impact of a universal social-emotional learning curriculum: Group differences from developmentally sensitive trends over time. **Developmental Psychology**, Washington, DC, v. 55, n. 2, p. 415-433, 2019.

MARTÍNEZ-SAURA, Helena Fuentesanta *et al.* Secondary school teachers' beliefs about education of social and emotional learning. **Publicaciones de la Facultad de Educacion y Humanidades del Campus de Melilla**, Melilla, v. 54, n. 1, p. 99-115, 2024.

MARTINEZ-YARZA, Nerea *et al.* A systematic review of instruments measuring social and emotional skills in school-aged children and adolescents. **Child Indicators Research**, Dordrecht, v. 16, p. 1475-1502, 2023.

MARTINSONE, Baiba *et al.* Social emotional competence, learning outcomes, emotional and behavioral difficulties of preschool children: parent and teacher evaluations. **Frontiers in Psychology**, Lausanne v. 12, 2022.

MERTLER, Craig *et al.* **Advanced and multivariate statistical methods**: Practical application and interpretation. Abingdon: Routledge, 2021.

NEUENSCHWANDER, Markusa *et al.* Teachers' and parents' judgments on social-emotional competence of children with behavioral problems. **Journal of Educational Science**, Ahvaz, v. 27, n. 4, p. 903-921, 2024.

O'CONNER, Rosemary *et al.* **A review of the literature on social and emotional learning for students ages 3-8**: characteristics of effective social and emotional learning programs (part 1 of 4). REL 2017-245. Bloomington: Regional Educational Laboratory Mid-Atlantic, 2017.

PALLANT, Julie. **SPSS Survival Manual**. 4. ed. Crows Nest, Australia: Allen & Unwin, 2011.

PIOTROWSKA, Patrycja *et al.* Mothers, fathers, and parental systems: A conceptual model of parental engagement in programmes for child mental health—Connect, Attend, Participate, Enact (CAPE). **Clinical Child and Family Psychology Review**, New York, v. 20, p. 146-161, 2017.

RACINE, Nicole *et al.* Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. **JAMA Pediatrics**, Chicago, IL, v. 175, n. 11, p. 1142-1150, 2021.

ROMANO, Elisa *et al.* Cross-informant agreement on mental health outcomes in children with maltreatment histories: A systematic review. **Psychology of Violence**, Washington, DC, USA, v. 8, n. 1, p. 19-30, 2018.

SANTOS, Margarida *et al.* Does online implementation make a difference in the effects of a mental health curriculum at schools? **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, Switzerland, v. 19, n. 24, p. 16990, 2022.

SHI, Jieping; CHEUNG, Alan. Effective components of social emotional learning programs: a meta-analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v. 53, n. 4, p. 755-771, 2024.

SHOSHANI, Anat; KOR, Ariel. The mental health effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents: Risk and protective factors. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, Washington, DC, v. 14, n. 8, p. 1365-1373, 2022.

SIMÕES, Celeste *et al.* Facing the adversity: the role of internal assets on well-being in adolescents with special needs. **The Spanish Journal of Psychology**, Philadelphia, PA, v. 18, E56, 2015.

SIMÕES, Celeste *et al.* PROJETO PROMEHS - Promover a saúde mental nas escolas. **Omnia**, Faro, v. 10, p. 41-50, 2020.

SOLMI, Marco *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. **Molecular Psychiatry**, London, v. 27, n. 1, p. 281-295, 2022.



SPADAFORA, Natalie *et al.* Are child and adolescent students more uncivil after COVID-19? **School Psychology**, Washington, DC, 2024.

TAYLOR, Rebecca *et al.* Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. **Child Development**, Malden, MA, v. 88, n. 4, p. 1156-1171, 2017.

UNICEF. **The state of the world's children 2021**: On my mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: Unicef, 2021.

WEARE, Katherine. **What works in promoting social and emotional well-being and responding to mental health problems in schools?** Advice for Schools and Framework Document. Partnership for Well-being and Mental Health in Schools. London: National Children's Bureau (NCB), 2015. Disponível em: https://www.ncb.org.uk/sites/default/files/uploads/files/ncb_framework_for_promoting_well-being_and_responding_to_mental_health_in_schools_0.pdf. Acesso em: 1 jul. 2025.

WEARE, Katherine; NIND, Melanie. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? **Health Promotion International**, Eynsham, Oxford, v. 26, n. suppl. 1, p. i29-i69, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Making every school a health-promoting school**: implementation guidance. Geneva: World Health Organization, 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report**: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022.

WIGELSWORTH, Michael *et al.* The impact of trial stage, developer involvement and international transferability on universal social and emotional learning programme outcomes: a meta-analysis. **Cambridge Journal of Education**, London, v. 46, n. 3, p. 347-376, 2016.

WIGELSWORTH, Michael *et al.* Social and emotional learning in primary schools: A review of the current state of evidence. **The British Journal of Educational Psychology**, Chichester, v. 92, n. 3, p. 898-924, 2022.

ZBUKVIC, Isabel *et al.* Evidence for targeted and universal secondary school-based programs for anxiety and depression: an overview of systematic reviews. **Adolescent Research Review**, New York, v. 9, n. 1, p. 53-73, 2023.

Toda a correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para: Celeste Simões

Recebido em: 29.01.2024

Revisado em: 12.11.2024

Aprovado em: 15.05.2025

Editora responsável: Profa Dra. Viviane Potenza Guimarães Pinheiro Fonseca

Celeste Simões é professora associada com agregação na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH/ULisboa). Investigadora integrada no Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB), da Faculdade de Medicina da ULisboa. Coordenadora do mestrado conjunto Erasmus Mundus “Resilience in Educational Contexts” (FMH/ULisboa).

Margarida Frade Santos é doutoranda em Educação, especialidade em Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH/ULisboa). Mestre e licenciada em Reabilitação Psicomotora pela mesma faculdade. Integra o ISAMB, da Faculdade de Medicina da ULisboa.

Paula Lebre é professora auxiliar na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH/ULisboa). Coordenadora da licenciatura em Dança, coordenadora adjunta do mestrado conjunto Erasmus Mundus “Resilience in Educational Contexts”. Investigadora integrada no Instituto de Etnomusicologia – Centro de Estudos em Música e Dança (INET-md-Polo FMH/ULisboa).

Lúcia Canha é doutorada em Ciências da Educação, na especialidade de Educação para a Saúde (FMH/ULisboa). Tem coordenado projetos-piloto e publicado nas áreas de transição para a vida adulta de jovens com deficiência, inclusão comunitária, promoção de competências sociais e emocionais, e trabalho com pais. Integra o ISAMB, da Faculdade de Medicina da ULisboa.

Anabela Caetano Santos é investigadora integrada no Iscte-IUL. Professora convidada no Iscte-IUL e na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH/ULisboa). Licenciada e mestra em Reabilitação Psicomotora e doutorada em Educação pela FMH/ULisboa, e mestre em Ciências das Emoções pelo Iscte-IUL. Os seus interesses incidem na aprendizagem socioemocional e na promoção da resiliência, saúde mental e bem-estar.

Ana Fonseca é doutoranda em Educação, especialidade em Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH/ULisboa). Licenciada em Reabilitação Psicomotora pela FMH/ULisboa. Realizou o mestrado internacional em psicomotricidade pelo Institut Supérieur en Rééducation Psychomotrice.

Dória Santos é doutoranda em Educação, especialidade em Educação para a Saúde, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (FMH/ULisboa). Tem mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, pela Faculdade de Psicologia da ULisboa, e é licenciada em Psicologia pela mesma faculdade. Membro do ISAMB, da Faculdade de Medicina da ULisboa.

Camélia Murgo é doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Docente do programa de mestrado e doutorado em Educação e coordenadora do curso de Psicologia da UNOESTE. Realizou pós-doutorado em Educação para Saúde na Universidade de Lisboa (ULisboa). É líder do Grupo de Pesquisa Estudos Sobre Processos de Subjetividade no Contexto Escolar (CNPq).



Margarida Gaspar de Matos é doutorada em Educação Especial e Reabilitação pela Universidade de Lisboa (ULisboa), com Agregação em Saúde Internacional pela Universidade Nova de Lisboa. É professora catedrática da ULisboa, desde 2010, e professora catedrática convidada na Universidade Católica Portuguesa, desde 2023.

Ilaria Grazzani é professora catedrática em Psicologia do Desenvolvimento e da Educação na Universidade de Milano-Bicocca. É Diretora do Lab-PSE, laboratório de psicologia do desenvolvimento e da educação. Participou em projetos de investigação nacional financiados pelo CNR, MURST e MIUR. É coordenadora do Projeto PROMEHS/EU.