

TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS COM CRIANÇAS DO ENSINO FUNDAMENTAL

*SOCIAL SKILLS TRAINING
WITH ELEMENTARY SCHOOL CHILDREN*

*ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
CON NIÑOS DE PRIMARIA*

Jaqueline de Carvalho Augusto da Hora Santos ⁽¹⁾

Adriana Benevides Soares ⁽²⁾

RESUMO

A infância é uma fase desafiadora, na qual transtornos como ansiedade e depressão podem comprometer o desenvolvimento emocional. Este estudo teve como objetivo verificar se a aquisição de habilidades sociais, por meio de um Treinamento de Habilidades Sociais (THS), poderia reduzir indicadores de sofrimento psíquico. Trata-se de um delineamento quase experimental, com pré e pós-teste e comparação entre grupos. Participaram 23 crianças, com idades entre 7 e 12 anos ($M=8,39$; $DP=1,87$), matriculadas numa escola do Rio de Janeiro. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Sistema de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças; Escala Spence de Ansiedade Infantil; e Inventário de Depressão Infantil. A análise de dados incluiu os testes de Mann-Whitney e de Wilcoxon, e o Método JT. Os resultados indicaram que a intervenção promoveu habilidades sociais e reduziu sintomas de depressão e ansiedade no grupo quase experimental. Nesse grupo, observaram-se melhorias consistentes, especialmente em Autocontrole/Civilidade e Assertividade, fatores associados à redução dos sintomas depressivos. Conclui-se que o THS é uma estratégia viável para promover o bem-estar emocional infantil e reduzir os sintomas psicopatológicos.

Palavras-chave: habilidades sociais; ansiedade; depressão; crianças.

⁽¹⁾ Mestre e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0786-2386> — email: psijaquelinedahorasantos@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade de Paris XI. Professora Titular do Departamento de Cognição e Desenvolvimento e do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Professora Titular do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Niterói, RJ, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-8057-6824> — email: adribenevides@gmail.com

ABSTRACT

Childhood is a challenging stage, during which disorders such as anxiety and depression can compromise emotional development. This study aimed to verify whether the acquisition of social skills, through a Social Skills Training (SST) program, could reduce indicators of psychological distress. A quasi-experimental design was used, with pre- and post-tests and group comparisons. Twenty-three children aged 7 to 12 years ($M=8.39$, $SD=1.87$), enrolled in a school in Rio de Janeiro, participated in the study. The instruments used were: Social Skills Rating System; Spence Children's Anxiety Scale; and Children's Depression Inventory. Data analysis included the Mann-Whitney test, the Wilcoxon test, and the JT method. Results indicated that the intervention promoted social skills and reduced symptoms of depression and anxiety in the quasi-experimental group. Consistent improvements were observed in this group, especially in Self-Control/Civility and Assertiveness, factors associated with reduced depressive symptoms. It is concluded that SST is a feasible strategy for promoting children's emotional well-being and for reducing psychopathological symptoms.

Keywords: social skills; anxiety; depression; children.

RESUMEN

La infancia es una etapa desafiante, en la que trastornos como la ansiedad y la depresión pueden comprometer el desarrollo emocional. Este estudio tuvo como objetivo verificar si la adquisición de habilidades sociales, a través de un Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), podría reducir indicadores de malestar psicológico. Se utilizó un diseño cuasiexperimental, con pruebas antes y después de la intervención y comparación entre grupos. Participaron 23 niños, con edades entre 7 y 12 años ($M=8,39$; $DE=1,87$), matriculados en una escuela de Río de Janeiro. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Sistema de Evaluación de Habilidades Sociales; Escala de Ansiedad Infantil de Spence; e Inventario de Depresión Infantil. El análisis de datos incluyó las pruebas de Mann-Whitney y la de Wilcoxon, y el método JT. Los resultados indicaron que la intervención promovió habilidades sociales y redujo los síntomas de depresión y ansiedad en el grupo cuasiexperimental. En este grupo se observaron mejoras consistentes, especialmente en Autocontrol/Cortesía y Asertividad, factores asociados a la reducción de los síntomas depresivos. Se concluye que el EHS es una estrategia viable para promover el bienestar emocional infantil y reducir los síntomas psicopatológicos.

Palabras clave: habilidades sociales; ansiedad; depresión; niños.

Introdução

A saúde mental é um estado de bem-estar que permite às pessoas lidarem com os estresses da vida, adquirir habilidades, aprender, trabalhar bem e contribuir para sua comunidade (OPAS/OMS, n.d.). Nas últimas décadas, o número de crianças diagnosticadas com problemas de saúde mental tem aumentado substancialmente, tornando-se uma preocupação crescente para pais, educadores e profissionais da saúde (Polanczyk et al., 2015; WHO, 2022). Dentre os transtornos mentais comuns na infância, destacam-se a ansiedade e a depressão, que impactam significativamente a qualidade de vida e o desenvolvimento infantil (WHO, 2022) e estão associadas a dificuldades de comunicação e isolamento (Del Prette & Del Prette, 2017a).

Racine et al. (2021) identificaram um aumento na prevalência de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, principalmente após a pandemia de Covid-19. Corroborando esses dados, o estudo *Global Burden of Disease*, de 2021 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2022), analisado em estudo derivado (Liu et al., 2025), identificou um aumento de 22,4% na incidência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes entre 2019 e 2021. Especificamente, a taxa de incidência padronizada por idade para transtornos de ansiedade aumentou 25,1%, enquanto para transtornos depressivos houve um aumento de 28,6% no mesmo período. Tais dados evidenciam a urgência de estratégias que promovam saúde mental e qualidade de vida entre crianças e adolescentes. Nesse contexto, torna-se pertinente discutir o papel das habilidades sociais como um fator de proteção e de promoção do desenvolvimento psicossocial saudável, uma vez que se entende que déficits de habilidades sociais estão diretamente associados a maiores níveis de ansiedade e de depressão em crianças (Racine et al., 2021).

As habilidades sociais (HS) são definidas como um conjunto de comportamentos sociais valorizados culturalmente que aumentam a probabilidade de resultados positivos nas interações interpessoais e geram qualidade de vida (Del Prette & Del Prette, 2017b). A aquisição dessas habilidades ocorre principalmente nos ambientes familiar e escolar e depende de práticas educativas adequadas e da interação com pares (Elias & Amaral, 2016). Crianças com repertórios sociais deficientes tendem a obter menos reforçadores sociais positivos e a vivenciar mais estressores interpessoais crônicos, o que pode intensificar quadros de problemas internalizantes (Del Prette & Del Prette, 2013). A aquisição dessas habilidades pode ser potencializada por meio do Treinamento de Habilidades Sociais (THS).

O THS configura-se como uma intervenção preventiva e educativa que visa aprimorar o repertório social das crianças, contribuindo para melhorias em áreas de relacionamento interpessoal e enfrentamento de situações adversas (Caballo & Carrillo Guerrero, 2022). A literatura evidencia sua relevância na promoção da saúde mental infantil, melhorando o desempenho acadêmico e reduzindo problemas emocionais e comportamentais. O THS é geralmente estruturado em sessões que combinam modelagem, ensaio comportamental e reforço positivo, conforme as necessidades dos participantes, após avaliação inicial (Barbosa et al., 2024; Elias & Amaral, 2016), preferencialmente com intervenções específicas e adaptadas ao contexto (Del Prette & Del Prette, 2017b). Ademais, as intervenções devem ser ajustadas para contemplar as características individuais das crianças (Werner-Seidler et al., 2021).

Por ser reconhecida como uma intervenção com evidências de benefício (Werner-Seidler et al., 2021), tal recurso pode ser incorporado à prática profissional da Psicologia com o propósito de favorecer a emissão de respostas adaptativas às demandas impostas pelo contexto histórico-social. Conforme salientado por Barbosa et al. (2024), trata-se de um programa estruturado. Ademais, o método visa à prevenção de dificuldades nas interações sociais e é operacionalizado por meio de sessões conduzidas de forma interativa, nas quais se promovem e se ensinam mudanças comportamentais (Caputi et al., 2012). A escola, como ambiente privilegiado de socialização e aprendizagem, constitui um espaço estratégico para a implementação de programas preventivos, com o objetivo de fortalecer o desenvolvimento socioemocional das crianças e reduzir o risco de transtornos psicológicos futuros (OECD, 2015; Werner-Seidler et al., 2021).

Em revisão sistemática, Werner-Seidler et al. (2021) destacaram que programas escolares voltados para promoção de HS são mais eficazes quando iniciados precocemente e integrados ao currículo regular. Além disso, apontaram que intervenções mais específicas produzem maiores efeitos do que programas universais. No contexto internacional, a metanálise de Polanczyk et al. (2015) também evidenciou que programas de prevenção são desejáveis frente à prevalência de transtornos mentais na infância, em consonância com Fernandes et al. (2024), que defenderam que programas baseados em HS melhoraram o humor e reduziram a ansiedade em crianças em vulnerabilidade social, embora seus efeitos sejam mais consistentes em grupos de risco do que em amostras universais.

Diante da relevância das HS para a saúde mental infantil, o presente estudo teve como objetivo avaliar se o THS pode promover a aquisição de habilidades sociais e a redução dos índices de sintomas de ansiedade e de depressão em crianças brasileiras do ensino fundamental. Procurou-se responder às seguintes perguntas:

O THS pode levar as crianças a adquirirem HS? O THS pode diminuir a ansiedade e a depressão das crianças? Existe diferença entre o Grupo Comparação (GC) e o Grupo Experimental (GE) no que diz respeito às habilidades sociais, ansiedade e depressão? As hipóteses que nortearam o estudo foram: as habilidades sociais das crianças terão maiores escores no pós-teste do que no pré-teste; a ansiedade das crianças terá menores níveis no pós-teste do que no pré-teste; a depressão das crianças terá menores níveis no pós-teste do que no pré-teste; o GE terá maiores escores nas habilidades sociais do que o GC; o GE terá menores escores em ansiedade e em depressão do que o GC.

Método

Delineamento

Este é um estudo de natureza quase experimental, longitudinal com pré e pós-teste e comparação de grupos experimental (GE) e comparação (GC).

Participantes

A amostra inicial foi composta por 32 crianças de uma escola no estado do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão foram: estar regularmente matriculado na escola entre o primeiro e o quinto ano do Ensino Fundamental, ter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinados, e ter frequência mínima de 80% das sessões. Foram excluídas crianças que não preencheram corretamente os instrumentos antes ou depois da intervenção, que tiveram frequência inferior a 80% das sessões do THS, e que já estavam em intervenção psicológica ou psiquiátrica. A amostra final, atendendo aos referidos critérios, foi de 23 crianças.

Os participantes compreendiam a faixa etária entre 7 e 12 anos ($M=8,39$; $DP=1,87$), sendo 13 meninas (56,52%) e 10 meninos (43,47%). Havia 8 crianças (34,78%) da classe social C1 e 15 crianças (65,21%) da classe social C2. As crianças foram alocadas aleatoriamente em dois grupos: o GE, com 12 crianças (52,17%), das quais 8 meninas (66,66%) e 4 meninos (33,33%); e o GC, com 11 crianças (47,82%), das quais 6 meninos (54,54%) e 5 meninas (45,45%).

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora entrou em contato com a direção da escola, solicitando autorização para realizar pesquisa com o público-alvo. Participaram da coleta de dados o responsável (pai, mãe ou representante legal) e as crianças, que foram esclarecidas e convidadas a responder à pesquisa.

Os participantes responderam ao Sistema de Habilidades Sociais, Problemas de Comportamento e Competência Acadêmica para Crianças (SSRS), originalmente desenvolvido por Gresham e Elliott (2016), em sua versão adaptada para o contexto brasileiro por Z. A. P. Del Prette, Freitas, Bandeira e A. Del Prette, que é um instrumento a ser respondido por pais, professores e alunos e permite avaliar o repertório de habilidades sociais, indicadores de problemas de comportamento e competência acadêmica de crianças entre seis e 13 anos. Baseia-se em dois tipos de indicadores: frequência e importância, numa escala de três pontos que inclui *Nunca*, *Algumas vezes* e *Muito frequentemente*. Neste estudo utilizou-se apenas o inventário para alunos. A versão para crianças apresenta escala única com 20 itens ($\alpha=0,73$) que avaliam comportamentos ligados à Empatia, Responsabilidade, Assertividade e Autocontrole.

Em seguida, os participantes responderam à Escala Spence de Ansiedade Infantil (SCAS) (Spence, 1998), adaptada e validada para a população brasileira por DeSousa et al. (2012). A SCAS é constituída por 44 itens, dos quais 38 fazem referência a sintomas específicos da ansiedade, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV (APA, 2000) para os transtornos de ansiedade infantil. Os itens estão dispostos em seis fatores: ansiedade de separação, com seis itens ($\alpha=0,78$); fobia social, com seis itens ($\alpha=0,79$); problemas obsessivo-compulsivos, com seis itens ($\alpha=0,87$); pânico, com seis itens ($\alpha=0,89$); agorafobia, com três itens ($\alpha=0,89$); ansiedade generalizada/sintomas de ansiedade demasiada, com seis itens ($\alpha=0,81$); e medo de danos físicos, com cinco itens ($\alpha=0,74$). Os seis itens restantes que compõem o total da escala são “*fillers*” positivos, utilizados para reduzir o viés de respostas negativas em seu preenchimento. É pedido à criança ou adolescente que assinale com que frequência o comportamento, sentimento ou emoção aparece em seu dia a dia. A escala Likert é de quatro pontos (nunca, às vezes, muitas vezes e sempre), com pontuação mínima de zero e máxima de 114 pontos, eliminados os seis itens positivos.

Por fim, os participantes responderam ao Inventário de Depressão Infantil (CDI), desenvolvido por Kovacs (1983) nos Estados Unidos, que compreende uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Beck et al., 1961). O instrumento propõe-se a mensurar sintomas depressivos em jovens de sete a

17 anos, por meio de autoaplicação. Para este estudo, optou-se pela adaptação brasileira, elaborada por Gouveia et al. (1995), composta por 20 itens com três alternativas de resposta, que avaliam as questões afetivas, cognitivas e comportamentais da depressão. Essas alternativas de resposta variam para cada pergunta, mas no geral expressam muita frequência ou intensidade, frequência intermediária ou intensidade moderada, e pouca frequência ou baixa intensidade. A escala CDI tem estrutura unifatorial, com ponto de corte em 17, e apresenta um coeficiente de consistência interna de 0,81.

Procedimentos éticos

O THS para o GE e as atividades do GC foram submetidos ao Comitê de Ética da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) e aprovados conforme parecer nº 4.731.573. O processo de consentimento dos participantes aconteceu por meio do aceite dos itens descritos no TCLE para os pais, no TALE para as crianças e no Termo de Anuência para a escola. Foi garantido aos participantes dos dois grupos o devido acompanhamento de suporte emocional, caso fosse detectado algum problema decorrente da pesquisa.

Procedimentos de intervenção

O THS consistiu de um programa com 10 sessões divididas e organizadas em objetivos, conteúdo, metodologia e recursos materiais, com duração média de 70 minutos. As sessões foram criadas tomando por base as sete classes de habilidades sociais identificadas em Del Prette e Del Prette (2013) e foram conduzidas pela pesquisadora responsável. Foram criados em forma de ilustração sete personagens utilizados na apresentação das classes de HS. A eles foi dado o nome de Turma Habilidosa e no início de cada sessão foram mostrados, a fim de ajudar as crianças a assimilarem os conceitos propostos (Tabela 1). O GC teve um cronograma com 10 sessões divididas e organizadas da mesma forma que o programa do THS para o GE, também com duração média de 70 minutos, incluindo atividades lúdicas com o uso de quebra-cabeça, jogo da memória, jogos de tabuleiro, jogo da forca, jogo da velha e brincadeiras tais como batata quente, complete a história, stop (adadanha) e qual é a música?.

Tabela 1 — Sessões do Treinamento de Habilidades Sociais

Sessão	Tema	Objetivos	Conteúdo	Método	Material	Tempo
1	Aplicação dos instrumentos	Ambientação do grupo. Aplicar os instrumentos de acordo com objetivos da pesquisa.	Apresentação da pesquisadora. Apresentação dos instrumentos. Explicação sobre os itens.	Exposição dialogada, Perguntas e respostas	Questionário sociodemográfico, SCAS, CDI, SSRS	70 min
2	Civildade	Compreender o significado da habilidade social Civildade. Identificar as subclases da Civildade. Relacionar palavras e expressões. Praticar a Civildade ao longo da semana.	Apresentação da personagem. Subclases de Civildade. Palavras/expressões. Prática semanal.	Exposição dialogada, Perguntas e respostas, Atividade de arte manual	Figura da personagem, livro <i>As palavras mágicas de Lila</i> , figuras da internet, cartolina, lápis, cola colorida, glitter	70 min
3	Assertividade	Compreender o significado da habilidade social Assertividade. Identificar subclases. Escolher comportamentos assertivos. Praticar a Assertividade na semana.	Definição e exemplos. Subclases: expressar sentimentos, fazer/recusar pedidos etc. Quiz da assertividade. Situações reais.	Exposição dialogada, Perguntas e respostas, Brincadeira	Figura da personagem, livros <i>Pedro, o coelho</i> e <i>Lila pode dizer não</i> , baralho das habilidades sociais	70 min
4	Empatia	Compreender o significado da habilidade social Empatia. Identificar subclases. Praticar a Empatia.	Definição de empatia. Subclases: observar, ouvir, compreender, ajudar. Atividade <i>Investigando a Cena</i> .	Exposição dialogada, Perguntas e respostas, Jogo	Figura da personagem, livro <i>Cloe numa enroscada</i> , vídeo <i>O que são emoções</i> , jogo Grok, atividade impressa	65 min
5	Autocontrole e expressividade emocional	Compreender a HS Autocontrole e expressividade emocional. Identificar subclases. Praticar durante a semana.	Definição. Subclases: reconhecer, nomear, expressar e controlar emoções. Jogo <i>Desafio ou Emoção</i> . Diário das emoções.	Exposição dialogada, Perguntas e respostas, Leitura, Jogo	Figuras, livros, vídeo, jogo, diário das emoções	70 min
6	Solução de problemas interpessoais	Compreender o significado da HS Solução de problemas interpessoais. Identificar subclases. Praticar resolução de problemas.	Definição. Subclases: pensar antes de agir, assumir responsabilidades. Atividade <i>Roda da Escolha</i> .	Exposição dialogada, Atividades práticas	Figura da personagem, livro <i>Luca, o tamandúá</i> , jogo <i>Cal não Cai</i> , folhas impressas	60 min

continua...

...continuação

Sessão	Tema	Objetivos	Conteúdo	Método	Material	Tempo
7	Fazer amizades	Compreender o significado da HS Fazer amizades. Identificar subclases. Praticar Fazer amigos.	Definição. Subclases: fazer perguntas, responder, cooperar, iniciar conversas. Atividades práticas.	Exposição dialogada, Atividade musical	Figura do personagem, filme <i>Scooby Doo</i> , videoclipe <i>Amigo Turma da Mônica</i> , folha impressa	60 min
8	Habilidades acadêmicas	Compreender a HS Habilidades acadêmicas. Identificar subclases. Praticar ao longo da semana.	Definição. Subclases: seguir regras, focar na tarefa, fazer perguntas, cooperar. Atividades de autoavaliação e jogos.	Exposição dialogada, Debate	Figura do personagem, vídeos, jogo <i>Certo ou Errado</i> , folhas, imagens	70 min
9	Revisão das sessões	Reforçar importância das HS. Relembrar conceitos. Definir HS preferida.	Apresentação da Turma Habituda. Jogo <i>Descolados</i> . Desenho da HS favorita.	Exposição oral, Participação em jogos e atividades	Figuras, jogo <i>Descolados</i> , folha impressa	50 min
10	Aplicação dos instrumentos	Aplicar os instrumentos de acordo com objetivos da pesquisa.	Apresentação dos instrumentos e explicação dos itens.	Exposição dialogada, Perguntas e respostas	SSRS, SCAS, CDI	60 min

Procedimentos de análise de dados

Com o intuito de testar as diferenças entre os grupos, foram conduzidos testes de Mann-Whitney para amostras independentes entre os GC e GE antes e depois da intervenção (tempo 1 e tempo 2, respectivamente). Já para verificar se a intervenção gerou algum efeito, uma avaliação de diferença de grupos de medidas repetidas foi conduzida por meio do teste Wilcoxon no GC (antes e depois) e no GE (antes e depois). Foram comparadas as médias dos participantes nas dimensões da depressão, HS e ansiedade. Além disso, o tamanho de efeito calculado tanto para o Mann-Whitney quanto para o Wilcoxon foi a correlação rank-bisserial (r_{rb}).

Foi ainda utilizado o Método Jacobson e Truax (JT) para avaliar o impacto da intervenção por meio das mudanças individuais obtidas com o THS, por meio de dois indicadores: a significância clínica (SC) e o índice de mudança confiável (IMC). As análises do Método JT foram realizadas por meio da linguagem de programação R, versão 4.1.1 (R Core Team, 2021), empregando o pacote clinsig (Lemon, 2016). O Método JT possibilita a investigação em relação aos participantes no que tange à diferença entre os escores das variáveis mensuradas antes e depois do THS, com o objetivo de definir se a diferença entre os participantes representa mudanças confiáveis e clinicamente relevantes. É considerado um método alternativo quando o número de sujeitos inviabiliza a análise estatística inferencial. A análise feita pelo Método JT implica, portanto, dois procedimentos principais: o cálculo da confiabilidade das alterações entre a avaliação pré e pós-intervenção, expostas em termos de um IMC, e a análise do significado clínico dessas alterações (Villa et al., 2021). O valor de significância estatística adotado para este estudo foi de $p < 0,05$.

Resultados

Os resultados indicaram que antes da intervenção o GE apresentava valores maiores na escala de depressão (CDI) e de ansiedade de separação em relação ao GC (Tabela 2). Nas demais variáveis, não houve diferença significativa entre grupos no tempo 1. No tempo 2 (pós-intervenção), o GE apresentou escores significativamente maiores que o GC somente em autocontrole e em assertividade (Tabela 2), confirmando o efeito da intervenção nessas variáveis.

Na comparação dos efeitos da intervenção, verificou-se que o GE apresentou diminuição dos sintomas de depressão e melhores escores em autocontrole

(Tabela 3). No GC foram observadas mudanças estatisticamente significativas em autocontrole/civilidade e em assertividade, sugerindo que, mesmo sem a aplicação da intervenção, os participantes do GC apresentaram variações nesses aspectos ao longo do tempo. Entretanto, essas mudanças foram, em geral, menos expressivas quando comparadas às observadas no GE (Tabela 3).

Com relação às diferenças individuais (Tabela 4), pode-se observar que no GC cinco crianças (45,45%) apresentaram mudanças negativas nos fatores Empatia e Afetividade, enquanto seis crianças (54,54%) não tiveram mudanças. No fator Responsabilidade, quatro crianças (36,36%) apresentaram mudanças positivas, com os IMCs indicando aumento da responsabilidade, e sete (63,63%) não tiveram mudança. No fator Autocontrole, seis crianças (54,54%) apresentaram mudanças negativas e cinco (45,45%) não tiveram mudança. No fator Assertividade, sete crianças (63,63%) apresentaram mudanças positivas, enquanto quatro (36,36%) não tiveram mudança.

No GE (Tabela 5), os índices dos fatores Empatia e Responsabilidade aumentaram em duas crianças (16,16%), diminuíram em três (25%) e não tiveram mudanças em seis (50%). No fator Responsabilidade, os índices aumentaram em três crianças (25%), diminuíram em uma (8,33%) e não tiveram mudança em sete crianças (58,33%). No fator Autocontrole, os índices aumentaram em sete crianças (58,33%), diminuíram em duas (16,16%) e não tiveram mudança em três (25%). Para o fator Assertividade, os índices aumentaram em cinco crianças (41,66%), diminuíram em duas (16,16%) e não tiveram mudança em cinco (41,66%).

Tabela 2 — Médias, desvio padrão e Mann-Whitney antes (tempo 1) e depois (tempo 2) da intervenção

Variáveis	Tempo 1						Tempo 2									
	Grupo Comparação			Grupo Experimental			Mann-Whitney			Grupo Comparação			Grupo Experimental			Mann-Whitney
	M	DP		M	DP		M	DP		M	DP		M	DP		
CDI	0,42	0,36	0,75	0,43	W=32,00, p=0,039, r _{nb} =-0,515	0,64	0,58	0,53	0,44	W=71,00, p=0,781, r _{nb} =0,076						
Ansiedade de separação	0,89	0,45	1,53	0,41	W=18,00, p=0,003, r _{nb} =-0,727	1,56	1,82	1,29	0,54	W=56,00, p=0,557, r _{nb} =-0,152						
Fobias	1,15	0,57	1,13	0,79	W=68,00, p=0,926, r _{nb} =0,030	1,15	0,57	1,13	0,79	W=68,00, p=0,926, r _{nb} =0,030						
Ansiedade generalizada	1,33	0,76	1,44	0,68	W=59,50, p=0,710, r _{nb} =-0,098	1,20	0,38	1,08	0,68	W=79,50, p=0,419, r _{nb} =0,205						
Ataque de pânico	0,68	0,41	0,71	0,76	W=71,50, p=0,757, r _{nb} =0,083	0,68	0,41	0,71	0,76	W=71,50, p=0,757, r _{nb} =0,083						
Medo de danos físicos	1,13	0,70	1,03	0,54	W=70,00, p=0,829, r _{nb} =0,061	1,27	0,77	1,20	0,57	W=68,50, p=0,901, r _{nb} =0,038						
Fillers	1,70	0,78	1,93	1,12	W=60,50, p=0,758, r _{nb} =-0,083	1,70	0,78	1,93	1,12	W=60,50, p=0,758, r _{nb} =-0,083						
Problemas obsessivos compulsivos	1,64	0,56	0,99	0,54	W=80,50, p=0,385, r _{nb} =0,220	1,64	1,48	0,99	0,54	W=80,50, p=0,385, r _{nb} =0,220						
Empatia	1,53	0,56	1,32	0,37	W=94,50, p=0,077, r _{nb} =0,432	1,31	0,51	2,15	1,65	W=51,50, p=0,383, r _{nb} =-0,220						
Responsabilidade	1,47	0,40	1,25	0,39	W=83,50, p=0,212, r _{nb} =0,311	1,35	0,49	1,30	0,37	W=72,50, p=0,706, r _{nb} =0,095						
Autocontrole	1,00	0,36	0,85	0,31	W=81,50, p=0,351, r _{nb} =0,235	0,80	0,39	1,32	0,55	W=26,50, p=0,016, r _{nb} =-0,598						
Assertividade	1,02	0,44	0,85	0,45	W=80,00, p=0,397, r _{nb} =0,212	0,68	0,36	1,15	0,57	W=31,00, p=0,029, r _{nb} =-0,530						

Notas: CDI: Children's Depression Inventory; SCAS: Spence Children's Anxiety Scale; SSRS: Social Skills Rating System.

Tabela 3 — Teste de Wilcoxon antes e depois da intervenção para grupos comparação e experimental

Variáveis	Grupo Comparação						Grupo Experimental						
	Tempo 1			Tempo 2			Tempo 1			Tempo 2			Wilcoxon
	M	DP		M	DP		M	DP		M	DP		
CDI	0,42	0,36	0,64	0,58	0,75	0,43	0,53	0,44	0,75	0,43	0,53	0,44	W=56,00, p=0,045, r _b =0,697
Ansiedade de separação	0,89	0,45	1,56	1,82	1,53	0,41	1,29	0,54	1,53	0,41	1,29	0,54	W=35,5, p=0,128, r _b =0,578
Fobias	1,15	0,57	1,15	0,57	1,13	0,79	1,13	0,79	1,13	0,79	1,13	0,79	—
Ansiedade generalizada	1,33	0,76	1,20	0,38	1,44	0,68	1,08	0,68	1,44	0,68	1,08	0,68	W=56,5, p=0,182, r _b =0,449
Ataque de pânico	0,68	0,41	0,68	0,41	0,71	0,76	0,71	0,76	0,71	0,76	0,71	0,76	—
Medo de danos físicos	1,13	0,70	1,27	0,77	1,03	0,54	1,20	0,57	1,03	0,54	1,20	0,57	W=7,50, p=0,159, r _b =-0,583
Fillers	1,70	0,78	1,70	0,78	1,93	1,12	1,93	1,12	1,93	1,12	1,93	1,12	—
Problemas obsessivos compulsivos	1,64	0,56	1,64	1,48	0,99	0,54	0,99	0,54	0,99	0,54	0,99	0,54	—
Empatia	1,53	0,56	1,31	0,51	1,32	0,37	2,15	1,65	1,32	0,37	2,15	1,65	W=17,00, p=0,09, r _b =-0,564
Responsabilidade	1,47	0,40	1,35	0,49	1,25	0,39	1,30	0,37	1,25	0,39	1,30	0,37	W=21,50, p=0,953, r _b =-0,044
Autocontrole	1,00	0,36	0,80	0,39	0,85	0,31	1,32	0,55	0,85	0,31	1,32	0,55	W=6,50, p=0,037, r _b =-0,764
Assertividade	1,02	0,44	0,68	0,36	0,85	0,45	1,15	0,57	0,85	0,45	1,15	0,57	W=15,50, p=0,126, r _b =-0,530

Notas: CDI: Children's Depression Inventory; SCAS: Spence Children's Anxiety Scale; SSRS: Social Skills Rating System.

Tabela 4 — Análise método JT para avaliar a significância clínica dos participantes do grupo comparação

ID	Empatia			Responsabilidade			Autocontrole			Assertividade		
	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC
1	1,6	0,8	-4,66-	2,00	0,80	-8,19-	0,50	0,00	-4,25-	1,25	0,75	-3,60-
2	1,6	1,6	0,00	1,60	1,60	0,00	0,50	0,50	0,00	0,75	0,75	0,00
3	1,6	1,6	0,00	2,00	1,80	-1,36	1,00	0,83	-1,42	0,75	0,50	-1,80
4	1,6	0,8	-4,66-	1,40	1,40	0,00	0,67	0,67	0,00	0,50	0,50	0,00
5	2,0	1,8	-1,17	1,00	0,60	-2,73-	1,67	1,00	-5,67-	1,50	0,75	-5,40-
6	1,6	1,8	1,17	1,20	1,20	0,00	1,00	1,00	0,00	0,75	0,75	0,00
7	1,6	1,6	0,00	1,80	1,80	0,00	1,17	1,17	0,00	0,50	0,50	0,00
8	1,2	1,4	1,17	1,20	1,40	1,36	1,17	1,00	-1,42	1,50	0,75	-5,40-
9	0,0	0,2	1,17	0,80	0,60	-1,36	0,83	0,33	-4,25-	0,75	0,00	-5,40-
10	2,0	1,2	-4,66-	1,80	2,00	1,36	1,17	1,00	-1,42	1,75	1,50	-1,80
11	2,0	1,6	-2,33-	1,40	1,60	1,36	1,33	1,33	0,00	1,25	0,75	-3,60-

Notas: - Mudança clinicamente negativa; + Mudança clinicamente positiva.

Tabela 5 — Análise método JT para avaliar a significância clínica dos participantes do grupo intervenção

ID	Empatia			Responsabilidade			Autocontrole			Assertividade		
	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC	M1	M2	IMC
1	1,00	6,00	12,71+	1,20	1,20	0,00	0,67	1,33	4,21+	1,25	1,75	3,03+
2	1,00	1,20	0,51	1,80	1,60	-1,70	0,83	1,33	3,15+	0,00	0,25	1,52
3	1,80	1,20	-1,53	1,60	1,40	-1,70	1,00	1,67	4,21+	1,00	2,00	6,07+
4	1,60	5,20	9,15+	1,00	0,80	-1,70	1,33	1,33	0,00	1,25	1,00	-1,52
5	1,20	1,40	0,51	0,80	1,60	6,80+	0,67	1,17	3,15+	0,5	0,75	1,52
6	1,00	1,20	0,51	1,60	0,60	-8,50-	0,67	0,33	-2,10-	1,00	0,50	-3,03
7	1,40	2,00	1,53	1,60	1,40	-1,70	0,33	2,50	13,67+	1,00	2,00	6,07+
8	0,60	1,00	1,02	0,80	0,80	0,00	1,17	0,67	-3,15-	1,50	1,00	-3,03-
9	1,40	1,60	0,51	1,20	1,60	3,40+	0,83	1,50	4,21+	1,25	1,25	0,00
10	1,40	2,00	1,53	1,60	1,60	0,00	0,50	1,67	7,36+	0,50	1,00	3,03+
11	1,60	1,40	-0,51	0,60	1,60	8,50+	0,83	0,83	0,00	0,50	0,75	1,52
12	1,80	1,60	-0,51	1,20	1,40	1,70	1,33	1,50	1,05	0,50	1,50	6,07+

Notas: - Mudança clinicamente negativa; + Mudança clinicamente positiva.

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar se um THS pode levar à aquisição de HS e à diminuição dos índices de ansiedade e depressão de crianças do ensino fundamental. Os participantes do GE apresentaram melhora clínica positiva nos fatores Autocontrole e Assertividade, além da diminuição de sintomas de depressão, em relação aos participantes do GC. Esses achados estão em consonância com estudos prévios que destacam a eficácia de intervenções psicoeducativas na melhora do bem-estar emocional na infância e adolescência (Fernandes et al., 2024; Del Prette & Del Prette, 2017a).

Intervenções baseadas na aquisição de HS, como a assertividade e o autocontrole, são eficazes não apenas na redução da depressão, mas também na promoção de um maior bem-estar psicológico geral (Hosokawa et al., 2024). Esse padrão de resultados reforça a relevância da implementação de programas de HS em escolas, como estratégia de cuidado em saúde mental infantil. Tais intervenções não só melhoram a interação social e a regulação emocional, mas também podem ter impactos positivos na prevenção de transtornos emocionais, como ansiedade e depressão, e assim promover um desenvolvimento mais equilibrado e saudável das crianças (Racine et al., 2021).

A melhora na comunicação dos sentimentos e a diminuição nos índices de depressão (medidos pelo CDI) entre os participantes do GE corroboraram as hipóteses iniciais da pesquisa, que previam benefícios emocionais decorrentes da intervenção com o THS. Estudos apontam que intervenções voltadas à aquisição de HS favorecem a expressão emocional adequada e contribuem para melhores indicadores de saúde mental infantil (Del Prette & Del Prette, 2017a). Esses dados indicam que a estrutura psicoeducativa do programa pode ter oferecido oportunidades para que as crianças reconhecessem e verbalizassem seus sentimentos, promovendo maior autorregulação emocional e, conseqüentemente, diminuição do sofrimento psíquico.

As atividades propostas no THS envolveram estratégias de psicoeducação, dramatizações, jogos cooperativos e discussões em grupo, com foco na escuta ativa, expressão de sentimentos, resolução de conflitos e empatia. A literatura aponta que intervenções estruturadas, que promovem o engajamento ativo das crianças e utilizam métodos interativos, tendem a favorecer o desenvolvimento emocional e social, além de reduzirem sintomas de ansiedade e de depressão (Barbosa et al., 2024; Caputi et al., 2012; Hosokawa et al., 2024).

Estudos indicam que programas baseados em THS, que articulam a psicoeducação, aliada à vivência prática de situações sociais, favorecem o

desenvolvimento de repertórios sociais e a melhoria das interações interpessoais, especialmente em contextos grupais e educativos (Caballo & Carrillo Guerrero, 2022; Del Prette & Del Prette, 2013; Murta & Leandro-França, 2015). Assim, acredita-se que a combinação de conteúdo teórico e atividades vivenciais foi determinante para os avanços observados, que promoveram mudanças significativas no repertório emocional e comportamental das crianças participantes. Com o aumento do repertório de HS, espera-se que a qualidade de vida das crianças seja significativamente melhorada, conforme verificado no estudo de Conceição et al. (2025).

A aquisição das HS está diretamente relacionada à ampliação de aspectos como autoconfiança, resolução de conflitos e habilidades de comunicação interpessoal (Del Prette & Del Prette, 2017a). Assim, as intervenções com foco em HS tendem a contribuir para um ambiente escolar mais inclusivo e menos propenso a comportamentos agressivos. Evidências indicam que crianças participantes de programas de aquisição de HS relatam maior satisfação nas áreas de relacionamento interpessoal e no enfrentamento de situações adversas, o que se traduz numa melhora geral na percepção de qualidade de vida. Esses achados sugerem que o aprendizado de HS, ao promover o ajuste emocional e a construção de vínculos sociais positivos, pode atuar como um fator crucial para um desenvolvimento infantil mais saudável.

A heterogeneidade dos grupos, compostos por crianças com perfis diversos em termos de idade, nível de ansiedade e características individuais, pode ter influenciado os resultados, introduzindo um viés nos achados. Embora o THS tenha sido implementado de maneira universal, sem levar em consideração as especificidades das sintomatologias de cada criança, os dados sugerem que a intervenção foi benéfica no aumento do repertório de HS e no alívio dos sintomas de depressão. Há uma consistência com a literatura, que sugere que programas de THS não só podem reduzir sintomas de depressão, mas também melhorar a autoestima e a competência social das crianças, fatores que contribuem para um melhor estado emocional e social (Schleider et al., 2022).

Embora os resultados globais na comparação entre grupos tenham mostrado efeitos modestos, o uso do Método JT demonstrou claramente o impacto positivo em termos individuais, principalmente em Autocontrole e Assertividade. Técnicas como modelagem e ensaio comportamental, combinadas com reforço positivo, ajudam a criança a identificar situações que desencadeiam impulsividade e a treinar formas mais reguladas de resposta (Werner-Seidler et al., 2021), favorecendo o Autocontrole. Esses ganhos refletem o planejamento estruturado da intervenção, baseado em componentes psicoeducacionais, experiências práticas e

reforço de comportamentos socialmente adequados. Nesse sentido, verificou-se que a intervenção foi benéfica para determinados perfis de crianças, corroborando o estudo de Nardi et al. (2017). Para esses autores, mesmo em contextos em que os resultados de grupos não são tão amplos, os participantes que apresentaram maiores dificuldades iniciais, como em casos de ansiedade ou de baixa autoestima, tendem a demonstrar benefícios mais evidentes após a intervenção.

Schleider et al. (2022) complementaram esses achados ao indicarem que o nível inicial de sintomas pode influenciar os efeitos das intervenções, de modo que crianças com maior intensidade de dificuldades tendem a apresentar mudanças mais expressivas, enquanto aquelas com sintomas menos severos experimentam alterações mais discretas. Neste estudo, os participantes que já haviam adquirido HS ou enfrentavam dificuldades menores podem ter experimentado mudanças mais sutis. Esses resultados sugerem que a individualização da intervenção pode ser uma chave para maximizar os benefícios, visto que crianças com diferentes níveis de dificuldade social podem responder de maneiras distintas (Racine et al., 2021).

Estudos, conforme Werner-Seidler et al. (2021), apontaram que intervenções mais específicas devem ser constantemente ajustadas para contemplar as características individuais dos participantes e os ambientes sociais nos quais estão inseridos, e assim otimizar os resultados. A personalização das abordagens, levando em consideração as características individuais e contextuais, tende a gerar resultados mais consistentes e favoráveis (Hosokawa et al., 2024).

É importante considerar que o GC também apresentou alguns avanços em Autocontrole e Assertividade, ainda que menos expressivos. Esses ganhos podem ser explicados por fatores como o desenvolvimento natural próprio da idade, em decorrência da repetição da avaliação, denominada de efeito Hawthorne (McCambridge et al., 2014), e a influência do ambiente escolar que, por si só, proporciona oportunidades de aprendizagem social (Schleider et al., 2022). Tais constatações reforçam a importância de considerar potenciais variáveis externas e o impacto de fatores não relacionados diretamente à intervenção, o que pode guiar futuras investigações e aprimoramentos metodológicos, como a inclusão de grupos controle adicionais ou estratégias para minimizar efeitos de teste-reteste.

Considerações finais

O presente estudo verificou que o THS contribuiu para aumentar as HS de crianças do ensino fundamental e diminuir sintomas de depressão. Os ganhos

individuais atenderam ao objetivo do cuidado à saúde mental na escola, uma vez que para algumas crianças as mudanças foram mais significativas. Acredita-se que o programa pode ter contribuído para novos questionamentos sobre suas próprias emoções, devido ao fato de que as crianças interagiram de modo direto, expondo suas dificuldades e sentimentos frente às demais.

Este estudo reforça os ganhos individuais que crianças podem ter ao participarem de um THS. Escolas e demais ambientes sociais onde as crianças convivem podem oferecer essa possibilidade com vistas a promover melhores condições de acesso a programas que visem à saúde mental. A melhora nos índices de depressão abre caminho para futuras intervenções com crianças. Dessa forma, o estudo favorece o avanço das pesquisas sobre a relevância do THS para a população infantil e para o ambiente escolar.

Limitações identificadas referem-se ao tamanho da amostra, à coleta dos dados apenas em escola particular e à organização dos grupos, que precisou seguir o interesse da escola, considerando a adesão dos pais e o rodízio que estava ocorrendo por conta das limitações sociais impostas pela pandemia, na ocasião da coleta de dados. Tal fato pode ter impedido que crianças com possíveis índices mais elevados de ansiedade e depressão participassem, o que gerou dificuldade para uma análise mais aprofundada neste estudo. Encontrou-se um obstáculo com algumas crianças que, apesar de terem idade dentro do estabelecido para a amostra e estarem devidamente matriculadas nas séries selecionadas, não estavam completamente alfabetizadas. Essa situação pode ter dificultado a plena compreensão das atividades e afetado os resultados. Outra limitação foi a interrupção não prevista do THS na quinta sessão, por conta das restrições sociais daquele momento. Esse intervalo trouxe prejuízos ao andamento da coleta de dados, gerou a perda de crianças da amostra e esse tempo pode ter interferido significativamente nos resultados. Esses pontos abrem espaço para reflexão, uma vez que as características sociodemográficas podem ser variáveis relevantes num THS e uma amostra pequena limita a generalização dos resultados, com possíveis implicações para o estudo.

Perspectivas se abrem para novos estudos desenvolverem programas que incluam também avaliações pré e pós-intervenção feitas por pais e professores, que valorizem os componentes multimodais da avaliação infantil. Sugere-se a realização de estudos com *follow-up* em três e seis meses após o treinamento, visando identificar se as mudanças que ocorreram no GE e as mudanças individuais permaneceram ao longo do tempo. Sugere-se investigações semelhantes com amostras maiores, com o objetivo de avaliar as mesmas atividades preparadas para esse THS, a fim de replicar seus resultados. Estudos com um delineamento

qualitativo também poderiam ser realizados, na tentativa de avaliar diferentes resultados por meio da análise do discurso das crianças, de seus familiares e professores. Outra possibilidade para estudos futuros seria identificar quais classes de HS são fatores de proteção para os transtornos de ansiedade e depressão. Dessa maneira, o THS seria direcionado a partir daquelas que, em teoria, seriam fatores protetores de uma saúde mental saudável.

Referências

- APA – American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- Barbosa, B. T. A.; Domingos, N. A. M.; Fucuta, P. S.; Oliveira, J. A. S. (2024). Treino de habilidades sociais para redução de sintomas de ansiedade e depressão em alunos do ensino fundamental I. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(13), e14127. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.13-521>
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Caballo, V. E.; Carrillo Guerrero, G. B. (2022). *Galaxia HA(bilidades) SO(ciales): Programa de prevención del acoso escolar*. Siglo XXI de España.
- Caputi, M.; Lecce, S.; Pagnin, A.; Banerjee, R. (2012). Longitudinal effects of theory of mind on later peer relations: The role of prosocial behavior. *Developmental Psychology*, 48(1), 257-270. <https://doi.org/10.1037/a0025402>
- Conceição, C.; Cadima, J.; Camacho, A.; Alves, D. (2025). Testing the effectiveness of a social and emotional skill program for preschool children. *Early Childhood Education Journal*, 54(3), 1193-1207. <https://doi.org/10.1007/s10643-025-01909-8>
- Del Prette, A.; Del Prette, Z. A. P. (2017a). *Competência social e habilidades sociais: Manual teórico-prático*. Vozes.
- Del Prette, A.; Del Prette, Z. A. P. (2017b). *Habilidades sociais: Intervenções efetivas em grupo*. Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P.; Del Prette, A. (2013). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática* (6ª ed.). Vozes.
- DeSousa, D. A.; Petersen, C. S.; Behs, R.; Manfro, G. G.; Koller, S. H. (2012). Brazilian Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-Brasil). *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(3), 147-153. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892012000300006>

- Elias, L. C. S.; Amaral, M. V. (2016). Habilidades sociais, comportamentos e desempenho acadêmico em escolares antes e após intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210105>
- Fernandes, L. M.; Penna-de-Carvalho, A.; Alves, A. J. C. P.; Leme, V. B. R. (2024). Programa de Habilidades Sociais para estudantes do ensino fundamental em vulnerabilidade social. *Vínculo*, 21, e21006. <https://doi.org/10.32467/issn.1982-1492v21na6>
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2022). *Global burden of disease study 2021 (GBD 2021) results*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A.; Almeida, H. J. F.; Andrade Gaião, A. (1995). Inventário de depressão infantil (CDI): Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.
- Gresham, F. M.; Elliott, S. N. (2016). *SSRS – Inventário de habilidades sociais, problemas de comportamento e competência acadêmica para crianças* (Adaptação e padronização brasileira: Z. A. P. Del Prette, L. C. Freitas, M. Bandeira, A. Del Prette). Casa do Psicólogo.
- Hosokawa, R.; Matsumoto, Y.; Nishida, C.; Funato, K.; Mitani, A. (2024). Enhancing social-emotional skills in early childhood: Intervention study on the effectiveness of social and emotional learning. *BMC Psychology*, 12(1), 761. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02280-w>
- Kovacs, M. (1983). The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- Lemon, J. (2016). *clinsig: Clinical Significance Functions* (Version 1.2). The Comprehensive R Archive Network (CRAN). <https://doi.org/10.32614/CRAN.package.clinsig>
- Liu, Y.; Ren, Y.; Liu, C.; Chen, X.; Li, D.; Peng, J.; Tan, L.; Ma, Q. (2025). Global burden of mental disorders in children and adolescents before and during the Covid-19 pandemic: Evidence from the Global Burden of Disease Study 2021. *Psychological Medicine*, 55, e90. <https://doi.org/10.1017/S0033291725000649>
- McCambridge, J.; Witton, J.; Elbourne, D. R. (2014). Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(3), 267-277. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.08.015>
- Murta, S. G.; Leandro-França, C. (2015). Prevenção e promoção em saúde mental no curso da vida: Indicadores para a ação. In: S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, L. Polejack (Orgs.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (p. 75-92). Sinopsys.
- Nardi, P. C.; Ferreira, I. M. F.; Neufeld, C. B. (2017). Resultados preliminares do Programa PRHAVIDA em crianças com escores clínicos de ansiedade, depressão e estresse. *Contextos Clínicos*, 10(1), 74-84. <https://doi.org/10.4013/ctc.2017.101.06>

- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). *Skills for social progress: The power of social and emotional skills*. <https://doi.org/10.1787/9789264226159-en>
- OPAS/OMS – Organização Pan-Americana de Saúde / Organização Mundial da Saúde (n.d.). *Saúde mental dos adolescentes*. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.1.1). The R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org>
- Racine, N.; McArthur, B. A.; Cooke, J. E.; Eirich, R.; Zhu, J.; Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during Covid-19: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(11), 1142-1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Schleider, J. L.; Mullarkey, M. C.; Fox, K. R.; Dobias, M. L.; Shroff, A.; Hart, E. A.; Roulston, C. A. (2022). A randomized trial of online single-session interventions for adolescent depression during Covid-19. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 258-268. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01235-0>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)
- Villa, M. B.; Aguiar, A. A. R.; Del Prette, Z. A. (Orgs.) (2021). *Intervenções baseadas em evidências: Aplicações do Método JT*. EdUFSCar.
- Werner-Seidler, A.; Spanos, S.; Calcar, A. L.; Perry, Y.; Torok, M.; O’Dea, B.; Christensen, H.; Newby, J. M. (2021). School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102079. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
- WHO – World Health Organization (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Disponibilidade de dados

Os dados que sustentam os resultados deste estudo foram incluídos no próprio artigo.

Contribuição de cada autora para o artigo

Jaqueline de Carvalho Augusto da Hora Santos: Concepção do estudo, elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, redação do manuscrito.

Adriana Benevides Soares: Orientação acadêmica do estudo, supervisão do desenvolvimento da pesquisa, revisão crítica do manuscrito.

Agradecimentos e apoio

A primeira autora tinha, na época do estudo, bolsa de estudos de mestrado financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Conflitos de interesses

As autoras declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse em relação ao artigo.

Editora associada

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas.

Editora-chefe

Jaqueline de Carvalho Rodrigues.

Recebido: 19 de agosto de 2022

Aceito: 23 de outubro de 2025