

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

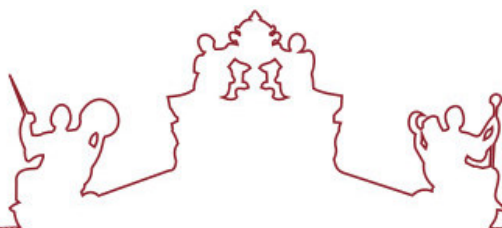
Relatório de Estágio

**Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as
competências socioemocionais dos adolescentes -
intervenção em contexto escolar**

Ana Marta Matado Pato Mauricio

Orientador(es) | Tatiana Daniela Jorge Silva Alves

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e de Saúde Pública

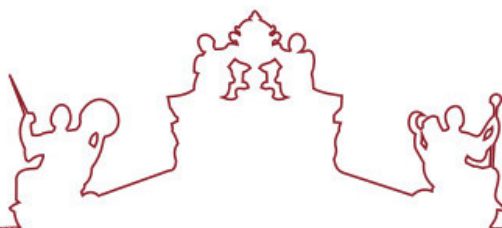
Relatório de Estágio

Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar

Ana Marta Matado Pato Mauricio

Orientador(es) | Tatiana Daniela Jorge Silva Alves

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Anabela Pereira Coelho (Universidade de Évora)
Laurência Gemito (Universidade de Évora) (Arguente)
Tatiana Daniela Jorge Silva Alves (Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

"As dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários."

(Clive Staples Lewis)

AGRADECIMENTOS

Concluir este percurso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, representa a concretização de um objetivo ambicioso e é resultado de um esforço que não teria sido possível sem o apoio inestimável, orientação e incentivo de diversas pessoas que deixaram grande marca no meu crescimento a nível pessoal e profissional.

Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão à minha Orientadora, a Professora Tatiana Alves, pela sua disponibilidade incondicional, pela orientação rigorosa, pela partilha do seu vasto conhecimento científico e pelo incentivo constante, que foram pilares essenciais para a concretização deste relatório.

Estendo os meus agradecimentos às enfermeiras orientadoras clínicas R.L. e A.G.P. pela partilha de ferramentas teóricas e metodológicas essenciais, pela partilha de saberes, pela confiança depositada em mim, pela sabedoria prática, apoio logístico e pelo exemplo de profissionalismo que demonstraram.

À Direção e a todo o corpo docente e não-docente da Escola onde se desenvolveu o projeto, pela abertura de portas, pela confiança depositada na relevância do projeto, e por terem facilitado a intervenção em contexto escolar.

À minha família, em particular aos meus pais, ao meu marido e à minha filha, pelo amor incondicional, pela paciência infinita nas horas de ausência e pela motivação que me deram para não desistir, mesmo nos momentos mais desafiantes, de cansaço e de incerteza. Sem o vosso incentivo e compreensão, este caminho teria sido muito mais difícil.

Aos meus avós, por tudo o que foram e continuam a ser. Acredito que estejam onde estiverem, se sentem extremamente orgulhosos desta etapa atingida.

Aos meus amigos, obrigada por estarem sempre presentes, mesmo nos momentos de maior cansaço e incerteza. O vosso apoio, palavras de coragem e momentos de descontração foram essenciais para manter o equilíbrio ao longo deste percurso.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para o sucesso deste percurso, o meu mais sincero OBRIGADO.

RESUMO

Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar

A adolescência é uma fase de transformações que exige competências socioemocionais para promover a resiliência e prevenir comportamentos de risco. A escola é um espaço importante para a promoção da saúde, onde o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem um papel relevante no desenvolvimento dessas competências nos adolescentes. Este relatório descreve um projeto de intervenção comunitária realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade do Alentejo Central, junto de alunos do 10.º ano dos cursos profissionais. Seguindo a Metodologia do Planeamento em Saúde, para o diagnóstico de situação utilizou-se a escala avaliação das competências socioemocionais e o questionário KIDSCREEN-27. Este revelou comprometimento no “Estado de Humor Geral e Sentimentos sobre si Próprio”; “Ambiente Escolar e Aprendizagem”; “Saúde e Atividade Física”; “Regulação Emocional”; “Resolução de Problemas” e “Definição de Objetivos”. Com base no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a intervenção na promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam competências socioemocionais utilizou estratégias de Educação para a Saúde e parcerias. Assim, o enfermeiro é central na articulação entre saúde e educação, sendo a sua intervenção determinante para a capacitação dos adolescentes, potenciando estilos de vida saudáveis e sucesso escolar.

Palavras-chave: Adolescência; competências socioemocionais; promoção da saúde; enfermeiro; escola.

ABSTRACT

Promotion of knowledge and attitudes that enhance social and emotional skills in adolescents - the intervention in school context

Adolescence is a phase of transformations that demands socio-emotional skills to promote resilience and prevent risky behaviors. School is an important space for health promotion, where Specialist Nurses in Community and Public Health have got a relevant role in developing these skills in adolescents. This report describes a community intervention project carried out at the Community Care Unit of Central Alentejo, with 10th grade students from professional courses. Following the Health Planning Methodology, the socio-emotional skills assessment scale and the KIDSCREEN-27 questionnaire were used to do the situation diagnosis. This revealed impairment in the areas of "General Mood and Feelings about themselves"; "School Environment and Learning"; "Health and Physical Activity"; "Emotional Regulation"; "Problem Solving"; and "Goal Setting". Based on Nola Pender's Health Promotion Model, an intervention to promote knowledge and attitudes that enhance socio-emotional skills was implemented, employing Health Education strategies and partnerships. Thus, the nurses have got a central role in linking health and education, with their intervention being crucial for empowering adolescents, promoting healthy lifestyles and academic success.

Keywords: Adolescence; socio-emotional skills; health promotion; nurse; school.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CASEL – *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*

CSE – Competências Socioemocionais

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGE – Direção-geral de Educação

DGS – Direção-Geral de Saúde

DS – Diagnóstico de Situação

EE – Encarregado de Educação

EEESCSP – Enfermeiro Especialista Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

MIME – Monitorização e Inquéritos em Meio Escolar

MPS – Metodologia do Planeamento em Saúde

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PES – Projeto de Educação para a Saúde

PS – Planeamento em Saúde

SC – Saúde Comunitária

SE – Saúde Escolar

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SP – Saúde Pública

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

SEL – *Social and Emotional Learning*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSAC – Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 A ADOLESCÊNCIA: UM PERÍODO DE TRANSIÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL E EMOCIONAL.....	18
1.2 COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS ENQUANTO DETERMINANTE DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA.....	21
1.3 SAÚDE ESCOLAR: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA CAPACITAÇÃO DOS ADOLESCENTES	25
1.4 OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS).....	27
1.5 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	30
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS	34
2.1 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	34
2.2 METODOLOGIA DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	37
2.2.1 Instrumentos de colheita de dados	38
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	39
3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE	42
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO.....	43
3.1.1 Caracterização Geográfica do Alentejo Central e Évora.....	43
3.1.2 Caracterização do Contexto de Estágio	44
3.1.3 Caracterização do Agrupamento de Escolas.....	47
3.2 CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	49
3.2.1 Dados Sociodemográficos em Portugal, Alentejo Central e Évora	51
3.2.2 Competências Socioemocionais dos Adolescentes.....	52
3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
3.3.1 População.....	53
3.3.2 Apresentação dos Resultados.....	55
3.4 PROBLEMAS IDENTIFICADOS	60
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	62
5. DEFINIÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	65

6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	68
6.1 ESTABELECIMENTO DE PARCERIAS	68
6.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	69
6.3 DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL EDUCACIONAL	69
7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	70
7.1. INTERVENÇÕES/ ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	70
7.2 PREVISÃO DE RECURSOS	74
7.3 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	76
7.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	76
7.5 SEGUIMENTO E <i>FOLLOW UP</i>	77
8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO	78
9. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	84
9.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	84
9.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	88
9.3 COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE	91
CONCLUSÃO	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	106
Anexo I. Escala de Avaliação das Competências Socioemocionais (EACSE)	107
Anexo II. Questionário KIDSCREEN 27 adaptado	112
Anexo III. Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja	121
Anexo IV. Autorização do MIME - Direção-Geral da Educação	126
Anexo V. Email de Divulgação do Projeto à Escola	128
Anexo VI. Parecer Positivo da Escola	131
Anexo VII. Autorização para utilização da escala EACSE “Para mim é fácil”	133
Anexo VIII. Proposta de ponderação	135

APÊNDICES	137
Apêndice A. Consentimento Informado Livre e Esclarecido	138
Apêndice B. Sessão de Educação para a Saúde sobre Autoconhecimento e Autogestão.....	141
Apêndice C. Sessão de Educação para a Saúde sobre Consciência Social e Relação Interpessoal.....	144
Apêndice D. Sessão de Educação para a Saúde sobre Tomada de Decisão Responsável.....	146
Apêndice E. Folheto – “Guia prático para as tuas competências socioemocionais”...	149
Apêndice F. Poster Informativo “Conheces os teus super poderes?”	151
Apêndice G. Panfleto de Divulgação e Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária	153
Apêndice H. Material Atividade Dinâmica sobre Autoconhecimento e Autogestão: “Mimica das Emoções, o jogo das Soluções”	155
Apêndice I. Material e Atividade Dinâmica sobre Consciência Social e Relação Interpessoal: “Teia Humana das Relações Interpessoais e da Consciência Social”	157
Apêndice J. Porta-chaves oferecido aos alunos: “Todos os Sentimentos são Válidos”	159
Apêndice K. Questionário de Satisfação das Sessões	161
Apêndice I. Cronograma de Atividades.....	163
TABELAS.....	165

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estruturas Escolares do Agrupamento de Escolas X.....	47
Tabela 2. População Residente em Portugal, no Alentejo Central e Évora, 2024.....	52
Tabela 3. Distribuição dos Estudantes Matriculados no 10ºAno nos Cursos Profissionais.....	54
Tabela 4. Definição de Prioridades Turma I	63
Tabela 5. Definição de Prioridades Turma M	63
Tabela 6. Objetivos Específicos do Projeto	66
Tabela 7. Planeamento Operacional	71
Tabela 8. Precisão Orçamental do Projeto.....	75
Tabela 9. Avaliação do Objetivo Específico 1	78
Tabela 10. Avaliação do Objetivo Específico 2.....	79
Tabela 11. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Autoconhecimento e Autogestão” da Turma I	80
Tabela 12. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Autoconhecimento e Autogestão” da Turma M.....	80
Tabela 13. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Consciência Social e Relação Interpessoal” da Turma I.....	81
Tabela 14. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Consciência Social e Relação Interpessoal” da Turma M.....	81
Tabela 15. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Tomada de Decisão Responsável” da Turma I	82
Tabela 16. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Tomada de Decisão Responsável” da Turma M	82
Tabela 17. Avaliação do Objetivo Específico 3.....	83
Tabela 18. Dados Sociodemográficos dos Participantes.....	166
Tabela 19. Dados Sociodemográficos dos Encarregados de Educação	168
Tabela 20. Caracterização das dimensões avaliadas (EACSE e KIDSCRREN 27).....	169
Tabela 21. KIDSCREEN por Categoria e Turma	170
Tabela 22. EACSE “Para mim é fácil” por Dimensão e Turma	171

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	31
Figura 2. Área de Abrangência do Alentejo Central	43
Figura 3. Área do Município de Évora e Freguesias	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição por ano e ciclo de escolaridade dos alunos matriculados no ensino básico e secundário nos anos de 2019 a 2021.....	48
Gráfico 2. Taxa de Aprovação nos diferentes anos escolares, no Ano Letivo 2020-2021..	51

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito da unidade curricular de Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, que integra o plano de estudos do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, ministrado pela Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, em associação, com a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve.

Ao longo deste relatório vai ser descrito, com base numa análise reflexiva e fundamentada, o trabalho desenvolvido em contexto de Estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e Estágio Final numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencentes à mesma Unidade Local de Saúde (ULS), bem como, o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária realizado neste âmbito.

Este trabalho contribuiu para a aquisição de competências nas diferentes áreas, referentes às competências gerais do enfermeiro especialista, às competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) bem como as competências de grau de mestre. As competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e as competências Específicas do EEESCSP (OE, 2018) são competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), sendo que as competências de grau de mestre são definidas pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016.

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, em Portugal, começou por ser uma área de formação distinta do Curso de Enfermagem, passando, posteriormente, a ser uma área de especialidade em Enfermagem. A sua primeira denominação foi Enfermagem de Saúde Pública, passando, seguidamente, a ser designada como Enfermagem Comunitária e, ultimamente como Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Melo, 2020). Segundo esta mesma fonte, as competências desta especialidade recaem na mobilização de conhecimentos da Ciência de Enfermagem, em articulação com os conhecimentos de Saúde Pública (SP), de Saúde Comunitária (SC), Epidemiologia e até mesmo de Gestão.

A enfermagem comunitária centrada nos cuidados à pessoa, aos grupos e à comunidade foi impulsionada com a Declaração de Munique em 2000 (Henriques et al., 2011). Assim, a identificação das áreas de atenção da comunidade e dos cuidados de enfermagem torna

possível a capacitação das comunidades (Melo et al., 2018), bem como a afirmação individual dos cuidados às comunidades e populações (Melo, 2020) a quem se prestam cuidados.

Para a aquisição de competências específicas do EEESCSP, utilizou-se a Metodologia do Planeamento em Saúde (PS), segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1992), pelo que foi elaborado o diagnóstico de situação de saúde da população, com base nos problemas e necessidades identificadas na população em estudo, delineando-se o projeto de intervenção comunitária intitulado “Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar”.

Deste modo, após reunião com a equipa da UCC, os informadores chave na área da saúde escolar, identificaram a necessidade de intervenção ao nível das competências socioemocionais (CSE) dos adolescentes do 10º ano de escolaridade no concelho de abrangência desta unidade. Assim, para verificar e comprovar essas necessidades foram aplicados instrumentos de recolha de dados, que contribuíram para a identificação dos problemas.

De igual modo, esta vulnerabilidade identificada pelos informadores chave da UCC, corrobora uma das áreas de intervenção prioritária descrita no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), nomeadamente, no âmbito da promoção da saúde e da capacitação dos adolescentes no que respeita às competências socioemocionais (CSE) (DGS, 2015). Assim, o PNSE em articulação com o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), alinhado com o Plano Nacional de Saúde (PNS), numa perspetiva saudável visa aumentar os fatores protetores da saúde para a obtenção de mais ganhos em saúde dos adolescentes (DGS, 2015).

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, que compreende as idades dos 10 aos 19 anos de idade. É uma fase única do crescimento humano, fundamental para estabelecer as bases de uma vida saudável no futuro (OMS, 2026).

Embora seja, frequentemente, encarada como uma fase caracterizada pela vitalidade e saúde, a adolescência é profundamente marcada por transformações físicas, cognitivas, psicológicas e sociais. Estas mudanças têm um impacto direto na forma como os jovens gerem as suas emoções, estruturam o pensamento, tomam decisões e se relacionam com o meio envolvente (OMS, 2026).

Compreendida entre os 10 e os 19 anos, esta etapa revela-se determinante para a construção da identidade, pelo que as CSE têm sido cada vez mais consideradas um preditor fundamental de sucesso em vários aspetos da vida, particularmente na adolescência (Purna et al., 2024). Estas competências funcionam como fortes indicadores de saúde, do sucesso escolar e do bem-estar ao longo da vida (Lopes & Mendes, 2024). Deste modo, as dimensões como o autoconhecimento, a regulação emocional, a consciência social, as aptidões

interpessoais e a tomada de decisão responsável revelam-se indispensáveis, pois permitem aos adolescentes adquirirem a resiliência necessária para enfrentar as exigências e os obstáculos típicos da transição para a vida adulta (Carvalho et al., 2023).

A literatura adianta que os adolescentes apresentam maior vulnerabilidade no que respeita à diminuição da capacidade de controlarem as suas emoções, o que, consequentemente, dificulta a tomada de decisão racional (Cardona-Isaza et al., 2021, como citado em Purna et al., 2024).

Estes comportamentos relacionados à vulnerabilidade podem ser evitados, através da transmissão de informação de qualidade (OMS, 2026). Neste sentido, é essencial investir em estratégias preventivas e promotoras da saúde que oferecem as ferramentas necessárias para o seu desenvolvimento, tal como sugerem os organismos de saúde nacionais e internacionais (OMS, 2022).

Recentemente, a comunidade educativa, os pais e a sociedade abraçaram uma perspetiva educacional mais ampla, cujo foco ultrapassa o simples rendimento académico, incluindo, de igual modo, a otimização das competências e do envolvimento socioemocional dos jovens. Assim, é fundamental que as escolas e os professores apoiem o desenvolvimento das CSE dos alunos como característica central do seu percurso académico (Purna et al., 2024).

A saúde escolar assume-se, assim, como o processo de eleição para a implementação de estratégias de promoção da saúde nas escolas, visando melhorar a qualidade de vida no contexto educativo e favorecendo o bem-estar físico, mental e social dos estudantes (OMS & UNESCO, 2021). Este paradigma é sustentado pelo desenvolvimento ativo de competências que envolvem não só os alunos, mas toda a comunidade educativa (OPAS, 2023). Além disso, através da identificação rigorosa das necessidades locais e da implementação de um programa de saúde escolar estruturado, torna-se possível prevenir e reduzir de forma significativa os comportamentos de risco associados aos estilos de vida dos jovens (DGS, 2022). Consequentemente, esta intervenção precoce e planeada mitiga os problemas de saúde, funcionando como um pilar essencial para um desenvolvimento humano sustentável e saudável (OMS & UNESCO, 2021; DGS, 2022).

Em Portugal, a operacionalização das diretrizes internacionais de promoção da saúde no contexto educativo encontra-se estruturada no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), sob a égide da Direção-Geral da Saúde (DGS). Este programa é um instrumento estratégico contínuo e intersectorial, desenhado para capacitar as crianças e os jovens na adoção de estilos de vida saudáveis, bem como na construção de ambientes escolares seguros e inclusivos (DGS, 2015).

Deste modo, tendo em conta a pertinência do tema sustentada pelas diretrizes nacionais, nomeadamente, do PNS e do PNSE, pela evidência científica, bem como pelo Diagnóstico de

Situação de Saúde efetuada, foi implementado o projeto de intervenção comunitária, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, numa Escola do Alentejo Central (AC), dirigido aos alunos do 10º ano de escolaridade dos cursos profissionais.

Este projeto tem como orientação teórica o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que destaca a interação dinâmica entre fatores pessoais, cognitivos, afetivos, sociais e ambientais na adoção de comportamentos saudáveis (Pender et al., 2019).

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se dividido em nove capítulos. O primeiro capítulo é constituído pelo enquadramento teórico, no qual são descritos os principais conceitos relacionados com o problema, nomeadamente, a adolescência como um período de transição e desenvolvimento social e emocional, as competências socioemocionais enquanto determinante da saúde nesta fase de desenvolvimento, bem como, a educação para saúde como parte integrante da saúde escolar, na capacitação dos adolescentes. Ainda neste capítulo são descritos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados a esta temática, bem como o modelo teórico que sustentou este projeto de intervenção comunitária, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Posteriormente, é descrita a metodologia utilizada ao longo da elaboração do projeto e no diagnóstico de situação, em que se caracteriza a população alvo e se enquadra a problemática, demonstrando a sua relevância. Nos capítulos seguintes, são analisados os resultados da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, a identificação dos problemas, a definição das prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias que possibilitaram a operacionalização do projeto. Seguidamente, encontra-se a descrição das atividades desenvolvidas, a monitorização e avaliação do projeto.

Por fim, no capítulo nove desenvolve-se a análise das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o processo de mestrado desde a componente teórica até ao estágio final, integrando o projeto de intervenção comunitária desenvolvido. As competências encontram-se divididas em competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEESCSP e, por fim, as competências do grau de mestre.

Durante a elaboração do presente relatório, foram respeitadas as regras do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, exceto nas citações de autores, pela fidelidade dos documentos originais. A organização e formatação deste trabalho obedecem às diretrizes da Universidade de Évora – Escola Superior de Saúde São João de Deus (Frias et al., 2023), seguindo rigorosamente as normas de referência bibliográfica da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo enquadra, teoricamente, os principais conceitos relacionados com a temática em estudo, as competências socioemocionais (CSE) na adolescência em meio escolar, no âmbito da saúde escolar. Serão abordadas as características desta fase de desenvolvimento, bem como o papel das instituições escolares e dos profissionais de saúde, nomeadamente, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP), na promoção da saúde junto dos adolescentes.

1.1 A ADOLESCÊNCIA: UM PERÍODO DE TRANSIÇÃO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL E EMOCIONAL

A adolescência é considerada uma fase vital e crucial da vida humana, que leva a pessoa da infância à idade adulta (Bhat & Chahal, 2024). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), esta fase compreende o período entre os 10 e os 19 anos de idade e faz parte do processo natural do crescimento humano, caracterizando-se como um período de desenvolvimento em que o adolescente não é adulto, mas deixa de ser considerado criança (Pessoa et al., 2020), ou seja, é o período de transição da infância para a vida adulta (Moreira et al., 2023).

Porém, para a OMS, como citado em Belmiro (2018), a adolescência é dividida em três fases:

- Pré-adolescência, que compreende a faixa etária dos 10 aos 14 anos de idade;
- Adolescência, abrangendo a faixa etária dos 15 aos 19 anos;
- Juventude, dos 15 aos 24 anos.

A adolescência é caracterizada como um período particularmente importante e peculiar devido às diversas transformações biológicas, comportamentais e emocionais que ocorrem. Nesta fase de desenvolvimento, os adolescentes deparam-se com alterações hormonais, maturação física e sexual (Moreira et al., 2023), com situações propícias a alterações de humor e mudanças significativas de comportamento e sentimentos, onde surge a formação de identidade e aquisição de competências para os relacionamentos adultos (Alves et al., 2023; Moreira et al., 2023).

Como descrito na literatura, esta fase é frequentemente conhecida como a fase de tempestade e stress, marcada pela confusão de papéis sociais e pela procura de um sentido de existência e solidificação do "eu" social (Bhat & Chahal, 2024). O eu social, a identidade da pessoa e a sua compreensão de si mesma em relação ao mundo social, evoluem e

consolidam-se durante a adolescência (Sharma & Goswami, 2014, como citado em Bhat & Chahal, 2024).

A autoestima desempenha, igualmente, um papel crucial no processo de desenvolvimento do adolescente, servindo como alicerce para a construção de uma personalidade equilibrada. Ao funcionar como um filtro na interpretação das vivências, a autoestima não só atua na prevenção de problemas futuros, como também fomenta a autoconfiança e a resiliência, necessárias para superar as adversidades (Ferreira et al, 2022).

As adversidades, os potenciais riscos e vulnerabilidades comuns nesta fase devem ser resolvidas adequadamente, pois podem levar a graves problemas, como o uso e abuso de drogas legais e ilegais, ou a adoção de outros comportamentos de risco. Podem, assim, surgir o aparecimento de conflitos relacionados com a busca da identidade, podendo gerar, desde problemas de relacionamento com os pais ou outros indivíduos, até ao desespero e suicídio (Ximenes et al., 2007). Os comportamentos de risco têm sido identificados como um problema de saúde pública (Patton et al., 2016) e podem funcionar como mecanismos de regulação emocional ou comunicação social perante situações de sofrimento (Nock, 2009).

Durante a adolescência, os determinantes sociais como o contexto familiar, o ambiente escolar, a relação entre os pares, a cultura e a comunidade envolvente desempenham um papel fundamental, pois funcionam como fatores de risco ou de proteção para a saúde emocional dos jovens (Dias-Viana & Noronha, 2022).

O desenvolvimento dos adolescentes é influenciado pela interação entre o indivíduo e os seus microssistemas, nomeadamente, a escola e a família (Hassani, 2024). Especificamente, o ambiente familiar e a qualidade dos vínculos afetivos são determinantes na formação da autoestima e da competência emocional (Ferreira et al., 2022; Bhat & Chahal, 2024). Por outro lado, a literatura alerta que situações de vulnerabilidade social e iniquidades impactam, negativamente, o bem-estar dos adolescentes (Souza et al., 2019).

Embora seja vista como um período de crescimento, a adolescência é demarcada pela representação social, imaturidade no que diz respeito à tomada de decisões e crises características, que podem colocar o adolescente em situação de risco físico e psicológico (Dutra et al., 2022).

Nesta fase, o desenvolvimento é assinalado pela formação da identidade e pela aquisição de competências para a vida adulta (Papalia & Feldman, 2013; Steinberg, 2017), o que na busca da identidade o adolescente apresenta propensão em se distanciar da família para encontrar outras pessoas como referenciais no seu ciclo de pares (Pereira, 2022).

Na verdade, a dependência que o adolescente apresentava em relação à sua família, nesta fase de desenvolvimento, é transportada para o conjunto de pares, o que o coloca numa posição de vulnerabilidade face às críticas, bem como à escolha de condutas positivas ou negativas para sua saúde (Garcia, 2016 como citado em Russo, 2025).

O sentimento de pertença a determinados grupos durante a adolescência é fundamental, pois serve como estratégia, ainda que por vezes disfuncional, para lidar com os impasses, a angústia e o sofrimento típicos desta fase (Moreira et al., 2023), o que reforça a identidade e a segurança do adolescente (Hassani, 2024).

Perante todas estas situações é essencial que os adolescentes desenvolvam capacidades para lidar com as questões e impasses que vão surgindo ao longo deste período, evitando, assim, o sofrimento mental. Segundo Moreira et al. (2023, p.2): *“muitos jovens que experienciam questionamentos e impasses, não tem habilidades necessárias para lidar com essas questões, causando sofrimento”*.

Na adolescência, é essencial o desenvolvimento das competências sociais e emocionais, proporcionando acompanhamento e apoio para superar as dificuldades encontradas (Silva et al., 2020), bem como permitir um desenvolvimento emocional e comportamental sólido, essencial, ao longo da vida.

Desenvolver as CSE implica promover a autonomia dos adolescentes e o poder de controlar e gerir as emoções, as quais têm um grande impacto nas relações sociais e nas interações com os outros, o que contribui para o bem-estar e desenvolvimento emocional e social do adolescente (Pereira, 2022).

A execução de intervenções precoces e deliberadas, durante esta fase de vulnerabilidade, permitem capacitar os adolescentes para os desafios futuros (DGS, 2015), através do desenvolvimento de uma base sólida para a vida adulta. Pela sua posição estratégica no seio das comunidades, o enfermeiro e a equipa multidisciplinar constituem um dos pilares mais eficazes no acompanhamento e apoio aos adolescentes (Figueiredo, 2012; Loureiro et al., 2012).

Os programas de promoção de saúde com grupos de adolescentes são vantajosos no seu desenvolvimento, pois evidenciam o impacto da troca entre pares, o estímulo da expressão emocional num meio de igualdade, tendo como benefícios fundamentais o sucesso na escola, a integração nos grupos de pares e a aprendizagem de estratégias opcionais para gerir situações desagradáveis (Pinheiro, 2022).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde (PNS), articulado com o Plano Nacional de Saúde Mental e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), assume a intervenção na adolescência como uma prioridade estratégica, nomeadamente, na promoção das CSE. Estes planos privilegiam a capacitação dos jovens no desenvolvimento e na gestão de competências pessoais e sociais, recorrendo a estratégias assentes na equidade, sustentabilidade e *empowerment* da comunidade educativa (DGS, 2015; Silva et al., 2020).

Assim, mais do que uma meta de saúde pública, este investimento na capacitação dos adolescentes relativamente às CSE responde, diretamente, aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 das Nações Unidas, pois reforça a

importância de promover a saúde e melhorar o nível de literacia em saúde, num contexto comum de promoção do desenvolvimento sustentável (DGE, DGS & SICAD, 2017).

A capacitação não só contribui para o ODS 3 – “Saúde de Qualidade”, através da promoção do bem-estar mental, como é também um pilar fundamental do ODS 16 – “Paz, Justiça e Instituições Eficazes”, especialmente no que diz respeito à garantia de uma tomada de decisão responsável, inclusiva, participativa e representativa e, na redução significativa de todas as formas de violência.

Jovens emocionalmente competentes, capazes de regular as suas emoções e de resolver conflitos de forma construtiva, são essenciais para construir ambientes escolares e sociais pacíficos e livres de violência. Esta afirmação é comprovada pela literatura, através de estudos que afirmam que a capacidade de regulação emocional é um inibidor direto da agressividade (Brackett et al., 2019), enquanto o desenvolvimento nítido das CSE reduz de forma substancial os problemas de conduta e a vitimização (Durlak et al., 2011). É esta alteração estrutural nas ferramentas internas dos adolescentes que atua como o principal fator protetor contra a violência escolar (Espelage et al., 2015).

É precisamente para compreender a profundidade e a aplicabilidade destas ferramentas internas que se explora, no subcapítulo seguinte, o conceito e o impacto das competências socioemocionais na adolescência.

1.2 COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS ENQUANTO DETERMINANTE DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

O conceito de competência socioemocional tem suscitado um interesse crescente na investigação académica (Bhat & Chahal 2024), sendo entendido como um pilar fundamental para a adaptação e para o sucesso do indivíduo em diversas esferas da vida.

As competências socioemocionais (CSE) são vitais para o desenvolvimento integral dos adolescentes e, segundo os autores acima referidos, traduzem-se na capacidade de o indivíduo aprender, mas também de constituir e cultivar relacionamentos saudáveis e significativos.

Domitrovich et al. (2017) definem as CSE de forma análoga, referindo que estas competências são a capacidade de reconhecer e gerir emoções, estabelecer e manter relações interpessoais saudáveis, tomar decisões responsáveis e gerir eficazmente situações sociais complexas.

Ainda nesta linha de pensamento, Aparício et al. (2020) definem estas competências como a capacidade de reconhecer o estado emocional ou a possibilidade de vivenciar múltiplas emoções, identificar e diferenciar as emoções dos outros e, utilizar o vocabulário e

expressões de emoções e sentimentos, de acordo com o nível de desenvolvimento, o que inclui a capacidade de adaptação e gestão de emoções menos positivas.

A aprendizagem socioemocional, frequentemente conhecida pela sigla inglesa *SEL – Social and Emotional Learning*, foi desenvolvida por *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL) e, consiste na promoção do desenvolvimento integrado e interrelacionado de competências cognitivas, emocionais e sociais. Este modelo refere-se a uma tipologia de atividades que permite a aquisição gradual das competências que todas as pessoas precisam de integrar para se adaptarem às diversas situações e atividades quotidianas e serem bem-sucedidas na sua vida (DGS, 2016).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016) a aprendizagem social é o processo contínuo através do qual crianças, jovens e adultos adquirem e aplicam os conhecimentos, as atitudes e as competências necessárias para compreender e gerir emoções, estabelecer e alcançar objetivos, sentir e demonstrar empatia pelos outros, estabelecer e manter relações saudáveis e tomar decisões responsáveis.

De acordo com o modelo supracitado e como referido pela DGS (2016), as CSE são agrupadas e estruturadas tendo em conta cinco dimensões, designadas como:

- Autoconhecimento;
- Autogestão;
- Consciência Social;
- Relação Interpessoal;
- Tomada de decisão responsável.

Relativamente ao autoconhecimento, este diz respeito à capacidade de a própria pessoa ir conhecendo a pessoa que é, nomeadamente, as suas emoções, sentimentos, pensamentos e a influência sobre o comportamento. Este inclui avaliar os pontos fortes e fracos, as próprias limitações e possuir bom senso, confiança e otimismo (DGS, 2016).

A autogestão diz respeito à capacidade de regular e expressar as emoções, pensamentos e comportamentos de forma eficaz. Esta inclui saber adaptar-se a situações de stress, controlo de impulsos, capacidade de motivação própria, esforço e trabalho para alcançar objetivos pessoais e académicos (DGS, 2016).

No que concerne à consciência social, esta corresponde à capacidade de desenvolver empatia, assumir a perspetiva dos outros, de diversas origens e culturas, compreender normas sociais e éticas orientadoras do comportamento, bem como reconhecer a família, a escola e a comunidade como fontes de suporte (DGS, 2016).

A relação interpessoal traduz-se na capacidade de estabelecer e manter relacionamentos variados, saudáveis e gratificantes com indivíduos e grupos. Esta pressupõe comunicar com clareza, ouvir ativamente, cooperar, resistir à pressão social e dos pares, saber gerir, de forma construtiva, os conflitos, oferecer e procurar ajuda (DGS, 2016).

Tomar uma decisão responsável requer a capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas sobre o comportamento pessoal e interações sociais, com base na análise dos padrões éticos e normas sociais, questões de segurança, avaliação realista das consequências resultantes de várias ações para o bem-estar pessoal e dos outros (DGS, 2016).

As evoluções destes cinco domínios em contexto escolar apresentam grande importância, com resultados a curto e longo prazo, nomeadamente, a melhoria das CSE, a melhoria de atitudes sobre si próprio e com os outros na escola, a redução dos problemas comportamentais, menos stress emocional e mais sucesso escolar (DGS, 2016). Estes cinco domínios determinam o desenvolvimento e as relações desde o início do ciclo de vida na construção individual de cada pessoa e do seu tecido social.

Segundo CASEL (2020), o desenvolvimento das CSE ajuda os adolescentes a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas, gerindo de forma responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida.

De uma outra perspetiva, segundo Mella et al. (2021) o desenvolvimento das CSE é crucial para o bem-estar e o sucesso dos adolescentes em diferentes áreas da sua vida, ou seja, um adequado desenvolvimento social e emocional está associado a um melhor desempenho académico, a uma maior adaptação escolar e à redução de comportamentos de risco.

O desempenho académico e as CSE apresentam correlação positiva, o que significa que um bom desenvolvimento das CSE leva a um melhor desempenho académico, através da existência de um ambiente positivo em casa e na escola, bem como à promoção da educação moral para que estas possam ser desenvolvidas (Bhat & Chahal, 2024).

Os mesmos autores referem que as CSE desenvolvidas melhoram a integração social e atuam como barreira contra o *bullying*. Este processo de desenvolvimento exige a prática de ferramentas importantes, como a empatia, a escuta ativa, a regulação emocional e o autoconhecimento (Kurian & Prakasha 2016, como citado em Bhat & Chahal 2024).

Por outro lado, o desenvolvimento das CSE está, igualmente, relacionado com a inclusão social, pois como descrito por Hassani (2024) os adolescentes com melhor desenvolvimento socioemocional têm uma melhor adaptação ao seu ambiente, uma maior satisfação com a vida e uma melhor capacidade para enfrentar as adversidades.

Na prática, trabalhar as esferas social e emocional permite a construção da resiliência dos adolescentes, dando-lhes a capacidade necessária para gerir o stress e superar obstáculos e adversidades (Bhat & Chahal, 2024).

A promoção da educação social e emocional é essencial em diferentes situações, dentro e fora da escola, através de abordagens teóricas que expliquem como estas competências

são desenvolvidas (Pinto et al., 2023, como citado em CASEL, 2015). Por isso, a promoção de programas de intervenção nesta área é uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade de vida dos adolescentes e promover o seu desenvolvimento integral (Ferreira et al., 2024)

Como referido, anteriormente, estas competências podem ser adquiridas através de abordagens teóricas, mas não só. Os adolescentes adquirem estas competências, também, através da observação e imitação de modelos no seu ambiente, pelo que é importante o desenvolvimento destas desde a infância para assegurar uma base sólida e saudável na idade adulta (Bhat & Chahal, 2024).

Este desenvolvimento é de extrema importância, pois permite um melhor desenvolvimento pessoal, educacional e, mais tarde, melhores resultados a nível profissional, a nível de relacionamento interpessoal e mais resiliência em situações adversas (Domitrovich et al., 2017), o que melhora a saúde geral, o bem-estar e a qualidade de vida.

Nos últimos anos, temos vindo a viver diversas crises mundiais, a pandemia COVID-19, as alterações climáticas, a incerteza económica e os conflitos armados, o que influencia as CSE. Estes acontecimentos prejudicam e atrasam o desenvolvimento emocional, que por sua vez é essencial para que se consiga gerir dificuldades. Assim, como apontam Ferreira et al. (2024) crescer num panorama de constante instabilidade tem provocado nos adolescentes graves picos de ansiedade, stress e desafios na sua saúde mental. É precisamente neste contexto de constante adversidade e incerteza que as CSE provam a sua vitalidade. A autorregulação emocional, em particular, emerge como uma variável mediadora crucial, funcionando como o "escudo" que confere aos adolescentes a resiliência indispensável para gerir o stress e preservar a sua saúde psicológica (Gkintoni et al., 2023).

As CSE ultrapassam a esfera do sucesso puramente académico, assumindo-se como o verdadeiro alicerce para o desenvolvimento integral da saúde mental e do bem-estar dos adolescentes. São o pilar para o desenvolvimento integral dos adolescentes, no reconhecimento e gestão da emoção, na construção de relacionamentos saudáveis, na definição da identidade e na tomada de decisão responsável (Domitrovich et al., 2017; Aparício et al, 2020; DGS, 2019).

O investimento contínuo na aprendizagem destas competências é o único caminho para garantir não apenas a superação das crises atuais, mas também a formação de futuros adultos mais empáticos, equilibrados e capazes de navegar na complexidade do mundo contemporâneo, com sucesso e resiliência (Bhat & Chahal, 2024; CASEL, 2020; Domitrovich et al., 2017; Ferreira et al., 2024).

É de tal modo evidente a sua relevância que o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) as integra como uma prioridade central de intervenção, perspetivando o contexto

educativo como o espaço ideal para a sua promoção e capacitação, dimensão que será explorada no subcapítulo seguinte.

1.3 SAÚDE ESCOLAR: EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA CAPACITAÇÃO DOS ADOLESCENTES

A Saúde Escolar (SE) é uma área estratégica que une a Educação e a Saúde. Estas estão associadas de modo intrínseco, pois crianças saudáveis vão aprender mais eficazmente e a educação exerce uma função crucial no progresso económico para manter a saúde no decorrer da vida.

A SE tem um percurso assinalável na promoção da saúde e prevenção da doença no contexto escolar. A primeira grande mudança de paradigma teve como ponto de partida a Carta de *Ottawa* (1986), com o reconhecimento de que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária. A interação entre o ambiente e as pessoas cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade (DGS, 2015).

Seguidamente, uma segunda mudança de paradigma surgiu da evidência científica e da necessidade de recentrar o "alvo" da ação nos resultados (DGS, 2015).

Atualmente, a SE exige uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, com a missão de investigar e intervir sobre a complexidade das condutas de saúde dos mais jovens. Este processo traduz-se numa atuação multidimensional, biológica, psicológica e social, que visa não só otimizar o ambiente escolar e mitigar comportamentos de risco, mas também diminuir as repercussões negativas que as condições de saúde possam ter no rendimento académico (DGS, 2015).

Em Portugal, os princípios que norteiam a SE baseiam-se num referencial de disposições legais, nomeadamente, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Este foi elaborado tendo em conta a reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e as estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a região europeia e os princípios das Escolas Promotoras de Saúde. Este é definido como *“um instrumento orientador das políticas nacionais no que à promoção da saúde em meio escolar diz respeito”* (DGS, 2006, p.1).

Segundo este documento, os fatores que podem influenciar a saúde a nível individual ou coletivo dividem-se em seis eixos principais:

- Capacitação;
- Ambiente Escolar e Saúde;
- Condições de Saúde;
- Qualidade e Inovação;
- Formação e Inovação em Saúde Escolar;

- Parcerias.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2023) e o Plano Nacional de Saúde (PNS), a promoção da saúde escolar e da saúde mental são estratégias de intervenção fundamentais, uma vez que vários fenómenos sociais vividos na escola têm repercussões diretas na saúde dos adolescentes (Ministério da Saúde, 2019).

De entre os eixos supracitados, a capacitação das crianças e jovens, destaca-se como prioritária (DGS, 2015). Segundo esta mesma fonte, capacitar é muito mais do que ter informação sobre a saúde e compreendê-la, é, também, estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões. Como descrito no PNSE (DGS, 2015, p. 22) a capacitação caracteriza-se pelo *“aumento das competências dos seus grupos a definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos”*. Assim, capacitar as crianças e jovens para a tomada de decisão contribui para a adoção de comportamentos saudáveis, tornando-os mais competentes, confiantes e habilitados no desempenho social. O desenvolvimento das Competências Socioemocionais (CSE) assume-se aqui como o núcleo desta capacitação.

Os adolescentes enfrentam constantes desafios, como a pressão social, o stress escolar e a construção da sua identidade (Backes & Bonnie, 2019). Deste modo, torna-se imperativo dotá-los de ferramentas como o autoconhecimento, a autogestão, a consciência social e a aptidão para o relacionamento interpessoal. A implementação de programas de aprendizagem socioemocional tem uma influência determinante e positiva no crescimento integral dos alunos (Pinto et al., 2023). Como descrito pela DGS (2015), o desafio de construir redes de afetos que aperfeiçoem a comunicação e as relações humanas é tão relevante quanto o desafio das redes tecnológicas.

Para dar resposta à complexidade destas intervenções promotoras do bem-estar físico, psicológico e social, as diretrizes nacionais sublinham a necessidade de uma atuação assente numa equipa multidisciplinar (DGS, 2015). É neste seio que se integram as intervenções de enfermagem.

Os enfermeiros, foram reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como líderes em estratégias de promoção da saúde, pois estes contribuem para melhorar o conhecimento e a literacia em saúde da população. Estes são reconhecidos pela capacidade de capacitar os indivíduos a tomar decisões de saúde informadas, considerando uma série de abordagens relacionadas que, em conjunto, contribuem para o desenvolvimento de ambientes, relações, sentimentos e atitudes saudáveis e positivas (Silva et al., 2020).

Estes são considerados os profissionais mais próximos das escolas e das comunidades, assumindo um papel ativo na gestão da saúde da comunidade escolar em termos de saúde mental e emocional, bem como na educação para a saúde. Assim, pela sua proximidade com a escola apresentam uma posição privilegiada na identificação de problemas numa fase

inicial, bem como em proporcionar intervenções precoces para reduzir potenciais problemas socioemocionais nos jovens (Silva et al., 2020).

A enfermagem de saúde comunitária desempenha um papel essencial no desenvolvimento social e emocional dos adolescentes. O enfermeiro de saúde comunitária e de saúde pública, com intervenção na saúde escolar encontra-se numa posição privilegiada, no que concerne ao desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença. Pela sua proximidade à escola, estes reconhecem precocemente os sinais em crianças e jovens emocionalmente stressados, o que lhes permite prestar cuidados em situações de crise (Silva et al., 2020). A sua função central e colaborativa permite a utilização de estratégias educativas eficazes que influenciam positivamente os hábitos dos jovens (Emilianovitch & Scherer, 2024), através da capacitação e promoção da saúde.

O conhecimento das atitudes e perceções dos adolescentes relativamente às CSE fornecem aos enfermeiros dados vitais para definir áreas de intervenção prioritárias e prevenir comportamentos de risco (DGS, 2016). Para operacionalizar esta dimensão, o manual "Saúde Mental em Saúde Escolar" (DGS, 2016) surge como um recurso pedagógico essencial, o que enfatiza a importância na deteção e intervenção precoce em jovens que apresentam sinais de problemas sociais e emocionais.

Assim, através de intervenções dirigidas, como sessões de educação para a saúde, os cuidados de enfermagem na escola são essenciais na redução de sintomas de ansiedade e depressão, na melhoria da gestão do stress e na promoção de um melhor desempenho escolar (Pinho et al., 2021; Flaubert et al., 2021).

Porém, a Saúde Escolar (SE) assegura-se como um pilar estruturante não apenas para o sucesso académico, mas, também, na capacitação integral e resiliência das crianças e jovens. Ao promover, ativamente, o bem-estar físico, mental, social e emocional, com o contributo central e articulado do enfermeiro de saúde comunitária, a escola transcende a sua função tradicional e transforma-se num verdadeiro ecossistema de saúde (DGS, 2015; OMS, 2021). É precisamente através desta capacitação holística dos indivíduos e das comunidades que se criam os alicerces para responder aos grandes desafios da humanidade, estabelecendo, assim, uma ponte direta e indissociável com as metas globais da Agenda 2030 e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015), dimensão que será explorada no subcapítulo seguinte.

1.4 OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS)

Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) foram adotados, em 2015, por todos os Estados-Membros das Nações Unidas e estão integrados na Agenda 2030. Esta

iniciativa procura unir esforços internacionais para enfrentar as crises globais, através do estabelecimento de metas claras que devem ser alcançadas até 2030, para garantir um desenvolvimento global sustentável. Os ODS são 17 e estabelecem objetivos concretos para alcançar um desenvolvimento equilibrado em três dimensões fundamentais: económica, social e ambiental.

Estes objetivos entraram, oficialmente, em vigor em 2016 e foram definidos por Ban Ki-moon, antigo Secretário-Geral das Nações Unidas, como *“a nossa visão comum para a Humanidade e um contrato social entre os líderes mundiais e os povos. São uma lista das coisas a fazer em nome dos povos e do planeta e um plano para o sucesso”* (UNRIC, 2015). Os ODS têm como ambição “não deixar ninguém para trás”, através do estabelecimento de uma linguagem comum para todos os *stakeholders*. Estes fixam metas de sustentabilidade, com foco em áreas críticas, em torno de cinco princípios: Planeta, Pessoas, Prosperidade, Paz e Parcerias (ONU, 2015).

O Relatório 2024 sobre os ODS, nomeadamente, a Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável (SDSN) e o Gabinete das Nações revela que, a nível mundial, o progresso global desde 2020, está muito abaixo do pretendido. A convergência de crises, incluindo a pandemia COVID-19, os conflitos armados e a crise climática, deteriorou gravemente o ritmo de avanço (ONU, 2024).

Estes fatores atrasaram, significativamente, os progressos em matéria de educação, saúde, emprego e sustentabilidade ambiental (ONU, 2024). Segundo Sachs et al. (2024) apenas 17% das metas se encontram no bom caminho para serem alcançadas até 2030. Deste modo, é necessária uma ação acelerada e cooperação internacional para evitar o fracasso da Agenda 2030 (ONU, 2024).

Portugal, no que concerne aos ODS, apresenta uma situação de progresso moderado com o país a posicionar-se acima da média global e europeia (Católica-Lisboa, 2024), o que demonstra um desempenho sólido em várias áreas sociais e energéticas, encontrando-se classificado na 16.^a posição global no Índice Global dos ODS de 2024 (Sachs et al., 2024).

No que diz respeito à saúde mental e emocional dos adolescentes, bem como o bem-estar geral destes, os ODS 3 e 4 encontram-se em articulação profunda.

Os ODS 3 e 4 estão intimamente ligados à saúde emocional e ao bem-estar dos adolescentes. A promoção da saúde mental e a educação emocional são estratégias fundamentais para garantir que todos os jovens tenham acesso a ferramentas e recursos que lhes permitam desenvolver-se de forma saudável.

O ODS 3: Saúde de qualidade, garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, apresenta como uma das suas metas: *“reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”* (BCSD, 2022).

Assim, o bem-estar social e emocional é um pilar fundamental para a saúde integral dos adolescentes. A presença de sentimentos de tristeza, perturbações de humor, total desinteresse pelas atividades diárias, ansiedade, culpa excessiva, sentimentos de inutilidade, pensamentos constantes de morte, podem trazer consequências negativas no processo de formação do indivíduo durante a adolescência (Alves et al., 2023), pois estes podem contribuir para o aumento da ansiedade e stress e, consequentemente, influenciar a autogestão emocional, as relações interpessoais e a tomada de decisão responsável perante determinadas situações.

Assim, numa perspetiva dos ODS é essencial garantir a saúde e o bem-estar dos jovens, nomeadamente, na promoção da saúde mental, como referida na meta anteriormente mencionada. A estabilidade emocional tem um impacto direto em domínios cruciais, como o sucesso escolar, a qualidade das interações sociais e a mitigação de comportamentos de risco.

Deste modo, as intervenções comunitárias que trabalham as competências socioemocionais, alinhadas com as políticas de programas de prevenção e deteção precoce, tornam-se relevantes, respondem diretamente às metas descritas e delineadas para este objetivo, prevenindo, assim, o isolamento, a depressão e promovendo a resiliência dos adolescentes, numa fase onde as bases da saúde mental adulta são estabelecidas.

No que respeita ao ODS 4: Educação de Qualidade, garantir o acesso à educação inclusiva, de qualidade e equitativa, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos (BCSD, 2022), na perspetiva das competências socioemocionais, a aprendizagem socioemocional é um elemento fundamental no desenvolvimento integral dos adolescentes, pelo que deve ser integrada na educação nas escolas. Esta permite o desenvolvimento de competências sociais e emocionais dos adolescentes, o que corresponde aos conhecimentos, atitudes e competências que cada pessoa precisa de consolidar para fazer escolhas adequadas e coerente consigo própria (DGS, 2016), o que ajuda os jovens a desenvolverem competências de gestão emocional, de resolução de conflitos e de tomada de decisões responsáveis.

A integração de programas de desenvolvimento socioemocional no currículo das escolas revela-se fundamental. Ao dotar os jovens de ferramentas essenciais ao conhecimento das emoções, à regulação emocional, à empatia, à relação interpessoal e à tomada de decisão responsável, as instituições de ensino promovem um ambiente educativo harmonioso e seguro, essencial para diminuir a ansiedade e alavancar a saúde global e sustentável e o bem-estar geral dos alunos.

As escolas não são apenas espaços de aprendizagem académica, são consideradas, também, espaços de desenvolvimento pessoal e socialização, pelo que são espaços essenciais na promoção da saúde mental e desenvolvimento socioemocional.

Em consonância com as metas do ODS 4, o contexto escolar detém o potencial de operacionalizar medidas estruturantes para a capacitação da comunidade escolar no suporte socioemocional, bem como na adoção de planos de combate à violência, o que o determina como um contexto seguro e promotor do bem-estar.

Deste modo, para que a educação cumpra plenamente a sua função, deve ir mais além da instrução académica tradicional. É imperativo integrar o desenvolvimento de competências socioemocionais na capacitação dos jovens para lidarem com as suas emoções de forma construtiva, garantindo a sustentabilidade da sua saúde mental e qualidade de vida a longo prazo.

1.5 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Este capítulo apresenta o referencial teórico que sustenta a intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O presente projeto tem como ancoragem o Modelo supracitado, pois este é um dos modelos eleitos para ser utilizado na promoção da saúde, desenvolvendo os cuidados de enfermagem com base neste modelo (Victor et al., 2005).

Posteriormente, serão descritos os principais pressupostos e conceitos referentes a este Modelo, bem como a sua aplicação na prática clínica, no projeto de intervenção comunitária, nomeadamente, na promoção da saúde dos adolescentes em contexto escolar.

De acordo com a Carta de *Otawa* (DGS, 1986), a promoção da saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar., atingindo, assim, o bem-estar físico, mental e social. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.

Nola Pender, enfermeira e teórica americana, é uma das teóricas mais influentes da enfermagem contemporânea. Nola Pender concluiu o seu trabalho de mestrado na área da promoção da saúde e, posteriormente, ao seu doutoramento direccionou a sua atividade de modo que os cuidados de enfermagem tivessem como objeto a saúde ótima dos indivíduos. A sua prerrogativa é de que a promoção da saúde é uma competência da enfermagem e que deve ser oferecida para todos. Assim, por meio de seu modelo, Nola Pender consolida uma ferramenta teórico-prática para os enfermeiros desenvolverem a promoção da saúde baseada em evidências para as mais diversas populações (Pender et al., 2023).

Em 1975 publicou: “*A Conceptual Model for Preventive Health Behaviour*”, iniciando o seu percurso na investigação acerca da forma como as pessoas decidem sobre os seus cuidados de saúde, no que concerne à enfermagem. Em 1982, foi criado o Modelo de Promoção da

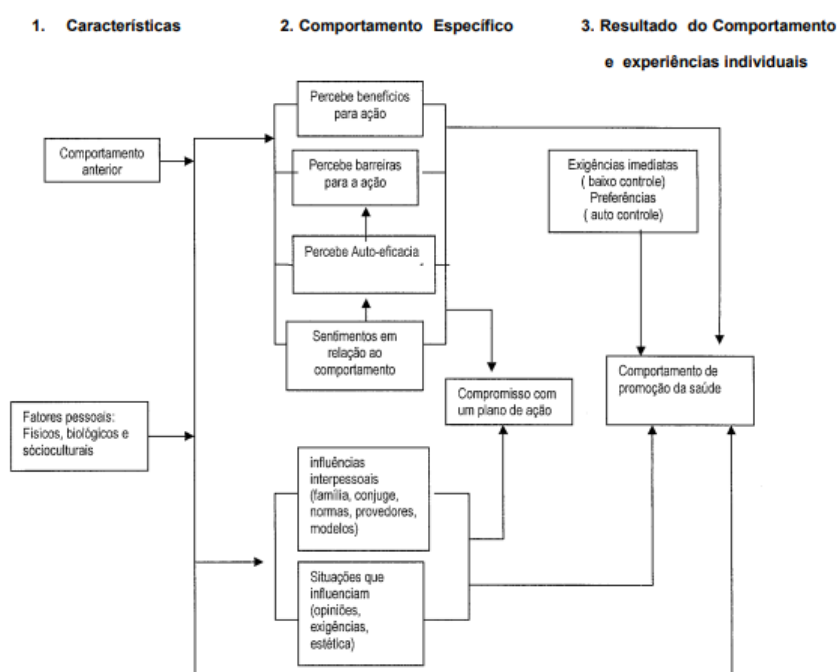
Saúde e revisado em 1987, 1996 e 2002 e postulado no livro: “*Health promotion in nursing practice*” (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde relaciona fatores pessoais, ou seja, biológicos, psicológicos e socio-culturais como influenciadores da adoção de comportamentos saudáveis. Este refere que os indivíduos são agentes ativos no cuidar da sua própria saúde, pois apresentam capacidade de mudança devido ao autoconhecimento, autorregulação, tomada de decisão e resolução de problemas, pelo que isso pode ser motivado pelo desejo de proteger a saúde, evitando doenças ou com o desejo de aumentar a saúde na presença ou ausência de doença (Pender et al., 2023).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender baseia-se na Teoria de Aprendizagem de Albert Bandura, que postula a importância de processos cognitivos na alteração comportamental, pois inclui as seguintes auto-crenças: auto-atribuição, auto-avaliação e auto-eficácia. Por outro lado, o *Expectancy- Value Model of Human Motivation* de Feather é, igualmente, importante para o desenvolvimento deste modelo, pois defende que o comportamento é racional e económico (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é apresentado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Victor et al. (2005, p.237)

Este oferece uma estrutura conceptual robusta para compreender o comportamento humano face à saúde. Este estabelece uma estrutura que compreende a saúde não apenas como a ausência de doença, mas como um estado dinâmico e positivo. Para sustentar esta

visão, o modelo baseia-se em pressupostos fundamentais que posicionam o indivíduo como o protagonista do seu próprio processo de saúde. O modelo identifica os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e é um guia para explorar o processo biopsicossocial, motivando as pessoas a adotarem comportamentos promotores da saúde (Santi et al., 2023)

No centro deste modelo reside o princípio de que as pessoas não são recetores passivos de cuidados, mas sim agentes ativos que procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde humano único. Esta busca pela autorrealização é sustentada pela capacidade de autoconsciência reflexiva, que permite ao indivíduo realizar uma apreciação das suas próprias competências e possibilidades de ação. (Tomey & Alligood, 2004)

Nesta perspetiva, a mudança de comportamento é vista como um processo dinâmico de evolução. Assim, segundo os autores supracitados, o modelo assume que as pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas, esforçando-se continuamente para atingir um equilíbrio pessoal aceitável entre a mudança e a estabilidade. Este equilíbrio é gerido pela própria pessoa, uma vez que os indivíduos procuram regular ativamente o seu próprio comportamento, tomando decisões que refletem a adoção de comportamentos promotores da saúde.

A dimensão ambiental do modelo é igualmente crucial. Nola Pender, segundo descrito por Tomey & Alligood (2004) reconhece que os indivíduos, na sua complexidade biopsicossocial, interagem permanentemente com o ambiente, num processo recíproco onde transformam progressivamente o meio e, são, simultaneamente, transformados por ele ao longo do tempo. Dentro desta complexa rede de interações, os profissionais de saúde constituem parte integrante do ambiente interpessoal, exercendo uma influência significativa sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital, seja através de ensinamentos de como superar obstáculos e construir altos níveis de eficácia e afeto positivo por meio da experiência de desempenho bem-sucedido (Pender et al., 2023), de apoio ou motivação.

Este modelo postula que o sucesso de qualquer intervenção reside na autonomia do indivíduo. Embora o contexto externo e o apoio profissional sejam importantes, é a reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente que se revela essencial à mudança sustentada de comportamentos (Tomey & Alligood, 2004), ou seja, favorece uma maior autonomia, responsabilidade e consciência crítica sobre a saúde individual. Neste enquadramento, a intervenção de enfermagem foca-se na capacitação do indivíduo, dotando-o da autonomia necessária para conduzir o seu próprio processo de mudança. O objetivo central é promover uma articulação vantajosa entre os recursos internos da pessoa e as potencialidades oferecidas pelo meio envolvente.

Como já foi referido, este modelo aborda três componentes: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais (Victor et al., 2005).

A promoção da saúde dos adolescentes é, com base no Modelo de Promoção da Saúde, de extrema importância, pois os adolescentes são um grupo suscetível a vários comportamentos de risco para a saúde, em que a autoeficácia é um fator relevante na aplicação deste e que as práticas saudáveis devem ser incentivadas e apoiadas nas redes familiares, sociais e de saúde (Santi et al., 2023).

A escolha deste modelo para suportar o Projeto de Intervenção Comunitária sustenta-se na importância da promoção da saúde junto dos adolescentes, pois, como referido por Santi et al. (2023), a adolescência é uma fase de transição caracterizada por profundas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, o que torna imperativo adotar um modelo que explore o complexo processo biopsicossocial do jovem e o motive a adotar comportamentos promotores da saúde. Por outro lado, ao efetuar uma analogia entre o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a finalidade deste projeto, ao focarmo-nos nos pressupostos apresentados, as características individuais e as adquiridas, tal como os comportamentos anteriores influenciam o comportamento de promoção da saúde.

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

No presente capítulo é descrita a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, nomeadamente, a Metodologia do Planeamento em Saúde, bem como a metodologia utilizada na recolha de dados para a realização rigorosa do Diagnóstico de Situação de Saúde. Ainda neste capítulo irão ser descritas as considerações éticas inerentes.

A investigação e a intervenção em Enfermagem alicerçam-se num equilíbrio indissociável entre o rigor científico e o profundo respeito pela dignidade e integridade humana (Polit & Beck, 2021).

Sendo a Enfermagem, por excelência, a disciplina do cuidar, qualquer processo de investigação ou de intervenção comunitária exige que a procura pelo novo conhecimento ou pela implementação de estratégias em saúde nunca se sobreponha à proteção ou ao bem-estar dos indivíduos envolvidos (OE, 2015).

Assim, tratando-se de uma intervenção/investigação no âmbito da Saúde Escolar e direcionada a adolescentes, a reflexão ética reveste-se de uma importância fundamental. Neste capítulo é explícito o cumprimento rigoroso dos princípios bioéticos fundamentais (Beauchamp & Childress, 2019), bem como os procedimentos do consentimento informado livre e esclarecido, a garantia do anonimato e a confidencialidade dos dados, em estrita conformidade com a Declaração de Helsínquia (AMM, 2013) e as diretrizes éticas e legais vigentes.

2.1 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A Metodologia do Planeamento em Saúde (MPS) é um processo sistemático e contínuo que permite identificar, analisar e resolver problemas de saúde de uma população, através de intervenções eficazes e coordenadas, para obter ganhos em saúde.

Para Imperatori e Giraldes (1993, p.23) o Planeamento em Saúde (PS) define-se como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem a redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”*.

O PS é um processo que envolve um conjunto de etapas, tais como as descritas por Chavienato, 1985, como citado em Melo, 2020: planear, organizar, dirigir e controlar, sendo que cada uma desempenha um papel crucial na eficácia das intervenções realizadas.

A importância do PS torna-se evidente face à crescente escassez de recursos e à complexidade inerente de intervenção nos problemas de saúde. Neste cenário, a

determinação rigorosa de prioridades assume um papel crucial, visto que intervenções fragmentadas ou isoladas não só acarretam custos elevados, como podem gerar impactos negativos, por vezes irreparáveis. Considerando a onerosidade das infraestruturas, torna-se fundamental que a alocação de recursos e a seleção de equipamentos sejam orientadas por critérios de polivalência e versatilidade, garantindo uma resposta sustentável às necessidades das populações (Tavares, 1992).

Segundo o autor acima mencionado, a MPS integra diversas etapas, sendo elas: o diagnóstico de situação (DS); a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação.

Diagnóstico de Situação

Este é a primeira etapa do PS e deve corresponder às necessidades de saúde das populações. Deve ser suficientemente alargado aos fatores económicos e sociais, de forma a permitir a identificação dos principais problemas de saúde e dos respetivos fatores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1993). Caracteriza-se como uma etapa analítica primordial, no qual se procede à recolha e interpretação sistemática de indicadores epidemiológicos, demográficos e socioeconómicos, com o intuito de traçar o perfil de saúde de uma população e identificar as suas necessidades reais.

Determinação de Prioridades

Após o DS, a etapa de priorização merece um destaque nas etapas do PS, especialmente, na gestão da escassez de recursos para responder às necessidades das populações ou comunidades. Para determinar prioridades são essenciais duas subetapas, sendo estas, segundo Tavares (1992, como citado em Melo, 2020) a definição dos critérios de decisão, atribuindo-lhes o respetivo peso e a estimativa e, a comparação dos problemas, que a partir da análise dos mesmos se identificam os prioritários.

Os critérios envolvidos na priorização são os seguintes: a magnitude, relacionada com a dimensão do problema na comunidade; a transcendência, relacionada com a forma como a intervenção nesse problema influencia a melhoria dos outros; a vulnerabilidade, que está relacionada com a possibilidade de um efeito efetivo melhorar o problema através da intervenção (Melo, 2020).

Fixação de Objetivos

Com base nos problemas definidos como prioritários é essencial a definição de objetivos. A definição de objetivos do plano de saúde assume um papel central na operacionalização das estratégias. Assim, estes objetivos devem ser estruturados sob a métrica SMART, ou seja, devem ser específicos, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais (Melo, 2020), garantindo que as metas sejam, igualmente, específicas, mensuráveis, atingíveis, pertinentes e delimitadas no tempo.

Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas para alcançar os objetivos delineados. A escolha das estratégias exige uma análise rigorosa da relação custo-efetividade, das características da população e do contexto de intervenção. A eficácia das intervenções é essencial para garantir os ganhos em saúde (Tavares, 1992).

Preparação Operacional

Após a definição de estratégias, surge a fase da elaboração de programas e projetos. Esta consiste no estudo detalhado de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou os vários objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa envolve a elaboração de programas, a fixação dos objetivos operacionais, também designados como metas, a execução e monitorização das intervenções planeadas.

Antes da execução, é fundamental adequar os recursos necessários aos recursos existentes, bem como ter em consideração o custo do programa ou projeto e o seu financiamento. É importante, também, especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, bem como a elaboração de um cronograma das atividades a realizar. A preparação adequada é essencial para garantir a implementação eficaz das intervenções.

A execução propriamente dita envolve a realização das atividades conforme o cronograma estabelecido, a supervisão contínua e a adaptação das intervenções sempre que necessário. Uma execução eficiente é fundamental para alcançar as metas previamente estabelecidas.

Avaliação

A avaliação, a última etapa, consiste na avaliação dos resultados. Na fase da avaliação é importante identificar os principais indicadores do controlo da execução, quer em termos

financeiros, quer em termos dos materiais e, escolher os circuitos e os impressos adequados (Imperatori e Giraldes, 1993).

A avaliação envolve a análise de indicadores de saúde, indicadores de atividade no que respeita a avaliação a curto prazo e, indicadores de impacto, quando se trata de uma avaliação prolongada (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo os autores supracitados, todas as etapas são parte integrante de um ciclo contínuo e dinâmico, onde cada fase ou intervenção pode ser reformulada e/ou reestruturada sempre que necessário.

O PS é, deste modo, um processo adaptativo e contínuo que visa melhorar a qualidade das intervenções para obter ganhos em saúde.

2.2 METODOLOGIA DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

No que se refere à metodologia é fundamental definir o método de colheita de dados para a elaboração do diagnóstico de situação de saúde.

A pesquisa dos instrumentos de recolha de dados, teve por base os conceitos no qual incide este projeto de intervenção comunitária, as competências socioemocionais dos adolescentes, nomeadamente, o autoconhecimento, a autogestão, a consciência social, a relação interpessoal e a tomada de decisão responsável, bem como o bem-estar geral e a qualidade de vida destes.

Estes conceitos-chave vão ao encontro de um dos eixos com necessidade de intervenção prioritária descrito no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015), nomeadamente, na capacitação e aquisição de competências para a promoção da saúde.

Assim, os instrumentos de recolha de dados utilizados para a realização rigorosa deste diagnóstico, são instrumentos que apresentam questões de resposta fechada, objetiva, de forma estruturada e sistemática. Ao instrumento de uso livre selecionado foram acrescentadas variáveis de caracterização sociodemográfica dos adolescentes, essenciais para conhecer o perfil da comunidade em estudo. Por outro lado, a escala e o questionário, são ferramentas fundamentais na avaliação do bem-estar físico e emocional geral dos adolescentes, através da avaliação da capacidade de lidar com as emoções e com os outros.

Trata-se de uma investigação quantitativa, caracterizada pela utilização de instrumentos estruturados que permitem a tradução de opiniões e sentimentos em dados numéricos para a análise.

Após reconsiderar as escalas de resposta existentes na literatura e as suas respetivas vantagens, foi considerada o tipo de escala mais adequada, no sentido de facilitar a análise das questões e, conseqüentemente, a interpretação dos resultados.

Assim, optou-se pela utilização da *Escala de Likert*, fundamental no paradigma quantitativo porque transforma percepções subjetivas em valores que podem ser medidos e comparados, de forma clara e objetiva, como referido anteriormente. Esta é composta por cinco pontos: (1) Nunca, (2) Poucas vezes, (3) Algumas vezes, (4) Muitas vezes, (5) Sempre. Os dados categóricos "Sempre", "Raramente", "Nunca", "Muito Boa", entre outros, foram convertidos para uma escala numérica de 1 (Mais Negativo/Nunca) a 5 (Mais Positivo/Sempre) para permitir a comparação, o cálculo de scores médios e valores percentuais por categoria e /ou competência.

O presente Diagnóstico de Situação (DS) apresenta uma abordagem metodológica com um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa.

Numa primeira fase, os questionários foram aplicados à população alvo, num único momento por turma, o que permitiu uma conspeção geral da situação vivenciada pelos participantes durante aquele período.

A aplicação destas ferramentas de colheita de dados foi aplicada em contexto de sala de aula e realizada, individualmente, tendo em conta os critérios de inclusão, bem como a manifestação voluntária na participação.

Para este DS, foram considerados os adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais de uma Escola Secundária num Agrupamento de Escolas do Alentejo Central, tendo em conta, também, a sua manifestação voluntária na participação, bem como a autorização prévia e legal do Encarregado de Educação (EE) através da assinatura do consentimento informado livre e esclarecido.

2.2.1 Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos utilizados para a colheita de dados foram a Escala de Avaliação das Competências Socioemocionais (EACSE) denominada "Para mim é fácil" e o questionário KIDSCREEN 27, tendo sido adaptado, como referido anteriormente.

A EACSE "Para mim é fácil" (Anexo I) é um instrumento de avaliação validado pela Equipa Aventura Social, que responde a uma necessidade e contribui para a investigação e avaliação da intervenção em crianças e adolescentes portugueses no âmbito da prevenção e promoção de competências pessoais e sociais e de um desenvolvimento saudável.

Este instrumento foi construído tendo como base a *checklist* das competências socioemocionais (CSE) (Goldstein & McGinnis, 1997) e o questionário de autorregulação emocional (Moilanen, 2007). Segundo Gaspar & Matos (2015) este pretende avaliar as competências sociais e pessoais de forma positiva e não numa perspetiva de falta de competências, nomeadamente, na capacidade que os adolescentes tem de interagir socialmente, bem como de gerir as suas emoções.

É composta por 43 itens que abordam as competências das mais simples às mais complexas, nos diversos contextos das crianças e jovens, nomeadamente, por cinco dimensões, sendo elas: as competências básicas, a resolução de problemas, a regulação emocional, relações interpessoais e definição de objetivos (Gaspar & Matos, 2015). Na sua resposta, os participantes indicam a frequência com que apresentam determinadas competências, nomeadamente, as cinco dimensões acima mencionadas.

O questionário KIDSCREEN-27 adaptada (Anexo II) é um instrumento de uso livre, que permite avaliar o bem-estar das crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos de idade. Esta é composta por cinco dimensões, sendo elas: “Saúde e Atividade Física”, “Estado de Humor Geral e Sentimentos sobre Si Próprio”, “Família e Tempo Livre”, “Amigos” e “Ambiente Escolar e Aprendizagem”. Este questionário foi adaptado, incluindo-se a caracterização sociodemográfica dos participantes, essencial para o desenvolvimento do presente estudo/projeto.

Este foi adaptado, sendo composto por duas secções, sendo elas:

- Caracterização sociodemográfica, onde está incluída a idade, o sexo, o agregado familiar, as habilitações literárias do encarregado de educação e a profissão destes.
- KIDSCREEN 27, versão adaptada do questionário KIDSCREEN, que permite avaliar a qualidade de vida e o bem-estar das crianças e adolescentes entre os 8 e os 18 anos de idade, tendo em conta as dimensões acima referidas.

Os itens do KIDSCREEN-27 são, igualmente, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, de “Nada” (1), Raramente (2), Algumas vezes (3), Frequentemente (4) e “Sempre” (5).

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O conhecimento científico é gerado da investigação, decorrente de metodologias científicas e de teorias. O desenvolvimento de atividades científicas é a atividade humana mais globalizada, sendo transversal em todas as formações de nível superior, no exercício das profissões intelectuais, no desenvolvimento das pessoas e organizações e, tem sido um gerador de desenvolvimento de novas práticas de saúde (Nunes, 2018).

Segundo Amando Martins, como citado em Nunes (2020), a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade pelas características éticas inerentes.

Em enfermagem, a ética é uma componente fundamental, nomeadamente, na orientação das ações de decisões práticas. Em Portugal, o exercício profissional de enfermagem não dispõe, ainda, de um instrumento jurídico devidamente regulamentado por normas próprias. Porém, independentemente do contexto jurídico-institucional onde o enfermeiro desenvolve a sua atividade, a prática da profissão exige uma regulamentação rigorosa, de forma a garantir

que a mesma se desenvolva não só com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas característicos da enfermagem, como também para proporcionar aos cidadãos cuidados de saúde com padrões de elevada qualidade (REPE, 1996).

Assim, a ética de enfermagem, em Portugal, é regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente, através do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), tendo na sua conduta um conjunto de princípios e normas éticas alicerçado à conduta profissional dos enfermeiros. Segundo Melo (2020), o pensamento ético é fundamental para a relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa de quem se cuida, nomeadamente, nas tomadas de decisões.

Na elaboração e execução deste projeto de intervenção comunitária foram considerados os pilares da bioética de enfermagem, que segundo Beauchamp & Childress (2019) assentam em quatro eixos principais: a autonomia, o respeito pela vontade e capacidade de decisão do indivíduo; a beneficência, o dever de agir no melhor interesse do paciente; a não-maleficência, o princípio de "não causar dano"; a justiça, a distribuição equitativa dos recursos e cuidados de saúde.

O desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária cumpre os princípios éticos de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia (1964), utilizando padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a saúde e os direitos.

Deste mesmo modo, a responsabilidade profissional, ética e legal está enquadrado no perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, pelo que segundo o regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, no artigo 5º alínea a) e b), respetivamente, o enfermeiro especialista é responsável por desenvolver *“uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”* e *“garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”*.

De modo a cumprir e respeitar os princípios supracitados, numa primeira fase foi realizado o pedido de autorização à comissão de ética do Instituto Politécnico de Beja para a implementação do projeto. Este pedido foi realizado para o Instituto Politécnico de Beja, pois foi a primeira instituição de acolhimento na realização do mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, que a enfermeira mestranda frequentou.

Por outro lado, por se tratar de um projeto de intervenção comunitária em meio escolar, foi necessário elaborar um pedido de autorização para a Direção Geral de Educação (DGE), nomeadamente, para a Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), no sentido de obter aprovação para a aplicação da escala e questionário selecionados.

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja deu parecer favorável, o parecer N.º 27 /2024 (Anexo III), assim como o MIME, da DGE (Anexo IV).

Foram elaborados documentos informativos para divulgação do projeto supracitado à escola, a fim de receber parecer positivo para o seu desenvolvimento. Deste modo, foi enviado um email de apresentação do projeto (Anexo V), no qual foi obtido *feedback* positivo para a realização deste (Anexo VI).

Para a utilização da Escala de Avaliação das Competências Socioemocionais (EACSE) “Para mim é fácil” foi solicitada a autorização de utilização às autoras, sendo que o parecer foi, igualmente, favorável (Anexo VII).

Após o parecer positivo de todas as entidades envolvidas e essenciais para a realização do projeto, procedeu-se, então, à entrega do Consentimento informado livre e esclarecido e, respetivo pedido de autorização para participação dos adolescentes no estudo (Apêndice A). Estes foram entregues ao diretor da escola, num envelope selado.

Os questionários foram aplicados em formato papel, em contexto de sala de aula, sendo que após a sua aplicação foram colocados, igualmente, dentro de um envelope selado. Estes foram preenchidos pelos adolescentes garantindo o anonimato de todos os participantes, garantindo que a identidade destes não fosse, em momento algum, revelada, de acordo com o previsto na norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde atualizada a 04/11/2015. Todos os dados foram tratados de forma confidencial, tendo sido assegurado o tratamento rigoroso dos dados.

Participaram no estudo apenas os alunos que obtiveram autorização prévia dos próprios e dos respetivos encarregados de educação (EE), assegurando-se, deste modo, o carácter voluntário na participação. Ainda que, com autorização do EE para participar no projeto, os alunos mantiveram, em qualquer momento, a liberdade de não participar na investigação, sem qualquer repercussão.

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS), como referido no capítulo dois, é a primeira etapa do Planeamento em Saúde (PS). Este caracteriza-se por ser um processo contínuo, de colheita e análise de um conjunto de indicadores, que tem como intuito traçar o perfil de saúde de uma população, identificar e priorizar os problemas e necessidades de saúde dessa população. Pretende, ainda, reconhecer os recursos da comunidade, incluindo serviços de saúde, os demais setores públicos e da sociedade civil com impacto na área da saúde (Portugal, 2016).

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) o diagnóstico deverá corresponder às necessidades de saúde da população e, só a partir do diagnóstico será possível começar a intervenção para obtenção de ganhos em saúde, servindo este, também, como meio de fundamentação de um projeto (Tavares, 1992). Um Diagnóstico de Situação (DS) adequado, permite intervenções mais eficazes, o que otimiza os recursos disponíveis. Este não se limita à análise de indicadores biomédicos ou epidemiológicos isolados, inclui, também, fatores económicos, sociais, ambientais e organizacionais que condicionam o estado de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

O DS deve ter as seguintes características, como refere Tavares (1992, p. 53) *“ser suficientemente alargado, suficientemente aprofundado, sucinto, suficientemente rápido, suficientemente claro”*. Como requisitos deste, é importante a descrição da situação, preferencialmente, de forma quantitativa, deve haver conhecimento dos fatores que a determinam, deve ser feita a análise da sua evolução e perspetivas, bem como a avaliação, principalmente, se corresponde ou não às necessidades do próprio processo de planeamento (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1992).

O presente DS é o impulsionador do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, que teve início no Estágio na Unidade de Saúde Pública (USP) e continuidade no Estágio Final, realizado na USP e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Este projeto intitula-se: *Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar*. Segundo Tavares (1992, p.39) um projeto é definido como: *“um conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para execução de um programa.”*

Este teve por base reuniões com informadores chave, nomeadamente, a equipa de enfermagem da UCC responsável pela saúde escolar, com o intuito de definir a área de intervenção prioritária para a implementação do projeto de intervenção comunitária, alinhado com as necessidades identificadas na comunidade escolar. Após a reunião, a necessidade que mais se evidenciou foram as competências socioemocionais (CSE) dos adolescentes.

Assim, o diagnóstico de situação partiu de uma necessidade sentida pela equipa da Saúde Escolar da UCC, que se veio confirmar após pesquisa de evidência científica.

Segundo a evidência científica, na adolescência verificam-se transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais (Santi et al., 2023), sendo caracterizada pela confusão de papéis na sociedade, pela busca da identidade e pela existência neste mundo (Bhat & Chahal, 2023). Apresenta-se, também, como uma fase com maior vulnerabilidade para comportamentos de risco, que poderão influenciar o desenvolvimento de doenças (OMS, 2021). Deste modo, juntamente com a enfermeira da UCC decidiu-se que o projeto de intervenção comunitária incidiria na promoção das CSE dos adolescentes.

Este diagnóstico é essencial para a tomada de decisões informadas e para a implementação de estratégias eficazes que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade.

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE INTERVENÇÃO

Este capítulo descreve o local onde o estágio foi realizado, incluindo aspetos geográficos, demográficos, socioeconómicos e culturais da comunidade. Esta caracterização é fundamental para uma melhor compreensão das especificidades do ambiente onde se desenvolvem as atividades.

3.1.1 Caracterização Geográfica do Alentejo Central e Évora

A Região do Alentejo compreende quatro zonas territoriais, cingindo-se este Diagnóstico de Situação de Saúde (DSS) à unidade territorial de NUTS III (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos), denominada como Alentejo Central (AC), conforme Decreto-Lei nº 68/2008, de 14 de abril.

O AC abrange uma superfície de 7,393 Km² (Figura 2), uma população de 152.511 habitantes (CENSOS, 2021) e uma densidade populacional de 20,6 Hab./km².

Figura 2. Área de Abrangência do Alentejo Central



Fonte: Adaptado de <https://www.portugaldenorteesul.pt>

Os principais núcleos urbanos do AC são as cidades de Évora, Montemor-o-Novo, Estremoz e Vendas Novas, existindo uma grande dispersão geodemográfica, composta por pequenos aglomerados populacionais dispersos pela área de abrangência (INE, 2025).

O concelho de Évora é um dos concelhos abrangidos pelo AC e pela Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC). O município de Évora apresenta uma área de 1,307 km², que corresponde a 5% do total da região. É composto por 12 freguesias (Figura 3), sendo elas: Bacelo e Senhora da Saúde, Canaviais, Évora (São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão), Malagueira e Horta das Figueiras, Nossa Senhora da Graça do Divor, Nossa Senhora da Tourega e Nossa Senhora de Guadalupe, Nossa Senhora de Machede, São Bento do Mato, São Manços e São Vicente do Pigeiro, São Miguel de Machede, São Sebastião de Giesteira e Nossa Senhora da Boa Fé e Torre de Coelheiros (CME, 2024).

Figura 3. Área do Município de Évora e Freguesias



Fonte: CME, 2024

3.1.2 Caracterização do Contexto de Estágio

Os estágios decorreram na Unidade de Saúde Pública (USP) e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), ambas pertencentes à Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC).

A ULSAC, segundo o Decreto-lei nº102/2023, de 7 de novembro de 2023, do Diário da República foi criada através da fusão do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) e do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACeS) do Alentejo Central (AC), a qual entrou em vigor a 1 de janeiro de 2024.

A Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC) consiste na integração dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com os Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), que

prestam serviços na NUTS III, AC, equivalente ao Distrito de Évora (SNS, 2025), pelo que a área de atuação desta ULS abrange os 14 concelhos do distrito de Évora.

No que concerne aos CSP, a ULSAC é composta por várias Unidades Funcionais, sendo elas: Unidade de Saúde Familiar (13); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (8); Unidade de Cuidados na Comunidade (12); Unidade de Saúde Pública (1) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (1) (SNS, 2025), bem como a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Relativamente à USP, local onde decorreu o primeiro estágio, esta apresenta como missão: *“Proteger e melhorar o estado de saúde da população dos 14 concelhos do Alentejo Central, através da prevenção da doença e da promoção de comunidades e ambientes saudáveis”* (SNS, 2025), através da monitorização da saúde da população e os seus determinantes; da vigilância epidemiológica das doenças e investigação de surtos; do planeamento, da gestão e execução de programas de saúde, como é o caso do Programa Nacional de Vacinação, Saúde Escolar e Saúde Oral; da proteção da saúde ambiental, através da vigilância da qualidade da água potável, águas balneares, piscinas e controlo de vetores; da promoção da saúde e da literacia em saúde da comunidade, bem como na colaboração no exercício das funções de Autoridade de Saúde (SNS, 2025).

A USP da ULSAC é constituída por uma equipa multidisciplinar com competências específicas nas mais variadas áreas da promoção da saúde e prevenção da doença. Esta é composta por 6 Médicos Especialistas de Saúde Pública, 1 Médico Especialista de Medicina Geral e Familiar, 2 Médicos Internos de Formação Específica de Saúde Pública, 4 Enfermeiros, 7 Higienistas Orais, 8 Técnicos de Saúde Ambiental, e 2 Assistentes Técnicos (SNS, 2025).

Quanto à organização física da USP, esta é constituída por uma sala de atendimento, um gabinete destinado às técnicas de saúde ambiental, e outros três gabinetes destinados aos médicos e enfermeiros. Esta dispõe, também, de um veículo automóvel para as deslocações em contexto comunitário.

Ao longo do estágio na USP foi possível colaborar e participar em diversos programas de saúde e projetos de intervenção comunitária contratualizados pela unidade, nomeadamente, projetos no âmbito da saúde escolar “Costas Felizes”, “Cinco ao dia”, “O dia do Ambiente”, bem como a consulta do viajante, consultas no Centro de Diagnóstico Partilhado, nomeadamente, consultas respiratórias na comunidade, participação no processo de vacinação da gripe e Covid-19 a grupos vulneráveis e participação em sessões de educação para a saúde na Universidade Sénior e na Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos.

O estágio final decorreu numa UCC, unidade igualmente pertencente à ULSAC. De acordo com a informação do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-

CSP) da UCC, disponível no Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2025) esta apresenta como missão:

“Prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença e que requeiram acompanhamento próximo. (...) atuar na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A UCC é, igualmente, composta por uma equipa multidisciplinar. Na sua composição fazem parte 17 enfermeiros dos quais 13 são enfermeiros especialistas: Enfermagem Comunitária (5), Saúde infantil e pediátrica (3), médico-cirúrgica (1), reabilitação (2), fisioterapeuta (1), terapeutas ocupacionais (2), terapeuta da fala (1), nutricionista (1), assistente social (1), assistente técnica (1) e psicóloga (1).

Quanto à caracterização física, a UCC é constituída por um gabinete de atendimento, um gabinete para a equipa da Equipa de Coordenação Local (ECL), um gabinete para a equipa multidisciplinar da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), dois gabinetes para as enfermeiras da saúde escolar, uma sala de reuniões, um armazém. As deslocações em contexto comunitário são efetuadas em veículos da ULSAC.

Durante o estágio final, na UCC, foi possível participar nos programas e projetos já implementados na UCC, nomeadamente, em projetos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, tais como: “AdoleSer”, “A minha lancheira”, na Capacitação da comunidade escolar para a doença da diabetes, alergias alimentares e epilepsia, bem como na participação em outras sessões, com temáticas solicitadas pelas escolas.

O projeto “AdoleSer” é direcionado a alunos que frequentam o 6º e 9º ano de escolaridade, relacionado com as competências socioemocionais. No que diz respeito ao projeto “A minha lancheira” é direcionada aos alunos do 1º ciclo, sendo este relacionado com a alimentação saudável.

Na Equipa da ECCI, foram realizadas visitas domiciliárias e a participação no projeto “Vivamente”. Este último é um programa especializado de cuidados, destinados a pessoas com défice cognitivo ligeiro e /ou demência em estágio inicial a moderado, bem como aos seus cuidadores e familiares, residentes no concelho.

Este tem uma duração de 32 semanas, com vista a proporcionar cuidados individualizados e multidisciplinares, promovendo a qualidade de vida dos utentes e o bem-estar das suas redes de apoio. Com a Abordagem Centrada na Pessoa, o programa propõe-se estimular a interação social, reforçar o sentido de pertença e fortalecer relações significativas entre os utentes, a equipa técnica multidisciplinar, os cuidadores e a comunidade (Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, 2025). Neste âmbito, é dada voz ativa aos

participantes, permitindo-lhes escolher atividades lúdicas, culturais e livres, de acordo com os seus interesses e capacidades.

O processo de admissão inicia-se com a referenciação dos participantes a partir da Consulta de Cognição do Hospital do Espírito Santo de Évora, seguindo-se o contacto com os utentes e a realização de uma avaliação para definir a sua elegibilidade e o plano de intervenção (SNS, 2025).

O presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido no âmbito da saúde escolar, tal como referido anteriormente. A instituição trata-se de um estabelecimento de ensino do AC.

No subcapítulo seguinte irei proceder à caracterização deste estabelecimento escolar onde decorreu a intervenção.

3.1.3 Caracterização do Agrupamento de Escolas

O Agrupamento de Escolas onde se desenvolveu o projeto de intervenção comunitária é o maior agrupamento de escolas do concelho, em número de alunos, sendo constituído por dez estruturas escolares (Tabela 1), sendo que a escola sede é a Escola Secundária X. (AEGP, 2022).

Tabela 1. Estruturas Escolares do Agrupamento de Escolas X

AGRUPAMENTO	ESCOLAS	Nº DE ESCOLAS
Agrupamento de Escolas X	Escolas Pré-escolar	2
	Escolas 1º Ciclo	6
	Escola de 2º e 3º Ciclo	1
	Escola Secundária 9º e Secundário	1

Fonte: Elaboração Própria

A escola sede é secular, teve origem na Escola Industrial e Comercial X, criada em 1919, a partir da Escola Industrial da Casa Pia de Évora, sendo nominada neste momento como Escola Secundária X.

A segunda estrutura de maior dimensão, a Escola Básica X, que iniciou o seu funcionamento em 1969, na altura dispersa pelo convento de Santa Clara (secção masculina) e pelo Colégio do Espírito Santo (secção feminina) (AEGP, 2022), em Évora.

Este agrupamento de escolas visa tornar os seus alunos, formandos e agentes educativos cidadãos mais ativos e empenhados, com maior capacidade interventiva, contribuindo para o seu crescimento pessoal, pautado pelos valores da cidadania, tolerância, responsabilidade, confiança, solidariedade, compromisso, iniciativa, mérito, trabalho, resiliência, exigência e rigor. A sua ação de orientação assenta em quatro eixos estratégicos: liderança, gestão e autonomia; cultura organizacional; qualidade do serviço educativo; relação da escola com a comunidade (AEGP, 2022).

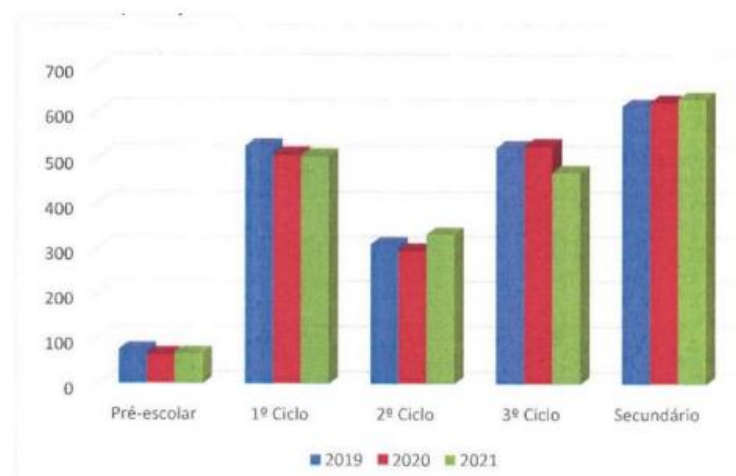
Este apresenta diversas estruturas e unidades especializadas de apoio educativo, as quais estão integradas na rede escolar e desenvolvem a sua ação nas escolas do agrupamento. De forma mais específica, segundo o Projeto Educativo deste agrupamento, 2022-2025, são parte integrante destas estruturas e unidades especializadas, a equipa de Educação para a Saúde, uma estrutura que se enquadra na promoção de estilos de vida saudáveis entre os membros da comunidade educativa (AEGP, 2022).

O agrupamento de escolas desenvolve todos os anos, um conjunto variado de projetos que procuram contribuir para o enriquecimento do currículo, tendo em vista a formação integral e o sucesso pleno de todos os alunos. Para o sucesso dos alunos e para o seu desenvolvimento pessoal, considera-se primordial propiciar atividades que reforcem o sentido de pertença à comunidade escolar e à comunidade alargada, desenvolvendo simultaneamente a capacidade de atenção ao outro e ao meio envolvente, fomentando afetos e criando pontes (AEGP, 2022).

É neste contexto, que se integram os projetos relacionados com a saúde, pois são desenvolvidos projetos que contribuem para a promoção e proteção da saúde, apoiando a inclusão escolar, promovendo um ambiente escolar saudável, desenvolvendo competências pessoais e sociais dos alunos e promovendo a equidade.

Neste agrupamento, o número de alunos matriculados tem sido relativamente estável nos últimos anos, observando-se, ainda assim, uma ligeira quebra no número de alunos e de turmas (AEGP, 2022). No entanto, é importante referir que, no ensino secundário, este agrupamento de escolas tem tido uma procura superior à oferta, uma vez que a oferta é condicionada pela rede escolar (AEGP, 2022). O gráfico 1, apresenta o número de alunos matriculados neste agrupamento, nos anos de 2019, 2020 e 2021, no qual se verifica um maior número de alunos a nível do ensino secundário.

Gráfico 1. Distribuição por ano e ciclo de escolaridade dos alunos matriculados no ensino básico e secundário nos anos de 2019 a 2021



Fonte: Projeto Educativo AEGP, 2022-2025

3.2 CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A nível mundial, segundo a OCDE, 2021, através do seu *Survey on Social and Emotional Skills*, as competências socioemocionais (CSE) não são apenas traços de personalidade, mas ferramentas mensuráveis que determinam o sucesso dos adolescentes em três frentes vitais, no desempenho escolar e cognitivo, saúde mental e prevenção na adolescência e no futuro profissional.

A nível mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), 50% das doenças mentais surgem na adolescência e, as CSE intervêm, diretamente, na mitigação destes riscos. A mesma fonte refere que adolescentes com grande capacidade de resiliência apresentam uma redução de 20% a 30% na probabilidade de desenvolverem perturbações de ansiedade. Por outro lado, a capacidade de gerir emoções negativas está inversamente relacionada com a ideação suicida e comportamentos de automutilação, onde se verifica uma proteção 40% superior em adolescentes com conhecimento em literacia emocional (OMS, 2021).

Ao nível do controlo de impulsos, dados mundiais revelam uma relação direta entre o baixo autocontrolo e os comportamentos de risco, pois adolescentes com competências de autorregulação apresentam taxas de consumo de álcool e drogas 25% menores que a média mundial (OMS, 2021).

No que diz respeito à satisfação com a vida, os dados do relatório da OCDE (2021) revelam que o bem-estar depende, também, da presença de competências positivas. Segundo a fonte acima referida, adolescentes otimistas reportam níveis de felicidade 35% superiores, mesmo que enfrentem outras dificuldades.

Ainda a nível mundial, a investigação mundial destaca que as competências sociais desenvolvidas, como a capacidade de iniciar conversas, a escuta ativa e a resolução de conflitos, facilitam a criação de redes de apoio sólidas, essenciais para a resiliência emocional e prevenção de problemas psicológicos em adolescentes (Walter & Wynard, 2025).

A nível europeu, a rede Eurydice (2022) e a OCDE (2021) destacam que as CSE são o principal fator de diferenciação na empregabilidade jovem e na resiliência pós-pandemia. No que concerne à satisfação com a vida, segundo o relatório *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), os adolescentes europeus com elevadas competências de literacia emocional reportam níveis de bem-estar 25% superiores aos seus pares (Inchley, et al., 2023).

Na União Europeia (UE), segundo a Comissão Europeia (EC, 2020), programas de CSE integrados no currículo escolar, reduziram as taxas de abandono escolar precoce em cerca de 12% em países como a Filândia e a Estónia. Por sua vez, a implementação de programas focados na empatia reduziu o *bullying* em escolas europeias em cerca de 20% nos últimos 5 anos.

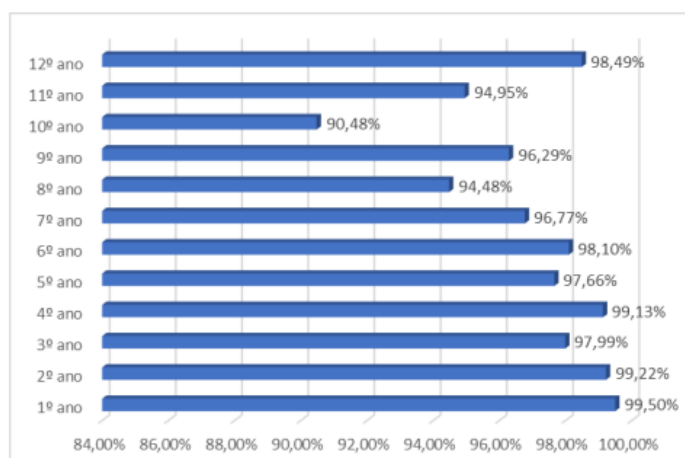
A realidade em Portugal é diferente, pois os adolescentes apresentam bons índices de colaboração, porém revelam dificuldades na gestão do stress. Segundo dados da OCDE (2021-2024), os adolescentes portugueses, especialmente em Lisboa e Sintra, apresentam uma das maiores quedas no otimismo e na resistência ao stress, entre os 10 e os 15 anos.

Um estudo realizado pela Fundação Calouste Gulbenkian (2022) indicou que alunos envolvidos em escolas com programa de CSE melhoraram o seu aproveitamento escolar em 10% a 15%, mesmo em contextos de vulnerabilidade. Cerca de 30% dos jovens portugueses refere sentir-se "constantemente pressionados" pela escola. Aqueles que participaram em sessões de autorregulação e *mindfulness* escolar registaram uma descida de 18% nos níveis de ansiedade (Matos et al., 2022; Fundação Gulbenkian, 2022).

No âmbito do Programa Nacional da Saúde Escolar (DGS, 2015), foram efetuadas várias projeções da incidência e prevalência das doenças não transmissíveis em contexto escolar, no qual se verifica uma maior percentagem a nível das perturbações mentais e comportamentais, com uma percentagem de 26%, nomeadamente, na faixa etária dos 15-19 anos.

Por sua vez, em Évora, a taxa de aprovação é elevada em todos os anos escolares, situando-se em todos os casos acima dos 90%. Porém, é no 10.º ano de escolaridade que se observa a taxa de aprovação mais baixa (Gráfico 2). Segundo o Projeto Educativo do AEGP, tal facto verifica-se por diversos fatores, nomeadamente, pela falta de adequação entre perfil do aluno e o curso escolhido, o não cumprimento das indicações resultantes da orientação escolar realizada, autonomia e responsabilização do aluno no seu processo de aprendizagem.

Gráfico 2. Taxa de Aprovação nos diferentes anos escolares, no Ano Letivo 2020-2021



Fonte: Projeto Educativo AEGP, 2022-2025

3.2.1 Dados Sociodemográficos em Portugal, Alentejo Central e Évora

Determinados indicadores são imprescindíveis para exprimir determinadas características socioeconómicas de um país, região e concelho.

Portugal

Em Portugal, em 2024, segundo os CENSUS de 2021 (INE, 2025), residiam 10 749 635 pessoas (Tabela 2). No que respeita à faixa etária dos 15-19 anos, em Portugal, em 2024, residiam cerca de 527 160 adolescentes, sendo que 268 162 são do sexo masculino e 258 998 são do sexo feminino (Tabela 2) (INE, 2025).

Segundo a Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC) (2024), enquanto principal entidade responsável pelo tratamento de dados escolares, em Portugal, o número de alunos matriculados foi de 114.848.

Alentejo Central

De acordo com os dados dos CENSUS (2021), no Alentejo Central (AC) residiam 153 430 pessoas, em 2024, sendo que 7117 são adolescentes com idades compreendidas entre os 15-19 anos, existindo 3655 adolescentes do sexo masculino e 3462 adolescentes do sexo feminino (Tabela 2) (INE, 2025).

Os dados acima apresentados, estão expostos na Tabela 2.

Tabela 2. População Residente em Portugal, no Alentejo Central e Évora, 2024

Período de referência dos dados (1)	Local de residência (NUTS - 2024) (2)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2024), Sexo e Grupo etário; Anual					
		Sexo					
		HM		H		M	
		Grupo etário					
		Total	15 - 19 anos	Total	15 - 19 anos	Total	15 - 19 anos
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
2024	Portugal	10 749 635	527 160	5 140 276	268 162	5 609 359	258 998
	Alentejo Central	153 430	7 117	73 540	3 655	79 890	3 462
	Évora	53 908	2 731	25 593	1 394	28 315	1 337

Fonte: INE, 2025

Évora

Segundo CENSUS (2021), INE (2024), em Évora residiam 53 908 pessoas (Tabela 2). A população do município de Évora aumentou 0,1% entre 2021 e 2024, abaixo da média nacional (3,2%) (PORDATA, 2024).

Em Évora, em 2024, segundo os CENSUS (2021), residiam 2731 pessoas na faixa etária dos 15-19 anos de idade, sendo que 1394 e 1337 corresponde a homens e mulheres, respetivamente (INE, 2025).

Nas escolas do município de Évora, em 2024, estavam matriculados 9.736 alunos, sendo que 2871 estavam matriculados no ensino secundário e 940 frequentavam cursos profissionais, o que corresponde a 46,6% dos alunos (PORDATA, 2024).

Segundo a fonte acima mencionada, em 2024, o município de Évora tinha mais 317 alunos comparativamente a 2021, sendo que 102 alunos correspondiam ao ensino secundário.

3.2.2 Competências Socioemocionais dos Adolescentes

A adolescência constitui um período caracterizado por transições multidimensionais e por uma reestruturação biopsicossocial. Neste contexto de vulnerabilidade e reorganização da identidade, as competências socioemocionais emergem como constructos fundamentais que influenciam, de forma determinante, o desenvolvimento global e a trajetória dos adolescentes.

Atualmente, tem-se assistido a um aumento do número de perturbações emocionais e do comportamento nas crianças e adolescentes (Ferreira et al., 2022). Aparicio et al. (2020) descrevem, também, que as crianças e os adolescentes apresentam uma fraca capacidade de diferenciar e identificar emoções e sentimentos, nomeadamente emoções negativas, o que apresenta um impacto negativo no seu desenvolvimento, podendo, deste modo, ser profundamente incapacitante para o adolescente, condicionando, assim, a sua saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Segundo Purna et al. (2024), a diminuição da competência socioemocional está associada ao aumento da iniquidade juvenil, como o *bullying*, a violência escolar e outros comportamentos negativos ou de risco. Segundo esta mesma fonte, em 2018, cerca de 3145 adolescentes com idade inferior ou igual a 18 anos foram autores de violência e de atos criminosos. Por sua vez, em 2021, aproximadamente 6325 crimes foram praticados por adolescentes. Por outro lado, a evidência científica confirma um aumento significativo nas taxas de ansiedade e depressão entre adolescentes (Figueira, 2025).

Assim, o fortalecimento das competências socioemocionais torna-se imperativo para prevenir comportamentos de risco nesta fase de desenvolvimento, bem como promover a saúde mental (Backes & Bonnie, 2019; Pinheiro, 2022). A evidência científica sublinha que as competências socioemocionais são preditores fundamentais do sucesso académico, da adaptação ao meio escolar, da criação e preservação de relações saudáveis, bem como de resiliência para enfrentar desafios (Domitrovich et al., 2017; Lawson et al., 2019).

3.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste subcapítulo, procede-se à apresentação e análise crítica dos dados obtidos através da aplicação da Escala de Avaliação das Competências Socioemocionais (EACSE) e do Questionário KIDSCREEN-27. A análise foca-se na identificação das áreas de necessidade dos adolescentes do 10.º ano de escolaridade dos cursos profissionais, o que serve de base para o diagnóstico de situação que fundamenta este projeto de intervenção comunitária.

3.3.1 População

De acordo com a evidência científica, a adolescência como fase de transição e etapa vital do desenvolvimento humano é definida por transformações que afetam o equilíbrio dos adolescentes. Moreira et al. (2023) destacam que a maturação emocional e as mudanças fisiológicas presentes nesta fase de desenvolvimento, predispõem os adolescentes a crises comportamentais e emocionais, sendo que estas vivências são frequentemente acompanhadas por sentimentos de tristeza ou angústia (Alves et al., 2023).

A formação da identidade e a aquisição de novas competências constituem, também, marcas fundamentais nesta fase do ciclo de vida (Moreira et al., 2023). Contudo, é necessário considerar a vulnerabilidade inerente a este período, causada por impasses e desafios complexos, o que pode expor os jovens a risco potenciais significativos, especialmente quando estes ainda não possuem as competências sociais e emocionais necessárias para enfrentar as adversidades (Moreira et al., 2023).

A escolha desta população deveu-se à pertinência de trabalhar as CSE nos adolescentes, pois é uma faixa etária com vulnerabilidade na autogestão, autoconhecimento, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável, como comprovado acima, através de evidência científica. Por outro lado, a seleção dos alunos matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais deveu-se à possibilidade de intervenção e acompanhamento ao longo de todo o ensino secundário.

A identificação e denominação de cada turma ou curso ao longo deste projeto foi simplificada através da atribuição aleatória de letras (I, J, L, M).

A população-alvo deste estudo foi constituída por adolescentes, matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais numa escola do concelho de Évora (n=70), sendo que 16 frequentavam o curso profissional de Programação de Sistemas de Informação, 25 frequentavam Técnico de Manutenção Industrial, 11 frequentavam o curso profissional de Técnico de Aeronáutica e 18 frequentavam o curso de Técnico Auxiliar de Farmácia, como apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos Estudantes Matriculados no 10ºAno nos Cursos Profissionais

	FREQUÊNCIA (n)	PERCENTAGEM (%)
CURSO		
Programação de Sistemas de Informação (Turma I)	16	22,9%
Técnico de Manutenção Industrial (Turma J)	25	35,7%
Técnico de Aeronáutica (Turma L)	11	15,7%
Técnico Auxiliar de Farmácia (Turma M)	18	25,7%

Fonte: Elaboração Própria

Porém, apenas 52 adolescentes apresentaram autorização dos Encarregados de Educação (EE) para participar, através do consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice A), o que correspondeu a uma taxa de 74,3%.

Dos 52 alunos que responderam aos instrumentos de colheita de dados, 7 frequentavam a turma I, 20 frequentavam a turma J, 14 frequentavam a turma L e 11 frequentavam a turma M.

Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes: adolescentes com idade compreendida entre os 14 e os 18 anos de idade, estarem matriculados no 10º de escolaridade nos cursos profissionais numa escola do concelho de Évora, onde se desenvolveu o projeto e terem autorização legal por parte do EE para a participação no projeto e responder ao instrumento de análise de forma voluntária.

Como critério de exclusão foi considerado o seguinte: ausência de obtenção de autorização do EE para a participação.

Embora a intenção inicial pudesse abranger a totalidade dos cursos profissionais, as quatro turmas, a escolha recaiu sobre as turmas que, após uma fase de diagnóstico demonstraram valores percentuais mais baixos relativamente à saúde, bem-estar geral e qualidade de vida, bem como a um menor desempenho no que diz respeito às CSE. Os dados relativos a esta conclusão serão apresentados no subcapítulo “Apresentação dos Resultados”.

3.3.2 Apresentação dos Resultados

O tratamento de dados foi organizado e analisado utilizando o *software IBM SPSS (Statistical Package for Social Science)*, versão 31.0.1.0 (49). Assim, neste subcapítulo vão ser apresentados os resultados decorrentes desta análise.

Na análise dos resultados foi assegurado o rigor técnico, permitindo, assim, a interpretação dos resultados.

No sentido de conhecer o perfil da população, foram recolhidas informações de natureza sociodemográfica, nomeadamente, idade dos participantes, sexo, composição do agregado familiar e habilitações literárias do Encarregado de Educação (EE).

O preenchimento dos questionários, como referido anteriormente, ficou condicionado ao cumprimento dos critérios de inclusão previamente definidos, tendo apenas sido solicitado o preenchimento dos mesmos caso reunissem as condições exigidas.

Seguidamente, irão ser apresentados os resultados consequentes da análise estatística. Porém, com o objetivo de preservar a fluidez da leitura e cumprir os limites de paginação estabelecidos, optou-se por colocar a apresentação das tabelas dos dados no final do documento, após os apêndices. Esta organização mantém a transparência e integridade da análise, permitindo que as tabelas sejam consultadas no índice correspondente sempre que estas forem citadas ao longo do capítulo.

No presente estudo participaram um total de 52 adolescentes, no qual em todas as perguntas e categorias analisadas foram obtidas respostas válidas de todos os participantes. Destes adolescentes, 35 são do sexo feminino, o que corresponde a uma percentagem de 67,3% e 17 são do sexo masculino, o que corresponde a uma percentagem de 32,7%, como é apresentado na Tabela 18.

No que diz respeito à idade dos participantes, as mesmas encontravam-se compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade. A faixa etária predominante é a dos 15 anos, representada por $n=31$, o que corresponde a 59,6% da população. Seguidamente, surgem os alunos de 16 anos, que representam 21,2% ($n=11$), e os de 17 anos, com 15,4% ($n=8$). As idades menos representadas são os 14 e os 18 anos, cada uma com apenas um participante ($n=1$), o que corresponde a uma percentagem residual de 1,9% da população. Esta informação encontra-se, igualmente, descrita na Tabela 18.

Relativamente à composição do agregado familiar, os dados revelam que a maioria dos participantes coabitam com o pai e a mãe, o que corresponde a um total de 29 alunos e uma percentagem de 55,8%. Posteriormente, surgem os participantes que vivem apenas com a mãe ($n=6$; 11,5%), seguidos daqueles que residem com a mãe e o seu companheiro ($n=5$; 9,6%). As restantes configurações, incluindo a coabitação com o pai ou em agregados alargados, são pouco frequentes. A análise detalhada destes dados sociodemográficos pode ser consultada na Tabela 18.

No que concerne à situação laboral dos EE dos participantes, observou-se uma predominância de indivíduos inseridos no mercado de trabalho. De facto, 84,6% ($n=44$) exerce uma atividade profissional. As restantes situações são pouco expressivas, pois apenas 1,9% ($n=1$) indica o estatuto de estudante, havendo ainda o registo de 13,5% ($n=7$) de casos omissos ou sem categoria especificada. Estes dados são apresentados na Tabela 19.

Quanto às habilitações literárias dos EE, verificou-se uma heterogeneidade marcada por níveis de escolaridade tendencialmente elevados.

O ensino secundário representou a qualificação de 28,8% da amostra ($n=15$). Paralelamente, o ensino superior assumiu um peso muito expressivo, totalizando uma grande percentagem, dos quais 21,2% ($n=11$) são licenciados, 9,6% ($n=5$) possuem mestrado e 3,8% ($n=2$) detêm um doutoramento. Relativamente ao ensino básico, este abrange 25% do total, com maior frequência no 3.º ciclo (19,2%) e uma representação residual nos 1.º e 2.º ciclos, 1,9% e 3,8%, respetivamente. Os resultados acima mencionados encontram-se na Tabela 19.

Assim, tendo em conta os dados anteriormente descritos, estes evidenciam uma qualificação escolar dos encarregados de educação como superior. Com 34,6% ($n=18$) de diplomados no ensino superior. A análise detalhada dos dados sociodemográficos dos encarregados de educação está disponível na Tabela 19.

Conhecido o perfil sociodemográfico dos participantes, bem como dos EE, seguidamente vai ser apresentada a análise de dados resultante dos instrumentos de colheita de dados.

A Tabela 20 detalha a distribuição dos participantes pelos níveis de competência socioemocional, tendo em conta a EACSE e pela perceção do bem-estar e qualidade de vida, tendo em conta a KIDSCREEN 27, com base nos dados obtidos.

Relativamente à EACSE, como apresentado na Tabela 20, constata-se que os adolescentes apresentaram valores francamente positivos na maioria das competências socioemocionais, o que sugere um bom nível de desenvolvimento dessas competências, fundamentais para o bem-estar e para o sucesso social. Neste âmbito, a literatura descreve que os adolescentes que adquirem boas competências de aprendizagem socioemocional apresentam resultados positivos a médio e longo prazo, com uma maior probabilidade de se graduarem, uma maior capacidade de sucesso no trabalho e uma maior aptidão nos relacionamentos (Bhat & Chahal, 2024).

Neste âmbito destacaram-se as “Competências Básicas” e as “Relações Interpessoais”, onde a maioria dos participantes se agrupam nos níveis “Alto” e “Muito Alto”, o que correspondeu a valores percentuais de 36,5% e 46,2%, respetivamente, no caso das “Competências básicas”. Por sua vez, no que respeita às “Relações Interpessoais” nos níveis acima mencionados, os valores percentuais correspondentes foram 48,1% e 25%, respetivamente. Estes valores sugeriram uma elevada competência nas dinâmicas sociais do dia-a-dia, estes resultados são apresentados na Tabela 20.

Tal facto, é igualmente, sugerido pela literatura que afirma que existe uma relação entre competência socioemocional e bons relacionamentos sociais, como amizades e aceitação pelos pares (Bhat & Chahal, 2024)

Porém, a dimensão “Definição de Objetivos” evidenciaram-se valores percentuais mais baixos. A esmagadora maioria dos participantes situava-se no nível “Médio” (55,8%) e no nível “Baixo” (23,1%) (Tabela 20), o que poderá indicar, por parte dos adolescentes, dificuldade em manter o foco ou projetar objetivos. Esta quebra vai ao encontro da literatura recente, que engloba a capacidade de alcançar objetivos traçados como um pilar da competência socioemocional. Como alertam Purna et al. (2024), existe atualmente uma tendência de declínio nestas competências entre os adolescentes, fenómeno que tem sido fortemente impulsionado pelo rápido desenvolvimento das tecnologias e redes sociais, dificultando a autorregulação e a persecução de metas a longo prazo.

No que concerne ao bem-estar e qualidade de vida percebida, pelo KIDSCREEN 27, segundo os dados apresentados na Tabela 20, registou-se uma vivência, globalmente muito satisfatória do bem-estar, com particular ênfase na dimensão “Amigos”, onde 63,5% dos participantes alcançaram o nível “Muito Alto”, o que pressupõe a satisfação destes com as

suas relações de amizade. Este facto, é igualmente fundamentado, tendo em conta a literatura de Bhat & Chahal (2024), acima descrita.

O “Estado de Humor Geral e Sentimentos sobre Si Próprio” os participantes obtiveram pontuação nos níveis “alto” e “muito alto”, 38,5% e 51,9%, respetivamente. Porém, na categoria “Família e Tempos Livres” a população voltou a dispersar-se, incidindo nos valores nos níveis “médio”, “alto” e “muito alto”, verificando-se mais pontuação no “muito alto”, o que traduzido em valores percentuais corresponde a 38,5%. Por fim, relativamente ao “Ambiente Escolar e Aprendizagem”, os resultados dividiram-se entre “médio”, “alto” e “muito alto”, com maior predominância no “alto” (42,3%) (Tabela 20).

Esta análise acima descrita corresponde aos resultados obtidos tendo em conta a população total. Abaixo, encontra-se a análise dos dados relativos à KIDSCREEN 27 e à EACSE, por turma.

Análise KIDSCREEN 27 por Categoria e Turma

Para permitir uma análise do bem-estar e qualidade de vida no ambiente escolar, foram analisados os resultados por categoria e convertidos em valores percentuais, tomando como base os pontos obtidos por turma, com a percentagem correspondente (Tabela 21).

A análise comparativa das turmas revela que, no geral, as turmas J e L apresentaram indicadores de qualidade de vida, acima dos 80%. A categoria “Amigos” é a mais positiva transversalmente, atingindo 87,86% na turma M.

Em relação à “Saúde e Atividade Física” a turma M apresentou o valor mais baixo (56,29%), comparativamente às restantes categorias. Este dado sugeriu que, embora socialmente integrados, os alunos desta turma percecionam uma menor vitalidade física e níveis inferiores de atividade física.

Na categoria “Humor e Sentimentos sobre Si Próprio”, a turma I e a turma M apresentaram os valores percentuais mais baixos com 64,49% e 73,88%, respetivamente. Tal facto sugere que, tendo em conta os dados obtidos, o estado de Humor e Sentimentos sobre Si Próprio dos adolescentes são áreas que beneficiariam de intervenções.

Relativamente à “Família e Tempo livre” as turmas I e M a apresentaram, igualmente, os valores percentuais mais baixos, 70,61% e 77,14%, respetivamente. Tal facto, sugere que a qualidade das relações com a família não é a melhor, podendo ser revelador de conflitos familiares, sentimentos de falta de apoio ou insatisfação por não conseguir realizar as atividades de lazer desejadas.

No que diz respeito à perceção que o adolescente tem sobre a sua vida académica e a satisfação com o contexto escolar, ou seja, com o ambiente escolar e aprendizagem, as turmas I e M apresentaram percentagens inferiores, com percentagens de 61,43% e 67,50 %.

Tal facto, pode ser provocado por desmotivação pessoal, dificuldade na aprendizagem, medo de ir à escola ou conflito relacional com colega ou professor. A literatura esclarece que a regulação emocional está, significativamente, associada, ao envolvimento dos alunos nas aulas (Purna, et al., 2024).

De um modo geral, como se pode verificar na tabela 21, as turmas I e M são as que apresentam menores valores percentuais no que diz respeito ao Bem-estar e qualidade de vida, facto visualizado na maioria das categorias.

Análise EACSE por Categoria e Turma

De forma análoga, as dimensões da escala EACSE 'Para mim é fácil' foram analisadas por turma para identificar forças e áreas de melhoria nas competências socioemocionais. Expressando os dados em função dos pontos obtidos face ao teto máximo possível, é possível traçar um perfil de eficácia.

A tabela 22, espelha a análise desagregada por turma relativamente às competências socioemocionais.

A turma J afirma-se como a turma com indicadores marcadamente superiores nas dimensões “Regulação emocional”, “Relações Interpessoais”, “Competências básicas” e “Resolução de Problemas”, atingindo valores percentuais acima de 70% nas dimensões mencionadas. Este perfil sugere a existência de um clima coeso e empático, propício a um bom desempenho académico e pessoal. Este facto pode ser igualmente fundamentado tendo em conta evidência científica, pois segundo Bhat & Chahal (2024), maiores habilidades socioemocionais estão ligadas ao sucesso académico e pessoal.

A turma L apresenta um desempenho muito consistente na “Resolução de Problemas” (71,33%), o que sugere boa capacidade para adotar atitudes ativas para a resolução de conflitos, sendo um indicador de maturidade social e cognitiva e de resiliência, pois perante uma situação complexa ou um obstáculo, o stress e a frustração podem bloquear o raciocínio lógico. Deste modo, ser resiliente e ter controlo na regulação emocional, mantém a clareza cognitiva necessária para analisar o problema e delinear estratégias alternativas. Segundo Bhat & Chahal (2024), o desenvolvimento das competências socioemocionais proporciona aos adolescentes a capacidade necessária para enfrentar e superar desafios, tornando-os mais resilientes e auxiliando-os a lidar melhor com o stress.

Relativamente às outras competências, a turma L apresentou valores percentuais superiores a 50%, pelo que inspira boas capacidades no que diz respeito às competências socioemoconais.

A turma I é a que apresentou valores percentuais mais baixos em 3 das 5 dimensões, nomeadamente, “Regulação Emocional” (62,04%), “Competências básicas” (70,36%) e

“Resolução de Problemas” (54,86%), o que sugere uma necessidade acrescida de intervenção no que toca à regulação das próprias emoções e no desenvolvimento das competências básicas, com consequente influência na resolução de problemas.

A turma M, tendo em conta os dados da tabela, a seguir à turma I é a que apresentou valores percentuais mais baixos comparativamente às outras turmas, especialmente no que respeita à “Regulação Emocional” (62,04%), às “Competências básicas” (76,43%) e à “Resolução de Problemas” (65,33%). Este resultado aponta para uma dificuldade generalizada na regulação emocional e controlo de impulsos perante situações desagradáveis, bem como dificuldade em resolver conflitos.

Transversalmente a todas as turmas estudadas (I, J, L, M), a “Definição de Objetivos” é a dimensão onde se registaram os menores valores percentuais, entre 47,00% e 57,20%. O menor valor correspondeu à turma J e o maior valor à turma L. Tal facto sugere, como referido e constatado pela evidência científica anteriormente, dificuldade em manter o foco ou projetar metas.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 22, no que diz respeito às competências socioemocionais, as turmas I e M são as que apresentaram níveis percentuais mais baixos de competência socioemocional.

De acordo com os resultados acima, é notório que existe uma relação direta entre a qualidade de vida e as competências socioemocionais. Turmas com maior desenvolvimento das competências socioemocionais tendem a reportar melhores índices de saúde mental e satisfação escolar. O foco futuro deve incidir na promoção do “Humor Geral e Sentimentos sobre si Próprio”; “Ambiente Escolar e Aprendizagem”; “Saúde e Atividade Física”; “Regulação Emocional”; “Resolução de Problemas” e “Definição de Objetivos”, utilizando as fortes competências sociais já existentes como alavanca para o desenvolvimento emocional e bem-estar global. Estes resultados, vão de encontro ao descrito na literatura, pois alunos com alta competência socioemocional são capazes de gerir suas emoções e apresentam bom desempenho académico (Bhat & Chahal, 2024).

3.4 PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Com base nos resultados obtidos, revelaram-se fraquezas em diferentes dimensões das CSE e da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes. As dimensões onde se verificaram esse comprometimento são as seguintes: “Estado de Humor Geral e Sentimentos sobre si Próprio”; “Ambiente Escolar e Aprendizagem”; “Saúde e Atividade Física”; “Regulação Emocional”; “Resolução de Problemas” e “Definição de Objetivos”.

Assim, após a avaliação do perfil de saúde dos adolescentes em meio escolar, com base nos dados obtidos, foram identificados os problemas com base na taxonomia da Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019). Assim, foi levantado o foco e, consequentemente, o julgamento para o respetivo foco.

De acordo com a nomenclatura e a fonte acima referida, os problemas identificados foram os seguintes:

- D1: Humor comprometido;
- D2: Aprendizagem comprometida;
- D3: Estilo de vida sedentário atual;
- D4: Controlo Emocional comprometido;
- D5: Tomada de decisão comprometida;
- D6: Capacidade para planear comprometida.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades é a segunda etapa do processo do Planeamento em Saúde (PS). Esta visa a tomada de decisão de modo a hierarquizar os problemas, identificando os que devem ser solucionados em primeiro lugar, tendo em conta os recursos disponíveis e o impacto das intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa de priorização merece destaque relativamente às outras etapas do PS, pela sua relevância na boa gestão de recursos, que frequentemente são escassos, para responder às necessidades das populações e comunidades (Melo, 2020).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, como citado em Melo, 2020) uma determinação de prioridades não deverá exceder cinco campos de intervenção, devidamente hierarquizados, pois caso contrário poderá haver risco de desperdiçar esforços.

Esta priorização, de entre uma lista de problemas identificados, deve realizar-se tendo em conta determinados critérios. Segundo Tavares (1992) para determinar prioridades são essenciais duas sub-etapas:

- Definição dos critérios de decisão, no qual se atribui o respetivo peso, que poderá ser feito com recurso à Técnica de Grupo nominal;
- Estimar e comparar os problemas, trata-se propriamente de determinar as prioridades.

A ausência de priorização pode comprometer a eficácia das intervenções, especialmente em contextos comunitários, pois as necessidades são inúmeras e os recursos são limitados (Melo, 2020).

Os três grandes critérios de determinação de prioridades são definidos da seguinte forma:

- A **magnitude** do diagnóstico, que está relacionada com a dimensão do problema na comunidade ou da população em estudo. É mensurável pela sua prevalência, incidência ou impacto quantitativo na população (Imperatori & Giraldes, 1993);
- A **transcendência**, que se relaciona com a forma como a intervenção nesse diagnóstico influencia a melhoria dos outros (Melo, 2020);
- A **vulnerabilidade**, que está relacionada com a possibilidade de um efeito efetivo na melhoria de determinado diagnóstico através da intervenção, ou seja, refere-se ao efeito real no diagnóstico após a intervenção (Melo, 2020).

A definição de prioridades relativamente a este projeto relacionado com o bem-estar e as CSE dos adolescentes vai ser apresentada nas Tabelas 4 e 5, turma I e turma M, respetivamente.

A elaboração das tabelas seguintes, teve por base teórica a Proposta de Ponderação nos critérios “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade” disponível em Melo (2020, p.21). Esta proposta encontra-se no Anexo VIII.

Tabela 4. Definição de Prioridades Turma I

TABELA DE PONDERAÇÃO TURMA I				
Diagnóstico	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
D1	64,49% (1)	3	2	6
D2	61,43% (1)	3	2	6
D3	64,57% (1)	2	2	5
D4	62,04% (1)	3	2	6
D5	54,86% (1)	3	2	6
D6	49,14% (0)	3	2	5

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 5. Definição de Prioridades Turma M

TABELA DE PONDERAÇÃO TURMA M				
Diagnóstico	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
D1	73,88% (2)	3	2	7
D2	67,50% (2)	3	2	7
D3	56,29% (1)	2	2	5
D4	62,04% (1)	3	2	6
D5	65,33% (2)	3	2	7
D6	51,14% (1)	3	2	6

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito à magnitude, todos os problemas identificados, anteriormente, apresentaram um valor percentual aproximadamente de 50%, o que significa que mais de metade dos participantes apresentam um comprometimento relativamente às competências socioemocionais. Este facto é verificado em ambas as turmas.

Quanto à transcendência, considerou-se que pela relação entre as dimensões das competências socioemocionais (CSE), a intervenção nuns problemas, influencia muito a melhoria dos outros. A promoção das CSE dos adolescentes é uma dimensão a intervir, uma vez que ao serem desenvolvidas intervenções e atividades que tenham como prioridade a promoção e o desenvolvimento destas competências, potenciará a capacitação dos adolescentes na adoção de medidas promotoras das restantes, diminuindo as perturbações do bem-estar emocional e social dos adolescentes. Tal facto, é igualmente justificado com o

descrito no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), nomeadamente, na necessidade de promover a saúde mental na escola, através da implementação de projetos que desenvolvam as competências pessoais e sociais nos alunos (PNSE, 2015).

Relativamente à vulnerabilidade, todos os problemas acima mencionados dependem da intervenção do enfermeiro. Os profissionais de saúde devem promover as competências socioemocionais dos adolescentes, através da disponibilização de medidas promotoras. A capacidade de desenvolver as competências socioemocionais poderá reduzir comportamentos de risco, melhorar o bem-estar físico, emocional e social, aumentar a resiliência dos adolescentes, bem como melhorar as relações interpessoais.

Os problemas identificados, no que diz respeito à sua prioridade, apresentam valores muito semelhantes. Na turma I a priorização compreende valores totais entre 5 e 6. Por sua vez, a turma M, compreende valores totais entre os 5, 6 e 7. Posto isto, os problemas identificados como prioritários em ambas as turmas (maior valor total) são os mesmos. Estes estão fortemente relacionados entre si e, por isso, devem ser abordados de forma integrada.

Deste modo, sugere-se a intervenção proposta de carácter global, centrando-se no bem-estar emocional e social da comunidade, não se limitando a um único problema. Tendo em conta os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade dos problemas identificados, dada a importância de trabalhar todos e necessidade de intervir em todas as dimensões das competências socioemocionais. Foi decidido em equipa não priorizar uns sobre os outros.

5. DEFINIÇÃO E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após o diagnóstico de situação e a determinação de prioridades, segue-se a terceira etapa do Planeamento em Saúde, a fixação de objetivos.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.77), um objetivo é, então, definido como o *“enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo”*.

Segundo Tavares (1992) há características estruturais que devem ser consideradas na formulação de um objetivo. Assim, este deverá ser pertinente, preciso, realizável e mensurável. A fixação dos objetivos é uma etapa decisiva para a execução de um projeto, pois através de uma adequada definição de objetivos é possível traçar estratégias de intervenção de forma clara, eficaz e efetiva (Melo, 2020). Assim, é essencial formular objetivos, a fim de alcançar os resultados esperados.

No contexto da definição dos objetivos existem várias categorias de objetivos, sendo elas: a finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas (Melo, 2020). No que diz respeito à finalidade, esta define a grande temática do projeto. O objetivo geral é definido tendo em conta o foco principal do profissional que está a desenvolver o projeto. Este deve estar associado ao foco ou aos focos de atenção centrais de tomada de decisão clínica, em relação ao diagnóstico desenvolvido (Melo, 2020).

Os objetivos específicos relacionam-se com as dimensões do diagnóstico de cada foco principal. Estes devem ser quantificáveis na medida da mudança que se quer face à situação do diagnóstico. No que concerne às metas, estas dão tempo aos objetivos específicos, indicando o prazo em que se pretende atingir os objetivos (Melo, 2020). A estipulação de metas claras não atua apenas como um guia para a execução das ações, mas constitui também o referencial indispensável para a monitorização e avaliação rigorosa dos resultados obtidos.

No presente projeto, a definição dos objetivos foi norteadada tendo em conta os resultados obtidos no diagnóstico de situação. Com base nestes resultados, e considerando, também, as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral: contribuir para a capacitação dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, no que diz respeito às competências socioemocionais.

Os objetivos específicos estão descritos na tabela 6. Nesta mesma tabela encontram-se as metas estabelecidas para cada objetivo específico, pois, como refere Imperatori & Giraldes

(1993), para operacionalizar os objetivos específicos definidos, tendo em conta o resultado desejado e as atividades a serem desenvolvidas, é essencial definir metas.

Tabela 6. Objetivos Específicos do Projeto

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS
1) Caracterizar as competências socioemocionais dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enfermeira Orientadora Clínica, até dezembro de 2025	1) Que 70% dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enfermeira Orientadora Clínica, respondam para preencher as escalas.
2) Realizar Sessões de Educação para a Saúde a adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enfermeira Orientadora Clínica, sobre medidas promotoras das competências socioemocionais, em ambiente escolar, até janeiro de 2026;	2) Que 50% dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enfermeira Orientadora Clínica, participem nas Sessões de Educação para a Saúde realizadas em ambiente escolar, até janeiro de 2026;
3) Disponibilizar ferramentas informativas de apoio aos alunos matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, sobre o autoconhecimento, a autogestão, consciência social, relações interpessoais, tomada de decisão	3) Que pelo menos 80% dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora onde decorrerá o estágio, considerem que estas ferramentas foram úteis ao nível do desenvolvimento das competências socioemocionais, até fevereiro 2026.

responsável, qualidade de vida e bem-estar pessoal e social, até fevereiro de 2026.	
--	--

Fonte: Elaboração Própria

6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias é a quarta etapa do Planeamento em Saúde (PS). Esta etapa é essencial para o sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária (Melo, 2020).

Através desta etapa pretende-se conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. A sua definição consiste, segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.87), na escolha do *“conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”*.

Segundo Tavares (1992), através desta etapa pretende-se propor novas formas de atuação, através de um conjunto de técnicas específicas e organizadas de modo que os objetivos definidos sejam atingidos, infletindo a tendência da evolução natural do problema.

Identificados os problemas prioritários e definidos os objetivos e metas a atingir, em conjunto com a enfermeira orientadora clínica foram selecionadas as estratégias mais eficazes. Tendo em conta a população alvo e os objetivos propostos foram selecionadas as seguintes estratégias: estabelecimento de parcerias; educação para a saúde e distribuição de material educacional.

6.1 ESTABELECIMENTO DE PARCERIAS

Definir parcerias é importante para clarificar se estas pressupõem um processo próprio de desenvolvimento. Segundo Dickerson, como citado em Melo (2020, p. 77), uma parceria é um *“processo no qual as pessoas se juntam para resolver um problema, partilhar recursos, cooperar, criar coalizões, redes e aproveitar oportunidades”*. As parcerias estruturam-se num contexto de definição de metas e tomadas de decisão comuns, no qual se podem construir processos de acordo, formais ou informais, implicar um compromisso de partilha de recursos e serem temporárias ou permanentes (Melo, 2020).

No âmbito da intervenção da enfermagem comunitária, o estabelecimento de parcerias com outras instituições, como referido anteriormente, permite a partilha de conhecimento, de recursos, de competências, e um maior envolvimento da comunidade alvo, o que favorece intervenções adaptadas e sustentáveis (DGS, 2015).

Neste projeto de intervenção comunitária, foi estabelecida uma parceria entre o agrupamento de escolas e/ou entre a escola onde se desenvolveu o projeto e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) através da equipa da Saúde Escolar (SE).

No estabelecimento desta parceria destacou-se a envolvimento da direção da escola, das professoras responsáveis pelo Projeto de Educação para a Saúde (PES) e dos diretores de turma (DT) das turmas que participaram, no que diz respeito à divulgação do mesmo, na validação pedagógica dos instrumentos de recolha de dados a aplicar, bem como na

apresentação dos dados resultantes do diagnóstico de situação. Por outro lado, distinguiu-se a importância enfermeira orientadora clínica responsável pela SE na escola onde se desenvolveu o projeto, nomeadamente, na mediação com os profissionais da escola e na conceção e/ou estruturação das atividades destinadas à população-alvo.

A parceria realizada permitiu um maior envolvimento institucional e promoveu uma maior aproximação entre os serviços de saúde e de educação, o que vai de encontro ao descrito no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).

6.2 EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

É umas das estratégias preferenciais no âmbito da promoção da saúde em contexto escolar. A realização de sessões de educação para a saúde permite:

- Promover o bem-estar físico, social e emocional dos adolescentes;
- Capacitar os adolescentes nas dimensões das CSE abordadas;

Neste projeto foram realizadas, no total, 3 sessões de educação para a saúde, relacionadas com as diferentes dimensões das competências socioemocionais. A metodologia utilizada em cada uma das sessões foi expositiva e participativa, através da realização de atividades dinâmicas, debates e jogos. Estas sessões encontram-se nos Apêndice B, C e D.

Este tipo de abordagem possibilita ampliar conhecimentos, sensibilizar e capacitar os adolescentes, no que diz respeito ao autoconhecimento, autogestão, consciência social, relação interpessoal e tomada de decisão responsável.

6.3 DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL EDUCACIONAL

A comunicação é uma das bases de participação comunitária, pelo que é importante ter em conta os vários níveis de comunicação. Durante o processamento de informação e capacitação da comunidade desenvolve-se o *marketing*, associado à promoção de causas sociais e responsabilidade social, também conhecido, como *marketing* social em saúde (Melo, 2020).

No que diz respeito a esta estratégia de intervenção, foi realizada a distribuição de folhetos informativos e educativos sobre medidas promotoras das competências socioemocionais (CSE), bem como a divulgação de *posters* informativos relacionados com as CSE. Estes foram colocados em locais estratégicos na escola, nomeadamente, um em cada bloco (1,2,3,4), na sala de convívio, no refeitório e no bar, de modo a dissipar a informação o mais possível. Este poster foi, igualmente, colocado no painel digital da escola. O folheto e o poster informativo encontram-se nos Apêndices E e F, respetivamente.

7. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

A preparação operacional é a quinta etapa do Planeamento em Saúde (PS), na qual se procede à operacionalização do projeto propriamente dito.

Esta etapa consiste, segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.130), na “*organização concreta da execução das atividades planeadas, especificando as condições operacionais necessárias à sua efetiva implementação*”, ou seja, na preparação das atividades ou intervenções fundamentais para corresponder à concretização das estratégias que foram aclaradas anteriormente. Nesta fase deverão ser aprofundadas as atividades integrantes do projeto. Estas são explicadas em função dos objetivos delineados, não devendo ser produzidas atividades que não satisfaçam os objetivos anteriormente definidos (Tavares, 1992).

Deste modo, como descrito por Tavares (1992, p.166), cada atividade desenvolvida deve estar especificada de acordo com os seguintes parâmetros:

- *O que deve ser feito;*
- *Quem deve fazer;*
- *Quando deve fazer;*
- *Onde deve ser feito;*
- *Como deve ser feito;*
- *Avaliação da atividade;*
- *Objetivo que se pretende atingir;*
- *Custo da atividade.*

Neste projeto de intervenção comunitária, todas as atividades planeadas e desenvolvidas foram previamente discutidas e validadas com a enfermeira orientadora clínica, responsável pela SE no agrupamento onde este se desenvolveu. Deste modo, torna-se importante referir que o seu conhecimento relativo à população-alvo e ao contexto escolar permitiu ajustar as atividades à realidade da escola, o que garantiu uma maior adequação pedagógica e viabilidade prática.

No subcapítulo seguinte, na tabela 7 é apresentado o planeamento operacional, que descreve as atividades previstas, os intervenientes, o período e local da realização, os métodos adotados e os recursos necessários para a sua operacionalização.

7.1. INTERVENÇÕES/ ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste subcapítulo, procede-se à descrição das atividades desenvolvidas, as quais foram criteriosamente selecionadas tendo em consideração as orientações estratégicas e a realidade concreta da escola do concelho de Évora, destinando-se, especificamente, aos alunos do 10.º ano dos cursos profissionais.

Com base neste enquadramento, foi estruturado um planeamento operacional que guiou toda a intervenção e que foi rigorosamente cumprido, conforme se encontra sistematizado na Tabela 7.

Tabela 7. Planeamento Operacional

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	RECURSOS
Reunião com a equipa UCC	Enfermeira Mestranda	Julho 2025	Sala de Trabalho da UCC	Método expositivo e participativo: • Elaboração de documento descritivo do projeto: temática, população, objetivos e atividades a desenvolver; • Discussão de ideias e esclarecimento de dúvidas sobre o projeto, com debate sobre os problemas e necessidades sentidas pela equipa no âmbito escolar.	Sala de trabalho, documento informativo do projeto e folheto (Apêndice G)
Reunião de apresentação do projeto à equipa escolar responsável pelo Projeto de Educação para a	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora Clínica	Outubro 2025	Sala da Direção da Escola	Método expositivo: • Elaboração de documento descritivo do projeto; • Elaboração de folheto de divulgação e distribuído às	Sala da direção e folheto

Saúde (PES) e Direção da Escola.				professoras e direção da escola; • Discussão de ideias e esclarecimento de dúvidas sobre o projeto com as professoras responsáveis pelo PES.	
Aplicação da escala (EACSE) e questionário (KIDSCREEN 27 adaptado) aos alunos	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora Clínica	Novembro 2025	Sala de aula	Método de Inquérito por questionário: • Aplicação dos instrumentos, em contexto de sala de aula, explicando o seu significado e garantindo a compreensão por parte dos participantes.	Papel, Impressora, sala de aula, canetas
Realização de Sessão de Educação para a Saúde sobre “Autoconhecimento e Autogestão” e Atividade Dinâmica: “Mímica das Emoções, o Jogo das Soluções”, relacionada à temática (Apêndice B)	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora Clínica	Janeiro 2026	Sala de aula	Método expositivo e participativo: • Elaboração de PowerPoint com transmissão de informação sobre os conceitos de Autoconhecimento e Autogestão; • Realização de atividade dinâmica, com participação dos adolescentes.	Sala de aula, projetor, <i>pen</i> , computador, cartões emoções/sentimentos, cartões de estratégias, taleigos de pano (Apêndice H).

Realização de Sessão de Educação para a Saúde sobre “Consciência Social e Relação Interpessoal” e Atividade Dinâmica: “Teia Humana das Relações Interpessoais e da Consciência Social”, relacionada à temática (Apêndice C)	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora Clínica	Janeiro 2026	Sala de Aula	Método expositivo e participativo: • Elaboração de PowerPoint com transmissão de informação sobre os conceitos de “Consciência Social” e “Relação Interpessoal”; • Realização de atividade dinâmica, com participação dos adolescentes da turma I e M (Apêndice I).	Sala de aula, projetor, <i>pen</i> , computador, novelo de lã (Apêndice I)
Realização de Sessão de Educação para a Saúde: “Tomada de Decisão Responsável” (Apêndice D)	Enfermeira Mestranda e Enfermeira Orientadora Clínica	Janeiro 2026	Sala de Aula	Método expositivo e ativo: • Elaboração de PowerPoint com transmissão de informação sobre o conceito de “Tomada de decisão responsável”; • Apresentação de dilemas e realização de debate sobre cenários que implicam tomada de decisão responsável.	Sala de aula, projetor, <i>pen</i> , computador, porta-chaves oferecidos aos alunos (Apêndice J)
Elaboração e distribuição de documentos informativos:	Enfermeira Mestranda	Janeiro 2026	Sala de aula; Bloco 1, Bloco 1,	Método Informativo: • Disponibilizado folheto informativo com medidas	Folhas, tinteiros.

“Folheto: Guia prático para as competências socioemocionais” (Apêndice E) e Poster: “Conheces os teus Super Poderes? As tuas competências socioemocionais. (Apêndice F)			Bloco 3, Bloco 4, Sala de Convívio, Refeitório e Bar.	promotoras das competências socioemocionais; • Distribuição do Poster em locais estratégicos na escola, bem como no painel digital da escola.	
Reunião com a Equipa da UCC	Enfermeira Mestranda	Janeiro 2026	Sala de Trabalho da UCC	Método expositivo e participativo: • Apresentação do trabalho desenvolvido ao longo da implementação do projeto de intervenção comunitária e, consequente avaliação.	Sala de trabalho, computador, projetor, <i>pen</i>

Fonte: Elaboração Própria

Esta etapa permite antecipar eventuais dificuldades, organizar temporalmente as ações e assegurar que todos os intervenientes conheçam as suas responsabilidades. Por outro lado, garante, também, que os recursos materiais estejam disponíveis e adaptados ao contexto, o que é um critério essencial para o sucesso da intervenção.

Após a realização de cada sessão de educação para a saúde, foi aplicado um questionário de satisfação a todos os participantes, no sentido de avaliar o grau de satisfação em cada uma das sessões. Este questionário pode ser visualizado no Apêndice K.

7.2 PREVISÃO DE RECURSOS

A previsão de recursos é fundamental no Planeamento em Saúde (PS), pois determina e assegura a viabilidade operacional do projeto. Esta previsão não é apenas uma questão de

logística, mas também um ato de responsabilidade e racionalidade na gestão da intervenção, o que possibilita a otimização dos investimentos e a redução dos desperdícios (Melo, 2020).

Imperator & Giraldes (1993) referem que os recursos devem ser quantificados e organizados, sejam eles humanos, materiais ou físicos, garantindo a sua disponibilidade tendo em conta as atividades e os objetivos propostos.

Assim, para a implementação do projeto e o cumprimento dos objetivos definidos, tornou-se indispensável com a colaboração e o envolvimento de várias pessoas, entidades e parceiros.

Tratando-se de um projeto académico sem subsídios externos, a previsão de recursos baseou-se no aproveitamento de meios logísticos da escola e da UCC, já existentes. Os recursos humanos foram assegurados em regime de voluntariado, integrando as atividades nos horários laborais, enquanto os custos com materiais complementares foram suportados pela enfermeira mestranda.

Na Tabela 8 é apresentada a precisão orçamental deste projeto.

Tabela 8. Precisão Orçamental do Projeto

Recursos	Descrição	Estimativa de Custo
Recursos Humanos	Enfermeira Mestranda (9€/h x 378h) =3402 € Enfermeira Supervisora (Enfermeira Especialista) (14,43€/h x 10h) =144,3 €	3546,3€
Recursos Materiais	Computador Pen Projetor Impressora Tinteiros (36€) Resmas de papel (4,99 x2=9,98€) Papel para laminar (9,63€) Deslocação (60x 0,50 €) Taleigos de pano (2,25€x2) Novelo de lã (1,99€) Porta-chaves (1,28€x35=44,80€)	136,90€
Recursos Físicos	Instalações da UCC Escola	0€
Total		3683,2€

Fonte: Elaboração Própria

7.3 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A divulgação do projeto foi realizada junto da direção da escola e das professoras responsáveis pelo Projeto de Educação para a Saúde (PES) desta mesma escola, no qual foi entregue um folheto de carácter informativo, onde constava a temática do projeto, a população a que este se dirigia, um breve enquadramento teórico, as atividades a desenvolver, bem como os objetivos do projeto.

No que concerne aos Encarregados de Educação (EE), esta divulgação foi feita através do consentimento informado livre e esclarecido em formato papel, o qual continha a informação relevante sobre o projeto de intervenção comunitária a ser implementado no contexto escolar dos respetivos educandos. Durante esta divulgação foi assegurada a transparência e apresentação dos objetivos, bem como a implicação da participação do estudo.

A divulgação clara de informação, em tempo útil, foi o motor do envolvimento da comunidade escolar, o que promoveu a firmeza do processo, facilitou a adesão informada dos participantes, aprovando a intervenção e assegurando que os objetivos do projeto fossem alcançados de forma ética e colaborativa.

7.4 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) o cronograma de atividade é uma representação gráfica onde se apresenta o tempo (nas abcissas) e as atividades que constituem o projeto (ordenadas). O contributo dos cronogramas permite a visualização das diferentes atividades constituintes do projeto, informando-nos, na fase preparatória, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos e, durante a execução, do atraso ou avanço existente na realização (Imperatori & Giraldes, 1993).

No que diz respeito a este projeto, foi realizado um cronograma que permitiu orientar a realização e a duração do projeto ao delinear as atividades propostas no espaço temporal, de forma coerente e com uma sequência lógica. Este foi elaborado no período temporal de junho de 2025 a março de 2026.

Inclui as atividades fundamentais para a realização do presente projeto, sendo que segue, também, as diferentes etapas do Planeamento em Saúde, de modo que estas possam ser realizadas de forma organizada tendo em conta uma sequência lógica e respeitando o tempo

previsto. As atividades planeadas e descritas neste cronograma foram realizadas dentro dos tempos estipulados e descritos. O cronograma está disponível no Apêndice L.

7.5 SEGUIMENTO E *FOLLOW UP*

No que diz respeito ao *follow up* deste projeto de intervenção comunitária, este vai ser realizado pela equipa da Saúde Escolar (SE) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde o estágio foi realizado. A equipa anteriormente mencionada irá reaplicar os instrumentos de recolha de dados aplicados numa fase inicial, no final do ano letivo 2025/2026, mantendo o acompanhamento das turmas.

No que concerne à replicação do projeto noutras instituições escolares e noutras turmas foi considerado pela equipa da UCC. De relevar que, a equipa mostrou interesse no seu seguimento e reconheceu a importância deste projeto no percurso dos adolescentes. Deste modo, todas as ferramentas utilizadas e desenvolvidas durante o projeto estão sediadas na UCC. Porém, o seguimento deste projeto dependerá da disponibilidade dos recursos humanos da UCC.

8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A última etapa do Planeamento em Saúde (PS) é a avaliação. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) avaliar é comparar algo com um padrão ou modelo, o que implica uma finalidade operativa que é corrigir. Este conceito requer, simultaneamente, o objetivo e o objeto de avaliação, para determinar o valor da intervenção que leva a uma decisão.

A avaliação permite utilizar a experiência adquirida durante todo o processo de intervenção, no sentido de melhorar as atividades e poder planificá-las de maneira mais eficiente. Assim, é essencial que a avaliação seja precisa, pertinente e que identifique o grau de sucesso do objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas (Tavares, 1992). Tavares (1992, p.212) menciona que uma avaliação correta *“permite comparar os estados inicial e final da população-alvo, antes e após implementação de um projeto, relacionado as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas”*.

A maior parte dos elementos utilizados na avaliação são indicadores. Segundo Melo (2020) é essencial utilizar indicadores claros e mensuráveis para a monitorização e avaliação dos projetos. A classificação dos indicadores mais utilizada divide-os em indicadores de impacto ou resultado e indicadores de execução ou atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Nas tabelas abaixo é apresentada a avaliação de resultados relativamente a cada um dos objetivos específicos delineados para este projeto.

Tabela 9. Avaliação do Objetivo Específico 1

Objetivo específico 1: Caracterizar as competências socioemocionais dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enf. ^a Orientadora Clínica, até dezembro de 2025.		
META	INDICADOR	RESULTADO
Que 70% dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enf. ^a Orientadora Clínica, respondam para preencher as escalas.	Indicador de execução ou atividade $\frac{N^{\circ} \text{ de adolescentes matriculados no 10}^{\circ} \text{ ano de escolaridade nos cursos profissionais que respondeu às escalas}}{N^{\circ} \text{ total de adolescentes matriculados no 10}^{\circ} \text{ ano de escolaridade nos cursos profissionais}}$	74,3% Atingido

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a Tabela 9, analisando detalhadamente, a meta delineada para o objetivo específico 1 foi atingida, com um valor percentual de 74,3%.

Tabela 10. Avaliação do Objetivo Específico 2

Objetivo específico 2: Realizar Sessões de Educação para a Saúde a adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enfª Orientadora Clínica, sobre medidas promotoras das competências socioemocionais, em ambiente escolar, até janeiro de 2026.		
META	INDICADOR	RESULTADO
Que 50% dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, acompanhados pela Enfª Orientadora Clínica, participem nas Sessões de Educação para a Saúde realizadas em ambiente escolar, até janeiro de 2026;	Indicador de execução ou atividade $\frac{N^{\circ} \text{ de adolescentes matriculados no 10}^{\circ} \text{ ano de escolaridade nos cursos profissionais, que aceitaram participar nas Sessões de Educação para a Saúde}}{N^{\circ} \text{ total de adolescentes matriculados no 10}^{\circ} \text{ ano de escolaridade nos cursos profisisonais, convidados a participar nas sessões de educação para a saúde}} \times 100$	83,3% Atingido

Fonte: Elaboração Própria

Como se pode verificar na Tabela 10, a meta proposta para o segundo objetivo específico foi atingida (83,8%).

No âmbito da realização das 3 sessões de educação para a saúde, nomeadamente, sobre o “Autoconhecimento e Autogestão”; a “Consciência Social e Relação Interpessoal” e a “Tomada de decisão responsável”, foi aplicado um questionário para avaliar o grau de satisfação dos participantes em cada sessão (Apêndice K), como referido anteriormente.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p. 192) a satisfação é “*uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente*”. Os resultados são apresentados nas Tabelas 11, 12, 13, 14, 15 e 16, apresentadas abaixo.

As tabelas abaixo apresentam o grau de satisfação dos participantes, das duas turmas de intervenção (I e M), relativamente às três Sessões de Educação para a Saúde.

Tabela 11. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Autoconhecimento e Autogestão” da Turma I

	Nada satisfeito/ Nada útil	Pouco satisfeito / Pouco útil	Satisfeito/ Útil	Muito satisfeito/ Muito útil	Totalmente satisfeito/ Totalmente útil
Como classificas a sessão em termos de satisfação geral?	7,7%	0%	0%	38,5%	58,8%
Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade?	0%	7,7%	23,1%	46,2%	23,1%

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 12. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Autoconhecimento e Autogestão” da Turma M

	Nada satisfeito/ Nada útil	Pouco satisfeito / Pouco útil	Satisfeito/ Útil	Muito satisfeito/ Muito útil	Totalmente satisfeito/ Totalmente útil
Como classificas a sessão em termos de satisfação geral?	0%	0%	0%	52,9%	47,1%
Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade?	0%	5,9%	0%	23,5%	70,6%

Fonte: Elaboração Própria

Os participantes das duas turmas, na sessão de educação para a saúde sobre o Autoconhecimento e Autogestão apresentam um bom grau de satisfação, tanto em termos gerais, como relativamente às ferramentas e técnicas utilizadas.

Tabela 13. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Consciência Social e Relação Interpessoal” da Turma I

	Nada satisfeito/ Nada útil	Pouco satisfeito / Pouco útil	Satisfeito/ Útil	Muito satisfeito/ Muito útil	Totalmente satisfeito/ Totalmente útil
Como classificas a sessão em termos de satisfação geral?	0%	7,1%	0%	28,6%	64,3%
Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade?	0%	7,1%	14,3%	42,9%	35,7%

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 14. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Consciência Social e Relação Interpessoal” da Turma M

	Nada satisfeito/ Nada útil	Pouco satisfeito / Pouco útil	Satisfeito/ Útil	Muito satisfeito/ Muito útil	Totalmente satisfeito/ Totalmente útil
Como classificas a sessão em termos de satisfação geral?	0%	7,7%	0%	7,7%	84,6%
Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade?	0%	7,7%	15,4%	23,1%	53,8%

Fonte: Elaboração Própria

No que diz respeito à sessão de educação para a saúde sobre a “Consciência Social e a Relação Interpessoal”, ambas as turmas apresentaram um grau de satisfação geral superior a 60%. No que diz respeito às ferramentas utilizadas e às técnicas apresentadas, o valor percentual também foi bastante satisfatório com 42,9% considerando-as muito úteis e 35,7% como totalmente úteis na turma I e 53,8% como totalmente úteis na turma M.

Tabela 15. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Tomada de Decisão Responsável” da Turma I

	Nada satisfeito/ Nada útil	Pouco satisfeito / Pouco útil	Satisfeito/ Útil	Muito satisfeito/ Muito útil	Totalmente satisfeito/ Totalmente útil
Como classificas a sessão em termos de satisfação geral?	8,3%	0%	8,3%	8,3%	75%
Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade?	8,3%	0%	0%	8,3%	83,3%

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 16. Avaliação Satisfação Sessão Educação para a Saúde “Tomada de Decisão Responsável” da Turma M

	Nada satisfeito/ Nada útil	Pouco satisfeito / Pouco útil	Satisfeito/ Útil	Muito satisfeito/ Muito útil	Totalmente satisfeito/ Totalmente útil
Como classificas a sessão em termos de satisfação geral?	0%	0%	6,3%	12,5%	81,3%
Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade?	0%	0%	0%	18,8%	81,3%

Fonte: Elaboração Própria

Tendo em conta os dados percentuais obtidos, revelou-se que 75% e 83,3% dos adolescentes da turma I ficaram satisfeitos com a sessão e as ferramentas utilizadas, respetivamente. O mesmo aconteceu com a turma M, com uma percentagem de 81,3%.

Após a verificação das percentagens obtidas relativas ao grau de satisfação das sessões, é possível observar um aumento do grau de satisfação geral de sessão para sessão, pelo que a avaliação efetuada após cada sessão permitiu utilizar a experiência adquirida

durante o processo de intervenção, de modo a melhorar as atividades e planificá-las de maneira mais eficiente.

Tabela 17. Avaliação do Objetivo Específico 3

Objetivo Específico 3: Disponibilizar ferramentas informativas de apoio aos alunos matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, sobre o autoconhecimento, a autogestão, consciência social, relações interpessoais, tomada de decisão responsável, qualidade de vida e bem-estar pessoal e social, até fevereiro de 2026		
META	INDICADOR	RESULTADO
Que pelo menos 80% dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, numa escola do concelho de Évora, considerem que as ferramentas foram úteis ao nível do desenvolvimento das competências socioemocionais, até fevereiro 2026.	Indicador de execução ou atividade $\frac{N^{\circ} \text{ de adolescentes que consideraram as ferramentas de apoio úteis}}{N^{\circ} \text{ total de adolescentes que avaliaram essas ferramentas}} \times 100$	94,1% Atingido

Fonte: Elaboração Própria

Como se pode verificar na Tabela 17, a meta proposta para o terceiro objetivo específico foi atingida.

Os resultados obtidos demonstram que o projeto de intervenção comunitária atingiu, na totalidade os objetivos delineados.

9. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

A realização dos estágios ao longo deste mestrado em enfermagem, na área de especialização em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, visa a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP), bem como as competências de Grau de Mestre.

Baseado nos normativos da Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente, no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de 2019 e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária de 2018, este capítulo dedica-se a espelhar uma análise retrospectiva e fundamentada de todo o percurso de aprendizagem. Pretende-se, assim, demonstrar como a experiência prática permitiu a aquisição e consolidação de competências, necessárias para a atribuição do grau de Mestre e do respetivo título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Deste modo, a análise das competências supracitadas vai ser realizada com base nos documentos acima mencionados, efetuando-se, de forma crítica e consolidada o percurso desenvolvido na aquisição das diversas competências.

9.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista, com base no Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República (2019, p. 4745), estão divididas em quatro domínios, sendo eles:

- *Responsabilidade profissional, ética e legal;*
- *Melhoria contínua da qualidade;*
- *Gestão dos cuidados;*
- *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.*

Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e legal

Relativamente ao Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo dos estágios foi mantida uma conduta profissional adequada, com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. Em todas as etapas, foram promovidos, respeitados e salvaguardados os direitos humanos e a dignidade dos intervenientes.

As tomadas de decisão alicerçaram-se em evidência científica atualizada, num processo deliberativo partilhado e consciente ao longo dos estágios com a equipa de saúde, bem como com os parceiros envolvidos no projeto.

O projeto de intervenção comunitária teve parecer positivo da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja e da Direção Geral de Educação (DGE), com parecer igualmente positivo por parte do MIME – Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar.

Foi levantado um diagnóstico de situação mantendo, sempre, o anonimato e garantindo a confidencialidade dos participantes, quer durante a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, quer durante a análise dos mesmos. O respeito pela privacidade e individualidade dos participantes foram igualmente garantidas ao longo do projeto.

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Neste domínio, o enfermeiro especialista colabora *“na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”* (OE, 2019, p. 4747).

Durante os estágios, nomeadamente, durante o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, permitiu a mobilização de conhecimentos adquiridos durante o Mestrado em Enfermagem (em associação).

A realização do projeto possibilitou a análise do contexto comunitário em questão, através da realização do diagnóstico de situação com posterior identificação de problemas, definição de prioridades, fixação de objetivos e metas e o processo de avaliação. As estratégias utilizadas foram selecionadas de acordo com os problemas identificados. Este projeto foi desenvolvido e sustentado por evidência científica atual e pertinente, no qual foi assumido um papel de dinamização pela gestão de recursos e de atividades, para atingir os objetivos delineados.

Ainda no âmbito desta competência, o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária contribuiu através de uma postura proativa para promoção e envolvimento dos participantes, dos parceiros e da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), o que melhorou os cuidados prestados pela UCC.

Para o desenvolvimento desta competência destaca-se, também, a participação nos projetos já existentes nas unidades onde os estágios se desenvolveram (Unidade de Saúde Pública (USP) e UCC). Na USP destaca-se a participação nos projetos “Cinco ao dia”, “Costas felizes”, bem como a atividades do “Dia do Ambiente”, em contexto escolar. Estes três projetos tiveram como população-alvo a população mais jovem, com conteúdos diferentes. O projeto “Cinco ao dia” consiste na realização de ações de sensibilização sobre a adoção de uma

alimentação saudável, bem como atividades dinâmicas relacionadas a esta temática, sendo que este projeto é dirigido aos alunos do 1º ciclo.

O projeto “Costas felizes” implementado numa escola situada na área de abrangência do Alentejo Central (AC) em parceria com a fisioterapeuta da UCC, permitiu ensinar, desenvolver e treinar capacidades de postura, equilíbrio e flexibilidade, no sentido de preservar a saúde postural, devido ao excesso de peso por parte das mochilas das crianças. Neste contexto, foram desenvolvidas atividades de relaxamento, promovendo a serenidade e tranquilidade.

No “Dia do Ambiente” foram desenvolvidas atividades práticas, em contexto escolar, relacionadas com o meio ambiente, nomeadamente, a recolha de água de uma ribeira local e, posterior, avaliação dessa água, juntamente, com os técnicos de saúde ambiental da USP. Ainda neste contexto, foram realizadas sessões de educação para a saúde, com base em evidência científica, na Universidade Sénior e na Associação dos Reformados, Pensionistas e Idosos. Por sua vez, a participação nas Consultas do Viajante e nas consultas Centro de Diagnóstico Partilhado (CPD), destinadas a doenças do foro respiratório, contribuíram, também, para a melhoria contínua da qualidade.

Em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), destaca-se a participação nos programas “A minha Lancheira”, “Adolescer”, “Vivamente” inseridos nos programas da UCC, bem como na reunião semanal da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECI), para discussão do plano individual de cada utente inserido na ECI, onde se apresentam novas admissões. Neste âmbito participou em visitas domiciliárias.

É importante referir que em todas os programas/projetos e atividades desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, incluindo este projeto de intervenção comunitária, foram realizadas práticas de qualidade, estando sempre presente o cuidado em manter um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos, grupos ou comunidade.

Assim, considera-se mobilizada e adquirida a competência no domínio da Melhoria contínua da qualidade.

Domínio da Gestão dos Cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, a observação e acompanhamento das enfermeiras orientadoras clínicas, bem como da coordenadora da USP e UCC no desenvolvimento das suas funções foi uma mais-valia para a aquisição desta competência.

Este contacto possibilitou o conhecimento atualizado relativamente à legislação e normas em vigor dentro da área de atuação, dando conhecimento à equipa das unidades sempre que surgiam novas normas de atuação.

Por outro lado, a enfermeira mestranda colaborou, com a equipa da USP, no processo de vacinação da Gripe e COVID-19, através da otimização e organização de profissionais no sentido de assegurar a vacinação à população de risco em lares e centros de dia.

No que respeita ao projeto, no âmbito da gestão e implementação das atividades, foi assumida uma postura de liderança por parte a enfermeira mestranda, em concordância com a enfermeira orientadora clínica, no que toca à elaboração e implementação, bem como à gestão de recursos. A enfermeira mestranda liderou e geriu os recursos disponíveis, onde em articulação com a escola, foi desenvolvido com sucesso e conforme planeado, através do interesse participativo de todos os elementos, o que potenciou o alcance dos objetivos definidos para este projeto.

Deste modo, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências respeitantes ao domínio da gestão dos cuidados.

Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O percurso formativo realizado permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento, não só pelo desafio a nível pessoal, como também a nível profissional, uma vez que a área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública não coincide com a área de atuação diária da enfermeira mestranda. Este facto exigiu, então, uma maior dedicação e aprendizagem em termos de linguagem e contexto de atuação, o que promoveu uma evolução contínua de competências e uma reflexão crítica sobre a prática clínica desenvolvida. Este percurso permitiu uma compreensão mais profunda dos fatores que moldam a saúde pública e reforçou a capacidade de intervenção na comunidade.

No que diz respeito ao projeto de intervenção comunitária, as intervenções e atividades desenvolvidas neste âmbito foram realizadas tendo em conta evidência científica recente, sendo que a linguagem utilizada e os materiais utilizados na sua implementação foram adaptados à faixa etária em questão. No desenvolvimento e implementação do projeto, bem como na participação em outras atividades durante o estágio foi possível manter uma relação terapêutica com a pessoa/família, o que permitiu a existência de relações mais consistentes.

Verificou-se uma evolução contínua nas competências de comunicação, privilegiando a assertividade e a objetividade ao longo do estágio.

Deste modo, consideram-se adquiridas as competências neste domínio.

9.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunidade e de Saúde Pública (EEESCSP) detém o conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, descritas no capítulo anterior, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. O conjunto destas competências visa *“promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados”* (OE, 2018, p.19354).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública encontram-se descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde pública n.º 428/2018 no artigo 2.º (OE, 2018, p.19354), sendo elas as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;*
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.*

Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

No que diz respeito a esta competência, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve por base a metodologia do Planeamento em Saúde, pelo que foram concretizadas todas as etapas integrantes deste, o que constituiu uma oportunidade para a mobilização e consolidação de competências no âmbito da avaliação do estado de saúde da comunidade escolar.

Numa fase inicial, foram conhecidos os determinantes da saúde da comunidade escolar, bem como os fatores que os influenciam, com base nos indicadores na área geográfica da USP e UCC, com o intuito de identificar os problemas e/ou necessidades da população-alvo. Deste modo, realizou-se o diagnóstico de situação e, identificados os problemas foram definidas as prioridades de intervenção. Seguidamente, fixaram-se os objetivos, geral e específicos, tendo estes últimos sido delineados tendo em conta as características que lhe são inerentes – pertinentes, mensuráveis e realizáveis. No sentido de dar resposta aos objetivos delineados, foram selecionadas as estratégias e atividades pertinentes e adequadas

para o desenvolvimento do projeto com vista ao fim pretendido. Foi estabelecida parceria com o agrupamento de escolas, que demonstrou interesse e envolvimento no projeto, permitindo, assim, o seu desenvolvimento.

Posteriormente, procedeu-se à avaliação do projeto através dos indicadores de atividade, pela aplicação de questionário de satisfação das sessões de educação para a saúde, bem como das atividades dinâmicas desenvolvidas na sequência de cada sessão. Neste âmbito foram, também, realizadas reuniões com a enfermeira orientadora clínica, a fim de validar, reformular ou otimizar as intervenções implementadas.

Face ao exposto acima, consideram-se mobilizadas e adquiridas as competências neste domínio.

Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

O desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária contribuiu para a capacitação dos adolescentes no que diz respeito às competências socioemocionais em contexto escolar, sendo o principal contributo para o desenvolvimento desta competência. Por sua vez, este permitiu a aluna mestranda liderar todo o processo com vista à promoção das competências socioemocionais dos adolescentes, através de sessões de educação para a saúde, da exposição de material informativo na escola, bem como pela distribuição de folhetos informativos com medidas promotoras das competências socioemocionais.

A participação em sessões de capacitação da comunidade escolar, solicitadas pela escola, sobre a diabetes, alergias alimentares e epilepsia, contribuiu, igualmente, para o desenvolvimento desta competência.

Por sua vez, no contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a realização de visitas domiciliárias, permitiu, igualmente, o desenvolvimento desta competência pois possibilitou a realização de ensinamentos tendo em conta a situação de saúde, a nível individual e familiar.

Paralelamente, participou-se noutras atividades dirigidas à comunidade, nomeadamente, sessões de educação para a saúde sobre a sexualidade nos idosos, na Universidade Sénior e na Associação de reformados, onde a população-alvo tinha idade superior a 65 anos, contribuindo, assim, para o aumento da literacia em saúde nesta temática para a capacitação desta população.

Assim, consideram-se adquiridas as competências neste domínio.

Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015, p. 4) apresenta como objetivos:

- *“Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa”;*
- *“Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde”;*
- *“Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as”;*
- *“Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar”.*

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve por base os objetivos definidos no programa acima mencionado, nomeadamente, no que à promoção e educação para a saúde diz respeito, com consequente melhoria da qualidade devida e do ambiente escolar, através do estabelecimento de parcerias com a escola.

Sendo que o objetivo geral deste projeto: contribuir para a capacitação dos adolescentes no que diz respeito às competências socioemocionais, este encontra-se, igualmente alinhado com os eixos estratégicos definidos no PNSE, nomeadamente, na capacitação da comunidade escolar, no que diz respeito à saúde mental e competências socioemocionais.

Deste modo, o PNSE, o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), da Direção Geral da Saúde (DGS) serviram de alicerce para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, sendo que o seu desenvolvimento foi paralelamente ao encontro aos objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde (PNS).

Por sua vez, ao longo de todo o estágio, a participação noutros programas já implementados em contexto de USP e UCC permitiu à aluna mestranda a articulação com outros Programas de Saúde Prioritários, nomeadamente, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, através da promoção de hábitos alimentares saudáveis; na prevenção de doenças respiratórias, através da participação na vacinação da gripe e COVID-19 à população de risco.

A componente prática consolidou a visão sobre estratégias de prevenção da doença e promoção da saúde, assegurando a convergência com as metas definidas pelo PNS 2021-2030. Evidenciou-se, assim, a relevância de intervir diretamente nos determinantes sociais, destacando que cuidar da comunidade exige olhar para os fatores sociais e trabalhar em conjunto com os diferentes setores.

Deste modo, consideraram-se mobilizadas e adquiridas as competências do domínio supracitado.

Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A realização do diagnóstico de situação, para a realização do projeto, contribuiu para a aquisição desta competência, nomeadamente, na pesquisa de dados sociodemográficos e dos indicadores de saúde da população-alvo.

Neste âmbito, a aluna mestranda participou em processos inerentes à vigilância da saúde ambiental, juntamente, com as técnicas de saúde ambiental.

Deste modo, consideram-se, assim, mobilizadas e adquiridas as competências neste domínio.

9.3 COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE

As competências de grau de mestre estão descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, artigo 15º. Segundo este Decreto-lei nº65/2018 (2018, p.4162), o Grau de Mestre deve ser atribuído a quem demonstre:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:*
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;*
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”*

Diante estes pressupostos, considera-se que os conhecimentos e competências desenvolvidas ao longo do mestrado foram aprofundadas no decorrer do mesmo. Esta evolução foi notória, maioritariamente ao longo dos estágios, com o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, bem como com as outras atividades desenvolvidas.

Ao longo do mestrado foram mobilizadas e adquiridas competências científicas, o que permitiu o desenvolvimento relativamente à investigação, essencial para aquisição das competências de grau de Mestre, através da elaboração de um poster científico, bem como a realização de revisão da literatura. Foram, igualmente, desenvolvidas competências de pesquisa em bases de dados científicas de referência, tais como: EBSCO, Pubmed, CINHALL *Ultimate*, o que permitiu o desenvolvimento do conhecimento neste âmbito, essencial para a prática profissional.

Demonstrou-se também uma prática baseada em conhecimentos éticos e deontológicos em enfermagem, no que concerne à aplicação do instrumento de colheita de dados e, consequente, análise dos dados.

No que diz respeito ao projeto de intervenção comunitária desenvolvido com base na metodologia do planeamento em saúde, este permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos e habilidades para responder aos problemas/necessidades identificadas na população alvo, através de estratégias de educação para a saúde, promovendo as competências socioemocionais, com base na evidência científica e programas sobre a temática.

No decorrer do mestrado, quer em atividades letivas, quer em contexto de estágio foi promovida a capacidade e aptidão para comunicar com clareza e sem ambiguidades os conhecimentos, os raciocínios subjacentes às decisões e conclusões obtidas.

Por sua vez, a elaboração deste relatório espelha de forma explícita os processos de aprendizagem desenvolvidos, bem como a análise dessas aprendizagens e competências mobilizadas e adquiridas. Do mesmo modo, a discussão pública deste relatório constitui, igualmente, um importante contributo para o desenvolvimento destas competências de grau de mestre.

Posto isto, foi possível a aquisição e desenvolvimento das competências de grau de mestre, através do aprofundamento e desenvolvimento de conhecimentos adquiridos anteriormente. Assim, consideram-se adquiridas as competências supracitadas.

CONCLUSÃO

Em geral, a adolescência é uma fase caracterizada pela vitalidade e saúde. Ao longo desta fase é espectável que os adolescentes alcancem a maturidade mental e emocional, que descubram os seus papéis e identidades, que compreendam os valores morais e que desenvolvam bons relacionamentos com outros (Papalia et al., 2009 como citado em Purna et al., 2024). Porém, as transformações existentes nesta fase de desenvolvimento, poderão ter um impacto negativo, o que influencia o modo como os adolescentes gerem as suas emoções, como se relacionam com o meio à sua volta ou como tomam decisões, daí ser considerada uma fase de riscos.

Deste modo, o desenvolvimento das competências socioemocionais é considerado, cada vez mais, um preditor fundamental para o sucesso em vários aspetos da vida, nomeadamente, na adolescência (Purna et al., 2024), pelo que estas devem ser desenvolvidas e promovidas nas escolas (Huttunen et al., 2025).

Assim, apostar na promoção da saúde na escola exige a implementação de programas fundamentados em dados comprovados. Atualmente, a literatura científica demonstra que trabalhar as habilidades socioemocionais cria um alicerce afetivo essencial para otimizar a conduta e o bem-estar social e físico, impulsionando, consequentemente, o rendimento escolar (DGS, 2015).

Fomentar as habilidades socioemocionais nesta faixa etária constitui uma intervenção essencial no que respeita à saúde comunitária e à saúde pública, revelando-se determinante para a promoção de estilos de vida saudáveis e para a prevenção precoce de comportamentos de risco.

O presente relatório descreve o percurso de aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, bem como as competências específicas do enfermeiro especialista, culminando na implementação do estudo/projeto focado nas competências socioemocionais dos adolescentes em contexto escolar.

A necessidade de capacitação dos adolescentes no que diz respeito às competências socioemocionais, veio corroborar a literatura, pois estas são consideradas um fator determinante de saúde e bem-estar dos adolescentes.

A enfermagem desempenha um papel fundamental no que diz respeito à intervenção comunitária no âmbito da saúde. O perfil de competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, possibilita uma intervenção direcionada para a promoção da saúde e do bem-estar dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades nas suas múltiplas dimensões.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP), com intervenção na área da saúde escolar é considerado um pilar fundamental na articulação entre os setores da saúde e da educação, possuindo, assim, as competências necessárias para liderar a implementação de projetos de capacitação, focados nas competências socioemocionais. A sua intervenção na comunidade educativa, contribui, ativamente, para a transformação da escola num verdadeiro ecossistema de saúde, promovendo ambientes mais inclusivos, seguros e resilientes.

A sua posição de proximidade permite-lhe exercer um papel determinante na promoção da saúde dos adolescentes, utilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde, para planear intervenções que respondam às necessidades reais dos jovens. Ao operacionalizar estratégias preventivas e educativas, o enfermeiro especialista consegue identificar, precocemente, potenciais riscos para a saúde ou sinais de stress emocional, o que permite oferecer o suporte adequado, capacitando os adolescentes com ferramentas que promovam as competências socioemocionais. Estas ferramentas não só aumentam a literacia em saúde, como também permitem aos adolescentes desenvolver estratégias para lidar com os desafios e impasses existentes na adolescência, aumentando, assim, a autonomia e o bem-estar.

Além disso, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde escolar, em estreita colaboração com os professores, pais e outros profissionais de saúde permite uma abordagem multidisciplinar, garantindo que as necessidades dos adolescentes relativamente às competências socioemocionais sejam vistas de forma holística.

Este projeto foi sustentado, teoricamente, pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o qual foi altamente vantajoso para a condução deste projeto de intervenção em contexto escolar. Esta perspectiva a saúde como um estado dinâmico e positivo, focado na capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos promotores do bem-estar, adequando-se ao foco central da intervenção, a promoção de competências socioemocionais em adolescentes do 10.º ano dos cursos profissionais. Assim, neste contexto específico sobressaiu a valorização das características e experiências individuais, da autoeficácia e das influências interpessoais, dimensões críticas na fase da adolescência. Com base nesta apreciação, foi possível operacionalizar estratégias de promoção da saúde mais ajustadas, dando resposta às vulnerabilidades e mobilizando os jovens para uma participação verdadeira e empenhada na construção da sua saúde, nomeadamente, das suas competências socioemocionais.

Desenvolvido com base na metodologia do planeamento em saúde, este projeto teve um impacto positivo nos participantes, nomeadamente no envolvimento destes ao longo de todas as sessões, bem como o seu contributo em atividades dinâmicas relacionadas com a temática, onde foram notórias as melhorias no que diz respeito às competências socioemocionais.

Importa frisar, que os resultados obtidos foram confrontados com resultados de estudos semelhantes, sendo estes muito similares, corroborando a necessidade do desenvolvimento deste projeto. Perante a evidência científica foi imperativo trabalhar este tema de modo a promover as competências socioemocionais dos adolescentes, contribuindo para a formação de indivíduos mais resilientes e preparados para o futuro, evitando, assim, comportamentos de risco.

O mestrado em enfermagem representou um desafio exigente e uma oportunidade transformadora para a aluna mestranda. Este apresentou forças e fraquezas, oportunidades e ameaças. As principais forças deveram-se à pertinência do projeto nesta comunidade escolar, ao conhecimento da população, ao envolvimento dos adolescentes e professores e à participação coletiva, à utilização de estratégias e atividades adequadas, bem como, ao estabelecimento de parcerias e à educação para a saúde. De salientar, também, a receptividade demonstrada por parte da escola, o que influenciou o sucesso do projeto. Todas estas forças admitiram a oportunidade do envolvimento positivo dos parceiros e da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade.

Porém, a existência de fraquezas e ameaças também estiveram presentes. A exigência emocional e física, a gestão rigorosa das prioridades foram fraquezas notadas durante todo este percurso, devido à ameaça temporal existente. Por sua vez, outros constrangimentos vivenciados ao longo de todo este percurso, como a intensidade da carga horária, a disparidade da área de estágio e do contexto profissional e a complexidade associada à recolha e análise dos dados foram, igualmente, ameaças e fraquezas presentes.

A concretização deste projeto revelou-se uma experiência de enorme valor construtivo, pelo que todos os obstáculos enfrentados foram ultrapassados com sucesso.

A nível pessoal, proporcionou à mestranda um crescimento notável, estimulando qualidades como a paciência, a resiliência, a flexibilidade, maturidade e a visão estratégica. Em simultâneo, no papel de enfermeira especialista, esta vivência consolidou a capacidade de reflexão crítica, do sentido ético e de aptidão técnica no âmbito da intervenção na comunidade, como agente ativo na promoção da saúde.

Perante a inegável relevância da temática e os benefícios observados, foi entendido em equipa assegurar a continuidade deste projeto, o que se traduziu para a mestranda um enorme motivo de satisfação. A sua integração nas futuras estratégias de promoção da saúde escolar revela-se fundamental, exigindo uma forte mobilização e parceria entre a equipa de saúde escolar e a comunidade educativa.

Em jeito de conclusão, o Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública traduziu-se na aquisição e aprofundamento de competências cruciais para a prática especializada, cumprindo os referenciais descritos pela Ordem dos Enfermeiros. Por sua vez, a simbiose entre o ensino teórico, a investigação e a prática clínica permitiu uma integração

profunda de saberes, o que elevou a qualidade das intervenções comunitárias ao longo de todo este percurso.

O nível de exigência do 2.º ciclo, grau de mestre, fomentou não só a competência na análise de evidência e na tomada de decisão, como também a capacidade de inovar de forma autónoma face a contextos complexos e mais exigentes. Mais do que um enriquecimento curricular, este percurso cimentou uma forte identidade profissional e académica, renovando a dedicação à promoção da saúde e à criação de respostas equitativas e transformadoras para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Escolas Gabriel Pereira (AEGP). (2022). Projeto Educativo: Conhecer, Intervir e Incluir (2022-2025). https://aegp.edu.pt/web/sites/default/files/2022-07/PEducativo_2022-2025_Aprov_CP_19-07-2022.pdf;
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American psychological association: *The official guide to APA style* (7th ed.). APA;
- Alves, B., Barbalho, I. L. A., Rolim, A. L. G., Bezerra, I. P., Souza, J. W. R., & Fernandes, M. C. (2023). Educational actions as a possibility in the empowerment of adolescents about depression. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 15. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.1211>;
- Aparício, G., Ferreira, M., Campos, S., Ribeiro, O., Amaral, O., & Cruz, C. (2020). Identifying emotions and feelings: Exploratory study with elementary and high school students. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO0057>
- Associação Médica Mundial (AMM). (2013). Declaração de Helsínquia: Princípios éticos para a investigação médica envolvendo seres humanos. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/> (Nota: É o documento internacional padrão para qualquer investigação ou intervenção que envolva seres humanos).
- Backes, & Bonnie, R. J. (2019). Adolescent Development. Em *The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545476/>
- Bastos, C., & Lima, D. (2023). *Estratégias de adaptação cultural em intervenções de promoção da saúde juvenil*. Editora Saúde Jovem.
- BCSD Portugal. (2022). ODS - Objetivos Desenvolvimento Sustentável. <https://ods.pt/>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8th ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Belmiro, M. (2018). Fases da Adolescência. Instituto do Crescimento Infanto-juvenil. Brasil. Disponível em: <https://institutoinfantojuvenil.com.br/fases-da-adolescencia/>
- Bhat, T. A., & Chahal, D. (2023). Understanding socio-emotional competence of adolescents in the light of locale and academic achievement. *The Online Journal of Distance Education and e-Learning*, 11(4), 3123-3129.

- Brackett, M. A., Bailey, C. S., Hoffmann, J. D., & Simmons, D. N. (2019). Emotionally intelligent in the systems of schools. Em *Emotion/affect in applied settings* (pp. 51-78). Springer.
- Câmara Municipal de Évora (CME). (2024). O Concelho. <https://www.cm-evora.pt/municipe/evora/concelho/o-concelho/>
- Carvalho, A. S., Dias, P., & Ramos, I. (2023). Competências socioemocionais: Fatores de proteção na saúde mental dos adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2(1), pp. 45-58.
- Católica-Lisbon. (2024). Relatório de Desenvolvimento Sustentável 2024: Um alerta para a ação colaborativa. https://www.clsbe.lisboa.ucp.pt/pt-pt/news?f%5B0%5D=field_categories%3A1842
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC). (2015). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2020). What is the CASEL framework? <https://casel.org/fundamentals-of-sel/what-is-the-casel-framework/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (Versão 2019). Conselho Internacional de Enfermeiros
- Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>
- Decreto-Lei n.º 68/2008, de 14 de abril. Unidades Territoriais para Efeitos de Organização Territorial das Associações de Municípios. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa
- Decreto-Lei n.º 65/2018, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: nº 157/2018, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 161/96. (1996, 4 de setembro). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República: I série-A, n.º 205. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde & Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Ministério da Educação - Direção-Geral da Educação

- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC). (2024). *Regiões em Números - Educação: Alunos matriculados - Ensino Secundário (2014/2015 a 2023/2024)*. Ministério da Educação. Disponível no portal oficial de Estatísticas da DGEEC
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2016). *Saúde Mental em Saúde Escolar*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Ministério da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2006). Circular Normativa n.º 7/DSE de 29 de junho. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1.^a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, Ottawa, Canadá.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Domitrovich, C. E., Durlak, J. A., Staley, K. C., & Weissberg, R. P. (2017). Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. *Child Development*, 1–9. <https://doi.org/10.1111/cdev.12739>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405–432.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Dutra, J. R., Mota, Í. D. da, Correia, C. K., Araldi, F. M., & Farias, G. O. (2022). Qualidade de vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Retos*, 45, 868–877.
- Emilianovitch, M. L. & Scherer, C. M. (2024). Nurse's Role in Adolescent Health Promotion: An Integrative Literature Review. *Research, Society and Development*, 13(10).
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i10.46984>
- Espelage, D. L., Rose, C. A., & Polanin, J. R. (2015). Social-emotional learning programs to reduce bullying, fighting, and victimization among middle school students with disabilities. *Remedial and Special Education*, 36(5), 299-311.
<https://doi.org/10.1177/0741932514564564>
- European Commission/EACEA/Eurydice. (2022). *Promoting mental health and emotional well-being in schools in Europe*. Publications Office of the European Union.

- European Commission. (2020). *Joint Report on the implementation of the strategic framework for European cooperation in education and training (ET 2020)*. Official Journal of the European Union.
- Ferreira, M. C., Quitério, M. M. S. L., & Charepe, Z. B. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da autoestima em crianças e adolescentes – scoping review. *Cadernos de Saúde*, 14(1), 31-43. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10960>
- Ferreira, P., Gameiro, F., & Faria, M. (2024). Empathy and Socio-Emotional Competencies: The Perception of Portuguese Adolescents in Today's Changing Environment. *Psychology International*, 6(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.3390/psycholint6030046>
- Figueira, M. (2025). *O impacto das redes sociais na ansiedade juvenil: Dados e tendências*. Livraria Académica de Saúde Pública
- Figueiredo, M. H. (2012). *Enfermagem de Família: Um contexto de práticas*. Lusociência.
- Flaubert, J. L., Menestrel, S. L., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). The Role of Nurses in Improving Health Care Access and Quality. Em *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573910>
- Fundação Calouste Gulbenkian. (2022). *Avaliação de Impacto das Academias Gulbenkian Conhecimento*. Gulbenkian.pt
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2015). “Para mim é fácil”: Escala de Avaliação de Competências Pessoais e Sociais. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 16(2), 199-211.
- Gkintoni, E., Halkiopoulou, C., Dimakos, I., & Nikolaou, G. (2023). Emotional intelligence as indicator for effective academic achievement within the school setting: A comprehensive conceptual analysis. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202310.2029.v2>
- Henriques, M. A., Garcia, E., & Bacelar, M. (2011). A perspectiva da enfermagem comunitária na Atenção Básica em Portugal. *Rev Esc Enferm USP*, 45(Esp. 2), 1786-1791. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800026>
- Huttunen, I., Upadaya, K., & Salmela-Aro, K. (2025). Adolescents' social-emotional skills profiles, relationships at school, school anxiety, and educational aspirations. *European Journal of Psychology of Education*, 40(2), 26–57. <https://doi.org/10.1007/s10212-025-00954-6>

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2.^a ed.). Escola Nacional de Saúde Pública
- Inchley, J., Garcia-Moya, I., Samdal, O., Canale, N., Currie, C., & World Health Organization. (2023). *Focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey*. WHO Regional Office for Europe
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024). *Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em Portugal: 2015–2024*. INE, I.P. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2025). Censos de Portugal em 2021: Resultados por tema e concelho. *Instituto Nacional de Estatística*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273&xlang=pt
- Lopes, V., & Mendes, R. (2024). *A importância da inteligência emocional na adolescência*. Edições Enfermagem.
- Loureiro, L. M., et al. (2012). Saúde mental de adolescentes e intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6).
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2022). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Pandemia: Dados do HBSC Portugal 2022*. ISAMB/Universidade de Lisboa.
- Mella, N., Pansu, P., Batruch, A., Bressan, M., Bressoux, P., Brown, G., ... Desrichard, O. (2021). Socio-Emotional Competencies and School Performance in Adolescence: What Role for School Adjustment? *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.640661>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Melo, P. M. d. A., Silva, R. C. G. d., & Figueiredo, M. H. d. S. J. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(19), 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Moreira, E. S., Sousa, J. M., Pinho, E. S., Farinha, M. G., Esperidião, E., & Caixeta, C. C. (2023). Multidimensionalidade de Significados da Automutilação na Adolescência: Perspetiva de adolescentes, responsáveis e profissionais de saúde. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.5216/ree.v25.73640>

- Nações Unidas (ONU). (2024). *The Sustainable Development Goals Report 2024*. Organização das Nações Unidas.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nunes, L. (2018). *Para uma Epistemologia de Enfermagem* (2.^a ed.). Lusodidacta.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- OCDE. (2021). *Survey on Social and Emotional Skills: Results from Portugal*. OECD Publishing.
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1.^a série, N.º 181. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70327429> (Nota: Fundamental para justificar que a intervenção respeita a deontologia e os deveres da profissão em Portugal).
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2015). *Transformar o nosso mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Resolução adotada pela Assembleia Geral a 25 de setembro de 2015. <https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021). *Adolescent Mental Health Statistics*. WHO.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators*. World Health Organization and United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978924002505>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2022). *Diretrizes para a promoção da saúde mental em escolas*. Série de Publicações Técnicas
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2026). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). *Making every school in the Region of the Americas a health-promoting school: Implementation guide for educational institutions*. Pan American Health Organization
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano* (12^a ed.). AMGH Editora.

- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bernat, E., & Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
- Pearson, K. (1896). Mathematical contributions to the theory of evolution: III. Regression, heredity, and panmixia. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series A*, 187, 253–318. <https://doi.org/10.1098/rsta.1896.0007>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson
- Pereira, A. (2022). *Promoção de competências socioemocionais em adolescentes: Um projeto de intervenção* [Relatório de estágio de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnfC
- Pessoa D. M. S., Freitas, R.J. M., Melo, J.A.L., Barreto, F.A., Melo, K. C. O., Dias, E. C.S. (2020). Nursing Care in Primary Health Care for adolescents with suicidal ideations. *REME – Rev Min Enferm.* 24. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20200019
- Pinheiro, G. P. (2022). *O desenvolvimento socioemocional na educação pré-escolar* [Tese de Doutoramento]. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/e4f20753-374a-436a-b513-0844d018c7ae>
- Pinto, R. M., Anastácio, Z. C., Martins, P. C. (2023). Programas de Desenvolvimento de Competências Emocionais e Cognitivas para crianças do 1º CEB: uma revisão narrativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD Revista de Psicologia*, 1, pp. 351-368.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11.ª ed.). Wolters Kluwer
- PORDATA (2024). *Alunos matriculados no secundário por modalidade de ensino (Retratos dos Municípios - Évora)*. Baseado em dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) e DGEEC. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: pordata.pt
- Portugal de Norte a Sul. (s.d.). *Roteiro Viagens Portugal de norte a sul*. Consultado em 16 de março de 2026, de <https://www.portugaldenorteasul.pt/>
- Portugal, R., Nunes, A. B., & Andrade, C. (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde

- Presidência do Conselho de Ministros. (2008). *Decreto-Lei n.º 68/2008, de 14 de abril*. Diário da República, 1.^a série, n.º 73. pp. 2193-2197. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/68-2008-249814>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro*. Diário da República, 1.^a série, n.º 215. pp. 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Purna, R. S., Sari, L., Angraini, F., Afrilda, F., & Andriani, M. P. (2024). Social-emotional competence in early adolescence: the role of prosocial behaviour and peer acceptance. *JPPi (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia)*, 10(2), 249-259. <https://doi.org/10.29210/020242684>
- Rede de Soluções para o Desenvolvimento Sustentável (SDSN) & Gabinete das Nações Unidas em Genebra. (2024). *Sustainable Development Report 2024: The SDGs and the UN Summit of the Future*. Cambridge University Press
- Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República: II Serie, <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>;
- Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.^a série. N.º 26, 4744-4750. De: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>;
- Rodrigues, M. F. (2021). O papel do enfermeiro comunitário na prevenção primária e secundária. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(4), 1-10
- Russo, A. R. A. (2025). *Competências socioemocionais dos adolescentes: Promoção da saúde em contexto escolar* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. <https://repositorio.ipbeja.pt/server/api/core/bitstreams/66d8ee46-8f4c-4bc2-8e8f-1e8776699522/content>
- Sachs, J. D., Lafortune, G., & Fuller, G. (2024). *Sustainable Development Report 2024: The SDGs and the UN Summit of the Future*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.25546/108572>
- Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). O Modelo de Nola Pender para a promoção da saúde do adolescente: revisão integrativa. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 27, Artigo e-1507. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>

- Sharma, S., & Goswami, S. (2014). Youth and identity. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 3(10), 45-51
- Silva, E. M. V. B., Silva, D., Aparício, G., Bica, I., Albuquerque, C., & Cunha, M. (2020). Promoção da saúde mental das crianças: Contributos dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, Artigo eAPE20180254. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0254>
- Silva, J., & Pereira, L. (2024). Lacunas na evidência de intervenções de enfermagem em saúde juvenil: Uma revisão sistemática. *International Journal of Nursing Studies*, 150, 104599
- SNS. (2025). Notícias e Atualizações. Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. <https://www.ulsac.min-saude.pt/2025/10/30/vendas-novas/>
- Steinberg, L. (2017). *Adolescence* (12th ed.). McGraw-Hill Education
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde - Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5.^a ed.). Lusociência
- Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2011). Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*
- Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. (2025, 3 de junho). *UCC de Évora inicia Projeto VIVAMENTE*. <https://www.ulsac.min-saude.pt/2025/06/03/ucc-de-evora-inicia-projeto-vivamente/>
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. <https://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
- Walter, K., & Wynard, R. (2025). Socio-emotional and personal development competencies as assets facilitating psychosocial adaptation. *Frontiers in Psychology*, 16, Artigo 10234.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Adolescent Mental Health Statistics*. WHO
- Ximenes Neto, F. R. G., Dias, M. S. A., Rocha, J., & Cunha, I. C. K. O. (2007). Gravidez na adolescência: Motivos e percepções de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 279–285. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000300006>

ANEXOS

Anexo I. Escala de Avaliação das Competências Socioemocionais (EACSE)

“Para mim é Fácil”
Escala de Avaliação de Competências Sociais e
Emocionais para crianças e adolescentes EACSE – CA
Gaspar, T.; Matos, M.G. & Aventura Social (2013)

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Para mim é fácil escutar outras pessoas					
2. Para mim é fácil começar e manter uma conversa					
3. Para mim é fácil fazer perguntas					
4. Para mim é fácil dizer “obrigado”					
5. Para mim é fácil ir falar a uma pessoa que não conheço					
6. Para mim é fácil dar elogios					
7. Para mim é fácil pedir ajuda					
8. Para mim é fácil pedir desculpa					
9. Para mim é fácil compreender os meus sentimentos					
10. Para mim é fácil mostrar os meus sentimentos					
11. Para mim é fácil compreender os sentimentos dos outros					
12. Para mim é fácil pedir autorização					
13. Para mim é fácil partilhar coisas					
14. Para mim é fácil “controlar-me”					
15. Para mim é fácil defender os meus direitos					
16. Para mim é fácil fazer uma queixa					
17. Para mim é fácil acalmar-me quando tenho uma situação difícil					
18. Para mim é fácil dizer não quando me tentam convencer de algo					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
19. Para mim é fácil lidar com os colegas da escola					
20. Para mim é fácil lidar com os professores					
21. Para mim é fácil saber o que fazer em situações complicadas					
22. Para mim é fácil, quando tenho um problema, perceber o que me aconteceu					
23. Para mim é fácil saber o que quero					
24. Para mim é fácil reconhecer o que sei fazer bem					
25. Para mim é fácil compreender os meus problemas					
26. Para mim é fácil fazer bem					
27. Para mim é fácil ajudar alguém que precisa de ajuda					
28. Para mim é fácil, quando estou triste, começar a fazer alguma coisa que me faça sentir melhor					
29. Para mim é fácil mudar o meu comportamento para conseguir o que quero					
30. Para mim é fácil iniciar uma nova tarefa, mesmo quando já estou cansado(a)					
31. Para mim é fácil ficar nervoso quando as coisas não correm da forma que quero					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
32. Para mim é fácil não me lembrar dos meus objetivos quando aparecem pequenos problemas					
33. Para mim é fácil esquecer-me de tarefas importantes, quando estou a fazer algo verdadeiramente divertido					
34. Para mim é fácil ter dificuldade em prestar atenção durante uma aula aborrecida					
35. Para mim é fácil falar calmamente, sem me enervar, quando tenho uma zanga com alguém					
36. Para mim é fácil acalmar-me quando estou entusiasmado(a)					
37. Para mim é fácil saber quando vou começar a chorar					
38. Para mim é fácil não fazer coisas exageradas quando estou zangado(a)					
39. Para mim é fácil concentrar-me no meu trabalho, mesmo quando os meus colegas estão a falar					
40. Para mim é fácil deixar-me levar pelas emoções, quando me entusiasmo					
41. Para mim é fácil não fazer uma coisa, quando sei que não a devo fazer					

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
42. Para mim é fácil encontrar alguém que me ajude quando preciso					
43. Para mim é fácil perceber quando estou a viver uma situação difícil e é melhor pedir ajuda					

Fonte: Gaspar & Matos (2015)

Anexo II. Questionário KIDSCREEN 27 adaptado

KIDSCREEN – 27 ADAPTADA

Olá,

Como estás? É isso que queríamos que tu nos contasses. Por favor, lê todas as questões cuidadosamente. Que resposta vem à tua cabeça primeiro? Escolhe e assinala a resposta mais adequada ao teu caso.

Lembra-te: isto não é um teste, por isso não existem respostas erradas. É importante para ti responder a todas as questões e para nós conseguir perceber as tuas respostas claramente. Quando pensas na tua resposta, por favor, tenta pensar na tua última semana. Não tens de mostrar as tuas respostas a ninguém. E ninguém teu conhecido vai ver o teu questionário depois de o teres terminado.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIO- DEMOGRÁFICA

1. Idade: _____

2. Sexo: _____

3. Com quem vives?

Mãe e Pai	
Mãe	
Pai	
Mãe e Companheiro(a)	
Pai e Companheiro(a)	
Avós	
Outro	

4. Habilitações Literárias do Encarregado de Educação?

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e escrever	
1º Ciclo (até ao 4º ano)	
2º Ciclo (5º e 6º Ano)	
3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano)	

Ensino Secundário (10º, 11º e 12º Ano)	
Curso Profissional	
Ensino Superior	
Mestrado	
Doutoramento	

5. Profissão do Encarregado de Educação: _____

6. Tens irmãos?

Sim	
Não	

7. Se a questão número 6 for sim, quantos irmãos tens? _____

8. Se a questão número 6 for sim, é mais novo ou mais velho que tu?

Mais Novo	
Mais velho	

PARTE II

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DOS 8 AOS 18 ANOS

9. SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA

9.1. Em geral, como descreves a tua saúde?

Excelente	
Muito Boa	
Boa	
Má	
Muito má	

Pensa na última semana...

9.2. Sentiste-te bem e em forma?

Nada	
Pouco	
Moderadamente	
Muito	
Extremamente	

9.3. Estiveste fisicamente ativo (ex: correr, escalada, andar de bicicleta)?

Nada	
Pouco	
Moderadamente	
Muito	
Extremamente	

9.4. Foste capaz de correr bem?

Nada	
Pouco	
Moderadamente	
Muito	
Extremamente	

9.5. Sentiste-te cheio (a) de energia?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

10. ESTADO DE HUMOR GERAL E SENTIMENTOS SOBRE SI PRÓPRIO

Pensa na última semana...

10.1. A tua vida tem sido agradável?

Nada	
------	--

Pouco	
Moderadamente	
Muito	
Extremamente	

10.2. Tiveste bom humor?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

10.3. Divertiste-te?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

10.4. Sentiste-te triste?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

10.5. Sentiste-te tão mal que não quiseste fazer nada?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

10.6. Sentiste-te sozinho (a)?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

10.7. Sentiste-te feliz com a tua maneira de ser?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

11. FAMÍLIA E TEMPO LIVRE

Pensa na última semana...

11.1. Tiveste tempo suficiente para ti próprio?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

11.2. Foste capaz de fazer atividades que gostas de fazer no teu tempo livre?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

11.3. Os teus pais tiveram tempo suficiente para ti?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	

Frequentemente	
Sempre	

11.4. Os teus pais trataram-te com justiça?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

11.5. Foste capaz de conversar com os teus pais quando quiseste?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

11.6. Tiveste dinheiro suficiente para fazeres as mesmas actividades que os teus amigos(as)?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

11.7. Tiveste dinheiro suficiente para as tuas despesas?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

12. AMIGOS

12.1. Passaste tempo com os teus amigos(as)?

Nunca	
-------	--

Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

12.2. Divertiste-te com os teus amigos(as)?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

12.3. Tu e os teus/tuas amigos(as) ajudaram-se uns aos outros?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

12.4. Sentiste que podes confiar nos(as) teus/tuas amigos(as)?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

13. AMBIENTE ESCOLAR E APRENDIZAGEM

Pensa na última semana...

13.1. Sentiste-te feliz na escola?

Nada	
Pouco	
Moderadamente	
Muito	

Extremamente	
--------------	--

13.2. Foste bom aluno (a) na escola?

Nada	
Pouco	
Moderadamente	
Muito	
Extremamente	

Pensa na última semana...

13.3. Sentiste-te capaz de prestar atenção?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

13.4. Tiveste uma boa relação com os teus professores?

Nunca	
Raramente	
Algumas vezes	
Frequentemente	
Sempre	

Anexo III. Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja



COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA (CEIPBeja)

PARECER N.º 27 /2024

Título - “Conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socio emocionais nos adolescentes, em contexto escolar”.

A- RELATÓRIO

A.1.

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja (CE IPBeja) iniciou o Processo 27/2024 com base no pedido formulado pelas Estudantes do 8º Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (em Associação),

Ana Marta Matado Pato Maurício, enfermeira no Hospital da Misericórdia de Évora – Grupo Luz Saúde – Serviço de Bloco Operatório e Ana Rita Alves Russo, Enfermeira no Hospital do Espírito Santo de Évora- Serviço de Urgência Geral, e tendo como investigadora/orientadora responsável, a Professora Isaura da Conceição Cascalho Serra da Universidade de Évora, com o Número do ORCID ou **CIÊNCIAVITAE** do investigador responsável / orientador:
ORCID - 0000-0002-1225-6631 e Ciência ID: 0714-9191-DB3D.

A.2.

Na justificação do estudo, as proponentes enunciam a **Justificação** e os **Objetivos do estudo**:

A **justificação** enuncia, logo à partida, um aspeto que, sob o ponto de vista de uma abordagem ética, contem um motivo adequado e importante: “o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) um dos eixos estratégicos e com necessidade de intervenção incide na capacitação, nomeadamente, no reconhecimento e competência para tomar decisões responsáveis sobre a saúde (PNSE, 2015). Neste âmbito da capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis são, segundo o PNSE, 2015, referidas áreas de intervenção prioritárias em contexto escolar, destacando-se a saúde mental e as competências socio emocionais. As competências socio emocionais são essenciais para o desenvolvimento integral dos adolescentes, bem como para o bem-estar físico, mental e social destes.”. Nesse sentido, o presente estudo visa contribuir para um benefício de uma população específica, com a qual Profissional de Saúde, em particular as Enfermeiras trabalham, além de apostar na sua capacitação, pelo que contribui para a sua autonomia, o que é determinante na justificação ética. No fundo, trata-se de um programa de investigação que se insere num cuidado com os valores de saúde num projeto de vida, em que é importante os adolescentes desenvolverem competências cognitivas e emocionais que lhe permitam fazer boas opções. Também o **valor ético do desenvolvimento pessoal e social** estão presentes na justificação escrita pelas proponentes no seu Formulário, em particular quando refere que “A realização de estudos sobre as competências socio emocionais dos adolescentes poderá fornecer dados valiosos para os profissionais de saúde, professores, e, até, para os responsáveis pela elaboração de políticas de saúde, o que poderá ajudar a criar programas e planos que promovam esta problemática desde cedo. Por outro lado, a realização de estudos sobre o bem-estar dos adolescentes em contexto escolar poderá demonstrar a eficácia das intervenções desenvolvidas e dos programas implementados, podendo avançar a teoria e a prática nesta área” . Prevê-se assim um enquadramento que favorece e potencializa não só as pessoas objeto de estudo, como orientações sociais e políticas na promoção da saúde. Quanto à definição dos **objetivos**, destacam-se os enunciados -

- Contribuir para a prevenção e redução dos comportamentos de risco dos adolescentes associados às competências socio emocionais;
- Implementar um Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito da promoção de conhecimentos e atitudes fomentadoras do bem-estar e desenvolvimento pessoal, em contexto de Saúde Escolar.

que manifestam a intenção de promoção de um bem desejável – desenvolvimento de competências – o que se configura como um valor positivo e benevolente, já que promove capacidades dos adolescentes e, por outro lado, a aplicação de um programa de ação que promove o bem-estar e a dimensão social de toda a comunidade.

Em **termos metodológicos**, trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa. Dada a dimensão da amostra como a particularidade do tipo de estudo, a metodologia, no que respeita a questões éticas, parece adequada.

O **tratamento dos resultados**, sob o ponto de vista ético, está circunscrito a um processo que garante os critérios básicos seguros.

A **identificação e amostragem** referida na proposta também refletem o mesmo cuidado deontológico, bem como garante, à partida, todas as regras de confidencialidade e respeito pela dignidade e autonomia dos envolvidos.

Refira-se que a proposta inclui todos os elementos que devem constar no processo, de acordo com as regras definidas pela Comissão de Ética.

O estudo identifica um **benefício** objetivo e não tem, na sua aplicação, nenhum aspeto que possa incorrer em qualquer malefício.

Quanto à análise **propriamente ética**, o projeto de investigação em apreço caracteriza-se por ser um estudo ao mesmo tempo descritivo e normativo, ou de intervenção com resultados práticos.

Ao debruçar-se sobre uma realidade social de uma população em fase de desenvolvimento, que deixará condições de evolução a nível pessoal e social, tem um objetivo que se enquadra num princípio de beneficência, apontando também, por isso, para um princípio de justiça.

Foram acautelados com o Encarregado de Proteção de Dados do IPBeja um conjunto aprofundado de cautelas no processo de recolha e tratamento de dados que, após um processo de revisão, obteve o seu (dele) parecer favorável.

Em função da expectativa de que com este estudo possam sair favorecidos quer o conhecimento científico, quer o impacto positivo na vida dos adolescentes, e do seu futuro, os princípios bioéticos estão a ser respeitados.

No que respeita aos aspetos formais, o projeto cumpre com os requisitos de investigação ética apropriados, em particular a garantia de confidencialidade, da assunção de responsabilidade, da delimitação do campo de investigação e intervenção.

A.3.

Considerando o exposto nos pontos acima, apresentam-se de seguida as conclusões da análise do atual pedido:

Entende a Comissão de Ética que a proposta se ajusta a um conjunto de princípios benéficos e justos, e que o seu desenvolvimento pode contribuir para um benefício para a comunidade envolvida e para o desenvolvimento do conhecimento científico. As metodologias a utilizar e os instrumentos a aplicar não apresentam quaisquer aspetos suscetíveis de reparo.

Adianta-se que os documentos foram sujeitos a apreciação do Encarregado de Proteção de Dados do Instituto Politécnico de Beja, que acertou com o requerente e seu orientador os pontos que lhe pareceram criticáveis, e que foram posteriormente corrigidos.

B- CONCLUSÕES

1. Entende esta Comissão que deve dar parecer favorável ao solicitado.

Beja, 22 de julho de 2024

Os relatores:

José Pedro Fernandes
(Presidente)

Albertina Raposo
(vogal)

José Maria Coelho
(Vogal)

Anexo IV. Autorização do MIME - Direção-Geral da Educação

11/11/25, 13:08

Caixa de Entrada - Ana Maurício - Outlook



Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 1834100004

De mime.noreply@min-educ.pt <mime.noreply@min-educ.pt>

Data qua, 22/10/2025 13:56

Para anamartamauricio@hotmail.com <anamartamauricio@hotmail.com>; anamartamauricio@hotmail.com
<anamartamauricio@hotmail.com>

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 1834100004, com a designação *Escala de Avaliação das Competências Socio Emocionais "Para mim é fácil" e Escala KIDSCREEN 27 adaptada*, registado em 16-10-2025, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo.(a) Senhor(a) Ana Marta Matado Pato Maurício

Cumpre-nos informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é aprovado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted Signature]
Diretor-Geral
Direção-Geral da Educação

Anexo V. Email de Divulgação do Projeto à Escola

11/11/25, 13:00

Caixa de Entrada - Ana Maurício - Outlook



Divulgação do Projeto de Intervenção Comunitária

De [REDACTED]

Data ter, 11/11/2025 11:47

Para Agrup 2 - Direção <direcao@aegp.edu.pt>

Cc [REDACTED]

2 anexos (590 KB)

APRESENTAÇÃO DO PROJETO AEGP.pdf; Panfleto COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONAIS (3).pdf;

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento [REDACTED]

Serve o presente para reencaminhar o e-mail infra, referente à divulgação do projeto "Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes – intervenção em contexto escolar".

Encontramo-nos ao dispor para quaisquer contactos ou esclarecimentos adicionais.

Agradecemos, desde já, a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Enfermeira Saúde Escolar

Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar

11/11/25, 13:00

Caixa de Entrada - Ana Maurício - Outlook

Para:

Assunto: Divulgação do Projeto de Intervenção Comunitária

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento de

Eu, Ana Marta Maurício, aluna do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, neste momento a realizar o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora (UCC), nomeadamente, com a Equipa da Saúde Escolar, venho por este meio divulgar a V.E. o projeto de promoção de competências sócio emocionais intitulado: "**Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar**".

Este projeto insere-se, como referido anteriormente, no âmbito da minha formação do Mestrado em Enfermagem e dirige-se às turmas do 10º ano, com o objetivo de contribuir para a capacitação dos adolescentes matriculados no 10º ano de escolaridade na Escola [REDACTED], em Évora, no que diz respeito às competências socioemocionais, com vista à melhoria da saúde e bem-estar dos adolescentes. Como já mencionado anteriormente, este projeto destina-se aos alunos matriculados no 10º ano de escolaridade nos cursos profissionais, pela pertinência deste tema nesta fase de desenvolvimento, bem como pela sua possibilidade de intervenção prolongada, neste âmbito, durante o ensino secundário pela equipa da saúde escolar.

O desenvolvimento deste projeto compreende as datas de **27 de Outubro de 2025 a 13 de fevereiro de 2026**.

A amostra da população abrangida, responderá a um questionário, mediante a assinatura prévia de um consentimento informado pelos encarregados de educação. De modo a desenvolver o presente projeto de intervenção comunitária, cumprindo os procedimentos éticos, foi solicitado parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Beja, a qual deu parecer favorável.

Gostaria de realçar que a implementação do projeto será, cuidadosamente, planeada para minimizar qualquer interrupção das atividades letivas normais e será realizada sob a supervisão da Enfermeira Orientadora Clínica [REDACTED], Enfermeira de Saúde Escolar.

O elo de ligação entre mim e a escola, é, preferencialmente, a Enfermeira [REDACTED], enfermeira de saúde escolar no Agrupamento de Escolas [REDACTED] esperando-se que para cada turma aderente exista um professor de referência.

Estou totalmente disponível para adiantar mais informações sobre o projeto e/ou outras informações que entender pertinentes.

Agradecendo desde já a sua atenção e disponibilidade.

Anexos:

I Descrição do projeto: "**Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar**".

II Panfleto de divulgação do projeto "**Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar**".

Com os melhores cumprimentos,

Ana Marta Matado Pato Maurício

Telef. 969908422

Email: m59893@alunos.uevora.pt

Enfermeira Estudante do Mestrado em Enfermagem (em associação) na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública."

<https://outlook.live.com/mail/0/inbox/id/AAkALgAAAAAHYQDEapmEc2byACqAC%2FEWg0AXnyCifE%2Fvkm%2B3WYokJPglwAJdoKCEAAA>

2/3

Anexo VI. Parecer Positivo da Escola

15/11/25, 16:29

Caixa de Entrada - Ana Maurício - Outlook



FW: Divulgação do Projeto de Intervenção Comunitária

De [REDACTED]
Data Thu 13/11/2025 12:47
Para Ana Maurício <anamartamauricio@hotmail.com>

Boa tarde Ana,

Segue informação da escola relativa ao desenvolvimento do Projeto.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Enfermeira Saúde Escolar

15/11/25, 16:29

Caixa de Entrada - Ana Maurício - Outlook



De: [REDACTED]
Enviado: 13 de novembro de 2025 11:48
Para: [REDACTED]
Assunto: RE: Divulgação do Projeto de Intervenção Comunitária

Boa tarde,

Após conhecimento do projeto de promoção de competências sócio emocionais, "**Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar**", pelos conselhos de turma, nas reuniões intercalares, as diretoras de turma do 10ºano, dos Cursos Profissionais [REDACTED] manifestam interesse na dinamização do projeto, nas turmas referidas.

Com os melhores cumprimentos.

Anexo VII. Autorização para utilização da escala EACSE “Para mim é fácil”

Page 1

From: [REDACTED]
To: "Ana Maurício" <anamartamauricio@hotmail.com>
Date: 6/27/2024 2:03:39 PM
Subject: Re: Pedido de Autorização para Utilizar o Instrumento de Avaliação "Para mim é fácil"

Estimada Dra Ana Maurício

Felicito o estudo e intervenção, tem o consentimento das autoras para utilização do instrumento, qualquer questão que surja disponham abraço Tânia Gaspar

No dia 27/06/2024, às 15:01, Ana Maurício <anamartamauricio@hotmail.com> escreveu:

Boa Tarde Professora Doutora Tânia Gaspar,

O meu nome é Ana Marta Matado Pato Maurício, enfermeira, neste momento a frequentar o Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer neste ano letivo no Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde.

Em contexto de estágio eu, juntamente, com a minha colega [REDACTED] também enfermeira e a frequentar, igualmente, o Mestrado em Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pretendemos desenvolver um projeto de Intervenção Comunitária no âmbito das competências socioemocionais dos adolescentes em contexto escolar.

Assim, vimos por este meio, eu, Ana Marta Matado Pato Maurício e [REDACTED], solicitar a sua autorização a fim de podermos utilizar o instrumento de avaliação que desenvolveu - "Para mim é fácil" em 2013, no projeto que iremos desenvolver.

Em anexo envio o mesmo que consultamos na WEB.

Informo, também, que a nossa orientadora pedagógica é a Professora Isaura Serra.

Muito Obrigado pela sua Atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Marta Maurício
<PARA MIM É FÁCIL.pdf>

2/13/2026

Anexo VIII. Proposta de ponderação

Proposta de Ponderação nos critérios “magnitude”, “transcendência” e “vulnerabilidade”		
Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
- De 0% a 50% =0 - De 50% a 65%= 1 - De 65% a 75% = 2 - Acima de 75%= 3	- A intervenção no diagnóstico não influencia a melhoria dos outros problemas =0 - A intervenção no diagnóstico influencia pouco a melhoria dos outros problemas =1 - A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros problemas =2 -A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos outros problemas =3	- A melhoria do diagnóstico não depende da nossa intervenção=0 - A melhoria do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção= 1 - A melhoria do diagnóstico depende da nossa intervenção=2 - A melhoria do diagnóstico depende muito da nossa intervenção=3

Fonte: Melo (2020, p.31)

APÊNDICES

Apêndice A. Consentimento Informado Livre e Esclarecido

MESTRADO EM ENFERMAGEM

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO/PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Exmo. (a), Encarregado/a de Educação,

Eu, Ana Marta Matado Pato Maurício, enfermeira no Hospital da Misericórdia de Évora – Grupo Luz Saúde e, atualmente a frequentar o Mestrado em Enfermagem (em associação) na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, encontro-me neste momento a realizar Estágio na Unidade de Saúde Pública e Unidade de Cuidados na Comunidade de Évora, sob a orientação da Professora Tatiana Alves (tatiana.silva@ess.ips.pt), do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e das Enfermeiras [REDACTED]

Pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção no âmbito da Saúde Escolar, na instituição frequentada pelo seu educando, com os objetivos principais de analisar os conhecimentos e atitudes dos adolescentes relativamente às competências socioemocionais potenciadoras de saúde e bem-estar; contribuir para a prevenção e redução dos comportamentos de risco dos adolescentes associados às competências socioemocionais; Implementar um Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito da promoção de conhecimentos e atitudes fomentadoras do bem-estar e desenvolvimento pessoal, em contexto de Saúde Escolar.

Para tal, necessito da sua autorização para a participação voluntária do seu educando no preenchimento de um questionário, com vista a conhecer a realidade nesta escola, e para a participação nas atividades que vierem a ser desenvolvidas durante o projeto.

O seu consentimento é essencial, contudo é importante referir que a participação do seu educando não terá quaisquer custos, nem consequências, caso não seja autorizado, por si, a sua participação.

Todos os dados serão tratados de forma confidencial, garantindo o anonimato de todos os adolescentes que participaram, de acordo com o previsto na norma nº 015/2013 da Direção Geral de Saúde atualizada a 04/11/2015 e de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, 1964, utilizando padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a saúde e direitos.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento que necessite, através do seguinte contacto: Enfermeira Ana Marta Maurício, m59893@alunos.uevora.pt.

Para eventual esclarecimento em relação ao tratamento dos dados, poderá entrar em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados do IPBeja, através do seguinte correio eletrónico: epd@ipbeja.pt.

Agradeço a atenção dispensada e a autorização para a participação voluntária do seu educando neste Estudo e, consequente, Projeto de Saúde Escolar.

Parte Declarativa do Profissional

Confirmo a disponibilidade para responder, de forma adequada e inteligível, a todas as questões que me forem colocadas, garantindo também que, em caso de recusa, não haverá quaisquer consequências.

Data ____/____/____

Ana Marta Matado Pato Maurício

(Enfermeira estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública)

Parte declarativa do Participante/Representante

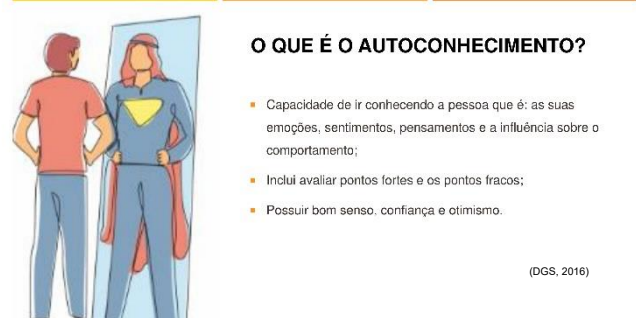
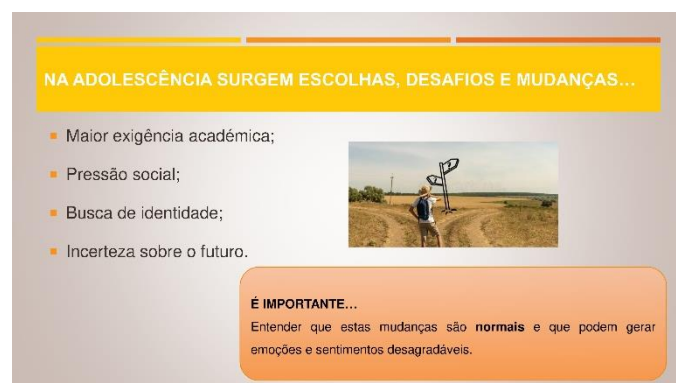
Eu, _____,
declaro ter compreendido os objetivos do Projeto de Intervenção no âmbito da Saúde Escolar acima referido.

Autorizo/Não autorizo (**riscar o que não interessa**) a participação do meu educando _____ (Nome do Aluno)
no Projeto de Intervenção Comunitária – “Promoção de conhecimento e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes – intervenção em contexto escolar”.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Apêndice B. Sessão de Educação para a Saúde sobre Autoconhecimento e Autogestão



**Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes
- intervenção em contexto escolar**



QUE É A AUTOGESTÃO?

- É a capacidade de nos **gerirmos** a nós próprios: emoções, tempo, ações e objetivos;
- Capacidade de **regular e expressar** as emoções, pensamentos e comportamentos de forma eficaz, socialmente ajustável em diferentes situações;
- Inclui o saber **adaptar-se** a situações de stress, controlo de impulsos, capacidade de automotivação, esforço e trabalho para alcançar objetivos pessoais e académicos.

(DGS, 2016)

QUEM SABE GERIR...



Organiza a participação



Responde após reflexão



Executa responsabilmente as decisões

(DGS, 2016)

ATIVIDADE DINÂMICA: "MÍMICA DAS EMOÇÕES: O JOGO DAS SOLUÇÕES"

1. Dividir a turma em grupos pequenos (5-6 pessoas);
2. O jogo decorre por rondas. Em cada ronda, um jogador de cada equipa vem à frente;
3. Um elemento de cada grupo retira ao calha um cartão do saco das Emoções/Sentimentos;
4. O jogador na frente terá 60 segundos para tentar representar a emoção/sentimento que lhe calhou (sem falar) para a sua equipa adivinhar;
5. Imediatamente após a equipa adivinhar (ou após os 60 segundos), o mesmo jogador tira um cartão das estratégias cujo número no verso corresponda ao número do verso do cartão das emoções e lê para os restantes elementos do grupo a estratégia que usaria para lidar com a emoção que lhe calhou;
6. Repete a sequência com os outros grupos.

CONCLUSÃO/ REFLEXÃO

- A mímica mostra que, embora as emoções sejam universais, a forma como cada um as expressa é diferente;
- As estratégias que escolhemos para lidar com as emoções é o que define a nossa capacidade de autogestão;
- Cada estratégia lida durante o jogo é uma ferramenta real que podem usar fora desta sala;
- Identificar/ expressar o que sentimos é o primeiro passo para os novos **super poderes**;
- Dominar as próprias emoções não significa escondê-las, mas sim saber o que fazer com elas quando surgem;
- Aceita as tuas emoções, independentemente de serem agradáveis ou desagradáveis;
- O autoconhecimento dá-nos a consciência, a autogestão dá-nos o controlo sobre as nossas ações.

CONCLUSÃO/ REFLEXÃO

- A mímica mostra que, embora as emoções sejam universais, a forma como cada um as expressa é diferente;
- As estratégias que escolhemos para lidar com as emoções é o que define a nossa capacidade de autogestão;
- Cada estratégia lida durante o jogo é uma ferramenta real que podem usar fora desta sala;
- Identificar/ expressar o que sentimos é o primeiro passo para os novos **super poderes**;
- Dominar as próprias emoções não significa escondê-las, mas sim saber o que fazer com elas quando surgem;
- Aceita as tuas emoções, independentemente de serem agradáveis ou desagradáveis;
- O autoconhecimento dá-nos a consciência, a autogestão dá-nos o controlo sobre as nossas ações.

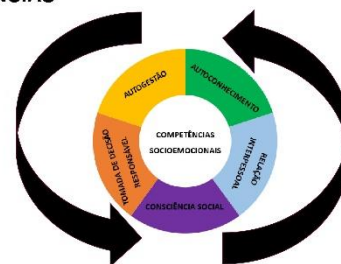


O AUTOCONHECIMENTO E A AUTOGESTÃO COMO OS TEUS NOVOS **SUPER PODERES**

Apêndice C. Sessão de Educação para a Saúde sobre Consciência Social e Relação Interpessoal



PILARES DAS COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS



CONSCIÊNCIA SOCIAL E RELAÇÃO INTERPESSOAL



O QUE É A CONSCIÊNCIA SOCIAL?

- Capacidade de desenvolver a **empatia**, perceber a **perspetiva dos outros**, de diversas origens e culturas;
- Capacidade de **compreender as normas sociais e éticas orientadoras do comportamento** e reconhecer a família, a escola e a comunidade como **recursos e fontes de suporte**.



QUEM TEM CONSCIÊNCIA SOCIAL...

- Conhece e participa na vida da sua comunidade e grupos;
- Reconhece a importância do ambiente no desenvolvimento das pessoas;
- Compreende as necessidades dos outros e contribui para a sua minimização;
- Reconhece as diferenças sociais, económicas, religiosas, artísticas e políticas da sociedade e respeita-as.

(DGS, 2016)

O QUE É A RELAÇÃO INTERPESSOAL?

- Capacidade de estabelecer e manter relacionamentos diversificados saudáveis e gratificantes com indivíduos e grupos;
- Pressupõe comunicar com clareza, ouvir ativamente, cooperar, resistir à pressão dos pares e social, negociar conflitos de forma construtiva e procurar ou oferecer ajuda quando necessário.

DGS, 2016

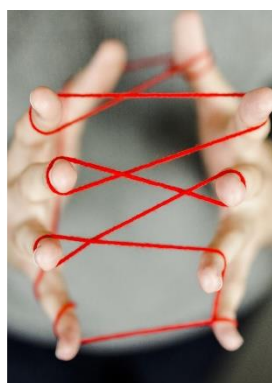
QUEM TEM BOM RELACIONAMENTO...



ATIVIDADE DINÂMICA: A TEIA HUMANA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS E DA CONSCIÊNCIA SOCIAL

INTRUÇÕES

- Todos os participantes devem formar um círculo;
- O primeiro participante segura a ponta da lã com a mão esquerda e com a mão direita prepara-se para lançar o novelo para uma pessoa à escolha;
- Antes de lançar, deve dizer uma frase que demonstre **conexão/relação** com o colega para quem lança o novelo, dando um elogio ou fazendo uma crítica construtiva. Segue esta estrutura:
Exemplo: "Eu sou a [Teu Nome] e passo o novelo ao [Nome do colega] porque é o meu melhor amigo/a e é leal."
- O participante que agarra o novelo, segura o fio com uma mão (para manter a sua parte da ligação) e, com a outra mão, lança o resto do novelo para outro participante, dizendo a frase dele/a, seguindo sempre o exemplo acima;
- O fio deve estar sempre esticado;
- Ao lançar o novelo de lá vamos criar relações interpessoais, sem tema definido;
- Após criar as relações interpessoais, com a formação da teia, vamos verificar como a consciência social afeta a teia, as nossas relações.



CONCLUSÃO/ REFLEXÃO



- A teia demonstra que não estamos ligados apenas ao centro ou ao grupo todo, também estamos ligados a pessoas específicas com quem mantemos relação;
- Relações interpessoais saudáveis são a base da consciência social. Não podemos cuidar do "mundo" se não cuidarmos de quem está ao nosso lado;
- Teia equilibrada representa a harmonia social, onde as relações são de suporte mútuo;
- O fio solto representa a indiferença, quando paramos de investir nas nossas relações;
- O puxão representa o conflito e o egoísmo, quando usamos as nossas relações apenas para benefício próprio;
- A consciência social nasce na forma como tratamos as pessoas. Se eu sou um bom filho/a, um bom namorado/a, um amigo/a leal, um aluno/a respeitoso/a e um vizinho empático, eu estou fortalecendo a minha teia de relações saudáveis.

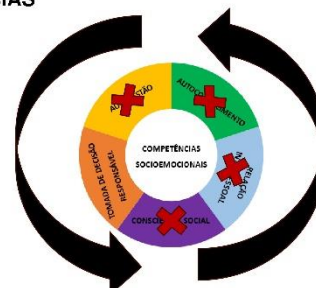


A **Consciência Social e a Relação Interpessoal** como os **teus novos super poderes.**

Apêndice D. Sessão de Educação para a Saúde sobre Tomada de Decisão Responsável



PILARES DAS COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS



O QUE É A TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL?

- Capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas:
 - Comportamento pessoal;
 - Interações sociais com base na análise de padrões éticos, questões de segurança e normas sociais;
 - Avaliação realista das consequências de várias ações para o bem-estar pessoal e dos outros.

(DGS, 2016)



QUEM TOMA DECISÕES RESPONSÁVEIS...

- Tem informação e sabe analisá-la;
- Sabe pesar prós e contras;
- Faz escolhas responsáveis;
- Assume o risco das suas decisões.

(DGS, 2016)

ATIVIDADE DINÂMICA: “O Peso da Escolha”

1. Apresentação de vários dilemas, aos quais cada adolescente vai ter de tomar uma posição, relativamente, à decisão que acha mais pertinente para cada tipo de dilema;
2. Discussão em sala de aula de cada um dos dilemas, tendo em conta as consequências imediatas e as consequências a longo prazo;
3. Visualizar a relação causa-efeito e o impacto das decisões impulsivas vs ponderadas.



Não estamos aqui para julgar a opinião de ninguém, vamos apenas, todos juntos, discutir cada dilema e aprender a tomar decisões responsáveis.



DILEMA 1

A melhor amiga do Alex, a Sara, confidenciou que está a passar por problemas graves de saúde relacionados com a alimentação e implorou ao Alex para manter segredo.

Como lidas com o segredo da Sara?

1. Informas um adulto de confiança (Enfermeiro de Saúde Escolar, os Pais da Sara ou o Professora) sobre a situação?
2. Não fazes nada, esperas que a Sara decida procurar ajuda por si própria?



DILEMA 2

O João tem 16 anos e é o namorado da Júlia. A Júlia tem sido ciumenta e controladora ultimamente. Ontem, durante uma discussão acesa, a Júlia agarrou o braço do João com força, deixando uma marca vermelha. A Júlia chorou e pediu desculpa, prometendo que nunca mais voltaria a acontecer, culpando o stress. O João ama a Júlia, mas está assustado e envergonhado por ter a marca e não saber se isto voltará a acontecer.

O que é que o João deve fazer após ter sido agredido fisicamente?

1. Termina a relação e procura ajuda.
2. Dar uma segunda oportunidade à Júlia?



DILEMA 3

Estão num grupo de projeto escolar onde um dos membros do grupo, o Rafael, não está a fazer a sua parte do trabalho, o que está a afetar a nota de todos. Um outro membro, a **Maria**, propõe ir falar com o professor sem avisar o João. Um terceiro membro, o **Tiago**, sugere dar a última oportunidade ao Rafael e tentar entender o porquê da sua falta de empenho.

Como deve o grupo reagir à falta de empenho do Rafael?

1. Seguir a proposta da Maria e falar com professor sem avisar o Rafael?
2. Seguir a proposta do Tiago e dar uma última oportunidade ao Rafael e conversar?



DILEMA 4

Um membro do vosso grupo social mais alargado, a Matilde, sempre quis participar em viagens convosco, acabou de vos perguntar se pode ir. No entanto, ela teve alguns comportamentos desagradáveis recentemente, como, fofocas desagradáveis e atitudes egoístas, que te causaram tensão e mágoa. Incluí-la na viagem pode arruinar o ambiente de descontração.

Incluíam a Matilde na viagem?

1. Sim, porque ela em contexto de viagem pode ser diferente.
2. Não vou querer viajar com a Matilde porque pode voltar a acontecer e fico com a viagem estragada.
3. Vou ter uma conversa honesta com a Matilde, antes de dar uma resposta definitiva.



CONCLUSÃO / REFLEXÃO

- ❑ A **Tomada de Decisão Responsável** de um dilema não se foca apenas em "**resolver o problema**", mas em garantir que a solução seja **ética, sustentável e respeitosa** para todos os envolvidos.
- ❑ As nossas decisões devem ser baseadas tendo em conta os nossos valores pessoais;
- ❑ Decidir responsabilmente é escolher o caminho **que protege a tua saúde emocional e a integridade do grupo**, assumindo as consequências com coragem e tratando o outro com a dignidade que gostarias de receber, mesmo ao dizer um "não".



CONCLUSÃO GERAL

As **competências socioemocionais** tem um impacto positivo no ambiente escolar, o que promove uma série de benefícios académicos, sociais e emocionais para os alunos:

- ❖ Melhor desempenho académico;
- ❖ Melhores atitudes, comportamentos e relações;
- ❖ Menos comportamentos disruptivos;
- ❖ Redução do Stress Emocional.



A **Tomada de Decisão Responsável** como o teu novo *super poder*.



Apêndice E. Folheto – “Guia prático para as tuas competências socioemocionais”

Outras medidas:

- Usa técnicas de relaxamento (respiração) para lidar com o stress.
- Define metas realistas e mantém o foco;
- Demonstra resiliência (levanta-te após um insucesso académico ou pessoal).

Não tentes fazer tudo de uma vez.

Esta semana, escolhe **UMA** destas medidas para praticar.



Começa hoje, cada interação e cada emoção são o caminho e a oportunidade para praticar.

As competências socioemocionais não são "disciplinas", mas sim ferramentas para a tua vida que impactam tudo o que fazes.

NÃO PRECISAS DE SER UM SUPER

HERÓI SOZINHO (A)!

Falar é o primeiro passo. Fala connosco ou com quem confias na escola!

Onde encontrar ajuda?

- Enfermeira Saúde Escolar
- Diretor de Turma
- Amigos
- Família



Aluna Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Ana Marta Maurício
m59893@alunos.uevora.pt

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

**DESBLOQUEIA OS TEUS SUPER
PODERES
EMOCIONAIS E SOCIAIS**



O guia rápido para as tuas
competências
socioemocionais

GERE CONFLITOS (SEM "DRAMA")

- O Botão de Pausa: A conversa está a aquecer? Pede 10 minutos. É inteligente, não é cobardia.
- Ataca o Problema, não a Pessoa: O problema não é o teu amigo, o problema é o trabalho de grupo mal dividido. Separa as coisas.
- Trabalhar em equipa de forma eficaz, promove a cooperação.



CONTROLA OS TEUS "GATILHOS"

- "Check-in Rápido": Para 3x ao dia e pergunta:
"O que estou a sentir agora?" Ansiedade? Fome? Angústia? Felicidade? Identifica apenas, sem julgar.
- Conhece-te: Conheceres-te é o primeiro passo para te saberes controlar.
- Reconhece os teus valores e a tua autoeficácia ("Eu sou capaz de...").

MEDIDAS PROMOTORAS

Como praticar estas
competências?

AFIA A TUA COMUNICAÇÃO



- Escuta Ativa: Ouvir para *entender*, não só para *responder*. Guarda o telemóvel quando alguém fala contigo.
- Expressa a tua opinião de forma clara e respeitosa, sem ser agressivo ou passivo.

CALÇA OS SAPATOS DOS OUTROS (Empatia)



- Toma Perspetiva: Antes de julgares ou reagires, pergunta-te: "O que pode estar a acontecer na vida desta pessoa AGORA para ela agir assim?"
- Reconhece as qualidades e sentimentos dos teus colegas.
- Mostra respeito pelas diferenças culturais e de opinião.

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

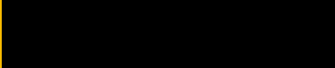
São as tuas ferramentas internas.
São a tua capacidade de:

- Entender o que sentes (e porquê).
- Gerir o stress e as tuas emoções.
- Sentir empatia com os outros.
- Resolver conflitos (sem "drama").
- Tomar decisões inteligentes.



Porque é que isto importa?
Porque te dá vantagens!

Apêndice F. Poster Informativo “Conheces os teus super poderes?”



CONHECES OS TEUS **SUPER** PODERES?

AS TUAS COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

AUTOCONHECIMENTO



Conheces-te a ti próprio? Entendes o que sentes? O que te motiva? Quais são os teus pontos fortes e fracos?

PRÁTICA: Pergunta-te a ti mesmo "O que estou a sentir agora?"

AUTOGESTÃO



És o Capitão do teu barco? Consegues gerir as tuas emoções? O teu tempo? As tuas ações para atingir objetivos?

PRÁTICA: "Pausa de 5 segundos" antes de reagir. Foca-te numa tarefa 25 min (Técnica Pomodoro).

CONSCIÊNCIA SOCIAL



Entendes o mundo à tua volta? Consegues perceber o que os outros sentem e como pensam, mesmo que não digam?

PRÁTICA: "E se eu estivesse no lugar dele(a)?"

RELAÇÕES INTERPESSOAIS



És bom a comunicar? Consegues resolver conflitos, trabalhar em grupo e pedir ajuda quando precisas?

PRÁTICA: Usa "Eu sinto..." em vez de "Tu fizeste..."

TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL



Pensas antes de agir? Consegues fazer escolhas inteligentes, considerando as consequências para ti e para os outros?

PRÁTICA: Lista os "prós" e "contras" antes de uma escolha importante.

Quais as vantagens de desenvolveres as tuas competências socioemocionais?

Menos stress e ansiedade: lidas melhor com os desafios.
Melhores notas: foco e organização ajudam no estudo.
Amizades mais fortes: comunica e resolve os teus conflitos.
Mais confiança: nas tuas escolhas e no teu futuro!

Não precisas de ser um **HERÓI** sozinho (a)!

Fala connosco ou com quem confias na escola!

Onde encontrar ajuda?

- Enfermeira Saúde Escolar
- Diretor de Turma
- Amigos
- Família

Apêndice G. Panfleto de Divulgação e Apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária

OBJETIVOS:

- Contribuir para a capacitação dos adolescentes, no que diz respeito às competências socioemocionais;
- Contribuir para a prevenção de comportamentos de risco dos adolescentes, no que diz respeito às competências socioemocionais;
- Promover conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes, em contexto escolar.



Aluna Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública Ana Marta Maurício
m59893@alunos.uevora.pt

PROMOÇÃO DE CONHECIMENTOS E ATITUDES QUE POTENCIAM AS COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS DOS ADOLESCENTES – INTERVENÇÃO EM CONTEXTO ESCOLAR



PROJETO DIRIGIDO A ALUNOS DO 10º ANO DE ESCOLARIDADE DO ENSINO PROFISSIONAL



"As competências socioemocionais são essenciais para o desenvolvimento integral dos adolescentes, contribuindo para o bem-estar físico, mental e social."



"O desenvolvimento das competências socioemocionais durante a adolescência é essencial, pois permite um desenvolvimento emocional e comportamental sólido, essencial, ao longo da vida".



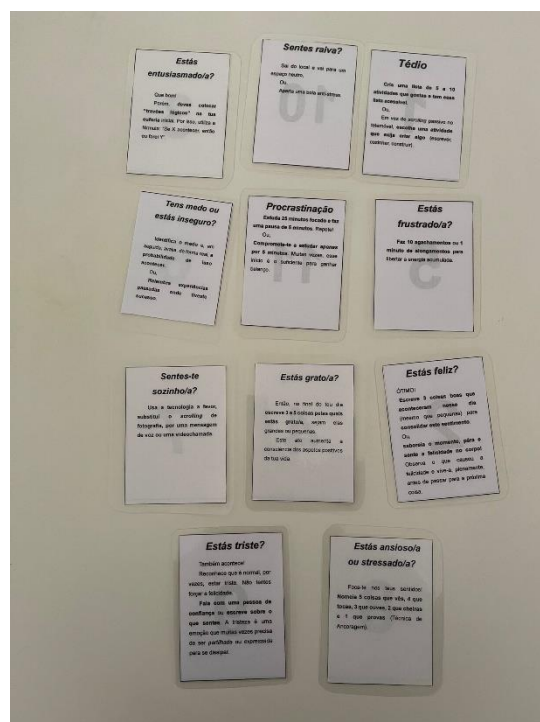
"Estratégias de promoção e educação contribuem, significativamente, para a saúde mental e emocional dos adolescentes".

ATIVIDADES A DESENVOLVER:

- Aplicação de questionário aos alunos (duração 25-30min);
- Sessões de Educação para a Saúde sobre as competências socioemocionais (50min/sessão);
- Colocação de Poster informativo na escola sobre as competências socioemocionais, para promover o desenvolvimento da saúde emocional e social dos adolescentes;
- Distribuição de folhetos informativos, sobre mecanismos a adotar para o desenvolvimento das diversas competências sociais e emocionais.

Apêndice H. Material Atividade Dinâmica sobre Autoconhecimento e Autogestão: “Mimica das Emoções, o jogo das Soluções”

*Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes
- intervenção em contexto escolar*



Apêndice I. Material e Atividade Dinâmica sobre Consciência Social e Relação Interpessoal: “Teia Humana das Relações Interpessoais e da Consciência Social”



Apêndice J. Porta-chaves oferecido aos alunos: “Todos os Sentimentos são Válidos”



Apêndice K. Questionário de Satisfação das Sessões

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Olá! A tua opinião é muito importante para mim. Por favor, dedica um minuto a responder a estas perguntas sobre a atividade que acabaste de ter.

INSTRUÇÕES

Por favor, classifica os seguintes itens numa escala de 0 a 5, assinalando com um **X** o número que melhor representa a tua opinião.

- **0** = Nada Satisfeito / Nada Útil
- **5** = Totalmente Satisfeito / Totalmente Útil

CLASSIFICAÇÃO

1. Como classificas a sessão em termos de satisfação geral? (*Pensa na atividade como um todo, se gostaste, se foi interessante, etc.*)

0	1	2	3	4	5
(Nada Satisfeito)					(Totalmente Satisfeito)
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Como classificas as ferramentas/técnicas apresentadas em termos de utilidade? (*Pensa se vais usar no futuro o que aprendeste hoje.*)

0	1	2	3	4	5
(Nada Útil)					(Totalmente Útil)
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muito Obrigado pela tua participação!

Apêndice I. Cronograma de Atividades

Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes - intervenção em contexto escolar

ATIVIDADES	Junho				Julho				Agosto				Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Reunião com a Equipa da UCC																																								
Reunião com a Direção da Escola e Professoras PES																																								
Pedido de Parecer à Comissão de Ética do IPBeja																																								
Pedido de Autorização, via e-mail para utilização dos instrumentos de avaliação																																								
Pedido de Autorização à DGE através do MIME para utilização das escalas em meio escolar																																								
Aplicação dos questionários aos alunos																																								
Diagnóstico de Situação																																								
Definição de Prioridades																																								
Fixação de Objetivos																																								
Seleção de Estratégias																																								
Preparação Operacional																																								
Sessão de Educação para a Saúde sobre Autoconhecimento e Autogestão																																								
Sessão de Educação para a Saúde sobre Consciência Social e Relações Interpessoais																																								
Sessão de Educação para a Saúde sobre Tomada de Decisão Responsável																																								
Elaboração e Distribuição de documentos informativos relacionados com as Competências Socio Emocionais																																								
Avaliação do Projeto																																								
Reunião com a Equipa da UCC																																								
Elaboração e entrega do relatório final de Estágio																																								

TABELAS

Tabela 18. Dados Sociodemográficos dos Participantes

	Número (n)	Percentagem (%)
Sexo dos Participantes		
Masculino	17	32,7
Feminino	35	67,3
Total	52	100
Idade dos Participantes		
14	1	1,9
15	31	59,6
16	11	21,2
17	8	15,4
18	1	1,9
Total	52	100
Com quem vive		
Mãe	6	11,5
Mãe e Companheiro(a)	5	9,6
Mãe e Companheiro(a), Avós	1	1,9
Mãe e Companheiro(a), outro	1	1,9
Mãe e Pai	29	55,8
Mãe e Pai, Avós	1	1,9
Mãe e Pai, outro	4	7,7
Mãe, Avós	1	1,9
Mãe, Outro	1	1,9

Pai	1	1,9
Pai, Mãe e Companheiro(a)	2	3,8
Total	52	100

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 19. Dados Sociodemográficos dos Encarregados de Educação

	Número (n)	Percentagem (%)
Situação Profissional do Encarregado de Educação		
Empregado(a)	44	84,6
Estudante	1	1,9
Omisso	7	13,5
Nível de Escolaridade do Encarregado de Educação		
1º Ciclo (até ao 4º ano)	1	1,9
2º Ciclo (5º e 6º Ano)	2	3,8
3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano)	10	19,2
Curso Profissional	3	5,8
Ensino Secundário (10º, 11º e 12º Ano)	15	28,8
Ensino Superior	11	21,2
Mestrado	5	9,6
Doutoramento	2	3,8
Sabe ler e escrever	1	1,9

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 20. Caracterização das dimensões avaliadas (EACSE e KIDSCREEN 27)

EACSE			KIDSCREEN		
	Frequência (n)	Percentagem (%)		Frequência (n)	Percentagem (%)
Regulação Emocional			Saúde e Atividade Física		
Baixo	1	1.9	Muito baixo	1	1.9
Médio	14	26.9	Baixo	8	15.4
Alto	26	50	Médio	17	32.7
Muito alto	9	17.3	Alto	10	19.2
Omisso	2	3.9	Estado de Humor geral e Sentimentos sobre Si Próprio		
Relações interpessoais			Alto	20	38.5
Médio	13	25	Muito alto	27	51.9
Alto	25	48.1	Família e Tempo livre		
Muito alto	13	25	Baixo	3	5.8
Omisso	1	1.9	Médio	11	21.2
Competências Básicas			Alto	18	34.6
Médio	7	13.5	Muito alto	20	38.5
Alto	19	36.5	Amigos		
Muito alto	24	46.2	Baixo	3	5.8
Omisso	2	3.8	Médio	6	11.5
Resolução de problemas			Alto	10	19.2
Baixo	1	1.9	Muito alto	33	63.5
Médio	14	26.9	Ambiente Escolar e Aprendizagem		
Alto	25	48.1	Muito baixo	1	1.9
Muito Alto	11	21.2	Baixo	3	5.8
Omisso	1	1.9	Médio	19	36.5
Definições de Objetivos			Alto	22	42.3
Baixo	12	23.1	Muito alto	7	13.5
Médio	29	55.8			
Alto	10	19.2			
Omisso	1	1.9			

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 21. KIDSCREEN por Categoria e Turma

KIDSCREEN 27 SCORE E TURMAS				
CATEGORIA	TURMA	PONTOS OBTIDOS	PONTOS POSSIVEIS	PERCENTAGEM
Saúde e Atividade Física	I	113	175	64,57
	J	402	500	80,4
	L	227	275	82,55
	M	197	350	56,29
Humor e Sentimentos sobre Si Próprio	I	158	245	64,49
	J	601	700	85,86
	L	333	385	86,49
	M	362	490	73,88
Família e Tempo Livre	I	173	245	70,61
	J	599	700	85,57
	L	322	385	83,64
	M	378	490	77,14
Amigos	I	102	140	72,86
	J	348	400	87
	L	181	220	82,27
	M	246	280	87,86
Ambiente Escolar e Aprendizagem	I	86	140	61,43
	J	281	400	70,25
	L	155	205	75,61
	M	189	280	67,5

Fonte: Elaboração Própria

Tabela 22. EACSE “Para mim é fácil” por Dimensão e Turma

Dimensão	Turma	Pontos Obtidos	Pontos Possíveis	Percentagem (%)
Regulação Emocional	I	152	245	62,04%
	J	516	700	73,71%
	L	237	350	67,71%
	M	304	490	62,04%
Relações Interpessoais	I	196	280	70,00%
	J	620	800	77,50%
	L	268	400	67,00%
	M	378	560	67,50%
Competências Básicas	I	197	280	70,36%
	J	647	800	80,88%
	L	307	400	76,75%
	M	428	560	76,43%
Resolução de Problemas	I	288	525	54,86%
	J	1109	1500	73,93%
	L	535	750	71,33%
	M	686	1050	65,33%
Definição de Objetivos	I	86	175	49,14%
	J	235	500	47,00%
	L	143	250	57,20%
	M	179	350	51,14%

Fonte: Elaboração própria

*Promoção de conhecimentos e atitudes que potenciam as competências socioemocionais dos adolescentes
- intervenção em contexto escolar*