

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

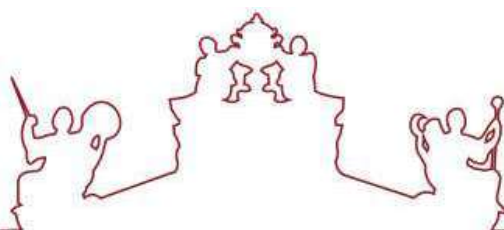
Relatório de Estágio

Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes no Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite

Ana Rita Bailão Banha

Orientador(es) | Teresa Mestre

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

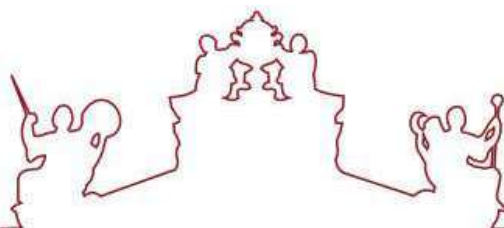
Relatório de Estágio

Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes no Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite

Ana Rita Bailão Banha

Orientador(es) | Teresa Mestre

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 | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Isaura Serra (Universidade de Évora) (Arguente)
Teresa Mestre (Universidade de Évora) (Orientador)

A amizade é desnecessária, como a filosofia, como a arte, como o próprio universo... Ela não tem valor de sobrevivência; antes, é uma daquelas coisas que dão valor à sobrevivência.

C. S. Lewis

AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório representa o culminar de um percurso exigente, desafiante e profundamente transformador, que não teria sido possível sem o apoio de pessoas que, de formas muito distintas, estiveram presentes ao longo deste caminho.

À Professora Doutora Teresa Mestre, minha orientadora, expresso o meu sincero agradecimento pela orientação, pela disponibilidade e pela exigência com que acompanhou este percurso. Numa etapa académica particularmente desafiante, o seu apoio foi essencial para me ajudar a crescer, a pensar com mais rigor e, sobretudo, a continuar sem me deixar cair nos momentos em que o peso deste caminho mais se fez sentir.

À enfermeira C.T., deixo um agradecimento muito especial. Pela presença, pela ajuda, pela forma como me acompanhou e por ter tornado possível um caminho que, em muitos momentos, se revelou particularmente exigente. O seu apoio foi determinante para que este percurso pudesse ser vivido, construído e continuado, mas levo comigo, acima de tudo, a forma genuína e humana com que esteve presente em cada etapa.

À enfermeira R.L., agradeço a disponibilidade, a partilha de conhecimento e o contributo prestado ao longo deste percurso. Levo também comigo o exemplo de rigor, profissionalismo e humanidade com que me deu a conhecer um mundo que, até então, me era mais distante.

Aos meus pais, por tudo o que são em mim e por tudo o que fizeram, fazem e continuarão a fazer, mesmo quando isso nem sempre se vê. Pelo amor, pelo esforço, pelo apoio e por terem sido, ao longo de toda a minha vida, a base segura que ajudou a construir a pessoa que hoje sou.

Aos meus amigos, que não preciso de nomear, porque saberão sempre quem são, por terem estado presentes de forma verdadeira, pela escuta, pelo carinho e por me lembrarem, tantas vezes, que continuar é sempre possível.

Aos meus avós, com quem tive uma ligação muito especial, deixo um agradecimento cheio de saudade. Não chegaram a ver esta etapa da minha vida, mas quero acreditar que continuam a guiar-me, através do amor, dos valores e do tanto que deixaram em mim.

À Teca, por tudo o que as palavras nunca conseguirão dizer por inteiro. Foi preciso eu ter 5 anos, 8 meses e 25 dias para conhecer um amor sem igual — nem sempre fácil, mas único na forma como permanece, resiste ao tempo e faz parte de quem sou. A ti, dedico este percurso.

O meu sincero obrigada, a todos os que, de forma direta ou indireta, caminharam comigo até aqui.

Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes no Meio Escolar: A Amizade é Como um Kyawthuite

RESUMO

A adolescência constitui uma etapa crítica do desenvolvimento humano, marcada por transformações emocionais, sociais e relacionais, tornando pertinente a promoção das competências sociais e emocionais em contexto escolar. O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, espelha o percurso realizado nos contextos de estágio, bem como a conceção, implementação e avaliação de um projeto de intervenção comunitária dirigido a adolescentes do 9.º ao 12.º ano, na região do Alentejo. Estruturado segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, integrou um estudo observacional, descritivo e correlacional, com aplicação de instrumentos de autorrelato. Os resultados evidenciaram fragilidades na tomada de decisão responsável, na definição de objetivos e na gestão emocional e comportamental. Os estágios contribuíram para o desenvolvimento profissional, sustentado nas competências específicas do enfermeiro especialista e nas inerentes ao grau de mestre, num domínio com influência no bem-estar, nas relações e nas trajetórias de vida dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente; Amigos; Enfermagem em Saúde Comunitária; Habilidades Sociais; Serviços de Saúde Escolar.

Promotion of Social and Emotional Skills in Adolescents in the School Setting: Friendship Is Like a Kyawthuite

ABSTRACT

Adolescence is a critical stage of human development, marked by emotional, social, and relational changes, which makes the promotion of social and emotional skills in the school setting particularly relevant. This report, developed within the scope of the Master's Degree in Community and Public Health Nursing, reflects the pathway undertaken during the internships, as well as the design, implementation, and evaluation of a community intervention project aimed at adolescents attending grades 9th through 12th in the Alentejo region. Structured according to the Health Planning Methodology, it included an observational, descriptive, and correlational study using self-report instruments. The results revealed weaknesses in responsible decision-making, goal setting, and emotional and behavioural management. The internships contributed to professional development, grounded in the specific competencies of the specialist nurse and those inherent to the master's degree, within a field that significantly influences adolescents' well-being, relationships, and life trajectories.

Keywords: Teenager; Friends; Community Health Nursing; Social Skills; School Health Services.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CASEL - Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning

CCDR Alentejo, I.P. - Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, I.P.

CILE - Consentimento informado livre e esclarecido

DGE - Direção-Geral da Educação

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSS - Diagnóstico de Situação de Saúde

EACSE-CA - Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para Crianças e Adolescentes

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ETC - Equivalente a tempo completo

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPDJ - Instituto Português do Desporto e Juventude

IUHPE - União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação para a Saúde

MIME - Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

MPS - Metodologia do Planeamento em Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Objetivo Específico

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIC - Projeto de Intervenção Comunitária

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

SE - Saúde Escolar

SEL - *Social and Emotional Learning*

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. ADOLESCÊNCIA E DESENVOLVIMENTO	16
1.2. DETERMINANTES DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA.....	18
1.3. COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS	20
1.3.1. Conceito de competências sociais e emocionais.....	20
1.3.2. Importância das competências sociais e emocionais no desenvolvimento dos adolescentes	22
1.3.3. Promoção das competências sociais e emocionais em contexto escolar	23
1.3.4. Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde Escolar.....	25
1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR.....	27
1.5. PERSPETIVA TEÓRICA: MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	29
2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO: PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	31
2.1. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS.....	31
2.1.1. Tipo de estudo	32
2.1.2. População e amostra	32
2.1.3. Instrumentos de recolha de dados	33
2.1.4. Procedimentos de recolha de dados.....	34
2.1.5. Análise de dados	35
2.1.6. Considerações éticas	36
2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	37
2.2.1. Caracterização dos locais de intervenção	38
2.2.2. Caracterização epidemiológica associada aos contextos de estágio	40
2.2.3. Caracterização da população-alvo	41
2.2.4. Apresentação e análise dos resultados	42
2.2.5. Identificação de problemas e necessidades de saúde	51
2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	53

2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	54
2.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	58
2.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	61
2.6.1. Análise das atividades desenvolvidas	63
2.6.2. Recursos	69
2.6.3. Cumprimento do cronograma de atividades	71
2.6.4. Comunicação e divulgação do projeto	73
2.7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	73
2.7.1. Monitorização da implementação das atividades	74
2.7.2. Avaliação do processo de intervenção	75
2.7.3. Avaliação dos resultados da intervenção	88
2.7.4. Perspetiva de continuidade do projeto.....	92
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	95
3.1. ENQUADRAMENTO DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	96
3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PERCURSO FORMATIVO.....	98
3.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	99
3.2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	101
3.2.3. Competências associadas ao grau de mestre	103
3.3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	117
Anexo A - Domínios e impactos do Social and Emotional Learning (SEL).....	118
Anexo B – Representação esquemática do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	121
Anexo C – Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças e adolescentes EACSE-CA	123

Anexo D – Resposta ao pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças e adolescentes EACSE-CA	127
Anexo E – Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais	129
Anexo F – Resposta ao pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais.....	135
Anexo G – Parecer da Direção-Geral da Educação	137
Anexo H – Parecer da Universidade de Évora	139
Anexo I – Notícias elaboradas pelos alunos na sessão de educação para a saúde “Kyawthuite em Notícias”	141
APÊNDICES.....	149
Apêndice A - Formulário digital dos instrumentos de recolha de dados	150
Apêndice B - Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para Crianças e Adolescentes EACSE-CA.....	152
Apêndice C – Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais.....	154
Apêndice D – Pedido de autorização à Direção-Geral da Educação para a realização de inquérito em meio escolar	156
Apêndice E – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	158
Apêndice F- Apresentação em PowerPoint da sessão de educação para a saúde “Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes no Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite”	161
Apêndice G – Registo de respostas da plataforma digital <i>Mentimeter</i> à questão “O que é, para ti, a amizade?”	165
Apêndice H – Registo da exposição temática na biblioteca escolar subordinada à questão “O que é, para ti, a amizade?”	167
Apêndice I – Capa digital de jornal para divulgação do projeto.....	170
Apêndice J – Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio na UCC.....	172
Apêndice K – Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio na USP	177
Apêndice L – Scoping review “Planeamento Participativo no Processo de Planeamento em Saúde Pública”	184

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da população-alvo por ano de escolaridade	42
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra	42
Tabela 3. Resultados da Escala de avaliação das competências sociais e emocionais segundo o modelo CASEL	43
Tabela 4. Resultados da escala EACSE-CA – dimensão “Para mim é fácil”	45
Tabela 5. Matriz de correlações entre as dimensões das escalas CASEL e EACSE-CA.....	47
Tabela 6. Diferenças nas competências sociais e emocionais em função do sexo	50
Tabela 7. Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 1	56
Tabela 8. Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 2	57
Tabela 9. Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 3	57
Tabela 10. Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 4	57
Tabela 11. Síntese das estratégias de intervenção do PIC.....	61
Tabela 12. Análise das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC	68
Tabela 13. Recursos mobilizados para a implementação do PIC e respetiva estimativa de custo	70
Tabela 14. Cronograma do PIC: janeiro de 2025 a junho de 2026	72
Tabela 15. Síntese das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC e número de participantes por atividade.....	77
Tabela 16. Participação nas sessões de intervenção e questionários de satisfação respondidos	77
Tabela 17. Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Promoção de Competências Sociais e Emocionais: A amizade é como um kyawthuite”.....	78
Tabela 18. Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Programa Cuida-te, IPDJ”	81
Tabela 19. Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Movimento que Une”	83
Tabela 20. Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Kyawthuite em Notícias”	85
Tabela 21. Síntese da avaliação dos resultados da intervenção	90

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde das populações constitui um dos pilares fundamentais da enfermagem comunitária e de saúde pública, exigindo intervenções sustentadas no conhecimento científico, na compreensão dos contextos sociais e na identificação das necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, a formação avançada em enfermagem assume um papel determinante na preparação de profissionais capazes de desenvolver intervenções orientadas para a melhoria dos determinantes de saúde, para a capacitação das comunidades e para a promoção do bem-estar coletivo. O presente relatório insere-se no âmbito do IX Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação –Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, constituindo um exercício de análise e reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório, etapa fundamental na consolidação de competências especializadas neste domínio da prática profissional.

O percurso de estágio decorreu em contexto de cuidados de saúde primários, em diferentes unidades funcionais integradas numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região do Alentejo, nomeadamente, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Pública (USP). A componente realizada em UCC decorreu em dois períodos distintos, compreendidos entre 22 de abril e 20 de junho de 2025 e entre 15 de setembro e 10 de outubro de 2025, enquanto a componente desenvolvida em USP decorreu entre 13 de outubro de 2025 e 30 de janeiro de 2026. Estes contextos proporcionaram oportunidades de aprendizagem diversificadas no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença e da intervenção comunitária, permitindo contactar com diferentes realidades populacionais e desenvolver estratégias orientadas para a capacitação das comunidades e para a melhoria da saúde das populações.

No âmbito deste percurso formativo emergiu o interesse pela temática da promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes no contexto escolar, reconhecendo-se a adolescência como uma etapa particularmente significativa do desenvolvimento humano. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), este período caracteriza-se por profundas transformações biológicas, cognitivas e psicossociais, que influenciam a construção da identidade, a redefinição das relações interpessoais e a forma como os adolescentes interpretam e respondem às exigências do meio social (OMS, 2020). Durante esta fase do ciclo de vida, as relações estabelecidas com os pares assumem uma importância progressivamente maior,

desempenhando um papel relevante no desenvolvimento socioemocional, no bem-estar e na adaptação psicossocial dos adolescentes (Huttunen et al., 2025; Blum et al., 2022).

Neste contexto, as competências sociais e emocionais têm vindo a assumir crescente relevância no domínio da promoção da saúde e da educação, sendo reconhecidas como um conjunto de capacidades fundamentais que permitem aos indivíduos compreender e regular emoções, estabelecer relações interpessoais positivas, tomar decisões responsáveis e responder de forma construtiva aos desafios da vida quotidiana (CASEL, 2020; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021). A promoção destas competências em meio escolar constitui uma estratégia particularmente relevante no âmbito da saúde pública, na medida em que contribui para o desenvolvimento integral dos adolescentes, para a melhoria do clima relacional nos contextos educativos e para a prevenção de comportamentos de risco ao longo do ciclo de vida.

A escolha desta temática encontra igualmente expressão simbólica no título do presente trabalho. O kyawthuite é considerado um dos minerais mais raros do mundo, distinguindo-se pela sua extrema escassez, sendo conhecido apenas um exemplar identificado até ao momento. De forma metafórica, esta associação permite ilustrar o valor simbólico de determinadas relações humanas que, tal como alguns elementos raros da natureza, assumem um significado singular no percurso de vida das pessoas. Durante a adolescência, as relações de amizade podem assumir esse carácter único, influenciando de forma profunda o desenvolvimento emocional, social e identitário dos adolescentes e constituindo frequentemente um dos principais pilares de suporte nesta etapa do ciclo de vida.

Foi neste enquadramento que se desenvolveu um projeto de intervenção comunitária (PIC) centrado na promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes em contexto escolar. O presente documento constitui, assim, o relatório de estágio, no qual se descreve e analisa criticamente o percurso desenvolvido ao longo dos contextos de estágio, bem como o processo de conceção, implementação e avaliação da intervenção realizada.

A intervenção desenvolvida baseou-se na Metodologia do Planeamento em Saúde (MPS), amplamente utilizada no âmbito de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Esta metodologia permite estruturar de forma sistemática o processo de intervenção, desde a identificação das necessidades de saúde da população até à definição de prioridades, formulação de objetivos, implementação de estratégias e avaliação dos resultados alcançados. A utilização do planeamento em saúde possibilita, assim, desenvolver intervenções fundamentadas na análise da realidade em saúde e orientadas para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar das populações (Imperatori & Giraldes, 1982).

Paralelamente, a intervenção foi sustentada por referenciais teóricos associados ao desenvolvimento socioemocional e à promoção das competências sociais e emocionais na adolescência.

Assim, o presente relatório tem como objetivo descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do estágio em enfermagem comunitária e de saúde pública, bem como sobre o processo de planeamento, implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária realizado.

Relativamente à organização do documento, o relatório encontra-se estruturado em diferentes capítulos que refletem o percurso conceptual e metodológico desenvolvido ao longo deste trabalho. Após a presente introdução apresenta-se o enquadramento teórico, no qual se procede à análise dos principais contributos da literatura científica relacionados com a adolescência, o desenvolvimento socioemocional e o papel das relações entre pares na construção do bem-estar e da identidade dos adolescentes. Seguidamente procede-se à caracterização dos contextos de estágio e ao processo de planeamento da intervenção, incluindo a descrição das diferentes etapas da MPS que sustentaram o desenvolvimento do projeto. Posteriormente, apresenta-se o projeto de intervenção comunitária, detalhando as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos. Seguidamente, desenvolve-se uma reflexão crítica sobre o percurso realizado, as competências adquiridas e as implicações da intervenção para a prática da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Por fim, apresenta-se a conclusão do relatório. A realização deste relatório permitiu igualmente desenvolver e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), nomeadamente, ao nível da análise das necessidades de saúde da comunidade, do planeamento de intervenções baseadas na evidência científica e da implementação de estratégias de promoção da saúde orientadas para grupos populacionais específicos.

A elaboração do presente relatório seguiu as normas de elaboração de trabalhos académicos e científicos escritos da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora, bem como as orientações da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição, no que respeita à referenciação e citação das fontes bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico constitui uma componente essencial do presente relatório, permitindo fundamentar cientificamente a temática em estudo e contextualizar a intervenção desenvolvida no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública. Neste sentido, procede-se à análise dos principais contributos da literatura científica relacionados com a adolescência enquanto etapa do desenvolvimento humano, com particular enfoque no desenvolvimento socioemocional e na importância das relações interpessoais nesta fase do ciclo de vida. Paralelamente, abordam-se os conceitos associados às competências sociais e emocionais e a sua relevância no contexto da promoção da saúde em meio escolar. Adicionalmente, apresenta-se o enquadramento da temática à luz dos determinantes de saúde na adolescência, bem como dos principais documentos estratégicos e referenciais teóricos que orientam a intervenção em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Por fim, procura-se contextualizar o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na promoção do bem-estar e da saúde dos adolescentes, evidenciando a importância de intervenções estruturadas e baseadas na evidência científica.

1.1. ADOLESCÊNCIA E DESENVOLVIMENTO

Segundo a OMS (2024), a adolescência corresponde, de forma geral, ao período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade. Trata-se de uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, marcada por mudanças progressivas que influenciam a construção da autonomia, dos valores e dos padrões comportamentais dos indivíduos (Sawyer et al., 2018; Steinberg, 2013).

Durante esta fase do desenvolvimento humano, os adolescentes experienciam um conjunto de transformações que ultrapassam as alterações físicas associadas à puberdade, envolvendo igualmente processos complexos de maturação emocional, desenvolvimento cognitivo e reorganização das relações sociais. Estas mudanças influenciam a forma como os adolescentes se percebem a si próprios, os outros e o mundo que os rodeia, contribuindo para a construção da identidade pessoal e social (Sawyer et al., 2018). Estudos recentes têm demonstrado que o desenvolvimento socioemocional durante a adolescência se encontra fortemente associado à qualidade das relações interpessoais e à capacidade de regulação emocional, fatores que influenciam diretamente o bem-estar psicológico e a adaptação social dos adolescentes (Shankland et al., 2024; Huttunen et al., 2025).

Do ponto de vista psicológico e social, a adolescência caracteriza-se por uma crescente procura de autonomia e independência relativamente às figuras parentais, acompanhada por uma valorização progressiva das relações estabelecidas com o grupo de pares. Neste contexto, as relações interpessoais assumem um papel particularmente relevante, uma vez que os adolescentes tendem a procurar no seu grupo social referências, validação emocional e apoio na construção do seu percurso individual (Steinberg, 2013).

A literatura científica recente tem evidenciado que o grupo de pares exerce uma influência significativa nos comportamentos, atitudes e escolhas dos adolescentes, podendo constituir simultaneamente um fator de proteção ou de risco para a saúde e o bem-estar. Neste sentido, relações interpessoais positivas e ligações sociais significativas associam-se a melhores indicadores de saúde mental, bem-estar e adaptação social, assumindo especial relevância durante a adolescência (Blum et al., 2022; Krammer et al., 2023).

Paralelamente, esta fase do desenvolvimento é também marcada por uma maior vulnerabilidade a diversos desafios relacionados com a saúde física, mental e social. A exposição a comportamentos de risco, as pressões sociais e as mudanças emocionais próprias desta etapa podem influenciar significativamente o bem-estar dos adolescentes, tornando essencial a implementação de estratégias de promoção da saúde dirigidas a esta população (Patton et al., 2016).

Neste sentido, a adolescência representa simultaneamente um período de grande potencial de desenvolvimento e uma fase particularmente sensível do ciclo de vida, na qual intervenção precoce e adequadamente estruturada pode contribuir para a promoção de trajetórias de saúde positivas ao longo da vida. A evidência científica demonstra que programas de promoção da saúde e de desenvolvimento socioemocional implementados nesta fase podem produzir impacto duradouro no bem-estar psicológico, na integração social e na adoção de comportamentos saudáveis ao longo do percurso de vida (Taylor et al., 2017). Compreender as características e os desafios inerentes à adolescência constitui um passo essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes no âmbito da saúde pública, particularmente em contextos educativos e comunitários, onde os adolescentes passam grande parte do seu tempo e constroem relações que influenciam de forma determinante o seu desenvolvimento pessoal, social e emocional.

Neste contexto, importa reconhecer que o desenvolvimento e o bem-estar dos adolescentes não são determinados exclusivamente por fatores individuais, sendo fortemente influenciados por múltiplos fatores sociais, ambientais e culturais que moldam as oportunidades de saúde ao longo desta fase do ciclo de vida. A compreensão destes fatores torna-se, por isso, essencial para o planeamento de intervenções eficazes no âmbito da saúde pública dirigidas a esta

população. Neste sentido, torna-se pertinente analisar os principais determinantes de saúde que influenciam o desenvolvimento e o bem-estar dos adolescentes.

1.2. DETERMINANTES DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

A saúde dos adolescentes é influenciada por um conjunto complexo de fatores que ultrapassam a dimensão biológica do indivíduo, envolvendo igualmente condições sociais, económicas, culturais e ambientais, que moldam as oportunidades de desenvolvimento e bem-estar ao longo do ciclo de vida. Estes fatores, designados por determinantes de saúde, desempenham um papel fundamental na compreensão das desigualdades em saúde e na definição de estratégias de intervenção no âmbito da saúde pública.

De acordo com a OMS (2024), os determinantes de saúde correspondem ao conjunto de circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo os sistemas sociais, económicos e políticos que influenciam essas condições. Neste sentido, a saúde não resulta apenas das características ou das escolhas pessoais, sendo fortemente condicionada pelo contexto social e pelas oportunidades disponíveis ao longo da vida.

No período da adolescência estes determinantes assumem particular relevância, uma vez que se trata de uma fase marcada por profundas transformações físicas, emocionais e sociais, durante a qual se consolidam comportamentos, estilos de vida e padrões relacionais que poderão influenciar a saúde na idade adulta (Patton et al., 2016). A evidência científica demonstra que fatores como o contexto familiar, o ambiente escolar, as condições socioeconómicas, as relações com o grupo de pares e o acesso a serviços de saúde influenciam significativamente o bem-estar físico, psicológico e social dos adolescentes (Sawyer et al., 2018).

Entre os diferentes determinantes de saúde, assumem particular relevância os determinantes sociais da saúde, entendidos como as condições sociais e estruturais que influenciam as oportunidades de saúde das populações. A evidência atual mostra que fatores como a condição socioeconómica, o contexto familiar, o percurso escolar, a integração comunitária e o apoio social moldam significativamente o bem-estar e a saúde dos adolescentes, contribuindo para desigualdades que podem repercutir-se no presente e prolongar-se ao longo do curso de vida. Neste sentido, a compreensão e abordagem dos determinantes sociais da saúde assumem especial importância na adolescência, enquanto fase sensível do desenvolvimento e da consolidação de trajetórias futuras em saúde (OMS, 2025; Plano Nacional de Saúde 2030 [PNS 2030], 2024).

No contexto da adolescência, a escola assume um papel particularmente relevante enquanto espaço privilegiado de socialização, aprendizagem e desenvolvimento pessoal. Para além da sua função educativa, o ambiente escolar constitui um importante contexto de promoção da saúde, no qual podem ser desenvolvidas intervenções dirigidas ao fortalecimento de competências pessoais e sociais, à prevenção de comportamentos de risco e à promoção de estilos de vida saudáveis. A promoção da saúde em adolescentes tem vindo a assumir crescente relevância nas políticas de saúde pública, sendo reconhecida como uma estratégia fundamental para melhorar o bem-estar e reduzir desigualdades em saúde. Neste âmbito, diversas organizações internacionais têm destacado a importância de intervenções precoces e integradas que considerem os múltiplos determinantes de saúde que influenciam esta população.

Neste sentido, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), definidos no âmbito da Agenda 2030 das Nações Unidas, constituem um importante enquadramento estratégico para a promoção da saúde e do bem-estar das populações. Entre estes, destacam-se particularmente três objetivos que apresentam uma relação direta com a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes: o ODS 3 — Saúde de Qualidade, o ODS 4 — Educação de Qualidade e o ODS 10 — Redução das Desigualdades.

O **ODS 3 — Saúde de Qualidade** tem como objetivo garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, enfatizando a importância da promoção da saúde mental, da prevenção de comportamentos de risco e do acesso equitativo a cuidados de saúde. A adolescência constitui um período particularmente relevante para a concretização deste objetivo, uma vez que a adoção de comportamentos saudáveis nesta fase pode influenciar positivamente o estado de saúde ao longo do ciclo de vida.

Por sua vez, o **ODS 4 — Educação de Qualidade** reconhece o papel central da educação no desenvolvimento humano e na promoção da saúde. O contexto escolar constitui um espaço privilegiado para a implementação de intervenções de promoção da saúde, permitindo desenvolver competências pessoais e sociais que contribuem para o bem-estar dos adolescentes, para a melhoria das relações interpessoais e para o sucesso académico.

Por fim, o **ODS 10 — Redução das Desigualdades** destaca a necessidade de reduzir as disparidades sociais e económicas que influenciam o acesso a oportunidades de saúde e educação. As desigualdades sociais podem ter um impacto significativo no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes, sendo fundamental promover intervenções que garantam igualdade de oportunidades e favoreçam contextos educativos e comunitários mais inclusivos.

Neste enquadramento, a promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes assume particular relevância, uma vez que contribui para o desenvolvimento do bem-estar

psicológico, para a melhoria das relações interpessoais e para a adoção de comportamentos saudáveis. Intervenções desenvolvidas em contexto escolar, orientadas para o fortalecimento destas competências, podem constituir estratégias eficazes de promoção da saúde e de redução das desigualdades em saúde, contribuindo simultaneamente para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde, a educação e a equidade social.

1.3. COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

1.3.1. Conceito de competências sociais e emocionais

As competências sociais e emocionais assumem um papel central no desenvolvimento humano, particularmente durante a adolescência, etapa do ciclo de vida caracterizada por profundas transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Durante este período, os indivíduos enfrentam desafios associados à construção da identidade, ao estabelecimento de relações interpessoais significativas e à progressiva autonomia face às figuras parentais, tornando-se fundamental o desenvolvimento de capacidades que permitam compreender e gerir emoções, interagir de forma adequada com os outros e tomar decisões responsáveis (Steinberg, 2013; Sawyer et al., 2018).

De acordo com a Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL), as competências sociais e emocionais correspondem ao conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades que permitem aos indivíduos reconhecer e gerir emoções, estabelecer e manter relações positivas, demonstrar empatia, tomar decisões responsáveis e lidar de forma eficaz com diferentes situações da vida (CASEL, 2020). Este conceito integra-se no âmbito da aprendizagem social e emocional, frequentemente designada na literatura internacional como *Social and Emotional Learning* (SEL), abordagem que tem vindo a assumir crescente relevância nos contextos educativos e de promoção da saúde.

A literatura científica recente tem evidenciado que o desenvolvimento das competências sociais e emocionais se associa a benefícios ao nível do bem-estar psicológico, da adaptação social e do desempenho académico. Revisões mais recentes mostram que intervenções de SEL implementadas em contexto escolar contribuem para melhorias nas competências sociais e emocionais, nas atitudes face à escola, nos comportamentos pró-sociais e no rendimento académico (Cipriano et al., 2023; Shankland et al., 2024).

Entre os referenciais conceptuais mais amplamente utilizados nesta área destaca-se o modelo conceptual de SEL, desenvolvido e divulgado pela CASEL, que organiza as

competências sociais e emocionais em cinco domínios fundamentais: autoconsciência, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável (CASEL, 2020). A representação esquemática do modelo SEL encontra-se apresentada no Anexo A, permitindo uma visualização integrada das cinco competências que o constituem. A **autoconsciência** refere-se à capacidade de reconhecer as próprias emoções, pensamentos e valores, compreendendo de que forma estes influenciam o comportamento. A **autorregulação** diz respeito à capacidade de gerir emoções, pensamentos e comportamentos em diferentes situações, permitindo lidar com desafios e adaptar-se a diversos contextos. A **consciência social** envolve a capacidade de compreender as perspetivas e emoções dos outros, demonstrando empatia e respeito pela diversidade. As **competências relacionais** incluem a capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis, comunicar de forma eficaz, cooperar com os outros e resolver conflitos de forma construtiva. Por fim, a **tomada de decisão responsável** refere-se à capacidade de realizar escolhas éticas e informadas, considerando as consequências das ações e o bem-estar próprio e dos outros (CASEL, 2020).

No contexto da adolescência, o desenvolvimento destas competências assume particular relevância, uma vez que esta fase do ciclo de vida corresponde a um período de intensificação das relações com o grupo de pares, de exploração de papéis sociais e de progressiva construção da identidade. A aquisição destas competências contribui para o fortalecimento das relações interpessoais, para o desenvolvimento da empatia, para a melhoria da capacidade de resolução de conflitos e para a adoção de comportamentos mais saudáveis e adaptativos (Steinberg, 2013; Taylor et al., 2017).

Neste sentido, a promoção das competências sociais e emocionais tem vindo a assumir crescente relevância no âmbito das políticas educativas e das estratégias de promoção da saúde, sendo reconhecida como uma abordagem fundamental para promover o desenvolvimento integral dos adolescentes e favorecer ambientes escolares mais positivos, inclusivos e promotores de bem-estar.

Estudos internacionais têm igualmente demonstrado que programas estruturados de desenvolvimento de competências sociais e emocionais em contexto escolar produzem melhorias significativas no bem-estar psicológico, no comportamento social e no desempenho académico dos adolescentes (Durlak et al., 2011; OCDE, 2021).

Neste contexto, o desenvolvimento das competências sociais e emocionais assume particular relevância, não apenas no domínio educativo, mas também no âmbito da promoção da saúde, na medida em que contribui para o fortalecimento de capacidades individuais que permitem aos adolescentes lidar de forma mais adaptativa com desafios emocionais, relacionais

e sociais, favorecendo a adoção de comportamentos promotores de bem-estar ao longo do ciclo de vida.

1.3.2. Importância das competências sociais e emocionais no desenvolvimento dos adolescentes

No desenvolvimento dos adolescentes, as competências sociais e emocionais contribuem para a capacidade de compreender e regular emoções, estabelecer relações interpessoais positivas e tomar decisões responsáveis, desempenhando um papel determinante no ajustamento psicológico e social (CASEL, 2020; Steinberg, 2013).

A capacidade de reconhecer, compreender e regular emoções assume particular relevância nesta etapa do ciclo de vida, frequentemente marcada por maior intensidade emocional e por um aumento das exigências sociais. A autorregulação emocional permite aos adolescentes responder de forma mais adaptativa a situações de frustração, conflito ou pressão social, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de *coping* e para trajetórias de desenvolvimento mais ajustadas (CASEL, 2020; Steinberg, 2013).

Estudos recentes demonstram que o desenvolvimento das competências sociais e emocionais se associa a melhores níveis de adaptação psicossocial, bem-estar psicológico e integração escolar. Paralelamente, estas competências assumem particular relevância na qualidade das relações interpessoais estabelecidas durante a adolescência, favorecendo a empatia, a comunicação eficaz, a cooperação e a resolução construtiva de conflitos, contribuindo para relações interpessoais mais positivas e para percursos de desenvolvimento mais ajustados em contexto escolar e social (Shankland et al., 2024; OECD, 2024).

Estudos recentes sublinham igualmente a relevância das relações positivas entre pares para o bem-estar e o desenvolvimento dos adolescentes. Relações de amizade caracterizadas por apoio emocional, confiança e reciprocidade associam-se a níveis mais elevados de bem-estar psicológico, maior sentido de pertença social e melhor ajustamento interpessoal, podendo funcionar como importantes fontes de suporte emocional e contribuir para o fortalecimento da autoestima, da identidade e do sentimento de pertença (Blum et al., 2022; Krammer et al., 2023). Por outro lado, a participação em relações interpessoais saudáveis constitui também um contexto privilegiado para o desenvolvimento e consolidação das próprias competências sociais e emocionais, evidenciando a natureza dinâmica e interdependente destes processos (Cipriano et al., 2023; Shankland et al., 2024).

A meta-análise de Cipriano et al. (2024), bem como os dados mais recentes da OCDE (2024), evidenciam que o desenvolvimento das competências sociais e emocionais durante a adolescência se associa a melhores níveis de bem-estar subjetivo, adaptação ao contexto escolar, qualidade das relações interpessoais e desenvolvimento positivo. Estes autores mostram igualmente que programas estruturados implementados em contexto escolar contribuem para melhorias no funcionamento socioemocional, no desempenho académico, no clima escolar e nas relações entre pares, reforçando a relevância desta abordagem nos contextos educativos e de promoção da saúde.

A importância das competências sociais e emocionais na adolescência torna-se, assim, particularmente evidente quando analisada à luz dos desafios próprios desta etapa do ciclo de vida. A adolescência corresponde a um período marcado por profundas transformações físicas, emocionais, cognitivas e sociais, durante o qual se consolidam formas de pensar, sentir, relacionar-se e agir que influenciam o bem-estar, a adaptação ao contexto escolar e a participação social. Neste quadro, competências como a regulação emocional, a empatia, a colaboração, a comunicação e a tomada de decisão responsável assumem especial relevância, na medida em que se associam a melhores níveis de bem-estar, maior qualidade das relações interpessoais, melhor adaptação ao contexto escolar e trajetórias de desenvolvimento mais positivas (CASEL, 2020; OCDE, 2024).

No contexto do Alentejo, os dados demográficos disponíveis mostram um reduzido peso relativo da população adolescente: segundo os Censos 2021, os adolescentes dos 10 aos 19 anos representavam cerca de 9% da população residente, enquanto a população com 60 ou mais anos correspondia a aproximadamente 35% do total, refletindo um contexto marcado pelo envelhecimento populacional e por desafios acrescidos ao nível da coesão e da sustentabilidade social e territorial (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, I. P. [CCDR Alentejo, I.P.], 2022, 2024). Neste contexto, a promoção das competências sociais e emocionais em meio escolar assume particular pertinência enquanto estratégia de promoção da saúde orientada para o desenvolvimento positivo dos adolescentes, em consonância com o PNS 2030, que enfatiza a melhoria do bem-estar ao longo do ciclo de vida e a redução das desigualdades em saúde (OCDE, 2024; PNS 2030, 2024).

1.3.3. Promoção das competências sociais e emocionais em contexto escolar

A promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes tem assumido crescente relevância no âmbito das estratégias de promoção da saúde e das políticas educativas,

pelo seu contributo para o bem-estar psicológico, para a qualidade das relações interpessoais, para a adaptação ao contexto escolar e para a prevenção de comportamentos de risco. Neste sentido, a escola constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento destas competências, uma vez que proporciona oportunidades contínuas de interação entre pares, aprendizagem cooperativa e desenvolvimento pessoal (OCDE, 2021).

A meta-análise de Cipriano et al. (2024), bem como os referenciais da CASEL (2020) e da OCDE (2021), evidenciam que intervenções estruturadas em contexto escolar orientadas para o desenvolvimento das competências sociais e emocionais produzem benefícios significativos ao nível do bem-estar psicológico, da adaptação ao contexto educativo, da qualidade das relações interpessoais e do desempenho académico. Programas de SEL implementados nas escolas têm demonstrado efeitos positivos no desenvolvimento da autorregulação emocional, da empatia, da comunicação e da resolução de conflitos, reforçando a relevância desta abordagem nos contextos educativos e de promoção da saúde.

Além disso, a escola pode constituir um espaço seguro e estruturado, favorecendo o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes. A existência de ambientes escolares positivos, marcados por relações de respeito, confiança, pertença e apoio social, associa-se a melhores níveis de envolvimento escolar, bem-estar emocional e qualidade das relações interpessoais, reforçando o papel da escola na promoção das competências sociais e emocionais (OCDE, 2021; OMS & UNESCO, 2021).

As abordagens contemporâneas de promoção das competências sociais e emocionais privilegiam metodologias participativas e experiencialmente orientadas, que valorizam a interação entre pares, a reflexão sobre experiências pessoais e a aprendizagem através da prática. Atividades como dinâmicas de grupo, exercícios de reflexão individual e coletiva, resolução colaborativa de problemas e discussão de situações do quotidiano têm demonstrado ser particularmente eficazes na promoção do desenvolvimento das competências sociais e emocionais dos adolescentes, uma vez que permitem explorar emoções, desenvolver empatia e fortalecer competências de comunicação e cooperação (CASEL, 2020).

Considerando a relevância destas competências no desenvolvimento e bem-estar dos adolescentes, torna-se fundamental refletir sobre o papel dos profissionais de saúde, particularmente do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na promoção de contextos que favoreçam o seu desenvolvimento.

1.3.4. Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde Escolar

A saúde escolar (SE) constitui uma área estratégica da promoção da saúde e da prevenção da doença em idade pediátrica e juvenil, assumindo um papel determinante na criação de ambientes educativos promotores de bem-estar físico, psicológico e social. A escola representa um contexto privilegiado para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde, uma vez que é neste espaço que crianças e adolescentes passam uma parte significativa do seu tempo, estabelecem relações interpessoais significativas e consolidam comportamentos que podem influenciar a sua saúde ao longo do ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015; OMS, 2020).

A evolução do paradigma da SE encontra-se profundamente associada ao desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, particularmente após a publicação da Carta de Ottawa, em 1986, que reconhece que a saúde é criada e vivida pelas pessoas nos contextos da sua vida quotidiana, incluindo a escola, a família e a comunidade (OMS, 1986). Neste sentido, a escola passou a ser reconhecida não apenas como um espaço de aprendizagem académica, mas também como um ambiente determinante para o desenvolvimento global das crianças e adolescentes e para a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Neste enquadramento, a SE assume-se como uma área de intervenção orientada para a promoção da saúde e prevenção da doença em meio educativo, privilegiando a atuação sobre os determinantes de saúde e a criação de contextos escolares favoráveis ao desenvolvimento integral dos estudantes. Diversos estudos têm demonstrado que intervenções desenvolvidas em contexto escolar apresentam elevado potencial para promover comportamentos saudáveis, prevenir problemas de saúde e contribuir para o bem-estar psicológico e social dos adolescentes (Patton et al., 2016; Inchley et al., 2020).

A abordagem das escolas promotoras de saúde defende, assim, uma intervenção integrada que envolva toda a comunidade educativa, incluindo alunos, professores, famílias e profissionais de saúde, com o objetivo de criar ambientes escolares seguros, inclusivos e favoráveis ao desenvolvimento saudável (União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação para a Saúde [IUHPE], 2009). Esta abordagem reconhece que a promoção da saúde em meio escolar deve ser desenvolvida de forma contínua, participativa e intersetorial, integrando diferentes áreas do conhecimento e promovendo a articulação entre saúde e educação.

Esta abordagem encontra-se alinhada com o conceito *de Health Promoting Schools*, desenvolvido pela OMS, que defende uma intervenção integrada em meio escolar, envolvendo

políticas institucionais, ambientes escolares favoráveis à saúde, educação para a saúde e participação ativa da comunidade educativa (OMS, 2021; IUHPE, 2009). Em Portugal, a intervenção em SE encontra-se enquadrada no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), coordenado pela DGS. Este programa constitui um instrumento estruturante das políticas públicas de promoção da saúde em contexto educativo, promovendo a articulação entre os setores da saúde e da educação e incentivando o desenvolvimento de estratégias que favoreçam ambientes escolares saudáveis e promotores de bem-estar (DGS, 2015).

O PNSE privilegia uma abordagem integrada da SE, centrada na promoção da saúde, na prevenção da doença e no fortalecimento de fatores protetores ao longo do percurso educativo. Entre as áreas prioritárias de intervenção destaca-se a promoção da saúde mental e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, reconhecendo-se que estas competências desempenham um papel fundamental no bem-estar dos adolescentes, na qualidade das relações interpessoais e na adoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2019).

Neste contexto, a promoção das competências sociais e emocionais em meio escolar assume particular relevância, uma vez que contribui para o desenvolvimento de capacidades que permitem aos adolescentes compreender e gerir emoções, estabelecer relações interpessoais positivas e tomar decisões responsáveis. Estas competências constituem fatores protetores importantes no desenvolvimento saudável dos adolescentes, contribuindo para a prevenção de comportamentos de risco e para a promoção do bem-estar ao longo da vida.

Assim, a promoção da saúde em meio escolar assume um papel determinante no desenvolvimento integral dos adolescentes, uma vez que permite intervir precocemente sobre fatores que influenciam o seu bem-estar físico, psicológico e social. A escola constitui, portanto, um contexto privilegiado para a implementação de estratégias de promoção da saúde, favorecendo a aquisição de conhecimentos, atitudes e competências que contribuem para a adoção de estilos de vida saudáveis e para o fortalecimento de fatores protetores ao longo do percurso de vida (DGS, 2015; OMS, 2020). Neste enquadramento, a implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas aos adolescentes em meio escolar requer a participação de diferentes profissionais que integram as equipas de SE, entre os quais se destacam os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, cujo papel na promoção da saúde em contexto escolar será abordado no ponto seguinte.

1.4. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública constitui uma área especializada da enfermagem orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria da qualidade de vida das populações. A intervenção nesta área encontra-se igualmente enquadrada pelo Regulamento n.º 428/2018, que define as competências específicas do EEECS, nomeadamente no domínio da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, da capacitação de grupos e comunidades e da integração da coordenação de programas de saúde de base comunitária. A intervenção nesta área centra-se na identificação das necessidades de saúde das comunidades, na mobilização de recursos e no desenvolvimento de estratégias que promovam o bem-estar individual e coletivo. Neste contexto, o EEECS assume um papel fundamental na capacitação das comunidades, na promoção de estilos de vida saudáveis e na redução das desigualdades em saúde (Melo, 2020; Regulamento n.º 428/2018).

A atuação destes profissionais baseia-se numa abordagem centrada na comunidade e orientada para os determinantes de saúde que influenciam o bem-estar das populações. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro especialista procura não apenas responder a problemas de saúde já existentes, mas também desenvolver estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença que permitam fortalecer as capacidades individuais e coletivas das comunidades. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde representa um marco fundamental no desenvolvimento das políticas de promoção da saúde, defendendo a criação de ambientes favoráveis à saúde, o fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento de competências pessoais que permitam às populações assumir um papel ativo na melhoria da sua saúde (OMS, 1986). Neste contexto, a promoção da saúde assume um papel central na intervenção da enfermagem comunitária, sendo definida como o processo que permite às pessoas aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la (OMS, 1986).

A intervenção em enfermagem comunitária implica frequentemente o desenvolvimento de projetos e programas de saúde dirigidos a grupos populacionais específicos, tendo por base o planeamento em saúde (PS) e a identificação das necessidades da comunidade. Neste contexto, o PS assume particular relevância enquanto instrumento orientador da intervenção em saúde pública, permitindo identificar problemas prioritários, definir objetivos e delinear estratégias de intervenção ajustadas à realidade da comunidade, promovendo uma atuação estruturada e sustentada na evidência científica (Melo, 2020).

Importa igualmente salientar que, no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a intervenção deve ser sustentada por processos sistemáticos de análise da realidade em saúde, incluindo a recolha e interpretação de indicadores que permitam caracterizar necessidades, identificar problemas prioritários e orientar a definição de estratégias de intervenção. Nesta perspetiva, o diagnóstico de situação de saúde (DSS) constitui uma etapa estruturante, baseando-se num processo contínuo de colheita e análise de informação relevante que permite traçar o perfil de saúde de uma população e apoiar a tomada de decisão em saúde pública.

Entre os diferentes contextos de intervenção da enfermagem comunitária, o meio escolar assume particular relevância enquanto espaço privilegiado para a promoção da saúde junto de crianças e adolescentes. A escola constitui um ambiente onde se desenvolvem importantes processos de socialização, aprendizagem e construção de valores, desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes. Neste sentido, a implementação de intervenções de promoção da saúde em contexto escolar permite alcançar um número significativo de adolescentes e contribuir para o desenvolvimento de competências que influenciam positivamente o seu bem-estar e os seus comportamentos de saúde.

A intervenção do EECCSP em meio escolar visa, assim, promover ambientes educativos mais saudáveis e capacitar os estudantes para adotarem comportamentos promotores de saúde. Através de estratégias educativas participativas e adaptadas às características dos adolescentes, torna-se possível desenvolver competências pessoais e sociais que contribuem para o bem-estar emocional, para a qualidade das relações interpessoais e para a construção de estilos de vida saudáveis.

Deste modo, a atuação do EECCSP em contexto escolar assume um papel relevante na promoção da saúde dos adolescentes, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções estruturadas que favoreçam o fortalecimento das competências individuais e coletivas e a criação de ambientes educativos mais saudáveis e inclusivos.

Posto isto, a implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas aos adolescentes em meio escolar deve assentar em referenciais teóricos que permitam compreender os fatores que influenciam os comportamentos de saúde e orientar o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes. Entre os modelos teóricos mais utilizados na promoção da saúde destaca-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

1.5. PERSPETIVA TEÓRICA: MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

O Modelo de Promoção da Saúde desenvolvido por Nola Pender constitui um dos referenciais teóricos mais amplamente utilizados na enfermagem para compreender e orientar intervenções dirigidas à promoção da saúde e à adoção de comportamentos promotores de bem-estar. Este modelo assenta numa perspetiva positiva da saúde, centrada no potencial de desenvolvimento do indivíduo e na sua capacidade de participar ativamente na construção do próprio processo de saúde. Assim, a promoção da saúde é entendida como um processo que visa capacitar os indivíduos para adotarem comportamentos que contribuam para o seu bem-estar e qualidade de vida, assumindo particular relevância no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública, onde a intervenção se orienta para a capacitação das populações, a prevenção da doença e a promoção de estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2019).

De acordo com este modelo, os comportamentos de promoção da saúde resultam da interação entre características individuais, experiências anteriores e um conjunto de cognições e afetos relacionados com o comportamento. Entre os principais elementos do modelo destacam-se os benefícios percebidos relativamente à adoção de determinado comportamento, as barreiras percebidas que podem dificultar a sua implementação, a autoeficácia percebida, o afeto associado ao comportamento e as influências interpessoais e situacionais que condicionam as escolhas dos indivíduos. Estes fatores interagem de forma dinâmica, influenciando o compromisso com a ação e a probabilidade de adoção de comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2019). A representação esquemática deste modelo encontra-se apresentado no Anexo B, permitindo uma melhor compreensão da relação entre os diferentes componentes que o integram.

No contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender revela-se particularmente pertinente para orientar intervenções planeadas e sustentadas na evidência científica, permitindo compreender os múltiplos fatores que influenciam os comportamentos de saúde das populações. A aplicação deste referencial favorece o desenvolvimento de estratégias de intervenção que valorizam a capacitação dos indivíduos, o reforço da autoeficácia, a identificação de barreiras e facilitadores e a influência do contexto social e ambiental na adoção de comportamentos saudáveis. Neste sentido, o modelo articula-se de forma coerente com etapas fundamentais da intervenção em saúde

pública, como o DSS e o MPS, contribuindo para uma abordagem estruturada e sistemática da promoção da saúde.

A pertinência deste modelo no presente trabalho torna-se particularmente evidente quando considerado o contexto da adolescência. Esta fase do ciclo de vida caracteriza-se por profundas transformações físicas, emocionais e sociais, sendo também um período em que os comportamentos e as escolhas são fortemente influenciados pelo grupo de pares, pelo contexto escolar e pela perceção de benefícios e barreiras associados a diferentes comportamentos. Neste sentido, a promoção das competências sociais e emocionais pode ser compreendida como uma estratégia fundamental para reforçar fatores centrais do modelo, nomeadamente a autoeficácia, a capacidade de tomada de decisão, a gestão de emoções e o desenvolvimento de relações interpessoais positivas, elementos que favorecem a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Assim, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender constitui um suporte conceptual relevante para sustentar intervenções de enfermagem comunitária dirigidas à promoção da saúde em adolescentes. Ao integrar fatores individuais, cognitivos, emocionais e contextuais na compreensão dos comportamentos de saúde, este modelo permite enquadrar teoricamente intervenções educativas e participativas desenvolvidas em meio escolar, orientadas para o fortalecimento das competências pessoais e sociais dos adolescentes e para a criação de ambientes promotores de bem-estar.

Em síntese, o enquadramento teórico apresentado constitui a base conceptual do projeto de intervenção comunitária dirigido à promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes, cuja metodologia e implementação são apresentadas no capítulo seguinte.

2. ENQUADRAMENTO PRÁTICO: PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O desenvolvimento de intervenções em saúde comunitária exige uma abordagem sistemática que permita identificar necessidades de saúde, definir prioridades e implementar estratégias adequadas às características da população-alvo e do contexto em que a intervenção se insere. Neste âmbito, a MPS constitui uma metodologia amplamente utilizada no domínio da saúde pública e da enfermagem comunitária, permitindo organizar de forma estruturada o processo de intervenção e orientar a tomada de decisão baseada na evidência científica.

De acordo com Imperatori & Giraldes (1982), o planeamento em Saúde corresponde a um processo organizado que visa responder de forma racional às necessidades de saúde das populações, através da identificação de problemas, definição de prioridades, estabelecimento de objetivos, seleção de estratégias e avaliação dos resultados obtidos. Esta metodologia assume particular relevância em contextos comunitários, onde a complexidade dos determinantes de saúde exige intervenções planeadas, integradas e ajustadas às características específicas das comunidades.

No contexto da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, o planeamento em saúde constitui igualmente um instrumento fundamental de apoio à tomada de decisão clínica e comunitária, permitindo desenvolver intervenções orientadas para a melhoria dos indicadores de saúde das populações e para a promoção do bem-estar. Neste sentido, o recurso a uma metodologia de planeamento estruturado contribui para garantir maior rigor na identificação de necessidades, na definição de prioridades de intervenção e na implementação de estratégias de promoção da saúde (Melo, 2020; Tavares, 1992).

Assim, o presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido tendo por base a MPS, integrando diferentes etapas, nomeadamente o DSS, a determinação de prioridades, a definição de objetivos, a seleção de estratégias de intervenção, a preparação operacional do projeto e, posteriormente, a monitorização e avaliação das atividades desenvolvidas.

2.1. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

No presente subcapítulo apresentam-se os aspetos metodológicos e as considerações éticas que sustentaram o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária. Atendendo a que o projeto foi desenvolvido segundo a MPS, a abordagem metodológica adotada atravessa as diferentes etapas do processo, desde o DSS à definição de prioridades, fixação de objetivos,

seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Neste âmbito, apresentam-se de seguida o tipo de estudo realizado, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de recolha e análise dos dados e, por fim, as considerações éticas inerentes ao estudo.

2.1.1. Tipo de estudo

O estudo efetuado assumiu uma abordagem quantitativa, de natureza observacional, descritiva e correlacional, desenvolvida em contexto comunitário e escolar. Este tipo de estudo permitiu descrever e caracterizar os fenómenos de saúde numa determinada população, sem manipulação das variáveis em análise, possibilitando a recolha e análise sistemática de dados relevantes para a identificação de necessidades de saúde e para a fundamentação do planeamento de intervenções dirigidas à população-alvo (Flanagan & Beck, 2024; Rezigalla, 2020).

De acordo com Flanagan e Beck (2024), os estudos descritivos têm como principal finalidade observar, descrever e documentar aspetos de uma determinada situação ou fenómeno, permitindo obter uma compreensão aprofundada das características da população em estudo. Neste sentido, a abordagem quantitativa possibilita a recolha de dados mensuráveis, facilitando a análise estatística da informação obtida e a identificação de padrões ou tendências relevantes para o DSS.

No âmbito do planeamento em saúde, a utilização de estudos descritivos assume particular relevância, sobretudo na etapa de DSS, uma vez que permite conhecer as características da população e identificar necessidades de saúde que sustentem a definição de prioridades e o desenvolvimento de estratégias de intervenção (Imperatorì & Giraldes, 1982). Assim, a opção por um estudo observacional, descritivo e correlacional revelou-se adequada aos objetivos do PIC, permitindo recolher informação junto da população adolescente e apoiar o processo de identificação de necessidades no âmbito da promoção das competências sociais e emocionais.

2.1.2. População e amostra

A população-alvo correspondeu aos adolescentes que frequentavam o 9.º ano do 3.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, concretamente os alunos do 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade da comunidade escolar onde decorreu o estágio em enfermagem comunitária e de saúde pública. A exclusão dos 7.º e 8.º anos decorreu da delimitação do projeto em função

da necessidade identificada pela escola, tendo a intervenção sido orientada para os anos de escolaridade considerados prioritários nesse contexto.

O questionário foi disponibilizado a todos os alunos destes anos de escolaridade, tendo sido assegurados o carácter voluntário e o anonimato da participação. Assim, a amostra do estudo correspondeu aos adolescentes que responderam ao questionário disponibilizado, após autorização dos respetivos encarregados de educação, mediante Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (CILE).

Tratou-se, portanto, de uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que os participantes foram incluídos em função da sua disponibilidade e acessibilidade no contexto em que decorreu o estudo. Este tipo de amostragem é frequentemente utilizado em estudos de natureza descritiva realizados em contexto comunitário ou escolar, particularmente quando o objetivo consiste em caracterizar fenómenos numa população específica (Flanagan & Beck, 2024; Rezigalla, 2020).

Importa salientar que o número de adolescentes que participou nas sessões de intervenção foi superior ao número de participantes que respondeu ao questionário, uma vez que a participação no DSS foi voluntária e dependente da decisão individual dos alunos e da respetiva autorização dos encarregados de educação.

2.1.3. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados foi utilizado um formulário em formato digital, construído na plataforma *Google Forms*, que integrou dois instrumentos de avaliação das competências sociais e emocionais, aplicados sequencialmente aos participantes. Encontra-se a respetiva hiperligação no Apêndice A.

O primeiro instrumento utilizado foi a escala “Para mim é fácil” — Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para Crianças e Adolescentes (EACSE-CA), desenvolvida por Gaspar, Matos e Aventura Social (2013). Este instrumento é constituído por 43 itens e permite avaliar a perceção dos adolescentes relativamente à facilidade com que mobilizam diferentes competências sociais e emocionais. As respostas são dadas numa escala de frequência de cinco pontos — Nunca, Poucas vezes, Algumas vezes, Muitas vezes e Sempre — sendo que pontuações mais elevadas traduzem uma perceção mais favorável de competência nos aspetos avaliados. A escala encontra-se apresentada no Anexo C.

Para a utilização do instrumento referido foi solicitada autorização aos respetivos autores, garantindo o cumprimento das normas éticas associadas ao uso de instrumentos de recolha de

dados em investigação. O pedido de autorização encontra-se no Apêndice B e a respetiva resposta encontra-se no Anexo D.

O segundo instrumento correspondeu à Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais, apresentada no Anexo E, originalmente desenvolvida pela *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* e pelo *American Institutes for Research* (2013), com tradução por Casado, Simões, Sousa e Vargès e adaptação por Casado (2019). A escala encontra-se disponível em versão de heteroavaliação e em versão de autoavaliação, tendo sido utilizada a versão de autoavaliação. O instrumento avalia cinco domínios fundamentais das competências sociais e emocionais — autoconsciência, autogestão, consciência social, competência relacional e tomada de decisão responsável — através de uma escala de resposta de 1 a 4, em que 1 corresponde a “Raramente”, 2 a “Ocasionalmente”, 3 a “Frequentemente” e 4 a “Quase sempre”, contemplando ainda a opção “NA” quando não é possível avaliar ou quando o respondente não tem a certeza. Pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais favoráveis de competência nos domínios avaliados. A versão de autoavaliação apresenta 30 itens distribuídos pelos cinco domínios referidos.

De igual modo, para a utilização deste instrumento foi solicitada autorização aos respetivos autores, assegurando o cumprimento das normas éticas associadas ao uso de instrumentos de recolha de dados em investigação. O pedido de autorização encontra-se no Apêndice C e a respetiva resposta encontra-se no Anexo F.

A utilização destes instrumentos permitiu recolher informação de forma sistemática, padronizada e adequada aos objetivos do estudo, constituindo uma base importante para a avaliação das competências sociais e emocionais dos adolescentes no âmbito do DSS.

2.1.4. Procedimentos de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada em contexto escolar, mediante articulação prévia com a direção da instituição de ensino onde decorreu o estágio, tendo sido enquadrada no âmbito do projeto de intervenção desenvolvido. Atendendo a que o estudo envolveu a aplicação de instrumentos de recolha de dados a alunos em meio escolar, foi necessária a obtenção de autorização prévia da Direção-Geral da Educação (DGE), de acordo com os procedimentos exigidos para a realização de estudos em contexto educativo. Para o efeito, foi submetido, através da plataforma de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), um pedido formal de realização de inquérito, no qual foram apresentados os objetivos do estudo, a designação do projeto, os instrumentos de recolha de dados a utilizar e os procedimentos éticos

associados à participação dos alunos. O pedido de autorização submetido à DGE encontra-se apresentado no Apêndice D, enquanto a respetiva aprovação se encontra apresentada no Anexo G.

Após a obtenção da autorização da DGE, o formulário digital foi partilhado com os alunos do 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade. Antes da aplicação do instrumento, foram explicados aos participantes os objetivos do estudo, bem como garantidos o carácter voluntário da participação, o anonimato das respostas e a confidencialidade da informação recolhida.

Atendendo a que os participantes eram menores de idade, foi previamente assegurada a autorização dos respetivos encarregados de educação, através de CILE, garantindo o cumprimento das normas éticas associadas à participação de menores em investigação em saúde.

Os alunos responderam ao questionário de forma autónoma e anónima, sendo posteriormente as respostas registadas automaticamente na plataforma digital para posterior tratamento e análise dos dados. A utilização de questionários estruturados em formato digital constitui um procedimento frequentemente utilizado em investigação em saúde e ciências sociais, permitindo recolher dados de forma sistemática, eficiente e organizada junto de um conjunto alargado de participantes (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2017).

2.1.5. Análise de dados

A análise dos dados foi realizada com recurso ao software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 31.0.1.0, tendo por base os dados recolhidos através dos questionários aplicados à população-alvo, no âmbito do DSS.

Numa primeira fase, procedeu-se à organização, codificação e validação dos dados, assegurando a consistência das respostas e a adequação da base de dados ao tratamento estatístico. As variáveis foram codificadas de acordo com a natureza dos instrumentos utilizados, nomeadamente escalas de tipo *Likert*, permitindo a sua posterior análise quantitativa (Marôco, 2021).

No que respeita às escalas de avaliação das competências sociais e emocionais, foram calculados scores por dimensão, de acordo com os critérios específicos de cada instrumento. Na escala baseada no modelo CASEL, as respostas foram codificadas numa escala ordinal de 0 a 4, enquanto na escala EACSE-CA foi utilizada uma escala de 1 a 5, tendo sido efetuada a inversão da pontuação nos itens com formulação negativa, conforme definido pelos autores.

Posteriormente, os resultados foram categorizados em níveis (muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto), de modo a facilitar a interpretação dos dados.

Após este tratamento inicial, foi realizada análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra e descrever os resultados obtidos nas diferentes dimensões avaliadas. Para tal, recorreu-se ao cálculo de frequências absolutas (n) e relativas (%), bem como a medidas de tendência central, nomeadamente a média, e de dispersão, como o desvio-padrão (Pestana & Gageiro, 2014).

Com vista à exploração das relações entre variáveis, procedeu-se à análise de correlação de *Pearson*, permitindo avaliar a existência, direção e intensidade das associações entre as diferentes dimensões das competências sociais e emocionais. O nível de significância estatística considerado foi de $p < 0,05$ (Marôco, 2021).

Para analisar diferenças entre grupos, nomeadamente em função do sexo, foi utilizado o teste t de *Student* para amostras independentes, permitindo comparar as médias das diferentes dimensões avaliadas entre dois grupos distintos. Este teste foi selecionado por ser uma das técnicas estatísticas mais utilizadas na comparação de médias entre grupos independentes em estudos quantitativos na área da saúde (Pestana & Gageiro, 2014).

2.1.6. Considerações éticas

O desenvolvimento do presente estudo respeitou os princípios éticos fundamentais da investigação em saúde, nomeadamente os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, assegurando o respeito pela dignidade, direitos e bem-estar dos participantes. Estes procedimentos foram igualmente orientados pelas disposições da Declaração de Helsínquia, enquanto referencial internacional aplicável à investigação com participantes humanos (World Medical Association, 2024).

Tratando-se de um estudo realizado em contexto escolar e envolvendo adolescentes, a implementação do projeto e a aplicação dos questionários foram realizadas mediante articulação institucional, após parecer favorável da Universidade de Évora e autorização da instituição de ensino onde decorreu a intervenção. Atendendo a que os participantes eram menores de idade, foi igualmente assegurada a autorização dos respetivos encarregados de educação, através de CILE. O modelo CILE encontra-se apresentado no Apêndice E, enquanto o parecer favorável da Universidade de Évora consta do Anexo H.

A participação dos alunos foi voluntária, tendo sido garantido o direito de não participação ou de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes. Antes da

aplicação do questionário, foram explicados aos participantes os objetivos do estudo, bem como assegurados o anonimato das respostas e a confidencialidade da informação recolhida.

Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente para fins académicos, no âmbito do relatório de estágio do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sendo tratados de forma agregada. O acesso aos dados ficou restrito à autora do estudo, mediante proteção por palavra-passe nos ficheiros digitais, de modo a salvaguardar a confidencialidade da informação. Após a conclusão do trabalho académico, os dados serão eliminados, garantindo a proteção da informação recolhida.

Importa ainda referir que todo o processo de recolha, tratamento, armazenamento e utilização da informação respeitou os princípios éticos inerentes à prática profissional de enfermagem, designadamente os consagrados no quadro deontológico da profissão, nomeadamente no que respeita ao dever de confidencialidade, ao respeito pela dignidade da pessoa e ao sigilo profissional relativamente à informação obtida no exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

2.2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE

O DSS constitui a primeira etapa da MPS, correspondendo a um processo sistemático de colheita, organização e análise de informação relevante, com vista à compreensão do perfil de saúde de uma determinada população, à identificação de problemas e necessidades e à fundamentação de intervenções prioritárias orientadas para ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Portugal et al., 2016).

Enquanto etapa estruturante do planeamento, o DSS deve permitir reconhecer os principais problemas existentes, os fatores que os condicionam e as necessidades que deles decorrem, constituindo a base para a definição de prioridades, a fixação de objetivos e a seleção de estratégias de intervenção ajustadas ao contexto e à população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992). No âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, este processo assume particular relevância, na medida em que exige uma leitura integrada dos contextos, das populações e dos determinantes que influenciam os seus processos de saúde e doença.

Importa ainda reconhecer que, em contexto comunitário, a colheita de dados e o contacto com a população-alvo não são neutros, criando expectativas relativamente à capacidade de resposta dos profissionais perante as necessidades identificadas. Assim, o desenvolvimento do DSS pressupõe não apenas rigor metodológico, mas também responsabilidade ética e

sensibilidade na relação estabelecida com os sujeitos envolvidos, valorizando a pertinência da informação recolhida e a sua utilidade para a construção de respostas ajustadas e significativas (Melo, 2020).

Neste enquadramento, o presente diagnóstico articula a caracterização dos locais de intervenção, a caracterização epidemiológica associada aos contextos de estágio e a caracterização da população-alvo, constituindo esta análise a base que sustenta o aprofundamento posterior do diagnóstico, nomeadamente através da integração e interpretação dos resultados obtidos pela aplicação dos questionários.

2.2.1. Caracterização dos locais de intervenção

O PIC foi desenvolvido no contexto de estágio realizado numa Unidade Local de Saúde da região do Alentejo, em articulação com a UCC e a USP. Optou-se por não identificar diretamente as unidades funcionais específicas, salvaguardando a identidade institucional e respeitando os princípios éticos de confidencialidade da informação e de dever de sigilo profissional inerentes ao exercício da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A UCC assumiu especial relevância no desenvolvimento do projeto, não apenas por ter constituído o primeiro contexto de estágio, mas também por se configurar como o espaço funcional mais diretamente associado à sua conceção e implementação. De acordo com a informação institucional disponível, trata-se de uma unidade orientada para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde através da prestação de cuidados de proximidade a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em contexto domiciliário e comunitário. A sua atuação integra, entre outras dimensões, a educação para a saúde, a articulação com redes de apoio à família e a promoção da continuidade e da qualidade dos cuidados, refletindo uma lógica de intervenção centrada na proximidade, na articulação e na capacitação das populações (ULS da região do Alentejo, n.d.).

No plano organizacional e funcional, a informação institucional disponível permite reconhecer uma estrutura orientada para a intervenção comunitária em diferentes áreas, dispondo de 4 equivalentes a tempo completo (ETC) de enfermagem e 1 ETC de secretariado clínico. Para além desta componente, a natureza da intervenção desenvolvida pela UCC pressupõe articulação com outros profissionais e respostas de carácter multiprofissional, em coerência com a sua missão de proximidade, continuidade de cuidados e capacitação das populações. Neste enquadramento, assume especial relevância, para o presente projeto, a SE, pela sua proximidade ao contexto de implementação da intervenção e pela sua ligação direta à

promoção da saúde junto da população adolescente. Assim, a UCC constituiu o contexto privilegiado para a concretização de uma intervenção comunitária em meio escolar, permitindo articular proximidade, continuidade de cuidados, educação para a saúde e capacitação de grupos numa perspetiva ajustada às necessidades identificadas (ULS da região do Alentejo, n.d.).

Por sua vez, a USP revelou-se particularmente importante para a compreensão da dimensão populacional, preventiva e intersetorial da problemática em estudo. Segundo a informação institucional disponível, esta unidade funcional tem como missão contribuir para a proteção e melhoria do estado de saúde da população, através da prevenção da doença e da promoção de comunidades e ambientes saudáveis. A sua intervenção abrange domínios como a vigilância epidemiológica, a monitorização do estado de saúde da população e dos seus determinantes, a investigação de surtos, a implementação e acompanhamento de programas de saúde, a saúde ambiental, a promoção da saúde e da literacia em saúde, a consulta do viajante e a colaboração no exercício das funções de autoridade de saúde. A sua carteira de serviços integra ainda o planeamento em saúde, a gestão de alertas de doenças transmissíveis através do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), a vigilância da qualidade da água para consumo humano e atividades de consultoria, formação e investigação, desenvolvendo a sua atividade junto de uma população de cerca de 152 mil habitantes na região do Alentejo. Do mesmo modo, a intervenção da USP desenvolve-se numa lógica de articulação técnica e multiprofissional, adequada à complexidade das suas áreas de atuação (ULS da região do Alentejo, n.d.).

A articulação entre UCC, USP e contexto escolar revelou-se especialmente importante, na medida em que permitiu integrar diferentes níveis de intervenção e diferentes leituras da realidade. Se, por um lado, a UCC favoreceu uma abordagem de proximidade, continuidade e contacto direto com a comunidade escolar, por outro, a USP possibilitou enquadrar a problemática numa perspetiva mais abrangente de vigilância, planeamento, prevenção e resposta em saúde pública. Esta complementaridade conferiu maior consistência ao processo diagnóstico e sustentou a construção de uma intervenção mais ajustada às necessidades identificadas.

2.2.2. Caracterização epidemiológica associada aos contextos de estágio

A caracterização epidemiológica associada aos contextos de estágio constitui uma dimensão fundamental do DSS, na medida em que permite compreender a distribuição dos fenómenos de saúde e os fatores que os influenciam em populações específicas. Nesta perspetiva, a epidemiologia não se limita à descrição de indicadores, antes contribui para interpretar a relação entre problemas de saúde, grupos populacionais, contextos e determinantes, sustentando a identificação de necessidades e a definição de respostas em saúde mais ajustadas e fundamentadas (Melo, 2020).

No contexto da região do Alentejo, salientam-se características demográficas com implicações relevantes na organização das respostas em saúde. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2024 o Alentejo apresentava uma densidade populacional de cerca de 22,9 habitantes por km², mantendo-se como uma das regiões menos densamente povoadas do país (INE, 2024). Esta realidade territorial associa-se à dispersão geográfica, à menor concentração populacional e a maiores desafios de proximidade no acesso a determinados recursos, circunstâncias que reforçam a necessidade de estratégias de intervenção ajustadas às especificidades locais e centradas na promoção da saúde em contextos de proximidade (INE, 2024). Acresce que a leitura demográfica destes territórios evidencia uma estrutura etária envelhecida, frequentemente traduzida por uma pirâmide etária invertida, com menor peso relativo das faixas etárias jovens e maior representatividade da população idosa, condicionando a dinâmica social e as prioridades em saúde (INE, 2024).

A esta realidade associa-se um envelhecimento demográfico particularmente expressivo. Os dados disponíveis evidenciam que Portugal mantém uma tendência sustentada de envelhecimento populacional, sendo que, em 2024, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos correspondia a 24,3% da população residente (INE, 2024). No caso do Alentejo, os indicadores apontam para uma expressão especialmente marcada deste fenómeno, apresentando a região um índice de envelhecimento superior a 200 idosos por cada 100 jovens (INE, 2024). Esta configuração demográfica repercute-se na estrutura etária da população e nas necessidades em saúde, exigindo respostas que, sem descurar a população idosa, atendam igualmente às necessidades específicas dos grupos etários mais jovens, sobretudo em territórios de interioridade. A esta realidade associa-se ainda uma natalidade reduzida e uma menor renovação geracional, fatores que contribuem para a diminuição progressiva da população jovem e para o agravamento do índice de dependência demográfica (INE, 2024).

Neste enquadramento, importa considerar que a população adolescente assume menor expressão relativa em contextos marcados pela rarefação demográfica e pelo envelhecimento populacional. Os resultados dos Censos 2021 evidenciam, a nível nacional, uma diminuição da população jovem, incluindo o grupo dos 15 aos 24 anos, tendência que se articula com a redução da população em idade ativa e com o agravamento do envelhecimento demográfico (INE, 2021). Em territórios desta natureza, a menor representatividade relativa dos adolescentes não diminui a relevância das suas necessidades em saúde; pelo contrário, reforça a importância de intervenções preventivas e promotoras de fatores protetores orientadas para o seu desenvolvimento saudável (Melo, 2020). Acresce que, em contextos de interioridade, a menor densidade populacional e a dispersão territorial podem condicionar oportunidades de participação, socialização e acesso a recursos diferenciados, reforçando a importância de respostas promotoras de saúde em contexto escolar e comunitário (Melo, 2020).

Neste sentido, a promoção das competências sociais e emocionais em meio escolar adquire relevância enquanto estratégia de promoção da saúde e capacitação, permitindo intervir de forma estruturada junto da população adolescente (CASEL, 2020; OCDE, 2021). A escola assume, neste quadro, especial importância enquanto espaço privilegiado para a implementação de intervenções promotoras de saúde, por possibilitar uma abordagem estruturada, continuada e contextualizada junto da população adolescente (OMS, 2021; OCDE, 2021). Assim, a leitura epidemiológica do contexto de estágio reforça a pertinência do presente projeto, na medida em que evidencia a necessidade de investir precocemente em intervenções orientadas para o fortalecimento de competências pessoais e relacionais, particularmente em territórios marcados por envelhecimento demográfico, baixa densidade populacional e menor peso relativo das faixas etárias mais jovens. Nesta perspetiva, a caracterização epidemiológica não constitui apenas uma descrição do contexto, mas um instrumento de apoio à compreensão das necessidades em saúde e à fundamentação de uma intervenção comunitária mais coerente, dirigida e significativa (Melo, 2020).

2.2.3. Caracterização da população-alvo

A população-alvo do presente projeto é constituída por adolescentes que frequentam o 3.º ciclo do ensino básico e o ensino secundário, concretamente alunos do 9.º, 10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade da comunidade escolar onde decorreu o estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, correspondendo a um total de 130 adolescentes (N=130). A distribuição da população-alvo por ano de escolaridade encontra-se apresentada na Tabela 1.

A caracterização desta população revela-se pertinente no âmbito do PIC desenvolvido, uma vez que a adolescência corresponde a uma etapa do desenvolvimento marcada por importantes transformações biológicas, emocionais, cognitivas e relacionais. Neste sentido, a escolha desta população mostra-se ajustada à problemática em estudo e aos objetivos do projeto, atendendo à relevância do contexto escolar enquanto espaço privilegiado para intervenções promotoras de saúde dirigidas à população adolescente.

Tabela 1.

Distribuição da população-alvo por ano de escolaridade

Ano de escolaridade	N
9.ºano	52
10.ºano	26
11.º ano	20
12.ºano	32
Total	130

Fonte: Elaboração própria.

2.2.4. Apresentação e análise dos resultados

Seguidamente, apresentam-se os principais resultados obtidos no estudo, organizados em função das variáveis sociodemográficas e das dimensões avaliadas nas escalas aplicadas no âmbito do DSS. Procurou-se, neste subcapítulo, proceder não apenas à descrição dos dados obtidos, mas também à sua análise interpretativa, de forma a identificar as áreas mais favoráveis e os domínios de maior vulnerabilidade na população adolescente em estudo.

Tabela 2.

Caracterização sociodemográfica da amostra

	Frequência (n)	Percentagem (%)
ANO ESCOLAR		
9.º ano	27	34.2%
10.ºano	23	29.1%
11.ºano	17	21.5%
12.º ano	12	15.2%
IDADE		
14	13	16.5%
15	28	35.4%
16	23	29.1%
17	10	12.7%
≥18	5	6.3%
SEXO		

Feminino	54	68.4%
Masculino	25	31.6%

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 2, a amostra do estudo foi constituída por 79 adolescentes ($n=79$). No que respeita à distribuição por sexo, verificou-se predominância do sexo feminino, com 54 participantes (68,4%), enquanto 25 participantes (31,6%) eram do sexo masculino. Relativamente à idade, observou-se maior concentração nas faixas etárias dos 15 anos, com 28 adolescentes (35,4%), e dos 16 anos, com 23 adolescentes (29,1%), seguindo-se os 14 anos, com 13 participantes (16,5%), os 17 anos, com 10 participantes (12,7%), e, por fim, os adolescentes com 18 ou mais anos, com 5 participantes (6,3%).

No que respeita ao ano de escolaridade, verificou-se maior representatividade de alunos do 9.º ano, com 27 participantes (34,2%), seguindo-se os do 10.º ano, com 23 participantes (29,1%), os do 11.º ano, com 17 participantes (21,5%), e os do 12.º ano, com 12 participantes (15,2%). Estes dados permitem caracterizar a amostra como maioritariamente feminina, concentrada sobretudo nas idades intermédias da adolescência e com maior expressão nos anos iniciais do percurso escolar abrangido pelo estudo. Tal distribuição revela-se particularmente relevante, na medida em que corresponde a uma fase do desenvolvimento marcada por transformações significativas no plano emocional, relacional e comportamental, aspeto que reforça a pertinência da análise das competências sociais e emocionais nesta população.

Tabela 3.

Resultados da Escala de avaliação das competências sociais e emocionais segundo o modelo CASEL

	Frequência (n)	Percentagem (%)
AUTOCONSCIÊNCIA		
Muito Baixo	4	5.1%
Baixo	20	25.3%
Médio	43	54.4%
Alto	12	15.2%
AUTOGESTÃO		
Muito Baixo	1	1.3%
Baixo	15	19.0%
Médio	44	55.7%
Alto	19	24.1%
CONSCIÊNCIA SOCIAL		
Baixo	8	10.1%
Médio	35	44.3%
Alto	36	45.6%
COMPETÊNCIA RELACIONAL		
Muito Baixo	2	2.5%
Baixo	12	15.2%

Médio	41	51.9%
Alto	24	30.4%
TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL		
Muito Baixo	5	6.3%
Baixo	37	46.8%
Médio	37	46.8%

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 3, os resultados da escala de avaliação das competências sociais e emocionais segundo o modelo CASEL evidenciam diferenças entre as várias dimensões analisadas, com predomínio global de níveis intermédios e elevados.

Na dimensão da Autoconsciência, verificou-se predominância do nível médio, com 43 adolescentes (54,4%), seguindo-se o nível baixo, com 20 participantes (25,3%), o nível alto, com 12 participantes (15,2%), e o nível muito baixo, com 4 participantes (5,1%). Relativamente à Autogestão, observou-se igualmente maior concentração no nível médio, com 44 adolescentes (55,7%), seguido do nível alto, com 19 participantes (24,1%), do nível baixo, com 15 participantes (19,0%) e do nível muito baixo, com 1 participante (1,3%). Estes resultados sugerem que, embora a maioria dos adolescentes se situe em níveis intermédios nestas duas dimensões, subsiste um grupo com maior vulnerabilidade, sobretudo ao nível da autoconsciência.

No que respeita à Consciência Social, esta destacou-se como a dimensão com resultados mais favoráveis, apresentando 36 adolescentes (45,6%) no nível alto e 35 (44,3%) no nível médio, enquanto 8 participantes (10,1%) se situaram no nível baixo. Também a Competência Relacional evidenciou resultados globalmente positivos, com predominância do nível médio, correspondente a 41 adolescentes (51,9%), seguido do nível alto, com 24 participantes (30,4%), do nível baixo, com 12 participantes (15,2%) e do nível muito baixo, com 2 participantes (2,5%). Estes dados apontam para uma expressão mais favorável das competências associadas à interação com os outros, nomeadamente no reconhecimento social, na empatia e na qualidade das relações interpessoais.

Por sua vez, a Tomada de Decisão Responsável revelou resultados menos favoráveis, não se registando qualquer participante no nível alto. Nesta dimensão, 37 adolescentes (46,8%) situaram-se no nível médio e igual número no nível baixo, enquanto 5 participantes (6,3%) se encontravam no nível muito baixo. A ausência de resultados no nível alto, associada à concentração dos participantes nos níveis médio e baixo, sugere menor consolidação desta competência na amostra em estudo, comparativamente às restantes dimensões avaliadas.

Globalmente, os resultados obtidos através da escala CASEL sugerem melhor expressão das competências associadas à consciência social e à competência relacional, contrastando com maior fragilidade na tomada de decisão responsável. Esta distribuição permite reconhecer um perfil heterogéneo de competências sociais e emocionais, no qual coexistem áreas mais desenvolvidas com outras que se revelam menos consolidadas.

Tabela 4.

Resultados da Escala EACSE-CA – dimensão “Para mim é fácil”

	Frequência (n)	Percentagem %
REGULAÇÃO EMOCIONAL		
Baixo	7	8.9%
Médio	36	45.6%
Alto	30	38.0%
Muito Alto	6	7.6%
RELAÇÕES INTERPESSOAIS		
Baixo	4	5.1%
Médio	31	39.2%
Alto	28	35.4%
Muito Alto	16	20.3%
COMPETÊNCIAS BÁSICAS		
Baixo	3	3.8%
Médio	16	20.3%
Alto	27	34.2%
Muito Alto	33	41.8%
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS		
Muito Baixo	1	1.3%
Baixo	12	15.2%
Médio	31	39.2%
Alto	29	36.7%
Muito Alto	6	7.6%
DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS		
Muito Baixo	1	1.3%
Baixo	22	27.8%
Médio	39	49.4%
Alto	16	20.3%
Muito Alto	1	1.3%

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 4, os resultados da escala EACSE-CA evidenciam um perfil diferenciado entre as várias dimensões avaliadas, embora, de um modo geral, se verifique predomínio de níveis intermédios a elevados na maioria das áreas.

Na dimensão da Regulação Emocional, observou-se maior concentração no nível médio, com 36 adolescentes (45,6%), seguido do nível alto, com 30 participantes (38,0%), do nível

baixo, com 7 participantes (8,9%) e do nível muito alto, com 6 participantes (7,6%). Estes resultados sugerem uma perceção globalmente intermédia a favorável da capacidade de regular emoções, ainda que com alguma variabilidade entre os participantes.

Relativamente às Relações Interpessoais, verificou-se uma distribuição positiva, com 31 adolescentes (39,2%) no nível médio, 28 (35,4%) no nível alto e 16 (20,3%) no nível muito alto, enquanto apenas 4 participantes (5,1%) se situaram no nível baixo. Também na dimensão Competências Básicas se observaram resultados particularmente favoráveis, destacando-se o nível muito alto, com 33 adolescentes (41,8%), seguido do nível alto, com 27 participantes (34,2%), do nível médio, com 16 participantes (20,3%), e do nível baixo, com 3 participantes (3,8%). Estes dados apontam para uma perceção mais positiva das competências consideradas mais instrumentais e elementares para a interação quotidiana e para o funcionamento adaptativo em contexto social e escolar.

No que respeita à Resolução de Problemas, verificou-se predominância do nível médio, com 31 adolescentes (39,2%), seguido do nível alto, com 29 participantes (36,7%), do nível baixo, com 12 participantes (15,2%), do nível muito alto, com 6 participantes (7,6%) e do nível muito baixo, com 1 participante (1,3%). Por sua vez, a dimensão Definição de Objetivos revelou resultados menos favoráveis, concentrando-se sobretudo no nível médio, com 39 adolescentes (49,4%), e no nível baixo, com 22 participantes (27,8%). Nesta dimensão, 16 participantes (20,3%) situaram-se no nível alto, registando-se apenas 1 participante (1,3%) no nível muito alto e 1 (1,3%) no nível muito baixo.

A leitura da Tabela 4 evidencia maior expressão de resultados favoráveis nas dimensões Relações Interpessoais e Competências Básicas, contrastando com menor expressão na Definição de Objetivos. Estes dados permitem reconhecer um perfil heterogéneo de competências, marcado pela coexistência de áreas mais fortalecidas e de outras com menor consolidação, sobretudo no domínio da organização pessoal e da orientação para metas.

Tabela 5.
Matriz de correlações entre as dimensões das escalas CASEL e EACSE-CA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autoconsciência	Correlação de Pearson	1								
	Sig. (Bilateral)									
	N	79								
Autogestão	Correlação de Pearson	,711***	1							
	Sig. (Bilateral)	0,000								
	N	79	79							
Consciência social	Correlação de Pearson	,462***	,647***	1						
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000							
	N	79	79	79						
Competência relacional	Correlação de Pearson	,595***	,585***	,720***	1					
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000	0,000						
	N	79	79	79	79					
Tomada de decisão responsável	Correlação de Pearson	,568***	,658***	,659***	,715***	1				
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000					
	N	79	79	79	79	79				
Regulação emocional	Correlação de Pearson	,562***	,602***	,350**	,426***	,469***	1			
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000				
	N	79	79	79	79	79	79			

Relações interpessoais	Correlação de Pearson	,579***	,503***	,574***	,698***	,571***	,541***	1			
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
Competências básicas	N	79	79	79	79	79	79	79			
	Correlação de Pearson	,574***	,604***	,618***	,679***	,630***	,622***	,792***	1		
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
	N	79	79	79	79	79	79	79	79		
Resolução de problemas	Correlação de Pearson	,755***	,617***	,387***	,545***	,476***	,790***	,740***	,717***	1	
	Sig. (Bilateral)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	
	Correlação de Pearson	0,042	0,045	-0,082	-0,139	-0,023	0,041	-0,201	-0,044	0,040	1
Definição de objetivos	Sig. (Bilateral)	0,714	0,692	0,474	0,221	0,840	0,721	0,075	0,701	0,727	
	N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79

Nota. *** A correlação é significativa ao nível de 0,001(bilateral).

** A correlação é significativa ao nível de 0,01 (bilateral).

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 5, a matriz de correlações de *Pearson* evidencia a existência de associações estatisticamente significativas entre a maioria das dimensões avaliadas pelas escalas CASEL e EACSE-CA, sugerindo que várias competências sociais e emocionais tendem a variar de forma concordante. De um modo geral, verificaram-se correlações positivas entre as diferentes dimensões, o que indica que níveis mais elevados numa determinada competência tendem a associar-se a níveis mais elevados noutras competências relacionadas.

Entre os resultados mais expressivos, destaca-se a correlação positiva entre Relações Interpessoais e Competências Básicas ($r = 0,792$; $p < 0,001$), bem como entre Regulação Emocional e Resolução de Problemas ($r = 0,790$; $p < 0,001$). Observaram-se igualmente correlações positivas de magnitude elevada entre Autoconsciência e Resolução de Problemas ($r = 0,755$; $p < 0,001$), Consciência Social e Competência Relacional ($r = 0,720$; $p < 0,001$), e entre Tomada de Decisão Responsável e Competência Relacional ($r = 0,715$; $p < 0,001$). Estes resultados apontam para uma interligação consistente entre diversas competências do domínio socioemocional, sugerindo que o seu desenvolvimento tende a ocorrer de forma articulada.

Também se verificaram correlações positivas estatisticamente significativas entre as dimensões das escalas CASEL e várias dimensões da EACSE, nomeadamente entre Consciência Social e Relações Interpessoais ($r = 0,574$; $p < 0,001$), Competência Relacional e Relações Interpessoais ($r = 0,698$; $p < 0,001$), Competências Básicas e Tomada de Decisão Responsável ($r = 0,630$; $p < 0,001$), bem como entre Competências Básicas e Regulação Emocional ($r = 0,622$; $p < 0,001$). Estes dados reforçam a ideia de que as competências avaliadas não se apresentam como dimensões isoladas, mas antes como componentes relacionadas entre si no funcionamento social e emocional dos adolescentes.

Por outro lado, a dimensão Definição de Objetivos não apresentou correlações estatisticamente significativas com as restantes dimensões avaliadas, registando valores de correlação reduzidos e níveis de significância superiores ao limiar de referência. Este resultado sugere que, nesta amostra, a definição de objetivos não acompanhou de forma consistente a variação observada nas restantes competências sociais e emocionais, podendo traduzir uma área com dinâmica própria ou menor articulação com os outros domínios avaliados.

No conjunto, a análise da matriz de correlações permite reconhecer um padrão de associação positiva entre a maioria das competências avaliadas, evidenciando a natureza multidimensional e interdependente do desenvolvimento socioemocional na adolescência. Ainda assim, importa salientar que a existência de correlações estatisticamente significativas não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis, mas apenas identificar associações entre elas.

Tabela 6.

Diferenças nas competências sociais e emocionais em função do sexo

DIMENSÃO	SEXO	N	M	DP	T	P
AUTOCONSCIÊNCIA	Feminino	54	29,98	4,42	1,956	0,054
	Masculino	25	28,12	3,02		
AUTOGESTÃO	Feminino	54	32,91	4,42	2,155	0,034*
	Masculino	25	30,32	5,79		
CONSCIÊNCIA SOCIAL	Feminino	54	31,15	4,51	4,103	<0,001*
	Masculino	25	26,36	5,39		
COMPETÊNCIA RELACIONAL	Feminino	54	33,37	5,22	1,748	0,084
	Masculino	25	31,24	4,94		
TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL	Feminino	54	31,43	6,55	2,404	0,019*
	Masculino	25	27,64	6,55		

Nota. *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = valor do teste *t*; *p* = nível de significância. * *p* < 0,05.

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 6, verificaram-se diferenças entre os participantes do sexo feminino e do sexo masculino em várias das dimensões avaliadas. Importa, contudo, referir que a amostra era maioritariamente constituída por participantes do sexo feminino ($n = 54$; 68,4%), enquanto o sexo masculino representava 31,6% da amostra ($n = 25$), aspeto que deve ser tido em consideração na leitura e interpretação dos resultados. Ainda assim, de forma consistente, os valores médios foram superiores no sexo feminino em todas as competências analisadas, ainda que nem todas essas diferenças tenham atingido significância estatística.

Na dimensão da Autoconsciência, as participantes do sexo feminino apresentaram média superior ($M = 29,98$; $DP = 4,42$) à observada no sexo masculino ($M = 28,12$; $DP = 3,02$). Contudo, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($t = 1,956$; $p = 0,054$). Também na Competência Relacional se observaram valores médios mais elevados no sexo feminino ($M = 33,37$; $DP = 5,22$), comparativamente ao sexo masculino ($M = 31,24$; $DP = 4,94$), sem que essa diferença atingisse significância estatística ($t = 1,748$; $p = 0,084$).

Por outro lado, observaram-se diferenças estatisticamente significativas em três dimensões. Na Autogestão, o sexo feminino apresentou média superior ($M = 32,91$; $DP = 4,42$) face ao sexo masculino ($M = 30,32$; $DP = 5,79$), registando-se diferença estatisticamente significativa ($t = 2,155$; $p = 0,034$). Na Consciência Social, verificou-se igualmente uma diferença estatisticamente significativa, com média mais elevada no sexo feminino ($M = 31,15$; $DP = 4,51$) do que no sexo masculino ($M = 26,36$; $DP = 5,39$), correspondendo esta à diferença mais expressiva entre os grupos ($t = 4,103$; $p < 0,001$). Também na Tomada de Decisão Responsável se observaram valores médios superiores no sexo feminino ($M = 31,43$; $DP = 6,55$), em

comparação com o sexo masculino ($M = 27,64$; $DP = 6,55$), verificando-se igualmente significância estatística ($t = 2,404$; $p = 0,019$).

A leitura destes resultados permite reconhecer que, nesta amostra, os participantes do sexo feminino apresentaram desempenho médio mais favorável em todas as dimensões avaliadas, embora as diferenças com significado estatístico se tenham concentrado na Autogestão, na Consciência Social e na Tomada de Decisão Responsável. Estes resultados sugerem uma expressão mais favorável, no sexo feminino, de competências associadas à capacidade de gerir emoções e comportamentos, de reconhecer o outro e agir com maior sensibilidade no plano relacional, bem como de refletir sobre escolhas e consequências de forma mais responsável. Ainda que a distribuição desigual da amostra por sexo imponha prudência interpretativa, os resultados evidenciam tendências consistentes que merecem ser consideradas, sobretudo por incidirem em domínios particularmente relevantes para a adaptação escolar, a qualidade das relações interpessoais e a gestão mais consciente dos desafios próprios da adolescência.

2.2.5. Identificação de problemas e necessidades de saúde

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o DSS assume particular relevância no âmbito do planeamento em saúde, na medida em que deve permitir identificar os principais problemas de saúde e os fatores que os condicionam, constituindo a base para as etapas subsequentes do processo. Neste enquadramento, a identificação de problemas e necessidades de saúde deve decorrer de uma leitura rigorosa, contextualizada e fundamentada dos dados obtidos, permitindo transformar a informação recolhida numa base útil para a adequação da intervenção à realidade diagnosticada.

No projeto desenvolvido, a análise integrada dos resultados permitiu identificar fragilidades em domínios específicos das competências sociais e emocionais dos adolescentes, num grupo que, embora apresente um perfil socioemocional globalmente intermédio a favorável, evidencia assimetrias relevantes entre dimensões. Esta leitura assumiu particular relevância, atendendo a que a evidência disponível reconhece que o desenvolvimento das competências sociais e emocionais se associa ao bem-estar psicológico, à adaptação ao contexto escolar, à qualidade das relações interpessoais e à adoção de comportamentos mais saudáveis, sendo a escola um contexto privilegiado para a sua promoção ao longo da adolescência.

Face aos dados obtidos, foram identificados como principais problemas de saúde:

- fragilidades ao nível da tomada de decisão responsável, traduzidas pela ausência de participantes no nível alto e pela concentração dos resultados nos níveis médio e baixo;

- fragilidades ao nível da definição de objetivos e da orientação para metas, atendendo a que esta dimensão se destacou como uma das menos consolidadas na avaliação realizada;
- vulnerabilidades em componentes associadas à autorregulação, nomeadamente ao nível da autoconsciência e da autogestão, apesar do predomínio global de níveis intermédios nestas dimensões;
- heterogeneidade no perfil de competências sociais e emocionais dos adolescentes, com coexistência de áreas mais consolidadas, como a consciência social e a competência relacional, e áreas menos desenvolvidas, suscetíveis de beneficiar de intervenção.

Da análise destes problemas decorrem as seguintes necessidades de saúde:

- reforço da tomada de decisão responsável, promovendo a capacidade de refletir antes de agir, ponderar consequências e realizar escolhas mais ajustadas;
- promoção da definição de objetivos, do planeamento pessoal e da orientação para metas realistas e saudáveis;
- fortalecimento da autorregulação emocional e comportamental, bem como da autoconsciência e da autogestão;
- desenvolvimento de intervenções estruturadas de promoção das competências sociais e emocionais em contexto escolar, enquanto estratégia promotora de bem-estar, adaptação social e comportamentos saudáveis;
- continuidade do processo avaliativo da intervenção, de modo a permitir, num momento posterior, uma apreciação mais robusta do seu impacto no desenvolvimento socioemocional dos adolescentes.

Deste modo, os problemas e necessidades de saúde identificados evidenciam a pertinência de uma intervenção comunitária abrangente e integrada, orientada para a promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes, ainda que sustentada pela identificação de fragilidades mais expressivas em domínios específicos. Esta opção mostrou-se coerente com a natureza interdependente das competências sociais e emocionais, com a dimensão da população-alvo abrangida e com o propósito de desenvolver uma intervenção promotora da saúde dirigida ao conjunto dos adolescentes abrangidos pelo projeto.

2.3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A determinação de prioridades constitui uma etapa fundamental na MPS, sucedendo ao DSS e permitindo orientar a intervenção para os problemas que apresentam maior relevância e impacto na saúde das populações. Após a identificação das necessidades de saúde através do diagnóstico realizado, torna-se necessário estabelecer prioridades de intervenção, considerando que os recursos disponíveis são frequentemente limitados e que nem todos os problemas identificados podem ser abordados simultaneamente (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com a literatura, a priorização dos problemas de saúde pode basear-se em diferentes critérios de análise, entre os quais se destacam a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. A magnitude refere-se à dimensão do problema na população em estudo; a transcendência diz respeito ao impacto social, económico e sanitário associado ao problema; e a vulnerabilidade relaciona-se com a possibilidade de intervenção e com o potencial de melhoria através das ações de saúde desenvolvidas (Melo, 2020; Tavares, 1992).

No contexto do PIC implementado, a determinação de prioridades resultou da articulação entre diferentes fontes de informação. Numa primeira fase, no âmbito da ligação estabelecida entre a comunidade educativa e a enfermeira da UCC, foram identificadas preocupações manifestadas pela escola relativamente às dinâmicas relacionais entre pares, ao desenvolvimento emocional dos adolescentes e à necessidade de reforçar competências sociais e emocionais no contexto escolar. Neste processo, a enfermeira da UCC assumiu um papel de mediação entre a escola e a mestranda responsável pelo desenvolvimento do projeto, facilitando a identificação das principais necessidades percecionadas pela comunidade educativa.

A definição desta área de intervenção encontra igualmente enquadramento nas orientações estratégicas do PNSE, que reconhece a escola como um contexto privilegiado para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nas crianças e adolescentes. Este programa tem como finalidade promover e proteger a saúde na comunidade educativa, reforçando fatores de proteção associados ao bem-estar, aos estilos de vida saudáveis e ao desenvolvimento de competências sociais e emocionais que contribuam para a adoção de comportamentos positivos ao longo do ciclo de vida (DGS, 2015).

Neste contexto, a promoção das competências sociais e emocionais assume particular relevância enquanto estratégia de capacitação dos adolescentes para a gestão das emoções, para a melhoria das relações interpessoais e para o fortalecimento do seu bem-estar psicológico. Contudo, no presente projeto, a determinação de prioridades não assumiu uma lógica de hierarquização rígida ou de exclusão de áreas de intervenção. Embora a análise diagnóstica

tenha evidenciado fragilidades mais expressivas em alguns domínios, a natureza interdependente das competências sociais e emocionais, bem como a abrangência da população-alvo, justificaram a adoção de uma abordagem global e integrada.

Deste modo, tendo em consideração os contributos da comunidade educativa, a análise do contexto e o enquadramento nas orientações estratégicas de SE, foi definida como prioridade de intervenção a promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes em contexto escolar, reconhecendo-se a importância destas competências para o desenvolvimento saudável, para o bem-estar psicológico e para a qualidade das relações interpessoais nesta etapa do ciclo de vida. Esta opção mostrou-se coerente com o objetivo de desenvolver uma intervenção promotora de saúde dirigida ao conjunto dos adolescentes abrangidos pelo projeto, e não exclusivamente ao grupo que respondeu aos instrumentos de avaliação.

Assim, a determinação das prioridades de intervenção constituiu uma etapa fundamental para orientar o desenvolvimento do presente projeto, sustentando a definição dos objetivos e das estratégias de intervenção a implementar junto da comunidade escolar.

2.4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após a determinação das prioridades de intervenção, segue-se a etapa da definição de objetivos, considerada essencial na MPS. A definição de objetivos permite estabelecer de forma clara os resultados que se pretendem alcançar através das intervenções propostas, orientando simultaneamente a seleção das estratégias e a organização das atividades a implementar (Melo, 2020; Tavares, 1992).

A definição adequada de objetivos permite identificar o estado atual de determinada população ou comunidade e o estado que se pretende alcançar após a implementação da intervenção. Neste sentido, os objetivos assumem um papel central na organização da intervenção, contribuindo para garantir maior coerência entre o diagnóstico realizado, as prioridades definidas e as estratégias delineadas (Tavares, 1992).

No âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a definição de objetivos deve estar diretamente relacionada com os problemas ou necessidades de saúde identificados na população, permitindo orientar a intervenção de forma estruturada e sistematizada. Deste modo, os objetivos constituem um elemento fundamental na MPS, facilitando a monitorização das ações desenvolvidas e a avaliação dos resultados obtidos (Melo, 2020).

De acordo com a literatura, é possível distinguir diferentes níveis na definição dos objetivos, nomeadamente a finalidade do projeto, o objetivo geral, os objetivos específicos e as metas associadas à intervenção. Estes níveis permitem estruturar a intervenção de forma progressiva, relacionando o problema identificado no diagnóstico com os resultados que se pretende alcançar na população (Melo, 2020).

O objetivo geral corresponde ao propósito mais abrangente do projeto, estando diretamente relacionado com a área temática de intervenção identificada no diagnóstico. Por sua vez, os objetivos específicos traduzem-se em resultados mais concretos e mensuráveis, permitindo orientar as estratégias de intervenção e facilitar a avaliação dos resultados alcançados. A definição de objetivos claros, pertinentes e mensuráveis constitui um elemento essencial para garantir a eficácia das intervenções desenvolvidas em contexto comunitário (Green & Kreuter, 2005).

Tendo em consideração as prioridades de intervenção identificadas, foram definidos os seguintes objetivos para o presente projeto de intervenção comunitária.

- **Objetivo geral:**

Promover o desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos adolescentes de 3º Ciclo e Secundário de uma Escola EB de 2,3 e Secundário do Alentejo, durante o ano letivo 2025-2026.

- **Objetivos específicos (OE):**

1. OE1: Sensibilizar os adolescentes para a importância das relações interpessoais na promoção da saúde e do bem-estar, reforçando o seu papel na construção de um ambiente de apoio mútuo;
2. OE2: Desenvolver competências sociais e emocionais nos adolescentes, como empatia, escuta ativa, gestão de emoções e comunicação assertiva, através de dinâmicas em grupo;
3. OE3: Fomentar espaços de diálogo e partilha de experiências dos adolescentes, incentivando o fortalecimento de vínculos, amizades e apoio entre os pares;
4. OE4: Capacitar os adolescentes para a identificação de situações de fragilidade relacional e mobilização dos recursos de apoio disponíveis na comunidade.

No âmbito do planeamento em saúde, a definição de objetivos encontra-se diretamente associada à definição de indicadores que permitam monitorizar e avaliar os resultados das intervenções desenvolvidas. Assim, os objetivos estabelecidos para o presente projeto serão posteriormente operacionalizados através da definição de indicadores de processo e de resultado, permitindo acompanhar a implementação das atividades e avaliar o seu contributo para a promoção das competências sociais e emocionais dos adolescentes (Melo, 2020; Tavares, 1992).

Importa ainda referir que o presente projeto se enquadra nas orientações do PNSE, que reconhece a escola como um contexto privilegiado para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nos adolescentes, contribuindo para a melhoria do bem-estar e da saúde da população adolescente (DGS, 2015).

Posto isto, de forma a operacionalizar os objetivos específicos definidos no presente projeto, foram estabelecidas metas associadas a cada objetivo específico, permitindo orientar o desenvolvimento das atividades e facilitar a posterior avaliação do projeto de intervenção comunitária.

Tabela 7.

Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 1

OE1: Sensibilizar os adolescentes para a importância das relações interpessoais na promoção da saúde e do bem-estar, reforçando o seu papel na construção de um ambiente de apoio mútuo, durante o ano letivo 2025-2026.	
ODS: 3, 4 e 10	
Metas	Indicador(es)
Realizar 5 sessões de educação para a saúde focadas em relações interpessoais “A amizade é como um Kyawthuïte”.	(N.º de sessões de educação para a saúde realizadas/ N.º de sessões de educação para a saúde planeadas) x 100
Que pelo menos 70% dos adolescentes abrangidos pelo projeto participem nas sessões de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuïte” dinamizada pela mestrandia.	(N.º de adolescentes participantes nas sessões de educação para a saúde / N.º de adolescentes abrangidos pelo projeto) x 100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 8.

Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 2

OE2: Desenvolver competências sociais e emocionais nos adolescentes, como empatia, escuta ativa, gestão de emoções e comunicação assertiva, através de dinâmicas em grupo, durante o ano letivo 2025-2026.	
ODS: 3, 4 e 10	
Metas	Indicador(es)
Realizar 4 dinâmicas participativas em grupo dirigidas aos adolescentes no âmbito da promoção de competências sociais e emocionais.	(N.º de dinâmicas participativas realizadas/ N.º de dinâmicas participativas planeadas) x 100
Que pelo menos 70% dos adolescentes abrangidos pelo projeto participem nas dinâmicas “Movimento que Une” e exposição temática sobre amizade e gestão de emoções no âmbito do desenvolvimento de competências sociais e emocionais.	(N.º de adolescentes participantes nas dinâmicas em grupo / N.º de adolescentes abrangidos pelo projeto) x 100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9.

Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 3

OB3: Fomentar espaços de diálogo e partilha de experiências, incentivando o fortalecimento de vínculos, amizades e apoio entre os pares, durante o ano letivo 2025-2026.	
ODS: 3, 4 e 10	
Metas	Indicador(es)
Envolver pelo menos 70% dos adolescentes do 11.º e 12.º ano na criação de conteúdos para a sessão de educação para a saúde “Kyawthuite em Notícias” dinamizada pela jornalista.	(Nº de estudantes do 11.º e 12.º participantes na criação de conteúdos/n.º total de estudantes do 11.º e 12.º) x100
Que todos os grupos de adolescentes elaborem uma notícia no final da sessão de educação para a Saúde “Kyawthuite em Notícias” dinamizada pela jornalista.	(N.º de notícias elaboradas/N.º de grupos de adolescentes criados) x100

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 10.

Metas e indicadores associados ao Objetivo Específico 4

OE4: Capacitar os adolescentes para a identificação de situações de fragilidade relacional e para o conhecimento dos recursos de apoio disponíveis na comunidade, durante o ano letivo 2025-2026.	
ODS: 3, 4 e 10	
Metas	Indicadores
Que pelo menos 60% dos adolescentes abrangidos pelo projeto participem nas 5 sessões de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuite” sobre os principais recursos de apoio disponíveis na comunidade.	(N.º de adolescentes participantes nas sessões de educação para a saúde sobre recursos de apoio na comunidade / N.º de adolescentes abrangidos pelo projeto) x 100
Que pelo menos 60% dos adolescentes participantes no projeto identifiquem	(N.º de adolescentes que identifiquem corretamente os principais recursos de apoio na

corretamente os principais recursos de apoio disponíveis na comunidade, nomeadamente na comunidade escolar (docentes e psicóloga escolar) e na comunidade envolvente (Programa Cuida-te – IPDJ e UCC) através de uma questão direta no final de cada sessão de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuïte”.	comunidade) / (N.º de adolescentes participantes na sessão de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuïte) x 100
--	--

Fonte: Elaboração própria.

2.5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção de estratégias constitui uma etapa fundamental na MPS, correspondendo ao momento em que se definem as abordagens de intervenção mais adequadas para atingir os objetivos estabelecidos e responder às necessidades de saúde identificadas no DSS da população-alvo. Esta etapa implica a análise crítica das diferentes alternativas de intervenção disponíveis, considerando a eficácia potencial das ações propostas, a adequação ao contexto sociocultural, os recursos existentes e a viabilidade da implementação das intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993).

No âmbito da MPS, a definição das estratégias deve assegurar a coerência entre o DSS, a determinação de prioridades e os objetivos previamente definidos, permitindo estruturar intervenções orientadas para a melhoria dos determinantes de saúde da população. Neste sentido, a seleção de estratégias constitui um processo de decisão fundamentado, no qual se procuram identificar as ações com maior potencial para produzir mudanças positivas nos comportamentos, nas relações sociais e nos contextos que influenciam a saúde (Melo, 2020; Tavares, 1992).

De acordo com Melo (2020), a seleção de estratégias em saúde comunitária e de saúde pública deve basear-se numa análise criteriosa das diferentes alternativas de intervenção, considerando simultaneamente a evidência científica disponível, as características da população-alvo e os recursos existentes na comunidade. Neste processo, torna-se fundamental privilegiar estratégias tecnicamente adequadas, socialmente aceitáveis e operacionalmente viáveis, garantindo que as intervenções planeadas possam ser efetivamente implementadas e produzir impacto na saúde das populações.

No projeto de intervenção comunitária desenvolvido, a seleção das estratégias teve por base os resultados obtidos no DSS realizado junto da população adolescente, bem como o enquadramento conceptual apresentado no enquadramento teórico, particularmente no que se refere ao desenvolvimento das competências sociais e emocionais durante a adolescência. Considerou-se igualmente a adequação das estratégias ao contexto escolar, reconhecido como

um espaço privilegiado para a implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas a adolescentes.

A definição destas estratégias teve ainda em consideração as orientações das políticas públicas de promoção da saúde em meio escolar em Portugal. O PNSE, coordenado pela DGS em articulação com o setor da educação, reconhece a escola como um contexto privilegiado para a promoção da saúde e para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais entre crianças e adolescentes. Neste âmbito, incentiva a implementação de intervenções educativas que promovam o bem-estar psicológico, o desenvolvimento socioemocional e a criação de ambientes escolares favoráveis à saúde (DGS, 2015; DGS, 2019).

Paralelamente, estas orientações encontram-se alinhadas com os princípios da promoção da saúde definidos na Carta de Ottawa, que enfatiza a importância do desenvolvimento de competências pessoais, da criação de ambientes favoráveis à saúde e do fortalecimento da ação comunitária enquanto estratégias fundamentais para a melhoria do bem-estar das populações (OMS, 1986).

Neste enquadramento, as intervenções dirigidas à população adolescente devem privilegiar metodologias participativas e educativas que promovam o envolvimento ativo dos adolescentes no processo de aprendizagem, favorecendo a reflexão sobre emoções, relações interpessoais e comportamentos de saúde. A literatura tem demonstrado que intervenções participativas e centradas na interação entre pares contribuem para o desenvolvimento de competências sociais e emocionais, para a melhoria do clima relacional em contexto escolar e para o reforço do bem-estar psicológico dos adolescentes (CASEL, 2020; OCDE, 2021).

Acresce que o contexto escolar constitui um cenário privilegiado para a implementação de intervenções de promoção da saúde dirigidas a adolescentes, uma vez que permite alcançar um número alargado de participantes e desenvolver estratégias educativas estruturadas que favorecem o desenvolvimento pessoal, social e emocional nesta etapa do ciclo de vida. Neste sentido, a integração de intervenções de promoção da saúde em meio escolar tem sido amplamente recomendada por organismos internacionais de saúde e educação como estratégia eficaz para promover o desenvolvimento saudável dos adolescentes e reforçar fatores de proteção associados ao bem-estar psicológico e social (OCDE, 2021; OMS, 2021).

Assim, as estratégias selecionadas no âmbito do presente projeto privilegiaram abordagens educativas participativas e experiencialmente orientadas, centradas na interação entre pares, na reflexão sobre experiências pessoais e na promoção do diálogo entre os adolescentes. Estas estratégias procuraram favorecer o desenvolvimento de competências como a empatia, a

comunicação, a gestão emocional e a cooperação, reconhecidas na literatura como elementos fundamentais para o desenvolvimento socioemocional durante a adolescência.

Importa ainda salientar que a definição de estratégias de intervenção em saúde pública e comunitária pressupõe frequentemente o estabelecimento de parcerias e a mobilização de diferentes atores institucionais e comunitários, uma vez que a colaboração intersectorial constitui um elemento facilitador da implementação de intervenções eficazes e sustentáveis em promoção da saúde (Melo, 2020).

Neste sentido, a seleção das estratégias teve também em consideração a articulação com diferentes elementos da comunidade educativa e com parceiros institucionais, promovendo uma abordagem colaborativa e intersectorial na implementação das atividades. A participação de diferentes intervenientes contribuiu para enriquecer as experiências de aprendizagem dos adolescentes, reforçar a dimensão comunitária da intervenção e facilitar a divulgação de recursos de apoio disponíveis na comunidade educativa e envolvente.

Deste modo, as estratégias delineadas no PIC procuraram articular os contributos da evidência científica, as orientações das políticas públicas de promoção da saúde, o enquadramento teórico adotado e as necessidades identificadas no contexto escolar, promovendo o desenvolvimento das competências sociais e emocionais nos adolescentes e contribuindo para a melhoria do bem-estar psicológico e da qualidade das relações interpessoais nesta etapa do ciclo de vida.

A seleção das estratégias de intervenção encontra-se igualmente alinhada com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, apresentado no enquadramento teórico, o qual enfatiza a importância da capacitação dos indivíduos, do desenvolvimento de competências pessoais e da influência do contexto social na adoção de comportamentos promotores de saúde (Pender et al., 2019).

O EEECSPP assume, neste contexto, um papel fundamental na promoção da saúde em meio escolar, através do desenvolvimento de intervenções educativas, da mobilização de recursos comunitários e do fortalecimento das redes de suporte social. Estas intervenções contribuem para a capacitação dos adolescentes e para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais promotoras de saúde.

Neste enquadramento, as estratégias definidas para o presente projeto incluíram atividades de educação para a saúde dinamizadas em contexto escolar, ações de promoção da saúde e de divulgação e facilitação do acesso a recursos de apoio e cuidados de saúde, bem como o estabelecimento de parcerias institucionais, reforçando a dimensão comunitária da intervenção.

De forma a sintetizar a articulação entre os objetivos definidos, as estratégias de intervenção selecionadas e o contexto de implementação do projeto, apresenta-se de seguida a tabela-síntese das estratégias de intervenção.

Tabela 11.

Síntese das estratégias de intervenção do PIC

Objetivos específicos	Estratégias de intervenção	Contexto de implementação
OE1: Sensibilizar os adolescentes para a importância das relações interpessoais na promoção da saúde e do bem-estar, reforçando o seu papel na construção de um ambiente de apoio mútuo.	Educação para a saúde em contexto escolar.	Sessão de educação para a saúde dirigida aos adolescentes: “A amizade é como um Kyawthuite”.
OE2: Desenvolver competências sociais e emocionais nos adolescentes, como empatia, escuta ativa, gestão de emoções e comunicação assertiva, através de dinâmicas em grupo.	Metodologias participativas e experiencialmente orientadas.	Dinâmicas de grupo e atividades interativas realizadas em contexto escolar.
OE3: Fomentar espaços de diálogo e partilha de experiências, incentivando o fortalecimento de vínculos, amizades e apoio entre os pares.	Estratégias de aprendizagem colaborativa e promoção da interação entre adolescentes.	Atividades de discussão orientada e partilha de experiências em grupo.
OE4: Capacitar os adolescentes para a identificação de situações de fragilidade relacional e para o conhecimento dos recursos de apoio disponíveis na comunidade.	Parcerias institucionais e integração de recursos comunitários.	Integração de profissionais convidados e apresentação de recursos de apoio no contexto escolar, nomeadamente o Programa Cuida-te [IPDJ], a psicóloga escolar e a UCC.

Fonte: Elaboração própria.

2.6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A preparação operacional constitui uma etapa fundamental na MPS, na medida em que permite traduzir as estratégias previamente definidas em intervenções concretas, organizadas e exequíveis no contexto de implementação. Nesta etapa, procede-se à organização das condições necessárias à execução do projeto, nomeadamente através da identificação dos recursos humanos, materiais e institucionais envolvidos, bem como da definição da estrutura organizativa e temporal das atividades a desenvolver (Melo, 2020; Tavares, 1992).

De acordo com a MPS, esta etapa assume particular relevância, uma vez que assegura a articulação entre os objetivos estabelecidos, as estratégias delineadas e as condições reais de

intervenção. Deste modo, a preparação operacional contribui para garantir a viabilidade das intervenções planeadas, permitindo adequar as atividades ao contexto específico em que se desenvolvem e aos recursos efetivamente disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

No âmbito da promoção da saúde em contexto escolar, a organização prévia das intervenções assume especial importância, na medida em que a implementação de atividades dirigidas a adolescentes exige uma articulação efetiva entre diferentes intervenientes da comunidade educativa e do setor da saúde. A literatura evidencia que a eficácia das intervenções de promoção da saúde em meio escolar depende não apenas da sua fundamentação científica, mas também de uma preparação organizacional adequada, que inclua a mobilização de recursos, o estabelecimento de parcerias e a definição clara das atividades a desenvolver (Green & Kreuter, 2005; OMS, 2021).

No campo da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, a preparação operacional assume igualmente um papel determinante na qualidade e eficácia das ações de promoção da saúde. Neste sentido, a organização das atividades, a articulação entre os diferentes parceiros institucionais e a adequação das intervenções às características da população-alvo constituem elementos essenciais para assegurar a implementação de estratégias sustentadas, contextualizadas e ajustadas às necessidades identificadas (Melo, 2020).

À luz destes pressupostos, a preparação operacional do presente projeto de intervenção comunitária teve como finalidade assegurar as condições necessárias à implementação das atividades dirigidas à promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes, em contexto escolar. Para tal, foram considerados diferentes elementos estruturantes para a concretização do projeto, designadamente o planeamento das atividades a desenvolver, a identificação dos recursos humanos e das parcerias institucionais envolvidas, os recursos materiais e físicos necessários à dinamização das intervenções, bem como a organização temporal das atividades e os processos de comunicação e divulgação associados ao projeto.

A definição e organização das atividades a desenvolver no âmbito do PIC foram previamente discutidas e validadas em articulação com a enfermeira orientadora da UCC, responsável pela área da SE, bem como com a docente orientadora, assegurando a adequação das intervenções planeadas ao contexto escolar e às necessidades identificadas na população-alvo. O processo de acompanhamento e supervisão contribuiu para garantir o rigor metodológico e científico do projeto de intervenção comunitária. Neste âmbito, procurou-se assegurar a coerência entre os objetivos definidos, as intervenções selecionadas, as atividades

a desenvolver e os recursos necessários à sua concretização, em conformidade com a lógica organizativa subjacente à MPS (Melo, 2020).

Importa ainda referir que a preparação operacional contempla igualmente a organização temporal das atividades, permitindo estruturar, de forma sequencial e articulada, a implementação das diferentes ações previstas no projeto de intervenção.

Assim, a preparação operacional permitiu estruturar de forma sistemática a implementação das estratégias definidas, assegurando a articulação entre os objetivos estabelecidos, os recursos disponíveis e as atividades a desenvolver junto da população adolescente. Esta etapa revelou-se fundamental para garantir a viabilidade e a coerência das intervenções planeadas, permitindo adequar o projeto ao contexto específico de implementação e às características da população-alvo. Nos pontos seguintes, apresenta-se a descrição detalhada do planeamento das atividades e dos recursos mobilizados para a concretização do projeto de intervenção comunitária.

2.6.1. Análise das atividades desenvolvidas

À luz da MPS, a análise das atividades desenvolvidas permite compreender de que modo as estratégias definidas foram concretizadas no contexto real de implementação (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020). Em meio escolar, a literatura sublinha que as abordagens participativas, integradas e centradas nos adolescentes favorecem o envolvimento ativo dos participantes e potenciam aprendizagens significativas no domínio da promoção da saúde e do desenvolvimento socioemocional (CASEL, 2020; Durlak et al., 2011; OCDE, 2021; OMS, 2021). Nesta fase, importa explicitar, de forma objetiva, as principais atividades desenvolvidas, os intervenientes envolvidos, o modo como foram operacionalizadas e os recursos mobilizados para a sua concretização.

A análise das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC permite verificar que a intervenção integrou estratégias diversificadas e complementares, procurando concretizar, de forma coerente, os objetivos definidos e responder às características da população-alvo. As atividades implementadas articularam momentos de educação para a saúde, dinâmicas participativas em grupo, colaboração com parceiros externos e estratégias complementares de sensibilização dirigidas à comunidade educativa, numa lógica de adequação ao contexto escolar e de promoção das competências sociais e emocionais dos adolescentes.

As sessões de educação para a saúde dinamizadas pela mestranda constituíram o eixo central da intervenção desenvolvida. Estas sessões foram estruturadas com recurso a uma apresentação em PowerPoint, elaborada pela mestranda e apresentada no Apêndice F, que

serviu de instrumento orientador de cada sessão. Inicialmente, foi realizada uma breve contextualização da temática da amizade e da importância das relações interpessoais no desenvolvimento pessoal e no bem-estar dos adolescentes.

Num primeiro momento, foram apresentadas algumas palavras associadas ao conceito de amizade, procurando estimular a reflexão inicial dos alunos sobre o significado desta relação no seu quotidiano. Posteriormente, recorreu-se à plataforma digital *Mentimeter*, através da qual os alunos foram convidados a responder à pergunta “O que é, para ti, a amizade?”. No Apêndice G estão as respostas que surgiram de forma anónima e foram projetadas em tempo real, permitindo visualizar diferentes perspetivas e promover um momento de reflexão coletiva entre os participantes. Importa referir que, numa primeira fase, os alunos foram incentivados a partilhar livremente as suas próprias definições e perceções sobre o conceito de amizade, sem qualquer influência externa. Apenas após o registo das respostas dos participantes, a mestrandia apresentou a sua própria perspetiva sobre o conceito de amizade, utilizando como metáfora o mineral kyawthuite, considerado o mineral mais raro do mundo. Esta metáfora foi utilizada de forma simbólica para ilustrar o valor da amizade, entendida como algo raro, precioso e sem preço definido.

Após este momento inicial de reflexão coletiva, foram apresentadas as competências sociais e emocionais e discutido o papel da escola enquanto espaço privilegiado para o desenvolvimento das mesmas e para a promoção de relações interpessoais positivas. Seguidamente, iniciou-se a componente mais dinâmica das sessões, centrada na realização de atividades participativas em grupo. Estas atividades foram inspiradas em propostas pedagógicas presentes no manual *Saúde Mental em Saúde Escolar*, utilizado como recurso orientador para a promoção de competências socioemocionais em contexto educativo, tendo sido posteriormente adaptadas pela mestrandia de forma a adequá-las às características do grupo de adolescentes participante e à intencionalidade do PIC, nomeadamente ao desenvolvimento da autoconsciência emocional, da empatia, da comunicação interpessoal e do reforço das relações de apoio entre pares.

Intervenção 1 — A primeira dinâmica, intitulada “Carta ao Eu do Futuro”, consistiu na escrita de uma carta individual, na qual os alunos foram convidados a refletir sobre o momento presente, sobre as suas relações de amizade e sobre os aspetos que gostariam de melhorar ou desenvolver ao longo do ano letivo. Esta atividade procurou promover a autorreflexão, a consciência emocional e o estabelecimento de objetivos pessoais relacionados com as relações interpessoais.

Intervenção 2 — Designada “Linha das Emoções”, esta segunda dinâmica procurou trabalhar a identificação e compreensão de diferentes emoções, bem como promover o desenvolvimento da autoconsciência e da empatia entre os participantes. Nesta atividade, os alunos posicionaram-se fisicamente numa linha imaginária no espaço da sala, deslocando-se para um dos lados consoante concordavam ou discordavam com determinadas afirmações apresentadas pela mestrandia. Algumas das afirmações utilizadas foram inspiradas em itens da escala “Para Mim É Fácil”, permitindo estimular a reflexão sobre diferentes situações relacionadas com as relações interpessoais e as competências sociais. Após cada posicionamento, foram promovidos momentos de diálogo e debate entre os alunos.

Intervenção 3 — A terceira dinâmica, intitulada “O que a turma escreve sobre ti”, teve como objetivo promover o reconhecimento de qualidades individuais e fortalecer o ambiente de apoio entre colegas. Nesta atividade, cada aluno colocou uma folha nas costas, onde os restantes colegas foram convidados a escrever uma palavra ou pequena frase positiva relacionada com as suas qualidades ou características pessoais. Esta dinâmica procurou reforçar a valorização entre pares e contribuir para o fortalecimento das relações de amizade no contexto da turma.

Para além das sessões e dinâmicas promovidas pela mestrandia, foram igualmente desenvolvidas sessões de educação para a saúde em colaboração com profissionais convidados e parceiros institucionais, procurando diversificar as estratégias pedagógicas utilizadas e reforçar o alcance das temáticas abordadas no projeto.

Intervenção 4 — Neste contexto, foi dinamizada a sessão de educação para a saúde “Kyawthuïte em Notícias”, conduzida pela jornalista A.T.B., do Notícias ao Minuto. Numa fase inicial, foi apresentado aos alunos um breve enquadramento sobre o trabalho jornalístico e sobre a importância da criação de vínculos, do trabalho em equipa, da cooperação e da comunicação na construção de conteúdos informativos. Posteriormente, os alunos foram organizados em pequenos grupos e convidados a imaginar que iriam escrever uma notícia para uma plataforma informativa ou para a página da escola, selecionando temas da atualidade com significado para o seu quotidiano, para o contexto escolar e para a atualidade nacional e internacional, admitindo-se a possibilidade da sua publicação na página da escola. Este processo implicou momentos de diálogo, negociação e tomada de decisão em grupo relativamente aos conteúdos a desenvolver, incentivando a cooperação, a comunicação assertiva e a partilha de ideias entre os participantes. As notícias elaboradas pelos alunos encontram-se apresentadas no Anexo I. A identificação da profissional convidada e do órgão de comunicação social onde exerce funções é apresentada no presente relatório, uma vez que a sua participação na atividade foi previamente

autorizada pela respetiva entidade empregadora. A jornalista elaborou posteriormente um documento com sugestões de melhoria relativas às notícias produzidas pelos alunos, o qual foi remetido à escola, após revisão, com o objetivo de lhes dar a conhecer os aspetos a perfeição, bem como orientações sobre o trabalho realizado. As notícias encontram-se no Anexo I.

Intervenção 5 — A atividade de educação para a saúde com a temática “Movimento que Une”, conduzida pelo *personal trainer* R.F., do estúdio Três | Treino, procurou explorar a relação entre atividade física, bem-estar e desenvolvimento de competências sociais. Numa fase inicial, foi utilizada como aquecimento a dinâmica “Formar grupos”, durante a qual os participantes realizavam diferentes tipos de deslocamento no espaço e eram posteriormente convidados a organizar-se rapidamente em grupos com um determinado número de elementos, consoante a indicação dada pelo dinamizador. Esta atividade favoreceu a atenção, a adaptação ao grupo e a interação imediata entre pares. Seguidamente, foram realizados jogos como a “ponte humana”, o “jogo do lenço” e o “jogo do galo”, os quais favoreceram a cooperação, a ajuda, a comunicação, o respeito por regras, a participação ativa e a coesão grupal. A atividade física constituiu, deste modo, uma via indireta, mas particularmente eficaz, para o desenvolvimento de competências relacionais, na medida em que as dinâmicas de movimento e interação entre participantes potenciaram a colaboração e o reforço de vínculos entre pares. Não são apresentados registos fotográficos da atividade, de forma a salvaguardar a identidade, a privacidade e a confidencialidade dos adolescentes participantes.

Intervenção 6 — Paralelamente, foram realizadas atividades dinamizadas pela equipa multidisciplinar do Programa Cuida-te, promovido pelo IPDJ. Este programa constitui uma iniciativa nacional dirigida à promoção da saúde e do bem-estar dos jovens, procurando incentivar estilos de vida saudáveis e reforçar fatores de proteção associados à saúde física, mental e social. O programa integra diferentes áreas de intervenção, nomeadamente saúde mental e bem-estar emocional, comportamentos aditivos, sexualidade, alimentação saudável e atividade física, sendo frequentemente implementado em contexto escolar através de ações educativas dirigidas à população jovem. A integração destas sessões no PIC procurou complementar as atividades dinamizadas pela mestrandia, reforçando a abordagem multidisciplinar da intervenção e contribuindo para a promoção de competências pessoais e sociais associadas ao bem-estar dos adolescentes. Não são apresentados registos fotográficos da atividade, de forma a salvaguardar a identidade, a privacidade e a confidencialidade dos adolescentes participantes.

Intervenção 7 — No decurso da implementação do projeto, foi igualmente dinamizada uma atividade pedagógica de carácter artístico, materializada numa exposição temática na

biblioteca escolar, subordinada à questão “O que é para ti a amizade?”. A proposta inicial previa a realização de um mural desenvolvido pelos alunos do ensino secundário da área de Artes Visuais, centrado nas temáticas da amizade e da gratidão. No entanto, por razões relacionadas com a organização escolar, esta proposta foi posteriormente adaptada e desenvolvida com alunos do 9.º ano, em articulação com a docente de Educação Visual. Os adolescentes elaboraram diferentes produções visuais relacionadas com as competências sociais e emocionais trabalhadas no projeto, que foram posteriormente expostas na biblioteca escolar através de um fio com molas de suporte expositivo. Os registos desta atividade encontram-se apresentados no Apêndice H.

Intervenção 8 — Por fim, foi ainda desenvolvida uma forma complementar de disseminação do projeto, através da criação de uma capa digital de um jornal dedicada à divulgação da iniciativa “Kyawthuite”. Esta atividade surgiu da necessidade de assegurar que a informação relativa ao projeto pudesse chegar, de forma indireta, à totalidade da população-alvo inicialmente definida, composta por alunos do 9.º ao 12.º ano. Importa referir que, por razões relacionadas com a organização e disponibilidade do contexto escolar, não foi possível realizar intervenções presenciais junto de todos os alunos inicialmente previstos. Neste sentido, a mestranda considerou pertinente desenvolver esta atividade complementar de disseminação da informação, procurando garantir uma maior abrangência da intervenção e reforçar o impacto do projeto junto da comunidade educativa. Assim, a capa digital elaborada pela mestranda foi posteriormente enviada à escola, tendo sido partilhada com os diretores de turma das turmas abrangidas, que procederam à sua divulgação junto dos alunos através dos canais institucionais da escola. Esta opção revelou-se particularmente pertinente, uma vez que a mestranda não possuía acesso direto aos contactos institucionais dos alunos, sendo a comunicação externa com os mesmos mediada pelos mecanismos formais de comunicação da instituição escolar. Ficou ainda claro que, caso os docentes o considerassem pertinente, essa divulgação poderia ser alargada à restante comunidade escolar e não apenas à população-alvo do PIC. A referida capa digital encontra-se apresentada no Apêndice I.

A diversidade de dinâmicas pedagógicas utilizadas ao longo da implementação do projeto procurou responder às diferentes dimensões do desenvolvimento socioemocional dos adolescentes, privilegiando abordagens participativas e experienciais que favorecessem o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e contribuíssem para o fortalecimento das relações interpessoais positivas em contexto escolar. Em conjunto, as atividades desenvolvidas procuraram assegurar coerência com os objetivos definidos para o PIC, articulando intervenção direta, metodologias participativas, colaboração com parceiros externos e estratégias

complementares de sensibilização e divulgação, numa lógica de adequação ao contexto escolar e às características da população-alvo.

A síntese das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC, incluindo a identificação da atividade, dos intervenientes, do período de realização, do local, da metodologia, da duração e dos recursos mobilizados, apresenta-se na tabela seguinte.

Tabela 12.

Análise das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Duração	Recursos
Sessão de educação para a saúde: <i>Promoção de Competências Sociais e Emocionais em adolescentes: A amizade é como um kyawthuite</i>	Mestranda, com presença da enfermeira orientadora da UCC	5/01 (2) 6/01 10/01 22/01	Sala de aula	Método expositivo e participativo, com dinâmicas de grupo e atividades interativas	5 sessões – 60 min	Computador, pen drive, programa <i>Mentimeter</i> , apresentação em <i>PowerPoint</i> , papel, envelopes, canetas e fita-cola
Elaboração e divulgação de capa digital de jornal “Kyawthuite”	Mestranda	janeiro de 2026	Divulgação digital através do correio eletrónico	Produção e divulgação digital	atividade pontual	Computador, programa Canva e correio eletrónico
Sessão de educação para a saúde realizadas pela equipa multidisciplinar do Programa Cuida-te, IPDJ	Equipa multidisciplinar do Programa Cuida-te	23/01	Sala Multiusos	Método expositivo e participativo, com recurso a dinâmicas participativas	3 - 60 min	Computador, pen drive e material disponibilizados pela equipa dinamizadora
Sessão de educação para a saúde dinamizada pela jornalista convidada A.T.B. – “Kyawthuite em Notícias”	Jornalista A.T.B.	12/01 (2)	Sala Multiusos	Método expositivo e participativo, com recurso a dinâmica de grupo	2- 60 min	Computador, pen drive, programa <i>Mentimeter</i> , papel e canetas
Sessão de educação para a saúde dinamizada pelo <i>personal</i>	<i>Personal trainer</i> R.F.	12/01 (2)	Pavilhão desportivo	Sessão Método ativo-participativo, com	2- 60 minutos	Material desportivo

<i>trainer</i> R.F. – “Movimento que Une”				dinâmicas de grupo		
Exposição temática na biblioteca escolar, com a colaboração da professora de Educação Visual – “O que é a amizade?”	Mestranda, enfermeira orientadora da UCC, professora de Educação Visual e alunos do 9.º ano	janeiro e fevereiro	Biblioteca escolar	Organização de exposição temática com trabalhos produzidos pelos alunos, visando sensibilizar a comunidade escolar para a temática da amizade e das competências sociais e emocionais.	3 semanas	Trabalhos produzidos pelos alunos e materiais expositivos

Fonte: Elaboração própria.

Em conjunto, as atividades desenvolvidas procuraram assegurar coerência com os objetivos definidos para o PIC, articulando intervenção direta, metodologias participativas, colaboração com parceiros externos e estratégias complementares de sensibilização e divulgação, numa lógica de adequação ao contexto escolar e às características da população-alvo.

2.6.2. Recursos

No âmbito da MPS, a identificação e organização dos recursos constitui uma dimensão fundamental da preparação operacional, na medida em que permite assegurar a viabilidade da intervenção e adequar a implementação das atividades às condições reais do contexto em que decorrem (Imperator & Giraldes, 1993; Melo, 2020). Atendendo à natureza do PIC e ao contexto escolar em que foi desenvolvido, os recursos mobilizados incluíram recursos humanos, materiais, físicos e logísticos, apresentados de forma objetiva e sintética na tabela seguinte.

Tabela 13.

Recursos mobilizados para a implementação do PIC e respetiva estimativa de custo

Recursos	Descrição	Estimativa de custo (€)
Recursos humanos	Mestranda (12,5€/h x 255h)	3139,05€
	Enfermeira orientadora da UCC / enfermeira especialista 12,69€/h x 40h	507,60€
	Doente orientadora; enfermeira orientadora da USP; equipa multidisciplinar da UCC; Equipa multidisciplinar do Programa Cuida-te; Jornalista convidada A.T.B.; <i>personal trainer</i> R.F.; docentes e funcionários da escola.	0,00€
Recursos materiais	Pen drive	8,19€
	Papel A4 (1 resma)	4,69€
	Canetas – (10 unidades)	5,78€
	Envelopes (100 unidades)	6,98€
	Fita-cola	1,59€
	Computador; projetor multimédia; programa Mentimeter; Programa Canva; telemóveis dos alunos; materiais para as dinâmicas dos parceiros; materiais expositivos e trabalhos dos alunos	Não se estimou custo associado
Recursos físicos	Salas de aula; sala multiusos; pavilhão desportivo; biblioteca escolar	Não se estimou custo associado
Recursos logísticos	Deslocações associadas à implementação do PIC (15 deslocações ida e volta x 26,60€)	354€
Total estimado:		4.027,88€

Fonte: Elaboração própria, com base na remuneração base auferida pela mestranda, em estimativa do valor horário dos recursos humanos afetos ao projeto e em preços de referência de mercado para os materiais adquiridos. Os custos associados às deslocações foram estimados com base no número de deslocações realizadas e no critério de 0,50 €/km.

Importa referir que os valores apresentados correspondem a estimativas, elaboradas com base nos recursos efetivamente mobilizados, na remuneração base de referência e em preços correntes de mercado aplicáveis aos materiais utilizados. Assim, a implementação do PIC assentou na mobilização articulada de recursos humanos, materiais, físicos e logísticos, revelando-se os custos diretos mais expressivos associados ao tempo de afetação dos recursos humanos à intervenção. Ainda assim, a utilização de recursos já existentes nas instituições envolvidas e a colaboração entre os diferentes intervenientes contribuíram para a viabilidade e sustentabilidade do projeto.

2.6.3. Cumprimento do cronograma de atividades

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o cronograma constitui uma representação gráfica da distribuição temporal das atividades que integram um projeto, permitindo organizar a sua sequência, duração e articulação. Neste sentido, foi elaborado um cronograma do PIC com o objetivo de orientar temporalmente o desenvolvimento das diferentes fases e atividades previstas ao longo do percurso de estágio. A análise do seu cumprimento permite verificar que o desenvolvimento do PIC decorreu, de um modo geral, em conformidade com a calendarização inicialmente prevista, ainda que com alguns ajustamentos pontuais ao longo do processo. As fases iniciais, nomeadamente as reuniões de orientação, a realização do DSS e a pesquisa bibliográfica, decorreram de forma articulada e progressiva, sustentando a definição das estratégias de intervenção e a organização do projeto.

No decurso da implementação, a calendarização das atividades em contexto escolar foi sendo ajustada pontualmente, sobretudo no que respeita à realização das sessões de educação para a saúde, de forma a garantir a sua adequação aos tempos letivos, à disponibilidade das turmas e ao funcionamento do contexto escolar. Estes ajustamentos não comprometeram a concretização global das atividades nem os objetivos definidos para o PIC.

Importa ainda referir que o cronograma integrou não apenas as atividades diretamente relacionadas com a implementação das intervenções em contexto escolar, mas também momentos de articulação com a UCC e a USP, aplicação dos instrumentos de recolha de dados, avaliação do PIC, elaboração do relatório final e preparação da prova pública. Esta organização temporal permitiu acompanhar de forma estruturada o percurso do projeto e assegurar coerência entre as diferentes fases que o compuseram.

Importa ainda referir que o cronograma integrou não apenas as atividades diretamente relacionadas com a implementação das intervenções em contexto escolar, mas também momentos de articulação com a UCC e a USP, aplicação dos instrumentos de recolha de dados, avaliação do PIC, elaboração do relatório final e preparação da prova pública. Esta organização temporal permitiu acompanhar de forma estruturada o percurso do projeto e assegurar coerência entre as diferentes fases que o compuseram.

Apresenta-se de seguida o cronograma do PIC, enquanto instrumento orientador da organização temporal das diferentes fases e atividades do projeto.

Tabela 14.

Cronograma do PIC: janeiro de 2025 a junho de 2026

Atividades	janeiro fevereiro março/25	abril/25	maio/25	junho/25	julho agosto/25	setembro/25	outubro/25	novembro/25	dezembro/25	janeiro/26	fevereiro/26	março/26	abril/26	maio junho/26
Reunir com a docente/ orientação tutorial (sempre que necessário)														
Reunir com a equipe multidisciplinar da UCC														
Reunir com a equipe multidisciplinar da USP														
Realizar o DSS														
Realizar pesquisa bibliográfica														
Colaborar nas atividades propostas pela UCC														
Aplicar instrumentos de recolha de dados aos adolescentes														
Colaborar nas atividades propostas pela USP														
Executar as atividades do PIC em contexto escolar														
Avaliar o PIC “A amizade é como um Kyawthuite”														
Entregar Relatório Final e apresentar a prova pública do PIC														
Divulgar resultados														

Fonte: Elaboração própria.

2.6.4. Comunicação e divulgação do projeto

A comunicação e divulgação do PIC assumiram importância ao longo da sua implementação, na medida em que contribuíram para reforçar a articulação entre os diferentes intervenientes e para dar visibilidade às atividades desenvolvidas em contexto escolar. No âmbito da promoção da saúde, a comunicação constitui uma dimensão relevante da intervenção, favorecendo a disseminação de informação e a sensibilização da comunidade para as temáticas em estudo (Melo, 2020; OMS, 2021).

No presente projeto, a comunicação foi assegurada através da articulação entre a mestrande, a enfermeira orientadora da UCC, a docente orientadora, os docentes da escola e os parceiros externos envolvidos, o que permitiu organizar a implementação das diferentes atividades em função do funcionamento do contexto escolar.

Ao nível da divulgação, uma das estratégias adotadas consistiu na elaboração e disseminação de uma capa digital de jornal intitulada “Kyawthuite”, produzida no programa Canva e enviada por correio eletrónico à escola, com vista ao seu reencaminhamento pelos diretores de turma à população-alvo abrangida pelo projeto. Esta estratégia procurou alargar o alcance do PIC e divulgar conteúdos relacionados com a amizade, as relações interpessoais e as competências sociais e emocionais.

Paralelamente, foi dinamizada uma exposição temática na biblioteca escolar, com a colaboração da professora de Educação Visual e a participação de alunos do 9.º ano, subordinada à temática “O que é para ti a amizade?”. Esta iniciativa integrou trabalhos elaborados pelos alunos no âmbito da reflexão sobre a amizade e constituiu uma estratégia complementar de visibilidade do projeto junto da comunidade educativa.

Deste modo, a comunicação e divulgação do PIC contribuíram para sustentar a articulação entre os diferentes intervenientes e para reforçar a visibilidade das atividades desenvolvidas em contexto escolar.

2.7. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A monitorização e a avaliação constituem etapas essenciais na MPS, permitindo acompanhar de forma sistemática o desenvolvimento das intervenções e analisar os resultados obtidos em relação aos objetivos previamente definidos. Estas etapas assumem particular relevância no desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária, na medida em que possibilitam verificar a concretização das atividades planeadas, identificar eventuais

constrangimentos durante o processo de implementação e introduzir ajustamentos sempre que necessário, contribuindo para a melhoria contínua das intervenções desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992; Melo, 2020).

Na MPS, a monitorização corresponde ao acompanhamento contínuo da execução das atividades ao longo da implementação do projeto, permitindo recolher informação relevante sobre o desenvolvimento das intervenções e apoiar a tomada de decisão durante o processo de intervenção. Por sua vez, a avaliação consiste na análise sistemática dos resultados alcançados, procurando verificar em que medida os objetivos definidos foram atingidos e qual o contributo das atividades desenvolvidas para a melhoria da situação de saúde identificada na população-alvo (Melo, 2020; Tavares 1992).

De acordo com Melo (2020), a definição de indicadores de monitorização e avaliação constitui um elemento central no planeamento das intervenções em saúde, uma vez que permite acompanhar de forma estruturada a implementação das atividades e avaliar os resultados alcançados, contribuindo para a melhoria da qualidade das intervenções desenvolvidas em saúde comunitária.

No PIC desenvolvido, a monitorização e a avaliação tiveram como finalidade acompanhar a implementação das diferentes atividades realizadas no âmbito da promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes em contexto escolar, bem como analisar o seu contributo para os objetivos definidos. Neste processo, procurou-se considerar não apenas a execução das intervenções previstas, mas também a participação dos alunos, a articulação com os parceiros envolvidos e os resultados observados no decurso da implementação do projeto.

Neste enquadramento, apresentam-se de seguida os principais aspetos inerentes à monitorização e avaliação do PIC.

2.7.1. Monitorização da implementação das atividades

A monitorização da implementação das atividades do PIC permitiu acompanhar, de forma contínua, a execução das intervenções previstas, verificar o seu desenvolvimento ao longo do tempo e introduzir ajustamentos sempre que necessário, em coerência com a natureza dinâmica da MPS (Melo, 2020; Tavares, 1992).

No decurso da implementação, a monitorização incidiu sobre a concretização das diferentes atividades previstas no projeto, a articulação entre os vários intervenientes envolvidos, a adequação das intervenções ao contexto escolar e a necessidade de reajustamentos pontuais decorrentes da organização e funcionamento do terreno. Este acompanhamento possibilitou

verificar que, apesar de algumas adaptações na calendarização e operacionalização de determinadas atividades, o PIC foi implementado de forma globalmente coerente com o que havia sido planeado.

A monitorização constituiu, assim, um processo contínuo de acompanhamento e reflexão sobre a implementação do projeto, permitindo sustentar decisões ajustadas ao contexto real de intervenção e contribuir para a sua viabilidade e coerência ao longo do percurso desenvolvido.

2.7.2. Avaliação do processo de intervenção

A avaliação do processo de intervenção permitiu analisar, de forma contextualizada e fundamentada, o modo como o PIC foi desenvolvido em contexto escolar, atendendo não apenas à concretização das atividades planeadas, mas também às adaptações introduzidas ao longo da sua implementação, ao envolvimento dos adolescentes nas diferentes propostas e à perceção dos participantes relativamente às intervenções realizadas. Neste sentido, esta etapa centrou-se, sobretudo, na apreciação da qualidade do percurso desenvolvido, da adequação das metodologias mobilizadas e do nível de satisfação dos adolescentes face às atividades dinamizadas, em consonância com a perspetiva de Tavares (1992) e Melo (2020), segundo a qual a avaliação deve apoiar-se em critérios previamente definidos e na informação recolhida ao longo do desenvolvimento do projeto.

No PIC, a avaliação do processo evidenciou que a implementação das atividades não decorreu integralmente de acordo com a calendarização inicialmente prevista, em virtude de constrangimentos relacionados com a organização das atividades escolares, a definição das datas para realização das sessões e a necessidade de adaptação à dinâmica concreta do contexto educativo. Estes aspetos exigiram capacidade de reorganização, flexibilidade e ajustamento metodológico por parte da mestranda, sem, contudo, comprometerem a viabilidade global da intervenção.

Entre os ajustamentos efetuados, destaca-se a necessidade de organizar algumas atividades por anos de escolaridade e não exclusivamente por turmas, atendendo à existência de grupos mistos e às condições concretas de operacionalização das intervenções. Também ao nível da exposição temática na biblioteca escolar se verificou uma reformulação da proposta inicialmente delineada, uma vez que a atividade prevista com alunos do ensino secundário da área de Artes Visuais foi posteriormente adaptada e desenvolvida com alunos do 9.º ano, em articulação com a docente de Educação Visual. Estes ajustamentos evidenciam a natureza

dinâmica da intervenção comunitária em contexto real e a importância de adequar a ação às possibilidades concretas do meio onde decorre.

No que respeita à adesão e participação dos adolescentes, a avaliação do processo foi globalmente positiva. Ainda que a participação nas dinâmicas propostas não tenha assumido carácter obrigatório, observou-se envolvimento e receptividade dos alunos nas intervenções desenvolvidas. Este aspeto assume particular relevância, uma vez que a adesão voluntária dos adolescentes pode ser entendida como um indicador indireto da adequação das estratégias utilizadas e da pertinência das temáticas abordadas. A natureza participativa das sessões, assente na valorização da experiência dos alunos, na promoção de momentos de expressão e partilha e na dinamização de atividades que estimularam a interação entre pares, constituiu um fator facilitador do envolvimento dos adolescentes.

Também a adequação metodológica das atividades realizadas se revelou um aspeto favorável do processo de intervenção. As metodologias ativas mobilizadas foram concebidas e adaptadas em função das características do grupo participante e da intencionalidade do projeto, procurando promover competências sociais e emocionais de forma participativa, experiencial e ajustada ao contexto escolar. Neste âmbito, o recurso ao *Mentimeter*, à metáfora do kyawthuite, às dinâmicas “Carta ao Eu do Futuro”, “Linha das Emoções” e “O que a turma escreve sobre ti”, bem como às atividades “Kyawthuite em Notícias” e “Movimento que Une” e às ações dinamizadas pelo Programa Cuida-te, contribuiu para diversificar as estratégias utilizadas e ampliar o alcance pedagógico da intervenção.

Importa igualmente salientar a relevância das estratégias complementares desenvolvidas no decurso do projeto. A exposição temática na biblioteca escolar permitiu dar visibilidade às produções dos alunos e reforçar a sensibilização da comunidade educativa para as competências sociais e emocionais trabalhadas. Por sua vez, a criação de uma capa digital para o jornal escolar constituiu uma estratégia pertinente de divulgação junto da população-alvo, particularmente relevante face às condicionantes inerentes à calendarização das atividades escolares e à gestão temporal das intervenções em contexto educativo.

A síntese das atividades desenvolvidas e do número de participantes envolvidos em cada uma apresenta-se na Tabela 15, o que permite uma apreciação global da abrangência da intervenção ao longo da sua implementação.

Tabela 15.

Síntese das atividades desenvolvidas no âmbito do PIC e número de participantes por atividade

Tipo de atividade	Designação das atividades	Dinamização	Ano (s) de escolaridade envolvidos	Nº de alunos
Sessão de Educação para a Saúde	Promoção das competências sociais e emocionais	Mestranda, sob supervisão da enfermeira orientadora da UCC	9.º ano	52
Sessão de Educação para a Saúde	Promoção das competências sociais e emocionais	Mestranda, sob supervisão da enfermeira orientadora da UCC	10.º, 11.º e 12.º anos	42
Dinâmica temática	“kyawthuïte em Notícias”	Jornalista convidada	11.º e 12.º anos	52
Dinâmica temática	“Movimento que Une”	<i>Personal trainer</i> convidado do estúdio “Três Treino”, Évora	11.º e 12.º anos	52
Ações de sensibilização	Programa “Cuida-te” – IPDJ	Equipa multidisciplinar do programa	9.º ano	52
Atividade pedagógica	Exposição temática sobre competências sociais e emocionais na biblioteca escolar	Alunos do 9.º ano, sob orientação da docente de Educação Visual da escola	9.º ano (exposição aberta à comunidade educativa)	52
Atividade de disseminação	Capa digital de jornal escolar para divulgação do projeto: “KYAWTHUITE”	Mestranda	População-alvo	130

Fonte: Elaboração própria.

No que respeita à avaliação das sessões de intervenção, importa salientar que os resultados apresentados nas tabelas seguintes dizem respeito exclusivamente aos questionários de satisfação efetivamente preenchidos pelos adolescentes. Deste modo, o número de respostas obtidas não coincide necessariamente com o número total de adolescentes presentes em cada sessão, atendendo ao carácter não obrigatório do preenchimento do questionário. Essa distribuição encontra-se sistematizada na Tabela 16.

Tabela 16.

Participação nas sessões de intervenção e questionários de satisfação respondidos

Sessão	Adolescentes presentes (n)	Questionários respondidos (n)
Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes: A amizade é como um Kyawthuïte”	77	65
Programa Cuida-te, IPDJ	52	17
Movimento que Une	52	36
Kyawthuïte em Notícias	52	15

Fonte: Elaboração própria.

Relativamente aos questionários de satisfação das sessões de intervenção, foi realizada uma análise descritiva, com base na soma das pontuações atribuídas em cada item, permitindo avaliar a perceção dos participantes quanto à qualidade, relevância e utilidade das atividades desenvolvidas, contribuindo para a avaliação das áreas mais favoráveis e de dimensões mais vulneráveis na população em estudo. Seguidamente, apresentam-se as tabelas correspondentes à apreciação dos questionários de satisfação aplicados às diferentes sessões, acompanhadas da respetiva descrição.

Tabela 17.

Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Promoção de Competências Sociais e Emocionais: A amizade é como em adolescentes no Meio Escolar: a amizade é como um kyawthuite”

IDADE	14	15			16			17		
ANO ESCOLAR	9.º Ano	9.º ano	10.º Ano	11.º Ano	9.º ano	10.º ano	11.º ano	10.º ano	11.º ano	12.º Ano
3. A sessão foi fácil de perceber.	69	34	3	31	28	7	7	4	8	19
4. O tema falado foi interessante e importante para mim.	64	34	3	27	27	7	6	4	7	20
5. A forma como a sessão foi apresentada foi apelativa.	68	35	2	30	26	6	7	4	8	20
6. Senti-me à vontade para participar e fazer questões.	63	31	2	26	23	7	7	4	8	18
7. O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia.	69	33	2	28	25	7	7	4	8	18
8. O tempo da sessão foi adequado.	72	33	2	30	27	7	7	3	8	20
9. A sessão foi bem organizada.	69	34	3	29	28	7	7	4	7	20
10. Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema.	73	34	3	29	27	7	7	4	8	20
11. A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde.	68	33	4	26	23	7	7	4	8	20

12. A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções.	70	33	4	27	25	7	7	4	8	19
13. Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão.	64	33	4	26	25	6	7	4	8	18
14. A formadora conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara.	66	33	4	30	28	7	7	4	8	20
15. A formadora conseguiu criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas.	69	34	4	30	26	7	7	4	8	20
16. No geral, como avalias esta sessão?	69	33	4	29	28	7	7	4	8	19

Nota. Os valores apresentados correspondem à soma das pontuações atribuídas pelos participantes em cada item do questionário de satisfação, organizadas por idade e ano de escolaridade. Cada resposta foi cotada numa escala de 1 a 4, correspondendo a Insuficiente (1), Suficiente (2), Bom (3) e Muito bom (4). Assim, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, devendo a sua leitura considerar a diferente dimensão dos subgrupos.

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 17, os valores apresentados correspondem às pontuações totais obtidas em cada item do questionário de satisfação, organizadas por idade e ano de escolaridade. Neste sentido, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, embora a sua interpretação deva atender à diferente dimensão dos subgrupos.

A sessão “Promoção de Competências Sociais e Emocionais” foi avaliada de forma muito favorável pelos participantes, abrangendo alunos de diferentes idades e anos de escolaridade, do 9.º ao 12.º ano. A distribuição das pontuações evidencia apreciação positiva em vários domínios da sessão, com especial destaque para a clareza dos conteúdos, a utilidade percebida das aprendizagens, a adequação das estratégias utilizadas e a qualidade da condução da sessão.

Entre os resultados mais expressivos, destaca-se o item “Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema”, que registou a pontuação mais elevada da sessão no grupo dos 14 anos (9.º ano), com 73 pontos. Também os itens “O tempo da sessão foi adequado”, com 72 pontos, “A sessão foi fácil de perceber”, com 69 pontos, “O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia”, igualmente com 69 pontos, e “A sessão foi bem organizada”, também com 69 pontos,

apresentaram valores particularmente elevados neste grupo. Estes resultados apontam para uma apreciação especialmente favorável da sessão entre os alunos mais novos, com valorização das estratégias participativas, da organização da sessão e da utilidade dos conteúdos abordados.

Nos restantes grupos, observou-se igualmente apreciação positiva, ainda que com valores absolutos inferiores, o que deverá ser interpretado tendo em conta a diferente dimensão dos subgrupos. Ainda assim, verifica-se consistência na valorização de vários itens ao longo dos diferentes anos de escolaridade. No 12.º ano, por exemplo, destacaram-se os itens relacionados com a relevância do tema para os alunos, a forma apelativa de apresentação, a adequação do tempo, a clareza da formadora e o ambiente criado durante a sessão, com pontuações entre 19 e 20 pontos, o que sugere uma perceção favorável da utilidade e adequação da intervenção também nos alunos mais velhos.

A análise da tabela permite ainda verificar que os itens relacionados com a metodologia utilizada e com a atuação da formadora recolheram pontuações elevadas em diferentes grupos, designadamente “A formadora conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara”, “A formadora conseguiu criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas” e “Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão”. Esta tendência sugere boa aceitação da condução pedagógica da sessão, bem como adequação das condições criadas para a participação e envolvimento dos alunos.

Também os itens associados à aplicabilidade prática dos conteúdos revelaram apreciação positiva, nomeadamente “O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia”, “A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde” e “A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções”. Estes resultados reforçam a perceção de utilidade concreta da sessão, não apenas ao nível da compreensão do tema, mas também da sua relação com situações do quotidiano e com experiências interpessoais relevantes na adolescência.

No conjunto, os resultados obtidos permitem reconhecer uma avaliação muito favorável da sessão, particularmente no que respeita à compreensão do tema, à utilidade percebida das aprendizagens e à adequação das estratégias pedagógicas utilizadas. A distribuição observada sugere que a sessão se revelou pertinente e bem aceite por alunos de diferentes idades e anos de escolaridade, evidenciando potencial de adaptação e relevância transversal em contexto escolar.

Tabela 18.

Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Programa Cuida-te, IPDJ”

IDADE	14	15	16
ANO ESCOLAR	9.º ano	9.º ano	9.º ano
3. A sessão foi fácil de perceber.	51	8	8
4. O tema falado foi interessante e importante para mim.	49	8	8
5. A forma como a sessão foi apresentada foi apelativa.	51	8	8
6. Senti-me à vontade para participar e fazer questões.	48	6	8
7. O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia.	51	8	8
8. O tempo da sessão foi adequado.	46	8	7
9. A sessão foi bem organizada.	51	8	8
10. Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema.	50	8	8
11. A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde.	50	7	8
12. A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções.	48	8	8
13. Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão.	46	7	8
14. Os formadores conseguiram transmitir os conteúdos de forma clara.	51	8	8
15. Os formadores conseguiram criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas.	52	7	8
16. No geral, como avalias esta sessão?	51	8	8

Nota. Os valores apresentados correspondem à soma das pontuações atribuídas pelos participantes em cada item do questionário de satisfação, organizadas por idade e ano de escolaridade. Cada resposta foi cotada numa escala de 1 a 4, correspondendo a Insuficiente (1), Suficiente (2), Bom (3) e Muito bom (4). Assim, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, devendo a sua leitura considerar a diferente dimensão dos subgrupos.

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 18, os valores apresentados correspondem às pontuações totais obtidas em cada item do questionário de satisfação da sessão “Programa Cuida-te”, organizadas por idade e ano de escolaridade. Neste sentido, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, embora a sua interpretação deva atender à diferente dimensão dos subgrupos.

A sessão “Programa Cuida-te” foi avaliada de forma globalmente muito favorável pelos participantes, tendo sido aplicada a alunos do 9.º ano com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos. A distribuição das pontuações evidencia apreciação positiva em diferentes dimensões da sessão, com destaque para o ambiente criado, a clareza dos conteúdos, a organização, a utilidade percebida das aprendizagens e a adequação da metodologia utilizada.

Entre os resultados mais expressivos, destaca-se o item “Os formadores conseguiram criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas”, que registou a pontuação mais elevada no grupo dos 14 anos, com 52 pontos. Também os itens “A sessão foi fácil de perceber”, “A forma como a sessão foi apresentada foi apelativa”, “O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia”, “A sessão foi bem organizada”, “Os formadores conseguiram transmitir os conteúdos de forma clara” e “No geral, como avalias esta sessão?” apresentaram, igualmente, valores elevados neste grupo, com 51 pontos. Estes resultados apontam para uma apreciação particularmente favorável da sessão entre os alunos de 14 anos, sugerindo boa aceitação da abordagem utilizada, da organização da sessão e do ambiente relacional promovido.

Observou-se ainda valorização positiva de conteúdos com aplicabilidade prática, nomeadamente nos itens “A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde” e “A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções”, com pontuações de 50 e 48 pontos, respetivamente, no grupo dos 14 anos. Estes dados reforçam a perceção de utilidade concreta da sessão, não apenas ao nível informativo, mas também na sua articulação com experiências pessoais e interpessoais relevantes na adolescência.

Nos grupos dos 15 e 16 anos, os valores absolutos foram inferiores, o que deverá ser interpretado tendo em conta a diferente dimensão dos subgrupos. Ainda assim, verifica-se consistência na apreciação favorável da sessão, com pontuações positivas na maioria dos itens, designadamente ao nível da clareza, da relevância do tema, da adequação do tempo, da organização e da atuação dos formadores. Tal padrão sugere que a sessão foi bem recebida pelos diferentes grupos etários abrangidos, embora com expressão mais elevada entre os alunos mais novos.

A análise da tabela permite ainda verificar que os itens mais valorizados se relacionam, sobretudo, com o clima de segurança e conforto criado durante a sessão, com a clareza na transmissão dos conteúdos e com a utilidade percebida das aprendizagens. Esta tendência é particularmente relevante atendendo às características do grupo-alvo, uma vez que a criação de um ambiente relacional facilitador poderá constituir uma condição importante para a participação, expressão e envolvimento dos adolescentes neste tipo de intervenção.

No conjunto, os resultados obtidos permitem reconhecer uma avaliação muito favorável da sessão “Programa Cuida-te”, particularmente no que respeita ao ambiente criado, à compreensão do tema, à clareza dos conteúdos e à utilidade percebida das aprendizagens. A

distribuição observada sugere que a sessão se revelou pertinente e bem aceite pelos alunos do 9.º ano, evidenciando adequação metodológica e relevância para este grupo etário.

Tabela 19.

Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “*Movimento que Une*”

IDADE	16	17	≥18
ANO ESCOLAR	11.º ano	12.º ano	12.º ano
3. A sessão foi fácil de perceber.	16	69	48
4. O tema falado foi interessante e importante para mim.	16	62	46
5. A forma como a atividade foi apresentada foi apelativa.	16	69	48
6. Senti-me à vontade para participar e fazer questões.	16	63	45
7. O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia.	16	57	43
8. O tempo da sessão foi adequado.	16	64	47
9. A sessão foi bem organizada.	16	67	46
10. Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema.	16	61	43
11. A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde.	16	60	42
12. A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções.	16	59	40
13. Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão.	16	63	47
14. O formador conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara.	16	63	48
15. O formador conseguiu criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas.	16	68	47
16. No geral, como avalias esta sessão?	16	63	48

Nota. Os valores apresentados correspondem à soma das pontuações atribuídas pelos participantes em cada item do questionário de satisfação, organizadas por idade e ano de escolaridade. Cada resposta foi cotada numa escala de 1 a 4, correspondendo a Insuficiente (1), Suficiente (2), Bom (3) e Muito bom (4). Assim, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, devendo a sua leitura considerar a diferente dimensão dos subgrupos.

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 19, os valores apresentados correspondem às pontuações totais obtidas em cada item do questionário de satisfação da sessão “*Movimento que Une*”, organizadas por idade e ano de escolaridade. Neste sentido, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, embora a sua interpretação deva atender à diferente dimensão dos subgrupos.

A sessão “Movimento que Une” foi avaliada de forma muito favorável pelos participantes, abrangendo alunos do 11.º ano com 16 anos e alunos do 12.º ano com 17 e 18 ou mais anos. A distribuição das pontuações evidencia apreciação positiva em diferentes dimensões da sessão, com destaque para a forma apelativa de apresentação, o ambiente criado para participação, a organização, a clareza da condução e a avaliação global da sessão.

Entre os resultados mais expressivos, destaca-se o grupo dos 17 anos do 12.º ano, no qual se observaram as pontuações mais elevadas da tabela. Neste subgrupo, o item “A forma como a atividade foi apresentada foi apelativa” registou 69 pontos, correspondendo a um dos valores máximos observados. Também o item “O formador conseguiu criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas” apresentou pontuação muito elevada, com 68 pontos, seguindo-se “A sessão foi bem organizada”, com 67 pontos. Os itens “O tempo da sessão foi adequado”, “Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão”, “O formador conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara” e “No geral, como avalias esta sessão?” apresentaram igualmente valores elevados, situando-se entre 63 e 64 pontos. Estes resultados apontam para uma apreciação particularmente favorável da sessão neste grupo, sugerindo boa aceitação da metodologia utilizada, da dinâmica prática da intervenção e da qualidade da condução pedagógica.

No grupo dos 18 ou mais anos do 12.º ano, observou-se igualmente apreciação positiva, com pontuações globalmente elevadas em vários itens. Destacam-se, neste subgrupo, os itens “A sessão foi fácil de perceber”, “A forma como a atividade foi apresentada foi apelativa”, “O formador conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara” e “No geral, como avalias esta sessão?”, todos com 48 pontos, bem como “A sessão foi bem organizada”, “O tempo da sessão foi adequado” e “Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão”, com valores entre 46 e 47 pontos. Estes resultados sugerem boa aceitação da sessão também entre os participantes mais velhos, nomeadamente ao nível da clareza, da organização e do ambiente favorecedor da participação.

No grupo dos 16 anos do 11.º ano, os valores apresentados mantiveram-se estáveis em todos os itens, situando-se em 16 pontos. Embora inferiores em termos absolutos aos observados nos restantes grupos, estes resultados deverão ser interpretados tendo em conta a diferente dimensão do subgrupo, não permitindo, por si só, inferir menor valorização da sessão.

A análise da tabela permite ainda verificar que os itens mais valorizados se relacionam sobretudo com a forma de apresentação da atividade, o ambiente criado para a participação, a organização da sessão e a clareza do formador. Tal padrão sugere que a dimensão mais dinâmica

e prática desta intervenção terá sido particularmente bem acolhida pelos adolescentes, favorecendo o envolvimento, a atenção e a participação ativa dos alunos.

Também os itens associados à utilidade percebida das aprendizagens revelaram apreciação positiva, designadamente “O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia”, “A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde” e “A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções”. Estes resultados reforçam a perceção de utilidade da sessão, não apenas enquanto atividade apelativa, mas também pela relevância dos conteúdos para o quotidiano e para a experiência relacional dos adolescentes.

No conjunto, os resultados obtidos permitem reconhecer uma avaliação muito favorável da sessão “Movimento que Une”, particularmente no que respeita à apresentação da atividade, ao ambiente pedagógico criado, à organização e à aceitação global da intervenção. A distribuição observada sugere que a sessão se revelou pertinente e bem aceite pelos grupos abrangidos, evidenciando boa adequação metodológica e relevância em contexto escolar.

Tabela 20.

Avaliação do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde “Kyawthuïte em Notícias”

IDADE	16 Anos	17 Anos		≥18 Anos
ANO ESCOLAR	11.º ano	11.º ano	12.º ano	12.º ano
3. A sessão foi fácil de perceber.	20	4	26	6
4. O tema falado foi interessante e importante para mim.	18	4	24	7
5. A forma como a sessão foi apresentada foi apelativa.	20	4	25	6
6. Senti-me à vontade para participar e fazer questões.	18	4	20	6
7. O que aprendi pode ser útil no meu dia a dia.	20	4	23	6
8. O tempo da sessão foi adequado.	20	4	24	7
9. Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema.	20	4	26	7
10. A sessão foi bem organizada.	20	4	26	7
11. A sessão ajudou-me a perceber melhor como posso cuidar da minha saúde.	20	4	20	6
12. A sessão ajudou-me a perceber melhor como lidar com as minhas amizades e emoções.	20	4	22	6
13. Senti-me confortável a falar e participar durante a sessão.	20	4	23	6
14. A formadora conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara.	20	4	25	6
15. A formadora conseguiu criar um ambiente confortável para	20	4	24	6

participares nas atividades e esclareceres dúvidas.				
16. No geral, como avalias esta sessão?	20	4	26	6

Nota. Os valores apresentados correspondem à soma das pontuações atribuídas pelos participantes em cada item do questionário de satisfação, organizadas por idade e ano de escolaridade. Cada resposta foi cotada numa escala de 1 a 4, correspondendo a Insuficiente (1), Suficiente (2), Bom (3) e Muito bom (4). Assim, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, devendo a sua leitura considerar a diferente dimensão dos subgrupos.

Fonte: Elaboração própria.

Conforme se observa na Tabela 20, os valores apresentados correspondem às pontuações totais obtidas em cada item do questionário de satisfação da sessão “Kyawthuite em Notícias”, organizadas por idade e ano de escolaridade. Neste sentido, pontuações mais elevadas traduzem avaliações mais favoráveis da sessão, embora a sua interpretação deva atender à diferente dimensão dos subgrupos.

A sessão “Kyawthuite em Notícias” foi avaliada de forma muito favorável pelos participantes, abrangendo sobretudo alunos do 11.º e 12.º anos, com idades entre os 16 e os 18 ou mais anos. A distribuição das pontuações evidencia apreciação positiva em vários domínios da sessão, com destaque para a clareza dos conteúdos, a organização, a adequação do tempo, a utilidade percebida das aprendizagens e a forma apelativa como a sessão foi apresentada.

Entre os resultados mais expressivos, destacam-se os valores observados no grupo dos 17 anos do 12.º ano, no qual os itens “A sessão foi fácil de perceber”, “Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema”, “A sessão foi bem organizada” e “No geral, como avalias esta sessão?” atingiram 26 pontos, correspondendo às pontuações mais elevadas da tabela. Também os itens “A forma como a sessão foi apresentada foi apelativa” e “A formadora conseguiu transmitir os conteúdos de forma clara” apresentaram valores elevados neste grupo, com 25 pontos, enquanto “O tema falado foi interessante e importante para mim”, “O tempo da sessão foi adequado” e “A formadora conseguiu criar um ambiente confortável para participares nas atividades e esclareceres dúvidas” registaram 24 pontos. Estes resultados apontam para uma apreciação particularmente favorável da sessão neste subgrupo, nomeadamente ao nível da compreensão do tema, da organização, da metodologia utilizada e da qualidade da condução pedagógica.

No grupo dos 16 anos do 11.º ano, observaram-se igualmente pontuações elevadas e consistentes em quase todos os itens, situando-se a maioria entre 18 e 20 pontos. Destacam-se, neste grupo, os itens relacionados com a facilidade de compreensão da sessão, a forma apelativa de apresentação, a utilidade das aprendizagens no quotidiano, a adequação do tempo, a clareza da formadora, o ambiente criado e a avaliação global da sessão, todos com 20 pontos. Esta

tendência sugere boa aceitação da intervenção também entre os alunos mais novos abrangidos por esta sessão, com apreciação positiva da forma como os conteúdos foram transmitidos e da sua relevância prática.

Nos grupos dos 17 anos do 11.º ano e dos 18 ou mais anos do 12.º ano, os valores absolutos foram inferiores, o que deverá ser interpretado tendo em conta a diferente dimensão dos subgrupos. Ainda assim, os resultados mantêm uma orientação favorável, verificando-se pontuações positivas em todos os itens. No grupo com 18 ou mais anos, sobressaem particularmente os itens “O tema falado foi interessante e importante para mim”, “O tempo da sessão foi adequado”, “Os jogos/atividades ajudaram a perceber melhor o tema” e “A sessão foi bem organizada”, com 7 pontos, o que sugere valorização da pertinência do tema e da estrutura da sessão também entre os participantes mais velhos.

A análise da tabela permite ainda verificar que os itens mais valorizados se relacionam, sobretudo, com a compreensão do tema, a organização da sessão, a adequação do tempo, a utilidade percebida das aprendizagens e a atuação da formadora. Tal padrão sugere que a sessão foi percebida como clara, bem estruturada e ajustada ao público-alvo, favorecendo a atenção, a participação e a apropriação dos conteúdos abordados.

No conjunto, os resultados obtidos permitem reconhecer uma avaliação muito favorável da sessão “Kyawthuite em Notícias”, particularmente no que respeita à clareza expositiva, à organização, à adequação metodológica e à utilidade percebida dos conteúdos. A distribuição observada sugere que a sessão se revelou pertinente e bem aceite pelos alunos dos anos finais de escolaridade abrangidos, evidenciando adequação ao nível etário e relevância em contexto escolar.

De forma global, os questionários de satisfação evidenciaram uma perceção favorável dos adolescentes relativamente às sessões desenvolvidas, com apreciação positiva da clareza dos conteúdos, da organização, da adequação das metodologias utilizadas e da utilidade percebida das aprendizagens. Os resultados sugerem boa aceitação das intervenções dinamizadas, ainda que a sua leitura deva ser interpretada com cautela, atendendo ao carácter não obrigatório do preenchimento dos questionários e à reduzida dimensão de alguns subgrupos de respondentes.

Importa, contudo, clarificar que, nesta fase, apenas foram aplicados os questionários de avaliação de satisfação, não tendo sido reaplicados pela mestrandia os instrumentos inicialmente utilizados para avaliação das competências sociais e emocionais dos adolescentes. Tal opção decorreu do que foi articulado com a enfermeira orientadora e, consequentemente, com a UCC, no sentido de que a reaplicação desses instrumentos seria realizada posteriormente, no final do ano letivo, em articulação com a UCC e com a escola.

Esta decisão revelou-se coerente com a temporalidade do projeto, desenvolvido no âmbito do ano letivo 2025/2026, e com os objetivos inicialmente definidos, uma vez que a avaliação de eventuais diferenças nas competências sociais e emocionais se afiguraria metodologicamente mais consistente num momento final, após a exposição dos adolescentes ao conjunto das atividades implementadas, do que numa avaliação intermédia realizada a meio do ano letivo.

No que respeita à articulação entre intervenientes, a avaliação do processo permite reconhecer um balanço favorável da colaboração estabelecida com a escola e com os parceiros envolvidos, a qual contribuiu para a concretização das atividades e para a integração do PIC no contexto educativo. A definição das datas para realização das sessões exigiu compatibilização com a calendarização das atividades escolares e com as dinâmicas próprias do contexto educativo. Ainda assim, foi possível encontrar soluções viáveis para a concretização da intervenção, assegurando a continuidade do projeto.

Em síntese, a avaliação do processo de intervenção mostra que, apesar dos ajustamentos necessários ao longo do percurso, o projeto foi desenvolvido com coerência, pertinência e qualidade metodológica. A adaptação da implementação às condições concretas do contexto escolar, a adesão voluntária dos adolescentes, a adequação das metodologias mobilizadas, a perceção positiva expressa nos questionários de satisfação e a articulação globalmente favorável com os diferentes intervenientes permitem sustentar um balanço positivo do processo desenvolvido. Assim, esta etapa confirma que a intervenção decorreu de forma consistente com os objetivos do projeto, constituindo uma base sólida para a análise dos resultados da intervenção, a apresentar no subcapítulo seguinte.

2.7.3. Avaliação dos resultados da intervenção

A avaliação dos resultados da intervenção constitui uma etapa central na MPS, na medida em que permite apreciar, à luz dos indicadores e metas definidos na fase de planeamento, em que medida os objetivos previamente estabelecidos foram alcançados. Neste sentido, as metas traduzem o nível de concretização esperado para cada objetivo específico, enquanto os indicadores permitem sustentar, de forma objetiva, a apreciação dos resultados observados (Tavares, 1992; Melo, 2020).

A apreciação dos resultados da intervenção deve ser interpretada à luz do DSS previamente realizado, o qual permitiu identificar, na população-alvo, fragilidades em domínios específicos das competências sociais e emocionais, nomeadamente ao nível da tomada de decisão

responsável, da definição de objetivos e de componentes associadas à autorregulação. Neste sentido, os objetivos definidos para o PIC foram delineados em coerência com os problemas e necessidades de saúde identificados, procurando responder, de forma estruturada e contextualizada, às áreas consideradas prioritárias no âmbito da promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes.

No que respeita ao OE1 — **sensibilizar os adolescentes para a importância das relações interpessoais na promoção da saúde e do bem-estar, reforçando o seu papel na construção de um ambiente de apoio mútuo** — verificou-se a realização das cinco sessões planeadas no âmbito da intervenção “A amizade é como um kyawthuite”, correspondendo a 100% de concretização da meta relativa à implementação das sessões. Verificou-se, igualmente, a participação de 94 dos 130 adolescentes abrangidos pelo projeto, correspondendo a 72,3% da população-alvo, valor superior à meta mínima estabelecida de 70%. Assim, este objetivo foi atingido.

Relativamente ao OE2 — **desenvolver competências sociais e emocionais nos adolescentes, como empatia, escuta ativa, gestão de emoções e comunicação assertiva, através de dinâmicas em grupo** — verificou-se a realização das quatro dinâmicas participativas planeadas no âmbito da atividade “Movimento que Une”, correspondendo a 100% de concretização da meta definida. Verificou-se ainda a participação de 104 dos 130 adolescentes abrangidos pelo projeto, correspondendo a 80,0% da população-alvo, através da participação nas dinâmicas do “Movimento que Une” e na exposição temática. Este valor ultrapassa a meta mínima estabelecida de 70%, pelo que este objetivo foi igualmente atingido.

No que se refere ao OE3 — **fomentar espaços de diálogo e partilha de experiências, incentivando o fortalecimento de vínculos, amizades e apoio entre os pares** — verificou-se a participação de 52 dos 52 estudantes do 11.º e 12.º anos, correspondendo a 100% dos adolescentes previstos para a atividade “Kyawthuite em Notícias”. Para a operacionalização da atividade, os 52 adolescentes foram distribuídos em 7 grupos, concretamente 3 grupos de 8 elementos e 4 grupos de 7 elementos, tendo todos os grupos elaborado a respetiva notícia no final da sessão. Assim, foram produzidas 7 notícias por 7 grupos constituídos, correspondendo a 100% de concretização da meta definida. Deste modo, este objetivo foi atingido.

Quanto ao OE4 — **capacitar os adolescentes para a identificação de situações de fragilidade relacional e para o conhecimento dos recursos de apoio disponíveis na comunidade** — verificou-se a participação de 94 dos 130 adolescentes abrangidos pelo projeto nas sessões em que esta temática foi abordada, correspondendo a 72,3% da população-alvo, valor superior à meta mínima de 60%. Verificou-se ainda que 94 dos 94 adolescentes

participantes identificaram corretamente os principais recursos de apoio disponíveis na comunidade, correspondendo a 100% de concretização da meta definida para este indicador. Assim, este objetivo foi também atingido.

De uma forma global, os resultados observados nesta fase permitem concluir que as metas definidas para os quatro objetivos específicos foram atingidas. Os dados evidenciam a concretização das atividades previstas, a adesão dos adolescentes à intervenção e a operacionalização dos conteúdos trabalhados no âmbito do PIC.

Importa, contudo, reconhecer que a apreciação dos resultados da intervenção deve ser enquadrada na temporalidade do projeto, desenvolvido ao longo do ano letivo 2025/2026. Neste sentido, embora os resultados atualmente observados permitam já reconhecer a concretização das metas definidas e a consistência da intervenção desenvolvida, a avaliação de eventuais diferenças ao nível das competências sociais e emocionais beneficiará de apreciação complementar no final do ano letivo, através da reaplicação dos instrumentos inicialmente previstos. Com o objetivo de sistematizar de forma clara e objetiva a avaliação dos resultados da intervenção, apresenta-se, de seguida, uma tabela de síntese organizada em função dos objetivos específicos, das metas definidas, dos resultados observados e da respetiva avaliação. Esta síntese permite uma leitura mais prática e integrada do grau de concretização alcançado no âmbito do PIC e para facilitar a leitura da síntese apresentada os objetivos específicos são identificados pelas siglas.

Tabela 21.

Síntese da avaliação dos resultados da intervenção

Objetivo específico	Metas	Resultado observado	Avaliação
OE1	Realizar 5 sessões de educação para a saúde focadas em relações interpessoais “A amizade é como um Kyawthuite”.	5 sessões realizadas: $(5/5) \times 100\% = 100\%$	Atingida
	Que pelo menos 70% dos adolescentes abrangidos pelo projeto participem nas sessões de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuite” dinamizada pela mestrandia.	94 adolescentes participantes: $(94/130) \times 100 = 72,3\%$	Atingida
OE2	Realizar 4 dinâmicas participativas em	4 dinâmicas realizadas:	Atingida

	grupo dirigidas aos adolescentes no âmbito da promoção de competências sociais e emocionais	$(4/4) \times 100 = 100\%$	
	Que pelo menos 70% dos adolescentes abrangidos pelo projeto participem nas dinâmicas “Movimento que Une” e exposição temática sobre amizade e gestão de emoções no âmbito do desenvolvimento de competências sociais e emocionais.	104 adolescentes participantes: $(104/130) \times 100 = 80\%$	Atingida
OE3	Envolver pelo menos 70% dos adolescentes do 11.º e 12.º ano na criação de conteúdos para a sessão de educação para a saúde “Kyawthuite em Notícias” dinamizada pela jornalista.	52 adolescentes participantes: $(52/52) \times 100\%$	Atingida
	Que todos os grupos de adolescentes elaborem uma notícia no final da sessão de educação para a Saúde “Kyawthuite em Notícias” dinamizada pela jornalista.	7 notícias elaboradas por 7 grupos: $(7/7) \times 100 = 100\%$	Atingida
OE4	Que pelo menos 60% dos adolescentes abrangidos pelo projeto participem nas 5 sessões de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuite” sobre os principais recursos de apoio disponíveis na comunidade.	94 adolescentes participantes: $(94/130) \times 100 = 72,3\%$	Atingida
	Que pelo menos 60% dos adolescentes participantes no projeto identifiquem corretamente os principais recursos de apoio disponíveis na comunidade, nomeadamente na comunidade escolar	94 adolescentes participantes: $(94/94) \times 100 = 100\%$	Atingida

	(docentes e psicóloga escolar) e na comunidade envolvente (Programa Cuida-te – IPDJ e UCC) através de uma questão direta no final das 5 sessões de educação para a saúde “A amizade é como um Kyawthuite”.		
--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

2.7.4. Perspetiva de continuidade do projeto

Atendendo à pertinência da temática abordada, à recetividade demonstrada pelos adolescentes e à relevância da promoção das competências sociais e emocionais em contexto escolar, considera-se que o projeto desenvolvido reúne condições favoráveis para a sua continuidade e aprofundamento no âmbito da intervenção em SE. Com efeito, a promoção de relações interpessoais saudáveis, da gestão emocional, da comunicação assertiva e da identificação de recursos de apoio constitui uma área de intervenção com reconhecida relevância para o bem-estar, a saúde mental e o desenvolvimento global dos adolescentes, não se esgotando numa ação pontual ou num conjunto limitado de sessões. A OMS continua a reconhecer a escola como um espaço estratégico de promoção da saúde e do bem-estar, enquanto a OCDE sublinha a associação entre competências sociais e emocionais, sucesso educativo, satisfação com a vida e comportamentos mais saudáveis, reforçando a importância de intervenções consistentes e sustentadas neste domínio (OCDE, 2024; OMS, 2024).

Neste sentido, a continuidade do projeto poderá concretizar-se através da manutenção de atividades de educação para a saúde dirigidas aos adolescentes, da integração regular desta temática nas estratégias de promoção da saúde em meio escolar e do reforço da articulação entre a escola e a UCC. Esta perspetiva mostra-se coerente com o enquadramento do PNSE, que valoriza a intervenção articulada entre os setores da saúde e da educação e reconhece a escola como contexto privilegiado para intervenções estruturadas de promoção da saúde (DGS, 2015).

A continuidade do projeto revela-se igualmente pertinente pelo facto de a promoção das competências sociais e emocionais exigir tempo, consistência e reforço progressivo. Tratando-se de competências que se desenvolvem e consolidam em contexto relacional, a sua promoção beneficia de abordagens continuadas, integradas e coerentes, capazes de criar oportunidades repetidas de reflexão, experimentação e aprendizagem interpessoal. Nesta perspetiva, a

manutenção de intervenções nesta área poderá potenciar resultados mais sólidos e sustentados, quer ao nível do bem-estar dos adolescentes, quer ao nível da qualidade das relações estabelecidas em contexto escolar.

Importa ainda salientar que o projeto desenvolvido evidenciou potencial para ser retomado, replicado ou ajustado em futuros momentos de intervenção, quer com as mesmas turmas, quer com outros grupos de adolescentes da comunidade escolar. A diversidade de estratégias mobilizadas, o recurso a metodologias ativas e o envolvimento de parceiros externos constituem aspetos que reforçam a transferibilidade e adaptabilidade da intervenção, permitindo a sua reconfiguração em função das necessidades, recursos e oportunidades identificadas. Neste âmbito, atividades como “Kyawthuite em Notícias”, dinamizada em parceria com a jornalista A.T.B., e “Movimento que Une”, desenvolvida com a colaboração do *personal trainer* R.F., revelaram-se modalidades com particular potencial de continuidade, pela sua capacidade de mobilizar os adolescentes de forma ativa, relacional e significativa. Do mesmo modo, a articulação com o Programa Cuida-te, promovido pelo IPDJ, bem como o envolvimento dos docentes e, em particular, da docente de Educação Visual na concretização da exposição temática, reforçaram a riqueza intersetorial do projeto e evidenciaram a mais-valia da construção de respostas partilhadas em torno da promoção da saúde e do bem-estar dos adolescentes.

A continuidade do projeto encontra-se também dependente da manutenção e consolidação das parcerias estabelecidas, na medida em que intervenções desta natureza beneficiam de processos colaborativos sustentados entre os setores da saúde e da educação. Nesta perspetiva, o reforço da articulação entre a UCC, a escola e os parceiros envolvidos poderão constituir um fator determinante para a sustentabilidade futura da intervenção e para a sua eventual ampliação a outros grupos da comunidade escolar.

O follow-up do projeto assume igualmente particular relevância, quer ao nível da continuidade das atividades e da articulação entre os parceiros envolvidos, quer ao nível da reaplicação dos instrumentos de avaliação previstos para o final do ano letivo, permitindo complementar a apreciação intermédia já realizada e aprofundar a avaliação do impacto da intervenção. Deste modo, a continuidade do projeto não deve ser entendida apenas como repetição de atividades, mas também como oportunidade de consolidar a monitorização, aprofundar a avaliação dos resultados e sustentar decisões futuras com base em evidência recolhida no próprio contexto de intervenção.

Acresce que o desenvolvimento do projeto permitiu reconhecer que a proximidade relacional e o conhecimento progressivo dos adolescentes constituem elementos

particularmente relevantes neste tipo de intervenção. Neste sentido, um maior tempo de contacto e acompanhamento poderá favorecer um aprofundamento ainda mais consistente do trabalho desenvolvido, permitindo conhecer de forma mais próxima as necessidades, dinâmicas e especificidades dos grupos abrangidos e, consequentemente, ajustar a intervenção de modo ainda mais fino e significativo.

Em resumo, considera-se que o projeto implementado evidenciou pertinência, exequibilidade e potencial de continuidade no contexto em que foi desenvolvido. A relevância da temática, a adesão dos adolescentes, a diversidade de atividades mobilizadas, o envolvimento de parceiros, a articulação entre saúde e educação e a possibilidade de aprofundar a avaliação dos resultados sustentam a importância de dar seguimento a intervenções desta natureza em meio escolar. Assim, a continuidade do projeto afigura-se não apenas desejável, mas também coerente com uma perspetiva de promoção da SE assente na prevenção, na capacitação e no desenvolvimento positivo dos adolescentes.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

A presente parte do relatório destina-se à análise do percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo desta jornada formativa do mestrado, com particular enfoque nas competências do EEECSPP na aquisição de competências inerentes ao grau de mestre. Mais do que descrever atividades desenvolvidas, pretende-se, neste capítulo, proceder a uma reflexão crítica, fundamentada e integrada sobre os conhecimentos mobilizados, as aprendizagens consolidadas e as competências progressivamente adquiridas nos diferentes contextos formativos e de estágio.

Neste sentido, a análise que se segue será desenvolvida à luz dos referenciais normativos e regulamentares que enquadram o exercício profissional especializado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, bem como da experiência formativa construída ao longo do percurso académico e prático. Tal opção decorre do entendimento de que o desenvolvimento de competências nesta área não se reduz à execução técnica de intervenções, antes implica capacidade de análise crítica, integração de evidência científica, adaptação aos contextos reais de prática e mobilização articulada de saberes científicos, éticos, relacionais e organizacionais, em consonância com o enquadramento definido para o exercício profissional especializado e para a formação de segundo ciclo (Ordem dos Enfermeiros, 2019; DGES, 2023).

Importa ainda salientar que o percurso desenvolvido no âmbito deste mestrado integrou não apenas a conceção, implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária apresentado na parte anterior, mas também um conjunto de atividades complementares realizadas em diferentes contextos de estágio, as quais contribuíram de forma relevante para o amadurecimento profissional, para o alargamento da compreensão do papel do enfermeiro especialista e para a consolidação de uma identidade profissional mais reflexiva, crítica e sustentada.

Deste modo, esta parte encontra-se organizada em três momentos complementares. Numa primeira fase, procede-se ao enquadramento das competências do EEECSPP. Seguidamente, analisa-se o desenvolvimento de competências ao longo do percurso formativo, quer no âmbito do PIC implementado, quer nas restantes atividades realizadas nos contextos de estágio. Por fim, apresenta-se uma reflexão crítica sobre o percurso formativo e o desenvolvimento profissional, numa perspetiva de integração das aprendizagens realizadas, consciência crítica e consolidação progressiva do perfil profissional e académico.

3.1. ENQUADRAMENTO DAS COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A análise do desenvolvimento de competências apresentada na presente parte do relatório exige enquadramento à luz dos referenciais normativos e académicos que sustentam, por um lado, o exercício profissional especializado e, por outro, a formação de segundo ciclo. Neste sentido, a reflexão que se segue será desenvolvida com base em três eixos complementares: as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e as competências associadas ao grau de mestre. Esta perspetiva revela-se coerente com a natureza do mestrado, na medida em que este não se restringe ao aprofundamento técnico-científico da prática, pressupondo igualmente desenvolvimento de competências de análise, integração de conhecimento, fundamentação crítica e produção académica sustentada (Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023).

No que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, importa salientar o disposto no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, o qual define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro conceptual aplicável à regulamentação das competências específicas para cada área de especialidade. Neste referencial, as competências comuns organizam-se em torno de quatro domínios centrais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Deste modo, o exercício especializado não se esgota no domínio técnico da intervenção, exigindo igualmente capacidade de decisão fundamentada, compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados, liderança clínica, supervisão e reflexão crítica permanente sobre a prática profissional.

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assume particular relevância o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, no qual se estabelece que estas competências compreendem: “a) Estabelece, com base MPS, 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.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19354). Este regulamento constitui, assim, um referencial estruturante para a compreensão da especificidade

da área e do tipo de competências que se espera ver desenvolvidas ao longo da formação, nomeadamente no que respeita à avaliação de necessidades, ao planeamento, à intervenção comunitária, à capacitação de grupos, à articulação com programas e à vigilância em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A especificidade desta área de especialização exige, por isso, uma prática sustentada na leitura crítica dos contextos, na mobilização da MPS, na articulação com equipas e parceiros, na integração de recursos comunitários e na adequação das intervenções às necessidades reais das populações. Exige igualmente competências de educação para a saúde, comunicação, negociação, trabalho em rede, intervenção interprofissional e capacidade de promover respostas ajustadas, contextualizadas e orientadas para ganhos em saúde. Nesta medida, o exercício do enfermeiro especialista nesta área distingue-se por integrar uma visão ampliada do cuidado, centrada não apenas no indivíduo, mas também nos grupos, comunidades e populações, numa lógica de prevenção, promoção da saúde, participação e capacitação (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Melo, 2020).

Paralelamente, importa considerar as competências associadas ao grau de mestre. No âmbito do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, o grau de mestre corresponde ao segundo ciclo de estudos e pressupõe o aprofundamento e integração de conhecimentos, a capacidade de os aplicar em contextos novos ou multidisciplinares, a formulação de juízos em situações complexas, a comunicação clara de conclusões e o desenvolvimento de aprendizagem ao longo da vida, de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023). Assim, na formação em enfermagem, o grau de mestre não traduz apenas um aprofundamento técnico, exigindo igualmente uma postura científica, reflexiva e metodologicamente rigorosa, sustentada em pesquisa bibliográfica, análise crítica da evidência e produção académica consistente (Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023).

Assim, mais do que um enquadramento meramente normativo, este ponto constitui a base a partir da qual se torna possível compreender, de forma estruturada e crítica, o processo de aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências ao longo da formação. À luz desta perspetiva, nos pontos seguintes será analisado o modo como tais competências se foram concretizando ao longo do percurso formativo, quer no âmbito do projeto de intervenção comunitária, quer nas restantes atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, culminando numa reflexão crítica final sobre o desenvolvimento profissional e académico proporcionado pelo mestrado.

3.2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PERCURSO FORMATIVO

O desenvolvimento de competências ao longo da formação realizada no âmbito do mestrado traduziu-se num processo progressivo de consolidação de saberes, de integração entre teoria e prática e de aprofundamento da capacidade de intervenção em contextos comunitários e de saúde pública. A mobilização destas competências não resultou apenas da execução de atividades ou do cumprimento de objetivos formativos, mas também da reflexão crítica sobre os contextos de prática, da articulação com diferentes intervenientes e da capacidade de ajustar a intervenção às necessidades concretas identificadas. Neste sentido, a análise que se segue será organizada em torno de três eixos complementares: as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, e as competências associadas ao grau de mestre (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019; Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023).

A diversidade de experiências vivenciadas ao longo dos estágios, aliada ao desenvolvimento do PIC e à participação em atividades complementares, favoreceu uma aprendizagem progressivamente mais integrada, crítica e contextualizada, permitindo transformar experiências de prática em oportunidades efetivas de aprofundamento profissional e académico. Deste modo, a análise do desenvolvimento de competências não se circunscreve à descrição de atividades realizadas, antes procura evidenciar o modo como essas experiências contribuíram para a consolidação de um perfil profissional mais autónomo, reflexivo, relacional e cientificamente sustentado.

Importa ainda salientar que o desenvolvimento de competências assumiu uma natureza dinâmica, cumulativa e progressiva. A sua construção foi-se concretizando através da mobilização continuada de saberes teóricos, da tomada de decisão em contexto real, da capacidade de adaptação às especificidades dos cenários de prática e da reflexão crítica sobre as opções tomadas e os resultados alcançados. Mais do que um processo linear, tratou-se de um trajeto de crescimento profissional exigente, marcado pela necessidade de aprender com a complexidade dos contextos, com os desafios concretos da prática e com a responsabilidade crescente de intervir de forma fundamentada, crítica e ajustada.

À luz desta perspetiva, nos pontos seguintes será analisado o modo como o percurso formativo contribuiu para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, para a consolidação das competências específicas da área de especialização e para

o aprofundamento das competências associadas ao grau de mestre, quer no âmbito do PIC, quer nas restantes atividades desenvolvidas nos contextos de estágio.

3.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns do enfermeiro especialista organizam-se em quatro domínios fundamentais: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Ao longo do percurso formativo, estes domínios foram mobilizados quer no âmbito do PIC, quer nas atividades complementares desenvolvidas na UCC e na USP, tornando-se visíveis na forma como foram assumidas responsabilidades éticas e profissionais, na preocupação com a qualidade das intervenções, na articulação com diferentes intervenientes e na consolidação progressiva de uma postura reflexiva e orientada para a aprendizagem.

No domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, o percurso exigiu uma atuação prudente, responsável e ajustada aos diferentes contextos de intervenção. No contexto escolar, a intervenção com adolescentes implicou particular atenção à adequação da linguagem, à criação de um ambiente seguro e respeitador, à valorização da participação voluntária e à sensibilidade perante a diversidade de vivências e formas de expressão dos alunos. Do mesmo modo, nas atividades desenvolvidas na UCC, nomeadamente em iniciativas dirigidas à comunidade, foi igualmente necessário assegurar uma atuação ética, cuidadosa e ajustada às características dos participantes, salvaguardando ainda o anonimato nas evidências apresentadas em apêndice. Esta dimensão permitiu consolidar a consciência de que o exercício especializado não se sustenta apenas em competência técnica, mas também em responsabilidade profissional, discernimento relacional e atenção ao impacto da intervenção sobre os sujeitos envolvidos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, a competência foi desenvolvida sobretudo através da monitorização, avaliação e ajustamento das intervenções realizadas. No âmbito do PIC, a necessidade de acompanhar a implementação das atividades, introduzir reajustes face às condicionantes do contexto escolar e refletir criticamente sobre o alcance da intervenção exigiu uma postura de avaliação contínua da prática. Também nas atividades desenvolvidas na UCC e na USP se tornou evidente a preocupação com a adequação, pertinência e qualidade das respostas construídas, quer na preparação de sessões de educação para a saúde, quer na adaptação da comunicação a públicos distintos, quer ainda na organização

de atividades comunitárias e de saúde pública. Deste modo, o percurso contribuiu para consolidar a compreensão de que a qualidade em enfermagem especializada se constrói através da avaliação crítica das práticas e da procura contínua de intervenções mais ajustadas e significativas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No domínio da **gestão dos cuidados**, a competência foi mobilizada através da articulação entre diferentes intervenientes, contextos e recursos. No PIC, a colaboração estabelecida com a escola, com a UCC e com parceiros externos, como a jornalista AT.B., o *personal trainer* R.F., o Programa Cuida-te, do IPDJ, e os docentes envolvidos em diferentes momentos da intervenção, evidenciou a importância da construção de respostas partilhadas e da mobilização de recursos diversificados em torno de objetivos comuns de promoção da saúde. De igual modo, a experiência na UCC e na USP permitiu aprofundar a compreensão da importância do trabalho em equipa, da articulação interprofissional e da integração de contributos distintos na construção de respostas ajustadas às necessidades das populações. Assim, esta competência foi sendo consolidada através da experiência prática de coordenação, articulação e adequação das respostas desenvolvidas (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Melo, 2020).

No domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o percurso de estágio constituiu um espaço privilegiado de consolidação de uma postura reflexiva, crítica e orientada para a integração progressiva de saberes. A conceção, implementação e avaliação do PIC exigiram pesquisa bibliográfica, seleção e análise crítica de literatura científica, fundamentação teórica das opções tomadas e articulação entre conhecimento científico e decisão prática. Paralelamente, as experiências vividas nos contextos da UCC e da USP permitiram transformar situações concretas de prática em oportunidades efetivas de aprendizagem, aprofundamento e amadurecimento profissional. Neste sentido, o percurso contribuiu para reforçar a capacidade de aprender com a prática, integrar evidência científica e consolidar uma identidade profissional mais autónoma, reflexiva e cientificamente sustentada (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023).

Em síntese, o percurso formativo realizado permitiu mobilizar de forma consistente os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, tornando visível a sua concretização em contextos reais de prática. A diversidade de experiências vivenciadas, a articulação com equipas e parceiros, a necessidade de adaptação a diferentes populações e a reflexão crítica sobre a prática contribuíram para consolidar uma atuação mais responsável, ética, organizada e orientada para a qualidade, em coerência com as exigências do exercício especializado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Melo, 2020).

3.2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

À luz do Regulamento n.º 428/2018, o percurso desenvolvido ao longo do mestrado permitiu mobilizar e consolidar competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, nomeadamente no que respeita à avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na MPS, à capacitação de grupos e comunidades, à integração na coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS, bem como à cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A concretização destas competências tornou-se visível quer no âmbito do PIC, quer nas atividades complementares desenvolvidas na UCC e na USP, que contribuíram para uma compreensão mais concreta e situada do exercício especializado nesta área.

A avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na Metodologia do Planeamento em Saúde revelou-se particularmente evidente na conceção do PIC. A construção do projeto exigiu leitura e interpretação do contexto, recolha e análise de informação, identificação de necessidades, definição de prioridades, formulação de objetivos, estabelecimento de metas e seleção de estratégias de intervenção de acordo com a MPS. A realização do DSS e a definição de um plano de intervenção ajustado ao contexto escolar evidenciaram que a intervenção comunitária exige uma avaliação rigorosa das necessidades da população-alvo e uma fundamentação consistente das decisões tomadas, numa lógica de adequação ao contexto real e de orientação para ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Melo, 2020).

A capacitação de grupos e comunidades foi desenvolvida de forma particularmente expressiva ao longo do percurso formativo. No âmbito do PIC, a dinamização de sessões de educação para a saúde com adolescentes em contexto escolar, a construção de dinâmicas participativas e a adaptação das estratégias às características da população-alvo exigiram competências de comunicação, relação interpessoal, gestão de grupo e adequação pedagógica. O contacto direto com os adolescentes e a necessidade de criar contextos favorecedores de participação, expressão e reflexão reforçaram a compreensão de que a capacitação não se reduz à transmissão de informação, implicando antes o envolvimento ativo dos participantes e a construção de respostas com significado para o grupo.

Também as atividades desenvolvidas na UCC e na USP contribuíram para o aprofundamento desta competência. A participação em iniciativas comunitárias dirigidas a

diferentes grupos populacionais, como “Todas as crianças têm o dever e o direito a...”, “Dia da Mãe”, “Feira das Profissões” e “Dia Mundial da Criança”, com participação na dinamização de um Peddy-Paper, favoreceu o desenvolvimento de competências de educação para a saúde, adequação da linguagem e gestão de atividades em contexto comunitário. Do mesmo modo, a participação em atividades integradas no Programa “5 ao Dia” reforçou a importância da sensibilização e promoção de comportamentos saudáveis em contexto comunitário. Destacam-se ainda duas sessões de educação para a saúde, apresentadas em PowerPoint, dirigidas à população idosa, dinamizadas em colaboração com o colega de estágio R.F.: uma realizada na Universidade Sénior, subordinada à temática dos “Primeiros Socorros: Pequenos gestos que salvam vidas”, e outra num centro de convívio de reformados, com o título “Viver Melhor na Terceira Idade”, centrada nos hábitos de vida saudáveis. Estas intervenções constituíram oportunidades relevantes de capacitação de grupos, ao exigirem adequação pedagógica, organização das sessões, gestão do grupo e adaptação da comunicação às características e necessidades dos participantes. As atividades desenvolvidas na UCC encontram-se apresentadas no Apêndice J, enquanto as realizadas na USP constam do Apêndice K. Neste sentido, o percurso reforçou a compreensão de que capacitar grupos e comunidades implica promover participação, autonomia e apropriação de conhecimentos com potencial de aplicação no quotidiano (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Melo, 2020).

A integração na coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde foi sendo desenvolvida através da participação em diferentes atividades articuladas com respostas, programas e estratégias de saúde pública e comunitária. No âmbito do PIC, a articulação com a escola, com a UCC e com parceiros externos, como o Programa Cuida-te, do IPDJ, a jornalista AT.B., o *personal trainer* R.F. e os docentes envolvidos em diferentes momentos da intervenção, evidenciou a importância da construção de respostas partilhadas, da mobilização de recursos diversificados e da integração de diferentes contributos profissionais em torno de objetivos comuns de promoção da saúde. No contexto da USP, esta competência tornou-se particularmente visível através da participação em atividades integradas no Programa Nacional de Vacinação, na consulta do viajante e na consulta da tuberculose. A administração de vacinas para a COVID-19 e gripe em estruturas residenciais para pessoas idosas e profissionais dessas instituições reforçou a compreensão da vacinação sazonal enquanto medida estruturada de saúde pública, orientada para a proteção de grupos particularmente vulneráveis. De igual modo, o envolvimento na consulta do viajante e na consulta da tuberculose contribuiu para aprofundar o papel do enfermeiro especialista na concretização de respostas articuladas com programas

nacionais, integrando conhecimento técnico, prevenção, educação para a saúde e acompanhamento em áreas específicas da saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Melo, 2020).

A **cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** tornou-se particularmente visível no contexto da USP. O contacto com a gestão de alertas de doenças transmissíveis através do SINAVE contribuiu para aprofundar competências de leitura, interpretação e utilização de informação relevante em saúde pública, bem como para compreender os circuitos de notificação, monitorização e resposta a situações com potencial impacto coletivo. A participação, em articulação com os técnicos de saúde ambiental, numa atividade de monitorização da qualidade da água para consumo humano permitiu igualmente contactar com a dimensão ambiental da saúde pública e com a importância da vigilância de determinantes que influenciam diretamente a saúde das populações. Do mesmo modo, a participação na consulta da tuberculose e noutras atividades associadas à vigilância em saúde reforçou a compreensão de que esta competência exige leitura crítica da informação epidemiológica, integração do conhecimento e cooperação em respostas organizadas e orientadas para a prevenção e controlo de riscos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Em síntese, o percurso formativo realizado permitiu mobilizar de forma consistente as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, tornando visível a sua concretização quer no âmbito do PIC, quer nas atividades desenvolvidas na UCC e na USP. A conceção, implementação, monitorização e avaliação do PIC, bem como a participação em intervenções comunitárias e de saúde pública diversificadas, contribuíram para consolidar competências de avaliação de necessidades, planeamento, capacitação de grupos, articulação com programas e vigilância em saúde, reforçando a importância de uma prática fundamentada, contextualizada e orientada para ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Melo, 2020).

3.2.3. Competências associadas ao grau de mestre

Paralelamente ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, o percurso formativo realizado ao longo do mestrado contribuiu igualmente para o aprofundamento de competências associadas ao grau de mestre. Nos termos do regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, estas competências incluem o aprofundamento e integração de conhecimentos, a capacidade de os aplicar em contextos novos ou multidisciplinares, a formulação de juízos em situações complexas, a comunicação clara de

conclusões e o desenvolvimento de aprendizagem ao longo da vida, de modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023).

O desenvolvimento destas competências tornou-se particularmente evidente ao longo de todo o percurso, nomeadamente através da articulação entre conhecimento teórico e prática profissional, da interpretação de contextos complexos, da fundamentação científica das opções tomadas e da produção de reflexão crítica sobre as experiências vividas. A conceção, implementação, monitorização e avaliação do PIC exigiram pesquisa bibliográfica, seleção e análise crítica de literatura científica, fundamentação teórica das decisões e articulação entre conhecimento científico e intervenção prática. Este processo permitiu consolidar a capacidade de mobilizar conhecimento especializado em contextos concretos e de sustentar a intervenção de forma mais rigorosa, reflexiva e metodologicamente consistente.

Também a experiência desenvolvida na UCC e na USP exigiu capacidade de interpretar situações novas, integrar contributos provenientes de diferentes áreas e formular juízos em cenários marcados por complexidade e variabilidade. A diversidade de experiências vivenciadas ao longo do percurso favoreceu, assim, uma compreensão progressivamente mais ampla e integrada da prática, reforçando a importância da leitura crítica dos contextos, da adaptação das respostas e da tomada de decisão fundamentada.

No âmbito das competências de natureza científica e académica, assume particular relevância a realização da *scoping review* desenvolvida em colaboração com o colega de estágio R.F., centrada na investigação: “Planeamento Participativo no Processo de Planeamento em Saúde Pública”. Esta atividade implicou a formulação de uma questão de investigação, a pesquisa bibliográfica estruturada, a análise crítica da literatura e a sistematização do conhecimento, contribuindo de forma clara para o aprofundamento de competências associadas ao grau de mestre. O trabalho realizado encontra-se apresentado no Apêndice L. A possibilidade de futura publicação reforçou, ainda, a exigência metodológica e o rigor científico do trabalho desenvolvido.

O grau de mestre pressupõe igualmente capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e fundamentada. Neste percurso, essa dimensão tornou-se visível quer na produção escrita desenvolvida ao longo do relatório, quer na preparação e dinamização de sessões, atividades e momentos de partilha com diferentes grupos e contextos. A necessidade de organizar ideias, estruturar conteúdos, adequar a comunicação aos destinatários e sustentar teoricamente as intervenções contribuiu para consolidar competências de comunicação científica e profissional, essenciais a uma prática avançada e baseada na evidência.

Por fim, o percurso desenvolvido reforçou a importância da aprendizagem autónoma e contínua enquanto dimensão central da formação de segundo ciclo. A necessidade de procurar evidência científica relevante, aprofundar conhecimentos em áreas menos familiares, refletir criticamente sobre a prática e reformular opções ao longo do processo contribuiu para consolidar uma postura mais autónoma, exigente e orientada para o desenvolvimento profissional contínuo. Neste sentido, o mestrado não representou apenas um aprofundamento técnico e académico, mas também uma oportunidade efetiva de maturação intelectual, científica e profissional.

Em síntese, o percurso formativo realizado permitiu desenvolver de forma consistente competências associadas ao grau de mestre, nomeadamente ao nível da integração e aplicação do conhecimento, da análise crítica, da fundamentação científica, da comunicação de conclusões e da aprendizagem autónoma. Deste modo, o mestrado contribuiu para consolidar uma prática mais reflexiva, metodologicamente rigorosa e cientificamente sustentada, em coerência com as exigências da formação avançada em enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006; DGES, 2023).

3.3. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

O trajeto realizado ao longo do mestrado constituiu uma experiência exigente, transformadora e profundamente significativa, não apenas pelo conjunto de atividades desenvolvidas, mas sobretudo pela forma como permitiu alargar a compreensão do papel do enfermeiro especialista, aprofundar competências profissionais e académicas e consolidar uma identidade profissional mais crítica, reflexiva e consciente. Mais do que um processo de aquisição de conhecimentos ou de concretização de intervenções, esta etapa representou uma oportunidade efetiva de crescimento, de confronto com novas realidades e de reformulação progressiva da forma de compreender o cuidar.

A diversidade de contextos vivenciados revelou-se particularmente enriquecedora. A passagem pela UCC e pela USP, bem como o desenvolvimento do PIC em contexto escolar, permitiram contactar com diferentes formas de intervenção, populações, equipas, metodologias e desafios. Esta diversidade tornou mais clara a amplitude e a complexidade do exercício especializado, ao evidenciar que a prática se constrói na articulação entre planeamento, proximidade, prevenção, educação para a saúde, vigilância, trabalho em rede e adaptação aos contextos concretos. Ao mesmo tempo, permitiu compreender que a intervenção comunitária

não se reduz à aplicação técnica de programas ou instrumentos, exigindo antes uma leitura sensível e crítica dos contextos, das pessoas e das dinâmicas que lhes dão forma.

Esta formação assumiu particular relevância por se situar numa área substancialmente distinta daquela em que habitualmente exerço funções. Estando mais familiarizada com uma realidade profissional marcada pela resposta a situações agudas, pela urgência da decisão e pela centralidade da doença instalada, esta experiência exigiu um reposicionamento do olhar e da prática. Foi necessário deslocar a atenção para a promoção da saúde, para a prevenção, para a continuidade dos processos e para a construção de respostas com sentido no tempo e no contexto de vida das pessoas. Esta mudança não representou uma rutura, mas antes um alargamento da forma de compreender o cuidar, permitindo reconhecer o valor de uma prática mais longitudinal, contextual, relacional e orientada para a capacitação de grupos e comunidades.

Um dos aspetos mais significativos desta etapa prendeu-se com a possibilidade de desenvolver uma relação mais próxima com grupos e comunidades, em particular com adolescentes. Trabalhar a promoção das competências sociais e emocionais em contexto escolar revelou-se um desafio particularmente exigente e, simultaneamente, muito mobilizador. Pela natureza da temática e pela fase de desenvolvimento dos adolescentes, esta intervenção exigiu não apenas preparação técnica e científica, mas também disponibilidade para observar, escutar, interpretar e procurar compreender para além do comportamento imediatamente visível. Tornou-se progressivamente mais evidente que, nesta área, intervir implica reconhecer que cada comportamento, cada forma de expressão e cada modo de estar se encontram profundamente ligados ao contexto, à história e à forma singular como cada pessoa se vai construindo. Esta compreensão reforçou a importância de uma prática capaz de conciliar rigor metodológico com sensibilidade relacional.

A este nível, reconheço que esta foi uma área que me interpelou de forma muito particular. Sempre senti necessidade de compreender as pessoas para além da superfície, de tentar perceber o que está por trás dos comportamentos, dos silêncios, das reações e das formas de estar. Esta formação reforçou ainda mais essa forma de olhar o outro, mostrando-me que intervir com sentido exige disponibilidade para observar com atenção, escutar com autenticidade e procurar compreender cada pessoa no seu contexto, sem julgamentos precipitados ou leituras simplistas. Essa dimensão, para além de profissional, é profundamente humana, e foi também por isso que esta experiência teve tanto impacto na forma como hoje penso o cuidar.

Este processo de crescimento não foi linear. Houve momentos em que senti que dava mais passos atrás do que à frente e outros em que a sensação de recuo se tornou mais evidente do

que a de progresso. A exigência inerente ao mestrado, a necessidade de lidar com contextos novos, a gestão das limitações reais do terreno e a vontade constante de fazer melhor tornaram este caminho particularmente desafiante. Ainda assim, foi precisamente nesse movimento, por vezes irregular e exigente, que se foi construindo uma aprendizagem mais consistente, reforçando a importância da resiliência, da persistência e da capacidade de continuar a investir no processo mesmo quando os resultados não surgem ao ritmo desejado.

Revelou-se igualmente importante reconhecer o valor do apoio recebido ao longo desta etapa, quer no plano académico, quer no plano pessoal. Sem transformar essa ideia num agradecimento, importa reconhecer que o crescimento profissional também se constrói no diálogo, na orientação, na exigência partilhada e no apoio que permite continuar a avançar em momentos de maior pressão, dúvida ou cansaço. A presença das enfermeiras orientadoras, bem como o contacto com equipas experientes e com pessoas significativas ao longo desta etapa, contribuíram para sustentar esse amadurecimento, desafiando, orientando e ajudando a consolidar uma visão mais exigente, mais estruturada e mais responsável da prática.

Do ponto de vista pessoal, esta formação contribuiu ainda para o desenvolvimento de competências que ultrapassam a dimensão exclusivamente técnico-científica, nomeadamente, ao nível da confiança, da exposição e da comunicação em público. A necessidade de dinamizar sessões, conduzir grupos, apresentar conteúdos e sustentar intervenções perante diferentes públicos constituiu um desafio relevante, particularmente por implicar sair de uma zona de maior reserva e transformar essa dificuldade numa oportunidade de crescimento. O contacto continuado com estas exigências permitiu fortalecer a segurança na comunicação, desenvolver maior capacidade de presença perante grupos e reconhecer que intervir em contexto comunitário exige, também, coragem para ocupar um lugar visível, comunicar com clareza e sustentar a própria intervenção perante os outros.

Paralelamente, esta etapa permitiu consolidar uma compreensão mais madura da relação entre rigor e flexibilidade. Ao longo das diferentes experiências, tornou-se evidente que a prática exige planeamento, fundamentação e estrutura, mas exige igualmente capacidade de adaptação, negociação e reformulação perante a realidade concreta dos contextos. Aprender a gerir esta tensão entre o que se planifica e o que o terreno permite concretizar constituiu uma das aprendizagens mais relevantes, ao mostrar que o verdadeiro rigor profissional não reside na rigidez, mas na capacidade de manter coerência, sentido e responsabilidade mesmo quando é necessário reajustar caminhos.

Do ponto de vista académico e científico, o mestrado contribuiu igualmente para o aprofundamento de competências inerentes ao grau de mestre, nomeadamente ao nível da

fundamentação teórica, da análise crítica da literatura, da integração de evidência científica e da produção de reflexão escrita. A exigência de pesquisa bibliográfica estruturada em bases de dados científicas de referência, a seleção criteriosa da evidência e a necessidade de sustentar teoricamente as opções tomadas reforçaram a importância do rigor metodológico, da sistematização do conhecimento e do uso fundamentado da evidência na prática profissional. Neste plano, esta etapa não representou apenas um aprofundamento técnico, mas também um alargamento da capacidade de pensar criticamente, de sustentar decisões de forma fundamentada e de integrar a investigação como componente relevante da identidade profissional (DGES, 2023).

Em síntese, a experiência vivida no âmbito deste mestrado revelou-se profundamente transformadora, não apenas ao nível do desenvolvimento de competências profissionais e académicas, mas também na forma como passei a compreender o significado do cuidar. Iniciei esta formação sem ter plena consciência da dimensão e da relevância da intervenção em saúde comunitária e saúde pública, em grande parte porque a minha realidade profissional habitual se desenvolve num contexto muito diferente, centrado sobretudo na resposta à doença já instalada e às situações agudas. Ao longo desta etapa, fui progressivamente confrontada com uma outra perspetiva do cuidar, mais silenciosa, mais longitudinal e muitas vezes menos visível, mas profundamente determinante na vida das pessoas, das famílias e das comunidades. Esta descoberta obrigou-me a repensar a forma como olho para a enfermagem e para o impacto que a nossa intervenção pode ter muito antes de a doença surgir.

Mais do que um conjunto de conhecimentos adquiridos ou de atividades realizadas, esta experiência permitiu-me compreender que cuidar em contexto comunitário exige uma combinação exigente de rigor científico, capacidade de análise, sensibilidade relacional e disponibilidade genuína para compreender as pessoas nos seus contextos de vida. Exige também humildade para reconhecer limites, resiliência para continuar a investir mesmo quando o caminho não é linear e coragem para questionar continuamente a própria prática. Hoje reconheço que esta área da enfermagem, que inicialmente me era distante, passou a ocupar um lugar de grande significado na forma como penso o cuidado e a responsabilidade social da profissão. Considero, por isso, que esta etapa contribuiu de forma decisiva para consolidar uma identidade profissional mais consciente, mais crítica e mais humana, reforçando a convicção de que compreender verdadeiramente as pessoas e os contextos onde vivem é, muitas vezes, o primeiro passo para cuidar melhor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há percursos que acabam por significar muito mais do que aquilo que, à partida, se imaginava. O presente relatório é reflexo disso mesmo: não apenas da sistematização de um trabalho académico, mas de um caminho de crescimento, reflexão e descoberta, através do qual foi sendo reconhecido o valor e a profundidade da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, área que, embora inicialmente mais distante do meu quotidiano habitual, conquistou um lugar de verdadeiro significado neste percurso.

Ao longo deste percurso procurei “dar conta” de um processo exigente, construído na articulação entre conhecimento científico, prática supervisionada e reflexão crítica, e concretizado na conceção, implementação e avaliação de um PIC em meio escolar, centrado na promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes. Mais do que descrever etapas, este relatório procurou integrar o enquadramento teórico, o DSS, a aplicação da MPS, a intervenção desenvolvida e a análise reflexiva do processo, evidenciando a mobilização de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e competências inerentes ao grau de mestre.

Neste sentido, esta área de especialidade revelou-se particularmente significativa pela sua capacidade de intervir não apenas sobre problemas instalados, mas também sobre fatores de risco, contextos e recursos das populações. Promover saúde é também capacitar, prevenir, criar oportunidades de desenvolvimento e atuar sobre os determinantes que influenciam o bem-estar individual e coletivo.

Do PIC implementado, considera-se que uma das conclusões mais relevantes foi a de que, apesar de os adolescentes apresentarem um perfil socioemocional tendencialmente positivo, persistem fragilidades específicas em áreas fundamentais do desenvolvimento, particularmente ao nível da tomada de decisão responsável, da definição de objetivos e da capacidade de gerir emoções e comportamentos de forma mais consciente. Sem evidenciar um quadro de défice generalizado, os resultados mostraram, com clareza, que subsistem vulnerabilidades em competências centrais à autonomia, ao bem-estar e à forma como os adolescentes enfrentam os desafios próprios desta etapa do desenvolvimento. Trata-se de um resultado significativo, por incidir sobre domínios com repercussões na qualidade das relações interpessoais, na adaptação ao contexto escolar, na construção de projetos pessoais e na adoção de comportamentos mais refletidos e saudáveis. Neste sentido, o estudo permitiu concluir não apenas pela pertinência, mas pela necessidade efetiva de investir em intervenções estruturadas e continuadas dirigidas à

promoção das competências sociais e emocionais em adolescentes, reconhecendo a escola como um espaço privilegiado para este trabalho. Foi precisamente essa leitura diagnóstica que sustentou a intervenção desenvolvida. Ao evidenciar que, mesmo perante um perfil tendencialmente positivo, permanecem áreas de maior fragilidade, o projeto implementado reforçou a ideia de que a promoção das competências sociais e emocionais não deve ser reservada a contextos de maior risco ou a situações já problemáticas, devendo antes ser entendida como uma estratégia preventiva, capacitadora e promotora de saúde, com potencial para beneficiar os adolescentes. A implementação das sessões de educação para a saúde, das metodologias ativas e das atividades complementares permitiu criar oportunidades de reflexão, diálogo, expressão emocional, partilha entre pares e valorização das relações interpessoais, reforçando a importância do meio escolar enquanto contexto promotor de saúde. Embora a apreciação final de alguns resultados dependa de avaliação complementar no final do ano letivo, os resultados intermédios observáveis permitem reconhecer contributos positivos da intervenção, nomeadamente, ao nível da sensibilização dos adolescentes para a importância das relações interpessoais, da criação de espaços significativos de diálogo e partilha e da promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento de competências sociais e emocionais. Mais do que confirmar apenas a pertinência do projeto, estes resultados reforçam a ideia de que investir nesta área corresponde a responder a uma necessidade real, atual e progressivamente mais visível no contexto escolar e comunitário.

À luz da realidade atual, considera-se que, mais do que urgente, é emergente batalhar pela promoção das competências sociais e emocionais e da saúde mental dos adolescentes. Num tempo em que os adolescentes crescem expostos a múltiplos desafios emocionais, sociais e relacionais, torna-se cada vez mais evidente que estas dimensões não podem ser entendidas como acessórias, mas antes como centrais no desenvolvimento humano, no bem-estar e na construção de trajetórias de vida mais saudáveis. Os resultados deste trabalho reforçam precisamente essa ideia, ao mostrarem que, mesmo quando não existe um cenário globalmente negativo, persistem fragilidades suficientemente relevantes para justificar intervenção precoce, intencional e continuada. Investir nesta área é, por isso, investir não apenas na vivência presente da adolescência, mas também na formação dos futuros adultos, na futura sociedade e no futuro coletivo que ajudaremos a construir.

No que respeita aos objetivos que orientaram o presente relatório, considera-se que os mesmos foram globalmente concretizados. O enquadramento teórico sustentou a relevância da adolescência, das competências sociais e emocionais e da SE; a MPS permitiu construir uma intervenção coerente com as necessidades identificadas; a implementação do projeto mobilizou

estratégias diversificadas e ajustadas à população-alvo; e a reflexão desenvolvida evidenciou um processo consistente de desenvolvimento de competências profissionais, científicas e reflexivas. Neste caminho consolidaram-se não apenas conhecimentos técnicos e metodológicos, mas também uma compreensão mais profunda do valor da escuta, da relação, da intencionalidade da intervenção e da reflexão crítica na construção de uma prática mais consciente e transformadora.

Entre os principais ganhos deste percurso destacam-se a possibilidade de desenvolver uma intervenção comunitária significativa em contexto escolar, o aprofundamento da compreensão sobre a promoção da saúde em adolescentes, a consolidação de competências de avaliação diagnóstica, planeamento, intervenção, monitorização e avaliação, bem como o amadurecimento profissional daí decorrente. Importa, contudo, reconhecer algumas dificuldades, obstáculos e limitações, tais como, a temporalidade do projeto e os constrangimentos próprios da implementação em contexto escolar, nomeadamente a adaptação ao calendário letivo, à disponibilidade dos participantes e às condições do terreno. Todavia, estas limitações não diminuem a relevância do trabalho realizado; pelo contrário, reforçam a necessidade de continuidade, de avaliação progressiva e de consolidação futura das estratégias implementadas.

Em termos finais, este relatório representa muito mais do que o encerramento formal de uma etapa académica. Representa a consolidação de um percurso que permitiu descobrir e valorizar profundamente uma área de grande impacto humano, social e profissional. Se, ao longo da intervenção, uma das mensagens que se procurou transmitir foi a de que a amizade é, sem dúvida, como um kyawthuite — rara, valiosa, sem preço e merecedora de cuidado —, este também é um dos sentidos mais profundos deste trabalho: ajudar os adolescentes a reconhecer o valor das relações, da pertença, do apoio e do outro. Porque, no fundo, investir nos adolescentes é investir nos futuros adultos, na futura sociedade e no mundo que ajudaremos a construir. E, perante isso, importa questionar: se serão os adolescentes de hoje os futuros comerciantes, profissionais da restauração, profissionais da limpeza, jornalistas, profissionais das artes, professores, profissionais de saúde, empresários ou políticos de amanhã, como poderemos não reconhecer a importância de os capacitar, desde já, para se conhecerem melhor, se relacionarem de forma saudável e desenvolverem competências sociais e emocionais de que dependerá, em grande medida, a forma como viverão e exercerão o seu papel na sociedade? Porque, acima de tudo, nenhum adolescente é uma ilha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Birrell, L., Werner-Seidler, A., Davidson, L., Andrews, J. L., & Slade, T. N. (2025). Social connection as a key target for youth mental health. *Mental Health & Prevention*, 37, 200395. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2025.200395>
- Blum, R. W., Lai, J., Martinez, M., & Jessee, C. (2022). Adolescent connectedness: Cornerstone for health and wellbeing. *BMJ*, 379, e069213. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-069213>
- Carvalho, Á., Almeida, C., Amann, G., Leal, P., Marta, F., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R., & Lopes, I. (2019). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. Direção-Geral da Saúde.
- Casado, A. (2019). *Adaptação da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais*.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning, & American Institutes for Research. (2013). *Social and Emotional Competency Assessment (SECA)*.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2020). *CASEL's SEL framework: What are the core competence areas and where are they promoted?* CASEL.
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, I. P. (2022). *Alentejo em números 2022*. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, I. P.
- Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, I. P. (2024). *Alentejo em números 2024*. Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Alentejo, I. P.
- Cipriano, C., Strambler, M. J., Naples, L. H., Ha, C., Kirk, M., Wood, M., Sehgal, K., Zieher, A. K., Eveleigh, A., McCarthy, M. F., Funaro, M. C., Ponnock, A. R., Chow, J. C., & Durlak, J. A. (2023). The state of evidence for social and emotional learning: A contemporary meta-analysis of universal school-based SEL interventions. *Child Development*, 94(5), 1181–1204. <https://doi.org/10.1111/cdev.13968>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República*, 1.ª série-A (60).
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Saúde mental em saúde escolar: Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Plano Nacional de Saúde 2030*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2023). *Grau de mestre*. Direção-Geral do Ensino Superior.
- 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>
- Flanagan, J., & Beck, C. T. (2024). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer.
- Fortin, M.-F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Huttunen, I., Upadyaya, 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), 57. <https://doi.org/10.1007/s10212-025-00954-6>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.^a ed. rev. e atualizada). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Inchley, J. C., Currie, D. B., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., Kelly, C., Arnarsson, Á. M., Samdal, O., & Weber, M. M. (Eds.). (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*. WHO Regional Office for Europe.

- International Union for Health Promotion and Education. (2009). *Achieving health promoting schools: Guidelines for promoting health in schools*. International Union for Health Promotion and Education.
- Krammer, I., Schrank, B., Pollak, I., Stiehl, K., Nater, U., & Woodcock, K. (2023). Early adolescents' perspectives on factors that facilitate and hinder friendship development with peers at the time of school transition. *Journal of School Psychology, 98*, 113–132. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.03.001>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8.^a ed.). ReportNumber.
- Melo, P. A. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Beyond academic learning: First results from the Survey of Social and Emotional Skills*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/92a11084-en>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). *Social and emotional skills for better lives: Findings from the OECD Survey on Social and Emotional Skills 2023*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/35ca7b7c-en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho: 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, 2.ª série* (135).
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República, 2.ª série* (26).
- Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., Waldfogel, J., Wickremarathne, D., Barroso, C., Bhutta, Z., Fatusi, A. O., Mattoo, A., Diers, J., Fang, J., Ferguson, J., Ssewamala, F., & 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)

- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.^a ed.). Edições Sílabo.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Wolters Kluwer.
- Portugal, F., Martins, H., Hespanhol, A., & Ponte, C. (2016). *Planeamento em saúde: Conceitos, métodos e aplicações*. Lidel.
- Rezigalla, A. A. (2020). *Observational study designs: Synopsis for selecting an appropriate study design*. *Cureus*, 12(1), e6692. <https://doi.org/10.7759/cureus.6692>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Shankland, R., Haag, P., Tessier, D., & Gay, P. (2024). Review of the effects of social and emotional learning on mental health and academic outcomes: The role of teacher training and supportive interactions. *Journal of Epidemiology and Population Health*, 72(3), 202750. <https://doi.org/10.1016/j.jep.h.2024.202750>
- Steinberg, L. (2013). *Adolescence* (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2.^a ed.). Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Ministério da Saúde.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*, 88(4), 1156–1171. <https://doi.org/10.1111/cdev.12864>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. O., & 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://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300002>

World Health Organization. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization.

World Health Organization. (2020, October 19). *Adolescent health and development*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/adolescent-health-and-development>.

World Health Organization. (2024, November 26). *Adolescent and young adult health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2025, May 6). *Social determinants of health*. World Health Organization.

World Health Organization, & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2021). *Making every school a health-promoting school: Global standards and indicators*. World Health Organization.

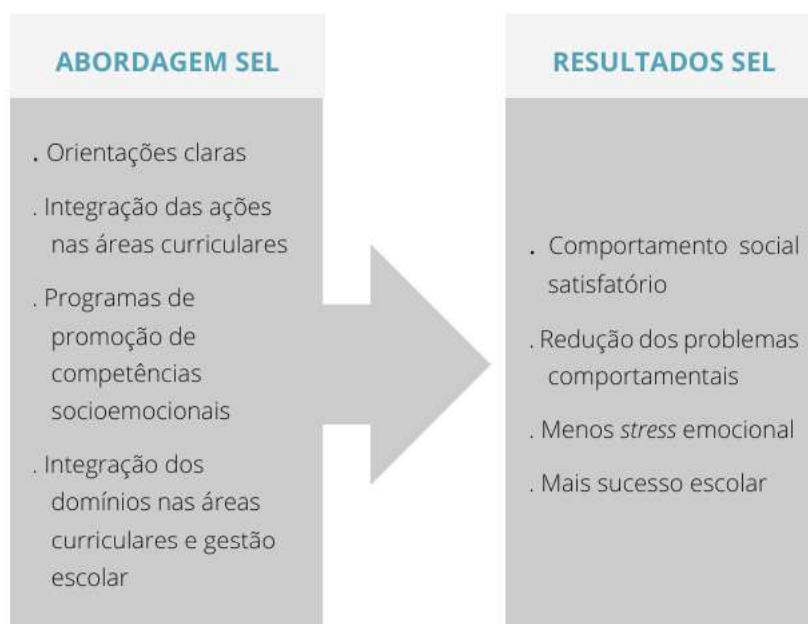
World Medical Association. (2024). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

ANEXOS

Anexo A - Domínios e impactos do Social and Emotional Learning (SEL)

Domínios e impactos do Social and Emotional Learning (SEL)

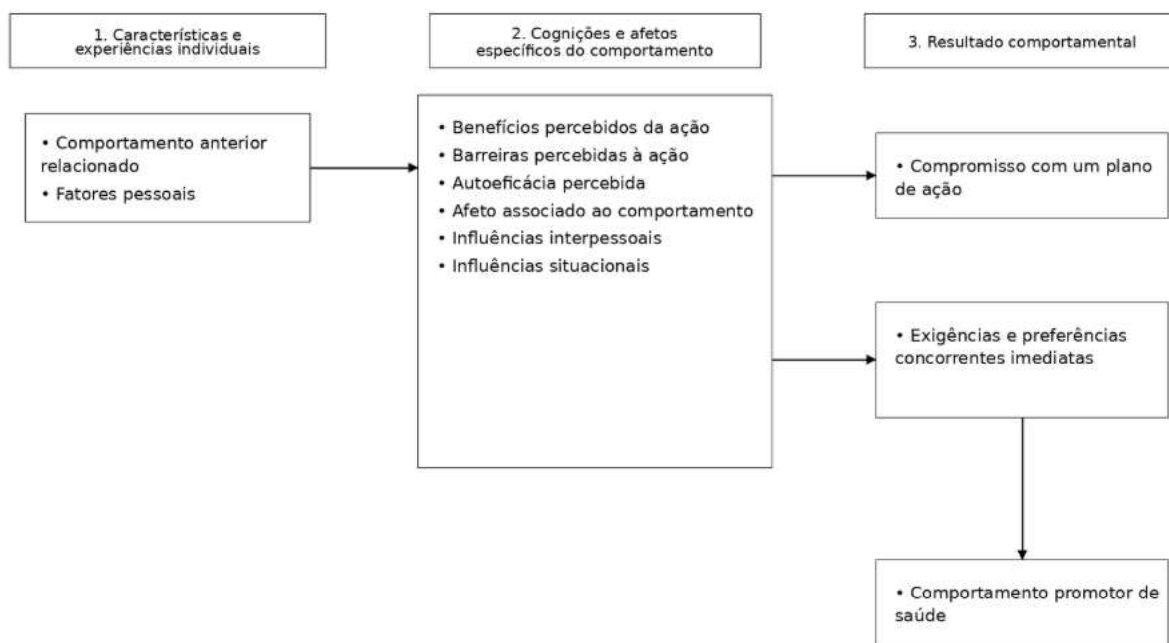
AUTOCONHECIMENTO	Quem se conhece...
Respeita à capacidade de ir conhecendo a pessoa que se é: as suas emoções, sentimentos, pensamentos e a influência destes sobre o comportamento. Inclui avaliar os pontos fortes e as limitações próprias e possuir bom senso, confiança e otimismo.	Desenvolve a capacidade de aprofundar o conhecimento de Si; Aceita as suas emoções, independente de serem agradáveis ou desagradáveis; Contribui para identificar sentimentos de baixa autoestima, inquietação, frustração, ansiedade, instabilidade emocional e outros, e pedir ajuda; Adapta-se a diferentes situações, incluindo as de grande adversidade.
AUTOREGULAÇÃO	Quem sabe regular-se...
Respeita à capacidade de regular e expressar as emoções, pensamentos e comportamentos de forma eficaz e socialmente ajustável em diferentes situações. Inclui saber adaptar-se a situações de <i>stress</i> , controlo de impulsos, capacidade de automotivação, esforço e trabalho para alcançar objetivos pessoais e académicos.	Organiza a participação; Responde após reflexão; Executa responsabilmente as decisões.
CONSCIÊNCIA SOCIAL	Quem tem consciência social...
Respeita à capacidade de desenvolver empatia, assumir a perspetiva dos outros, de diversas origens e culturas, compreender as normas sociais e éticas orientadoras do comportamento e reconhecer a família, a escola e a comunidade como recursos e fontes de suporte.	Conhece e participa na vida da sua comunidade; 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.
COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	Quem tem boas competências relacionais...
Respeita à 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 à pressão social, saber negociar de forma construtiva os conflitos, oferecer e procurar ajuda, quando necessário.	Com os/as colegas, desenvolve a amizade e o espírito de equipa; Com a escola, é mais produtivo/a e cria com ela uma referência para toda a vida; Revela maior satisfação e aprecia os seus bons docentes.
TOMADA DE CONSCIÊNCIA RESPONSÁVEL	Quem toma decisões responsáveis...
Respeita à capacidade de fazer escolhas construtivas e positivas sobre: o comportamento pessoal e interações sociais com base na análise dos padrões éticos, questões de segurança, normas sociais, avaliação realista das consequências de várias ações para o bem-estar pessoal e dos outros.	Tem informação e sabe analisá-la; Sabe pesar prós e contras; Faz escolhas; Assume responsabilidades.



Fonte: Saúde Mental em Saúde Escolar – Manual para a promoção de competências socioemocionais em Meio Escolar (DGS, 2019)

Anexo B – Representação esquemática do Modelo de Promoção da Nola Pender

Representação esquemática do Modelo de Promoção da Nola Pender



Fonte: Elaboração própria, adaptado de Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). Pearson.

Anexo C – Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças e adolescentes EACSE-CA

Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças e adolescentes **EACSE-CA**

“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 Vezez	Algumas vezes	Muitas Vezez	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 Vezez	Algumas vezes	Muitas Vezez	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 escolhas	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐
32 - Para mim é fácil não me lembrar dos meus objectivos 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	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poucas Vezez	Algumas vezes	Muitas Vezez	Sempre
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..	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo D – Resposta ao pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças e adolescentes EACSE-CA

Resposta ao pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para crianças e adolescentes EACSE-CA



Tânia Gmail<tania.gaspar.barra@gmail.com>

Para: Você



qua, 2025-04-30 13:54

Estimada Dra Ana Rita agradeço a mensagem e tem a autorização da equipa para utilização no seu projeto vou de seguida reencaminhar a escala disponha abraço
Tânia Gaspar

No dia 30/04/2025, às 13:40, Ana Rita Banha
<m61262@alunos.uevora.pt> escreveu:

Anexo E – Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Air & Casel – Student self-report and teacher rating of student social and emotional competencies

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning & the American Institutes for Research (2013)

Tradução por Casado, D., Simões, C., Sousa, N., e Vargès, J., e adaptação por Casado, D. (2019)

Versão para heteroavaliação

Nome do utente: _____

Nome do técnico: _____

Data de preenchimento: _____

Todos os itens devem ser preenchidos de acordo com a escala de frequência de 1 a 4, sendo que:

1 – Raramente

2 – Ocasionalmente

3 – Frequentemente

4 – Quase sempre

NA – Não é possível avaliar/ Não tenho a certeza

		1	2	3	4	NA
Autoconsciência	Sente-se confortável na partilha de sentimentos de uma forma culturalmente apropriada.					
	Compreende os seus pontos fortes ou fracos.					
	É capaz de explicar porque é que disse ou fez alguma coisa.					
	Expressa sentimentos adequados à situação.					
Autogestão	Consegue controlar o seu comportamento quando está zangado, frustrado, dececionado ou entusiasmado.					
	Aceita quando as coisas não acontecem à sua maneira.					
	Responde construtivamente ao ser corrigido pelos técnicos.					

	Permanece na tarefa, mesmo com distrações.					
Consciência Social	Responde com empatia a outras pessoas que estão chateadas.					
	Respeita os pontos de vista/opiniões de outras pessoas.					
	Respeita a propriedade de terceiros.					
	Repara e elogia as conquistas de outras pessoas.					
Competência Relacional	Trabalha bem com os outros.					
	Integra-se nas atividades de grupo sem problemas.					
	Resolve conflitos de forma construtiva.					
	Dá-se bem com outros adultos.					
Tomada de decisão responsável	Mostra a capacidade de decidir entre o certo e o errado.					
	Assume a responsabilidade pelas suas próprias ações.					
	Responde adequadamente à pressão negativa dos colegas.					
	Segue as regras de acordo com o contexto (ex: FSO).					

Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Air & Casel – Student self-report and teacher rating of student social and emotional competencies

Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning & the American Institutes for Research (2013)

Tradução por Casado, D., Simões, C., Sousa, N., e Varges, J., e adaptação por Casado, D. (2019)

Versão para autoavaliação

Nome do utente: _____

Data de preenchimento: _____

Todos os itens devem ser preenchidos de acordo com a escala de frequência de 1 a 4, sendo que:

1 – Raramente

2 – Ocasionalmente

3 – Frequentemente

4 – Quase sempre

NA – Não é possível avaliar/ Não tenho a certeza

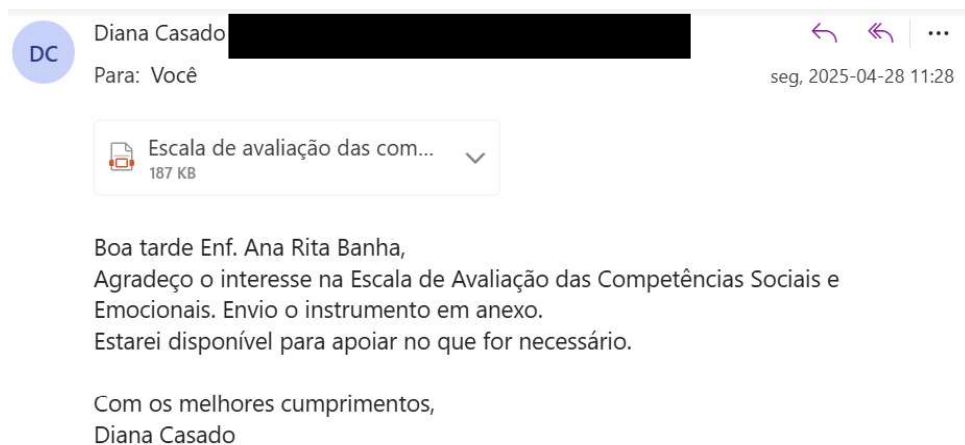
		1	2	3	4	NA
Autoconsciência	Eu compreendo os meus humores e sentimentos.					
	Eu compreendo porque faço o que faço.					
	Quando estou chateado, eu analiso o que estou a sentir antes de fazer alguma coisa.					
	Eu estou consciente da forma como o meu humor afeta a maneira como trato outras pessoas.					
	Eu consigo identificar e nomear as emoções que sinto.					
	Eu presto atenção quando faço as coisas.					

Autogestão	Esforço-me muito para ter bons resultados nas minhas atividades (FSO, formação ou contexto profissional).					
	Eu paro e penso antes de fazer qualquer coisa quando estou zangado.					
	Eu estabeleço padrões elevados para mim.					
	Eu esforço-me.					
	Eu continuo focado nas tarefas que preciso de realizar, mesmo que não goste delas.					
	Eu sou de confiança.					
	Eu tenho um grande autocontrolo.					
Consciência Social	Eu ouço atentamente o que os outros me dizem.					
	Eu dou-me bem com colegas que são diferentes de mim.					
	É importante para mim ajudar os outros.					
	Eu consigo perceber quando alguém está a ficar zangado ou chateado antes de dizerem qualquer coisa.					
	Eu preocupo-me com os sentimentos e pontos de vista das outras pessoas.					
	Eu tento perceber o que os outros sentem ou pensam.					
Competência Relacional	Eu sei discordar sem iniciar uma briga ou uma discussão.					
	Peço ajuda aos técnicos quando preciso.					
	Se ficar chateado com um amigo, consigo falar sobre isso e melhorar as coisas.					
	Eu sou capaz de trabalhar bem com os outros.					
	É fácil para mim juntar-me a uma conversa que outros colegas já iniciaram.					
	Eu gosto de estar com pessoas com histórias e experiências de vida diferentes da minha.					
	Quando tenho problemas no FSO, sou bom a encontrar maneiras de os resolver.					

Tomada de decisão responsável	Se não consigo solucionar algo, tento soluções diferentes até uma dar resultado.					
	Quando tomo uma decisão, penso nas possíveis consequências.					
	Eu assumo a responsabilidade pelos meus erros.					
	Consigo dizer “não” quando alguém quer que eu faça coisas erradas ou perigosas.					

Anexo F – Resposta ao pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Resposta ao pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais



Anexo G - Parecer da Direção-Geral da Educação

Parecer da Direção-Geral da Educação



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

Ana Rita Banha <m61262@alunos.uevora.pt>

Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 1723300001

5 mensagens

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

6 de agosto de 2025 às 08:21

Para: m61262@alunos.uevora.pt

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

O pedido de autorização do inquérito n.º 1723300001, com a designação *Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes no Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite*, registado em 29-07-2025, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exma. Senhora Ana Rita Bailão Banha

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

David Sousa

Diretor-Geral

Direção-Geral da Educação

Observações:

a) A realização dos Inquéritos fica sujeita a autorização das Direções dos Agrupamentos de Escolas do ensino público a contactar para a realização do estudo. Merece especial atenção o modo, o momento e condições de aplicação dos instrumentos de recolha de dados em meio escolar, porque onerosos e considerando os dados sensíveis do foro da saúde e de vida privada, de categorias especiais de dados, devendo fazer-se em estreita articulação com as Direções dos Agrupamento de Escolas e com os encarregados de educação/representantes legais dos participantes.

b) No caso de ser utilizada uma plataforma tecnológica para o registo de dados junto dos inquiridos, deverá ser assegurado que as questões sejam respondidas exclusivamente pelo destinatário pretendido. Para tal, recomenda-se que a aplicação se realize por meio de um único acesso (link da plataforma a utilizar), podendo ser utilizados computadores disponibilizados na escola ou outro meio considerado adequado ao efeito.

Caso se trate de um instrumento de livre acesso, importa esclarecer que a Direção-Geral da Educação não tem competência para autorizar a sua aplicação, uma vez que qualquer pessoa poderá aceder e responder ao mesmo.

c) Nos termos do Despacho n.º 15847/2007, de 23 de julho, e da legislação atualmente em vigor relativa à autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, compete exclusivamente aos órgãos de gestão das Escolas não agrupadas ou dos Agrupamentos de Escolas autorizar a realização de intervenções educativas, o desenvolvimento de projetos e atividades, programas de intervenção, formação, sensibilização, capacitação, workshops ou ateliers. Estes órgãos — nomeadamente a Direção, o Conselho Pedagógico e o Conselho Geral — são os mais indicados para deliberar sobre a pertinência e a autorização integrada destas ações, incluindo eventuais inquirições, avaliações e registos associados.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.dgeec.mec.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

mime.noreply@min-educ.pt <mime.noreply@min-educ.pt>
Para: m61262@alunos.uevora.pt

6 de agosto de 2025 às 08:22

[Citação ocultada]

Anexo H – Parecer da Universidade de Évora

Parecer da Universidade de Évora

10

2026-02-20
09:57

Origem:
Divisão de Formação Graduada e Pós-Graduada

Destino:
[notificação]
(P) 61262 - Ana Rita Banha - Mestrado - Enfermagem

Descrição:
Cara aluna,

Em resposta ao seu requerimento informamos que foi aprovado pelo Conselho Técnico Científico da UO, o seu projeto submetido.

Poderá no SIIUE consultar todos os dados relativos ao projeto aprovado.

Com os nossos cumprimentos,

 **Data de notificação ao aluno:**
2026-02-20

Concluir

Concluído com notificação em 2026-02-20 (data de notificação registada no GesDoc).

Fonte: [GesDoc: Requerimentos](#)

Anexo I – Notícias elaboradas pelos alunos na sessão de educação para a saúde
“Kyawthuite em Notícias”

Documento revisto pela jornalista A.T.B.

Grupo I - Oito alunos

Título: Bad Bunny atua na Super Bowl

Sugestão: Bad Bunny atuou na Super Bowl e mostrou que o “o ódio é mais poderoso do que o amor” - desta forma conseguimos mostrar ao leitor algo que se passou no evento e despertar curiosidade para o que aconteceu.

O cantor Bad Bunny atuou, no domingo, durante o intervalo da final da Super Bowl, um dos maiores eventos desportivos dos Estados Unidos, que este ano decorreu na Califórnia.

A final desta competição de futebol americano foi entre os Seahawks e os Patriots, tendo a primeira equipa saído do campo como a vencedora, por 29-13. Mas não só o jogo é importante em campo, dado que este evento foi ficando ainda mais conhecido mundialmente devido às atuações que acontecem sempre ao intervalo. Com início desde 1967 e a trazer artistas como Michael Jackson, Coldplay, U2, Beyoncé e muitos outros, o escolhido deste ano foi o porto-riquenho, que é também cidadão dos EUA.

A atuação acontece numa altura em que Bad Bunny está a esgotar concertos num piscar de olhos, assim como a causar impacto em premiações. A 1 de fevereiro, uma semana antes deste espetáculo, Benito Ocasio, como é o seu verdadeiro nome, arrecadou três Grammy Awards: Melhor Álbum de Música Urbana, Melhor Performance de Música Global e a estatueta mais cobiçada, o Álbum do Ano. Bad Bunny fez história, dado que este foi o primeiro álbum totalmente em espanhol a ganhar esta categoria.

Este Super Bowl teve mais destaque devido à situação interna nos EUA, onde a administração Trump, está a levar a cabo ações policiais contra imigrantes, com agentes do chamado Serviço de Imigração e Alfândega [ICE, na sigla em inglês]. Os agentes desta polícia estão a fazer detenções por todo o país justificando as ações como operações contra imigrantes ilegais, mas já foram denunciados muitos casos em que foram detidos imigrantes legais, cidadãos nascidos nos EUA ou requerentes de asilo. Também a captura do presidente da Venezuela, Nicolás Maduro, tem trazido instabilidade interna nos EUA. Juntando-se a isto, e ainda nos Grammy, houve também um movimento de celebridades que falaram contra o ICE, incluindo Bad Bunny, dizendo que “o ICE devia sair” e que o ódio só se torna mais forte com mais ódio. Ao fechar a atuação na Super Bowl, o cantor voltou a reforçar essa ideia, depois de

15 minutos de uma ‘carta de amor’ não só a Porto Rico como também à cultura latino-americana: “A única coisa mais poderosa do que o ódio é o amor.”

A notícia está muito completa. Os alunos foram pesquisar bastantes detalhes e tentaram, desde logo, encaixar informação no que se passa internamente nos Estados Unidos. Procuraram, para além de dar a notícia, mostrar a importância de Bad Bunny ter sido o escolhido para atuar num evento que não só é visto nos EUA como também a nível mundial - e numa altura em que a imigração é um tema discutido em todo o lado e que é preciso estar a par de ilegalidades e violações de direitos humanos que estão a ser cometidas em todo o lado. É este contexto que cada vez mais é preciso que os meios de comunicação esclareçam, dada a desinformação que se espalha à velocidade da luz e que, não só, mas muitas vezes é veiculada por líderes políticos. Acrescentei várias outras informações para que se perceba como se pode enriquecer um texto que, originalmente, já era muito rico em informações. As alterações não se prenderam, por isso, com a falta de contexto ou ausência de informação, mas sim por forma a mostrar alternativas infinitas que existem quando abordamos temas (e que de um tema podem ser abordados vários).

Grupo II - Oito alunos

Título: Ansiedade perante os exames

Sugestão: Ansiedade perante os exames: O que dizem os alunos? (mostra que há dados)

Os exames nacionais, que na primeira fase se realizam de 16 a 25 de junho, aproximam-se cada vez mais, e a ansiedade que a época pode gerar é uma preocupação para a comunidade escolar.

Para averiguar o estado emocional, a escola realizou, em colaboração com as psicólogas, um questionário aos alunos sobre o nervosismo face às provas de avaliação, que servem de ingresso no Ensino Superior.

O objetivo destes questionários é o de analisar e ajudar os alunos a lidarem com esta época, por forma a que os impactos na ansiedade sejam aliviados e que os alunos consigam lidar com a ansiedade de uma maneira que não prejudique os resultados.

Parágrafo que poderia servir para falar dos resultados (exemplo): De acordo com os resultados, percebeu-se que um em cada três alunos pensa que a ansiedade terá impacto no

resultado final. Foi ainda possível apurar que 70% dos estudantes não tem a certeza do que quer colocar na sua primeira opção, e que isso é também um fator de nervosismo.

Estratégias adotadas (exemplo): Para reduzir a ansiedade, 45% dos inquiridos explica que adota uma boa noite de sono (pelo menos 8h) e 65% já planeou e calendarizou como vai estudar para os exames.

A notícia original cumpriu perfeitamente o propósito, mas decidi acrescentar essa última sugestão de parágrafo por forma a dar a entender como se poderia desenvolver a partir daí, mostrando com estas linhas como os dados são importantes no jornalismo. Quando há notícias de inquéritos os resultados são, em si, a notícia. Percebi que fizeram o ângulo de “foi realizado um inquérito” e não sobre “o que dizem os dados do inquérito”. E cumpriram muito bem o que foi pedido, esta sugestão é apenas uma forma de mostrar como também poderiam ter feito (podendo, logo desde início, falar sobre os dados em si, para despertar para o que indicam os inquéritos)

Grupo III - Sete alunos

Title: Donald Trump criticized after racist AI video of former President Obama and his wife

Title suggestion: Donald Trump criticized after racist AI video of Obama and Michelle (and he denies to apologize) - that way we can see that Trump is already aware of criticism (and that he decided to keep going with a racist narrative)

The President of the United States, Donald Trump, was this week criticized after posting an AI video that depicted former President Barack Obama and his wife, former first lady Michelle, as monkeys.

The images led to criticism, with many people talking about the images as racists. The generated AI widespread criticism even from within Trump's own party.

After this matter turned viral, Trump said he only saw the beginning of the video, not the part featuring Obama - and he declined to apologize.

This article fulfilled its purpose and showed the importance of denouncing racist and discriminatory acts. Uncover this type of situations is one of the most important forms of journalism, because only through reports some issues can begin to be discussed, for

instante, among political leaders - the ones that decide. It's not about persecution, but about scrutiny - about what is or is not being done, about what should or should not be done.

This news story highlights the importance of IA, showing as it can be used to spread not only false information, but also racist content.

Grupo IV - Sete alunos

Título: Cai teto em escola do Alentejo

Sugestão: Cai teto em escola do Alentejo durante a depressão Kristin (assim damos o contexto de possível causa)

Caiu um teto numa escola do Alentejo, entre os dias 24 de janeiro e 1 de fevereiro, altura em que a depressão Kristin estava a causar impacto um pouco por todo o país.

A queda aconteceu numa altura de pausa letiva e não houve feridos a registar.

Os destroços do teto caído ficaram na zona das escadas em caracol, o que interferiu depois com a passagem de alunos por essa zona, na altura do regresso dos estudantes. Devido aos constrangimentos na circulação, foram registados alguns atrasos nas aulas, dado que para chegar ao local os alunos tiveram de realizar um percurso mais demorado, mantendo-se os intervalos iguais.

PS: O número de feridos, mesmo que não haja, é um dado importante a dar neste tipo de acontecimentos. Caso haja, na maioria das vezes começa-se por aí, sendo essa a notícia. E neste caso, a notícia começaria com “Seis pessoas ficaram feridas depois de um teto cair numa escola do Alentejo...”. O título seria algo como: “Seis pessoas feridas após teto cair em escola do Alentejo durante a depressão Kristin”

Este artigo cumpriu muito bem o propósito, mostrando também como não se precisa de ir longe para encontrar uma notícia. Há notícias em todo o lado e o grupo conseguiu captar perfeitamente a importância de falar sobre o dia e os impactos que geram no local onde o acontecimento decorreu.

Grupo V - Oito alunos

Título: O esgoto

Sugestão de título: Aluno fica ferido após cair em sarjeta de escola de Alentejo. Amizade salvou-o (dá contexto da história e em como houve um resgate envolvido, só possível com a ajuda do outro).

Um aluno ficou ferido, na segunda-feira, após ter caído numa sarjeta numa escola do Alentejo. A vítima acabou por ser resgatada por um amigo.

A história poderia ser saída de um filme, mas aconteceu mesmo numa escola alentejana. Tudo decorreu num dia chuvoso, quando à passagem da depressão Kristin o estabelecimento escolar estava com inundações em alguns locais. Uma dessas zonas tinha uma sarjeta aberta e, apesar das fitas que rodeavam um local, por forma a alertar para a situação, um aluno identificado como G.G. estava “distraído e a mexer no telefone”, como contam testemunhas no local, e acabou por cair na sarjeta. O aluno não foi hospitalizado, mas conta quem assistiu ao desenrolar da situação que o ficou com “danos físicos e psicológicos”.

Terá demorado ainda “algum tempo” até que o adolescente fosse retirado do local, tendo sido um amigo, identificado como A.C., a ajudar o aluno a sair do local.

A tranquilidade na escola foi reposta e outros alunos consideraram que este ato “heroico” mostrou como “nem todo o herói usa capa, demonstrando também como a amizade é o núcleo”.

Também aqui foi possível perceber como não é preciso ir longe para construir uma notícia, assim como perceber o impacto do dia a dia e das ações que envolvem um acontecimento. Sendo algo positivo que no fim, acaba por ser positivo, e saído de um filme, como referi na correção, este artigo é uma oportunidade para mostrar o lado bom de uma situação aparentemente má. A notícia original era muito descritiva e tentei manter-me fiel na correção. O uso da descrição intensa pode fazer com que o leitor se perca, mas, usado na medida certa, e neste caso, poderia até ter deixado até Eça de Queirós, n’Os Mais, com uma certa inveja.

Grupo VI - Sete alunos

Título: 12.º ano A ganha inter-turmas de futsal.

Sugestão de título: Alunos do 12.º A ganham torneio inter-turmas de futsal no Alentejo

Os alunos do 12.º A venceram, a 16 de dezembro de 2025, o torneio inter-turmas de futsal disputado numa escola do Alentejo.

Após o torneio “intenso”, como foi descrito por quem assistiu, foi ainda atribuído o prémio de melhor jogador, que foi para J.S., da equipa vencedora.

O sucesso saiu fora de campo e, depois do último jogo, a turma decidiu criar uma equipa e agora encontram-se semanalmente para treinar, já tendo em vista alguns torneios em que se podem inscrever até ao final do ano letivo [pode acrescentar-se o depois - o que saiu daqui e como está a funcionar].

Mais uma vez, também aqui os alunos conseguiram aliar o seu dia a dia a uma notícia. Estava bem esquematizado, cumpriu o propósito e mostrou como a comunidade escolar funciona em acontecimentos importantes na vida dos alunos.

Grupo VII - Sete alunos

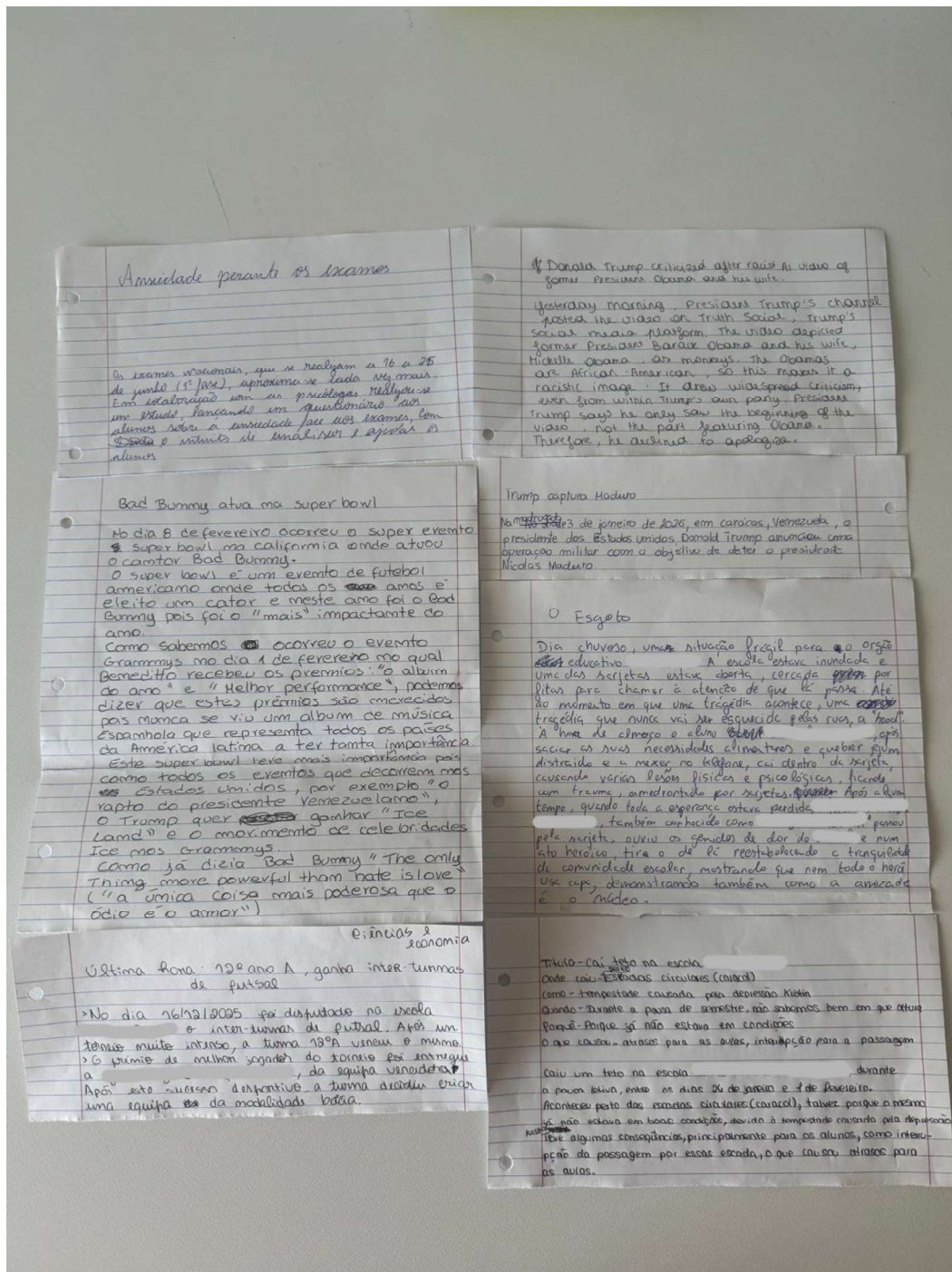
Título: Trump captura Maduro

Sugestão de título: Trump “captura” Maduro em operação militar na Venezuela [só porque dá mais contexto, mas a notícia está no título original]

O presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, anunciou, no sábado, que o homólogo da Venezuela, Nicolás Maduro, foi “capturado” numa operação militar em Caracas, na Venezuela.

Segundo o que o chefe de Estado anunciou, a detenção aconteceu numa operação durante a madrugada, que resultou também na captura da esposa do presidente venezuelano, Cilia Flores. Ambos foram levados para os Estados Unidos, onde vão ser julgados por crimes relacionados com o narcoterrorismo.

Cumpriu perfeitamente o propósito de uma ‘última hora’, mantendo-se sucinta e dando a notícia que queriam transmitir: a captura de Maduro. O acréscimo não se prendeu com falta de informação para o que era pedido, mas sim com o que, a partir da notícia, se poderia desenvolver.



APÊNDICES

Apêndice A – Formulário digital dos instrumentos de recolha de dados

Escala de Avaliação das Competências Soc  

       Publicado 

Perguntas Respostas 79 Definições Total de pontos: 0

Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes em Meio Escolar: A amizade é como um *kyawthuite*

Eu, Ana Rita Bailão Banha, enfermeira e presentemente estudante do 9º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, na UCC de Arraiolos no âmbito da Saúde Escolar. A temática do projeto incide sob a promoção e fortalecimento das relações interpessoais e o desenvolvimento de competências emocionais nos adolescentes e, numa primeira etapa, pretendo compreender e conhecer o bem-estar ativo individual e coletivo, bem como a disponibilidade que têm uns para os outros. Posto isto, venho por este meio, pedir a vossa colaboração para responder a dois questionários para começarmos a refletir sobre o que é a amizade. Os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo e o anonimato de cada um de vocês.

A investigadora principal é a responsável pelo tratamento destes dados, tendo por fundamento o interesse legítimo inerente à respetiva indispensabilidade para o fim pretendido. Assim, assegura o cumprimento da legislação europeia e nacional em vigor, bem como o da sua Política de Tratamento de Dados Pessoais em vigor na Universidade de Évora. Designadamente, os dados serão apagados logo após o término do percurso académico que lhe deu origem. Até então, quem deixar de estar interessado em participar na iniciativa poderá exercer o seu direito de oposição, sendo os dados eliminados de imediato.



<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfxTzl0OzTwftomLjXETgufFcArOjWcVavhE3UOSJmEdmUsWQ/viewform?usp=header>

Apêndice B – Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação de Competências Sociais e Emocionais para Crianças e Adolescentes EACSE-CA



Boa tarde, Prof.^a Dr.^a Tânia Gaspar Barra.

O meu nome é Ana Banha e sou estudante de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a desenvolver-se na Escola de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora.

No âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária integrado no Relatório Final de Estágio a decorrer [REDACTED]

[REDACTED], venho por este meio solicitar a V/ Ex.^a permissão para aplicar a Escala de Avaliação de Competências Pessoais e sociais "Para mim é fácil".

A utilização deste instrumento permitirá avaliar as competências sociais e emocionais, sendo a amostra a população adolescente do Município de Arraiolos, direcionando as estratégias e intervenções do projeto de intervenção com a finalidade de promover o fortalecimento das relações interpessoais e o desenvolvimento de competências emocionais nos adolescentes, com vista a melhorar o bem-estar ativo individual/coletivo, incentivar a empatia, a disponibilidade para o outro e fomentar um ambiente de apoio e cuidado mútuo.

Ao dispor de V/ Ex.^a para qualquer questão.

Grata pela atenção dispensada,

Ana Rita Bailão Banha

Apêndice C – Pedido de autorização para a utilização da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais



Ana Rita Banha

Para:



qua, 2025-04-23 14:39

Boa tarde, Exma. Senhora Diana Casado,

O meu nome é Ana Banha e sou estudante de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, a desenvolver-se na Escola de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora.

No âmbito do desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária integrado no Relatório Final de Estágio [REDACTED]

[REDACTED], venho por este meio solicitar a V/ Ex.^a permissão para aplicar a Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais.

A utilização deste instrumento permitirá avaliar as competências sociais e emocionais, sendo a amostra a população adolescente do Município de Arraiolos, direcionando as estratégias e intervenções do projeto de intervenção com a finalidade de promover o fortalecimento das relações interpessoais e o desenvolvimento de competências emocionais nos adolescentes, com vista a melhorar o bem-estar ativo individual/coletivo, incentivar a empatia, a disponibilidade para o outro e fomentar um ambiente de apoio e cuidado mútuo.

Ao dispor de V/ Ex.^a para qualquer questão.

Grata pela atenção dispensada,

Ana Rita Bailão Banha

Apêndice D – Pedido de autorização à Direção-Geral da Educação para a realização de inquérito em meio escolar

O presente apêndice apresenta o registo do pedido de autorização submetido à Direção-Geral da Educação, através da plataforma MIME, no âmbito do presente estudo. Por razões de confidencialidade, os elementos identificativos do questionário e do contexto de implementação foram omitidos ou apresentados de forma não integral.

Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar

[Início](#) » **Consultar inquéritos**

Pesquisa

Nº do inquérito: Recolha de dados: <-- escolha --> ▼

Texto:

Estado: <-- escolha --> ▼

Número de inquéritos: 2

Nº do inquérito	Designação	Versão	Data de registo	
1723300001	Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes em Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite	3	29-07-2025	Editar
1723300001	Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes em Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite	3	29-07-2025	Editar

Ana Rita Bailão Banha

Área reservada

- Dados da entidade
- Consultar inquéritos
- Registar inquérito
- Instruções

■ Início

■ Pesquisar inquéritos

Apêndice E – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Caro(a) Encarregado de Educação

Eu, Ana Rita Bailão Banha, enfermeira e presentemente estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pelas instituições Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias em Castelo Branco e Escola Superior de Saúde do Algarve, encontro-me a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Arraiolos no âmbito da Saúde Escolar, sob a supervisão da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Celeste da Conceição Correia Travessa e orientação da Professora Teresa do Rosário Teixeira Marques Dionísio Mestre.

A temática do projeto de intervenção incide sob a promoção e fortalecimento das relações interpessoais e o desenvolvimento de competências emocionais nos adolescentes e, numa primeira etapa, de diagnóstico da situação, pretendo compreender e conhecer o bem-estar ativo individual e coletivo, bem como a disponibilidade do seu educando para o outro. Posto isto, venho por este meio, solicitar a sua autorização para que o seu educando preencha dois questionários de forma individual e anónima, e participe no presente e no próximo ano letivo, que iniciará em setembro de 2025, em atividades lúdicas preparadas de acordo com as necessidades identificadas após a aplicação dos questionários.

Realço que a participação é voluntária e que todos os dados serão tratados de forma a garantir o sigilo, anonimato do seu educando e confidencialidade da fonte.

É essencial referir que todos os dados recolhidos ficarão apenas na posse da mestranda, que os utilizará unicamente para fins do projeto referido e que os destruirá assim que termine o presente curso e ocorra a divulgação dos resultados. Saliento que os dados pessoais do seu educando nunca serão referidos.

A participação não é obrigatória, logo não há qualquer consequência para quem se recuse a participar, sendo que a sua participação pode ser suspensa em qualquer momento. No caso de surgimento de dúvidas e/ou esclarecimentos poderá entrar em contacto com a investigadora através do n.º de telemóvel – 969791773 ou do e-mail m61262@alunos.uevora.pt.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Com os meus melhores cumprimentos,

A investigadora: Ana Rita Bailão Banha
(Ana Rita Bailão Banha)

A Professora Orientadora: Assinado por: TERESA DO ROSÁRIO TEIXEIRA
MARQUES DIONÍSIO MESTRE
(Teresa do Rosário Teixeira Marques Dionísio Mestre)

Eu, _____,
declaro que entendi a informação descrita e permito que o meu educando participe no referido projeto, no preenchimento dos questionários e nas intervenções/atividades a propor para o próximo ano letivo.

Fui informado (a) sobre o sigilo e anonimato da participação do meu educando e confidencialidade das informações que poderão ser prestadas, tendo conhecimento que os dados obtidos ficarão na posse da investigadora, que os utilizará unicamente para fins académicos e compromete-se a destruí-los assim que ocorra a publicação/divulgação dos resultados.

ESTE DOCUMENTO É CONSTITUÍDO POR 2 FOLHAS, SENDO ELABORADO EM DUPLICADO,
DESTINANDO-SE UMA VIA PARA A INVESTIGADORA E A OUTRA PARA O ENCARREGADO DE
EDUCAÇÃO

Apêndice F – Apresentação em PowerPoint da sessão de educação para a saúde

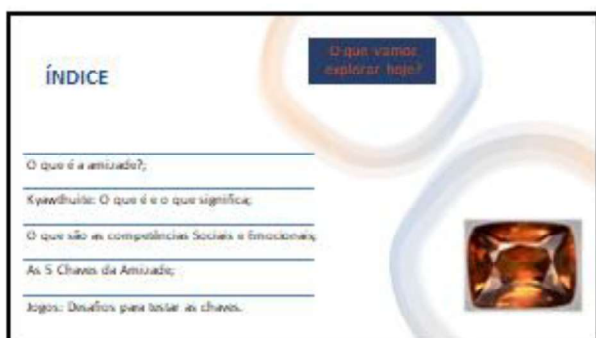
“Promoção de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes no Meio Escolar: A amizade é como um kyawthuite”



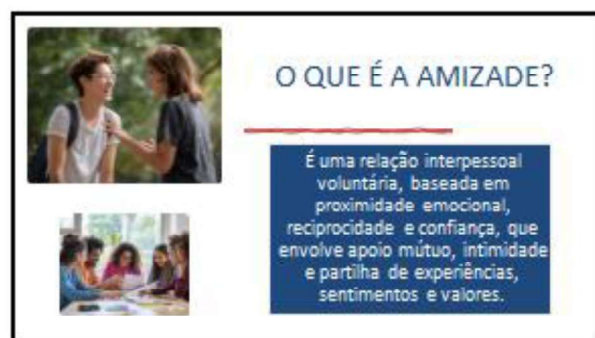
1



2



3



4



5



6



7

- Ajuda-te a perceber emoções;
- Ajuda-te a relacionar-te melhor;
- Ajuda-te a agir com mais consciência.

NÃO TEMEM, SO PARA A ESCOLA, SERVIR PARA A VIDA.

8

A ESCOLA COMO ESPAÇO SEGURO

A escola não é só para aprender conteúdos: é um espaço onde te podes sentir seguro, respeitado e apoiado.

Um ambiente positivo ajuda-te a socializar melhor, a gerir emoções e a construir amizades verdadeiras.

Os professores desempenham um papel fundamental na criação de um ambiente acolhedor, onde os alunos se sentem seguros para socializar, aprender e desenvolver as suas competências sociais e emocionais.

Aqui, os alunos aprendem a lidar com as emoções e a construir relações positivas.

9

As 5 Chaves da Amizade

10

As 5 chaves da amizade são habilidades que te ajudam a perceber-te, a lidar com emoções, a entender os outros, a manter relações e a tomar decisões com responsabilidade.

Isto não é só teoria!

São coisas que te ajudam na escola, com amigos e com tudo o que te pesa na cabeça. Se conseguires perceber o que sentes, controlar-te, entender os outros e tomar decisões com responsabilidade, a tua vida fica mais fácil — e as tuas amizades ficam mais reais.

Jogos: Desafios para testar as chaves

A amizade é fundamental para desenvolver competências sociais e emocionais. Compartilhar experiências ajuda os adolescentes a ganhar empatia, comunicação e resolução de conflitos, fortalecendo laços significativos.



13

Jogo 1: Carta ao Eu do Futuro




14

Jogo 2: Linha de Emoções

Objetivo:

- Identificar emoções, aumentar a autoconsciência e empatia de forma rápida e simples.

Instruções:

- Colocar cadeiras em fila, formando um "canalinho".
- Eu digo uma frase e vocês escolhem o lado (esquerda ou direita) das cadeiras.

Regras:

- Não julgar;
- Não é obrigatório falar;
- Resposta rápida;
- Cada um pensa apenas por si.

Não é para seres perfeito.
É só para seres real, sem vergonha e sem medo de seres julgado!

15

Jogo 2: Linha de Emoções

Para mim é fácil perceber o que estou a sentir.
Eu sei perceber quando estou stressado.
Consego manter a calma quando alguém me provoca.
Consego controlar-me mesmo quando estou chateado.
Respeito quando um colega está a passar uma situação complicada e está triste.
Consego perceber o que alguém sente, mesmo sem dizer.
Consego resolver um conflito sem discutir.
Consego manter uma amizade mesmo quando há diferenças.
Consego dizer "não" quando alguém me pressiona.
Para mim é fácil dizer o que penso, mesmo que não agrade a todos.
Eu vejo, ou sinto, que está tudo bem para não chatear ninguém.
Já disse ou fiz coisas com um amigo só para parecer mais popular.

Esquerda: Concordo

Direita: Discordo



16

Jogo 3: O que a turma escreve sobre ti

Objetivo:

- Criar um ambiente de apoio, fortalecer amizades e reconhecer qualidades reais nos outros.

Instruções:

- Colar um papel nas costas uns dos outros;
- Escrever uma frase curta ou palavra positiva sobre a pessoa;
- Quando todos escreverem, limar o papel e podermos ler o que foi escrito (se quiserem).

Orçador desafia a ler o que escreverem sobre ti — para perceberem que as palavras que usamos quando não te vemos assim.



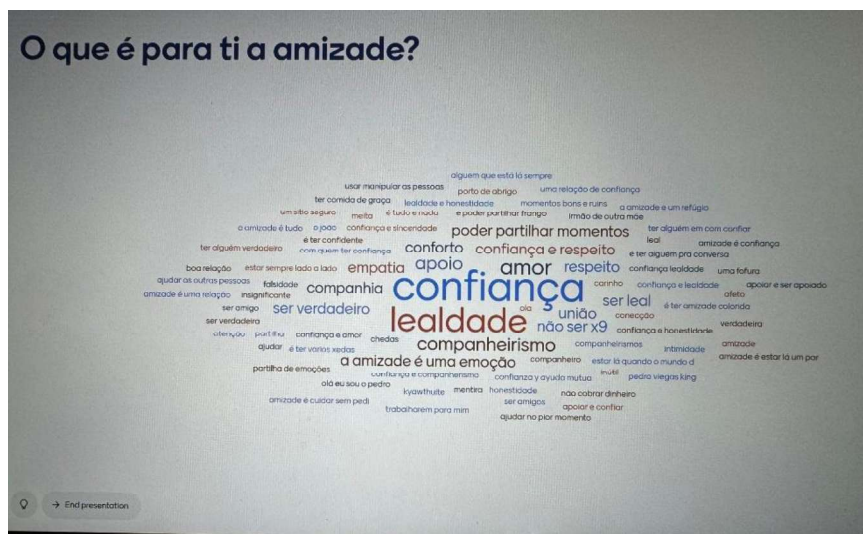
Um coração que aprende a compreender o outro torna-se mais forte do que qualquer pedra preciosa.

Obrigado pela vossa atenção!





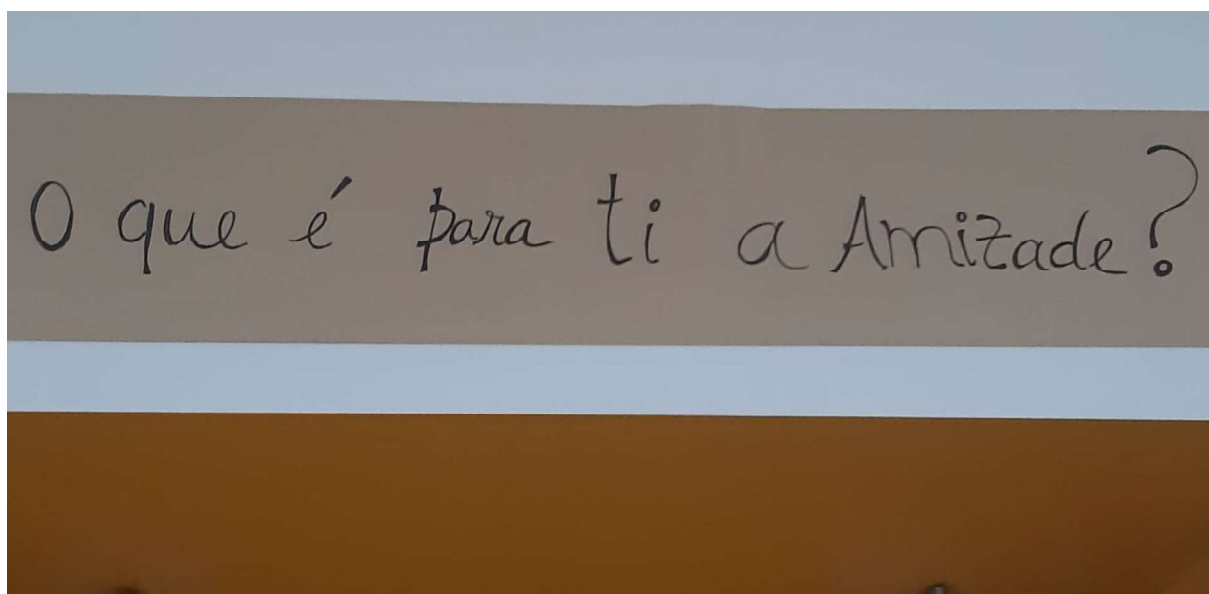
Apêndice G – Registo de respostas da plataforma digital *Mentimeter* à questão “O que é, para ti, a amizade?”

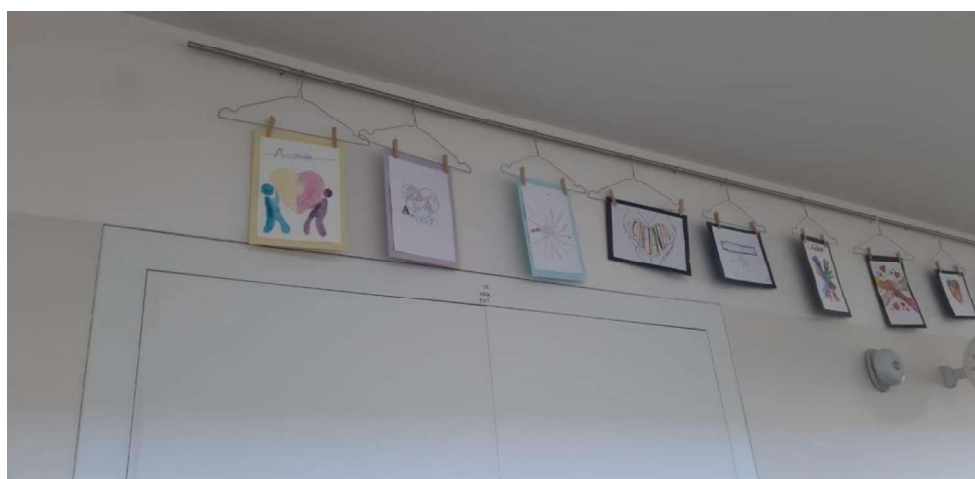
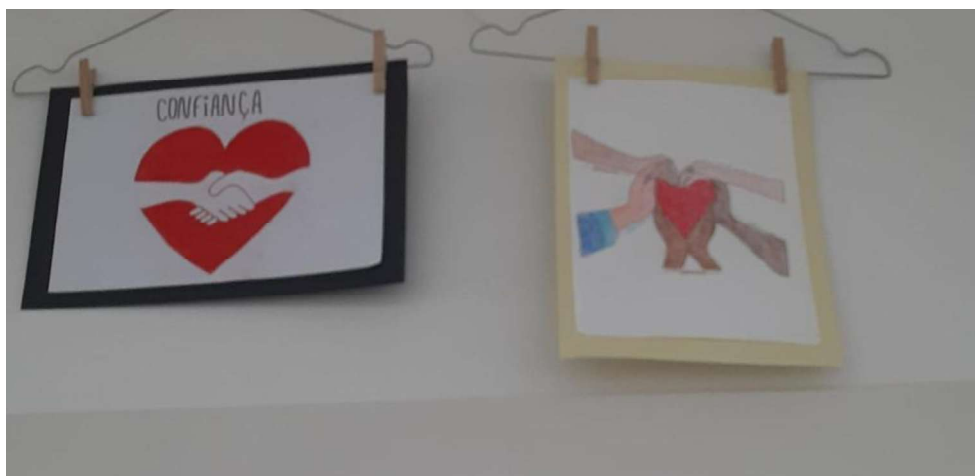


apoiar e ser apoiado 1	atenção 1	boa relação 1	carinho 1	chedas 1
com quem ter confiança 1	compartilhamos 1	companheiro 1	conexção 1	
confiança y ayuda mutua 1	confiança e amor 1	confiança e companheirismo 1		
confiança e honestidade 1	confiança e lealdade 1	confiança e sinceridade 1		
confiança lealdade 1	e poder partilhar frango 1	estar lá quando o mundo d 1		
estar sempre lado a lado 1	falsidade 1	honestidade 1	insignificante 1	
intimidade 1	inútil 1	irmão de outra mãe 1	kyawthuite 1	leal 1
lealdade e honestidade 1	meita 1	mentira 1	momentos bons e ruins 1	

amor 4	apoio 3	companheirismo 3	a amizade é uma emoção 2	
companhia 2	confiança e respeito 2	conforto 2	empatia 2	não ser x9 2
poder partilhar momentos 2	respeito 2	ser leal 2	ser verdadeiro 2	união 2
a amizade e um refúgio 1	a amizade é tudo 1	afeto 1	ajudar 1	
ajudar as outras pessoas 1	ajudar no pior momento 1	alguém que está lá sempre 1		
amizade 1	amizade é confiança 1	amizade é cuidar sem pedi 1		
amizade é estar lá um par 1	amizade é uma relação 1	apoiar e confiar 1		

**Apêndice H – Registo da exposição temática na biblioteca escolar subordinada à questão
“O que é, para ti, a amizade?”**





Apêndice I – Capa digital de jornal para divulgação do projeto

EDIÇÃO ESPECIAL

Janeiro 2026

KYAWTHUTTE

COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS

Ana Maria (1) - Carole Tavares (2) - Tereza Medeiros (3)
(1) Mestranda em Medicina em Ribeirão Preto; (2) Pós-graduada em Saúde Coletiva na Área de Ribeirão Preto de Saúde Coletiva e de Saúde Pública
(3) Pós-graduada em Saúde Coletiva na Área de Ribeirão Preto de Saúde Coletiva e de Saúde Pública
(4) Professora Adjunta do IFRR, PUC

A AMIZADE É COMO KYAWTHUTTE!



A AMIZADE é uma relação interpessoal voluntária, baseada em proximidade emocional, reciprocidade e confiança, que envolve apoio mútuo, intimidade e partilha de experiências, sentimentos e valores.



Kyawthuite é o mineral mais raro do mundo e tem uma cor laranja, com um tom avermelhado e elementos brancos. Pela sua raridade é considerado um material sem preço porque é raro e único. A amizade verdadeira também não se compra nem se troca. É presença, é cuidado, é ficar — mesmo quando seria mais fácil ir embora. As relações verdadeiras exigem tempo, confiança e empatia — assim se forma um "cristal" emocional sólido. Um coração que aprende a compreender o outro torna-se mais forte do que qualquer pedra preciosa.

O QUE SÃO AS COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS? NÃO SERVEM SÓ PARA A ESCOLA. SERVEM PARA A VIDA.

Um conjunto integrado de capacidades que permitem os adolescentes reconhecer, compreender e gerir as suas emoções, bem como interpretar as emoções dos outros, estabelecer relações interpessoais saudáveis e tomar decisões responsáveis em contextos sociais. Estas competências incluem a consciência emocional, a autorregulação, a empatia, as habilidades de comunicação, a resolução de conflitos e a tomada de decisões. São cinco competências sociais e emocionais - AS 5 CHAVES DA AMIZADE!



AS 5 CHAVES DA AMIZADE

- **Autoconhecimento:** Capacidade de reconhecer emoções, valores e pontos fortes, e compreender como estes influenciam o comportamento;
- **Autorregulação:** Capacidade de regular emoções, controlar impulsos e manter o foco em objetivos a longo prazo;
- **Consciência social:** Capacidade de compreender e respeitar perspectivas diferentes, demonstrando empatia e apreciação pela diversidade;
- **Competências relacionais:** Capacidade de estabelecer e manter relações saudáveis, comunicar de forma eficaz e resolver conflitos de forma construtiva;
- **Tomada de decisão responsável:** Capacidade de tomar decisões éticas e seguras, considerando consequências pessoais e sociais, e agindo com integridade.

Amizade não é sobre ter muitos amigos. é sobre ter os certos.
Se tens de fingir para pertencer, não é amizade.

Amizade verdadeira é escolher alguém mesmo quando ninguém está a olhar.

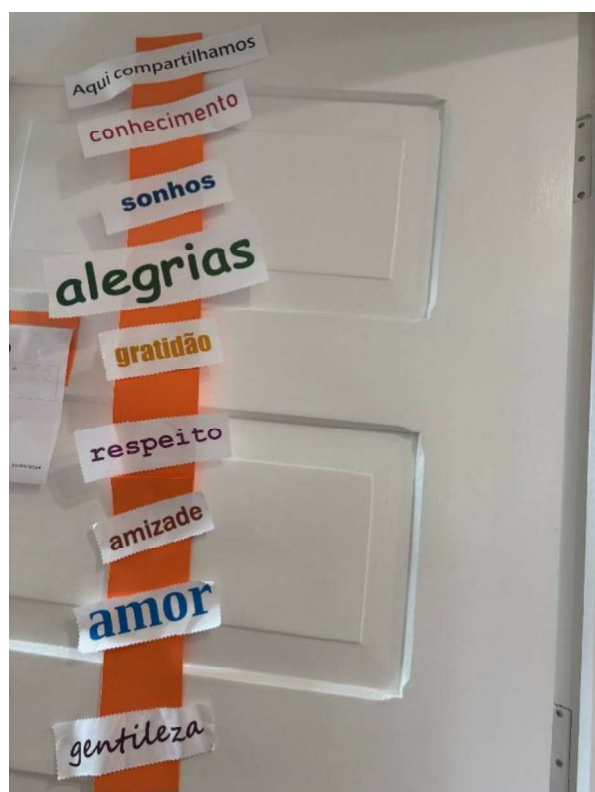
Não é só ter amigos. É saber ser amigo.
Amizade é apoiar sem pedir nada em troca.

Apêndice J – Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio na UCC

- Atividade “Todas as crianças têm o dever e o direito a...”



- **Atividade – “Dia da Mãe”**



Atividade – “Feira das profissões”



- **Atividade– “Dia Mundial da Criança” - Peddy-Paper**

Alguns registos fotográficos do momento da realização do *Peddy-paper* (realçar que são poucos exemplos para não expor fisicamente as crianças. Foi, sem dúvida, um momento de partilha e guardado na memória de toda a equipa multidisciplinar como trabalho de equipa e de ver os sorrisos e gargalhadas de cada criança).



Apêndice K – Atividades desenvolvidas no âmbito do estágio na USP

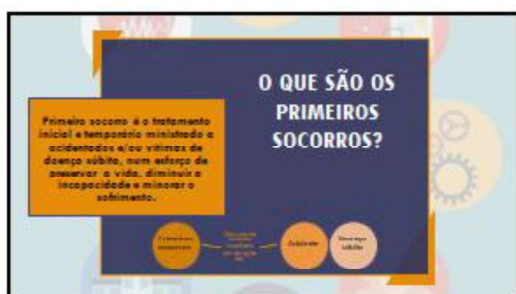
- **Sessão de educação para a saúde - “Primeiros Socorros: Pequenos gestos que salvam vidas”**



1



2



3



4



5



6



7

Sinais de alerta:

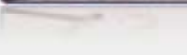
- Dor intensa ou incapacidade de se levantar;
- Suspeita de fratura (perna, braço, anca);
- Perda de consciência ou contusão;
- Sangramento importante;
- Dor no peito ou dificuldade em respirar;

QUEDAS



Causas age:

- **Surgimento:** garantir o local e evitar mais riscos;
- **Avançar:** perceber o que aconteceu e se o pessoal está consciente;
- **Quedas recorrentes:** não levantar se sentir suspeita de fratura, proteger e confortar;
- **Pequenas quedas:** 112 se houver sinais de alerta ou incapacidade de se levantar.



8

A yellow triangular warning sign with a thick black border and a large black exclamation mark in the center.

9

Sinais de alerta:

- Dor localizada e intensa
- Aumento progressivo das lesões com formação de bolhas
- Vermelhidão e inchaço
- Febre
- Mal-estar

Como agir:

- Não aplicar cremes, óleos ou produtos caseiros
- Não coçar ou machucar a pele
- Não usar roupas apertadas
- Não expor a área afetada ao sol
- Não usar medicamentos sem orientação médica

QUEIMADURAS

Se uma lesão ou parte do tecido for perdida por calor, abrasão, produtos químicos ou radiação.



A gravidade depende da extensão e da profundidade da lesão.

10

MAL-ESTAR SÚBITO

¿Cómo reconocer los síntomas de alarma de un mal-estar súbito?

¿Cómo reconocer los síntomas de alarma de un mal-estar súbito?

Señales de alarma que se pueden sentir en cualquier momento:

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Falta de aire
- Vértigo
- Dolor de cabeza
- Dolor de estómago
- Dolor de espalda
- Dolor de brazos y piernas
- Dolor de cuello
- Dolor de hombros
- Dolor de manos y pies
- Dolor de pies y tobillos
- Dolor de rodillas
- Dolor de caderas
- Dolor de muslos
- Dolor de nalgas
- Dolor de glúteos
- Dolor de coxis
- Dolor de pelvis
- Dolor de vagina
- Dolor de pene
- Dolor de testículos
- Dolor de escroto
- Dolor de ano
- Dolor de recto
- Dolor de intestinos
- Dolor de vejiga
- Dolor de bazo
- Dolor de hígado
- Dolor de páncreas

Señales de alarma que se pueden sentir en cualquier momento:

- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Falta de aire
- Vértigo
- Dolor de cabeza
- Dolor de estómago
- Dolor de espalda
- Dolor de brazos y piernas
- Dolor de cuello
- Dolor de hombros
- Dolor de manos y pies
- Dolor de pies y tobillos
- Dolor de rodillas
- Dolor de caderas
- Dolor de muslos
- Dolor de nalgas
- Dolor de glúteos
- Dolor de coxis
- Dolor de pelvis
- Dolor de vagina
- Dolor de pene
- Dolor de testículos
- Dolor de escroto
- Dolor de ano
- Dolor de recto
- Dolor de intestinos
- Dolor de vejiga
- Dolor de bazo
- Dolor de hígado
- Dolor de páncreas

11

Se a pessoa não consegue tossir ou respirar, é uma emergência.

A manobra de Heimlich (compressões abdominais) pode ser útil, mas só deve ser feita por quem tem formação porque pode causar lesões se não for bem realizada.

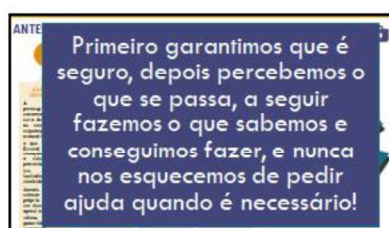
POR ISSO, A NOSSA PRIORIDADE É:

PREPARE-SE AGORA! #1121

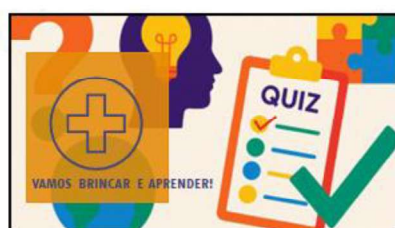
12



13



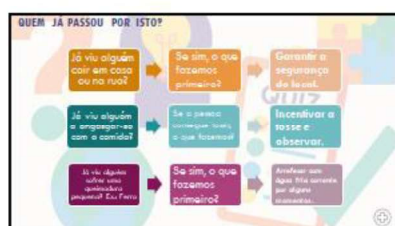
14



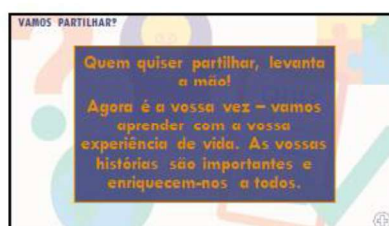
15



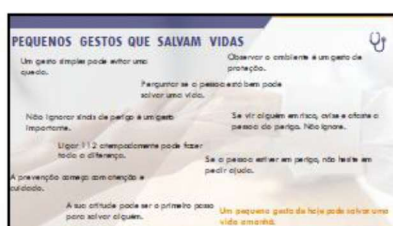
16



17



18



19



20





7



8



9



10



11



12



13



14



15



16



17



18



19



20

Apêndice L – Scoping review “Planeamento Participativo no Processo de Planeamento em Saúde Pública

Planeamento Participativo no Processo de Planeamento em Saúde Pública: *Scoping Review*

Participatory Planning in the Health Planning Process in Public Health: *Scoping Review*

Planificación Participativa en el Proceso de Planificación en Salud Pública: *Scoping Review*

Autores: Ana Banha ¹, Ruben Fontes ²

¹ Enfermeira, Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal

ORCID: 0009-0003-2855-1365

Email: anarbanha@gmail.com

² Enfermeiro na Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, Portugal

ORCID: 0009-0003-4957-0055

Email: rubenamfontes@gmail.com

RESUMO

Contexto: O planeamento participativo assume um papel central na saúde pública, contribuindo para a sustentabilidade das intervenções comunitárias, embora persistam lacunas na sua operacionalização no planeamento em saúde.

Objetivo: Mapear a operacionalização do planeamento participativo no processo de planeamento em saúde no contexto de saúde pública.

Método de revisão sistemática: *Scoping Review* conduzida segundo os princípios do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada em bases de dados e complementada por literatura cinzenta, sob critérios definidos pela estratégia PCC.

Apresentação e interpretação de resultados: Foram incluídos treze estudos, evidenciando diferentes níveis de participação. A participação ocorre ao longo das fases de planeamento em saúde, com maior expressão no diagnóstico e implementação. A operacionalização integra metodologias estruturadas, colaboração multissetorial e ferramentas digitais, evidenciando benefícios ao nível do *empowerment*, governação e adequação das intervenções, coexistindo com desigualdades no processo participativo e influência limitada na tomada de decisão em saúde.

Conclusão: O planeamento participativo requer abordagens estruturadas e suporte da governação para garantir a efetividade e o impacto sustentável nos resultados em saúde.

Palavras-chave: Planeamento Participativo; Planeamento em Saúde; Participação Comunitária; Saúde Pública; Governança em Saúde; Serviços de Saúde

ABSTRACT

Introduction: Participatory planning plays a central role in public health, contributing to the sustainability of community interventions, although gaps remain in its operationalization within health planning.

Objective: To map the operationalization of participatory planning in the health planning process in public health contexts.

Review method: A scoping review was conducted following Joanna Briggs Institute methodology. Searches were performed in databases and complemented by grey literature, using PCC criteria.

Results: Thirteen studies were included, showing different levels of participation. Participation occurs across health planning phases, with greater emphasis on diagnosis and implementation. Operationalization includes structured methodologies, multisectoral collaboration and digital tools, demonstrating benefits in empowerment, governance and intervention adequacy, alongside inequalities in participation and limited influence on decision-making.

Conclusion: Participatory planning requires structured approaches and governance support to ensure effectiveness and sustainable impact on health outcomes.

Keywords: Participatory Planning; Health Planning; Community Participation; Public Health; Health Governance; Health Services

RESUMEN

Contexto: La planificación participativa desempeña un papel central en la salud pública, contribuyendo a la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias, aunque persisten lagunas en su operacionalización en la planificación en salud.

Objetivo: Mapear la operacionalización participativa en el proceso de planificación en salud en contextos de salud pública.

Método de revisión sistemática: Revisión de alcance realizada según la metodología del *Joanna Briggs Institute*. La búsqueda se efectuó en bases de datos y se complementó con literatura gris, utilizando criterios PCC.

Presentación e interpretación de los resultados: Se incluyeron trece estudios, mostrando diferentes niveles de participación. La participación ocurre a lo largo de las fases de planificación en salud, con mayor énfasis en el diagnóstico y la implementación. La operacionalización incluye metodologías estructuradas, colaboración multisectorial y herramientas digitales, evidenciando beneficios en el empoderamiento, la gobernanza y la adecuación de las intervenciones, junto con desigualdades en la participación y limitada influencia en la toma de decisiones.

Conclusión: La planificación participativa requiere enfoques estructurados y apoyo de la gobernanza para garantizar su efectividad y un impacto sostenible en los resultados en salud.

Palabras clave: Planificación Participativa; Planificación en Salud; Participación Comunitaria; Salud Pública; Gobernanza en Salud; Servicios de Salud

INTRODUÇÃO

A ação comunitária constitui um dos pilares integrantes dos cuidados de saúde primários, tendo sido reconhecida como elemento central na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e posteriormente reforçada na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, em 1986, promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta abordagem destaca a importância do envolvimento comunitário não só na construção de políticas públicas saudáveis, mas também na criação de ambientes favoráveis à promoção da saúde pública (OECD, 2025).

Paralelamente a esta perspetiva, os cuidados de saúde primários têm vindo a ser conceptualizados sobre uma abordagem abrangente e sustentada na articulação entre os serviços de saúde, a ação multisetorial e o envolvimento ativo dos indivíduos e da comunidade, reconhecendo o *empowerment* e a participação comunitária como componentes estruturais de sistemas de saúde orientados para a equidade e a cobertura universal na saúde pública. Neste contexto, a participação em saúde constitui um processo que integra a capacitação dos indivíduos e comunidades para influenciar a tomada de decisão e a organização dos cuidados de saúde (OMS, 2020) e contribui para a redução das desigualdades em saúde, melhoria da eficiência das intervenções e reforço da transparência e confiança no sistema de saúde (EuroHealthNet, 2024).

Em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, as políticas de saúde atuais reforçam a operacionalização da ação comunitária através da participação comunitária e do *empowerment*, promovendo o processo cooperativo da população na análise, implementação e avaliação de intervenções ajustadas às suas necessidades, assim como o aumento do controlo sobre a sua saúde e bem-estar. Neste sentido, a literatura demonstra que a operacionalização eficaz da ação comunitária depende da integração de métodos estruturados de participação, cuja implementação é sustentada por sistemas de governação e enquadramentos políticos estruturados (OECD, 2025; OMS, 2020), agregados à implementação do planeamento em saúde, assumido como um processo participativo e de concertação de interesses, cuja efetividade depende do envolvimento comunitário e dos diversos *stakeholders* envolvidos (DGS, 2022).

Apesar do reconhecimento crescente do planeamento participativo como elemento central na melhoria da governação em saúde e no fortalecimento dos sistemas de saúde, persistem desafios significativos na sua concretização prática, nomeadamente ao nível dos mecanismos, métodos e condições necessárias à implementação efetiva, resultando em desigualdades no acesso aos processos participativos e na limitada influência efetiva da participação na tomada

de decisão em saúde (EuroHealthNet, 2024). No contexto nacional, é demonstrado que a participação comunitária é condicionada por barreiras estruturais, culturais e de capacitação, comprometendo a incorporação dos seus contributos nos processos decisórios (CNS, 2020). Perante a crescente complexidade dos determinantes de saúde e dos problemas de saúde pública, os modelos participativos devem ser acompanhados por abordagens mais estruturadas e adaptativas ao longo das fases do planeamento em saúde (DGS, 2022). Deste modo, não obstante o seu reconhecimento conceptual, permanece limitada a sistematização do conhecimento relativo aos processos, metodologias e fatores que influenciam a implementação efetiva do planeamento participativo no âmbito da saúde pública.

A presente revisão pretende sintetizar as evidências disponíveis sobre os processos, metodologias e fatores que influenciam a operacionalização do planeamento participativo no planeamento em saúde em contexto de saúde pública, bem como os níveis de participação abrangidos e o seu impacto nos sistemas de saúde. O método de *scoping review* utilizado permite mapear o conhecimento existente e identificar lacunas na literatura, contribuindo para o desenvolvimento de futuras investigações nesta área. Com base nesta premissa, a presente *scoping review* apresenta como questão de investigação: “Como é operacionalizado o planeamento participativo no âmbito do planeamento em saúde em contexto de saúde pública?”.

1. METODOLOGIA

A presente revisão baseia-se na metodologia de *Scoping Review* proposta pelo Joanna Briggs Institute (JBI), visando explorar uma perspetiva geral ampla das evidências disponíveis acerca de determinada temática e mapear as mesmas, sintetizando o conhecimento com base nos resultados encontrados. Enquadrado no conceito central em questão, este método permite ainda identificar e mapear documentos e relatórios na vertente política da saúde, contribuindo para melhores práticas neste âmbito (Peters et al., 2020).

Esta *scoping review* seguiu as diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) e foi norteada pela questão de pesquisa “Como é operacionalizado o planeamento participativo no âmbito do Planeamento em Saúde em contexto de Saúde Pública?”, permitindo identificar e mapear as evidências disponíveis sobre a implementação do planeamento participativo no processo de planeamento em saúde na área de saúde pública.

1.1. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de elegibilidade das fontes foram definidos com base na estratégia População-Conceito-Contexto (PCC), de acordo com a recomendação para *scoping review*. Foram incluídas fontes que abordem a Saúde Pública (População), incluindo diferentes níveis organizacionais, equipas que operacionalizam o Planeamento em Saúde e *stakeholders* envolvidos no mesmo; que exploram o Planeamento Participativo no âmbito do Planeamento em Saúde (Conceito), abrangendo a sua conceptualização, metodologias, estratégias de implementação e processos de operacionalização; e que são desenvolvidos no contexto do Planeamento em Saúde em Saúde Pública (Contexto), incluindo instituições governamentais, autoridades de saúde, unidades de saúde públicas e outras entidades responsáveis relevantes. Foram considerados não só estudos primários (qualitativos, quantitativos ou mistos) e revisões de literatura, mas também documentos institucionais, relatórios técnicos e planos de saúde relevantes para o processo de planeamento em saúde pública.

A crescente evolução e valorização atual de modelos de governação colaborativa e coparticipação em saúde pública, integrantes do contexto do Plano Nacional de Saúde (PNS) em vigor e das agendas internacionais de desenvolvimento sustentável, sustenta a delimitação temporal das fontes entre 2020 e 2026, tendo sido incluídas fontes em português, inglês e espanhol.

Foram excluídas fontes nas quais a abordagem do planeamento participativo é realizada fora do contexto de planeamento em saúde pública ou focadas em intervenções clínicas ou programas de saúde específicos. Ademais, foram excluídas fontes que, apesar de abordarem o conceito de planeamento participativo, não apresentam dados empíricos nem descrição metodológica suficiente que permitisse a extração de informação relevante para os objetivos desta revisão.

1.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A fim de identificar palavras-chave e descritores relevantes para a temática do planeamento participativo em saúde, foi realizada uma pesquisa exploratória inicial nas bases de dados MEDLINE e CINAHL baseada na combinação dos termos “community health planning” e “participatory planning”, da qual resultaram os termos de pesquisa e respetivas combinações booleanas. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa sistemática nas bases de dados MEDLINE, CINAHL e Scopus, cujos termos e descritores delineados são apresentados na Tabela 1. Adicionalmente, foi realizada pesquisa em literatura cinzenta, nomeadamente através da consulta de *websites* oficiais de entidades governamentais e organismos de saúde pública, tais como World Health Organization (WHO), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), EuroHealthNet e Direção-Geral da Saúde (DGS), alinhada igualmente com a combinação de descritores e palavras-chave relevantes para a temática.

A estratégia de pesquisa foi adaptada a cada base de dados, respeitando as suas especificidades, tendo sido considerados os critérios de elegibilidade definidos anteriormente.

Tabela 1.

Estratégia de pesquisa aplicada por base de dados e respetivos resultados

Base de dados: MEDLINE (via EBSCO)
Nº de resultados inicial:364
(S1: 47,610 / S2: 23,251 / S3:135,822)
(S1 AND S2 AND S3: 364)
Resultados finais: 107
[Community Participation (MH) OR Stakeholder Participation (MH) OR Collaborative Planning (TI) OR Collaborative Planning (AB) OR Participatory Planning (TI) OR Participatory Planning (AB) OR OR Stakeholder Engagement (TI) OR Stakeholder Engagement (AB) OR Participatory Process (TI) OR Participatory Process (AB) OR Participatory Model (TI) OR Participatory Model (AB)]

AND [Community Health Planning (MH) OR Public Health Planning (TI) OR Public Health Planning (AB)] AND [Public Health (MH) OR Community Health Services (MH)]
Base de dados: CINAHL (via EBSCO) Nº de resultados inicial: 393 (S1: 35,231 / S2: 13,274 / S3: 103,606) (S1 AND S2 AND S3: 393) Resultados finais: 184 [Stakeholder Participation (MH) OR Community Participation (TI) OR Community Participation (AB) OR Collaborative Planning (TI) OR Collaborative Planning (AB) OR Participatory Planning (TI) OR Participatory Planning (AB) OR Stakeholder Engagement (TI) OR Stakeholder Engagement (AB) OR Participatory Process (TI) OR Participatory Process (AB) OR Participatory Model (TI) OR Participatory Model (AB)] AND [Community Health Planning (TI) OR Community Health Planning (AB) OR Public Health Planning (TI) OR Public Health Planning (AB)] AND [Public Health (MH) OR Community Health Services (MH)]
Base de dados: Scopus Nº de resultados inicial: 33 Resultados finais: 15 [TITLE-ABS-KEY (Participatory Planning OR Stakeholder Participation OR Community Participation OR Stakeholder Engagement OR Collaborative Planning OR Participatory Process OR Participatory Model)] AND [TITLE-ABS-KEY (Community Health Planning OR Public Health Planning)] AND [TITLE-ABS-KEY (Public Health OR Community Health Services)]
Website: WHO Resultados: 8 (Participatory Planning) + (Community Participation) + (Stakeholder Engagement) + (Community Health Planning)
Website: OECD Resultados: 11 (Participatory Planning) + (Community Participation) + (Stakeholder Engagement) + (Community Health Planning)
Website: EuroHealthNet Resultados: 1 (Participatory Planning) + (Community Participation) + (Stakeholder Engagement) + (Community Health Planning)

Website: Direção-Geral da Saúde

Resultados: 4

(Planeamento participativo) + (Participação comunitária) + (*stakeholders*) + (Planeamento em saúde)

1.3. PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

O processo de seleção dos estudos iniciou-se com a importação dos mesmos para o *software* Rayyan, na qual foi realizada a remoção de duplicados. Seguidamente, procedeu-se à triagem de títulos e resumos por dois revisores de forma independente, consoante os critérios de elegibilidade previamente definidos. Os estudos considerados potencialmente relevantes foram submetidos a leitura integral, tendo sido incluídos aqueles que cumprem os critérios estabelecidos. A literatura cinzenta identificada foi igualmente submetida a triagem inicial através do título e descrição sumária disponível, seguida da avaliação integral dos documentos de acordo com os mesmos critérios. O processo de seleção dos estudos seguiu as recomendações internacionais para *scoping reviews*, sendo traduzido através do fluxograma PRISMA 2020.

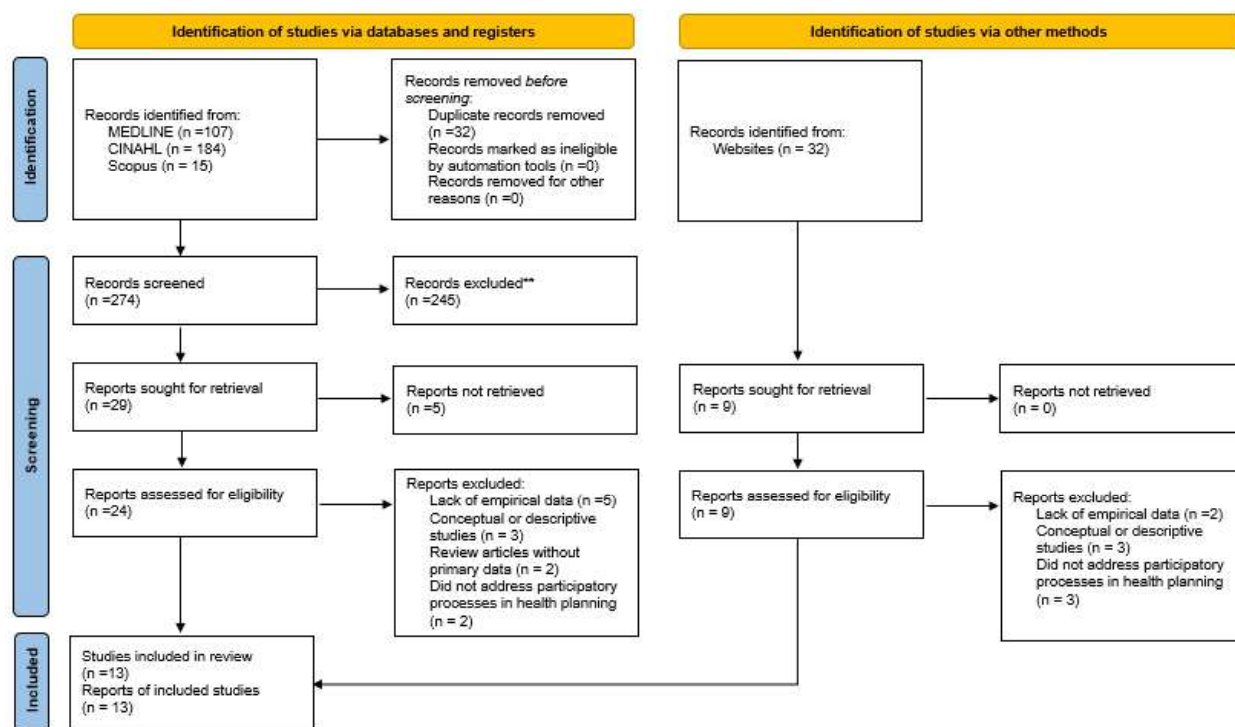
1.4. EXTRAÇÃO DE DADOS

A extração de dados foi realizada com base num instrumento desenvolvido pelos investigadores de acordo com as recomendações metodológicas da JBI, a fim de assegurar a uniformização e a consistência da informação recolhida. O instrumento da extração de dados foi continuamente testado e ajustado sempre que necessário. Os dados foram extraídos para uma tabela previamente estruturada e alinhada com a questão de investigação e os objetivos desta *scoping review*, contemplando autores e ano de publicação, objetivo do estudo, desenho metodológico, tipo de fonte, contexto organizacional, definição de planeamento participativo, formas de operacionalização do mesmo e principais resultados. A extração de dados foi conduzida pelos revisores e as divergências resolvidas por consenso.

2. RESULTADOS

A pesquisa nas bases de dados identificou um total de 306 estudos, aos quais se adicionaram 32 documentos provenientes da literatura cinzenta. Após a remoção de duplicados, permaneceram 274 estudos que foram submetidos à triagem de títulos e resumos, de entre os quais foram selecionados 29 para análise integral. Quanto à literatura cinzenta selecionada, foram considerados 9 documentos para leitura integral, tendo sido incluído 1 documento final. Após a avaliação do texto integral, foram excluídos os estudos que não correspondiam aos critérios de elegibilidade, nomeadamente por ausência de dados empíricos ou por apresentarem natureza conceptual ou descritiva do planeamento participativo. Finalmente, foram incluídos 12 estudos provenientes das bases de dados e mantido 1 documento de literatura cinzenta. O fluxograma do processo de seleção e inclusão da literatura está retratado na Figura 1, adaptado do PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

Figura 1.
Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos



2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Após a aplicação dos critérios de elegibilidade definidos, foram incluídos 13 estudos para a elaboração da presente *scoping review*. Os estudos analisados apresentam diversidade

geográfica, abrangendo contextos internacionais, nacionais e locais. Denotou-se ainda heterogeneidade ao nível dos contextos de saúde, metodologias e abordagens utilizadas, compreendendo diferentes níveis de intervenção em saúde pública e participação de variados intervenientes, tais como *stakeholders*, profissionais de saúde, decisores das políticas de saúde e a própria comunidade. De entre os estudos analisados, verifica-se a predominância de metodologias qualitativas e estudos de caso, com recurso a abordagens participativas e estratégias colaborativas no processo de planeamento em saúde.

As principais características dos estudos incluídos são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2.

Caracterização dos estudos incluídos

Estudo (Autores/Ano)	Objetivo	Metodologia/desenho do estudo	Tipo de fonte	Contexto organizacional
Systems exploration workshops: Using a virtual group model building approach to advance public health systems change (Simon et al., 2026)	Descrever a aplicação de um <i>workshop</i> participativo estruturado baseado no <i>Group Model Building</i> (GMB)	Estudo descritivo com aplicação de intervenção participativa	Artigo científico	Saúde Pública; Equipas de saúde estaduais dos EUA; Contexto intersectorial
The practice of public health coordination in Sweden: roles, responsibilities, and realities (Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025)	Analisar como a coordenação em saúde pública é operacionalizada ao nível local, explorando o papel dos coordenadores	Estudo qualitativo com aplicação de entrevistas semiestruturadas	Artigo científico	Saúde pública; Nível local (municípios na Suécia); Contexto intersectorial
Research circles as a method for implementing new services in the public health and welfare system (Møgster et al., 2024)	Explorar o método de <i>research circles</i> como abordagem de cocriação, resultando na implementação de	Estudo qualitativo com abordagem participativa	Artigo científico	Sistema público de saúde e bem-estar na Noruega;

	uma nova estrutura institucional	e colaborativa		Contexto intersectorial
Inclusive and intersectoral: community health improvement planning opportunities to advance the social determinants of health and health equity (Hatton et al., 2024)	Monitorizar os determinantes sociais de saúde integrantes dos <i>Community Health Improvement Plans</i> (CHIP)	Estudo misto, usando análise descritiva e qualitativa	Artigo científico	Planeamento em saúde comunitária; Serviço de saúde local nos EUA; Contexto intersectorial
Feasibility of a community-based cancer awareness initiative: views of those delivering and managing the intervention (Mueller et al., 2023)	Avaliar de forma qualitativa a viabilidade de uma intervenção comunitária	Estudo qualitativo usando entrevistas semiestruturadas	Artigo científico	Saúde pública; Intervenção comunitária
Community Organising Frameworks, Models, and Processes to Improve Health: A Systematic Scoping Review (Kadariya et al., 2023)	Analisar os modelos, <i>frameworks</i> e <i>community organising</i> usados em intervenções de saúde	<i>Scoping Review</i> baseada nas <i>guedlines</i> JBI	Artigo científico	Saúde pública; Contexto comunitário; Organização institucional
A Holistic Evaluation of a Community Health Improvement Plan (Tataw, 2022)	Avaliar a implementação do <i>Community Health Improvement Plan</i> (CHIP)	Estudo empírico com integração de dados quantitativos e qualitativos	Artigo científico	Saúde pública; Contexto regional nos EUA
Stakeholder experiences of using online spatial data visualisation tools for local public health decision support: A qualitative study	Analisar as experiências de <i>stakeholders</i> na utilização de ferramentas digitais	Estudo qualitativo com análise de dados com base em entrevistas	Artigo científico	Saúde pública; Contexto local no Reino Unido

(Armstrong-Moore et al., 2021)	online de visualização de dados em saúde	semi-estruturadas		
Co-Creation of Knowledge: A Community-Based Approach to Multilevel Dissemination of Health Information (Monnard et al., 2021)	Descrever e analisar o processo de disseminação de dados em saúde multiníveis	<i>Practice-based evidence</i>	Artigo científico	Saúde pública; Contexto local (Instituto de investigação nos EUA)
Designing for Scale and taking scale to account: lessons from a community score card project in Uganda (Kiracho et al., 2021)	Documentar o processo de planeamento, adaptação e implementação do modelo <i>Community Score Card</i> (CSC)	Estudo qualitativo	Artigo científico	Saúde pública; Sistema de saúde local em Uganda
Partnership and participation in a community health improvement initiative (Tataw, 2020)	Analisar a implementação do modelo <i>Community Health Improvement Plan</i> (CHIP)	Estudo de caso com abordagem qualitativa e mista	Artigo científico	Saúde pública; Contexto regional nos EUA
Community-Based Health Planning and Services Plus programme in Ghana: A qualitative study with stakeholders in two Systems Learning Districts on improving the implementation of primary health care (Kweku et al., 2020)	Explorar os desafios inerentes à implementação do programa CHPS	Estudo qualitativo exploratório	Artigo científico	Saúde pública; Cuidados de saúde primários; Contexto regional
Community action for health and well-being (OCDE, 2025)	Apresentar iniciativas a nível internacional que usam processos	Relatório institucional com análise	Relatório institucional	Políticas de promoção da saúde a nível

	participativos e colaboração multisectorial	de estudos de caso em países incluídos na OCDE	(literatura cinzenta)	nacional, regional e municipal
--	---	--	-----------------------	--------------------------------

2.2. SÍNTESE DOS DADOS

Os dados extraídos dos estudos incluídos foram organizados em categorias temáticas, refletindo as principais dimensões da operacionalização do planeamento participativo no processo de planeamento em saúde. A estruturação das categorias resultou de uma abordagem híbrida, combinando elementos dedutivos, sustentados na literatura acerca do planeamento em saúde pública, e indutivos, emergentes da análise integral dos estudos incluídos. Assim, foram contempladas as seguintes categorias: nível de participação, fases do processo de planeamento, formas de operacionalização do planeamento participativo, resultados da participação e barreiras e facilitadores do processo.

Relativamente ao nível de participação, os estudos evidenciam diferentes níveis de envolvimento, desde formas mais passivas, como a consulta da comunidade (Armstrong-Moore et al., 2021; Mueller et al., 2023; OECD, 2025), até abordagens mais ativas, como a cocriação e a codecisão (Kadariya et al., 2023; Møgster et al., 2024; Simon et al., 2026), nos quais a participação se estende à definição de prioridades e tomada de decisão em saúde. Quanto às fases do processo de planeamento em saúde, a participação comunitária foi frequentemente identificada nas fases de diagnóstico de necessidades e de planeamento de intervenções (Hatton et al., 2024; Kweku et al., 2020; Tataw, 2022), sendo igualmente reportada, embora em menor grau, nas fases de implementação e avaliação (Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025). No que se refere às formas de operacionalização do planeamento participativo, estas são apresentadas de forma diversificada, destacando-se o recurso a *workshops* (Simon et al., 2026), grupos focais (Kweku et al., 2020) e processos deliberativos estruturados (Hatton et al., 2024; Tataw, 2020). Estas abordagens promovem a interação entre diferentes setores e *stakeholders* (Møgster et al., 2024; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025) e a construção coletiva de estratégias de promoção da saúde pública (Kadariya et al., 2023; OECD, 2025). Por sua vez, os resultados da participação comunitária foram demonstrados em diferentes níveis. Ao nível individual, destacam-se o aumento da literacia em saúde e o *empowerment* da comunidade (Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023). Ao nível dos serviços de saúde,

verifica-se a melhoria na adequação das intervenções às necessidades da população (Kadariya et al., 2023; Møgster et al., 2024). Ao nível do sistema de saúde, evidenciam-se melhorias na colaboração intersectorial e na qualidade da tomada de decisão em saúde (Armstrong-Moore et al., 2021; Kiracho et al., 2021). Por fim, foram identificadas tanto barreiras ao processo participativo, incluindo limitações de tempo e recursos (Møgster et al., 2024; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; Simon et al., 2026), níveis variáveis no envolvimento (Tataw, 2022) e desigualdades na participação (Kiracho et al., 2021; Tataw, 2020). Por outro lado, destacam-se como facilitadores a capacitação dos participantes (Møgster et al., 2024), a liderança eficaz dos intervenientes (Kadariya et al., 2023) e a utilização de metodologias estruturadas (Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Simon et al., 2026).

A síntese dos resultados extraídos encontra-se exposta na Tabela 3.

Tabela 3.

Síntese dos dados extraídos dos estudos incluídos

Categorias	Subcategorias	Estudos
Nível de participação	Consulta	(Armstrong-Moore et al., 2021; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; OECD, 2025; D. Tataw, 2020; Simon et al., 2026)
	Envolvimento	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; D. Tataw, 2020, 2022)
	Cocriação	(Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; Simon et al., 2026)
	Codecisão	(Simon et al., 2026)
	Capacitação comunitária	(Kadariya et al., 2023; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; OECD, 2025)
Fase do processo de planeamento em saúde	Diagnóstico de necessidades	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)
	Definição de prioridades	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al.,

		2020; Monnard et al., 2021; OECD, 2025; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)	
	Planeamento de intervenções	(Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)	
	Implementação	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; D. Tataw, 2020, 2022)	
	Monitorização/avaliação	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; OECD, 2025; D. Tataw, 2020, 2022)	
Formas de operacionalização do planeamento participativo	Métodos participativos	<i>Focus groups</i>	(Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Monnard et al., 2021; OECD, 2025; Tataw, 2020)
		Reuniões colaborativas	(Hatton et al., 2024; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Tataw, 2020)
		Workshops	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; OECD, 2025; Simon et al., 2026)
		Entrevistas	(Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; D. Tataw, 2020, 2022)
		Ferramentas digitais	(Armstrong-Moore et al., 2021)

		Eventos	(Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023)
		Sessões comunitárias	(Kweku et al., 2020; Mueller et al., 2023)
		Programas comunitários	(Kadariya et al., 2023)
		Inquéritos	(Kweku et al., 2020; D. Tataw, 2020, 2022)
	Estruturas formais	Conselhos de saúde	(Kiracho et al., 2021; OECD, 2025)
		Comissões/fóruns	(OECD, 2025; D. Tataw, 2022)
		Grupos de projeto	(Møgster et al., 2024)
		Parcerias	(Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)
	Estratégias	Plataformas digitais	(Armstrong-Moore et al., 2021)
		Redes comunitárias	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; D. Tataw, 2020, 2022)
		Voluntariado	(Mueller et al., 2023)
		Mobilização social	(Kadariya et al., 2023)
		Processos deliberativos	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024;

			Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)
		Envolvimento de stakeholders	(Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2020)
		Cogovernança	(Møgster et al., 2024; Tataw, 2020)
		Cocriação estruturada	(Simon et al., 2026)
Resultados	Nível individual	Aumento da literacia em saúde	(Armstrong-Moore et al., 2021; Kadariya et al., 2023; Kweku et al., 2020; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; OECD, 2025; Simon et al., 2026)
		<i>Empowerment</i>	(Armstrong-Moore et al., 2021; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2020)
		Aumento da confiança no sistema	(Møgster et al., 2024)
		Mudança comportamental	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; D. Tataw, 2022)

	Nível de serviços de saúde	Melhor adequação às necessidades	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Mueller et al., 2023; OECD, 2025; Simon et al., 2026)
		Melhoria do alinhamento com as políticas de saúde	(Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Tataw, 2020)
		Melhoria da qualidade	(Hatton et al., 2024; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; OECD, 2025; D. Tataw, 2022)
		Criação de novos serviços	(Møgster et al., 2024)
		Maior acessibilidade	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021)
	Nível de sistema de saúde	Planeamento mais estruturado	(Kadariya et al., 2023; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)
		Maior equidade	(Hatton et al., 2024; Mueller et al., 2023; OECD, 2025)
		Melhor governação e tomada de decisão	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2020)
		Inovação organizacional	(Møgster et al., 2024)

		Mudança estrutural do sistema	(Kadariya et al., 2023; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024)
		Reforço da colaboração intersectorial	(Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; D. Tataw, 2020, 2022)
Barreiras e facilitadores do processo	Barreiras	Baixa literacia em saúde	(Armstrong-Moore et al., 2021; Kweku et al., 2020)
		Recursos	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Tataw, 2022)
		Tempo	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026)
		Complexidade do processo	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Simon et al., 2026)
		Complexidade dos sistemas de saúde	(Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025)
		Diferentes níveis de preparação dos participantes	(Monnard et al., 2021; OECD, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2022)

		Diferenças sociais dos participantes	(Kweku et al., 2020; Mueller et al., 2023; OECD, 2025; Tataw, 2020, 2022)
		Desigualdades de poder político	(Tataw, 2020)
		Envolvimento de stakeholders reduzido	(Mueller et al., 2023)
		Resistência institucional	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; OECD, 2025)
	Facilitadores	Capacitação dos participantes	(Armstrong-Moore et al., 2021; Kadariya et al., 2023; Kweku et al., 2020; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2022)
		Liderança interna	(Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Monnard et al., 2021; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Tataw, 2020)
		Parcerias	(Armstrong-Moore et al., 2021; Hatton et al., 2024; Kadariya et al., 2023; Møgster et al., 2024; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2020, 2022)
		Suporte político	(Hatton et al., 2024; OECD, 2025)
		Diversidade dos participantes	(Simon et al., 2026)

		Ambiente colaborativo	(Hatton et al., 2024; Kweku et al., 2020; Møgster et al., 2024; Mueller et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; Simon et al., 2026; Tataw, 2020, 2022)
		Boa acessibilidade às ferramentas	(Armstrong-Moore et al., 2021)
		Contextos comunitários informais	(Mueller et al., 2023)
		Proximidade com a comunidade	(Kadariya et al., 2023; Monnard et al., 2021; Mueller et al., 2023)

3. DISCUSSÃO

Os resultados desta *scoping review* evidenciam a operacionalização do planeamento participativo em diversas abordagens e níveis de envolvimento da comunidade e de outros intervenientes relevantes, refletindo a heterogeneidade de práticas e metodologias aplicadas ao longo das diferentes fases do processo de planeamento em saúde.

A participação comunitária emerge como um pilar basilar na promoção da saúde pública, sendo consistentemente considerada um fator determinante na eficácia e sustentabilidade das intervenções em saúde. Esta evidência é corroborada pela OECD (2025), que destaca ainda a colaboração multisetorial como outro pilar promotor da saúde e bem-estar, para além do envolvimento ativo da comunidade. A eficácia quer da implementação do planeamento em saúde, quer da concretização dos resultados pretendidos, encontra-se diretamente relacionada com a interligação entre a participação, as parcerias e a estratégia de organização comunitária implementada (Tataw, 2022).

Em Portugal, o PNS 2030 reforça a centralidade da participação comunitária e da cocriação no desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde, envolvendo múltiplos setores e intervenientes institucionais no processo de planeamento em saúde (DGS, 2022). No entanto, apesar do enquadramento estratégico imposto, persistem desafios na sua operacionalização efetiva, igualmente evidenciados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), revelando a importância de reforçar abordagens que assegurem a participação contínua e estruturada que demonstre impacto real na tomada de decisão e nos resultados em saúde (CNS, 2020).

3.1. NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO NO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A participação consultiva da comunidade e dos intervenientes envolvidos constitui um fator norteador da tomada de decisão em saúde e da orientação da governação política, que antecede a operacionalização e a implementação das ações em saúde (Simon et al., 2026). O processo de consulta da comunidade enfatiza o envolvimento da população na contemplação e identificação das suas necessidades e nas intervenções em saúde consequentes, evidenciando a importância da equidade em saúde através da inclusão dos grupos vulneráveis neste processo (OECD, 2025; Simon et al., 2026).

Através da abordagem colaborativa e participativa da comunidade e *stakeholders*, é possibilitado o desenvolvimento e mobilização das competências comportamentais e estruturais e de recursos existentes (Tataw, 2020). Particularmente, o contacto direto e a proximidade com a comunidade podem traduzir-se em resultados positivos na fase de execução do planeamento

em saúde, uma vez promovida a adaptação às características locais, envolvendo por vezes intervenientes comunitários no planeamento em saúde através do voluntariado. Contudo, continua a ser essencial a integração desta mobilização comunitária com o envolvimento efetivo dos restantes *stakeholders*, de forma que a eficácia das intervenções delineadas seja assegurada e o processo de cocriação não seja comprometido (Mueller et al., 2023).

No entanto, nem todas as metodologias de participação se traduzem no envolvimento efetivo da comunidade, verificando-se alguns contextos onde não é garantida a participação democrática real, ainda que exista a utilização de estruturas colaborativas formais e processos participativos institucionalizados. Nesses casos, a participação tende a concentrar-se nos *stakeholders* institucionais, delimitando a participação da comunidade em geral e particularmente dos grupos mais vulneráveis (Tataw, 2020, 2022).

Esta disparidade é corroborada pela evidência internacional, a qual sublinha a desigualdade nas formas de participação, podendo traduzir-se em processos meramente simbólicos ou consultivos, sem influência real na tomada de decisão em saúde. A participação efetiva implica não só o envolvimento de *stakeholders*, mas também a sua capacidade efetiva de influenciar decisões, constituindo um elemento central no desenvolvimento de processos inclusivos e equitativos no âmbito da saúde pública (EuroHealthNet, 2024).

Paralelamente, no contexto português, a evidência institucional demonstra que, embora consideradas estruturas formais de participação, a sua operacionalização permanece limitada, verificando-se graus variáveis de envolvimento da comunidade e reduzida influência efetiva da população no processo de tomada de decisão em saúde (CNS, 2020).

Em contraste, outros estudos evidenciam a liderança ativa da participação da comunidade no processo de implementação das ações, orientadas por intervenientes especializados e pelas estratégias de saúde centralizadas (OECD, 2025). A participação ativa da comunidade pressupõe o processo de codecisão, no qual é desenvolvida a tomada de decisão em saúde inclusiva, enquadrada num modelo não hierárquico, contrariando o pressuposto *top-down* (Tataw, 2020). Neste sentido, a participação comunitária não é compreendida somente como uma estratégia metodológica, mas também como um pilar basilar dos sistemas de saúde orientados para a saúde pública. De acordo com a OMS (2020), o envolvimento da população, comunidades e *stakeholders* constitui um dos impulsionadores estratégicos fundamentais para o fortalecimento dos sistemas de saúde, exigindo a sua integração nos processos de planeamento em saúde, governação e definição de políticas.

Esta perspetiva encontra-se alinhada com o PNS 2030, que assume a participação como um dos princípios estruturantes do planeamento em saúde, destacando a necessidade de garantir

o envolvimento e compromisso de todos os intervenientes na obtenção de ganhos em saúde. Neste sentido, a participação é compreendida não apenas como um promotor, mas também como uma dinâmica essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde eficazes, equitativas e sustentáveis (DGS, 2022).

A cocriação envolvida na mudança estrutural do setor público integra o esforço colaborativo entre os variados setores e a troca de recursos e ideias entre eles, demonstrando um alargado nível de participação (Møgster et al., 2024).

Adicionalmente às abordagens tradicionais, importa considerar que o planeamento participativo pode também assumir formas indiretas de envolvimento, nomeadamente mediadas por ferramentas digitais, através das quais os *stakeholders* contribuem para o processo de codecisão fazendo uso de ferramentas de suporte baseadas em dados de saúde sem que necessitem de participar presencialmente nos processos deliberativos (Armstrong-Moore et al., 2021).

3.2. FASES DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A participação ativa da comunidade na fase de identificação das necessidades de saúde e, posteriormente, na implementação das intervenções e iniciativas locais, sugere uma melhoria dos resultados em saúde a longo prazo e da sua sustentabilidade no sistema (OECD, 2025). A análise dos estudos sugere ainda que o processo de planeamento participativo não se cinge somente às fases de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação, podendo também estender-se à produção e disseminação do conhecimento produzido. Neste sentido, a participação comunitária assume um papel ativo na disseminação dos resultados através de estratégias adaptadas à população e grupos-alvo, assim como aos diferentes níveis do sistema de saúde, transformando a informação em saúde em ação comunitária (Monnard et al., 2021).

Em contrapartida, na metodologia de participação consultiva, na qual a comunidade é envolvida ativamente nas fases de diagnóstico e planeamento de intervenções, a participação mostra-se menos evidente na implementação e praticamente inexistente na fase da avaliação (Simon et al., 2026). Outros estudos revelam que o nível de participação tende a concentrar-se predominantemente na fase de execução das intervenções delineadas, em detrimento das fases iniciais do planeamento em saúde (Mueller et al., 2023). Esta discrepância evidencia a disparidade entre os princípios da cocriação e a sua operacionalização na prática, aproximando-se de metodologias em que a comunidade constitui um elemento ativo na implementação da intervenção comunitária, embora não possua influência significativa na identificação das suas necessidades reais e na definição estratégica de ações consequentes. Assim, a abordagem de

metodologias colaborativas estruturadas e o processo de cocriação contribui para a participação dos *stakeholders* ao longo de todas as fases do planeamento em saúde, desde a identificação de necessidades da população até à implementação e avaliação das intervenções (Møgster et al., 2024).

A disparidade entre o enquadramento teórico e a prática é igualmente evidenciada no contexto português, no qual, apesar de descritos metodologias formais e enquadramento legal, a participação da população tende a ocorrer em níveis reduzidos, maioritariamente limitada a processos de consulta sem impacto efetivo na tomada de decisão (CNS, 2020).

Esta limitação é também reconhecida em abordagens baseadas em sistemas, nas quais é evidenciada a falta de orientação estruturada ao longo do processo participativo, nomeadamente na transição entre a produção de conhecimento e a tradução efetiva em ações concretas e políticas de saúde, comprometendo o potencial transformador que caracteriza a cocriação (Smith et al., 2024).

Neste contexto, importa distinguir entre a participação operacional e a participação estratégica dos intervenientes do planeamento participativo, uma vez diferenciadas, respetivamente, entre a execução de atividades e interação direta com a comunidade e o envolvimento ativo na definição de prioridades e no processo de tomada de decisão em saúde. Suscitado por Mueller et al. (2023), a participação operacional parece limitar o potencial transformador do planeamento participativo, mantendo o processo decisório em saúde centralizado.

Deste modo, a distribuição da participação ao longo das fases de planeamento em saúde revela um padrão desigual perante os estudos analisados. Perante o envolvimento limitado dos *stakeholders* e da própria comunidade nas fases de diagnóstico de saúde e planeamento de estratégias, as intervenções podem acabar por ser sustentadas em dados epidemiológicos e orientações institucionais, comprometendo a integração das perspetivas da população sobre as suas necessidades reais e, consequentemente, a sustentabilidade das ações em saúde (Mueller et al., 2023). Particularmente, a conceção e implementação do planeamento em saúde deve recorrer a processos e ferramentas simples e acessíveis, a fim de serem eficazmente utilizados por todos os *stakeholders* envolvidos, com particular atenção aos grupos mais vulneráveis ou com capacidades limitadas (Kiracho et al., 2021).

3.3. OPERACIONALIZAÇÃO DO PLANEAMENTO PARTICIPATIVO

A organização comunitária surge como uma abordagem central da operacionalização do planeamento participativo em saúde, através da qual é promovida a capacitação da comunidade

e o seu envolvimento ativo na resolução dos problemas de saúde (Kadariya et al., 2023). A organização comunitária é ainda referida noutros estudos (Tataw, 2020), cuja metodologia envolve o desenvolvimento local e o planeamento social, constituindo um elemento norteador no processo de planeamento e implementação da intervenção comunitária.

Complementando o foco da participação comunitária, a combinação de diversos métodos participativos, como as reuniões, os conselhos de cidadãos, consultas *online*, inquéritos, workshops e grupos focais, promove a integração não só da população, mas também dos restantes intervenientes envolvidos no planeamento participativo (Hatton et al., 2024; Kweku et al., 2020; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025; Simon et al., 2026).

Neste contexto, a operacionalização do planeamento participativo deve ser norteada por princípios de qualidade e equidade, promovendo a inclusão dos diversos participantes, a intensidade do seu envolvimento e a sua influência na tomada de decisão. Estes critérios permitem averiguar a forma como é operacionalizada a participação comunitária e institucional e o impacto consequente, constituindo elementos basilares na estruturação dos processos participativos e orientados para os resultados em saúde (EuroHealthNet, 2024).

Para além da metodologia participativa tradicional, alguns estudos evidenciam a incorporação de estratégias de disseminação participativa como componente estrutural do planeamento em saúde. Estas estratégias englobam a adaptação da comunicação dos resultados a diferentes públicos-alvo, a utilização de diversos canais de disseminação do conhecimento e o envolvimento ativo da comunidade na produção e partilha de informação em saúde, promovendo a compreensão, a acessibilidade e a utilização da informação (Monnard et al., 2021).

Adicionalmente, outros estudos evidenciam o desenvolvimento crescente das ferramentas digitais na operacionalização do planeamento participativo em saúde. Neste caso, a interação presencial direta com a comunidade e os *stakeholders* é substituída pela utilização de plataformas de visualização de dados que permitem tornar a informação em saúde mais acessível e compreensível para os variados intervenientes, promovendo o suporte à tomada de decisão em saúde. Estas ferramentas constituem não só um mecanismo ativo influenciador da definição de necessidades, prioridades e estratégias de saúde, mas também como instrumento de disseminação de informação (Armstrong-Moore et al., 2021).

A utilização de modelos participativos estruturados no planeamento em saúde abrange as múltiplas perspetivas dos intervenientes do processo participativo, identificando pontos relevantes e promotores das mudanças em saúde (Simon et al., 2026). Os métodos participativos estruturados demonstram o envolvimento ativo dos participantes, desde a consciencialização

da dinâmica do processo e da mobilização dos recursos necessários, até ao contributo direto nas intervenções (Møgster et al., 2024). Em determinados estudos, a abordagem de uma metodologia participativa estruturada envolve ainda um mediador, que assume o papel de intermediário entre a comunidade e os serviços de saúde, constituindo um recurso de apoio e transmissor de informação em saúde entre os intervenientes (Møgster et al., 2024).

A colaboração multissetorial é caracterizada como uma metodologia fundamental no planeamento participativo, apoiando a abordagem holística no âmbito da saúde, integrando assim as perspetivas dos diversos intervenientes envolvidos e norteando as estratégias de ação comunitária (Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025).

A relevância atribuída à dinâmica da colaboração entre as parcerias sugere que o sucesso do planeamento participativo em saúde não depende somente da metodologia participativa utilizada, mas também da qualidade das relações estabelecidas entre os *stakeholders* envolvidos e da combinação entre as suas competências diplomáticas, administrativas e comunicacionais, aumentando a confiança, cooperação e alinhamento conjunto dos objetivos em saúde (Hatton et al., 2024). Esta ideia é corroborada por Norvell Gustavsson & Jonsson (2025), demonstrando a importância da coordenação multissetorial como uma resposta direta aos problemas de saúde identificados num determinado contexto, assumindo um cariz estratégico e operacional que ultrapassa o carácter técnico. Isto requer o envolvimento de múltiplos *stakeholders* com valores e características frequentemente divergentes, permitindo a interligação de diversas perspetivas e, em consequência, ultrapassando os limites organizacionais através da adaptação à complexidade dos problemas de saúde pública e às mudanças constantes dos contextos em questão.

De facto, é destacada a importância da identificação de parcerias e *stakeholders* que estejam poderosamente posicionados em determinados contextos sociais, promovendo a responsabilização social e coligação com níveis políticos e organizacionais superiores e reforçando o impacto de ações e estratégias bem deliberadas no envolvimento participativo e no atingimento dos objetivos delineados (Kiracho et al., 2021).

Não obstante a variação dos modelos abordados na organização comunitária para o planeamento em saúde, é evidenciado que a coordenação estruturada entre a criação de parcerias e coligações, a resolução conjunta dos problemas de saúde e a capacitação da comunidade são componentes essenciais aos resultados positivos na promoção da saúde pública (Kadariya et al., 2023). Embora fundamentais na operacionalização do planeamento participativo, a existência de parcerias e estruturas colaborativas não é suficiente para garantir processos verdadeiramente participativos e orientados para a ação comunitária e transformação

social. Mesmo perante contextos com forte colaboração multisetorial e metodologias estruturadas de participação, podem denotar-se limitações ao nível do envolvimento comunitário no que se refere à sua representação e capacidade de liderança e à consequente influência na tomada de decisão em saúde (Tataw, 2022). Também as limitações estruturais ao nível do sistema de saúde podem comprometer a operacionalização de modelos participativos e a eficácia do planeamento em saúde, mesmo quando são utilizadas metodologias participativas estruturadas, nomeadamente a insuficiência de recursos, falhas a nível logístico e a ausência de financiamento adequado para a implementação da intervenção comunitária, como evidenciado por (Kweku et al., 2020).

Isto evidencia a importância da mudança das políticas públicas e governamentais no âmbito da saúde como estratégia de sustentação das iniciativas impostas no planeamento participativo (Kadariya et al., 2023; Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025). Esta ideia complementa a operacionalização do planeamento participativo em saúde através da integração de mecanismos estruturados de coordenação participativa que permitam alinhar os intervenientes, os objetivos da intervenção comunitária e os recursos disponíveis. A coordenação entre eles atua como um elemento estruturante do processo, assegurando a relação entre os variados *stakeholders* e a interligação entre as políticas de saúde pública e as intervenções implementadas (Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025).

A operacionalização do planeamento participativo pode ainda ser contemplada à luz de dimensões estruturais que influenciam a sua eficácia e sustentabilidade nos sistemas de saúde. Neste sentido, Kiracho et al. (2021) propõe quatro pilares basilares para o desenvolvimento da intervenção participativa com potencial de escalabilidade aos diversos contextos e sistemas de saúde, nomeadamente a integração nas estruturas e sistemas existentes (*embeddedness*), envolvimento de *stakeholders* com autoridade e poder decisório relevantes (*legitimacy*), controlo do processo pelos *stakeholders* envolvidos (*ownership*) e viabilidade operacional, incluindo custos associados e simplicidade e acessibilidade dos processos (*feasibility*). Estes elementos potenciam a participação colaborativa através da sua integração nos sistemas institucionais, do alinhamento com as estruturas de poder relevantes e da capacidade de adaptação do processo ao contexto local.

Esta perspetiva encontra-se alinhada com o enquadramento proposto pela OMS (2020), que identifica um conjunto de alavancas estratégicas e operacionais essenciais à prática dos cuidados de saúde primários, englobando a governação, o financiamento, o envolvimento comunitário e as metodologias de monitorização e avaliação dos resultados em saúde. Assim, a operacionalização do planeamento participativo deve permanecer associado às condições

estruturais dos sistemas de saúde, sustentada pela articulação entre políticas, recursos e mecanismos institucionais ao longo de todo o processo.

Em alinhamento com as orientações estratégicas nacionais, o PNS 2030 reforça que o planeamento em saúde assume uma natureza participativa, cocriativa e multissetorial, envolvendo variados *stakeholders* e integrando as necessidades de saúde identificadas, quer do ponto de vista técnico, quer das perceções transmitidas pela população. Este modelo pressupõe a articulação entre os diferentes setores da sociedade e os diferentes níveis de tomada de decisão, determinando o grau de impacto das intervenções em saúde (DGS, 2022).

Importa reconhecer que a efetividade da participação pública não é garantida pela existência de estruturas formais e enquadramentos legais, podendo coexistir níveis reduzidos de envolvimento comunitário no processo de planeamento participativo e tomada de decisão, tal como é corroborado pela evidência descrita no contexto português. Isto reforça a necessidade de assegurar condições estruturais complementares, nomeadamente ao nível da dinâmica da participação pública, da capacitação dos intervenientes e da disponibilidade de recursos, a fim de sustentar a consistência e impacto dos processos participativos (CNS, 2020). Neste sentido, a evidência aponta para a importância de *frameworks* estruturados que orientem o processo participativo de forma integrada e sequencial, desde a identificação de *stakeholders* relevantes até ao delineamento de planos de intervenção, promovendo o rigor, a transparência e a efetividade na resposta a problemas de saúde complexos (Smith et al., 2024).

3.4. RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEAMENTO PARTICIPATIVO

A participação comunitária constitui um fator crucial na promoção da saúde e do bem-estar a nível da saúde pública (OECD, 2025). A participação ativa da comunidade possibilita a identificação das suas necessidades reais e posiciona-a no foco central da mudança sustentada em saúde, uma vez que os esforços para a resolução de problemas e para a promoção da saúde são impulsionados pela mesma e não somente pelos decisores políticos, profissionais de saúde e outras partes interessadas, contrariando o sistema *top-down* largamente instituído (Kadariya et al., 2023; Kiracho et al., 2021).

O método da organização comunitária é utilizado como mecanismo norteador para iniciativas de saúde com base na comunidade, revelando mudanças positivas nos resultados em saúde na maioria das intervenções (Kadariya et al., 2023). Para além do impacto direto nos resultados em saúde, a participação pública encontra-se intimamente ligada com ganhos ao nível da transparência, do reforço da confiança nos setores institucionais, da melhoria da qualidade da governança em saúde e da promoção da equidade em saúde (CNS, 2020).

Agregado à participação ativa da comunidade, a colaboração multissetorial garante a interligação contínua da vertente científica e política e, consequentemente, promove a implementação das diretrizes de saúde mais atualizadas (OECD, 2025). Neste sentido, o processo de implementação do planeamento participativo encontra-se diretamente influenciado pelo nível de participação no processo, pela solidez construída entre *stakeholders* e pela capacidade de mobilização de recursos e resolução de questões relacionadas com os determinantes de saúde (Tataw, 2022). Em particular, é considerado o impacto que o ambiente, as características socioeconómicas e o estilo de comportamentos de saúde podem apresentar nos resultados do processo de planeamento em saúde (Kweku et al., 2020; Tataw, 2022).

As reuniões entre todos os intervenientes envolvidos no planeamento participativo demonstram a possibilidade de entendimento comum acerca das necessidades e problemas, garantindo a coparticipação nas tomadas de decisão e a adaptabilidade das intervenções às necessidades específicas da população (Hatton et al., 2024; OECD, 2025). Através da abordagem participativa, a partilha do processo colaborativo e dos objetivos globais do mesmo contribuem para a potencial mudança transformadora dos aspetos necessários à eficácia da implementação do processo (Simon et al., 2026).

A utilização do método da cocriação entre a comunidade e outros *stakeholders* resulta ainda na inovação estrutural de serviços de saúde mais eficazes e centrados nos indivíduos que a eles recorrem (Møgster et al., 2024). Assim, o *empowerment* e a participação ativa encontram-se na base da operacionalização de metodologias colaborativas estruturadas, tornando os participantes em intervenientes essenciais na transferência de ideias, informações e conhecimentos relevantes para as organizações e sistemas de saúde (Møgster et al., 2024).

A necessidade de democratização do planeamento e da formulação de políticas que promovam relações de confiança entre a comunidade e os setores multissetoriais e a capacitação da população é igualmente enfatizada por Tataw (2020), assumindo o impacto que a governação participativa apresenta no desenvolvimento de políticas e mudanças nos sistemas de saúde e na promoção da sustentabilidade comunitária a longo prazo.

O processo de triangulação utilizado em certas metodologias participativas estruturadas, incluindo um mediador entre os participantes da comunidade e os profissionais dos serviços de saúde, como demonstrado no estudo de Møgster et al. (2024), promovem ainda uma abordagem ampla na disseminação do conhecimento, interligando a vertente científica e profissional com a experiência da população e, consequentemente, demonstrando resultados positivos no processo de cocriação no planeamento participativo.

A construção do conhecimento e o fluxo da informação em saúde é uma abordagem que reforça a colaboração multissetorial e o alinhamento com as políticas de saúde pública e promove não só o sucesso da implementação da intervenção comunitária, mas também a sua amplificação entre os diferentes contextos locais de saúde (OECD, 2025). O sucesso do processo de implementação das intervenções em saúde encontra-se assim diretamente relacionado com a utilização de modelos simples e acessíveis a todos os intervenientes envolvidos, assim como de modelos de planeamento participativo que incluam mecanismos de apoio contínuo ao longo de todas as fases do processo de planeamento em saúde (Kiracho et al., 2021).

Ainda neste contexto, a utilização de ferramentas digitais como suporte à tomada de decisão em saúde poderá ter influência direta no processo de planeamento em saúde, uma vez que permite a tradução de dados complexos em formatos acessíveis e acionáveis pelos indivíduos. Em particular, a visualização espacial da informação promove a identificação de padrões e desigualdades entre os participantes, contribuindo para o processo de priorização de intervenções em saúde e para a sustentação das decisões políticas neste âmbito (Armstrong-Moore et al., 2021).

É nesse sentido que a necessidade de integração do conhecimento científico e especializado é enfatizada no processo de planeamento em saúde comunitária (Hatton et al., 2024). Neste âmbito, a disseminação participativa surge como um mecanismo significativo para a efetividade do planeamento em saúde através do qual o conhecimento é traduzido em formatos acessíveis, compreensíveis e acionáveis pelos diversos *stakeholders* envolvidos. A adaptação das estratégias de comunicação aos diferentes níveis do sistema de saúde, nomeadamente desde a comunidade até aos decisores políticos, potencia a aplicação dos resultados no delineamento das políticas, programas e intervenções em saúde, fomentando mudanças sustentadas no âmbito da saúde pública (Monnard et al., 2021).

Também evidenciado por Norvell Gustavsson & Jonsson (2025), são as condições estruturais de coordenação e governação em saúde que sustentam o envolvimento comunitário no processo de planeamento participativo, demonstrando a importância de diretrizes políticas claras e da delineação efetiva de papéis e responsabilidades na operacionalização da ação comunitária. O alinhamento das ações estratégicas com as orientações políticas integrantes dos planos de saúde permite o aumento da adesão dos sistemas de saúde locais e uma organização mais eficaz das redes comunitárias e intersectoriais existentes (OECD, 2025).

Globalmente, estes resultados podem ser integrados à luz de abordagens mais amplas de governação participativa, encontrando-se alinhados com as recomendações internacionais, que

ênfaticam a participação ativa da comunidade como elemento central na sustentabilidade das intervenções em saúde, destacando a importância da colaboração multisetorial e do envolvimento comunitário contínuo (OECD, 2025).

Apesar destes resultados, a forma como a conceptualização das parcerias é aplicada no âmbito da saúde pública pode carecer de um enquadramento teórico orientador, resultando na reduzida adesão de determinados grupos comunitários e de falhas na implementação da participação democrática. Neste sentido, as dinâmicas de representação e comunicação entre os *stakeholders* envolvidos deve ser enquadrada nos fatores institucionais e socioculturais, pressupondo que a interação e interligação dos conhecimentos de cada um ultrapassa a mera transmissão de conhecimento (Tataw, 2020).

Apesar do impacto positivo resultante da sensibilização e envolvimento comunitário, são evidenciadas limitações na avaliação do impacto efetivo das intervenções implementadas. Particularmente, a lacuna entre a implementação de estratégias participativas e a evidência do seu impacto na saúde é verificada através da ausência de dados que permitam aferir e documentar as mudanças de comportamentos de saúde, reforçando a necessidade de integrar métodos de monitorização e avaliação ao longo das fases do planeamento em saúde (Mueller et al., 2023).

Não obstante os resultados positivos decorrentes da operacionalização do planeamento participativo, alguns estudos revelam ainda limitações importantes ao nível da efetiva participação da comunidade, ainda que sejam instituídas estruturas colaborativas e metodologias participativas formalmente delineadas. Em determinados contextos, a participação denotou-se tendencialmente concentrada em *stakeholders* institucionais, mantendo limitada a representação da comunidade e o seu envolvimento no processo participativo (Tataw, 2020, 2022). Particularmente, é evidenciada a necessidade de esforços adicionais promotores da capacitação de grupos mais vulneráveis da comunidade, a fim de atender às suas necessidades de saúde nem sempre expressas ou transmitidas (Kiracho et al., 2021). Estas disparidades sugerem a eventual sobreposição dos processos de tomada de decisão *top-down* ao envolvimento e *empowerment* comunitário, comprometendo o impacto das intervenções, apesar de enquadradas em abordagens participativas.

Isto sugere que o impacto nos resultados em saúde não é assegurado somente pela existência de mecanismos participativos, dependendo da presença de condições estruturais que sustentem a mobilização coletiva através da integração em sistemas preexistentes, do envolvimento de *stakeholders* com legitimidade institucional e da capacidade de mobilização de recursos e atribuição efetiva da liderança. Assim, o planeamento participativo deve ser

considerado um processo sujeito às condições organizacionais e políticas que determinarão a efetividade das mudanças em prol da saúde (Kiracho et al., 2021; Kweku et al., 2020).

Particularmente, a evidência demonstra ainda que persistem desafios significativos relacionados com os próprios serviços de saúde, nos quais se verificam limitações ao nível dos recursos humanos, da capacitação dos profissionais de saúde e da acessibilidade aos mesmos. Ademais, as falhas existentes na articulação entre os níveis de cuidados de saúde e a falta de recursos podem comprometer a efetividade das intervenções implementadas, limitando a dinâmica da participação e, consequentemente, os ganhos em saúde (Kweku et al., 2020).

3.5. BARREIRAS E FACILITADORES DO PROCESSO PARTICIPATIVO

O investimento intensivo de recursos humanos e financeiros, assim como a gestão do tempo, são evidenciados como barreiras ao planeamento participativo na maioria dos estudos, evidenciando a importância da gestão de recursos e estruturas de apoio existentes na sustentação das intervenções comunitárias (OECD, 2025).

Da estratégia de participação consultiva da comunidade no planeamento em saúde resulta um desafio inerente relacionado com a falta de diretrizes operacionais detalhadas, dificultando a atribuição clara de funções aos intervenientes no processo, que implica uma forte colaboração das mesmas para o sucesso da implementação do processo participativo (OECD, 2025). Ademais, destaca-se em alguns casos o défice de participação democrática e efetiva da comunidade, associada à limitação da representação e liderança comunitária no processo de planeamento em saúde, cuja concretização é dominada pelos setores institucionais, resultando em desafios estruturais e constrangimentos na operacionalização do planeamento participativo (Tataw, 2020, 2022).

Noutra perspetiva, quando a limitação advém da integração de *stakeholders* relevantes, como profissionais de saúde especializados, esta constitui um constrangimento significativo no processo de planeamento participativo devido à falha na articulação entre a intervenção comunitária delineada e os serviços de saúde existentes (Mueller et al., 2023).

No entanto, a identificação e coligação com os diversos *stakeholders* demonstra não ser suficiente, uma vez que um desafio maior emerge quando ocorre a falta de envolvimento dos mesmos no processo de planeamento em saúde (Hatton et al., 2024).

Outro desafio aponta para a complexidade do processo de planeamento participativo, devido à necessidade de coordenação exigente entre os vários *stakeholders* envolvidos (Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025) ou devido ao grau de complexidade do problema de saúde identificado e mudanças estruturais ou comportamentais exigidas (Tataw, 2022).

Neste sentido, é também evidenciada a ausência de diretrizes e ferramentas específicas e consistentes que orientem a avaliação de iniciativas ou intervenções comunitárias, dificultando o processo de comparação entre as metodologias utilizadas na operacionalização do planeamento participativo e as respetivas conclusões (Kadariya et al., 2023).

Por sua vez, também a complexidade ao nível do próprio sistema de saúde pode ser relacionada com as limitações emergentes de mudanças estruturais e inovadoras dos serviços de saúde, exigindo mudanças políticas e governamentais que possibilitem o envolvimento dos cidadãos como cocriadores neste processo (Møgster et al., 2024). Particularmente, em determinadas áreas geográficas, são ainda evidenciadas barreiras ao nível do sistema de saúde, não só ao nível organizacional, destacando-se a escassez de recursos humanos e os défices logísticos, mas também ao nível dos profissionais de saúde, que demonstram por vezes dificuldades na prestação de cuidados de saúde em contexto comunitário e desafios associados à falta de formação específica no âmbito da saúde pública (Kweku et al., 2020). Na mesma perspetiva, são também evidenciadas limitações entre os setores institucionais, revelando a necessidade de melhoria na coordenação entre os setores de administração e as unidades de saúde locais (OECD, 2025).

De entre as fases do processo de planeamento em saúde, as maiores lacunas são identificadas no processo de monitorização e avaliação do planeamento participativo, nomeadamente ao nível das avaliações regulares dos resultados e da falta de indicadores comuns de avaliação (OECD, 2025).

Estes achados reforçam a ideia de que o planeamento participativo, por si só, não é suficiente para garantir a efetividade das intervenções em saúde pública. Perante a ausência das condições estruturais necessárias, incluindo recursos, formação e suporte institucional e organizacional, o impacto do processo participativo pode não chegar a ser traduzido nos resultados em saúde, permanecendo limitado ao nível formal ou consultivo.

Se as barreiras ao planeamento participativo são claramente evidenciadas nos estudos analisados, existem também facilitadores que promovem a operacionalização deste processo no planeamento em saúde.

No que se refere aos recursos, este constitui um fator significativo no sucesso da intervenção em saúde, sendo evidenciada num dos casos apresentados pelo estudo da OCDE (2025) a relação direta entre o investimento económico significativo na promoção da saúde primária e a eficácia da implementação de estratégias de intervenção neste âmbito.

A diversidade dos participantes ao nível empírico e científico mostra-se também um fator facilitador no processo de planeamento participativo, uma vez que a identificação e valorização

das diferentes perspetivas entre os intervenientes promove a sua adesão contínua e o potencial impacto do planeamento participativo (Simon et al., 2026).

A qualidade da dinâmica intersectorial destaca-se igualmente como facilitadora do processo do planeamento participativo, na medida em que a confiança entre as parcerias e sua colaboração efetiva reforça a eficácia do planeamento em saúde e a governação em saúde pública (Hatton et al., 2024). O ambiente colaborativo que caracteriza a utilização de metodologias participativas estruturadas demonstra um papel fulcral dos intervenientes na concretização das intervenções, constituindo um fator facilitador relativamente à organização e apoio da implementação do processo participativo (Møgster et al., 2024).

O suporte político é igualmente evidenciado como um fator facilitador do processo de planeamento participativo, contribuindo para a eficácia da implementação das ações comunitárias e para a abordagem integrada da governação em saúde (Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025; OECD, 2025).

3.6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO

Os resultados evidenciam a necessidade de reforçar a metodologia do planeamento participativo capaz de ultrapassar abordagens somente consultivas ou colaborativas, promovendo o envolvimento efetivo da comunidade e garantindo a sua influência nos processos de tomada de decisão em saúde (Tataw, 2022). Os resultados evidenciados por Tataw (2020) demonstram ainda a necessidade de distinguir a dinâmica entre a participação formal e a participação efetivamente transformadora no âmbito da saúde pública, defendendo o processo democrático inclusivo entre a comunidade e os restantes *stakeholders*, de modo que o poder decisório não se concentre somente nos atores institucionais, contrariando a tendência ainda enraizada do modelo *top-down*.

Perante as barreiras emergentes do planeamento participativo, os estudos evidenciam a maximização dos benefícios do processo participativo através da orientação eficaz da colaboração multissetorial para resultados práticos, bem delineados e exequíveis (OECD, 2025). Ademais, os resultados sugerem a importância de promover o envolvimento da comunidade e dos *stakeholders* desde as fases iniciais do processo de planeamento em saúde, aliando as estratégias de cocriação ao reforço da coligação com os cuidados de saúde primários (Mueller et al., 2023). Esta abordagem ultrapassa os modelos participativos predominantemente centrados na fase de execução, potenciando a eficácia e sustentabilidade da intervenção comunitária.

Nesta perspetiva, a evidência disponível aponta para a fraca documentação do impacto e resultados em saúde a longo prazo, revelando lacunas na evidência do processo participativo na sustentabilidade e impacto na saúde para além dos períodos impostos na investigação (Kadariya et al., 2023).

Apesar da abordagem participativa da comunidade revelar mudanças e resultados positivos nas intervenções em saúde pública, não é evidenciada a adoção de um padrão ou modelo de referência únicos (Kadariya et al., 2023), revelando a heterogeneidade na implementação do planeamento participativo no âmbito do planeamento em saúde. Neste contexto, emergem como áreas prioritárias para a prática e investigação futuras o desenvolvimento de estratégias orientadas para o *empowerment* comunitário, o reforço da representação da população no processo de planeamento em saúde e a integração de abordagens sociais que confrontem os determinantes de saúde inerentes à intervenção comunitária.

Neste sentido, é enfatizado que a eficácia do planeamento participativo depende, para além do envolvimento comunitário, das condições estruturais de governação em saúde que sustentam esse envolvimento. A coordenação em saúde, assumida como pilar basilar nas políticas de saúde, é frequentemente aplicada de forma vaga e pouco estruturada, podendo representar um aspeto complexo na operacionalização do planeamento em saúde (Norvell Gustavsson & Jonsson, 2025). O processo participativo necessita de ser enquadrado na articulação entre a governação e a estrutura organizacional dos serviços de saúde, assumindo a sustentação em condições estruturais que englobem investimento em recursos, capacitação profissional e fortalecimento dos serviços e sistemas de saúde (Kweku et al., 2020).

Os resultados desta *scoping review* sugerem que a operacionalização do planeamento participativo em saúde pública exige mais do que a adoção de metodologias colaborativas, requerendo a sua integração nos sistemas existentes, a legitimidade dos *stakeholders* envolvidos e a apropriação do processo pelos mesmos (Kiracho et al., 2021), assim como a garantia de uma abordagem inclusiva, equitativa e orientada para a influência efetiva na tomada de decisão em saúde (EuroHealthNet, 2024). A integração destas dimensões no planeamento participativo permite não só reforçar a coerência e efetividade das intervenções em saúde, mas também orientar o desenvolvimento de modelos conceptuais e operacionais mais robustos, constituindo um pilar relevante para futuras investigações e para a implementação de abordagens participativas mais sustentadas e transformadoras nos sistemas de saúde e no processo de planeamento em saúde instituído.

3.7. LIMITAÇÕES DA REVISÃO

Algumas limitações devem ser consideradas perante a interpretação dos resultados da presente *scoping review*. Primeiramente, embora abrangente e realizada em múltiplas bases de dados, a estratégia de pesquisa pode não ter captado a totalidade das evidências existentes, nomeadamente estudos não indexados ou publicados noutros idiomas. Ademais, a inclusão de literatura cinzenta pode introduzir um certo grau de heterogeneidade e viés na seleção das fontes, embora tenha constituído um elemento relevante na compreensão do fenómeno em análise. Os critérios de elegibilidade definidos privilegiaram estudos com dados empíricos que representassem a operacionalização do planeamento participativo, tendo sido excluídas fontes de natureza somente teórica ou revisões da literatura, o que pode ter limitado a integração de contributos conceptuais que complementam a temática do planeamento participativo em saúde. Também a diversidade de contextos, metodologias e abordagens dos estudos incluídos pode constituir uma limitação, dificultando a comparação direta dos resultados, assim como da sua estruturação. Por fim, de acordo com a metodologia das *scoping reviews* preconizada pela JBI, importa salientar que não foi realizada avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Apesar destas limitações, esta *scoping review* permitiu mapear de forma abrangente a evidência disponível sobre o planeamento participativo em saúde, contribuindo para a compreensão das suas diferentes dimensões e desafios inerentes.

CONCLUSÃO

A presente *scoping review* permitiu mapear e analisar de forma abrangente a operacionalização do planeamento participativo no contexto do planeamento em saúde no âmbito da saúde pública, evidenciando a sua aplicação em diversos contextos, abordagens metodológicas e níveis de envolvimento dos diferentes intervenientes.

Os resultados demonstram que o planeamento participativo constitui um processo heterogéneo, dinâmico e multinível, caracterizado por diferentes graus de envolvimento e participação, desde abordagens predominantemente consultivas até modelos mais avançados de cocriação e codecisão. Não obstante o reconhecimento do seu potencial transformador no âmbito da saúde, a evidência revela a distribuição desigual da participação ao longo das várias fases do processo de planeamento em saúde, permanecendo frequentemente limitada às fases estratégicas de identificação de necessidades e definição de prioridades, bem como de alguns processos de tomada de decisão.

Deste modo, o planeamento participativo deve ser compreendido como um processo contínuo, dinâmico e exequível ao longo do processo de planeamento em saúde e potencialmente transformador quando ultrapassa as abordagens tradicionais, integrando a coprodução e a disseminação do conhecimento como elementos estruturais da sua efetividade. Através das estratégias participativas adaptadas aos diferentes contextos e intervenientes, é possível não só desenvolver a capacidade de transformar o conhecimento em ação, mas também aperfeiçoar os sistemas de saúde e sustentar a obtenção real de ganhos em saúde.

Em contrapartida, persistem discrepâncias significativas entre a metodologia formal e estruturada do planeamento participativo e a participação efetiva e democrática da população. A existência e enquadramento legal de modelos participativos não garante, por si só, a inclusão equitativa da comunidade e dos diferentes grupos populacionais, sendo evidente a concentração do poder decisório nos setores institucionais em questões de saúde pública. Desta perspetiva, emergem questões referentes à autenticidade dos processos participativos, sugerindo a persistência de dinâmicas *top-down*, ainda que formalmente enquadrados em modelos colaborativos.

Neste sentido, a governação em saúde assume um papel central na eficácia do planeamento participativo, exigindo estruturas formais de coordenação, diretrizes políticas claras e delimitação de responsabilidades no processo estratégico. Assim, a efetividade do planeamento participativo dependerá da articulação entre participação, governação e condições estruturais do sistema de saúde, incluindo a disponibilidade de recursos, a capacitação dos intervenientes

e a integração de todo o processo nos sistemas institucionais existentes. Por conseguinte, a transição da participação formal para a participação efetiva e colaborativa exige uma transformação estrutural que promova o *empowerment* comunitário, a capacitação dos grupos mais vulneráveis e a redistribuição do poder na tomada de decisão em saúde. Só através desta mudança será alcançável o desenvolvimento de intervenções verdadeiramente centradas nas necessidades reais da população, garantindo a sua sustentabilidade a longo prazo e produzindo resultados em saúde autênticos e transformadores.

Em suma, o planeamento participativo emerge como uma abordagem estratégica basilar no planeamento em saúde, cuja consolidação depende da sua integração enquanto processo estruturado, contínuo e orientado para a ação e resultados em saúde. O seu fortalecimento representa uma oportunidade para o desenvolvimento de sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis, alinhados com as necessidades da comunidade e com os desafios correntes da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armstrong-Moore, R., White, M., & Burgoine, T. (2021). Stakeholder experiences of using online spatial data visualisation tools for local public health decision support: A qualitative study. *Health and Place*, 71. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102648>
- Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Participação Pública em Saúde - Todas as Vozes Contam*. www.cns.min-saude.pt/ConsNacSaude
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s* (DGS). Ministério da Saúde.
- EuroHealthNet. (2024). *Promoting health equity through social participation and citizen engagement: policy précis*. www.health-inequalities.eu
- Hatton, C. R., Kale, R., Pollack Porter, K. M., & Mui, Y. (2024). Inclusive and intersectoral: community health improvement planning opportunities to advance the social determinants of health and health equity. *BMC Public Health*, 24(170). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17496-5>
- Kadariya, S., Ball, L., Chua, D., Ryding, H., Hobby, J., Marsh, J., Bartrim, K., Mitchell, L., & Parkinson, J. (2023). Community Organising Frameworks, Models, and Processes to Improve Health: A Systematic Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph20075341>
- Kiracho, E. E., Aanyu, C., Apolot, R. R., Kiwanuka, S. N., & Paina, L. (2021). Designing for Scale and taking scale to account: lessons from a community score card project in Uganda. *International Journal for Equity in Health*, 20(31). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01367-1>
- Kweku, M., Amu, H., Awolu, A., Adjuik, M., Ayanore, M. A., Manu, E., Tarkang, E. E., Komesuor, J., Asalu, G. A., Aku, F. Y., Kugbey, N., Anumu, F., Boateng, L. A., Alornyo, J. S., Glover, R., Letsa, T., Bawah, A. A., Kanlisi, N. S., Awoonor-Williams, J. K., ... Gyapong, J. O. (2020). Community-based health planning and services plus programme in Ghana: A qualitative study with stakeholders in two Systems Learning Districts on improving the implementation of primary health care. *PLoS ONE*, 15(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226808>

- Møgster, B., Ness, O., & Reime, M. A. (2024). Research circles as a method for implementing new services in the public health and welfare system. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2366087>
- Monnard, K., Benjamins, M. R., Hirschtick, J. L., Castro, M., & Roesch, P. T. (2021). Co-Creation of Knowledge: A Community-Based Approach to Multilevel Dissemination of Health Information. *Health Promotion Practice*, 22(2), 215–223. <https://doi.org/10.1177/1524839919865228>
- Mueller, J., Parry-Harries, E., Clough, G., & Verma, A. (2023). Feasibility of a community-based cancer awareness initiative: views of those delivering and managing the intervention. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 31, 765–771. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01581-3/Published>
- Norvell Gustavsson, I., & Jonsson, F. (2025). The practice of public health coordination in Sweden: roles, responsibilities, and realities. *Health Promotion International*, 40(5). <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf163>
- OECD (2025). *Community action for health and well-being*.
- OMS (2020). *Operational framework for primary health care: Transforming vision into action*.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Simon, J., Guynn, I., Dowsett, C., & Lich, K. H. (2026). Systems exploration workshops: Using a virtual group model building approach to advance public health systems change. *Evaluation and Program Planning*, 114. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2025.102698>

- Smith, N., Georgiou, M., Jalali, M. S., & Chastin, S. (2024). Planning, implementing and governing systems-based co-creation: the DISCOVER framework. *Health Research Policy and Systems*, 22(6). <https://doi.org/10.1186/s12961-023-01076-5>
- Tataw, D. (2020). Partnership and participation in a community health improvement initiative. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 30(5), 586–604. <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1731643>
- Tataw, D. (2022). A Holistic Evaluation of a Community Health Improvement Plan. *Social Work in Public Health*, 37(8), 744–762. <https://doi.org/10.1080/19371918.2022.2086195>