



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária na área
de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**VIOLÊNCIA NO NAMORO: UMA
INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA JUNTO DOS ADOLESCENTES**

***DATING VIOLENCE: AN
SPECIALIZED INTERVENTION WITH ADOLESCENTS***

Por

Ana Marisa Pais Januário

Lisboa, 2020



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**VIOLÊNCIA NO NAMORO: UMA
INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA JUNTO DOS ADOLESCENTES**

***DATING VIOLENCE: AN
SPECIALIZED INTERVENTION WITH ADOLESCENTS***

Por

Ana Marisa Pais Januário

Sob a orientação da Prof.^a Doutora Amélia Simões Figueiredo

Lisboa, 2020

*“Nas grandes batalhas da vida,
o primeiro passo para a vitória
é o desejo de vencer”*

- Mahatma Gandhi –

*“A violência destrói o que ela pretende defender:
a dignidade da vida, a liberdade do ser humano!”*

- João Paulo II -

Às minhas Princesas, por diariamente me mostrarem o verdadeiro sentido da vida e me inspirarem na busca contínua para um melhor Ser, enquanto Pessoa, Mãe e Profissional.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Amélia Simões Figueiredo, pela sabedoria e competência, pela disponibilidade e por todas as palavras sábias de ânimo, motivação e tranquilidade.

À Enfermeira SS, orientadora no local de estágio, por toda a colaboração, incentivo, sugestões, partilha de conhecimentos e por todo o apoio demonstrado. Sem si, não teria sido possível!

A toda a equipa da UCC pelo acolhimento, disponibilidade e partilha de conhecimento, tão importante para o meu crescimento profissional.

À professora responsável pelo PES e professores titulares das aulas de Cidadania da escola que integrou o projeto, por toda a colaboração e disponibilidade por forma a ser possível a execução do mesmo.

A todos os adolescentes com quem tive oportunidade de privar no decorrer do estágio, em especial aos alunos das turmas do 8º ano da escola que integrou o projeto, a vossa participação foi fundamental.

A ti Rui, por tudo! Sem o teu apoio, a tua presença e a tua “psicologia invertida”, nada teria sido possível. Obrigado pelo marido, amigo e pai incondicional que és e foste nesta etapa tão exigente para nós.

A ti Fábio, meu irmão e amigo. Obrigado por estares sempre presente e disponível, por seres a voz da razão, por acreditares que seria possível e por me guiares neste caminho, por vezes, tão tortuoso.

À minha família por todo o apoio incondicional, pelas palavras de carinho e encorajamento. Obrigado por acreditarem em mim.

A vocês, Ana, Cláudia, Lúcia e Sara, as amigas que fiz ao longo deste percurso. Obrigado por todo o apoio, partilha, companheirismo e risadas que, sem dúvida, descomplicaram todo este caminho.

RESUMO

Atualmente a violência é considerada um grave e complexo problema de saúde pública, com impacto a nível mundial. Tratando-se de um comportamento modificável, a Organização Mundial de Saúde, juntamente com a Saúde Pública têm procurado compreender os seus determinantes, por forma a intervir estrategicamente ao nível da sua prevenção. Considerando que a violência no namoro é um forte preditor de violência doméstica nas relações interpessoais futuras, é crucial atuar preventivamente junto dos jovens, uma vez que é na adolescência que se desenvolvem as primeiras relações amorosas e se adquirem comportamentos que irão certamente ter repercussões na idade adulta.

O presente projeto de intervenção comunitária foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, integrado no programa de Saúde Escolar. Intitulado “*Namorar com Consciência...Namorar sem Violência*”, teve como objetivo contribuir para a capacitação dos adolescentes, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis. Foi desenvolvido tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990), e suportado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O diagnóstico da situação foi realizado mediante o recurso a indicadores epidemiológicos e a Pesquisa de Consenso junto de peritos, com auxílio da técnica de *Focus Group*. Foi identificada a violência doméstica/violência no namoro como problemática presente no concelho e com necessidade de atuação, a título preventivo, junto dos adolescentes em contexto escolar. Foi selecionada uma amostra final de 140 alunos para intervenção.

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram priorizados, recorrendo à técnica de Grelha de Análise (Tavares, 1990), optando-se por intervir em todos dado a sua inter-relação. A educação para a saúde foi utilizada como principal estratégia de intervenção comunitária a título preventivo. Os resultados comprovaram o aumento do nível de conhecimento dos adolescentes sobre a violência, as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, perspetivando-se desta forma, ganhos efetivos em saúde.

Palavras-chave: violência no namoro, adolescência, prevenção, saúde escolar.

ABSTRACT

Violence is currently considered a serious and complex public health problem, with an impact worldwide. In order to strategically prevent this behavioral modifiable problem, the World Health Organization together with Public Health are trying to understand its determinants. Considering that dating violence is a strong predictor of domestic violence in future interpersonal relationships, it is crucial to act preventively with young people. Moreover, it is in adolescence that the first ones develop love relationships and behaviors that will certainly have repercussions in adulthood.

The present community intervention project was developed in a Community Care Unit belonging to the Regional Health Administration of Lisbon and Vale do Tejo and integrated in the School Health program. Entitled “*Dating with Conscience...Dating without Violence*”, this project has as main objective to contribute to the capacitation of adolescents, through the promotion of knowledge, for adoption of behaviors that promote healthy dating relationships. It was developed based on the Health Planning Methodology, according to Tavares (1990), and supported on the Health Promotion Model of Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

The diagnosis of the situation was accomplished through the use of epidemiological indicators and the Consensus Survey with experts, with the aid of the Focus Group technique. Domestic violence/dating violence was identified as a problem present in the municipality, which requires preventive actions with adolescents in a school context. A final sample of 140 students was selected for intervention.

The nursing diagnoses identified were prioritized, using the Analysis Grid technique (Tavares, 1990), choosing to intervene in all since they were interrelated. In order to approach the problem as a preventive issue, health education sessions were conducted as a main community intervention strategy. The results confirmed the increase of adolescents knowledge about violence, the characteristics of healthy and unhealthy dating relationships, enabling effective health gains.

Keywords: dating violence, adolescence, prevention, school health.

LISTA DE ACRÓNIMOS

APA	American Psychological Association
APAV	Associação Portuguesa de Apoio á Vítima
API	Associação Plano i
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CADRI	Inventário de Conflitos nas Relações de Namoro entre Adolescentes
CLASS	Concelho Local de Ação Social
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
DGE	Direção-Geral da Educação
DGES	Direção-Geral do Ensino Superior
DGS	Direção-Geral da Saúde
EAVN	Escala de Atitudes acerca da Violência no Namoro
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EIC	Equipa de Intervenção Comunitária
ELI	Equipa Local de Intervenção
EpS	Educação para a Saúde
EPS	Escolas Promotoras da Saúde
EPVA	Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
GIAA	Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MPSNP	Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NPISA	Núcleo de Planeamento e Intervenção dos Sem Abrigo
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PES	Projeto de Educação para a Saúde
PLS	Plano Local de Saúde
PNPVCV	Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PSP	Polícia de Segurança Pública
RASI	Relatório Anual de Segurança Interna
REDE	Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens
SEpS	Sessão/Sessões de Educação para a Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UMAR	União de Mulheres Alternativa e Resposta
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
1 A VIOLÊNCIA: PREVENÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	27
1.1 Violência.....	27
1.1.1 Determinantes da Violência.....	30
1.1.2 Tipologia e Natureza da Violência	32
1.2 Violência nas Relações de Intimidade	33
1.3 Violência no Namoro.....	35
1.3.1 Prevenção da Violência no Namoro nos Adolescentes em Contexto Escolar..	39
1.3.1.1 Educação para a Saúde na Prevenção da Violência no Namoro	40
1.4 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Prevenção da Violência no Namoro na Adolescência.....	43
2 PROJETO “ <i>NAMORAR COM CONSCIÊNCIA...NAMORAR SEM VIOLÊNCIA</i> ”	47
2.1 Diagnóstico da Situação	48
2.1.1 Contextualização do Local de Estágio.....	48
2.1.2 Caracterização do Concelho e População.....	49
2.1.3 Identificação dos Problemas e Necessidades de Saúde	51
2.1.3.1 Indicadores	52
2.1.3.2 <i>Focus Group</i>	55
2.1.4 Diagnósticos de Enfermagem.....	59
2.1.5 População Alvo e Amostra	61
2.2 Determinação de Prioridades	62
2.3 Fixação de Objetivos	64
2.4 Seleção de Estratégias.....	70

2.4.1	Critérios de Conceção	70
2.4.2	Modificações Necessárias	71
2.4.3	Estratégias Realizáveis	71
2.5	Preparação Operacional – Programação.....	73
2.5.1	Sessões de Educação para a Saúde.....	74
2.5.2	Logótipo do Projeto.....	76
2.5.3	Marcador Informativo	76
2.5.4	Dispositivo Digital	77
2.6	Avaliação.....	77
2.7	Considerações Éticas, Limitações e Sugestões	81
3	REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	85
3.1	Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	85
3.2	Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	87
3.3	Competências Específicas do Enfermeiro Mestre em Enfermagem	89
3.4	Atividade Complementar e Produção Associada	90
	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
	APÊNDICES.....	109
	Apêndice I: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – <i>Focus Group</i>	111
	Apêndice II: Guião do <i>Focus Group</i>	115
	Apêndice III: Matriz de Análise de Conteúdo do <i>Focus Group</i>	119
	Apêndice IV: Determinação da Tendência Natural e Projeção do Número de Casos de Violência Doméstica no Concelho	125
	Apêndice V: Sessões de Educação para a Saúde - Planos de Sessão.....	129
	Apêndice VI: Teste de Diagnóstico	143
	Apêndice VII: Slides da 1ª Sessão de Educação para a Saúde.....	147
	Apêndice VIII: Slides da 2ª Sessão de Educação para a Saúde	155

Apêndice IX: Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde	163
Apêndice X: Logótipo do Projeto.....	167
Apêndice XI: Marcador Informativo	171
Apêndice XII: Cronograma de Atividades	175
Apêndice XIII: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos por Turma.....	179
Apêndice XIV: Poster - “Saúde Escolar: Importância da Promoção da Saúde na Criança e Jovem”	185
Apêndice XV: Poster - “Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Adolescentes: a Scoping Review”	189
Apêndice XVI: Poster - “Intervir na Promoção da Saúde na Idade Escolar”	193
ANEXOS	197
Anexo I: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	199
Anexo II: Grelha de Análise para Determinação de Prioridades.....	203

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência	30
Figura 2: Tipologia da Violência	32
Figura 3: Prevalência de Violência praticada por Parceiro Íntimo, por região da OMS ...	34
Figura 4: Indicadores de Vitimação: comparação 2018-2019	38
Figura 5: Pirâmide Etária por Sexo e Grupo Etário dos utentes da UCC	50
Figura 6: Taxa de Criminalidade por Localização Geográfica (Portugal, Setúbal e Concelho em estudo)	53
Figura 7: Ocorrências de Violência Doméstica Registadas na PSP	53
Figura 8: Número de Casos de Violência Doméstica Contra Cônjuge ou Análogos no Município em estudo	54
Figura 9: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	201
Figura 10: Grelha de Análise para Determinação de Prioridades	205

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1: Programas e Projetos UCC.....	49
Quadro 2: Análise de Conteúdo do <i>Focus Group</i>	57
Quadro 3: Diagnósticos de Enfermagem segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a CIPE (versão 2015).....	60
Quadro 4: Grelha de Análise para Determinação de Prioridades.....	62
Quadro 5: Metas definidas para cada Indicador de Execução e Objetivo Específico	69
Quadro 6: Metas definidas para cada Indicador de Resultado	70
Quadro 7: Atividades Realizadas no Projeto de Intervenção Comunitária.....	73
Quadro 8: Sessões de Educação para a Saúde por Turma	75
Quadro 9: Avaliação Interna do Projeto, de acordo com as Metas e Indicadores de Execução definidos.	78
Quadro 10: Cálculos efetuados para a Determinação da Tendência Natural e Projeção do Número de Casos de Violência Doméstica no Concelho ($Y=a_0+a_1 X$)	127

INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Determinação da Tendência Natural e Projeção do Número de Casos de Violência Doméstica no Concelho	67
Gráfico 2: Características de uma Relação de Namoro Saudável	80
Gráfico 3: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos.....	80
Gráfico 4: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma A	181
Gráfico 5: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma B	181
Gráfico 6: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma C	182
Gráfico 7: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma D	182
Gráfico 8: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma E.....	183

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 12º curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Lisboa, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, foi realizado um estágio, denominado Estágio Final e Relatório, numa UCC pertencente ao distrito de Setúbal e integrada na ARSLVT, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.

O presente relatório, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, 2018), objetiva apresentar o trabalho produzido no âmbito do estágio mencionado. Neste sentido, foi concebido o projeto de intervenção comunitária intitulado “*Namorar com Consciência...Namorar sem Violência*”, desenvolvido tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde, segundo os pressupostos de Tavares (1990), e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

A temática do projeto decorreu do diagnóstico da situação de saúde realizado no contexto de atuação da UCC, indo ao encontro das preocupações expressas previamente pela equipa profissional, tendo-se verificado que a violência doméstica, na vertente da violência no namoro, é uma problemática presente na comunidade com necessidade de intervenção. Neste sentido, o presente projeto teve como objetivo contribuir para a capacitação dos adolescentes, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis.

Atualmente, a violência é considerada pela OMS um problema de saúde pública (WHO, 2017), sendo que uma atuação ao nível da sua prevenção constitui uma das cinco prioridades mundiais (OMS, 2014). De acordo com a literatura, a problemática da violência doméstica é passível de redução mediante intervenções no âmbito da prevenção primária, que devem ser desenvolvidas o mais precocemente possível, ao nível das relações de intimidade, nomeadamente nas relações de namoro entre os jovens, uma vez que situações de violência no namoro são um forte preditor de violência conjugal futura (Guerreiro, et al., 2015).

Nesta perspectiva, estudar e intervir neste problema de saúde junto dos adolescentes foi pertinente, visando ganhos efetivos em saúde, indo ao encontro das linhas orientadoras das políticas de saúde existentes a nível nacional, como o PNSE 2015 (DGS, 2015a), em sintonia com as indicações da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (Dadaczynski, et al., 2019), o PNS– Revisão e Extensão 2020 (DGS, 2015b) e o recente PNPVCV (Despacho n.º 9494/2019 de 21 outubro, 2019).

O presente relatório encontra-se dividido em 5 capítulos principais, em que no primeiro, tendo por base a evidência científica, é apresentada uma revisão abrangente da literatura sobre a temática em estudo, enfatizando a sua importância e pertinência. O capítulo 2 descreve o projeto de intervenção concretizado, de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde. No capítulo 3 é realizada uma reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas com a elaboração do projeto e durante todo o período de estágio. Os capítulos seguintes são compostos pela conclusão do trabalho realizado e pelas referências bibliográficas.

O presente relatório foi redigido de acordo com a norma APA – 6ª edição.

1 A VIOLÊNCIA: PREVENÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

No sentido de desenvolver um projeto de intervenção comunitária coerente e sustentado, por forma a permitir a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, foi realizada uma revisão abrangente da literatura, tendo por base a busca da melhor evidência científica em fontes atuais e credíveis. Nesta perspetiva, procedeu-se à realização de uma revisão narrativa da literatura recorrendo a bases de dados científicas, através de uma estratégia de pesquisa de informação “aberta” com as palavras-chave: violência no namoro, adolescência, prevenção, saúde escolar, e a documentos de autores peritos na área.

Neste seguimento, por forma a fundamentar e justificar o presente projeto, torna-se imperativo abordar o conceito de violência e seus determinantes, a violência no namoro, enquadrada na violência interpessoal, e a importância da sua prevenção junto dos adolescentes através da promoção da saúde em meio escolar, pelo que toda a intervenção realizada foi sustentada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

1.1 Violência

O conceito de violência, ao longo da história da Humanidade, tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, apresentando-se sob diversas formas nas diferentes civilizações. Atualmente, a violência engloba um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, pelo impacto negativo que exerce na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos e das populações, pelo que não é considerada como parte inevitável da condição humana (DGS, 2016).

Não existindo um consenso no seu significado (DGS, 2016), Machado (2010) reconhece que se trata de um fenómeno dinâmico e que não se encontra circunscrito a determinados grupos sociais, económicos ou geográficos, pelo que a sua definição é complexa e paradoxal. Na perspetiva de Dias (2005), a violência não só diz respeito ao uso da força física, mas também a toda a ação, comportamento, tratamento ou costume com a intenção de ferir ou causar danos a pessoas ou bens, ou até mesmo a condição de retirar a liberdade de um indivíduo através da força. Como referencial no campo da saúde, a OMS define violência como “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa,

um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2014, p. 2). Em última análise, o conceito de violência “pode ser entendido de diversas perspectivas, tendo em conta a forma como este é percebido, vivido e representado, tanto por parte da vítima, como do autor ou da sociedade” (DGS, 2016, p. 24), podendo igualmente “assumir características de agressão física, psicológica, sexual, de discriminação e/ou constrangimento social, ocorrendo em diferentes contextos, na vida privada ou doméstica, escolar, laboral ou pública” (DGS, 2016, p. 24).

Considerando a diversidade de interpretações sobre o conceito, os dados epidemiológicos tornam-se difíceis de apurar (DGS, 2016), no entanto, é reconhecido que em todo o mundo, cerca de meio milhão de pessoas são assassinadas a cada ano e milhões de crianças, mulheres e homens sofrem devido à amplitude das consequências da violência presente nas suas casas, nas escolas e nas comunidades (OMS, 2014). Anualmente, a nível mundial, registam-se mais de 1,4 milhões de mortes resultantes da violência em todas as suas formas, o que corresponde a mais de 3800 mortes por dia, sendo que por cada morte registam-se 20-40 casos de pessoas feridas por lesões não-fatais e que requerem cuidados médicos, acabando estas por apresentarem uma série de problemas de saúde física, sexual, reprodutiva e mental (WHO, 2017). O suicídio e homicídio são causas consideráveis de mais de 80% dos casos de morte por violência, em que 56% resultam de violência autodirigida, 33% de violência interpessoal e 11% de violência coletiva (WHO, 2017).

As consequências da violência podem prejudicar a vida das pessoas por um longo período de tempo e, para além de ferimentos físicos, podem incluir incapacitação, depressão, problemas de saúde física e reprodutiva, tabagismo, comportamento sexual de alto risco e consumo abusivo de álcool e drogas, contribuindo negativamente para o aparecimento de distúrbios cardiovasculares, cancro, doenças sexualmente transmissíveis, e uma série de outras doenças crónicas e infecciosas, bem como morte prematura (OMS, 2014; WHO, 2017). É igualmente descrito que a violência se relaciona diretamente com situações de evasão escolar, desemprego e dificuldades de relacionamento, sendo que desigualdades económicas e desempenho parental impróprio aumentam a probabilidade de maus-tratos à criança, violência juvenil, violência praticada por parceiro íntimo e violência sexual contra a mulher (OMS, 2014).

Por consequente, é reconhecido que a violência tem impacto direto a nível dos sistemas de saúde, de justiça criminal, sociais e de bem-estar, e sobre a estrutura económica das

comunidades e nações, pelo que, atualmente, é considerado um problema de saúde pública, de direitos humanos e de cidadania (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; WHO, 2017).

Nesta perspectiva, ao longo dos anos, a nível internacional tem existido preocupação crescente com a problemática da violência, estando a mesma consagrada em vários instrumentos, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Nações Unidas, 1948), a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres (Nações Unidas, 1979), a Declaração de Sevilha sobre Violência (UNESCO, 1986), a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres (Nações Unidas, 1993) e na Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Doméstica (Conselho da Europa, 2011). A nível nacional o Ministério da Saúde, assumindo a violência enquanto problema de saúde pública, tem apresentado alguns avanços, sendo que em 2013 criou a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida, um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida (Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio); em 2017 estabeleceu disposições para a dinamização da referida Ação de Saúde (Despacho n.º 5656/2017 de 28 junho); em 2019 criou uma comissão técnica multidisciplinar para a melhoria da prevenção e combate à violência doméstica (Resolução do Conselho de Ministros n.º 52/2019 de 6 de março); e recentemente como resposta à necessidade urgente de uma ação integrada em matéria de prevenção primária e secundária da violência, criou o PNPVCV com o objetivo de reforçar os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção relativamente à violência interpessoal, tendo em vista a promoção da literacia sobre direitos humanos no âmbito das relações interpessoais e uma cultura de não violência (Despacho n.º 9494/2019 de 21 outubro).

Considerando todos os documentos acima descritos, e tendo em conta que é possível prevenir a violência e reduzir os seus impactos, a saúde pública tem vindo a desempenhar um papel importante a nível de atuação na problemática, procurando compreender os seus determinantes e os fatores passíveis de modificação, por forma a intervir estrategicamente ao nível da sua prevenção (Dahlberg & Krug, 2007). No sentido de uma intervenção dirigida, uma vez que a maioria dos casos de violência não são participados às autoridades, é reconhecida a necessidade de investigação do problema, sua extensão e natureza, diretamente junto das populações (OMS, 2014). A nível preventivo, a OMS (2014) apresenta algumas estratégias com potencial para reduzir a ocorrência de múltiplas formas de violência, reduzindo igualmente a probabilidade dos indivíduos perpetrarem violência ou se

tornarem vítimas, nomeadamente: desenvolver relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças e seus progenitores e cuidadores, desenvolver as habilidades para a vida em crianças e adolescentes, reduzir a disponibilidade e o uso nocivo do álcool, reduzir o acesso a facas e armas de fogo, promover igualdade de género, modificar normas culturais e sociais que apoiam a violência e criar programas de atendimento às vítimas, incluindo identificação e cuidados.

Nesta linha de pensamento, por forma a compreender o fenómeno da violência e toda a sua complexidade no sentido de a prevenir, torna-se pertinente o estudo dos seus determinantes, da sua tipologia e natureza.

1.1.1 Determinantes da Violência

Qualquer ato violento insere-se num determinado contexto político, social e económico, num ambiente de carácter familiar ou institucional e desenvolve-se mediante padrões culturais replicados entre gerações e influenciados por experiências e aprendizagens ao longo do ciclo de vida, tornando-se por isso indispensável compreender os seus determinantes (DGS, 2016). Por forma a compreender a violência e os seus mecanismos de prevenção, tendo por base uma visão integradora dos vários determinantes, a OMS utiliza o Modelo Ecológico da Violência como modelo conceptual dinâmico, interpretativo do fenómeno e orientador da intervenção, onde são conceptualizados quatro níveis de fatores que interagem entre si e se relacionam de forma complexa, nomeadamente: fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016) (Figura 1).

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência



Fonte: DGS (2016, p. 38)

Os **fatores individuais**, que são de ordem biológica ou da história pessoal do indivíduo, condicionam a propensão para a concretização de atos violentos e abrangem a impulsividade, a presença de psicopatologia, história prévia de agressão e/ou de maus tratos e abuso de

substâncias psicoativas. No plano dos **fatores relacionais**, subentende-se a existência de uma relação entre membros de uma família, de convívio entre pares ou de relações entre parceiros íntimos, sendo condicionantes a existência de conflitualidade familiar, de problemas parentais, de assimetrias de poder e controlo, ou de baixo estatuto socioeconómico. Na perspetiva dos **fatores comunitários** é considerado o contexto onde os relacionamentos sociais se desenvolvem, na medida em que as características da comunidade influenciam as relações, favorecendo ou não o fenómeno da violência. São características a considerar a densidade populacional, o isolamento social, o desemprego, a pobreza e o tráfico de drogas. Os **fatores de ordem social** englobam essencialmente as normas culturais e sociais, políticas de saúde, sociais, de justiça e de educação, e por si só moldam as características de determinada sociedade e a forma como é compreendido e desenvolvido o fenómeno da violência (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016).

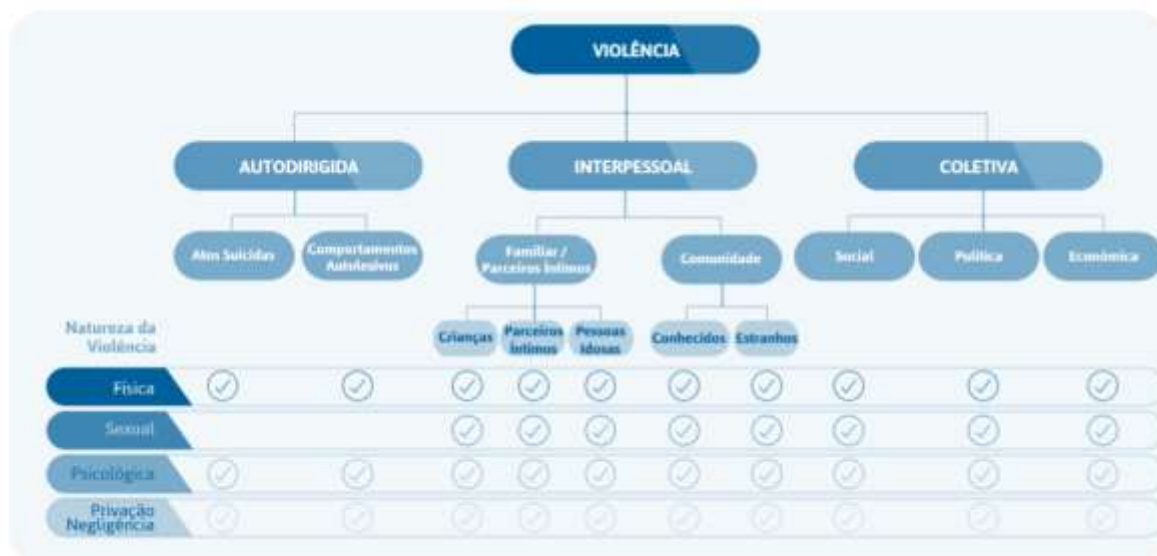
Existem fatores que estão associados a vários tipos de violência, como a pobreza, o isolamento social, a acessibilidade a armas de fogo e o abuso de álcool e outras substâncias (DGS, 2016) e, segundo a OMS (2014), todos os tipos de violência estão relacionados com determinantes sociais como a governança fraca, normas culturais, sociais e de género, o desemprego, a desigualdade de renda e de género, as rápidas mudanças sociais e as oportunidades limitadas de educação. Deste modo, sendo a violência um problema multifacetado, por forma a contribuir para a redução da ocorrência do número de casos é preconizada uma atuação preventiva a nível dos fatores de risco, no sentido de fomentar fatores de proteção nos diversos níveis do modelo ecológico (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016).

Por consequente, as **estratégias de intervenção**, baseadas no modelo ecológico da violência, a nível individual devem focalizar-se na intervenção em fatores de risco comportamentais, a nível relacional devem promover relacionamentos pessoais saudáveis nos diversos contextos, ao nível comunitário devem aplicar medidas preventivas em escolas, bairros e locais de trabalho, ao nível social devem combater atitudes e práticas culturais adversas e garantir a igualdade de acesso aos serviços, e a um nível macro devem lidar com fatores culturais, sociais e económicos abrangentes (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016).

1.1.2 Tipologia e Natureza da Violência

Segundo a WHO (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002), considerando as inter-relações subjacentes aos fatores de risco e as características de quem perpetra o ato, é possível dividir a violência em três grandes categorias: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva. A nível nacional, a DGS (2016) segue as linhas orientadoras da WHO para tipificar o fenómeno da violência (Figura 2).

Figura 2: Tipologia da Violência



Adaptado de: Krug et al., 2002

Fonte: DGS (2016, p. 27)

A violência autodirigida, implica que o ato de violência seja dirigido à própria pessoa, e engloba os atos suicidas (suicídio e comportamentos para-suicidários) e comportamentos autolesivos (automutilações). A violência interpessoal engloba a violência familiar/violência entre parceiros íntimos e a violência na comunidade. A primeira subcategoria compreende os maus tratos a crianças e jovens; a violência entre parceiros íntimos, referente a situações de violência nas relações de intimidade e/ou conjugalidade e a violência no namoro, tanto em casais heterossexuais como homossexuais e em que a pessoa que concretiza o ato de violência possa ser o homem ou a mulher; e a violência contra pessoas idosas. Na subcategoria da violência na comunidade, os atos são perpetrados contra pessoas conhecidas ou estranhos, e incluem a violência juvenil, roubos violentos, assédio/abuso sexual ou violação por estranhos e violência em contexto institucional. A violência coletiva diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos e pode ter motivações de

caráter social, político ou económico (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016).

Quanto à sua **natureza**, a violência pode ser categorizada em: violência física, em que se recorre à força física como empurrar, esbofetear, pontapear, entre outros, para provocar dano ao outro; violência psicológica, em que subsiste um padrão de atos verbais e não-verbais com intenção de causar dano ao outro; violência sexual, que passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade; e a violência por negligência ou privação, que envolve qualquer ato de privação ou omissão relacionado com o provimento de necessidades básicas da pessoa a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança e condições de vida (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016).

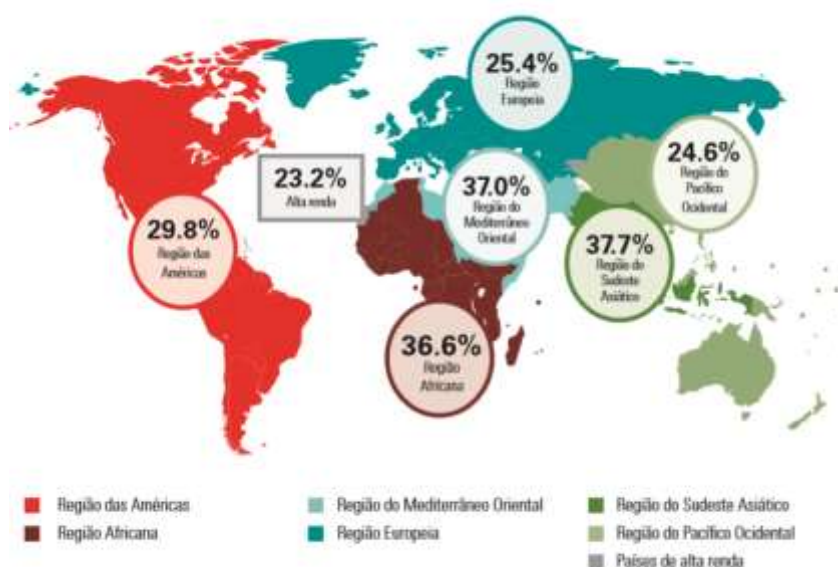
No decorrer deste relatório será aprofundada a violência nas relações de intimidade, evidenciando a violência no namoro, tipificada como violência interpessoal.

1.2 Violência nas Relações de Intimidade

A violência nas relações de intimidade é um fenómeno transversal a todos os países, e pode ocorrer em diferentes contextos etários, sociais, económicos, culturais e/ou religiosos, sendo considerada pela sociedade como um assunto da esfera privada (DGS, 2016). Para Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano (2002), este tipo de violência define-se como qualquer comportamento que cause dano físico, psicológico ou sexual aos elementos envolvidos na relação, configurando atos de agressão física, violência psicológica, violência sexual e outras formas de controlo sobre a vítima. Num entendimento mais inclusivo do conceito, Redondo, Pimentel & Correia (2012), definem violência entre parceiros íntimos como aquela que ocorre em “contextos relacionais de grande proximidade, supostamente espaços de afeto e de cuidado, (independentemente da sua forma jurídico formal, da consanguinidade e da coabitação – casamento, união de facto, namoro, filhos biológicos ou adotivos, cuidadores formais ou informais)” (p. 46).

Tratando-se de um problema grave de saúde pública, a sua prevalência no mundo é preocupante, apresentando valores de 25,4% na região Europeia (OMS, 2014), como ilustrado na Figura 3.

Figura 3: Prevalência de Violência praticada por Parceiro Íntimo, por região da OMS



Fonte: OMS (2014, p. 14)

Não existindo consenso absoluto na conceptualização da violência nas relações de intimidade, são muitas vezes utilizadas terminologias como violência contra as mulheres, violência de género, violência conjugal, violência familiar ou violência doméstica (DGS, 2016). Atualmente, a nível nacional, a terminologia mais utilizada para este tipo de violência é a **violência doméstica**, sendo definida como “todos os actos de violência física, psicológica e sexual perpetrados contra pessoas, independentemente do sexo e da idade, cuja vitimação ocorra em consonância com o conteúdo do artigo 152.º do Código Penal” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro, p. 5766), abrangendo progenitor de descendente comum em 1.º grau, pessoa particularmente indefesa (em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica) que com ele coabite, ex-cônjuges e pessoas de outro ou do mesmo sexo, com quem o agressor mantenha uma relação de namoro ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação (Lei n.º 44/2018 de 9 de agosto). Presentemente, a violência doméstica é considerada crime de natureza pública (artigo 152.º da Lei n.º 44/2018 de 9 de agosto), pelo que todo o procedimento criminal não depende diretamente de queixa por parte da vítima, sendo que basta uma denúncia ou conhecimento do crime, para que o Ministério Público diligencie todo o processo.

Relativamente a este tipo de violência, a evidência científica atual revela que crianças que sofrem rejeição, negligência, punição corporal severa e abuso sexual, ou que testemunham violência estão em maior risco de desenvolver comportamentos agressivos e antissociais em

estágios mais avançados do seu desenvolvimento, o que inclui comportamentos violentos na idade adulta (OMS, 2014). Deste modo, considerando os fatores de risco, torna-se pertinente o seu estudo, de uma forma mais individualizada na vertente da violência no namoro, no sentido de intervir preventivamente junto dos jovens, por forma a diminuir a probabilidade de desenvolverem comportamentos violentos em idades mais avançadas.

1.3 Violência no Namoro

A violência no namoro, tipificada como violência nas relações de intimidade, relaciona-se essencialmente com os grupos etários mais jovens, existindo nos últimos anos uma preocupação crescente no seu reconhecimento a nível social e científico (Duarte, 2011). Segundo a APAV (2019a), “é um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação” e, legalmente, a sua prática é punida como crime de violência doméstica (DGS, 2016). Para Caridade (2018), constitui um complexo e grave problema de saúde e de comportamento, que engloba os adolescentes e jovens adultos, introduzindo alterações significativas na sua vida e afetando todo o seu percurso de desenvolvimento. Os atos violentos tendem a prolongarem-se ao longo dos anos, aumentarem de frequência e de grau de gravidade (Caridade & Machado, 2013).

Trata-se de um tipo de violência que tem sido positivamente associada ao aparecimento de múltiplos problemas a nível comportamental, como o consumo de substâncias, comportamentos antissociais e comportamentos sexuais de risco; a nível emocional, como ansiedade, depressão e ideação suicida; e a nível de saúde mental, destacando-se a perturbação de stress pós-traumático (Carter-Snell, 2015). Neste sentido, são fatores de risco associados à violência no namoro a exposição à violência interparental, o consumo de álcool, ter um amigo envolvido em violência no namoro, o isolamento, a falta de competências na resolução de problemas e a crença de que este tipo de violência é socialmente aceite (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012). Tal facto é corroborado pelo estudo de Silva (2017), realizado com 180 alunos com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos a frequentarem um Agrupamento de Escolas em Bragança, em que foram encontradas relações positivas significativas entre o consumo de drogas e de álcool, o envolvimento em comportamentos de risco, a vitimização prévia no namoro e conhecimento de violência no namoro no grupo de pares com os comportamentos de violência demonstrados no namoro. Também os dados do Observatório da Violência no Namoro (API, 2019) mostram que em 2018, das 101 denúncias de casos de violência no namoro, 27% das causas atribuídas à violência foram

devido a problemas familiares e 24% devido ao consumo de álcool ou de outras substâncias pelo/a agressor/a.

Atualmente, ainda existe a tendência dos adolescentes para minimizarem e/ou relativizarem a violência nas suas relações de namoro, percecionando certos comportamentos abusivos como um ato de cuidado e amor (Ameral, Reed, & Hines, 2017), acabando por legitimar atitudes como o ciúme e acreditando que quando se gosta de alguém deve-se fazer tudo o que o outro pretende e que é melhor ter um namorado/a violento/a do que não ter nenhum/a (REDE, 2013). É igualmente preocupante o facto dos adolescentes vítimas de violência no namoro não apresentarem denúncia às autoridades competentes (Carter-Snell, 2015), corroborado pelos dados do Observatório da Violência no Namoro de 2018 em que, em mais de 72% dos casos de violência, os adolescentes lidaram com a vitimação sozinhos ou recorrendo à ajuda de amigos/as (API, 2019).

No último estudo sobre a violência no namoro realizado pela UMAR (2019), dos 4938 jovens inquiridos, 67% legitimam pelo menos um comportamento de violência, sendo os atos violentos mais legitimados o controlo (27%), a perseguição (24%), a violência sexual (24%), a violência através das redes sociais (23%), a violência psicológica (16%) e a violência física (9%). É igualmente evidenciado que, em todos os comportamentos avaliados, os rapazes legitimam mais a violência do que as raparigas, o que corrobora os resultados partilhados por Moura (2012) no seu estudo com 221 adolescentes, em que procurou compreender as atitudes dos jovens perante a violência no namoro, e os resultados obtidos por Silva (2017), que pretendeu junto de uma amostra de 180 adolescentes analisar a violência no namoro e os comportamentos e atitudes que a legitimam. Esta superior legitimação, também referida em estudos anteriores por diferentes autores (Matos, Machado, Caridade, & Silva, 2006; Machado, Caridade, & Martins, 2010), tem sido explicada pelo facto de os rapazes serem socializados no sentido de uma maior agressividade nos seus relacionamentos interpessoais.

No que respeita à vitimação, considerando que a violência no namoro constitui uma realidade que atinge números preocupantes e alarmantes em Portugal (Caridade, Pereira, & Soeiro, 2018), as últimas estatísticas da APAV (2019b) registam 213 casos de vítimas de violência no namoro e 388 vítimas de ex-namorados/as. Concomitantemente, também os dados apresentados pelo Observatório da Violência no Namoro (API, 2019), relativos a 2018, revelam que 38,6% das denúncias correspondem a vítimas de violência no namoro e 60,4% a vítimas de ex-namorados/as.

Consoante os estudos, tanto as raparigas como os rapazes apresentam valores significativos de vitimização, evidenciando que ambos os géneros podem ser agressivos tanto a nível físico como psicológico (Caridade & Machado, 2013), sendo que a expressão da violência nas raparigas é mais dissimulada, pois tendem a recorrer a formas de violência mais indireta (Costa, Farenzena, Simões, & Pereira, 2013).

Um dos maiores estudos realizados a nível nacional (Machado, Caridade, & Martins, 2010), envolvendo uma amostra de 4667 jovens com idades entre os 13 e os 19 anos, concluiu que 25,4% dos inquiridos tinham sido expostos a pelo menos um ato de violência no namoro, 19,5% admitiram ter sofrido violência psicológica e 13,4% violência física. Também o estudo conduzido por Ferreira (2011) junto de 170 adolescentes a frequentar o ensino secundário, com o objetivo de caracterizar o fenómeno da violência no namoro, evidenciou a existência de comportamentos violentos com predominância da violência psicológica. Em 2014, o estudo desenvolvido por Ventura (2014) junto de 688 estudantes de duas escolas secundárias da região de Coimbra, revelou que 23% dos adolescentes percecionou ter sido vítima de violência no namoro. De acordo com Guerreiro et al. (2015), o estudo realizado no ano letivo 2012- 2013 e que integrou 894 adolescentes da região do grande Porto, revelou que 35% dos jovens já tinham sido vítimas de alguma forma de violência, em que 12% referiu ter sido vítima de violência verbal, 8% vítima de violência psicológica e 4,5% vítima de violência física. Contudo, 37% das vítimas não se reconhece como vítima de violência no namoro, o que remete para uma necessidade urgente de consciencialização dos jovens, bem como uma intervenção, no sentido de prevenir a violência.

Valores também preocupantes registaram-se no estudo concretizado por Gomes (2017), junto de 72 adolescentes admitidos num internamento de Pedopsiquiatra, em que se verificou que 94,4% dos jovens apresentavam estratégias de resolução de conflitos abusivas nas suas relações de namoro, sendo que o tipo de violência mais praticado era a violência verbal com 90,3% como perpetração e 95.8% como vitimização, secundada pela violência psicológica com 75% na perpetração e 80.6% na dimensão de vitimização. Em 2018, também Reforço (2018) no seu estudo junto de 70 adolescentes de uma escola básica, constatou que a violência estava presente nas relações de namoro dos jovens sob as suas variadas formas.

Neste seguimento, das 101 denúncias registadas pelo Observatório da Violência no Namoro em 2018 (API, 2019), verifica-se que 25,9% dos atos violentos ocorrem em contexto escolar. As 5 formas de violência mais praticada é a violência psicológica com 93,9%, a violência

emocional com 82.9%, a violência verbal com 82.9%, o controle com 71% e a violência física com 59.9% (API, 2019).

Recentemente, no estudo realizado pela UMAR (2019) com a participação de 4938 jovens de todos os distritos do país e ilhas, 58% dos jovens inquiridos revelaram ter vivenciado violência nas suas relações de namoro, verificando-se um aumento em todos os tipos de violência relativamente ao ano de 2018 (Figura 4).

Figura 4: Indicadores de Vitimação: comparação 2018-2019



Fonte: UMAR (2019, p. 13)

Os dados ilustrados na Figura 4 merecem uma reflexão cuidada, pois podem representar uma maior consciencialização dos jovens acerca da problemática, sendo capazes de identificar e reportar as diversas formas de violência, ou podem igualmente retratar o aumento efetivo da vitimação e, desta forma, implicar a necessidade de atuar a nível preventivo nas escolas do país, por forma a que o combate à violência no namoro seja ainda mais consistente e abrangente (UMAR, 2019).

A violência no namoro tem vindo a ganhar destaque ao nível da investigação, contudo, os estudos desenvolvidos nesta área têm incidido fundamentalmente na caracterização do fenómeno e sua prevalência (Caridade, Pereira, & Soeiro, 2018). Neste sentido, Ventura (2014) refere existir uma carência de estudos na área da prevenção da violência no namoro, realçando a importância de desenvolvimento de programas que sensibilizem e informem acerca desta temática no sentido do aumento da literacia, pois “só com informação/conhecimento os/as jovens terão capacidade para promover e desenvolver comportamentos saudáveis nas suas relações de intimidade no namoro” (Ventura, 2014, p. 103). Por conseguinte, considerando que a violência nas relações íntimas poderá ter início na adolescência, sendo a violência no namoro um forte preditor de violência conjugal, surge a necessidade iminente de prevenção primária do fenómeno, enfatizando o contexto escolar

como ambiente oportuno para intervenção (Guerreiro, et al., 2015; Caridade, Pereira, & Soeiro, 2018).

1.3.1 Prevenção da Violência no Namoro nos Adolescentes em Contexto Escolar

Os resultados dos diversos estudos realizados sobre violência no namoro são preocupantes pelo que, quando abordamos o fenómeno, falamos de um problema de saúde pública associado à população adolescente, onde importa investir na prevenção, na deteção precoce e na intervenção (Wolitzky-Taylor, et al., 2008; Redondo, Pimentel, & Correia, 2012). Neste sentido, é essencial uma abordagem comunitária na prevenção da violência (Landenburger & Campbell, 2011), devendo os adolescentes serem entendidos como alvos de intervenção de prevenção primária, essencialmente como agentes ativos de mudança capazes de desconstruírem mitos, de interiorizarem novos conhecimentos, de adquirirem competências e de as utilizarem eficazmente, e de refletirem sobre os efeitos dos seus comportamentos, tomando decisões de mudança conscientes com impacto a nível individual e comunitário (Veríssimo, et al., 2013).

A adolescência é definida como sendo o período da vida que começa aos 10 e termina aos 19 anos (WHO, 2019a). É uma época em que os jovens se tornam indivíduos independentes, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e adquirem comportamentos que irão certamente ter repercussões no futuro e, como tal, a OMS define-a como um momento crítico da vida (WHO, 2019b). Trata-se de um período natural do desenvolvimento humano, no qual ocorrem inúmeras alterações físicas, emocionais, psicológicas e sociais de grande relevância na construção da personalidade (Caridade & Machado, 2006). É igualmente um estágio que marca o aparecimento de alguns comportamentos associados ao consumo de tabaco, de álcool e de drogas, bem como os primeiros relacionamentos amorosos e, conseqüentemente, as primeiras experiências sexuais (Alves, 2016; WHO, 2019a). A partir das primeiras experiências amorosas, o adolescente vai construindo e reformulando as suas relações intra e interpessoais (Galvão, 2008), na medida em que os primeiros desgostos, perdas afetivas e frustrações estarão presentes (Matos & Sampaio, 2009), podendo nesta fase surgir os primeiros comportamentos de violência no namoro, muitas vezes associados às dificuldades de relacionamento e/ou baseados em pressupostos culturais que os legitimam (Ventura, 2014).

Sabendo que os conhecimentos, os comportamentos e as crenças estabelecidas no início da vida tendem a persistir na vida adulta, e reconhecendo que o ciclo de vida escolar é um marco

para a estruturação da saúde física e mental, para a educação e aprendizagem de competências, os adolescentes tornam-se uma população prioritária de intervenção, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de relacionamentos saudáveis (Wolitzky-Taylor, et al., 2008; DGS, 2015a). Nesta perspetiva, o papel da escola é realçado, tendo a mesma uma função fundamental na educação para a cidadania do aluno, contemplando jovens com idades ideais para a consciencialização e desmistificação de crenças e estereótipos, sendo o local de eleição para realização de trabalhos no âmbito da prevenção (Guerreiro, et al., 2015), evidenciando os programas de prevenção da violência no namoro que favoreçam o impacto no conhecimento e mudança de comportamentos nos adolescentes (Caridade, Pereira, & Soeiro, 2018).

No sentido da prevenção e valorizando o desenvolvimento de um ambiente escolar conducente à promoção e proteção da saúde dos jovens, com ligações à família, à comunidade e tendo em consideração os fatores físicos, sociais e mentais, Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde desde 1994, numa parceria interinstitucional entre a Saúde e a Educação (DGS, 2015a). As EPS procuram desenvolver nos alunos e comunidade a capacidade de cuidarem de si e dos outros, de tomarem decisões saudáveis, de criarem condições propícias à saúde, de prevenirem as principais causas de morte/incapacidade, incluindo a violência, e a capacidade de desenvolverem competências e influenciarem comportamentos relacionados com saúde (DGE, 2014). Neste seguimento, salientando o papel significativo que as escolas desempenham na vida e no desenvolvimento dos jovens, a mais recente e 5ª Conferência Europeia sobre Escolas Promotoras de Saúde (Dadaczynski, et al., 2019) apela ao desenvolvimento de parcerias entre a escola e profissionais de saúde no sentido de, mediante uma abordagem pautada pela evidência científica, desenvolver e implementar intervenções inovadoras no âmbito da promoção da saúde, realçando a necessidade de educar e apostar no aumento da literacia em saúde dos jovens, capacitando-os para a tomada de decisões conscientes.

Por conseguinte, a importância do carácter preventivo é evidenciada e a EpS ganha relevância na promoção e capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis nas relações de namoro, justificando e fundamentando a pertinência do presente projeto de intervenção na temática da violência no namoro.

1.3.1.1 Educação para a Saúde na Prevenção da Violência no Namoro

Tal como evidenciado na literatura, a problemática da violência no namoro requer uma intervenção assente na prevenção e promoção da saúde, conceitos essenciais quando falamos

das comunidades e sua saúde. Neste sentido, a EpS é considerada parte integrante do processo de promoção da saúde, sendo que as intervenções desenvolvidas pelos promotores da saúde revelam-se cada vez mais pertinentes e têm em vista ganhos efetivos em saúde (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

Considerando que é fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, o conceito de cidadania em saúde emergiu da Declaração de Alma-Ata (1978) que, defendendo que é direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planejamento e prestação dos cuidados de saúde e indicando a necessidade de incluir nos cuidados a educação sobre os principais problemas de saúde e os seus métodos de prevenção, já evidenciava a importância da EpS.

Nesta perspectiva, tendo em conta que a EpS está estritamente relacionada com a promoção da saúde e considerando os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata (1978), a Carta de Ottawa (1986), resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, explica que “a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (p. 1) e defende uma atuação tendo por base os conceitos: advogar, capacitar e mediar. Incute uma intervenção segundo algumas estratégias, em que se destaca o reforço da ação comunitária, centralizada no reforço do poder (empowerment) das comunidades, dando primazia aos locais de aprendizagem como a escola, trabalho e organizações comunitárias. Desta forma, a promoção da saúde pressupõe:

o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente e fazer opções conducentes à saúde. (Carta de Ottawa, 1986, p. 4)

Neste sentido, a EpS surge como uma combinação planeada de experiências de aprendizagem, concretizada por forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, em que o cidadão e a comunidade têm um papel ativo enquanto educadores de saúde (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005; Carvalho & Carvalho, 2006).

Por consequente, a nível preventivo, a EpS constituiu a principal estratégia de intervenção na consecução deste projeto, indo ao encontro da área de intervenção prioritária de Cidadania em Saúde patente no PLS do concelho em estudo (USP, 2017), que evidencia a necessidade

de implementação de projetos de EpS no sentido de aumentar a literacia em saúde na comunidade.

Concomitantemente, segue também as indicações da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde e dos eixos estratégicos e áreas de intervenção prioritárias do PNSE 2015 (DGS, 2015a) que, tendo como ponto de partida a Carta de Ottawa (1986), defende uma intervenção baseada na capacitação da comunidade educativa através do processo de promoção da saúde. Neste sentido, o presente projeto de intervenção desenvolvido no âmbito da Saúde Escolar, um referencial para a saúde das crianças e dos jovens, tem por base os eixos estratégicos da Capacitação, que pretende elevar o nível de literacia para a saúde por forma a contribuir para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, tornando os jovens mais competentes, confiantes e habilitados no desempenho dos seus papéis sociais e tomada de decisão consciente e responsável; e o eixo da Qualidade e Inovação, através de um processo contínuo de aprofundamento do conhecimento, das competências e dos comportamentos em saúde, realçando a proatividade na promoção da saúde (DGS, 2015a).

Simultaneamente, a pertinência desta estratégia interventiva é igualmente fundamentada no PNS – Revisão e Extensão 2020 (DGS, 2015b), nos eixos estratégicos da Cidadania em Saúde, no sentido da promoção da saúde através da educação para a saúde, e no eixo da Qualidade na Saúde, adequando a prestação de cuidados no sentido de satisfazer, tanto quanto possível, as necessidades e expectativas dos adolescentes, através da utilização eficiente dos recursos.

Nesta perspetiva, também a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015 de 27 maio) evidencia a importância da promoção e EpS na qualidade dos cuidados e consequente ganhos em saúde, sendo prioridade informar o cidadão e aumentar a sua capacitação, através da promoção da educação e da literacia em saúde, por forma a tornar os cidadãos mais saudáveis e mais participativos na tomada de decisão, justificando a adoção da EpS, enquanto estratégia interventiva e preventiva, na elaboração deste projeto de intervenção junto dos adolescentes.

Na consecução de toda a intervenção, na vertente da prevenção do fenómeno, foram igualmente seguidas as premissas dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015 de 19 junho, 2015), em que:

a educação para a saúde inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a

literacia em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade. (p. 16486)

Numa conceção mais abrangente, mas não menos relevante, a nível legislativo, foram igualmente considerados os pressupostos patenteados na Lei de Bases da Saúde que evidencia a importância da promoção e EpS, na medida em que são fundamentos da política de saúde “a promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável” (alínea e) do nº2 da Base 4 da Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, p. 57).

Desta forma, tendo em conta todas as premissas acima descritas, e objetivando uma prática clínica baseada na evidência, tornou-se imperativo conceptualizar o projeto de intervenção comunitária e adotar um referencial teórico de enfermagem, por forma a suportar toda a ação desenvolvida, ao nível da promoção e EpS, junto dos adolescentes no sentido da promoção de comportamentos saudáveis e prevenção da violência nas relações de namoro.

1.4 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Prevenção da Violência no Namoro na Adolescência

Sabendo que o poder da enfermagem, enquanto disciplina, é aumentado através do conhecimento teórico e de uma prática fundamentada (Tomey & Alligood, 2002), é imperativo a existência de um modelo teórico na condução do pensamento e na tomada de decisões na prática dos enfermeiros comunitários (Stanhope & Lancaster, 2011). Neste sentido, a utilização de modelos e teorias na promoção da saúde contribuem, indubitavelmente, para o aumento de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, facilitando a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e orientando as soluções de resposta às necessidades e interesses dos envolvidos (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005). Considerando que o presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido ao nível da prevenção, estrategicamente assente na EpS, em que se procurou implementar um comportamento promotor de saúde nos adolescentes, optou-se por sustentar toda a intervenção no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Desenvolvido na década de 80, o MPSNP “fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo” (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005, p. 236), possibilitando realizar um planeamento, a intervenção e a avaliação das ações. Trata-se de um modelo que, integrando a enfermagem

na ciência do comportamento, permite identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, servindo de linha orientadora para analisar o processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a desenvolverem comportamentos produtores de saúde (Victor, Lopes, & Ximenes, 2005).

Numa perspectiva de enfermagem holística, Nola Pender fundamentou o seu modelo nas bases teóricas da Psicologia Social e na Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura que, assente numa abordagem cognitiva, refere que a probabilidade de um indivíduo apresentar um determinado comportamento está relacionada com o facto de acreditar ser capaz de o realizar (Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008). Segundo a Teoria da Aprendizagem Social, o comportamento humano vai para além de uma resposta mecânica aos estímulos envolventes, em que a motivação individual permite que os indivíduos definam objetivos e, mesmo perante padrões comportamentais, sejam capazes de escolher o seu comportamento no sentido de atingir os resultados desejados. Deste modo, o comportamento do indivíduo resulta dos determinantes - fatores pessoais, acontecimentos e comportamentos que, em permanente interação, se influenciam mutuamente (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Neste sentido, o MPSPN descreve a natureza multidimensional das pessoas em interação com os seus ambientes interpessoais e físicos ao procurarem a saúde, analisando a inter-relação entre três pontos principais, como ilustrado no seu diagrama (Anexo I), nomeadamente: as características e experiências individuais, as cognições e os afetos específicos do comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável. As **características e experiências individuais** condicionam as ações de saúde subsequentes e integram o comportamento anterior, que deve ser mudado, e os fatores pessoais, que se dividem em biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

Às **cognições e afetos específicos do comportamento que se quer alcançar** é atribuído grande significado motivacional, constituindo o núcleo crítico para a intervenção por compreenderem variáveis passíveis de modificação através de ações de enfermagem, influenciando mudanças no compromisso ou na ocorrência de comportamentos de promoção da saúde. Esta componente permite orientar a definição de objetivos e contempla as variáveis: os benefícios para ação percebidos, que são as perceções mentais positivas que reforçam as consequências de adotar determinado comportamento; as barreiras para ação percebidas, que compreendem as perceções negativas como obstáculos e implicações pessoais da realização de determinado comportamento; a autoeficácia percebida, como

juízo da capacidade pessoal para realizar uma ação particular e que influencia as barreiras percebidas; os afetos relacionados com a atividade, que são sentimentos que podem ser positivos, negativos, agradáveis ou desagradáveis e ocorrem antes, durante e após um comportamento de saúde; as influências interpessoais, em que o comportamento pode ou não ser influenciado pelos conhecimentos referentes aos comportamentos dos outros, como família, os pares e profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais; e as influências situacionais, que compreendem as características da procura e os aspetos estéticos do ambiente, que podem facilitar ou impedir o comportamentos de saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O **comportamento de promoção da saúde desejável** engloba o compromisso com o plano de ação, caracterizado pelas ações que possibilitam a pessoa manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem, e considera igualmente as exigências imediatas e as preferências, em que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, sendo que as preferências pessoais exercem um grande poder sobre as ações de mudança de comportamento. O comportamento de promoção da saúde é o resultado esperado da interação dos elementos essenciais apresentados, constituindo o momento da tomada de decisão e preparação para a ação (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O referido modelo considera as características individuais de cada pessoa e a forma como as suas experiências poderão afetar ações subsequentes, sendo que as ações de enfermagem podem modificar algumas variáveis e é sobre essas que deve ocorrer a atuação, com o intuito de promoção da saúde. Neste sentido, no presente projeto de intervenção comunitária, as intervenções de enfermagem concebidas centraram-se na capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis, tendo-se elegido a EpS como principal estratégia interventiva e como componente fundamental no processo de promoção de saúde, indo ao encontro dos pressupostos do MPSNP. Tendo por base a promoção da saúde e objetivando a transmissão de conhecimentos, foram desenvolvidas atividades no sentido de consciencializar os adolescentes acerca da importância de conhecerem as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, por forma a estarem capacitados para a tomada de decisão consciente e para o reconhecimento de relações de namoro abusivas.

Neste sentido, através da aplicação do MPSNP à intervenção comunitária realizada, no que respeita às características e experiências individuais, foi essencial conhecer os adolescentes

e as suas experiências individuais por forma a intervir eficazmente. Foram igualmente considerados os fatores pessoais, paralelamente aos determinantes da violência, abordados no ponto 1.1.1, e a sua potencialidade de modificação, por forma a operacionalizar uma intervenção mais dirigida e coerente ao grupo de adolescentes.

Ao longo da intervenção, através da EpS, pretendeu-se melhorar os conhecimentos dos adolescentes sobre a temática da violência no namoro e suas implicações, desenvolvendo, nos mesmos, capacidades individuais para conhecer, lidar e/ou evitar situações de violência nas suas relações. Pretendeu-se desta forma desmistificar muitas das possíveis barreiras para ação e contribuir para o aumento dos benefícios para ação percebidos e da autoeficácia percebida, levando ao compromisso para ação e conseqüente mudança de comportamento. Neste ponto importa realçar as influências interpessoais, pois a suscetibilidade à influência dos outros, nomeadamente dos pares, varia consoante o estágio de desenvolvimento e é particularmente evidente na adolescência (Ventura, 2014), aspetos trabalhados junto dos adolescentes ao longo das SEpS. Considerando que também os profissionais de saúde exercem uma importante influência interpessoal, a intervenção junto dos adolescentes foi realizada no sentido de evidenciar as suas capacidades e competências individuais para escolhas conscientes e autónomas, aumentando a sua autoeficácia e diminuindo a perceção dos obstáculos, por forma a mudarem ativamente comportamentos, no sentido do comportamento de promoção da saúde desejado.

Relativamente às influências situacionais, salienta-se o facto da intervenção junto dos adolescentes ter sido desenvolvida em contexto escolar, pois os ambientes atrativos, interessantes e compatíveis com os jovens, em que estes se sentem seguros, são também contextos favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis (DGS, 2015a), favorecendo deste modo o compromisso para a ação e influenciando os comportamentos de saúde esperados.

Por fim, como comportamento de promoção da saúde é esperado que os adolescentes adotem comportamentos saudáveis nas suas relações de namoro, comportamentos livres de violência, e sejam capazes de gerir conflitos sem atos violentos.

Por forma a capacitar os adolescentes para o comportamento de promoção da saúde desejado, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido junto dos mesmos foi criteriosamente sustentado na Metodologia do Planeamento em Saúde. No capítulo seguinte são descritas pormenorizadamente todas as etapas metodológicas, que foram responsabilmente cumpridas ao longo de todo o percurso interventivo.

2 PROJETO “NAMORAR COM CONSCIÊNCIA...NAMORAR SEM VIOLÊNCIA”

O presente projeto de intervenção comunitária, decorrente do Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, realizou-se numa UCC no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019. Para este intervalo de tempo, indo ao encontro do Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, foram definidos os seguintes objetivos:

- Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para Marconi & Lakatos (2017), o método possibilita traçar o caminho a seguir, detetar erros e auxiliar na tomada de decisões, definindo-o como o conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permite alcançar objetivos com maior segurança e economia.

Por forma a atingir os objetivos acima referidos, a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária foi o Planeamento em Saúde de acordo com as linhas orientadoras de Tavares (1990). Para o autor, planejar em saúde “é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas (...)” (p.29), e procura alcançar determinado estado de saúde através da sua promoção, prevenção da doença e reabilitação, compreendendo mudanças no comportamento das populações. O Planeamento em Saúde deve ser compreendido como um processo contínuo e dinâmico assente em várias etapas, nomeadamente: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional - programação e avaliação (Tavares, 1990).

De seguida apresentar-se-ão as etapas de execução do projeto, tendo por base a metodologia acima referida e o MPSNP.

2.1 Diagnóstico da Situação

O diagnóstico da situação é a primeira etapa do processo de Planeamento em Saúde e deverá corresponder às necessidades de saúde da população, determinando a pertinência do projeto (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Para a sua realização deve existir um conhecimento prévio do problema de saúde, que corresponde a um estado de saúde considerado como deficiente, e da necessidade, que exprime a diferença entre a situação real e a situação desejada em termos de saúde, ou seja, o indispensável para melhorar o problema identificado (Pineault, 2016). O diagnóstico da situação deve ser “suficientemente alargado e aprofundado, sucinto, rápido, claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990, p. 55).

Deste modo, considerando a Unidade Funcional onde o estágio se desenvolveu, funções desempenhas e parcerias estabelecidas, pretendeu-se identificar problemas e determinar as principais necessidades em saúde da população em estudo.

2.1.1 Contextualização do Local de Estágio

O estágio foi realizado numa Unidade Funcional - UCC pertencente à ARSLVT e distrito de Setúbal. Em funcionamento desde 2010, de acordo com o legislado (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro), tem como população alvo de intervenção 155 472 utentes inscritos em quatro freguesias (BI-CSP, 2019). A UCC funciona semanalmente no horário das 8h-20h, e das 8h-15h aos fins de semana e feriados, sendo os horários ajustados em conformidade com a programação prévia das atividades a desenvolver (UCC, 2018a).

A UCC tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da sua população, através da prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, atuando na EpS, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro; Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril; UCC, 2018b). A equipa multiprofissional é constituída por 14 enfermeiros: 3 Especialistas em Enfermagem Comunitária dos quais 1 Coordenadora, 2 Especialistas em Reabilitação, 2 Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, 1 Especialista em Saúde Mental e 4 Generalistas; por 1 fisioterapeuta, 1 assistente técnica e por 2 assistentes operacionais que também desempenham funções de

motoristas. Por forma a proporcionar um apoio mais especializado, a tempo parcial a equipa dispõe de: 1 médico, 1 nutricionista, 1 psicóloga, 3 técnicos de serviço social e 1 higienista oral (UCC, 2018b). Tendo por base uma abordagem holística da pessoa/família/comunidade, a equipa multiprofissional atua ao longo do ciclo de vida e em todos os níveis de prevenção em saúde, estando dividida em duas subequipas: a EIC que atua ao nível de famílias e grupos vulneráveis e de risco na comunidade, através da metodologia de Enfermeiro Responsável por área geográfica, e a ECCI que presta cuidados domiciliários a utentes dependentes e promove o acompanhamento e formação dos cuidadores formais e informais, através da metodologia Enfermeiro Gestor de Caso (UCC, 2018a).

Para uma resposta às necessidades da comunidade a equipa da UCC, mediante um plano de ação previamente estabelecido, integra diferentes programas e projetos, igualmente importantes e pertinentes (Quadro 1), e atua em estreita articulação com vários parceiros comunitários, nomeadamente a Câmara Municipal, PSP, CRIAR-T, IPSS e escolas (UCC, 2018a).

Quadro 1: Programas e Projetos UCC

Programas/Projetos	
<ul style="list-style-type: none">• Saúde Escolar• Intervenção Integrada na Área da Criança e Jovens com Necessidades Especiais• Intervenção Precoce• Construir Saúde• Formar para Cuidar• COSMIC	<ul style="list-style-type: none">• Saúde sobre Rodas – Intervenção Comunitária• Linha 65• NPISA• Preparação para a Parentalidade• Recuperação pós-parto

Fonte: UCC (2018a)

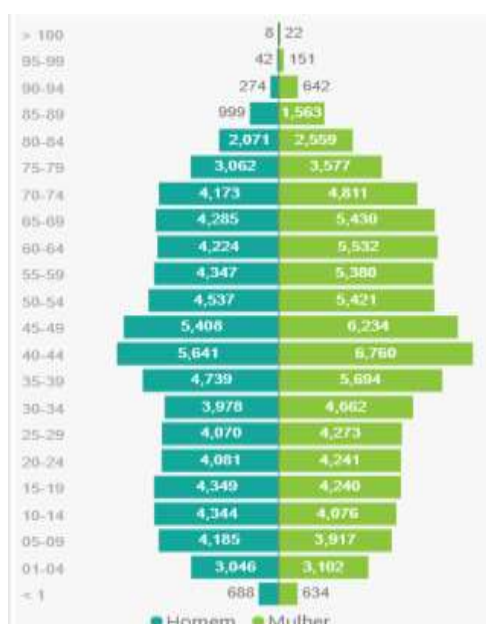
2.1.2 Caracterização do Concelho e População

O concelho em estudo, situado no distrito de Setúbal, tem uma área total de 95,5 km², possui uma densidade populacional de 1.747,9 Hab/km² correspondente, em 2018, a uma população residente de 166.835 habitantes (INE, 2019a). Estatisticamente, são dados superiores aos apresentados nos últimos Censos de 2011, com valores de densidade populacional na ordem dos 1.653.53 Hab/km² e população residente de 158.269 habitantes (Pepe & Abreu, 2015).

Em 2011, a pirâmide etária do concelho revelava uma tendência populacional a tender para o envelhecimento (Pepe & Abreu, 2015). Dados recentes mostram que em 2018, relativamente à estrutura etária da população, o município apresentava uma distribuição nos pesos percentuais dos grandes grupos etários de: 15,6% no grupo dos 0-14 anos, 65% no grupo dos 15-64 anos e 19,4% no grupo de 65 anos ou mais, o que correspondia a 108.211

indivíduos em idade ativa no concelho (PORDATA, 2019a), sendo esse valor de 97.811 indivíduos em 2019, de acordo com a pirâmide etária dos utentes do concelho abrangidos pela UCC (Figura 5) (BI-CSP, 2019). A população adolescente no concelho tem aumentado nos últimos anos, registando em 2019 um valor de 17.009 adolescentes na faixa etária dos 10-19 anos (BI-CSP, 2019).

Figura 5: Pirâmide Etária por Sexo e Grupo Etário dos utentes da UCC



Fonte: BI-CSP (2019)

Verifica-se um aumento da taxa bruta de natalidade e de mortalidade, apresentando valores em 2018 de 10,2‰ e de 8,4‰, respetivamente (INE, 2019a). O índice de envelhecimento acompanha a tendência e é de 126,5 idosos por cada 100 jovens com idade inferior a 15 anos em 2018 (INE, 2019a). O índice de dependência total da população abrangida pela UCC, em 2019 é de 58,95%, o que corresponde a um índice de dependência de jovens de 24,53% e a um índice de dependência de idosos de 34,42% (BI-CSP, 2019).

Em 2011, 44% da população residente no concelho era solteira, 43,57% casada, 7,09% divorciada e 5,44% viúva (Pepe & Abreu, 2015). A atividade económica do município abrangia todos os setores de atividade e estava distribuída por 0,2% da população a trabalhar no setor primário, 17,9% no setor secundário e 81,9% no terciário, correspondendo a uma taxa de emprego de 59,6%, sendo a taxa de desemprego de 14,1%. A nível da rede de ensino e educação registava-se uma taxa de analfabetismo de 2,9% e uma taxa de abandono escolar de 1,4%, sendo a proporção da população com o 3º ciclo do ensino básico de 23,4%, 20,9% com ensino secundário e 14,8% referente ao ensino superior (CLASS, 2016).

Em 2018, existiam no concelho 77 estabelecimentos do ensino pré-escolar, 44 estabelecimentos do 1.º ciclo do ensino básico, 10 estabelecimentos do 2.º ciclo do ensino básico, 16 estabelecimentos do 3.º ciclo do ensino básico e 8 estabelecimentos do ensino secundário (PORDATA, 2019b). Atualmente, os estabelecimentos de ensino estão divididos em 3 territórios educativos e em 8 agrupamentos escolares (UCC, 2018a).

No que concerne à saúde, em 2015, o concelho apresentava um deficit acentuado de recursos referentes a alguns indicadores específicos, apresentando dados de 0.2 farmácias, 2.4 enfermeiros e 1.8 médicos por 1000 habitantes (Pepe, 2018). De acordo com o seu PLS 2017-2020, as áreas prioritárias de intervenção são a doença cérebro-vascular, a doença oncológica, a saúde mental, a alimentação, obesidade e diabetes, a equidade e acesso à saúde e a cidadania em saúde, sendo que nesta última objetiva-se o aumento da literacia em saúde na comunidade, através da implementação de projetos de EpS. (USP, 2017).

Relativamente à criminalidade, em 2014, as autoridades policiais do município registaram 4946 casos crime, dos quais 1132 inserem-se na categoria de crimes contras as pessoas e destes, 369 casos dizem respeito a crimes de violência doméstica contra conjuges ou análogos (Pepe, 2017). No que respeita a femicídios, no concelho foram notificados, entre 2004 e 2015, um total de 9 casos o que perfaz 20% das ocorrências verificadas no distrito de Setúbal. Em 2013, dos 4 femicídios notificados no distrito 2 ocorreram no município em estudo, correspondendo a 50% dos casos, sendo que em 2014, dos 7 femicídios comunicados, 4 registaram-se na área de abrangência da UCC perfazendo 57,14% das ocorrências (Pepe, 2017).

Após um conhecimento mais pormenorizado do concelho e sua população, e por forma a justificar e fundamentar o projeto, serão apresentados seguidamente os dados que permitiram o levantamento dos problemas e das necessidades de saúde da população em estudo.

2.1.3 Identificação dos Problemas e Necessidades de Saúde

Com vista à elaboração do diagnóstico da situação, procedeu-se a uma reunião formal com a Sr.ª Enfermeira Orientadora e com a Sr.ª Enfermeira Coordenadora da UCC, no sentido de perceber quais as problemáticas da população e quais as necessidades reais existentes no contexto de ação da UCC. Dos diversos problemas reconhecidos, surgiu a temática da prevenção da violência doméstica, na vertente da violência do namoro, como área prioritária de intervenção junto da população adolescente e em contexto escolar, indo pertinentemente ao encontro dos pressupostos explanados anteriormente na revisão da literatura efetuada.

É de salientar que, a realização do estágio, a integração na equipa e participação ativa nos diferentes projetos e atividades de intervenção desenvolvidas pela UCC, com ênfase no contexto da saúde escolar, contribuíram para obter um conhecimento mais preciso acerca da comunidade, recursos existentes e suas necessidades. Neste sentido, foram também consultados diferentes documentos e relatórios sobre o município, que possibilitaram uma análise e compreensão mais detalhada da problemática e necessidades acima descritas.

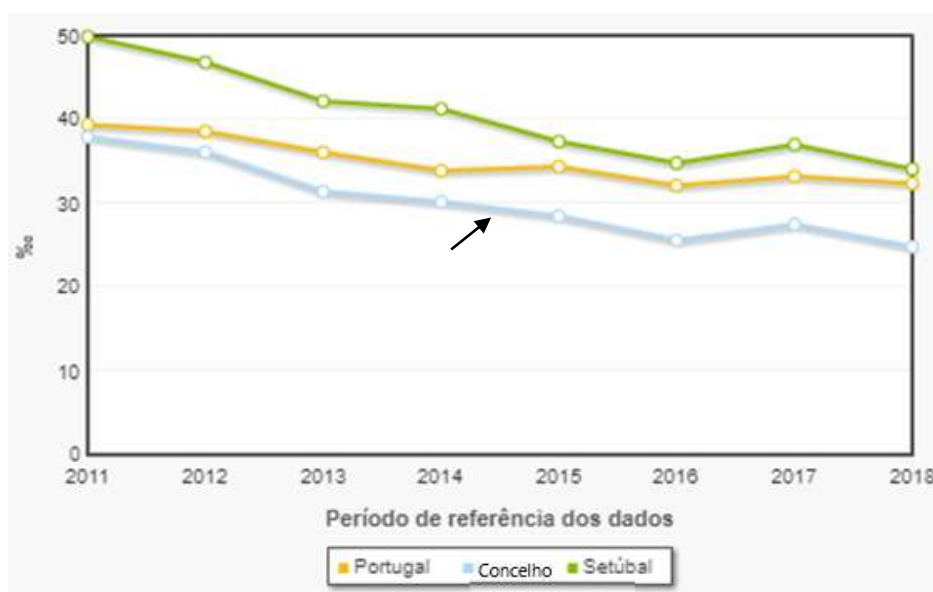
Por conseguinte, para um diagnóstico da situação fundamentado procurou-se utilizar a combinação de técnicas para o estudo do problema, o que se designa por triangulação, que permite, através da combinação de métodos e perspetivas, tirar conclusões válidas acerca do mesmo fenómeno (Fortin, 2009). Optou-se por uma triangulação dos dados, realizando a recolha de dados junto de diversas fontes de informação a fim de estudar o mesmo fenómeno (Fortin, 2009), efectuando uma abordagem quantitativa baseada em indicadores e dados estatísticos e, uma abordagem qualitativa baseada em pesquisa de consenso entre um grupo de peritos através da técnica de *Focus Group*.

2.1.3.1 Indicadores

No que respeita à criminalidade, a nível nacional no ano 2018 a taxa de criminalidade foi de 32,4⁰/₀₀, verificando-se uma diminuição lenta e oscilante desde 2011, sendo que o distrito de Setúbal, com uma taxa de criminalidade sempre superior à nacional, e o concelho em estudo acompanham a tendência do país com taxas de criminalidade de 34,1⁰/₀₀ e 24,8⁰/₀₀, respetivamente (Figura 6) (INE, 2019a).

Quando analisados estes dados ao nível dos municípios que compõem a Península de Setúbal, constata-se que a região em estudo ocupa a segunda posição com maior número de participações registadas pelas autoridades policiais no ano 2018, com 4142 casos crime. Concomitantemente, no mesmo ano, o crime mais participado a nível distrital foi a violência doméstica contra cônjuge ou análogos com 2040 casos (RASI, 2019).

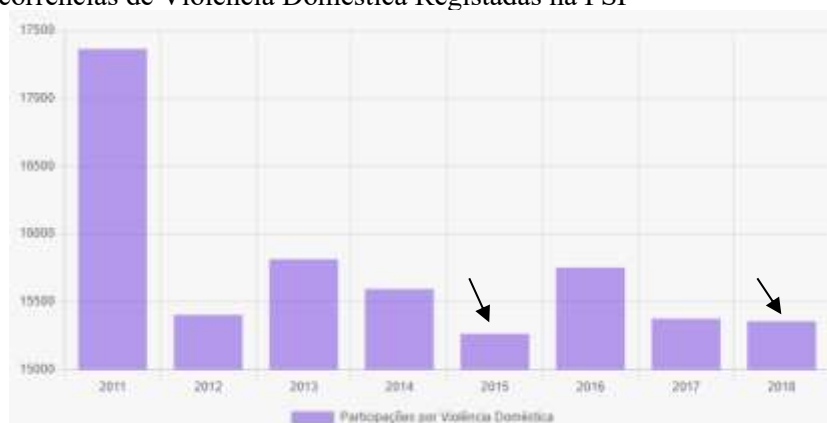
Figura 6: Taxa de Criminalidade por Localização Geográfica (Portugal, Setúbal e Concelho em estudo)



Fonte: adaptado INE (2019a)

No que concerne à violência doméstica, apesar dos dados estatísticos evidenciarem, em 2018, uma descida de 0.9% do número de casos a nível nacional, em relação ao ano 2017, os valores mantêm-se alarmantes (RASI, 2019). Tal facto, é partilhado nas estatísticas apresentadas pela PSP na medida em que, apesar da oscilação de ocorrências registadas, em 2018 registou-se um número de participações por violência doméstica superior ao registado em 2015 (Figura 7), sendo que em 2017, no decorrer do acompanhamento à vítima, foram realizados 399923 contactos pós vitimização, 29252 planos de segurança e 13493 reforços de policiamento no local da ocorrência, residência ou local de trabalho da vítima (PSP, 2019). Numa totalidade de 333 223 crimes registados pelas autoridades, 22 423 correspondem a crimes de violência doméstica contra o cônjuge ou análogo em 2018 (INE, 2019b).

Figura 7: Ocorrências de Violência Doméstica Registadas na PSP

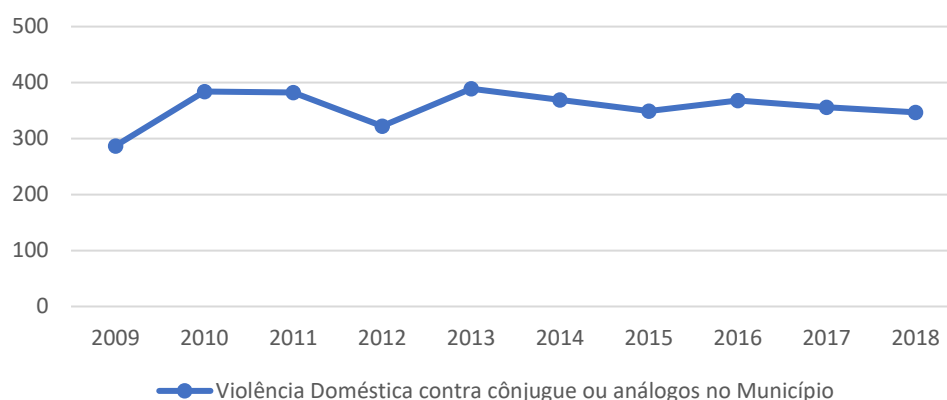


Fonte: PSP (2019)

Segundo a APAV (2019b), que regista um aumento de 31% do número de atendimentos entre 2016 e 2018, o crime contra pessoas constitui 96% da totalidade dos crimes e outras formas de violência sinalizados em 2018, sendo que 77,5% correspondem a crimes de violência doméstica, verificando-se um aumento relativamente a 2017 com 95% e 75,8%, respetivamente.

No município em estudo, as estatísticas de crimes registados por violência doméstica contra cônjuge ou análogos têm apresentado inúmeras oscilações, estando distante de um padrão de estabilidade. Desde 2013 que os valores se mantêm acima de 346 casos registados pelas autoridades policiais, com 347 casos em 2018, valor superior ao apresentado em 2009 (287 casos), em 2012 (322 casos) e muito próximo do registado em 2015 (349 casos), não se verificando uma redução significativa de crimes nesta categoria (Figura 8) (PORDATA, 2020).

Figura 8: Número de Casos de Violência Doméstica Contra Cônjuge ou Análogos no Município em estudo



Fonte: Adaptado PORDATA (2020)

Em 2018, a APAV (2019b) apresenta registo de um total de 84 pessoas apoiadas no concelho da área de abrangência da UCC, aumento de uma unidade relativamente a 2017.

Relativamente a dados específicos acerca da ocorrência de situações de violência no namoro, segundo o Observatório de Violência no Namoro, em 2018, registaram-se 101 denúncias a nível nacional, em que 2 casos ocorreram no distrito de Setúbal, valor superior ao registado em 2017 de 94 denúncias (API, 2019).

Perante os dados apresentados é possível verificar que a violência doméstica é uma problemática no concelho em estudo na medida em que, apresenta dados estatísticos muito oscilantes ao longo dos anos e, mesmo quando se verifica uma diminuição das ocorrências,

os valores são ainda elevados e significativos em relação a anos anteriores, continuando a constituir um problema com necessidade de intervenção.

No sentido de obter informação qualitativa para complementar a informação quantitativa acima descrita, segue-se a exposição e análise do *Focus Group*.

2.1.3.2 *Focus Group*

Por forma a auferir de informação mais pormenorizada sobre a temática, recolher dados essenciais para a caracterização do problema e necessidades de saúde, compreender as perspetivas de diferentes pessoas sobre o fenómeno em análise e avaliar a pertinência de desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária no âmbito da violência no namoro em contexto escolar, recorreu-se à **Pesquisa de Consenso** entre peritos através da técnica do *Focus Group*. Para Tavares (1990) “um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável” (p. 64).

Tratando-se de uma estratégia valiosa para os investigadores qualitativos, o *Focus Group*, também designado como grupo de discussão, é uma técnica utilizada para a recolha de dados que pode ser empregue em diferentes momentos do processo de investigação (Silva, Veloso & Keating, 2014). Para Streubert & Carpenter (2011) são vantagens apresentadas por esta técnica o facto de ser económica, flexível, estimulante, cumulativa, elaborada e capaz de produzir dados ricos, contribuindo também para a compreensão do tópico em análise (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Como principal desvantagem é referida a influência que membros mais fortes de um grupo possam exercer sobre as verbalizações dos restantes elementos (Streubert & Carpenter, 2011) e a possibilidade de se estar sujeito às dispersões próprias do grupo e à interferência do moderador (Silva, Veloso, & Keating, 2014). Segundo a literatura, a dimensão de participantes no *Focus Group* deve variar entre seis a doze elementos e o registo dos dados, devido à sua complexidade na transcrição, deve ser sustentado em gravação áudio ou vídeo-gravação por forma a agilizar todo o processo (Barrett & Twycross, 2018).

Deste modo, para a realização do *Focus Group* foram convidados elementos de diferentes entidades da comunidade, considerados peritos em relação ao tema da violência doméstica/violência no namoro e às necessidades da população do concelho, com ênfase no contexto escolar. Perito é quem detém conhecimento profundo acerca de determinado domínio e detém a perícia e habilidades dirigidas a um fim específico, é alguém cujo saber

e educação, na perspectiva científica e na prática, é reconhecido (Nunes, 2010). Para Benner (2001), o perito sustenta a sua ação na experiência e na compreensão intuitiva das situações, apreendendo diretamente o problema sem diagnósticos proditórios e apresentando um desempenho altamente complexo e eficaz.

O grupo de discussão foi constituído por seis elementos: moderadora; Sr.^a Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária da UCC, enquanto elemento conhecedor dos problemas e necessidades da população a exercer funções na Unidade e em contexto de saúde escolar há 8 anos; Sr.^a Enfermeira da UCC, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a desempenhar funções na área da saúde escolar há 9 anos, gestora de caso durante 8 anos na CPCJ, membro do NACJR, membro da equipa EPVA e do grupo de trabalho sobre Mutilação Genital Feminina; Sr. Agente da PSP, elemento da PSP do concelho ligado à área da violência doméstica e com intervenção nas escolas junto dos adolescentes desde 2006; Sr.^a Professora, do 3º ciclo do ensino básico e ensino secundário há 25 anos, membro do PES de uma escola do concelho desde 2006 e conhecedora do contexto escolar e das necessidades dos adolescentes; e Sr.^a Psicóloga, a desempenhar funções de psicologia e orientação em contexto escolar há 20 anos, os últimos dos quais no concelho em estudo. Foi também convidado outro elemento Agente da PSP, com experiência de intervenção a nível escolar no concelho que, por questões profissionais, não pode comparecer.

O *Focus Group* foi realizado nas instalações de uma escola secundária do concelho, sob gravação áudio e teve duração de 50 minutos. Foram salvaguardadas as questões éticas, com a explicação do objetivo do grupo de discussão, pedido de autorização da gravação áudio e assinatura do consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice I). Segundo Fortin (2009), o consentimento esclarecido implica que a pessoa obteve a informação essencial, que entende o seu conteúdo e compreende a natureza do consentimento voluntário que dá. Tal como descrito no guião do *Focus Group* (Apêndice II) e considerando os pressupostos estudados por Reforço (2018) acerca da temática, o desenvolvimento da discussão teve por base cinco questões abertas: “A violência doméstica é um problema no concelho?”, “A violência no namoro é um problema a nível escolar no concelho?”, “Como podemos contribuir para resolver o problema?”, “A nível preventivo, quais as estratégias a utilizar?” e “Qual a população alvo prioritária?”. Foi efetuada transcrição integral da gravação áudio e devolvido os respetivos verbatim aos peritos para aprovação, assegurando o anonimato dos intervenientes e identificando apenas as entidades da comunidade representadas.

O tratamento e análise dos dados foi formalizado através da análise de conteúdo, de acordo com Bardin (2018). Segundo a autora, na análise de conteúdo a primeira fase corresponde à pré-análise que consiste na organização dos dados, no sentido de se constituir um *corpus* de análise, para serem submetidos aos procedimentos analíticos, conseguido através da transcrição do *Focus Group*. Seguiu-se a codificação dos dados por tema, uma vez que este é frequentemente utilizado como unidade de registo para o estudo de motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências, procedendo-se assim à divisão do corpo do trabalho em unidades de registo e unidades de contexto, em torno de um processo de categorização. Procedeu-se então à construção da matriz de análise, onde as unidades de registo e contexto foram agrupadas em categorias e subcategorias (Apêndice III). As categorias foram criadas *à priori*, baseadas no guião do *Focus Group*, e as subcategorias emergiram da análise dos dados, tendo sido cumpridas as regras da exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade (Bardin, 2018). Os resultados são apresentados sumariamente no Quadro 2, sendo a matriz de análise integral retratada no Apêndice III.

Quadro 2: Análise de Conteúdo do *Focus Group*

Dimensão: Violência Doméstica/Violência no Namoro		
Categorias	Subcategorias	Frequência
Violência doméstica como problema no concelho	Problema atual e grave	5
	Problema oculto	4
	Problema em diversas faixas etárias e estado civil	4
	Motivo de aumento das avaliações de risco	4
	Vítimas indiretas	2
Violência no namoro como problema a nível escolar no concelho	Problema comum e transversal	11
	Problema de género	3
Contributos para resolver o problema da violência	Rede de apoio	6
	Formação e sensibilização dos profissionais de saúde	3
	Apoio equipa especializada	1
Estratégias para prevenir a violência	Abordagem da temática pela forma positiva	7
	Educação para a saúde	6
Grupos prioritários de intervenção	Adolescentes	5
	Escolas	5
	Família	4

O *Focus Group* foi desenvolvido tendo por base o tema da violência doméstica/violência no namoro e a primeira questão, que definiu a primeira categoria, procurou compreender se constituía um problema no concelho, sendo que as respostas geradas, por três dos cinco peritos, foram consensuais, afirmativas e com valores de frequência consideráveis, originando cinco subcategorias. É reconhecido que os indicadores estatísticos não têm

sofrido aumento nem diminuição vertiginosa, mas têm mantido oscilações entre valores ainda preocupantes e com a agravante do aumento da gravidade dos casos reportados, sendo que o número de avaliações de risco pela PSP está a aumentar exponencialmente e a grande maioria dos casos mantêm-se ocultos e não são reportados, ou reportados ao fim de alguns anos, havendo cada vez mais vítimas indiretas. O parecer do representante da PSP, com conhecimento de dados atuais, foi crucial para compreender a magnitude do problema, indo ao encontro do que relata a literatura no sentido da crescente preocupação com a temática enquanto problema grave de saúde pública (OMS, 2014).

Transpondo a violência doméstica, mais propriamente a violência no namoro, para o contexto escolar no concelho em estudo, representada pela segunda categoria, foi possível verificar um consenso nas respostas dos intervenientes com identificação de duas subcategorias, com uma frequência máxima registada de aparecimento na matriz de análise como problema comum e transversal, como descrito na literatura por Caridade & Machado (2013). É salientado o facto de perceberem que os adolescentes já viveram situações de violência nas suas relações, mas que não as souberam identificar ou não as categorizaram como formas de violência, o que vai de encontro ao exposto por Ameral, Reed, & Hines (2017). É igualmente referido que as raparigas tendem a ser mais manipuladoras e emotivas e os rapazes mais agressivos, constituindo um problema de género, corroborado pelo estudo de Silva (2017).

Como contributos para tentar minimizar ou resolver a problemática, a terceira categoria que apresenta três subcategorias, é evidenciado consensualmente o aumento da rede de apoio, progressivamente mais preparada e coordenada, com uma frequência de exibição distinta. Salienta-se também os esforços que se tem realizado com várias entidades do concelho, permitindo auferir de crescente apoio de equipas especializadas e de profissionais de saúde sensibilizados e com formação para acompanhamento e encaminhamento das vítimas em situação de violência. Na quarta categoria, a título preventivo, os peritos defendem uma abordagem da temática pela positiva, expressa por uma frequência bastante elevada de aparecimento na matriz de análise, apelando às relações de namoro saudáveis e à aprendizagem na gestão de conflitos e emoções. A EpS, com intuito de educar e ensinar sobre padrões relacionais saudáveis e não saudáveis e suas características, é uma estratégia a adotar, unânime entre o todo o grupo de peritos, perfazendo a segunda subcategoria. A importância da prevenção assente no aumento da literacia dos indivíduos é valorizada pelos peritos, indo ao encontro dos pressupostos de Ventura (2014).

No que respeita aos grupos prioritários de intervenção, que retrata a quinta categoria, os peritos são consensuais na sinalização dos adolescentes e do contexto escolar, com elevadas e iguais frequências, como alvos mais relevantes e acessíveis, como referido na literatura por diversos autores (Wolitzky-Taylor, et al., (2008); Veríssimo, et al., (2013); DGS, (2015a)), sendo a família também identificada como elemento importante de intervenção, totalizando três subcategorias.

É de realçar que durante a discussão do tema não se verificou dissonância entre as opiniões verbalizadas pelos diferentes peritos, tendo-se verificado uma participação mais ativa do elemento representante da PSP e uma participação exígua da Sr.^a Psicóloga, sendo que a Sr.^a Professora e as Sr.^{as} Enfermeiras participaram moderadamente e com enfoque nas estratégias de prevenção da violência e sua importância junto dos jovens, na vertente das relações de namoro.

A análise do *Focus Group* permite compreender que, entre o grupo de peritos e representantes de várias entidades da comunidade, existe consenso em como a violência no namoro é uma problemática cada vez mais presente entre os adolescentes, muitas vezes de forma crédula, sendo unânime a necessidade de atuar junto dos mesmos através de ações que aumentem a literacia acerca da temática e no sentido de os capacitar para a adoção de comportamentos saudáveis e livres de violência nas relações de namoro. Neste sentido, foi possível reiterar a pertinência do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, em consonância com a evidencia científica disponível, e indo ao encontro do inicialmente sinalizado pelos elementos da equipa da UCC.

Tendo por base os resultados acima descritos, procedeu-se à elaboração dos diagnósticos de enfermagem, por forma a direcionar a intervenção e os resultados esperados.

2.1.4 Diagnósticos de Enfermagem

Entende-se por diagnóstico de enfermagem um julgamento clínico que direciona as intervenções e os resultados esperados, permitindo que o enfermeiro desenvolva um plano de cuidados adequado à situação, tendo por base uma nomenclatura padronizada (NANDA, 2018). Por forma a proporcionar a tomada de decisão clínica informada, a comunicação, a continuidade dos cuidados e sua qualidade é essencial enunciar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (OE, 2016), o que permite legitimar o projeto desenvolvido e assegurar a qualidade dos cuidados.

No sentido de gerar dados fiáveis e válidos acerca do projeto realizado, optou-se pela utilização de uma terminologia padronizada, enunciando os diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE – Versão 2015 (OE, 2016). Após o tratamento e análise dos dados obtidos através do *Focus Group*, e tendo por base o MPSNP (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) que sustenta o presente projeto, apresentam-se os diagnósticos de enfermagem no Quadro 3.

Quadro 3: Diagnósticos de Enfermagem segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a CIPE (versão 2015)

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	CIPE (versão 2015)
Caraterísticas e experiências individuais	Relacionamento comprometido no namoro relacionado com falta de informação dos adolescentes sobre a violência.
Cognições e os afetos específicos do comportamento que se quer alcançar	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento baixo dos adolescentes sobre a violência e sua natureza relacionado com falta de informação, manifestado por atitudes violentas.- Conhecimento baixo dos adolescentes sobre as características das relações de namoro saudáveis relacionado com falta de informação, manifestado por atitudes violentas.- Conhecimento baixo dos adolescentes sobre as características das relações de namoro não saudáveis, relacionado com falta de informação, manifestado por atitudes violentas.
Comportamento de promoção da saúde desejável	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar os adolescentes relativamente à temática da violência e sua natureza;- Ensinar os adolescentes sobre as características das relações de namoro saudáveis;- Ensinar os adolescentes sobre as características das relações de namoro não saudáveis.

Perante estes diagnósticos, é possível perceber a necessidade de atuar na prevenção da violência entre os adolescentes, contribuindo para a promoção de relações de namoro saudáveis e saúde dos mesmos. Considerando o MPSNP, é possível desenvolver uma intervenção comunitária baseada em ações de promoção da saúde e na consequente mudança de comportamento dos adolescentes (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Tendo por base o comportamento anterior dos adolescentes nas relações de namoro, referido pelos peritos como violento, e intervindo nas cognições e nos afetos específicos sobre o comportamento que se quer alcançar, neste caso na falta de conhecimento dos adolescentes sobre a violência e sua natureza e sobre as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, é possível, numa ação assente na EpS, que os adolescentes se mantenham no comportamento de promoção da saúde desejado, e que sejam capazes de adotar comportamentos saudáveis, não violentos, nas suas relações de namoro.

Na impossibilidade de intervir junto de todos os adolescentes do concelho em estudo, segue-se a definição da população alvo de intervenção deste projeto.

2.1.5 População Alvo e Amostra

Segundo Fortin (2009), população é uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, previamente definidas por uma série de critérios e a população alvo é uma população particular sujeita a um estudo. Neste seguimento, a população acessível é constituída pela fração da população alvo que é acessível ao investigador e deve ser sua representativa (Fortin, 2009).

Por consequente, para desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, de acordo com os dados anteriormente apresentados e legitimados pelo grupo de peritos, definiu-se como população alvo os adolescentes de uma escola secundária do concelho. Como população acessível elegeu-se os adolescentes de uma escola secundária do concelho a frequentar o 8º ano de escolaridade, justificado pela informação recolhida junto dos peritos e patente na revisão da literatura inicialmente apresentada, pela disponibilidade de horários das turmas para a intervenção comunitária e pelo limite temporal de intervenção imposto pelo estágio, não sendo possível intervir em todas as turmas dos diferentes anos de escolaridade. A escolha de determinada escola para implementação do projeto prendeu-se com o facto de pertencer ao concelho, abranger o 3º ciclo e ensino secundário e fazer parte da área de atuação da UCC, e da Sr. Enfermeira Orientadora, no âmbito do plano de ação do programa de Saúde Escolar. Os critérios apresentados foram validados por duas peritas, Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública.

Neste sentido, o projeto desenvolvido teve uma amostra total de 140 adolescentes ($n= 140$) para intervenção, referente aos alunos a frequentar as 5 turmas do 8º ano da escola selecionada. Considera-se uma amostra de conveniência, na medida em que foi selecionado um grupo de adolescentes disponíveis para implementar a intervenção comunitária, tendo por base a utilização de um método de amostragem não probabilístico, assente em critérios de escolha intencional sistematicamente utilizados no sentido de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (Carmo & Ferreira, 2008).

Por forma a intervir junto da população alvo e satisfazer as necessidades identificadas no diagnóstico da situação, é fundamental determinar as prioridades para orientar as escolhas e

direcionar as decisões, uma vez que nem todas as necessidades podem ser satisfeitas ao mesmo tempo ou ao nível desejado (Pineault, 2016).

2.2 Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde e traduz-se num processo de tomada de decisão, compreendendo a hierarquização dos problemas identificados na etapa anterior. São aspetos fundamentais a definição dos critérios de decisão e a estimativa e comparação dos problemas (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Tavares (1990), apesar de não existirem critérios universais e a sua seleção ser muito subjetiva, devem ser selecionados três ou quatro para a determinação de prioridades, existindo várias técnicas que podem ser utilizadas para o efeito.

Neste sentido, por forma a estabelecer prioridades através dos diagnósticos de enfermagem, recorreu-se à técnica de **Grelha de Análise**, partindo dos seguintes critérios: importância do problema (critério 1), relação entre o problema e os fatores de risco (critério 2), capacidade técnica de resolver o problema (critério 3) e exequibilidade do projeto ou intervenção (critério 4). A grelha de análise permite atribuir sucessivamente uma classificação (+) ou (-) de uma forma sequencial aos critérios mencionados, obtendo-se um resultado, a partir de valores já inscritos na grelha, que pode variar de 1 (prioridade máxima) a 16 (prioridade mínima) (Anexo II) (Tavares, 1990). A determinação de prioridades é apresentada detalhadamente no Quadro 4.

Quadro 4: Grelha de Análise para Determinação de Prioridades

Diagnóstico/Problema	Critério 1	Critério 2	Critério 3	Critério 4	Recomendações/ Prioridade
Conhecimento baixo dos adolescentes sobre a violência e sua natureza	(+)	(+)	(-)	(+)	3
Conhecimento baixo dos adolescentes sobre as características das relações de namoro saudáveis	(+)	(+)	(-)	(+)	3
Conhecimento baixo dos adolescentes sobre as características das relações de namoro não saudáveis	(+)	(+)	(-)	(+)	3

Na grelha de análise, ao critério importância do problema foi atribuído (+) em todos os problemas. Após a análise dos dados apresentados, foi possível determinar que a violência é um problema no concelho, existindo consenso acerca da sua importância entre os peritos, sendo que a intervenção nestes diagnósticos é crucial para dissipar muitos dos

comportamentos violentos dos adolescentes nas suas relações de namoro, muitas vezes praticados de forma irrefletida e relacionados com a sua falta de conhecimento sobre a temática.

Relativamente à relação entre o problema e os fatores de risco, os determinantes da violência são conhecidos e, baseado no modelo ecológico da OMS, são identificados como fatores de risco associados à violência nas relações de intimidade: fatores individuais, fatores relacionais, fatores comunitários e fatores sociais (DGS, 2016), como abordado anteriormente neste relatório, pelo que se classificaram os diagnósticos como (+). Considera-se possível uma intervenção ao nível dos determinantes, baseada na capacitação e aumento da literacia dos adolescentes relativamente à violência, sua natureza, manifestações e complicações e sobre as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, por forma a reduzir o risco e modificar comportamentos.

Considerando que a violência é um problema de saúde pública complexo e com impacto a nível nacional (OMS, 2014; DGS, 2016), é reconhecido que, mesmo intervindo nos diagnósticos identificados, não existe capacidade técnica para a sua resolução integral, pelo que se classifica este critério com (-). Mesmo que se verifique aumento do conhecimento dos alunos relativamente à temática da violência, não é possível assegurar inquestionavelmente que não pratiquem atitudes violentas, procurando-se deste modo atuar a nível preventivo e nos comportamentos de promoção da saúde junto dos mesmos, indo ao encontro das necessidades identificadas pelo grupo de peritos na pesquisa de consenso.

O critério de exequibilidade do projeto foi classificado com (+) em todos os diagnósticos, uma vez que existem condições e disponibilidade de recursos para sua consecução. Tratando-se de um projeto de intervenção comunitária desenvolvido no âmbito do plano de ação do programa de Saúde Escolar da UCC em parceria com o PES da escola selecionada, os recursos existem e apenas necessitam de ser mobilizados, existindo disponibilidade das entidades referidas.

Por forma a sustentar todos os critérios de decisão acima descritos, recorreu-se a uma reunião formal com **informadores-chave** considerados **peritos** na área em estudo, diferentes dos peritos que participaram na identificação de problemas e necessidades na etapa do diagnóstico da situação tal como preconizado por Tavares (1990), nomeadamente: Sr.^a Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Sr.^a Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, que validaram todo o procedimento.

Considerando que se obteve um nível de prioridade 3 para os três diagnósticos/problemas e tendo em conta que os mesmos se interrelacionam, em consenso com os peritos foi determinado que os 3 diagnósticos eram prioritários para intervenção.

2.3 Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos determina a terceira etapa do Planeamento em Saúde e constitui um dos passos decisivos de um projeto (Tavares, 1990). Trata-se de “uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 77). Para uma precisa consecução desta etapa, devem ser percorridas 4 fases, sendo a primeira fase a seleção dos indicadores dos problemas prioritários, em que um indicador exibe “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p. 120). Os principais tipos de indicadores são os indicadores de resultado ou de impacto, que permitem mensurar as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema, e os indicadores de atividade ou de execução que permitem quantificar a atividade desenvolvida (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993).

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem estabelecidos, foram definidos os seguintes **indicadores de execução**:

- Taxa de intervenção do Projeto: número de SEpS realizadas/número de SEpS planeadas;
- Taxa de participação na intervenção (SEpS): número alunos que participaram nas SEpS/número total alunos;
- Taxa de importância atribuída à intervenção: número de alunos que consideraram a intervenção importante/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de interesse dos temas apresentados: número de alunos que consideraram os temas do seu interesse/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de adequação da informação fornecida: número de alunos que consideraram adequada a informação fornecida/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas: número de alunos satisfeitos com o esclarecimento de dúvidas/número total de alunos que participaram na intervenção;

- Taxa de adequação da duração da intervenção (SEpS): número de alunos que consideraram a duração das SEpS adequada/número total de alunos que participaram na intervenção.
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às características das relações de namoro saudáveis: número de alunos que identificaram corretamente uma característica das relações de namoro saudáveis/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas: número de alunos que identificaram em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de conhecimento dos alunos em como o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro: número de alunos que identificaram que o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa: número de alunos que identificaram que numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às formas de violência (natureza) que existem: número de alunos que identificaram corretamente quantas formas de violência existem/número total de alunos que participaram na intervenção;

Relativamente aos indicadores de resultado, que objetivam medir a evolução desejada e executável do problema de saúde diagnosticado, as suas metas só são passíveis de avaliar a médio prazo (Imperatori & Giraldes, 1993). Contudo, e apesar da limitação temporal inerente ao período de realização do estágio final, por forma a sustentar o projeto desenvolvido, foram definidos os seguintes **indicadores de resultado**:

- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às características das relações de namoro saudáveis, 6 meses após a intervenção: número de alunos que identificam corretamente uma característica das relações de namoro saudáveis, 6 meses após a intervenção/número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas, 6 meses após a intervenção: número de alunos que

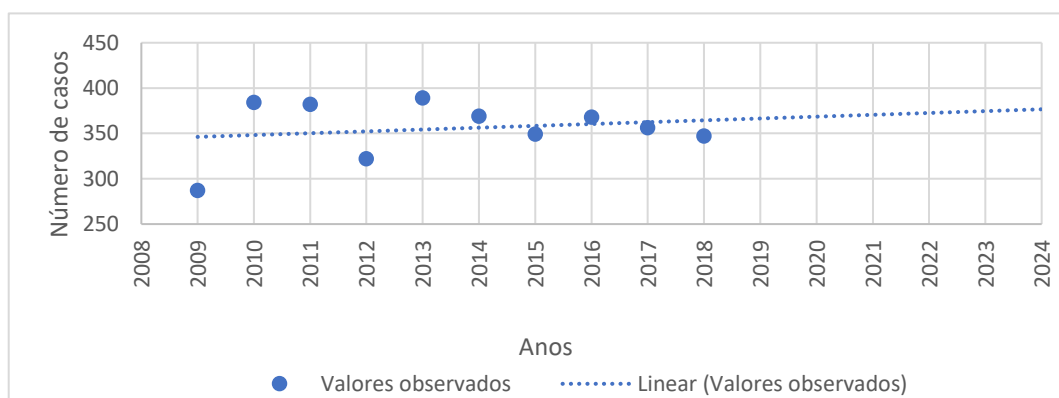
identificam em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas, 6 meses após a intervenção/número total de alunos que participaram na intervenção;

- Taxa de conhecimento dos alunos em como o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro, 6 meses após a intervenção: número de alunos que identificam que o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro, 6 meses após a intervenção /número total de alunos que participaram na intervenção;
- Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa, 6 meses após a intervenção: número de alunos que identificam que numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa, 6 meses após a intervenção/número total de alunos que participaram na intervenção.
- Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às formas de violência (natureza) que existem, 6 meses após a intervenção: número de alunos que identificam corretamente quantas formas de violência (natureza) existem, 6 meses após a intervenção/número total de alunos que participaram na intervenção.

Segue-se a fase da determinação da tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários que objetiva determinar a situação do problema no futuro com base na sua evolução natural do passado (Tavares, 1990).

Sendo a violência considerada um problema de saúde pública e uma área prioritária de intervenção a nível nacional e mundial (Dahlberg & Krug, 2007; OMS, 2014), torna-se pertinente na redação deste relatório determinar a tendência do problema para os próximos anos. Considerando que, a nível de crimes registados pelas polícias e seus indicadores, a violência no namoro entra na categoria dos crimes de violência doméstica contra cônjuge ou análogos, efetuou-se, com base nos dados estatísticos disponíveis em PORDATA (2020) para o município em estudo, a projeção da sua tendência para o intervalo temporal 2019-2024 (últimos dados estatísticos datam de 2018) (Gráfico 1). Por forma a manter o rigor na determinação da tendência natural do problema e projeção do número de crimes de violência doméstica, optou-se por recorrer ao método dos mínimos-quadrados por permitir extrapolar objetivamente valores para o futuro (Tavares, 1990), tendo sido os dados tratados com recurso ao programa informático Microsoft Excel. É possível consultar detalhadamente todos os cálculos efetuados no Apêndice IV (Quadro 10).

Gráfico 1: Determinação da Tendência Natural e Projeção do Número de Casos de Violência Doméstica no Concelho



Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Ao analisar o Gráfico 1 é possível observar que a curva de tendência (tracejado) não acompanha sincronicamente os valores reais apresentados, referentes ao número de casos de violência doméstica. Tal evidência relaciona-se com o facto de se registar uma oscilação do número de casos ao longo dos anos, não apresentando uma tendência regular, sendo que em 2009 e 2012 registou-se um número de crimes mais baixo em relação aos restantes anos e nos últimos anos, 2015 a 2018, essa diferença é mínima, tal como exposto anteriormente neste relatório. Deste modo, apesar de alguma reserva em relação à tendência determinada, é possível concluir que nos próximos anos projeta-se um aumento do número de casos de violência doméstica no concelho, justificando mais uma vez a pertinência do projeto de intervenção desenvolvido.

A terceira fase corresponde à fixação dos objetivos a atingir que, a nível estrutural, devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, e conter na sua formulação 5 elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido. O objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir e é formulado de uma forma genérica, e os objetivos específicos particularizam aspetos da mesma situação (Tavares, 1990). Para este projeto de intervenção comunitária foi definido como **objetivo geral:**

- Contribuir para a capacitação dos alunos do 8º ano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.

Como **objetivos específicos** foram definidos:

- Instruir os alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, sobre a temática da violência no namoro, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019;
- Ensinar os alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, sobre as características das relações de namoro saudáveis, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019;
- Ensinar os alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, sobre as características das relações de namoro não saudáveis, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019;
- Explicar aos alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, as formas de violência (natureza) que existem, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.

A última fase diz respeito à tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas que são os enunciados dos resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades, sendo traduzidos em indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Neste sentido, considerando os indicadores de execução, os objetivos específicos previamente definidos e o tempo disponível para a implementação do projeto, foram definidas as respetivas metas que se preveem atingir a curto prazo e se relacionam diretamente com os diagnósticos de enfermagem, priorizados para intervenção (Quadro 5).

Quadro 5: Metas definidas para cada Indicador de Execução e Objetivo Específico

Objetivos Específicos	Indicadores de Execução	Metas
Instruir os alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, sobre a temática da violência no namoro, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.	Taxa de intervenção do Projeto.	Realizar 100% das SEpS.
	Taxa de participação na intervenção.	Que 80% dos alunos assistam às SEpS.
	Taxa de importância atribuída à intervenção.	Que 80% dos alunos considerem a intervenção importante.
	Taxa de interesse dos temas apresentados.	Que 80% dos alunos considerem os temas apresentados do seu interesse
	Taxa de adequação da informação fornecida.	Que 80% dos alunos considerem adequada a informação fornecida.
	Taxa de satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas.	Que 80% dos alunos estejam satisfeitos relativamente ao esclarecimento de dúvidas.
	Taxa de adequação da duração da intervenção.	Que 80% dos alunos considerem a duração das SEpS adequada.
Ensinar os alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, sobre as características das relações de namoro saudáveis, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.	Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às características das relações de namoro saudáveis	Que 80% dos alunos identifiquem corretamente uma característica das relações de namoro saudáveis.
Ensinar os alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, sobre as características das relações de namoro não saudáveis, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.	Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas.	Que 80% dos alunos identifiquem que numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas.
	Taxa de conhecimento dos alunos em como o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro.	Que 80% dos alunos identifiquem que o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro.
	Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa.	Que 80% dos alunos identifiquem que numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa.
Explicar aos alunos, do 8ºano de escolaridade de uma escola secundária do concelho, as formas de violência (natureza) que existem, no período de 9 de setembro a 19 de dezembro de 2019.	Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às formas de violência (natureza) que existem.	Que 80% dos alunos identifiquem corretamente quantas formas de violência (natureza) existem.

Relativamente aos indicadores de resultado as suas metas só deverão ser avaliadas a médio prazo (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Por forma a permitir uma avaliação criteriosa da intervenção realizada, considerou-se pertinente pela mestrande e por duas peritas, Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em

Enfermagem de Saúde Pública, realizar uma avaliação dos conhecimentos adquiridos 6 meses após a intervenção, através da aplicação do teste diagnóstico idêntico ao aplicado aos alunos no início e término das SEpS aquando a intervenção, que será clarificado nos próximos subcapítulos deste relatório. As metas definidas para os indicadores de resultado definidos são apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6: Metas definidas para cada Indicador de Resultado

Indicador de Resultado	Metas
Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às características das relações de namoro saudáveis, 6 meses após a intervenção.	Que 65% dos alunos dos alunos identifiquem corretamente uma característica das relações de namoro saudáveis.
Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas, 6 meses após a intervenção.	Que 65% dos alunos identifiquem que numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas.
Taxa de conhecimento dos alunos em como o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro, 6 meses após a intervenção	Que 65% dos alunos identifiquem que o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro.
Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa, 6 meses após a intervenção.	Que 65% dos alunos identifiquem que numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa.
Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às formas de violência (natureza) que existem, 6 meses após a intervenção.	Que 65% dos alunos identifiquem corretamente quantas formas de violência (natureza) existem.

Após a definição dos indicadores de execução e resultado, fixação de objetivos e determinação de metas, segue-se a seleção de estratégias a executar para as alcançar.

2.4 Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias é a quarta etapa do processo de Planeamento em Saúde e permite a seleção coerente e ordenada do conjunto de técnicas a aplicar a fim de atingir os objetivos previamente fixados e reduzir os problemas de saúde prioritários (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, a sua consecução requer criatividade e assenta em diversas etapas que devem ser ajustadas a cada projeto, sendo descritas neste relatório as mais relevantes para o projeto de intervenção comunitária desenvolvido.

2.4.1 Critérios de Conceção

Foram estabelecidos os seguintes critérios de conceção de estratégias:

- O limite temporal para implementação das estratégias definidas e consequente concretização do projeto de intervenção;

- A disponibilidade dos alunos participantes na intervenção, da professora responsável pelo PES e professores titulares da disciplina de Cidadania, das turmas do 8º ano da escola selecionada, para participarem no projeto;
- Intervenção comunitária pautada pela prevenção e promoção da saúde, suportada pelo MPSNP.

2.4.2 Modificações Necessárias

Considerando os objetivos a atingir e a redução dos problemas de saúde identificados, são várias as modificações necessárias, podendo classificar-se em várias categorias (Imperatori & Giraldes, 1993). Para a consecução deste projeto foram consideradas:

- **Modificações nos processos de trabalho:** foi necessário articular com a professora do PES e professores da disciplina de Cidadania para ajustes no processo de trabalho letivo, para cedência do horário de aula relativamente às turmas do 8ºano, para implementação do projeto de intervenção;
- **Modificações de atitudes:** intervenção pautada pelo MPSNP, em que através da aquisição de conhecimentos os adolescentes sejam capazes de se manter no comportamento de promoção da saúde desejado, ou seja, sejam capazes de modificar atitudes e adotar comportamentos saudáveis, não violentos, nas suas relações de namoro.

Tendo em conta os critérios, as modificações apresentadas, o limite temporal e os recursos existentes para implementação do projeto, foi previamente elaborado um esboço de estratégias potenciais em reunião com peritas na área, Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública. Após deliberação consensual, e tendo por base as linhas orientadoras de Tavares (1990), foram definidas as estratégias realizáveis.

2.4.3 Estratégias Realizáveis

São estratégias realizáveis:

- **Acessibilidade:** projeto de intervenção comunitária desenvolvido no regular funcionamento da Sr.^a Enfermeira Orientadora, proporcionando acesso privilegiado e facilitado ao contexto escolar e população-alvo;

- Otimização do trabalho em rede desenvolvido pela UCC no cumprimento do PNSE, integrando o programa de Saúde Escolar, permitindo a implementação do projeto de intervenção comunitária em contexto escolar;
- Persuasão: reunir formalmente com a professora responsável pelo PES da escola selecionada para intervenção, por forma a dar a conhecer o projeto e promover a participação e trabalho interdisciplinar;
- Articulação com a professora responsável pelo PES e docentes titulares das aulas de Cidadania das turmas do 8º ano, no sentido de agilizar todo o procedimento de modificações necessárias no processo de trabalho letivo;
- Aceitabilidade: envolver os docentes titulares das aulas de Cidadania das turmas do 8º ano no projeto de intervenção, fornecendo atempadamente informação pertinente sobre o mesmo e esclarecendo potenciais dúvidas;
- Divulgação do projeto de intervenção entre os alunos do 8ºano, através da colaboração dos docentes envolvidos, por forma a aumentar a taxa de adesão;
- Educação para a Saúde: realizar SEpS no âmbito do projeto *“Namorar com Consciência...Namorar sem Violência”* a todas as turmas do 8º ano de escolaridade da escola selecionada para intervenção.

Perante as estratégias apresentadas é possível referir que a principal linha de intervenção, de acordo com os diagnósticos previamente identificados, tem por base a **estratégia da EpS**. Para Pender, Murdaugh, & Parsons (2015), os indivíduos e famílias têm o direito à informação e a participarem ativamente na sua saúde, sendo indispensável possuírem conhecimentos para a tomada de decisões conscientes e informadas acerca da sua saúde e dos que os rodeiam. Por consequente, a OE (2001) defende que os enfermeiros para obterem a excelência no exercício da profissão, têm o dever de ajudar as pessoas a atingirem o máximo potencial de saúde, criando oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecendo informação promotora de conhecimentos e concomitantemente de novas capacidades à pessoa. Neste sentido, constituindo um dos instrumentos mais eficazes no processo de promoção da saúde, a EpS conduz a aprendizagens relacionadas com saúde e doença e produz mudanças no conhecimento e compreensão, o que pode levar a modificações nas convicções e atitudes, na aquisição de competências e a mudanças de comportamentos (Carvalho & Carvalho, 2006), indo ao encontro do MPSNP que sustenta este projeto. Sabendo que “para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem” (Carvalho & Carvalho, 2006, p. 21), é pretendido modificar as cognições e

afetar o comportamento através da percepção dos benefícios do comportamento de promoção da saúde, diminuindo as barreiras à ação e aumentando a autoeficácia percebida (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Neste sentido, o enfermeiro deve funcionar como elemento influenciador e contribuir para a capacitação, neste caso dos adolescentes, para a tomada de decisões conscientes e congruentes com comportamentos promotores de saúde, ou seja, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis.

Definidas as linhas de intervenção e formuladas as estratégias adequadas ao projeto de intervenção, segue-se a etapa da preparação operacional-programação.

2.5 Preparação Operacional – Programação

Constitui a quinta etapa do processo de Planejamento em Saúde e corresponde à operacionalização do projeto, onde são especificadas as atividades, definidas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos, por forma a dar resposta aos problemas de saúde prioritizados (Tavares, 1990).

Por forma a operacionalizar o projeto de intervenção comunitária com vista a obter maiores resultados, considerando todas as etapas descritas anteriormente, os objetivos, as metas e estratégias previamente definidas, o tempo limitado do estágio e os recursos existentes, foram desenvolvidas diversas atividades, previamente validadas com peritas na área, Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, ilustradas no Quadro 7.

Quadro 7: Atividades Realizadas no Projeto de Intervenção Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária	Estratégia Principal	Atividades Realizadas
<p>Área de Intervenção UCC: Saúde Escolar</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>“Namorar com Consciência... Namorar sem Violência”</i></p>	<p>Educação para a Saúde</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender</p>	<p>Sessões de Educação para a Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1ª SEpS: Relações de Namoro Saudáveis; • 2ªSEpS: Relações de Namoro não Saudáveis. Violência no Namoro. <p style="text-align: center;">Logótipo do Projeto</p> <p style="text-align: center;">Marcador Informativo</p> <p style="text-align: center;">Dispositivo Digital</p>

2.5.1 Sessões de Educação para a Saúde

Para operacionalizar o projeto de intervenção e programar as SEpS foi realizada uma reunião com Sr.^a Enfermeira Orientadora e Sr.^a Professora responsável pelo PES da escola selecionada, ambas conhecedoras do contexto escolar e população-alvo, selecionando-se as turmas do 8ºano de escolaridade (5 turmas) para intervenção.

Com vista a agilizar todo o processo foi sugerido, pela Sr.^a Professora, a utilização do período letivo das aulas de Cidadania para a realização das SEpS a cada turma, com conhecimento e colaboração dos professores titulares da disciplina. Enquanto processo educativo, a educação para a cidadania pretende contribuir para a formação de pessoas responsáveis, autónomas, solidárias, conhecedoras e capazes de exercer os seus direitos e deveres em diálogo e no respeito pelos outros, sendo a escola um importante contexto para tal aprendizagem, trabalhando diversas dimensões (DGE, 2013). Na dimensão da EpS e Sexualidade, que objetiva dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, salienta-se a importância da proteção da saúde e prevenção do risco na área da violência (DGE, 2013), justificando a pertinência da operacionalização do projeto no âmbito da referida disciplina.

No sentido de sustentar todo o projeto e orientar os conteúdos programados para cada SEpS, foi imperativo efetuar uma revisão da literatura na procura da melhor e mais atual evidência científica sobre a temática.

Por consequente, as SEpS foram planeadas e norteadas pelo MPSNP (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Tratando-se de uma intervenção situada ao nível da prevenção primária e assumindo uma visão salutogénica, procurou-se capacitar os adolescentes para a adoção de comportamentos positivos, saudáveis e não violentos nas suas relações de namoro atuais e futuras, focalizando os benefícios e diminuindo as barreiras para a ação, no sentido de aumentar a autoeficácia percebida e o compromisso com o plano de ação, por forma a conseguirem manter o comportamento promotor de saúde.

Desta forma, no período de 21 outubro de 2019 a 8 novembro de 2019 foram realizadas duas SEpS a cada turma (totalidade de 10 SEpS), temporalmente limitadas a 50 minutos, dinamizadas pela mestrande e pela Sr.^a Enfermeira Orientadora e com presença e colaboração dos professores titulares da disciplina de Cidadania (Quadro 8). Para operacionalização das SEpS utilizou-se o aplicativo informático Microsoft PowerPoint e, por forma a fomentar a aprendizagem e a aquisição de conhecimento, optou-se por

apresentações interativas com exposição de imagens, filmes e esquemas, permitindo a exploração de conteúdos de uma forma mais dinâmica e atrativa. As sessões foram estruturadas por forma a ir ao encontro das necessidades dos alunos, evitando a informação definida à priori e estimulando a reflexão e debate, tendo subjacente a promoção do respeito pelas diferenças individuais e a reflexão acerca das relações interpessoais, com ênfase nas relações de namoro. Para cada SEpS foi elaborado o respetivo plano de sessão (Apêndice V).

Quadro 8: Sessões de Educação para a Saúde por Turma

Sessões de Educação para a Saúde	Data/2019	Turmas 8º ano
1ª Sessão de Educação para a Saúde: “Relações de Namoro Saudáveis”	21 outubro	D
	22 outubro	B
	24 outubro	A
	25 outubro	C, E
2ª Sessão de Educação para a Saúde: “Relações de Namoro Não Saudáveis”	28 outubro	D
	29 outubro	B
	31 outubro	A
	8 novembro	C, E

Na primeira SEpS foi trabalhado o tema das relações de namoro saudáveis com o objetivo de dotar os alunos de conhecimentos sobre a temática, por forma a serem capazes de identificar e compreender as características de uma relação de namoro saudável e sua importância na adolescência. É de salientar que no início desta sessão, considerando que os conteúdos de um projeto baseado na EpS estão condicionados por aspetos como o conhecimento das pessoas a quem é dirigido (Carvalho & Carvalho, 2006), foi aplicado um teste de diagnóstico, enquanto estratégia pedagógica, permitindo aferir o conhecimento dos alunos e adequar as SEpS a desenvolver. A colaboração de peritas, Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública, na sua elaboração foi crucial, uma vez que teria de ser simples, para captar a atenção dos alunos no seu preenchimento, atingível e dirigido à temática da intervenção, optando-se pela construção de um teste de diagnóstico apenas com quatro questões fechadas (Apêndice VI). O Plano de Sessão encontra-se disponível no Apêndice V e os slides utilizados na apresentação desta SEpS estão disponíveis no Apêndice VII.

A segunda SEpS desenvolveu a temática das relações de namoro não saudáveis, e teve por objetivo dotar os alunos de conhecimentos sobre as características de uma relação de namoro não saudável, sobre o conceito de violência no namoro e sua natureza/forma e sobre os

principais sinais de alarme e consequências deste tipo de violência, por forma a serem capazes de identificar precocemente uma relação abusiva. O Plano de Sessão encontra-se disponível no Apêndice V e os slides utilizados na apresentação desta SEpS estão disponíveis no Apêndice VIII. Por ser a última SEpS, aplicou-se o teste de diagnóstico de conhecimentos (Apêndice VI), idêntico ao aplicado na primeira sessão, que permitiu avaliar a aquisição de conhecimentos dos alunos, e procedeu-se ao preenchimento do questionário de avaliação das sessões (Apêndice IX), por forma a perceber a satisfação dos alunos relativamente às mesmas.

2.5.2 Logótipo do Projeto

De modo a identificar visualmente o projeto de intervenção foi concebido o logótipo identificativo (Apêndice X). Tendo em conta os objetivos da intervenção, na sua conceção optou-se pela escolha de uma imagem alusiva à relação de namoro saudável, representada pelas figuras envoltas no coração, e por uma mensagem alusiva à disciplina de Cidadania, onde o projeto de intervenção foi desenvolvido. O logótipo concebido foi previamente validado pelas peritas que participaram e acompanharam todo processo operacional do presente projeto, Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermeira Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública.

Por forma a desenvolver a criatividade e originalidade, na primeira SEpS foi entregue aos alunos o logótipo do projeto em formato autocolante, com vista a fazer parte integrante do portfólio que cada um está a desenvolver no âmbito da disciplina de Cidadania.

2.5.3 Marcador Informativo

Procurou-se elaborar um dispositivo prático e informativo, que os alunos pudessem utilizar no seu quotidiano escolar. O marcador contempla o nome do projeto, o logótipo e conceitos relacionados com as relações de namoro saudáveis, pretendendo-se desta forma, consolidar conhecimentos e contribuir para a capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis nas suas relações de namoro, indo ao encontro das premissas orientadoras de Carvalho & Carvalho (2006).

O marcador informativo está disponível no Apêndice XI.

2.5.4 Dispositivo Digital

No sentido de suportar e fundamentar o presente projeto de intervenção comunitária assente na promoção da saúde, desenvolvido no âmbito do campo de ação do programa de Saúde Escolar da UCC, procedeu-se à elaboração de um dispositivo digital que engloba todos os conteúdos e conhecimentos pertinentes inerente ao projeto, permitindo de forma sistematizada a sua avaliação.

Em formato digital foi patenteada à UCC toda a informação relacionada com a justificação do projeto e com o desenvolvimento das SEpS, possibilitando a avaliação do mesmo a médio prazo e a sua reprodução em outras escolas do concelho estudado. O dispositivo integra a seguinte informação: justificação do projeto, planos de sessão com respetivo enquadramento teórico de cada temática, slides das SEpS, teste de diagnóstico de conhecimentos e questionário de avaliação das sessões.

O dispositivo constitui desta forma, um instrumento de trabalho que concentra e fundamenta a prática clínica assente em padrões de qualidade, funcionando como um alicerce para a decisão clínica em Enfermagem no âmbito da promoção da saúde.

Por forma a perceber o desenvolvimento do presente projeto de intervenção, as etapas percorridas, as atividades desenvolvidas e o tempo necessário para a realização e concretização de cada uma é apresentado o Cronograma de Atividades (Apêndice XII), que consiste num referencial para a execução, acompanhamento e avaliação do projeto, funcionando como uma ferramenta de gestão e organização ao longo do tempo (Carvalhosa, Domingos, & Sequeira, 2010).

Concluída a etapa da preparação operacional – programação do projeto, segue-se a avaliação das atividades realizadas e o seu impacto no grupo alvo.

2.6 Avaliação

A avaliação é a sexta e última etapa do processo de Planeamento em Saúde, e integra-se em cada uma das etapas anteriores (Tavares, 1990). Consistindo em um julgamento de valor, a sua função é determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos (Pineault, 2016), mediante o recurso a critérios e normas, efetuando também a confrontação entre objetivos e estratégias, em termos de adequação (Tavares, 1990). A avaliação resulta da mobilização de indicadores, que representam os dados observáveis e mensuráveis das variáveis do projeto

(Tavares, 1990), uma vez que é através deles que conhecemos a realidade e medimos os ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Considerando os indicadores de execução definidos e apresentados anteriormente, foi realizada a avaliação interna do projeto, que visa determinar o bom funcionamento dos serviços (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993) (Quadro 9).

Quadro 9: Avaliação Interna do Projeto, de acordo com as Metas e Indicadores de Execução definidos.

Indicadores de Execução	Metas	Avaliação
Taxa de intervenção do Projeto	Realizar 100% das SEpS	$(10/10) \times 100 = 100\%$
Taxa de participação na intervenção	Que 80% dos alunos assistam às SEpS	1ª SEpS: $(135/140) \times 100 = 96\%$ 2ª SEpS: $(135/140) \times 100 = 96\%$
Taxa de importância atribuída à intervenção	Que 80% dos alunos considerem a intervenção importante	$(135/135) \times 100 = 100\%$
Taxa de interesse dos temas apresentados	Que 80% dos alunos considerem os temas apresentados do seu interesse	$(131/135) \times 100 = 97\%$
Taxa de adequação da informação fornecida	Que 80% dos alunos considerem adequada a informação fornecida	$(135/135) \times 100 = 100\%$
Taxa de satisfação relativamente ao esclarecimento de dúvidas	Que 80% dos alunos estejam satisfeitos relativamente ao esclarecimento de dúvidas	$(135/135) \times 100 = 100\%$
Taxa de adequação da duração da intervenção	Que 80% dos alunos considerem a duração das SEpS adequada	$(126/135) \times 100 = 93\%$
Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às características das relações de namoro saudáveis	Que 80% dos alunos identifiquem corretamente uma característica das relações de namoro saudáveis	$(135/135) \times 100 = 100\%$
Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas	Que 80% dos alunos identifiquem que numa relação de namoro não é normal existirem atitudes violentas	$(131/135) \times 100 = 97\%$
Taxa de conhecimento dos alunos em como o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro	Que 80% dos alunos identifiquem que o ciúme não é uma característica saudável numa relação de namoro	$(128/135) \times 100 = 95\%$
Taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa	Que 80% dos alunos identifiquem que numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa.	$(115/135) \times 100 = 85\%$
Taxa de conhecimento dos alunos relativamente às formas de violência (natureza) que existem	Que 80% dos alunos identifiquem corretamente quantas formas de violência (natureza) existem	$(126/135) \times 100 = 93\%$

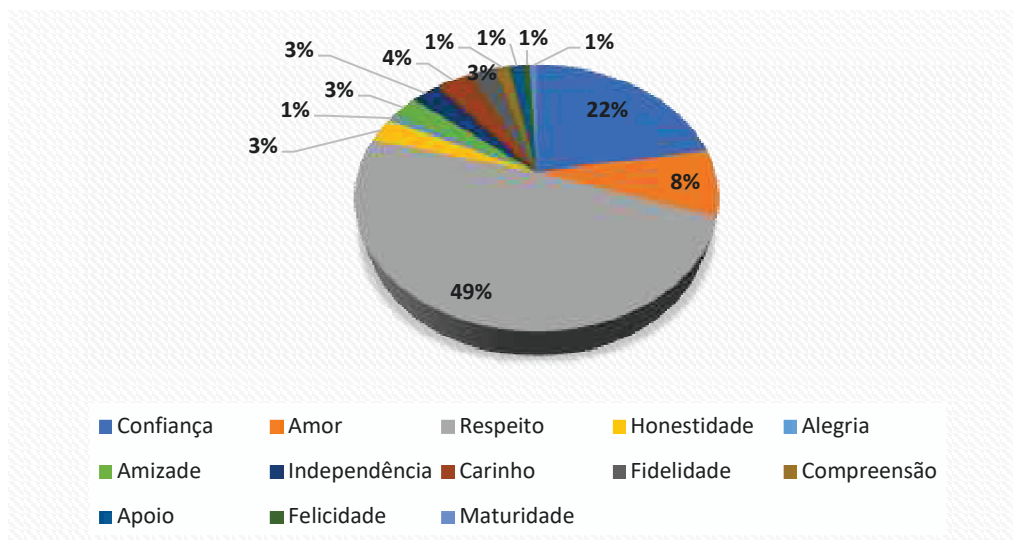
Atendendo aos dados apresentados no quadro anterior, é possível verificar que todas as metas definidas foram cumpridas e concomitantemente superadas.

No que respeita à primeira meta apresentada “realizar 100% das SEpS”, a mesma foi cumprida, na medida em que foram realizadas as 10 SEpS previamente delineadas, 2 SEpS a cada turma, perfazendo uma taxa de intervenção de 100%. Relativamente à taxa de participação, foi possível verificar que, em ambas as SEpS, estiveram presentes mais de 80% dos alunos, interessados e motivados, pelo que a respetiva meta foi cumprida com sucesso. Considerando a taxa de importância atribuída à intervenção, a meta definida foi cumprida e ultrapassada, verificando-se que 100% dos alunos consideraram os temas abordados pertinentes e profícuos para o estabelecimento de relações de namoro saudáveis e não violentas. Deste modo, foi possível verificar que 97% dos alunos demonstraram interesse pelos temas apresentados, ultrapassando a meta previamente definida, tendo os mesmos manifestado vontade de assistirem a mais SEpS sobre as temáticas desenvolvidas. A meta relativa à taxa de adequação da informação fornecida foi superada com uma avaliação de 100%, optando-se por uma transmissão clara e concisa da informação, adaptando-a à faixa etária dos alunos. Relativamente ao esclarecimento de dúvidas, 100% dos alunos ficaram satisfeitos, tendo compreendido os temas abordados e ficado esclarecidos. A meta concernente à adequação da duração das SEpS foi superada, com uma taxa de 93%, no entanto foi possível verificar que 7% dos alunos referiram que teria sido mais proveitoso trabalhar as temáticas em aulas de 90 minutos.

É de salientar que todos os indicadores e respetivas metas supracitadas foram avaliadas de acordo com o questionário de avaliação das SEpS (Apêndice IX) entregue na segunda e última sessão.

No que concerne às taxas de conhecimento, analisando o Quadro 9, é possível verificar que todas as metas foram cumpridas e superadas. Relativamente à “taxa de conhecimento dos alunos relativamente às características das relações de namoro saudáveis”, a avaliação foi realizada em sala de aula através de uma atividade realizada no fim da primeira SEpS, em que 100% dos alunos foram capazes de identificar corretamente uma característica das relações de namoro saudáveis. O Gráfico 2 ilustra as características identificadas pelos alunos na globalidade das turmas. É possível verificar que entre as várias características reconhecidas, as mais evidenciadas são: o respeito, referido por 49% dos alunos, a confiança, referenciada por 22% dos alunos e o amor, mencionado por 8% dos alunos.

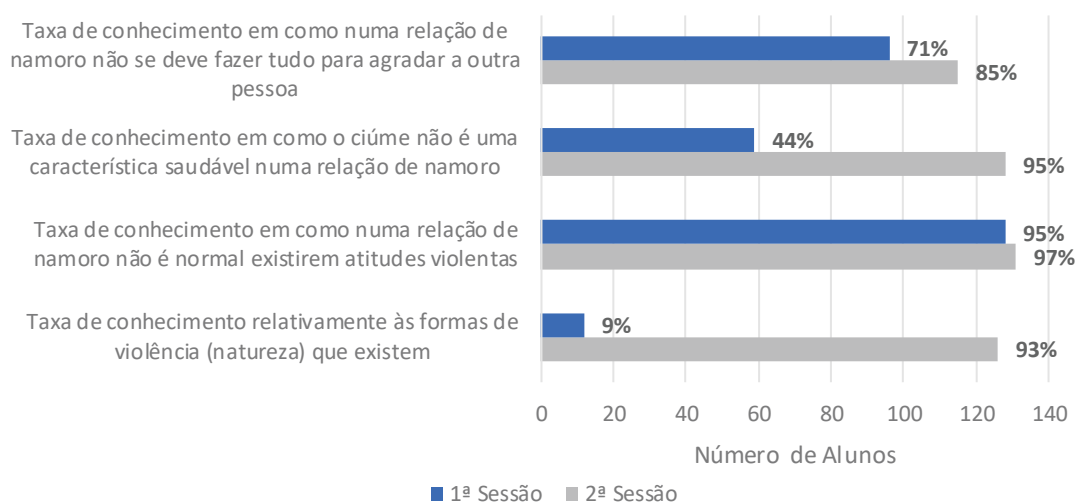
Gráfico 2: Características de uma Relação de Namoro Saudável



Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Considerando as restantes taxas de conhecimento e respetivas metas, a sua avaliação foi realizada através do teste de diagnóstico de conhecimentos (Apêndice VI), aplicado aos alunos no início da primeira SEpS e no final da segunda SEpS. É possível aferir a evolução das respetivas taxas de conhecimento, atendendo à globalidade das turmas, no Gráfico 3.

Gráfico 3: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos



Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Analisando o Gráfico 3 é possível verificar que, globalmente, houve aumento do conhecimento dos alunos em relação a todos os temas desenvolvidos e trabalhados nas SEpS, sendo mais notório na temática da natureza da violência e na temática relacionada com o ciúme nas relações de namoro. A título de curiosidade, analisando as turmas individualmente, tal facto é também verificado na análise das taxas de conhecimentos dos

alunos por turmas (Apêndice XIII). No entanto, na turma D (Apêndice XIII, Gráfico 7) relativamente à “taxa de conhecimento dos alunos em como numa relação de namoro não se deve fazer tudo para agradar a outra pessoa”, não se verificou aumento do conhecimento, podendo ser justificado pela circunstância das SEpS desenvolverem-se no último tempo letivo, encontrando-se os alunos mais cansados cognitivamente, mais conversadores e com dificuldades em respeitar as normas de bom funcionamento em sala de aula. Por consequente, apesar do esforço acrescido das formadoras para transmitir informação pertinente de forma clara, em apenas 50 minutos de aula, conclui-se que 59% dos alunos desta turma não ficaram devidamente esclarecidos acerca deste tema.

Contudo, face aos resultados obtidos ilustrados no Gráfico 3, é possível certificar que houve aumento do conhecimento relativamente aos temas abordados, sendo a avaliação interna do projeto positiva. Desta forma, de acordo com Tavares (1990), é possível verificar que as atividades realizadas e os recursos utilizados na elaboração do presente projeto foram adequados, dando resposta à pertinência dos objetivos estabelecidos e às necessidades identificadas.

No que respeita à avaliação externa do projeto, que tem por base os indicadores de resultado que objetivam conhecer o impacto das atividades sobre a população, só será realizada a médio/longo prazo, cerca de 6 meses após a intervenção. Por forma a possibilitar a avaliação futura, foi partilhado com a Sr.^a Enfermeira Orientadora e Sr.^a Enfermeira Coordenadora da UCC as fórmulas de cálculo para cada indicador. Por consequente, só em junho de 2020 é que esta avaliação poderá ser efetivada.

2.7 Considerações Éticas, Limitações e Sugestões

Para Fortin (2009) toda a investigação realizada junto de seres humanos levanta questões éticas e morais, pelo que “sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade” (Martins, 2008, p. 62). Neste sentido, por forma a respeitar o direito constitucional da saúde (Deodato, 2018), toda a intervenção comunitária realizada teve por base as permissas de que “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (nº 1 do Artigo 64.º da Lei Constitucional n.º 1/2005 de 2 de agosto, p. 4652). Por consequente, atendendo às responsabilidades sociais e éticas, ao longo de todo o percurso de estágio e etapas percorridas na concretização do projeto, todas as decisões foram fundamentadas e assentes na reflexão sobre as implicações dos atos praticados e suas condicionantes (Figueiredo, Madureira, & Lourenço, 2019), preservando os direitos de todos os intervenientes envolvidos. Neste seguimento, o presente projeto de intervenção

comunitária, sustentado numa prática baseada na evidência, foi desenvolvido no âmbito do plano de ação do programa de saúde escolar da UCC e do seu projeto de promoção da saúde, sendo as ações desempenhadas no regular funcionamento da Sr.^a Enfermeira Orientadora, em parceria com o PES da escola selecionada, um contexto de atuação já conhecido da equipa da UCC.

Considerando os princípios da Ética em Enfermagem, todo o percurso metodológico do presente projeto foi concebido tendo por base a Deontologia Profissional, enfatizando a importância de que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (n.º 1 do Artigo 99.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p. 8078); atendendo a intervenção aos valores universais como a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, e a competência e o aperfeiçoamento profissional (n.º 2 do Artigo 99.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro; OE, 2015). Concomitantemente, no decorrer do estágio final, tendo por base a responsabilidade para com a comunidade na promoção da saúde e na satisfação das suas necessidades, considera-se igualmente cumpridos os deveres de: “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está profissionalmente inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (Artigo 101.º da Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, p. 8079).

No cumprimento dos princípios éticos e morais, ao longo de todo o relatório foi mantida a confidencialidade dos dados referentes a todos os intervenientes e respetivas instituições de saúde que colaboraram na execução do presente projeto de intervenção comunitária (Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto). Ao longo de todo o percurso foi também assumido o compromisso de agir em conformidade com as experiências e aprendizagens adquiridas durante a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, por forma a obter o melhor desempenho possível e objetivando o constante aperfeiçoamento profissional.

No decorrer do projeto foram identificadas algumas limitações inerentes à sua realização, podendo influenciar a perceção dos alunos relativamente às barreiras e benefícios para ação,

e à autoeficácia percebida para o compromisso no desempenho de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis e livres de violência, nomeadamente:

- Número reduzido de profissionais da UCC que participaram no projeto: envolver enfermeiros especialistas em Saúde Mental neste projeto de intervenção seria uma mais valia, contudo, por questões laborais inerentes à UCC e apenas por existir um elemento com a referida área de especialização, não foi possível a participação do mesmo no projeto;

- Tempo de duração das aulas cedidas para a realização do projeto: as aulas serem de 50 minutos em vez de 90 minutos limitou a informação a apresentar aos alunos sobre as temáticas, exigindo uma seleção meritória e pertinente do conteúdo a abordar nas SEpS. Limitou igualmente a metodologia a utilizar com vista a facilitar a aquisição de conhecimentos, não sendo possível o desenvolvimento de algumas atividades que poderiam facilitar todo o processo;

- O tempo letivo das aulas de Cidadania cedidas: em 4 das turmas as aulas e respetivas SEpS realizaram-se no primeiro tempo letivo, às 8h20, em que muitos dos alunos chegaram atrasados, interrompendo as atividades em curso, e alguns faltaram. Na outra turma, as SEpS realizaram-se no último tempo letivo do dia, pelas 17h10, verificando-se que os alunos já se encontravam cansados e com dificuldade de se manterem focados e concentrados.

Contudo, tais limitações transformaram-se em oportunidades de aprendizagem, exigindo capacidade de adaptação, criatividade e inovação para minimizar e ultrapassar os obstáculos presentes à consecução do projeto, possibilitando a aquisição de novas competências na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Como sugestões futuras sugere-se a continuação da operacionalização deste projeto na escola atual, por forma a intervir no maior número de turmas possível, e difundir a outras escolas do concelho, se possível, com o envolvimento e contributo especializado de enfermeiros especialistas em Saúde Mental, por forma a complementar e melhorar a intervenção comunitária. Considera-se igualmente importante realizar a intervenção em períodos letivos de 90 minutos por forma a explorar as temáticas de forma ainda mais interativa, com realização de diversas atividades de grupo, facilitando a aquisição de conhecimento dos alunos. Sugere-se também a revisão e atualização periódica dos conteúdos abordados e trabalhados nas SEpS, tendo em vista as últimas diretivas sobre Violência, indo desta forma ao encontro da melhor evidência científica.

Numa segunda etapa, considera-se pertinente inquirir diretamente os alunos por forma a identificar situações de conflito nas suas relações de namoro e conhecer as suas atitudes em relação às situações de violência no namoro, por forma a desenvolver intervenções mais dirigidas sobre a temática. Tal procedimento será possível através da aplicação de questionários traduzidos e validados para a população portuguesa, nomeadamente: o CADRI (Saavedra, Machado, Martins, & Vieira, 2008; Saavedra, 2010) e a EAVN (Saavedra, Machado, & Martins, 2008; Saavedra, 2010).

3 REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A aquisição e o desenvolvimento de competências são fundamentais ao longo de todo o percurso profissional, por forma a produzir mudança e aperfeiçoamento no desempenho, permitindo a tomada de decisão clínica em enfermagem assente em padrões de qualidade.

Neste sentido, a realização do estágio e todo o percurso realizado para a concretização do presente projeto de intervenção comunitária contribuíram, indiscutivelmente, para a aquisição e desenvolvimento de múltiplas competências, nomeadamente: competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho) e competências inerentes ao grau de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto; DGES, 2020). Seguidamente, de forma refletida, apresentam-se pormenorizadamente as referidas competências e o trabalho concretizado para a sua aquisição.

3.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Definem-se como competências comuns as que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, e relacionam-se essencialmente com a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria. Neste sentido, foram adquiridas e desenvolvidas competências de enfermeira especialista no âmbito dos seus 4 domínios (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

No **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**, atendendo ao descrito no ponto 2.7 deste relatório, toda a prática profissional foi desenvolvida na observância da Deontologia Profissional e aspetos éticos a si inerentes, norteando o processo de tomada de decisão, tendo por base a reflexão em equipa e o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais. No respeito pela dignidade humana e valores universais a si relacionados, demonstrou-se preocupação em conhecer as necessidades da população em estudo, focalizando a atuação na promoção da saúde em meio escolar, e em realizar um diagnóstico da situação completo e pertinente tendo em conta os problemas detetados, promovendo a colaboração multidisciplinar para a resolução dos mesmos. Neste sentido, as tomadas de decisão foram sempre em equipa e validadas por peritas na área, realizando-se

reuniões periódicas no âmbito do projeto de intervenção, e participação regular nas reuniões relacionadas com a Saúde Escolar, possibilitando uma prática clínica consciente e fundamentada. Em todas as atividades foi mantida a privacidade e anonimato dos intervenientes, mantendo a confidencialidade dos dados fornecidos e trabalhados. Todas as intervenções realizadas e respetivas SEpS foram de presença e participação facultativa, respeitando os valores, crenças e costumes de todos os intervenientes.

No **Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**, a concretização do presente projeto possibilitou assumir uma atitude proativa na liderança de um projeto de qualidade em saúde, no âmbito do plano de ação da UCC em meio escolar. Destaca-se o papel dinamizador apresentado ao longo do estágio, no contacto prévio com os peritos participantes na pesquisa de consenso, na liderança da sessão do *Focus Group* e das SEpS realizadas mediante a implementação do projeto. É de salientar a busca contínua da melhor evidência científica sobre as temáticas desenvolvidas nas SEpS, e a preocupação constante em adaptar as sessões aos intervenientes, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e necessidades do grupo.

Ao longo do estágio foi também possível a participação em diversas atividades no âmbito do programa de Saúde Escolar, enfatizando as intervenções desenvolvidas no GIAA, na escola onde o projeto foi concretizado, procurando sempre manter um ambiente terapêutico e seguro. A participação em diversas reuniões com parceiros da comunidade, também no âmbito do programa de Saúde Escolar, possibilitou a discussão de ideias e estratégias com vista à melhoria contínua dos projetos desenvolvidos e das intervenções de enfermagem.

No **Domínio da Gestão dos Cuidados**, ao longo de todo o estágio e diferentes etapas do projeto de intervenção, existiu preocupação na gestão dos cuidados de enfermagem em estreita articulação com a equipa da UCC e recursos da comunidade, por forma a otimizar as respostas às necessidades identificadas e promover a qualidade dos cuidados. Procedeu-se ao contacto com peritos representantes de diversas entidades da comunidade, permitindo a realização de uma pesquisa de consenso para identificação das necessidades da população em estudo e adequar as intervenções. No sentido de debater as melhores estratégias de intervenção, foram também realizadas diversas reuniões com peritos na área. Concomitantemente, foram desempenhadas funções no âmbito do GIAA permitindo um melhor conhecimento do contexto e população alvo de intervenção, por forma a adequar os recursos às necessidades de cuidados. Em todas estas atividades foi assumida uma posição de liderança e responsabilidade no seio da equipa, reconhecendo as divergências e as

interdependências de papéis e funções de todos os intervenientes, fomentando um ambiente favorável à prática e objetivando a segurança e qualidade dos cuidados.

No **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** e considerando que todo o percurso profissional até ao momento foi desenvolvido em ambiente hospitalar em contexto de serviço de urgência, foi desafiante gerir as experiências e conhecimentos já adquiridos, por forma a não influenciarem negativamente o desenvolvimento de novas competências e a vivência de novas experiências na área da presente especialização. Ao longo do estágio, a necessidade de adaptação a novas realidades, nomeadamente em contexto de Saúde Escolar, o trabalho inerente ao projeto de intervenção e a gestão de emoções e sentimentos, por forma a responder adequadamente às necessidades identificadas e alcançar os objetivos propostos, contribuíram para o desenvolvimento da capacidade de autoconhecimento e de assertividade enquanto pessoa e enfermeira. Tendo em conta a experiência profissional, foram facilmente reconhecidos os limites pessoais e profissionais, estando presente a capacidade de atuar eficazmente sob pressão, sendo notório na realização das SEpS junto dos adolescentes. No sentido de atuar como formadora oportuna, em contexto escolar, e facilitadora da aprendizagem dos adolescentes, toda a prática clínica foi baseada na pesquisa contínua pela melhor e mais recente evidência científica, com recurso a tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados, como descrito ao longo deste relatório.

3.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

As competências específicas, diretamente relacionadas com o campo de intervenção de cada área de especialização, resultam das respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, sendo validadas pelo elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro). Neste sentido, de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, a realização do estágio na UCC e consequente desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das 4 competências específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

A competência **estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**, está demonstrada de forma clara no projeto de intervenção apresentado ao longo deste relatório *“Namorar com Consciência...Namorar sem Violência”*, sustentado pela metodologia do Planeamento em Saúde, tendo sido cumpridas todas as etapas preconizadas por Tavares (1990), e suportado pelo MPSNP (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

A competência **contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades**, considera-se adquirida e desenvolvida, essencialmente através do planeamento, conceção e implementação do presente projeto de intervenção, desenvolvido em parceria com a entidade escolar, e com a participação de peritos de diferentes entidades da comunidade que permitiram identificar os problemas e intervir estrategicamente nos mesmos. Com o propósito de capacitar os adolescentes para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis, a vertente da EpS foi utilizada enquanto estratégia de promoção da saúde e prevenção da violência. Toda a intervenção foi pautada pela busca contínua da melhor evidência científica, permitindo a integração e mobilização de conhecimentos, também de outras disciplinas e adquiridos noutros contextos académicos, por forma a adequar a informação disponibilizada aos adolescentes nas SEpS, tendo em consideração as suas necessidades e características. Todas as intervenções desenvolvidas no contexto do GIAA objetivaram igualmente a capacitação dos adolescentes na tomada de decisão consciente e informada, no sentido da promoção da sua saúde.

Relativamente à competência **integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**, é possível afirmar que toda a intervenção comunitária foi desenvolvida em sintonia com as orientações da Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde (Dadaczynski, et al., 2019), indo ao encontro das premissas do PNSE 2015 (DGS, 2015a) nos eixos da Capacitação e da Qualidade e Inovação, e do PNS - Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015b) nos eixos estratégicos da Cidadania e da Qualidade na Saúde, tendo sido igualmente considerada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 (Despacho n.º 5613/2015 de 27 maio), conforme já fundamentado anteriormente neste relatório. Ao longo de todo o projeto foram também considerados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015 de 19 junho) no que concerne ao Planeamento em Saúde e Vigilância Epidemiológica, à Promoção da Saúde e à Satisfação do Cliente.

Por fim, a aquisição da competência **realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** foi demonstrada, fundamentalmente, na realização do diagnóstico da situação, onde se sistematizou e apresentou os indicadores relacionados com a temática em estudo na área de atuação da UCC. Simultaneamente, considerando que a violência é considerada um problema de saúde pública, foi igualmente monitorizada a ocorrência do fenómeno no concelho e realizada a sua evolução prognóstica, através da determinação da tendência natural e projeção do número de casos de violência doméstica no concelho, recorrendo a técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas.

3.3 Competências Específicas do Enfermeiro Mestre em Enfermagem

Por forma a completar o 2º ciclo de estudos e adquirir o grau de Mestre, torna-se indispensável a aquisição e o desenvolvimento de competências, capacidades e conhecimentos, que se apresentam sob a forma de descritores, pelo que se procede à sua reflexão de acordo com os enunciados do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto e DGES (2020). De acordo com os enunciados, o mestre deve possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentado nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde, permitindo aplicações originais, em muitos casos, em contexto de investigação. Neste sentido, ao longo de todo o percurso realizado, tendo por base uma prática baseada na evidência científica, foram realizados e publicados trabalhos científicos que contribuíram, indubitavelmente, para a aquisição e consolidação de conhecimentos, permitindo o desenvolvimento destas competências.

A realização do estágio permitiu igualmente desenvolver a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, uma vez que se verificou uma óptima adaptação a um novo contexto de trabalho, totalmente diferente da experiência profissional prévia, integração em programas e projetos da UCC no âmbito da Saúde Escolar e capacidade de gestão e resposta aos problemas e necessidades identificadas.

Relativamente à capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e incluir reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções, considera-se demonstrada a sua aquisição e desenvolvimento ao longo de todo o projeto de intervenção, tendo sido respeitadas as questões éticas e sociais, já descritas anteriormente neste relatório. A temática da violência

por si só é uma questão complexa, pelo que exigiu a procura da melhor solução estratégica para abordar o problema junto dos adolescentes, por forma a cumprir os objetivos propostos. Considera-se também adquirida a competência respeitante à capacidade de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios, a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades, através das reuniões realizadas com os diferentes intervenientes no projeto, inclusive com peritos na área, por forma a validar todo o procedimento metodológico e consequente sucesso da intervenção.

Por fim, relativamente ao desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente autónomo, considera-se adquirida por toda a autonomia e orientação demonstrada ao longo de todo o estágio e consecução do projeto, e na procura constante da melhor evidência científica por forma a sustentar todas as intervenções realizadas. Desta forma, acredita-se que são aprendizagens que certamente estarão presentes na prática profissional e contexto académico futuro.

3.4 Atividade Complementar e Produção Associada

No decorrer do estágio final, além da concretização do projeto de intervenção *“Namorar com Consciência...Namorar sem Violência”*, foi possível participar em outras atividades integradas no programa de Saúde Escolar, bem como a realização de vários trabalhos científicos que contribuiram para a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Na fase inicial do estágio, coincidente com o início do ano letivo, foi possível participar na reunião anual da saúde escolar, realizada numa das escolas do concelho e com presença de vários parceiros da comunidade, o que permitiu um conhecimento mais aprofundado das necessidades do grupo escolar, do projeto de promoção da saúde desenvolvido pela UCC e parcerias estabelecidas. Foi igualmente possível ter uma participação ativa na reunião concretizada com os parceiros da Câmara Municipal do concelho, que colaboram no projeto de promoção da saúde desenvolvido pela UCC, para aferir e delinear procedimentos a desenvolver ao longo do ano letivo em todo o parque escolar do concelho. Existiu também oportunidade de participar nas reuniões da ELI do concelho no âmbito do Programa Integrado de Intervenção Precoce, uma vez que a Sr.^a Enfermeira Orientadora é o elemento representante da UCC nesta equipa multidisciplinar, contribuindo para um conhecimento

alargado das funções especializadas da equipa, em especial do enfermeiro, junto do grupo de crianças e famílias da comunidade que são acompanhadas.

Ao longo de todo o estágio foi também possível, todas as quartas-feiras e em conjunto com a Sr.^a Enfermeira Orientadora, realizar e colaborar no atendimento ao adolescente no GIAA da escola onde o projeto de intervenção foi desenvolvido, permitindo aprofundar conhecimentos na área da saúde escolar e aspetos a si inerentes, tendo por base o PNSE (DGS, 2015a) e o PNS: Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015b).

Neste seguimento, e considerando todo o conhecimento adquirido ao nível da saúde escolar e atuação da UCC, no âmbito da promoção da saúde nos diferentes territórios educativos do concelho, foi realizado um poster alusivo ao tema e intitulado “Saúde Escolar: Importância da Promoção da Saúde na Criança e Jovem” (Apêndice XIV), que foi apresentado no IX encontro da UCC - “O Cidadão no Centro do Sistema”, que se realizou nos dias 17 e 18 de outubro de 2019, tendo recebido a menção honrosa.

Em 29 de novembro de 2019 foi elaborado e apresentado no II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa (Lisboa) um poster intitulado “Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Adolescentes: a Scoping Review” (Apêndice XV), resultante de um trabalho académico realizado anteriormente baseado na importância da promoção da saúde nos adolescentes.

Após término do estágio, foi aceite o desafio de dar a conhecer o projeto de promoção da saúde da UCC em contexto escolar, pelo que a 28 de fevereiro de 2020 foi apresentado no II Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade o poster “Intervir na Promoção da Saúde na Idade Escolar” (Apêndice XVI).

Todas as atividades e trabalhos científicos acima descritos contribuíram, indiscutivelmente, para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos e capacitando-me para a tomada de decisão clínica especializada, tendo por base uma prática baseada na evidência.

CONCLUSÃO

Ao longo do presente relatório foram apresentadas e descritas as atividades concretizadas no decorrer do Estágio Final realizado na UCC. No decorrer da intervenção comunitária, numa atuação fundamentada pela evidência científica, foram cumpridas escrupulosamente todas as etapas inerentes à Metodologia do Planejamento em Saúde, sustentando toda a ação no MPSNP e num agir assente na constante reflexão, tendo por base as competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e ao Mestre, por forma a atingir com sucesso os objetivos propostos.

O facto de o estágio ter sido realizado numa UCC de referência, com uma vasta carteira de programas e projetos, foi uma experiência bastante enriquecedora, contribuindo indiscutivelmente para a aquisição e consolidação de conhecimentos, e para o meu crescimento pessoal e profissional, proporcionando igualmente uma visão da verdadeira intervenção junto da comunidade e seus ganhos em saúde. Concomitantemente, perante uma realidade profissional completamente nova, todo o percurso efetuado foi um desafio constante, que considero ter superado com o meu desempenho proactivo no desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção, na medida em que os objetivos propostos foram alcançados.

Neste sentido, considerando que o projeto de intervenção comunitária desenvolvido teve por base a temática da violência, na vertente da violência no namoro, e toda a sua complexidade enquanto problema de saúde pública, o mesmo foi sustentado no novo paradigma de intervenção da Saúde Escolar. Toda a intervenção comunitária concretizada foi no sentido de uma atuação pautada pelo carácter preventivo, por forma a melhorar os conhecimentos dos adolescentes, as suas competências nas relações interpessoais e em saúde, na resolução de problemas comportamentais e na redução dos comportamentos de risco. Neste processo, evidencia-se igualmente as parcerias estabelecidas com os diversos intervenientes no projeto elaborado, salientado a importância do trabalho em equipa multidisciplinar e multisectorial com profissionalismo e dedicação, no sentido de atingir um mesmo objetivo.

Sendo um projeto desenvolvido, tendo por base a Metodologia do Planejamento em Saúde, todas as suas etapas e ações consequentes foram discutidas e decididas junto de peritos, por

forma a autenticar a credibilidade do mesmo. Também a aplicação do MPSNP, enquanto base teórica fundamental na sustentação do projeto, em todas as etapas do Planejamento em Saúde permitiu uma intervenção e definição de estratégias guiadas pelo conhecimento e evidência. Neste sentido, a concretização deste projeto permitiu capacitar os adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis e livres de violência nas suas relações de namoro, constituindo uma mais valia para a comunidade, no sentido da prevenção da violência doméstica em futuras relações conjugais, potenciando deste modo ganhos efetivos em saúde.

Na crença de ter desenvolvido um projeto de intervenção pertinente e interessante, acredito que a sua continuidade junto dos adolescentes poderá realmente marcar a diferença nos seus comportamentos relacionais atuais e futuros, contribuindo para a prevenção de relações interpessoais abusivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. C. (2016). *Adolescência, os anos da mudança*. Lisboa: Vogais.
- Ameral, V., Reed, K. M., & Hines, D. A. (2017). An analysis of help-seeking patterns among college students victims of sexual assault, dating violence, and stalking. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-25. Obtido em 25 de setembro de 2019, de <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260517721169?journalCode=jiva>
- APAV. (2019a). *Violência no Namoro*. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima). Obtido em 13 de outubro de 2019, de <https://apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e-l>
- APAV. (2019b). *Estatísticas APAV - Relatório anual 2018*. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima). Obtido em 23 de setembro de 2019, de https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas-apav
- API. (2019). *Observatório da Violência no Namoro*. (Associação Plano i.) Obtido em 25 de setembro de 2019, de <https://www.associacaoplanoi.org/publicacoes/>
- Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barrett, D., & Twycross, A. (2018). Data collection in qualitative research. *Evid Based Nurs*, 21(3). Obtido em 27 de setembro de 2019, de <https://ebn.bmj.com/content/21/3/63>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Vol. coleção n.º3). Coimbra: Quarteto Editora.
- BI-CSP. (2019). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. (Ministério da Saúde) Obtido em 29 de janeiro de 2020, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3151651/Pages/default.aspx>
- Caridade, S. (2018). Violência no namoro: Contextualização teórica e empírica. Em S. Neves, & A. Correia, *Violências no Namoro* (pp. 9-40). Maia: Edições ISMAI.
- Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 24(4), 485-493. Obtido em 23 de setembro de

- 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000400004
- Caridade, S., & Machado, C. (2013). Violência nas Relações Juvenis de Intimidade: Uma Revisão da teoria, da Investigação e da Prática. *Psicologia, XXVII*(1), 91-113. Obtido em 17 de Setembro de 2019, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a06.pdf>
- Caridade, S., Pereira, R., & Soeiro, C. (2018). O Papel da Escola no Controlo da Violência no Namoro: Perceções dos Agentes Educativos. *Revista Portuguesa de Investigação Educacional*(18), 111-133. Obtido em 1 de outubro de 2019, de <https://revistas.ucp.pt/index.php/investigacaoeducacional/article/view/3456>
- Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-Aprendizagem* (2ª edição ed.). Lisboa: Universidade Aberta. Obtido de https://www.academia.edu/17585183/Metodologia_da_Investigacao
- Carta de Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá. Obtido em 19 de outubro de 2019, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Carter-Snell, C. (2015). Youth dating violence: A silent epidemic. Em M. Taylor, & J. Pooley, *Overcoming Domestic Violence* (pp. 49-65). New York: Nova Science Publishers.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalhosa, S. F., Domingos, A., & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise Psicológica, XXVIII*(3), pp. 479-490. Obtido em 14 de janeiro de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300008
- CLASS. (2016). *4º Plano de Desenvolvimento Social do Seixal 2016-2018. "A Essência da Ação"*. Seixal: Câmara Municipal do Seixal. Obtido em 19 de setembro de 2019, de <http://www.cm-seixal.pt/rede-social/rede-social>
- Conselho da Europa. (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica*. Istambul. Obtido
-

-
- em 19 de setembro de 2019, de <http://cid.cig.gov.pt/Nyron/Library/Catalog/winlibimg.aspx?skey=E51FE9544F4B5E864D2852A1F1E304&doc=95339&img=137570>
- Costa, P., Farenzena, R., Simões, H., & Pereira, B. (2013). Adolescentes portugueses e o bullying escolar: estereótipos e diferenças de género. *Revista Interações*, 9(25), 180-201. Obtido em 2 de outubro de 2019, de <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/2857>
- Dadaczynski, K., Jensen, B. B., Viig, N. G., Sormunen, M., Seelen, J., Kuchma, V., & Vilaça, M. T. (2019). *The 5th European Conference on Health Promoting Schools. Health, well-being and education:building a sustainable future. The Moscow Statement on Health Promoting Schools*. Moscovo. Obtido em 4 de fevereiro de 2020, de https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/conference%20statements/the_moscow_statement_on_health_promoting_schools_short_version.pdf
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 1163-1178. Obtido em 17 de setembro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=pt&tlng=pt
- Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. URSS. Obtido em 19 de outubro de 2019, de <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
- Deodato, S. (2018). *Direito da Saúde. Coletânea de Legislação Anotada* (2ª, revista e aumentada ed.). Coimbra: ALMEDINA.
- DGE. (2013). *Educação para a Cidadania-Linhas Orientadoras*. (Direção-Geral da Educação) Obtido em 11 de janeiro de 2020, de <https://www.dge.mec.pt/educacao-para-cidadania-linhas-orientadoras-0>
- DGE. (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Educação. Obtido em 18 de setembro de 2019, de <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
- DGES. (2020). *Mestrado*. (Direção-Geral do Ensino Superior) Obtido em 2 de fevereiro de 2020, de <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado?plid=371>
-

- DGS. (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- DGS. (2015b). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Obtido em 13 de setembro de 2019, de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- DGS. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
- Dias, I. (2005). *Violência na Família – Uma Abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Duarte, M. N. (2011). *Violência no namoro: Campanha gráfica de sensibilização no âmbito do espaço escolar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Arquitectura: Universidade Técnica de Lisboa. Obtido em 26 de setembro de 2019, de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/4711>
- Ferreira, M. J. (2011). *A violência no namoro: Estudo exploratório de caracterização das reações dos adolescentes face à violência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade do Minho, Braga. Obtido em 1 de outubro de 2019, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/18651/1/Maria%20Jo%c3%a3o%20da%20Silva%20Ferreira.pdf>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Galvão, J. (2008). *Os jovens e o sexo*. Lisboa: Deplano.
- Gomes, L. F. (2017). *Violência no Namoro na Adolescência*. Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Instituto Politécnico de Viseu-Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Obtido em 1 de outubro de 2019, de <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4531/1/LuceliaFilipaRodriguesGomes%20DM.pdf>
- Guerreiro, A., Pontedeira, C., Sousa, R., Oliveira, E., Magalhães, M. J., & Ribeiro, P. (2015). Intimidade e violência no namoro: refletir a problemática nos/as jovens. Em P.
-

-
- Casaleiro, & P. Branco, *Atas do Colóquio Internacional: @s jovens e o crime - transgressões e justiça tutelar* (pp. 14-26). Coimbra: Cescontexto. Obtido em 1 de outubro de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/277305017_Intimidade_e_violencia_no_namoro_refletir_a_problemativa_nosas_jovens
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.). Lisboa: Obras Avulsas.
- INE. (2019a). *Estatísticas/Produtos*. (Instituto Nacional de Estatística) Obtido em 29 de janeiro de 2020, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main
- INE. (2019b). *Anuário Estatístico de Portugal - 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Obtido em 23 de setembro de 2019, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=381689773&PUBLICACOESstema=55480&PUBLICACOESmodo=2
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Obtido em 20 de setembro de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
- Landenburger, K. M., & Campbell, J. C. (2011). Violência e Maus-Tratos Humanos. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed., pp. 878-908). Loures: Lusodidacta.
- Machado, C., Caridade, S., & Martins, C. (2010). Violence in juvenile dating relationships self-reported prevalence and attitudes in a Portuguese sample. *Journal of Family Violence*(25), 43-52. Obtido em 1 de outubro de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/227003894_Violence_in_Juvenile_Dating_Relationships_Self-Reported_Prevalence_and_Attitudes_in_a_Portuguese_Sample
- Machado, L. M. (2010). *Crenças e Representações Sociais dos Adolescentes sobre a Violência Interpessoal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Obtido em 19 de setembro de 2019, de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1567/1/dm_luciamachado.pdf
-

- Marconi, M. d., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de Metodologia Científica* (8ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Martins, J. C. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. Obtido em 3 de outubro de 2019, de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração* (1ª ed.). Lisboa: Texto.
- Matos, M., Machado, C., Caridade, S., & Silva, M. J. (2006). Prevenção da violência nas relações de namoro: intervenção com jovens em contexto escolar. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 55-75. Obtido em 1 de outubro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872006000100005
- Moura, G. A. (2012). *Violência no namoro e estilos parentais na adolescência: Compreensão das atitudes face à violência nas relações de namoro em adolescentes e a relação com a sua perceção dos estilos parentais*. Tese de Mestrado em Psicologia, ISPA, Lisboa. Obtido em 18 de setembro de 2019, de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2280/1/14879.pdf>
- Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nova York. Obtido em 19 de setembro de 2019, de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423?posInSet=1&queryId=N-EXPLORE-ddc7a8ff-ea21-41a4-8542-f2455a3a3c76>
- Nações Unidas. (1979). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*. Nova York. Obtido em 19 de setembro de 2019, de <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>
- Nações Unidas. (1993). *Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres*. Obtido em 19 de setembro de 2019, de <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracaoviolenciamulheres.pdf>
- NANDA. (2018). *O que é um diagnóstico de enfermagem?* (The International Nursing Knowledge Association) Obtido em 1 de outubro de 2019, de <https://kb.nanda.org/article/AA-00400/94/Portugu%C3%AAs/Perguntas-Frequentes/Diagn%C3%B3stico-De-Enfermagem/Aprendendo-e-Usando-os->
-

Diagn%C3%B3sticos-de-Enfermagem/Por-que-usar-os-diagn%C3%B3sticos-de-enfermagem.html

- Nunes, L. (2010). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem. *Percursos, 17*. Obtido em 27 de setembro de 2019, de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9215/1/Revista%20Percursos%20n17_Do%20perito%20e%20do%20conhecimento%20em%20enfermagem.pdf
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 18 de novembro de 2019, de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 26 de outubro de 2019, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- OE. (2016). *CIPE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lusodidacta. Obtido em 1 de outubro de 2019, de <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkIGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrcE4JONEfouVPS6Rwg8>
- OMS. (2014). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. Organização Mundial de Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice* (7ª ed.). Pearson.
- Pepe, C. (2017). *Diagnóstico Social do Seixal. Capítulo 10 - Segurança, Criminalidade e Justiça no Município do Seixal*. Câmara Municipal do Seixal. Divisão de Desenvolvimento Social e Cidadania. Obtido em 25 de setembro de 2019, de <http://www.cm-seixal.pt/rede-social/diagnostico-social>
- Pepe, C. (2018). *Diagnóstico Social do Seixal. Capítulo 6 - Indicadores e Resposta de Saúde no Concelho do Seixal*. Seixal: Câmara Municipal do Seixal. Divisão de Desenvolvimento Social e Cidadania. Obtido em 25 de setembro de 2014, de <http://www.cm-seixal.pt/rede-social/diagnostico-social>

- Pepe, C., & Abreu, D. (2015). *Diagnóstico Social do Seixal. Capítulo 2 - Estrutura e Dinâmica da População e das Famílias do Concelho do Seixal*. Seixal: Divisão de Desenvolvimento Social e Cidadania. Obtido em 19 de setembro de 2019, de <http://www.cm-seixal.pt/rede-social/diagnostico-social>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão* (1ª ed., Vol. 2). Brasília: LEIASS.
- PORDATA. (2019a). *Base de Dados Portugal Contemporâneo. Municípios*. (Fundação Francisco Manuel dos Santos) Obtido em 29 de janeiro de 2020, de [https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+residente+total+e+p or+grandes+grupos+et%3%a1rios+\(percentagem\)-726](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%3%a7%3%a3o+residente+total+e+p or+grandes+grupos+et%3%a1rios+(percentagem)-726)
- PORDATA. (2019b). *Base de Dados Portugal Contemporâneo. Municípios*. (Fundação Francisco Manuel dos Santos) Obtido em 29 de janeiro de 2020, de <https://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Seixal-251735>
- PORDATA. (2020). *Base de Dados Portugal Contemporâneo. Municípios*. (Fundação Francisco Manuel dos Santos) Obtido em 29 de janeiro de 2020, de <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- PSP. (2019). *A Violência Doméstica e a Polícia de Segurança Pública*. (Polícia de Segurança Pública) Obtido em 26 de setembro de 2019, de <https://www.psp.pt/Pages/atividades/programa-violencia-domestica.aspx>
- RASI. (2019). *Relatório Anual de Segurança Interna - Ano 2018*. Sistema de Segurança Interna. Gabinete do Secretário-Geral. Obtido em 22 de setembro de 2019, de <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=ad5cfe37-0d52-412e-83fb-7f098448dba7>
- REDE. (2013). *Kit Pedagógico sobre Género e Juventude. Educação não formal para o mainstreaming de género na área da juventude* (2ª ed.). Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidade entre Mulheres e Homens. Obtido em 1 de outubro de 2019, de http://tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf
- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Registrar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Obtido em 16 de outubro de 2019, de <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>
-

-
- Reforço, R. I. (2018). “*Na Escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro*”. Relatório de Estágio para obtenção grau Mestre em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, Universidade de Évora, Évora. Obtido em 1 de outubro de 2019, de <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23448/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20Comunit%C3%A1ria%20e%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20-%20Rita%20Isabel%20Martins%20Refor%C3%A7o%20-%20Na%20escola...%20-%20uma%20estrat%C3%A9gia%20na%20pr>
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Formasau.
- Saavedra, R. M. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Minho. Obtido em 11 de setembro de 2019, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14248/1/Rosa%20Maria%20Melim%20Saavedra.pdf>
- Saavedra, R., Machado, C., & Martins, C. (2008). Escala de Atitudes sobre a Violência no Namoro (EAVN). Em M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida, *Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica* (Vol. II). Coimbra: Almedina.
- Saavedra, R., Machado, C., Martins, C., & Vieira, D. (2008). Inventário de Conflitos nas Relações de Namoro entre Adolescentes (CADRI). Em M. R. Simões, L. Almeida, M. Gonçalves, & C. Machado, *Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica* (Vol. I). Coimbra: Almedina.
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. Obtido em 25 de setembro de 2019, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32357>
- Silva, M. C. (2017). *Violência no Namoro: Estudo com Adolescentes de uma Escola Secundária de Bragança*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde, Bragança. Obtido em 22 de setembro de 2019, de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14680/1/Maria%20do%20C%C3%A9u%20Vaqueiro%20Silva.pdf>
-

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista* (5.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- UMAR. (2019). *Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro 2019*. União de Mulheres Alternativa e Resposta. Obtido em 15 de setembro de 2019, de http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/Estudo_Nacional_VN_2019_da_UMAR.pdf
- UNESCO. (1986). *Declaração de Sevilha sobre Violência*. Sevilha. Obtido em 19 de Setembro de 2019, de <http://www.unesco.org/cpp/uk/declarations/seville.pdf>
- USP. (2017). *Plano Local de Saúde Almada e Seixal 2017-2020*. Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal. Obtido em 25 de setembro de 2019, de <https://usphigeia.org/pls/>
- Ventura, M. C. (2014). *Violência no Namoro: Crenças e Autoconceito nas Relações Sociais de Género. Modelo de Intervenção em Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido em 15 de outubro de 2019, de https://pdfs.semanticscholar.org/2805/644c56df3e6a36053f965d92c786a6cd7453.pdf?_ga=2.125902094.2019497114.1571145228-1612514709.1571145228
- Veríssimo, C. M., Catarino, H. d., Fabião, J. A., Ventura, M. C., Sá, M. d., Dixe, M. d., . . . Custódio, S. M. (2013). *PREVENIR A VIOLÊNCIA NO NAMORO - N(AMOR)O (IM)PERFEITO - Fazer Diferente para Fazer a Diferença*. Série Monográfica de Educação e Investigação em Saúde, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. Obtido em 13 de outubro de 2019, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2399&id_revista=19&id_edicao=56
-

-
- Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240. Obtido em 20 de setembro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300002
- WHO. (2017). *10 facts about violence prevention*. (World Health Organization) Obtido em 19 de setembro de 2019, de <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>
- WHO. (2019a). *Adolescent health*. (World Health Organization) Obtido em 20 de outubro de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/
- WHO. (2019b). *Coming of age: adolescent health*. (World Health Organization) Obtido em 20 de outubro de 2019, de <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Ruggiero, K. J., Danielson, C. K., Resnick, H. S., Hanson, R. F., Smith, D. W., . . . Kilpatrick, D. G. (2008). Prevalence and Correlates of Dating Violence in a National Sample of Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(7), 755-762. Obtido em 1 de outubro de 2019, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856708600301#!>

Legislação

- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República n.º 38, Série I*. Lisboa: Ministério da Saúde. Obtido em 27 de outubro de 2019, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República n.º 157, Série I*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Obtido em 2 de fevereiro de 2020, de <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril. (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República n.º 74, 2.ª série*. Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da

Saúde. Obtido em 13 de setembro de 2019, de https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2216310/details/maximized?p_p_auth=hxEpp9Gv

Despacho n.º 5613/2015 de 27 maio. (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República n.º 102, Série II*. Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Obtido em 2 de outubro de 2019, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>

Despacho n.º 5656/2017 de 28 junho. (2017). Determina disposições sobre o desenvolvimento da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e da Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. *Diário da República n.º 123, Série II*. Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Obtido em 9 de janeiro de 2020, de <https://dre.pt/home/-/dre/107584426/details/maximized>

Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio. (2013). Criação sa Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida. *Diário da República, n.º 94, série II*. Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto. Obtido em 9 de janeiro de 2020, de <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/legislacao-relacionada/despacho-n-63782008-de-16-de-maio-pdf.aspx>

Despacho n.º 9494/2019 de 21 outubro. (2019). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. *Diário da República n.º 202, Série II*. Lisboa: Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. Obtido em 26 de outubro de 2019, de https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/125517180/details/5/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=125515886

Lei Constitucional n.º 1/2005 de 2 de agosto. (2005). Sétima revisão constitucional. *Diário da República n.º 155, Série I-A*. Assembleia da República. Obtido em 2 de fevereiro de 2020, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/243729/details/normal?q=Lei+Constitucional+1%2F2005>

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República n.º 181/2015, Série I*. Assembleia da República.

Obtido em 31 de janeiro de 2020, de https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized?p_auth=eVIwl6Va

Lei n.º 44/2018 de 9 de agosto. (2018). Quadragésima sexta alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 400/82, de 23 de setembro. *Diário da República n.º 153, Série I*. Lisboa: Assembleia da República. Obtido em 20 de setembro de 2019, de <https://dre.pt/home/-/dre/115946549/details/maximized>

Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto. (2019). Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses d. *Diário da República n.º 151/2019, Série I*. Assembleia da República. Obtido em 31 de janeiro de 2020, de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/123815982/details/normal?q=Lei+n%C2%BA%2058%2F2019+>

Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República n.º 169, Série I*. Lisboa: Assembleia da República. Obtido em 20 de outubro de 2019, de <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, n.º 26. 2.ª série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 17 de outubro de 2019, de <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>

Regulamento n.º 348/2015 de 19 junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República, n.º 118, 2.ª série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 4 de fevereiro de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário*

da República n.º 135, 2.ª série. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 17 de outubro de 2019, de <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro. (2010). Aprova o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (2011-2013). *Diário da República n.º 243, Série I*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Obtido em 20 de setembro de 2019, de <https://dre.pt/pesquisa/-/search/306432/details/maximized>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 52/2019 de 6 de março. (2019). Cria uma comissão técnica multidisciplinar para a melhoria da prevenção e combate à violência doméstica. *Diário da República n.º 46, Série I*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros. Obtido em 9 de janeiro de 2020, de <https://dre.pt/home/-/dre/120630400/details/maximized>

Documentos Não Publicados

Figueiredo, A. S., Madureira, M., & Lourenço, M. (2019). *Guia da Unidade Curricular "Estágio Final e Relatório"*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

UCC. (2018a). *Relatório Atividades 2018. Unidade Cuidados na Comunidade Seixal*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Agrupamento de Centros de Saúde de Almada e Seixal.

UCC. (2018b). *Regulamento Interno Unidade de Cuidados na Comunidade Seixal*. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo IP. Agrupamento de Centros de Saúde de Almada e Seixal.

APÊNDICES

Apêndice I: Consentimento Informado Livre e Esclarecido – *Focus Group*

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Ana Marisa Pais Januário, mestranda na Universidade Católica Portuguesa do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, encontro-me a realizar estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). No âmbito do plano de ação do Programa de Saúde Escolar da UCC e no regular funcionamento da Sr.^a Enfermeira Orientadora, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária centrado na temática da violência no namoro, pelo que venho solicitar a vossa participação voluntária num grupo de discussão – *Focus Group*, no sentido de recolher dados essenciais para a caracterização do problema e necessidades de saúde, compreender as diferentes perspetivas sobre o fenómeno em análise e avaliar a pertinência de desenvolvimento e implementação do projeto em contexto escolar.

A sua participação é importante e não acarreta qualquer custo, sendo que o seu consentimento pode ser cancelado a qualquer momento, sem qualquer dano. Os dados serão apenas utilizados para os fins acima descritos e para redação do relatório de estágio, assegurando-se o anonimato e confidencialidade dos mesmos.

Este processo de grupo terá lugar no dia 20 de setembro de 2019, nas instalações de uma escola secundária do concelho em estudo, sob gravação áudio para posterior tratamento dos dados.

Agradeço a sua disponibilidade e estou à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida (anajanuarionetpass@hotmail.com).

Mestranda Ana Januário

Eu _____ declaro ter lido e compreendido todas as informações presentes neste documento, aceito participar no *Focus Group* e autorizo a gravação áudio.

Ass. _____

20/09/2019

Apêndice II: Guião do *Focus Group*

GUIÃO FOCUS GROUP

Preparação *Focus Group*

- Convidar os peritos, elementos de diferentes entidades da comunidade, para participação no grupo de discussão com a devida antecedência;
- Elaborar o consentimento informado livre e esclarecido;
- Preparar a apresentação sumária do tema;
- Preparar as instalações e testar os meios técnicos de gravação áudio.

Realização *Focus Group*

Introdução

- Apresentar a mestrandia;
- Agradecer a presença de todos os participantes;
- Contextualizar o projeto de intervenção comunitária no âmbito da Violência no Namoro;
- Informar e esclarecer sobre a técnica de recolha de dados *Focus Group*;
- Esclarecer sobre as questões de confidencialidade e obter consentimento informado livre e esclarecido;

Objetivos

- Recolher dados essenciais, através da interação e discussão grupal, para a caracterização do problema e das necessidades em saúde relacionadas com o tema, com vista á elaboração do diagnóstico de situação;
- Compreender as perspetivas sobre o fenómeno em análise, com ênfase no contexto escolar, por parte dos diferentes elementos do grupo;
- Identificar contributos importantes para minimizar ou resolver a problemática;
- Identificar estratégias de prevenção da violência no namoro;
- Identificar a população alvo prioritária;
- Avaliar a pertinência de implementação do projeto comunitário no âmbito da violência no namoro em contexto escolar.

Desenvolvimento

Questões gerais:

- A violência doméstica é um problema no concelho?
- A violência no namoro é um problema a nível escolar no concelho?
- Como podemos contribuir para resolver o problema?
- A nível preventivo, quais as estratégias a utilizar?
- Qual a população alvo prioritária?

Conclusão *Focus Group*:

- Terminar o *Focus Group*;
- Resumir as ideias principais percebidas;
- Agradecimentos finais.

Apêndice III: Matriz de Análise de Conteúdo do *Focus Group*

Matriz de Análise de Conteúdo do *Focus Group*

Dimensão: Violência Doméstica/Violência no Namoro

Categorias	Subcategorias	Frequência	Unidades de registo/contexto
Violência doméstica como problema no concelho	Problema atual e grave	5	<p>“(…) sim. Os números não têm baixado, têm-se mantido estáveis, mas um estável para negativo”;</p> <p>“Temos neste momento, em setembro, mais 18 casos do que tivemos o ano passado” (E1)</p> <p>“Estável para aumentar” (E2)</p> <p>“Um problema sim” (E5)</p> <p>“(…) a gravidade dos casos é que tem vindo a aumentar” (E1)</p>
	Problema oculto	4	<p>“Eu acho que é preocupante porque nós não sabemos o que é que se está a passar em concreto”; “O que nos está a preocupar é não sabermos o que temos aí, o que é que está oculto (...)”; “pode estar um caso a decorrer agora que só vamos ter conhecimento daqui a 5/6 anos (...)”; “podemos até neste momento ter um elevado número de situações e não estarem a ser documentadas, elas estarem escondidas” (E1)</p>
	Problema em diversas faixas etárias e estado civil	4	<p>“casais ali entre os 35/45 anos a grande maioria”; “temos também um bom número entre os 25/35 (...)”; “grande maioria em segundos casamentos ou uniões de facto”; “Já após o divórcio temos muita gente nesta situação com companheiros (...)” (E1)</p>
	Motivo de aumento das avaliações de risco	4	<p>“Nós temos uma grande incidência de risco elevado”; “40% de avaliações de risco elevado, (...), a partir dos 30% (...), já toda gente anda aí a questionar-se”; “o ano passado (...) fomos um dos cinco distritos que tinha ao nível da violência avaliações acima do 30%”; “Nós no Seixal, como vos disse, temos estado sempre ultimamente a subir, estamos neste momento perto dos 40%” (E1)</p>

	Vítimas indiretas	2	“(…) em todas as ocorrências temos uma média de 1 ou 2 crianças que assistem”; “encontramos 2 ou 3 miúdos em cada turma, (…) e vamos ver o que é que temos em casa, vamos travar a situação” (E1)
Violência no namoro como problema a nível escolar no concelho	Problema comum e transversal	11	<p>“É a parte do namoro elas acharem normal alguns tipos de comportamentos por parte dos rapazes e os rapazes acharem normal algum tipo de comportamento por parte das raparigas”; “(…) é transversal a todas as escolas”; “Não reconhecem certas atitudes no namoro como violência, nem que existe diversas formas de violência.” (E1)</p> <p>“Portanto, é um problema” (E2)</p> <p>“O que nos apercebemos muitas vezes é (…) ver mudar o semblante (…) começam portanto a identificar que já viveram aquelas situações”; “pela forma como reagem e pelo que dizem alguma coisa não está bem”; “se o meu namorado me controlar é sinal que ele gosta de mim (…) portanto alguma coisa está mal”; “Não têm noção do que é saudável ou não nas relações de namoro…das características importantes” (E3)</p> <p>“(…) os miúdos replicam o que vêm em casa na escola”; “é problemático”; “Os miúdos não distinguem o que é saudável do que não é saudável nas relações de namoro” (E5)</p>
	Problema de género	3	“(…) as raparigas são um bocadinho piores que os rapazes, são mais emotivas, controladoras e mais manipuladoras”; “rapazes com esta idade também são extremamente agressivos”; “A parte da manipulação e do controle das raparigas, elas conseguem fazer o que querem deles e vê-se os problemas que nós temos nas escolas” (E1)
	Rede de apoio	6	“Aqui no concelho conseguimos arranjar uma grande rede de apoio”; “(…) o grupo de trabalho ao nível da violência doméstica que é espetacular”; “(…) o gabinete de apoio à vítima”; “(…) o HGO

Contributos para resolver o problema da violência			<i>(...) o centro de saúde (...) a UCC (...)</i> ; <i>“o tribunal ter dois procuradores nesta temática da violência doméstica”</i> (E1) <i>“EPVA”</i> (E4)
	Formação e sensibilização dos profissionais de saúde	3	<i>“ações para médicos no concelho inteiro”</i> ; <i>“sensibilizar as pessoas desde médicos, enfermeiros e funcionários para temática da violência doméstica e no namoro”</i> (E1) <i>“(…) estarmos com as unidades funcionais e juntarmos os profissionais com a formação neste âmbito para formar (...)”</i> (E4)
	Apoio equipa especializada	1	<i>“Nós estamos (...) a atribuir cada vez mais teleassistência (...) é 1 a 2 aparelhos por semana”</i> (E1)
Estratégias para prevenir a violência	Abordagem da temática pela forma positiva	7	<i>“(…) é falar sobre os afetos, é falar sobre a temática, mas numa forma positiva”</i> ; <i>“fazer a abordagem (...) sobre o amor pela positiva, o namoro saudável (...)”</i> ; <i>“falar no sentido positivo, no sentido do afeto”</i> ; <i>“equilibradas em níveis emocionais”</i> (E4) <i>“Isto tem de se ensinar muito pelo respeito, o respeito pela individualidade do outro”</i> ; <i>“(…) aprendam a gerir conflitos agora e nas relações de namoro”</i> (E5) <i>“(…) vamos mais pela positiva, a autoestima, os afetos, assertividade (...)”</i> (E3)
	Educação para a saúde	6	<i>“Sessões de educação para a saúde”</i> ; <i>“(…) Temos que explicar que há outros padrões”</i> (E4) <i>“(…) não reconhecem o problema (...) temos que intervir e educar a esse nível”</i> ; <i>“as pessoas têm de identificar isto antes, e nisso podemos ajudar”</i> ; <i>“Temos que ensinar e transmitir o que é saudável nas relações de namoro...”</i> (E5) <i>“atividades no âmbito da educação para a saúde”</i> (E3)

Grupos prioritários de Intervenção	Adolescentes	5	<p><i>“O atraso é o falar com os miúdos (...) temos feito nos últimos anos é tentar chegar ao mais possível e falar com os miúdos”; “(...) os 8ª anos que eles estão a dar o salto (adolescência) e tentar falar a todos” (E1)</i></p> <p><i>(...) junto dos adolescentes (...) no 8º ano (...) e também no 10ºano” (E5)</i></p> <p><i>“Os adolescentes” (E4)</i></p> <p><i>“(...) os 8º anos, deixe-me só dizer, eu acho que é bom (...) atuar junto dos adolescentes” (E3)”</i></p>
	Escolas	5	<p><i>“a nível nacional as estatísticas das ações das escolas e batemos, e que maneira, as ações nesta temática e estamos num bom caminho” (E1)</i></p> <p><i>“Tentar ir a todas as escolas.” (E4)</i></p> <p><i>“(...) pertinente ter dois momentos de intervenção nas escolas”; “(...) isto na escola deve ser uma continuidade” (E5)</i></p> <p><i>“é uma mais valia começar na escola” (E2)</i></p>
	Família	4	<p><i>“continuamos a ter pais que acham que o papel social (...) é diferente de um para o outro. E por muito que a gente trabalhe uma criança, aquilo vai despoletar (...) quando tiverem numa relação a dois” (E1)</i></p> <p><i>“Devia ser em casa” (E2)</i></p> <p><i>“Sim em casa”; “(...) se eu tiver um pai agressor que agride a minha mãe (...), aquilo acaba por se tornar quase normal (...)” (E5)</i></p>

Apêndice IV: Determinação da Tendência Natural e Projeção do Número de Casos de Violência Doméstica no Concelho

Quadro 10: Cálculos efetuados para a Determinação da Tendência Natural e Projeção do Número de Casos de Violência Doméstica no Concelho (Y=a0+a1 X)

ANO	X	Y	x	y	x^2	xy
2009	0	287	-4,5	-68,30	20,25	307,35
2010	1	384	-3,5	28,70	12,25	-100,45
2011	2	382	-2,5	26,70	6,25	-66,75
2012	3	322	-1,5	-33,30	2,25	49,95
2013	4	389	-0,5	33,70	0,25	-16,85
2014	5	369	0,5	13,70	0,25	6,85
2015	6	349	1,5	-6,30	2,25	-9,45
2016	7	368	2,5	12,70	6,25	31,75
2017	8	356	3,5	0,70	12,25	2,45
2018	9	347	4,5	-8,30	20,25	-37,35
	45	3553			82,5	167,50
	4,5	355,30				

a0	a1
342,289	3,483

ANOS	Valores observados	Tendência e Projeção
2009	287	346,164
2010	384	348,194
2011	382	350,224
2012	322	352,255
2013	389	354,285
2014	369	356,315
2015	349	358,345
2016	368	360,376
2017	356	362,406
2018	347	364,436
2019		366,467
2020		368,497
2021		370,527
2022		372,558
2023		374,588
2024		376,618

Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Apêndice V: Sessões de Educação para a Saúde - Planos de Sessão



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em
Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública**

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

**Sessões de Educação para a Saúde
Planos de Sessão**

*“Namorar com Consciência...Namorar sem
Violência”*



Mestranda: Ana Januário

Enf.^a Orientadora: Mestre SS

Professora Orientadora:

Prof.^a Doutora Amélia Simões Figueiredo

Outubro/novembro 2019

Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Tem como principal objetivo o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária no decorrer do estágio final realizado numa UCC da ARSLVT pertencente à Península de Setúbal. Neste contexto, e após um diagnóstico da situação com identificação da violência doméstica como problema no concelho e identificada a necessidade de intervir na temática, na vertente da violência do namoro com ênfase no contexto escolar, surge o projeto *“Namorar com Consciência...Namorar sem Violência”*.

A realização deste projeto desenvolve-se no âmbito do plano de ação do programa de saúde escolar da UCC, no regular funcionamento da Sr.^a Enfermeira Orientadora, em parceria com o PES de uma Escola Secundária do concelho, um contexto de atuação já conhecido da equipa da UCC. A temática enquadra-se nos eixos estratégicos e áreas de intervenção prioritárias do Programa Nacional de Saúde Escolar, em sintonia com as indicações da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (DGS, 2015a) e tem por base o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão 2020, que mantém o alinhamento com os princípios e orientações da Estratégia Health 2020 da Organização Mundial de Saúde (DGS, 2015b).

Seguindo uma abordagem estratégica a título preventivo e baseada na capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis nas relações de namoro, foram selecionados como população de intervenção os adolescentes que frequentam as 5 turmas do 8º ano (amostra total n=140) da referida escola. Para implementação do projeto e respetiva intervenção foram cedidos pelos professores 2 tempos letivos de 50 minutos, em cada turma, correspondentes às aulas de Cidadania, para realização de 2 sessões de educação para a saúde sobre o tema. Na primeira sessão pretende-se realizar uma abordagem do tema de uma forma positiva e abordar conceitos relacionados com as relações de namoro saudáveis, sendo que a segunda sessão será direcionada para os conceitos das relações de namoro não saudáveis, violência, sua natureza e consequências. As sessões serão assentes em metodologia interativa e participativa, enfatizando o papel ativo do aluno no seu processo de aprendizagem e capacitação.

Plano de Sessão

1ª Sessão de Educação para a Saúde

Tema: “*Namorar com Consciência...Namorar sem Violência*” – Relações de Namoro Saudáveis na Adolescência

Enquadramento:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 e termina aos 19 anos vida (WHO, 2019a). É uma época em que os jovens se tornam indivíduos independentes, estabelecem novos relacionamentos, desenvolvem habilidades sociais e adquirem comportamentos que irão certamente ter repercussões no futuro e, como tal a OMS define-a como um momento crítico da vida (WHO, 2019b). Trata-se, portanto de um período natural do desenvolvimento humano, no qual ocorrem inúmeras alterações físicas, emocionais, psicológicas e sociais de grande relevância na construção da personalidade (Caridade & Machado, 2006). É igualmente um período que marca o aparecimento de alguns comportamentos associados ao consumo de tabaco, de álcool e de drogas, bem como os primeiros relacionamentos amorosos e, conseqüentemente, as primeiras experiências sexuais (Alves, 2016; WHO, 2019a) A partir das primeiras experiências amorosas, o adolescente vai construindo e reformulando as suas relações intra e interpessoais (Galvão, 2008), na medida em que os primeiros desgostos, perdas afetivas e frustrações estarão presentes (Matos & Sampaio, 2009), podendo nesta fase surgir os primeiros comportamentos de violência no namoro, muitas vezes associados às dificuldades de relacionamento e/ou baseados em pressupostos culturais que os legitimam (Ventura, 2014).

Sabendo que os conhecimentos, os comportamentos e as crenças estabelecidas no início da vida tendem a persistir na vida adulta., e reconhecido que o ciclo de vida escolar é um marco para a estruturação da saúde física e mental, os adolescentes tornam-se uma população prioritária de intervenção (DGS, 2015a). O papel da escola é realçado, no sentido em que a mesma tem uma função fundamental na educação para a cidadania do aluno, contemplando jovens com idades ideais para a consciencialização e desmistificação de crenças e estereótipos, sendo o local de eleição para realização de trabalhos no âmbito da prevenção (Guerreiro, et al., 2015).

Neste sentido, o caráter preventivo é evidenciado e a educação para a saúde ganha relevância na promoção e capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis nas relações de namoro, sendo fundamental o desenvolvimento de intervenções que contribuam para o aumento do seu conhecimento sobre os padrões relacionais saudáveis e sua importância.

Local: Escola Secundária

Grupo Alvo: Alunos do 8º ano.

Data e hora:

1ª Sessão Educação para a Saúde		
Turma	Data	Hora
8º A	24 outubro 2019	8h20-9h10
8º B	22 outubro 2019	8h20-9h10
8º C	25 outubro 2019	8h20-9h10
8º D	21 outubro 2019	17h10-18h
8º E	25 outubro 2019	12h15-13h05

Formadores:

Ana Januário: Mestranda em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Enf.ª Orientadora SS: Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Objetivo geral:

- Contribuir para a capacitação dos alunos/adolescentes, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis.

Objetivos específicos:

- Identificar e compreender as características de uma relação de namoro saudável;
- Clarificar conceitos relacionados com a temática.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação - Contextualização do tema - Objetivos - Entrega de autocolante com logotipo do Projeto - Teste de diagnóstico sobre o tema (autopreenchimento anónimo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva - Participativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador - Logotipo autocolante - 4 questões escritas 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de um filme alusivo ao tema das relações de namoro saudáveis - Debate e reflexão sobre os conceitos visualizados no filme - Apresentação e clarificação de conceitos relacionados com as características das relações de namoro saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva - Participativa - Expositiva/ Participativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador 	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos principais aspetos - Esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Expositiva/ Participativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador 	8 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade: escrever num papel a característica que consideram mais importante nas relações de namoro saudáveis (anónimo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Participativa 	<ul style="list-style-type: none"> Folha papel 	2 min

Bibliografia

Alves, R. C. (2016). *Adolescência, os anos da mudança*. Lisboa: Vogais.

Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. *Análise Psicológica*, 24(4), 485-493. Obtido em 23 de setembro de 2019, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312006000400004.

DGS. (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde-Direção-Geral da Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

- DGS. (2015b). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. Obtido em 13 de setembro de 2019, de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>.
- Galvão, J. (2008). *Os jovens e o sexo*. Lisboa: Deplano.
- Guerreiro, A., Pontedeira, C., Sousa, R., Oliveira, E., Magalhães, M. J., & Ribeiro, P. (2015). Intimidade e violência no namoro: refletir a problemática nos/as jovens. Em P. Casaleiro, & P. Branco, *Atas do Colóquio Internacional: @s jovens e o crime - transgressões e justiça tutelar* (pp. 14-26). Coimbra: Cescontexto. Obtido em 1 de outubro de 2019, de https://www.researchgate.net/publication/277305017_Intimidade_e_violencia_no_namoro_refletir_a_problemativa_nosas_jovens.
- Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração* (1ª ed.). Lisboa: Texto.
- Ventura, M. C. (2014). *Violência no Namoro: Crenças e Autoconceito nas Relações Sociais de Género. Modelo de Intervenção em Enfermagem*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Obtido em 15 de outubro de 2019, de https://pdfs.semanticscholar.org/2805/644c56df3e6a36053f965d92c786a6cd7453.pdf?_ga=2.125902094.2019497114.1571145228-1612514709.1571145228.
- WHO. (2019a). *Adolescent health*. (World Health Organization) Obtido em 20 de outubro de 2019, de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/.
- WHO. (2019b). *Coming of age: adolescent health*. (World Health Organization) Obtido em 20 de outubro de 2019, de <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>.

Plano de Sessão

2ª Sessão de Educação para a Saúde

Tema: “*Namorar com Consciência...Namorar sem Violência*” – Relações de Namoro não Saudáveis. Violência no Namoro.

Enquadramento:

No plano internacional e nacional, a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. Esta é considerada mundialmente como uma violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos (DGS, 2016). A OMS (2014) define violência como “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação” (p. 2).

Em todo o mundo, cerca de meio milhão de pessoas são assassinadas a cada ano e milhões de crianças, mulheres e homens sofrem devido à amplitude das consequências da violência presente nas suas casas, nas escolas e nas comunidades (OMS, 2014). São registadas anualmente mais de 1,3 milhões de mortes resultantes da violência, em todas as suas formas, o que corresponde a 2,5% da mortalidade global, estimando-se a ocorrência de mais de 16 milhões de casos de lesões não-fatais relacionadas com a violência que requerem cuidados médicos (OMS, 2014). As consequências da violência podem prejudicar a vida das pessoas por um longo período tempo, levando não só ao consumo inadequado de álcool e de drogas, mas também à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a dificuldades de relacionamento, exercendo também uma influência a nível dos sistemas de saúde, de justiça criminal, sociais e de bem-estar, e sobre a estrutura económica das comunidades (OMS, 2014). Neste sentido, a saúde pública tem vindo a desempenhar um papel importante a nível de atuação na problemática da violência, procurando compreender as suas raízes e atuar estrategicamente ao nível da sua prevenção (Dahlberg & Krug, 2007).

Segundo a DGS (2016) a violência difere quanto à sua tipologia e natureza. Relativamente ao tipo de violência esta pode ser: violência autodirigida, caracterizada por atos suicidas e comportamentos autolesivos; violência interpessoal, que engloba a violência familiar/violência entre parceiros íntimos e a violência na comunidade; e violência coletiva que diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos e pode ter motivações

de caráter social, político ou económico. Quanto à sua natureza a violência pode ser: violência física, em que se recorre à força física ou à restrição para provocar dano ou injúrias a outrem; violência psicológica, em que subsiste um padrão de agressão verbal e não-verbal com intenção de causar sofrimento psicológico ao outro, desvalorizando-o constantemente; violência sexual, que passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade; e a violência por negligência ou privação, que envolve qualquer ato de privação ou omissão relacionado com o provimento de necessidades básicas da pessoa a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança e condições de vida (DGS, 2016). A violência do namoro insere-se na tipologia de violência interpessoal, violência entre parceiros íntimos e pode assumir diferentes formas quanto à sua natureza. Define-se como “um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação” (APAV, 2019), e quando presente é um importante preditor de futura violência conjugal (Guerreiro et al., 2015). Por conseguinte, e sendo um problema com sérias repercussões a nível da saúde física, psicológica e emocional, torna-se impreterível o desenvolvimento de medidas que objetivem a sua prevenção, deteção precoce e intervenção, por forma a promover e manter relações de namoro saudáveis (Redondo, Pimentel & Correia, 2012; Caridade & Machado, 2013).

Local: Escola Secundária

Grupo Alvo: Alunos do 8º ano.

Data e hora:

2ª Sessão Educação para a Saúde		
Turma	Data	Hora
8º A	31 outubro 2019	8h20-9h10
8º B	29 outubro 2019	8h20-9h10
8º C	08 novembro 2019	8h20-9h10
8º D	28 outubro 2019	17h10-18h
8º E	08 novembro 2019	12h15-13h05

Formadores:

Ana Januário: Mestranda em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Enf.^a Orientadora SS: Mestre em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Objetivo geral:

- Contribuir para a capacitação dos alunos/adolescentes, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis.

Objetivos específicos:

- Identificar e compreender as características de uma relação de namoro não saudável.
- Identificar e compreender o conceito de violência no namoro e sua natureza/formas.
- Identificar e compreender os principais sinais de alarme e consequências da violência no namoro.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	- Apresentação - Contextualização do tema - Objetivos	- Expositiva	- Data Show - Computador	3min
Desenvolvimento	- Projeção de um filme alusivo ao tema das relações não saudáveis/ violência no namoro - Debate e reflexão sobre os conceitos visualizados no filme - Apresentação e clarificação de conceitos relacionados com as características das relações de namoro não saudáveis, violência no namoro, sua natureza, consequências e sinais de alarme.	- Expositiva - Participativa - Expositiva/ Participativa	- Data Show - Computador	32 min
Conclusão	- Síntese dos principais aspetos - Esclarecimento de dúvidas	- Expositiva/ Participativa	- Data Show - Computador	5 min

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade mito ou realidade - Teste diagnóstico sobre o tema (autopreenchimento anónimo) - Avaliação das sessões de educação para a saúde (autopreenchimento anónimo) - Entrega de marcador informativo alusivo ao tema do Projeto. 	- Participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador - 4 questões escritas - Questionário de avaliação das sessões de educação para a saúde - Marcador informativo 	10min
------------------	--	-----------------	--	-------

Bibliografia

APAV. (2019). *Relações Saudáveis e não Saudáveis*. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) Obtido em 15 de outubro de 2019, de <https://apavparajovens.pt/pt/go/relacoes-saudaveis-e-nao-saudaveis>.

Caridade, S., & Machado, C. (2013). Violência nas Relações Juvenis de Intimidade: Uma Revisão da teoria, da Investigação e da Prática. *PSICOLOGIA*, XXVII(1), 91-113. Obtido em 17 de Setembro de 2019, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a06.pdf>.

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 1163-1178. Obtido em 17 de setembro de 2019, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=pt&tlng=pt.

DGS. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx.

Guerreiro, A., Pontedeira, C., Sousa, R., Magalhães, M. J., Oliveira, E., & Ribeiro, P. (2015). Intimidade e violência no namoro: refletir a problemática nos/as nos jovens. *CesContexto*. Obtido em 15 de outubro de 2019, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78885/2/101832.pdf>

OMS. (2014). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. Organização Mundial de Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf.

Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *Manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Registrar: Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar / entre parceiros íntimos*. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Obtido em 16 de outubro de 2019, de <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>

Apêndice VI: Teste de Diagnóstico



PROJETO "Namorar com Consciência...Namorar sem Violência"

Lê com atenção e assinala a resposta que consideras correta

1. Quantas formas de violência conheces (natureza da violência)?

1 2 3 4

2. Numa relação de namoro é normal existirem atitudes violentas?

Verdadeiro Falso

3. Numa relação de namoro o ciúme é sinal de que a outra pessoa gosta de mim?

Verdadeiro Falso

4. Numa relação de namoro devo fazer tudo para agradar a outra pessoa?

Verdadeiro Falso

Obrigado!

Apêndice VII: Slides da 1ª Sessão de Educação para a Saúde

PROJETO

"Namorar com Consciência...Namorar sem Violência"



Mestranda Ana Januário
Enf.ª Mestre SS

Outubro/novembro, 2019

OBJETIVOS

- ✓ Contribuir para a capacitação dos alunos/adolescentes, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis;
- ✓ Identificar e compreender as características das relações de namoro saudáveis;
- ✓ Clarificar conceitos relacionados com a temática.

ADOLESCÊNCIA



- ✓ Define-se como sendo o período da vida que começa aos 10 e termina aos 19 anos vida (WHO, 2018).
- ✓ Fase de desenvolvimento na qual surgem os primeiros relacionamentos amorosos (Caridade, 2011).

RELAÇÕES DE NAMORO SAUDÁVEIS





RELAÇÃO SAUDÁVEL

O que se vê?

- ✓ Risos
- ✓ Demonstrações de afeto e carinho
- ✓ O casal a divertir-se
- ✓ O casal a apoiar-se mutuamente
- ✓ O casal a tratar-se com respeito
- ✓ O casal a fazer coisas em conjunto e também em separado
- ✓ O casal a conviver com os seus amigos.

APAV (2019)



RELAÇÃO SAUDÁVEL

O que se ouve?

- ✓ Risos
- ✓ Comentários positivos e de suporte
- ✓ Encorajamentos
- ✓ Elogios

APAV (2019)



RELAÇÃO SAUDÁVEL

O que se sente?

- ✓ Alegria
- ✓ Confiança
- ✓ Respeito
- ✓ Independência
- ✓ Carinho
- ✓ Apoio
- ✓ Compreensão
- ✓ Satisfação e realização

APAV (2019)



RELAÇÕES DE NAMORO SAUDÁVEIS

Características

RELAÇÕES DE NAMORO SAUDÁVEIS

Características

- ✓ AUTO-ESTIMA
- ✓ AMIZADE
- ✓ AMOR
- ✓ AFETO/CARINHO
- ✓ ALEGRIA
- ✓ RESPEITO
- ✓ CONFIANÇA
- ✓ APOIO e ENTREAJUDA.






APAV (2019)

RELAÇÕES DE NAMORO SAUDÁVEIS

Características

- ✓ SEGURANÇA
- ✓ PARTILHA
- ✓ HONESTIDADE
- ✓ RESPONSABILIDADE e CONSCIÊNCIA
- ✓ LIBERDADE/INDEPENDÊNCIA
- ✓ COMPREENSÃO
- ✓ SATISFAÇÃO E REALIZAÇÃO






APAV (2019)



CONFLITOS E DESENTENDIMENTOS

E agora??



DÚVIDAS

BIBLIOGRAFIA

- WHO. (2018). World Health Organization . *Adolescent health*. Geneva. Obtido em 20 de outubro de 2019, de http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
- Caridade, S. (2011). *Vivências Íntimas violentas: Uma abordagem científica*. Coimbra: Edições Almedina.
- APAV. (2019). Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. *Relações Saudáveis e não Saudáveis*. Obtido em 13 de outubro de 2019, de <https://apavparaovens.pt/pt/go/relacoes-saudaveis-e-nao-saudaveis>.





**OBRIGADO PELA
ATENÇÃO!**

Apêndice VIII: Slides da 2ª Sessão de Educação para a Saúde

PROJETO

"Namorar com Consciência...Namorar sem Violência"



Mestranda Enf.ª Ana Januário
Enf.ª Mestre SS

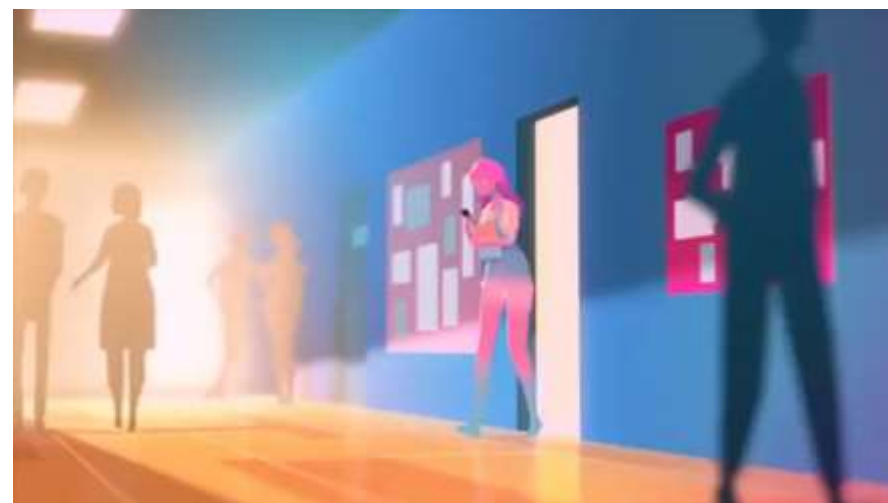
Outubro/novembro, 2019

OBJETIVOS

- ✓ Contribuir para a capacitação dos alunos/adolescentes, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis;
- ✓ Identificar e compreender as características das relações de namoro não saudáveis.
- ✓ Identificar e compreender a violência do namoro e sua natureza/formas.
- ✓ Identificar e compreender os principais sinais de alarme e consequências da violência no namoro.



RELAÇÕES DE NAMORO NÃO SAUDÁVEIS





RELAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

O que se vê?

- ✓ Discussões
- ✓ Ciúmes
- ✓ Controlo sobre o outro
- ✓ Isolamento em relação aos amigos
- ✓ Dependência do outro
- ✓ Desrespeito
- ✓ Falta de afeto
- ✓ Violência

APAV (2019)



RELAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

O que se ouve?

- ✓ Discussões
- ✓ Choro
- ✓ Insultos
- ✓ Queixas

APAV (2019)



RELAÇÃO NÃO SAUDÁVEL

O que se sente?

- | | |
|-------------|----------------|
| ✓ Vazio | ✓ Culpa |
| ✓ Receio | ✓ Controlo |
| ✓ Tristeza | ✓ Solidão |
| ✓ Desânimo | ✓ Mágoa |
| ✓ Desespero | ✓ Insatisfação |
| ✓ Raiva | |

APAV (2019)



RELAÇÕES DE NAMORO NÃO SAUDÁVEIS

Características



RELAÇÕES DE NAMORO NÃO SAUDÁVEIS

Características

- ✓ PODER, CONTROLO e INTIMIDAÇÃO
(verbal ou físico)
- ✓ ISOLAMENTO
- ✓ AMEAÇAS e PRESSÕES
- ✓ NEGAÇÃO
- ✓ **VIOLÊNCIA**

APAV (2019)



VIOLÊNCIA NO NAMORO

- ✓ É um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de estabelecer e manter poder e controlo.

APAV (2019)
b6S (2016)

VIOLÊNCIA NO NAMORO (Natureza/Formas)

Física



- ✓ Te empurra
- ✓ Te agarra ou prende
- ✓ Te atira objetos
- ✓ Te dá bofetadas, pontapés, murros
- ✓ Ameaça usar a força física ou agressão

Sexual



- ✓ Te obriga a praticar atos sexuais (sexo anal, sexo oral e/ou vaginal), mesmo quando não queres
- ✓ Te acaricia (ou força carícias), sem que queiras

APAV (2019)
Veríssimo et al. (2013)

VIOLÊNCIA NO NAMORO (Natureza)

Psicológica



- ✓ Insultos, críticas, humilhações
- ✓ Parte ou estraga os teus objetos ou roupa
- ✓ Controla a tua maneira de vestir
- ✓ Controla o que fazes nos tempos livres, ao longo do dia e redes sociais
- ✓ Te liga constantemente ou envia mensagens
- ✓ Te priva de estar com familiares e amigos
- ✓ Ameaça terminar a relação como estratégia de manipulação

Privação e Negligência



- ✓ Falta de atenção
- ✓ Não assistência de necessidades físicas, emocionais ou sociais

APAV (2019)
Veríssimo et al. (2013)



VIOLÊNCIA NO NAMORO

Consequências/Manifestações

- ✓ Perda de apetite e emagrecimento excessivo
- ✓ Dores de cabeça
- ✓ Nódulos negros
- ✓ Nervosismo
- ✓ Tristeza
- ✓ Ansiedade
- ✓ Sentimentos de Culpa
- ✓ Baixa auto-estima

Veríssimo et al. (2013)



VIOLÊNCIA NO NAMORO

Consequências/Manifestações

- ✓ Confusão
- ✓ Depressão
- ✓ Isolamento
- ✓ Gravidez indesejada
- ✓ Infecções Sexualmente Transmissíveis
- ✓ Baixa do rendimento escolar ou abandono escolar
- ✓ Tentativas de suicídio/suicídio
- ✓ Homicídio

Veríssimo et al. (2013)



VIOLÊNCIA NO NAMORO

Aspetos Legais

Crime Público punível por lei

Qualquer um de nós pode apresentar queixa em qualquer posto da PSP, GNR e Polícia Judiciária.

MITO OU REALIDADE

1. Entre namorado e namorada ninguém mete a colherada ✗
2. A Violência sexual não existe no namoro ✗
3. É ciumento(a) porque me ama ✗
4. Violência no namoro manifesta-se quer nos rapazes quer nas raparigas. ✓
5. A violência só acontece em meios sociais desfavorecidos ✗



DÚVIDAS

BIBLIOGRAFIA

- APAV (2019). *Relações Saudáveis e não Saudáveis*. Associação Portuguesa Apoio à Vítima. Obtido em 13 outubro 2019, de <https://apavparajovens.pt/pt/go/relacoes-saudaveis-e-nao-saudaveis>.
- DGS. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª ed.). (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa. Obtido em 15 de setembro de 2019, de https://www.dgs.pt/occao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx.
- Verissimo, C. M., Catarino, H. d., Fábão, J. A., Ventura, M. C., Sá, M. d., Dixe, M. d., ... Custódio, S. M. (2013). *Prevenir a Violência no Namoro - N(amor)o (Im)perfeito - Fazer diferente para fazer a diferença*. S. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Obtido em 13 de outubro de 2019, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2399&id_revista=19&id_edicao=56.



**OBRIGADO
PELA ATENÇÃO!**



**PREENCHER
QUESTIONÁRIO**

Apêndice IX: Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde



AVALIACÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

No âmbito do projeto “*Namorar com Consciência...Namorar sem Violência*” gostaria de saber a tua opinião acerca das sessões de educação para a saúde. Assinala com um X a resposta que melhor exprime a tua opinião.

	Sim	Não
1. As sessões foram importantes?		
2. Os temas apresentados foram do teu interesse?		
3. A informação fornecida foi adequada?		
4. As tuas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente?		
5. O tempo de duração das sessões foi adequado?		

Sugestões:

Obrigado.

Mestranda Ana Januário

Apêndice X: Logótipo do Projeto

Logótipo do Projeto “*Namorar com Consciência...Namorar sem Violência*”



Cidadão Exemplar

Apêndice XI: Marcador Informativo

Marcador Informativo

RESPEITO
Alegria
Independência
Amizade
Carinho
Compreensão

**"Namorar com Consciência...
Namorar sem Violência"**

Afeto
CONFIANÇA

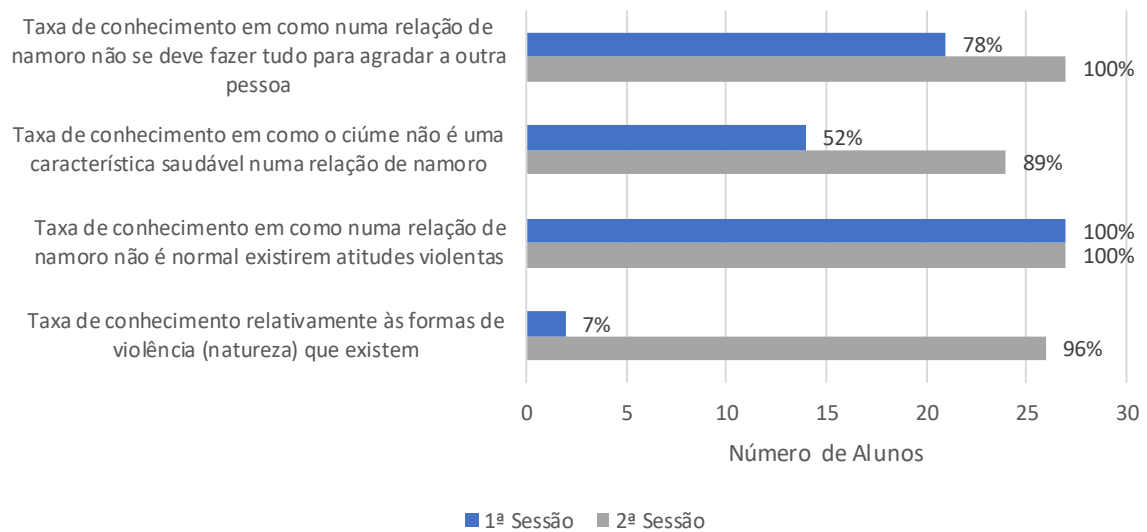

Cidadão Exemplar

Apêndice XII: Cronograma de Atividades

Etapas do Planeamento em Saúde	Atividades	Setembro 2019			Outubro 2019					Novembro 2019			Dezembro 2019			Janeiro 2020
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª
Revisão da Literatura																
Diagnóstico da Situação	Reunião Enf.ª Orientadora e Enf.ª Coordenadora UCC															
	Contacto com peritos na área da saúde escolar															
	Realização <i>Focus Group</i>															
	Análise e tratamento dos dados															
Determinação de Prioridades	Aplicação técnica Grelha de Análise															
	Reunião com Informadores-Chave peritos															
Fixação de Objetivos	Seleção de indicadores, objetivos e metas															
Seleção de Estratégias	Critérios de Conceção, modificações necessárias e estratégias realizáveis															
Preparação Operacional-Programação	Preparação das SEpS															
	Logótipo do Projeto															
	Marcador Informativo															
	Realização das SEpS															
	Dispositivo Digital															
Avaliação	Avaliação contínua															
Elaboração Relatório de Estágio																

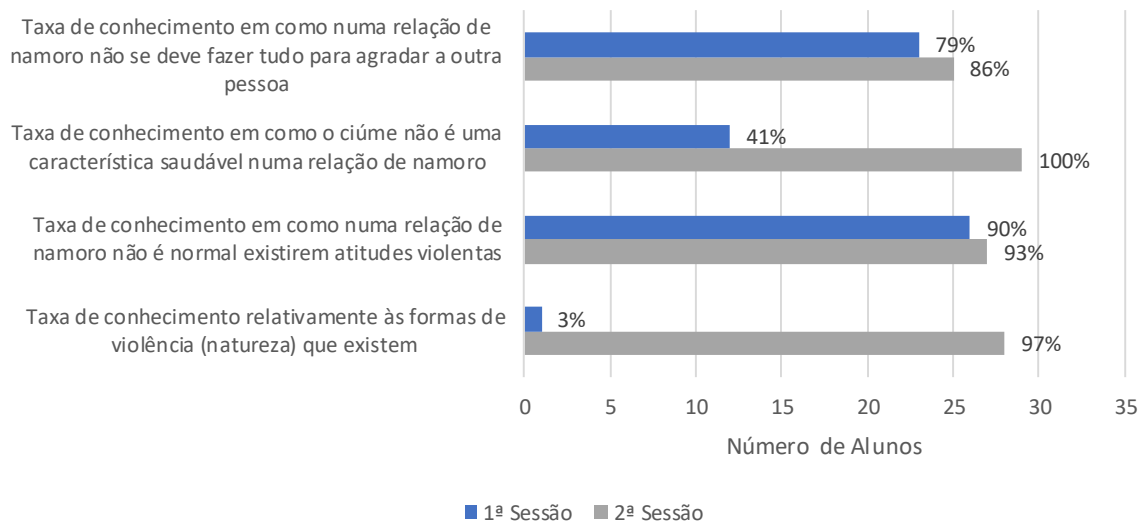
Apêndice XIII: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos por Turma

Gráfico 4: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma A



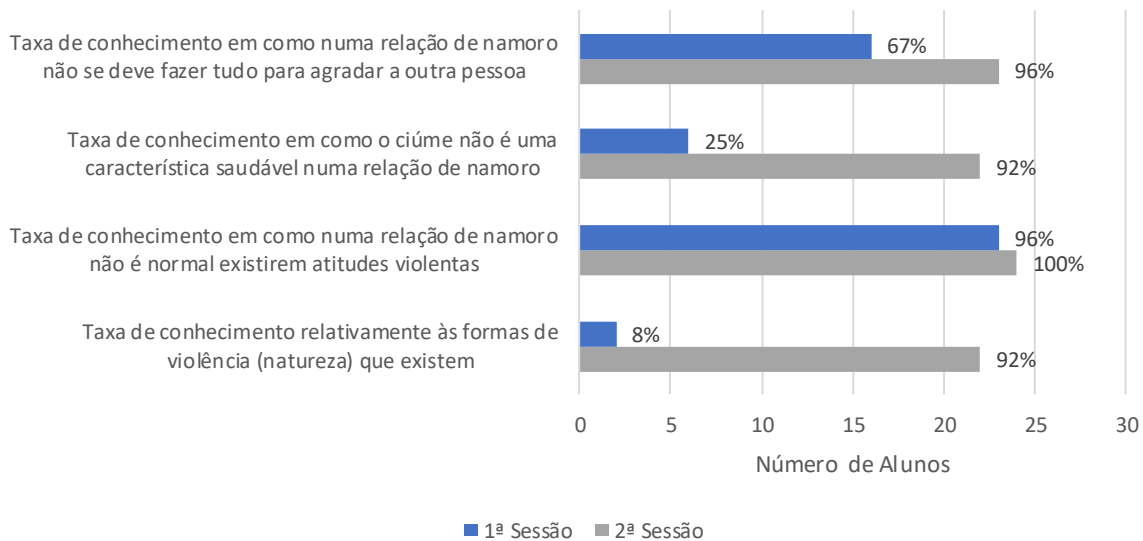
Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Gráfico 5: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma B



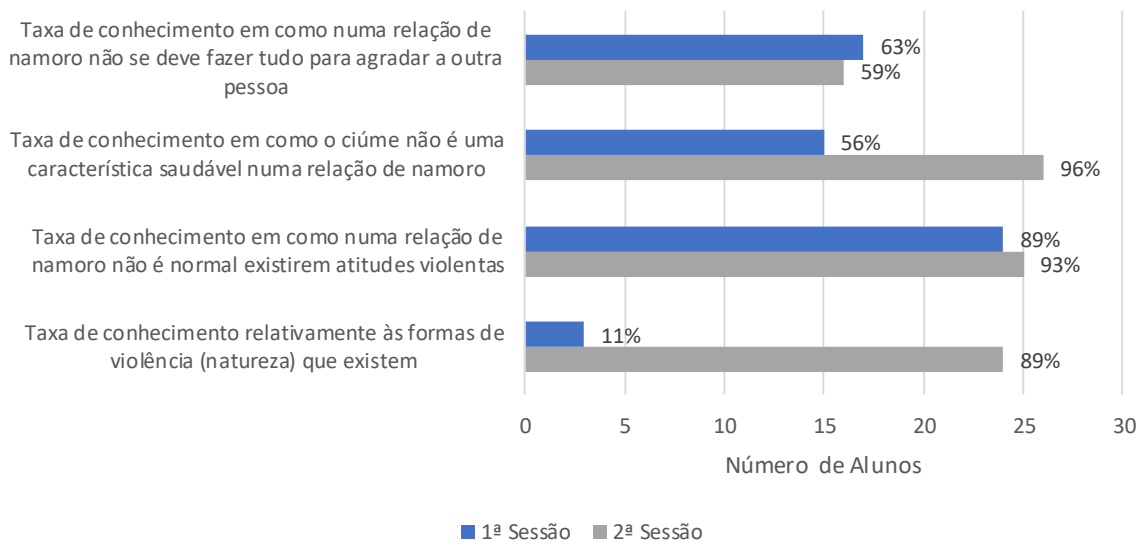
Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Gráfico 6: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma C



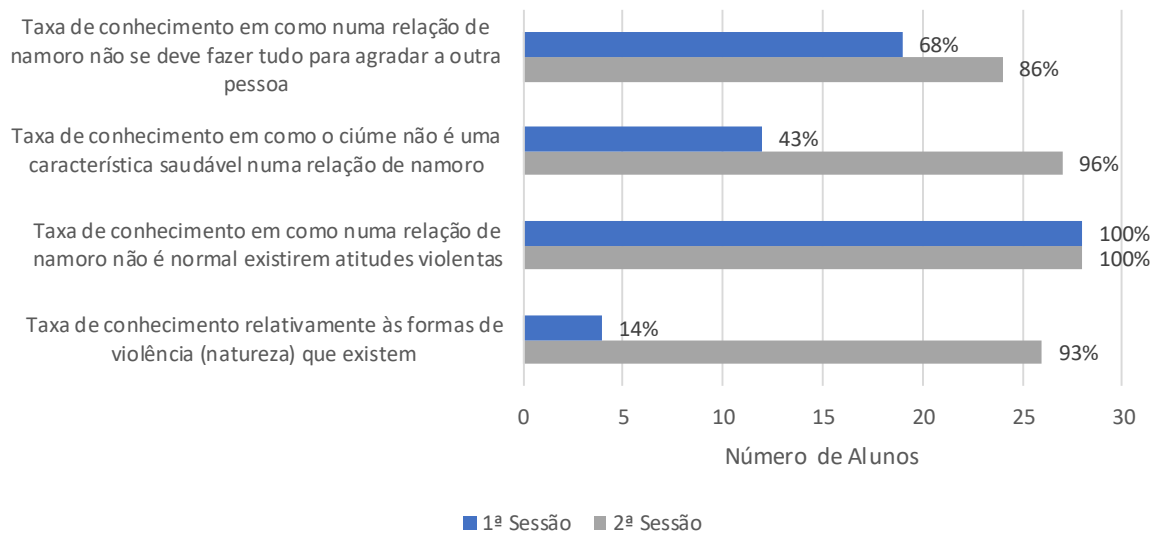
Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Gráfico 7: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma D



Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Gráfico 8: Evolução das Taxas de Conhecimento dos Alunos, Turma E



Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Apêndice XIV: Poster - “Saúde Escolar: Importância da Promoção da Saúde na Criança e Jovem”



IX Encontro UCC Seixal
17 e 18 de outubro 2019
Câmara Municipal do Seixal

“O CIDADÃO NO CENTRO DO SISTEMA”



SAÚDE ESCOLAR: IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA CRIANÇA E JOVEM

Ana Marisa Pais Januário¹, Susana Ermelinda Ferreira Santos², Amélia Simões Figueiredo³

¹Mestranda em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública no ICS da UCP. Hospital Garcia de Orta E.P.E., Serviço Urgência Geral. ²Vogal de Enfermagem ACES Almada-Seixal. Mestre em Enfermagem Comunitária, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. ³Professora Auxiliar no ICS da UCP. Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

O Programa Nacional de Saúde Escolar é o referencial técnico-normativo para a área da saúde escolar, baseado nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população infantil e juvenil, tem por finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens, em sintonia com as indicações da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (Amann, Monteiro & Leal, 2015). **Objetivo:** compilar, atualizar e produzir informação pertinente inerente ao programa de Saúde Escolar, justificando e contribuindo para a melhoria das intervenções dos profissionais de saúde e relevância das atividades desenvolvidas, no âmbito do projeto “Crescer Saudável da Cabeça aos Pés”, implementado pela UCC Seixal a nível escolar no Concelho.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o **Planeamento em Saúde** (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990; Nunes, 2016). Efetuou-se o diagnóstico de situação e, com a colaboração de peritos e tendo em conta os recursos disponíveis, foi identificada e priorizada a necessidade de elaborar um instrumento para legitimar o projeto “Crescer Saudável da Cabeça aos Pés”, fixaram-se objetivos e selecionaram-se estratégias. O resultado constou na sistematização da informação sobre a Saúde Escolar, patenteada à UCC Seixal em dispositivo físico e digital. A avaliação foi efetuada pela equipa da UCC Seixal.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

A UCC Seixal tem um papel ativo e privilegiado junto da comunidade escolar do Concelho do Seixal, pelo que a elaboração deste dispositivo foi oportuna, constituindo um instrumento de trabalho que reflete e fundamenta o projeto de promoção da saúde desenvolvido pela UCC no âmbito do programa de Saúde Escolar, e justifica as intervenções realizadas, assentes em padrões de qualidade que sustentam a tomada de decisão clínica em Enfermagem, ao longo de cada ano letivo.

Comunidade Escolar UCC Seixal

UCC Seixal (s.d.)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amann, G. P., Monteiro, H., & Leal, P. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 15 de junho de 2019, de <https://observatorio-nhsa.egm.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>.
Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Orlas Análisis.
Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do planeamento em saúde e os instrumentos de ação*. Lisboa: Clusio Editora.
Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. UCC Seixal. (s.d.). *Unidade de Custódia na Comunidade do Seixal*. Obtido em 13 de maio de 2019, de UCC Seixal: <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/ucc-seixal>.

Apêndice XV: Poster - “Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Adolescentes: a Scoping Review”



Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis nos Adolescentes: a Scoping Review

Ana Filipa Martinho Chambel Pereira¹, Ana Marisa Pais Januário², Cláudia Alexandra Bacalhau Ramalho³, Lúcia Susana de Oliveira Morais Pinheiro Domingues⁴, Sara Dinis Alves da Cruz Fialho⁵, Cândida Rosa de Almeida Clemente Ferrito⁶

^{1, 2, 3, 4} Mestrandas na UCP do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem – Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

⁵ Professora Auxiliar convidada do ICS da UCP. Doutora em Enfermagem, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

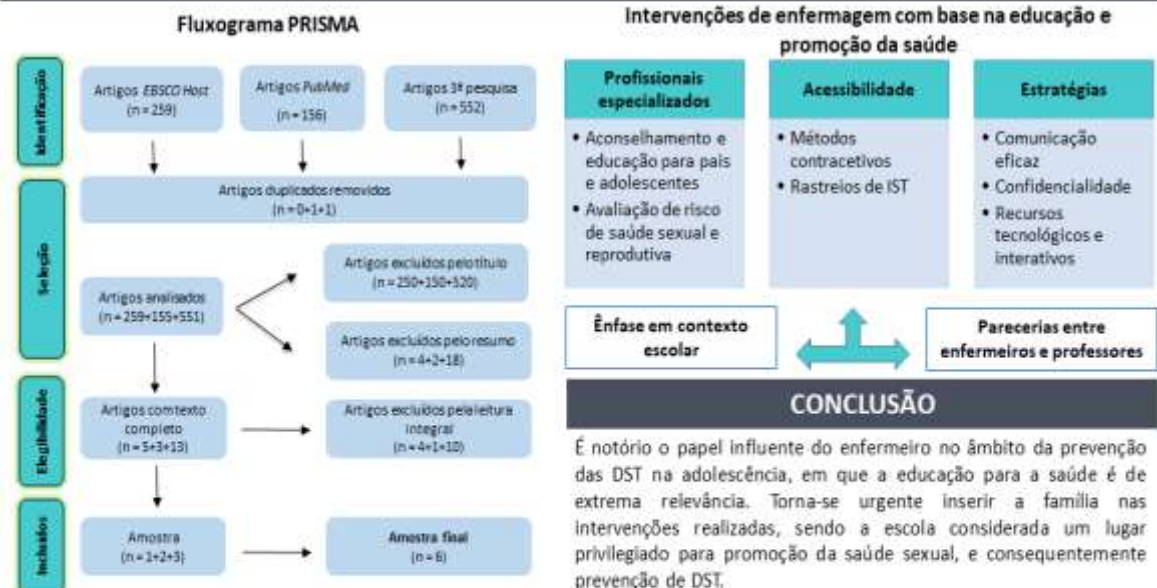
INTRODUÇÃO E OBJETIVO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como um momento crítico da vida, que começa aos 10 e termina aos 19 anos (WHO, 2018a). Nesta fase, a vivência da sexualidade torna-se mais evidente e o adolescente encontra-se desprotegido no que diz respeito a comportamentos de risco, estando suscetível à transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Almeida et al., 2017). As DST são responsáveis pelo aumento da morbilidade e mortalidade mundial (Beserra, Araújo & Barroso, 2006), estando entre as cinco primeiras causas de morte nos adolescentes (WHO, 2018b), pelo que as intervenções de enfermagem na sua prevenção tornam-se essenciais. O objetivo desta revisão foi identificar as intervenções de enfermagem na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nos adolescentes. **Palavras-chave:** adolescentes, doenças/infeções sexualmente transmissíveis, enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi elaborada uma *scoping review* com base nas recomendações do The Joanna Briggs Institute (2015). A pergunta de revisão foi: **Quais as intervenções de enfermagem na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis nos adolescentes?** Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto). A pesquisa foi realizada nas plataformas eletrónicas EBSCO Host e PubMed. A seleção dos estudos foi apresentada através do fluxograma PRISMA e os seus resultados apresentados num quadro.

RESULTADOS



CONCLUSÃO

É notório o papel influente do enfermeiro no âmbito da prevenção das DST na adolescência, em que a educação para a saúde é de extrema relevância. Torna-se urgente inserir a família nas intervenções realizadas, sendo a escola considerada um lugar privilegiado para promoção da saúde sexual, e consequentemente prevenção de DST.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida R.A.A.S., Correia R.G.C.F., Rolim I.L.T.P., Hora J.M., Livado A.G., Coutinho N.P.S., et al. (2017). Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *REBEN*, 70(5), 1087-1094. Obtido em novembro 2018 de http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n5/pt_0034-7187-reben-70-05-1033.pdf;
- Beserra E.P., Araújo M.F.M., Barroso M.G.T. (2006). Promoção da saúde em doenças transmissíveis – uma investigação entre adolescentes. *ACTA*, 19(4), 402-407. Obtido em novembro 2018 de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a06.pdf>;
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Edition/Supplement. Australia The Joanna Briggs Institute.
- World Health Organization (WHO) (2018a). Adolescent health. Geneva. Obtido em novembro 2018 de http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/;
- World Health Organization (WHO) (2018b). Coming of age: adolescent health. Geneva. Obtido em novembro 2018 de <http://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>.



Apêndice XVI: Poster - “Intervir na Promoção da Saúde na Idade Escolar”



INTERVIR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA IDADE ESCOLAR



II CONGRESSO NACIONAL AUCC
“UMA ASSOCIAÇÃO EM PROL DA COMUNIDADE”

Ana Marisa Pais Januário¹, Susana Ermelinda Ferreira Santos², Amélia Simões Figueiredo³

¹Mestranda em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública no ICS da UCP, Hospital Garcia de Orta E.P.E., Serviço Urgência Geral. ²Vogal de Enfermagem ACES Almada-Seixal. Mestre em Enfermagem Comunitária, Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. ³Professora Auxiliar no ICS da UCP. Doutora em Educação e Especialista em Enfermagem de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Baseado nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população infantil e juvenil, o Programa Nacional de Saúde Escolar é o referencial técnico-normativo para a área da saúde escolar e tem por finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens, em sintonia com as indicações da Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde (DGS, 2015). **Objetivo:** compilar, atualizar e produzir informação pertinente inerente ao programa de Saúde Escolar, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e relevância das atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto de Promoção da Saúde “Crescer Saudável da Cabeça aos Pés”, implementado pela UCC Seixal a nível escolar no Concelho.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

A UCC Seixal tem um papel ativo e privilegiado junto da comunidade escolar do Concelho do Seixal. Neste sentido, a elaboração deste dispositivo foi oportuna, constituindo um instrumento de trabalho que concentra e fundamenta a prática clínica no âmbito do Projeto de Promoção da Saúde desenvolvido pela UCC, integrado no Programa de Saúde Escolar, justificando as intervenções realizadas, assentes em padrões de qualidade que sustentam a tomada de decisão clínica em Enfermagem, ao longo de cada ano letivo.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o **Planeamento em Saúde** (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993; Nunes, 2016). Efetuou-se o diagnóstico de situação e, com a colaboração de peritos e tendo em conta os recursos disponíveis, foi identificada e priorizada a necessidade de elaborar um instrumento para fundamentar o Projeto de Promoção da Saúde “Crescer Saudável da Cabeça aos Pés”, fixaram-se objetivos e selecionaram-se estratégias. O resultado constou na sistematização da informação sobre a Saúde Escolar, patenteada à UCC Seixal em dispositivo físico e digital. A avaliação foi efetuada pela equipa da UCC Seixal.

Comunidade Escolar UCC Seixal



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Obtido em 15 de setembro de 2019, de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>.

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.

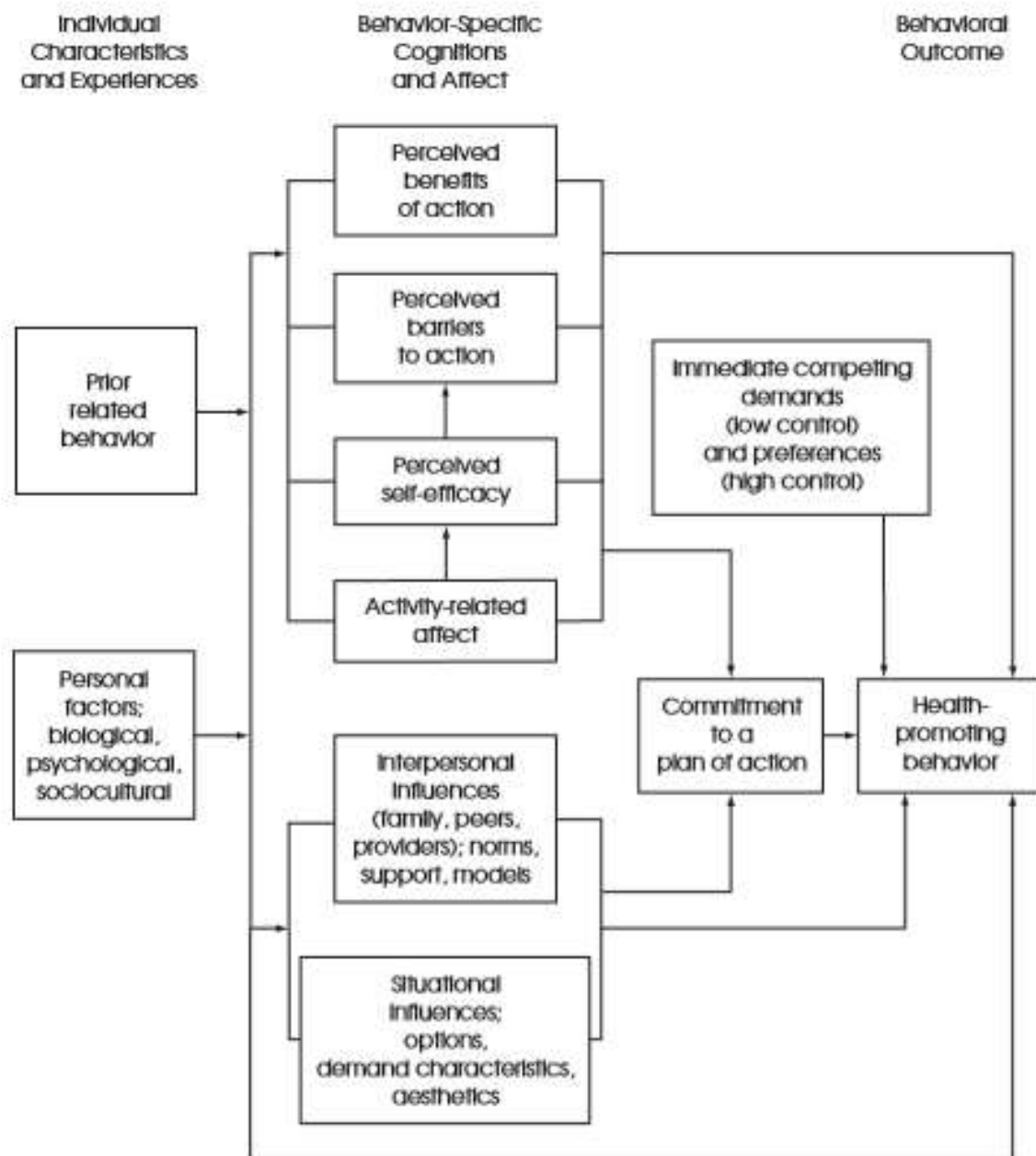
Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

UCC Seixal. (s.d.). *Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal*. Obtido em 13 de maio de 2019, de UCC Seixal: <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/ucc-seixal>.

ANEXOS

Anexo I: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

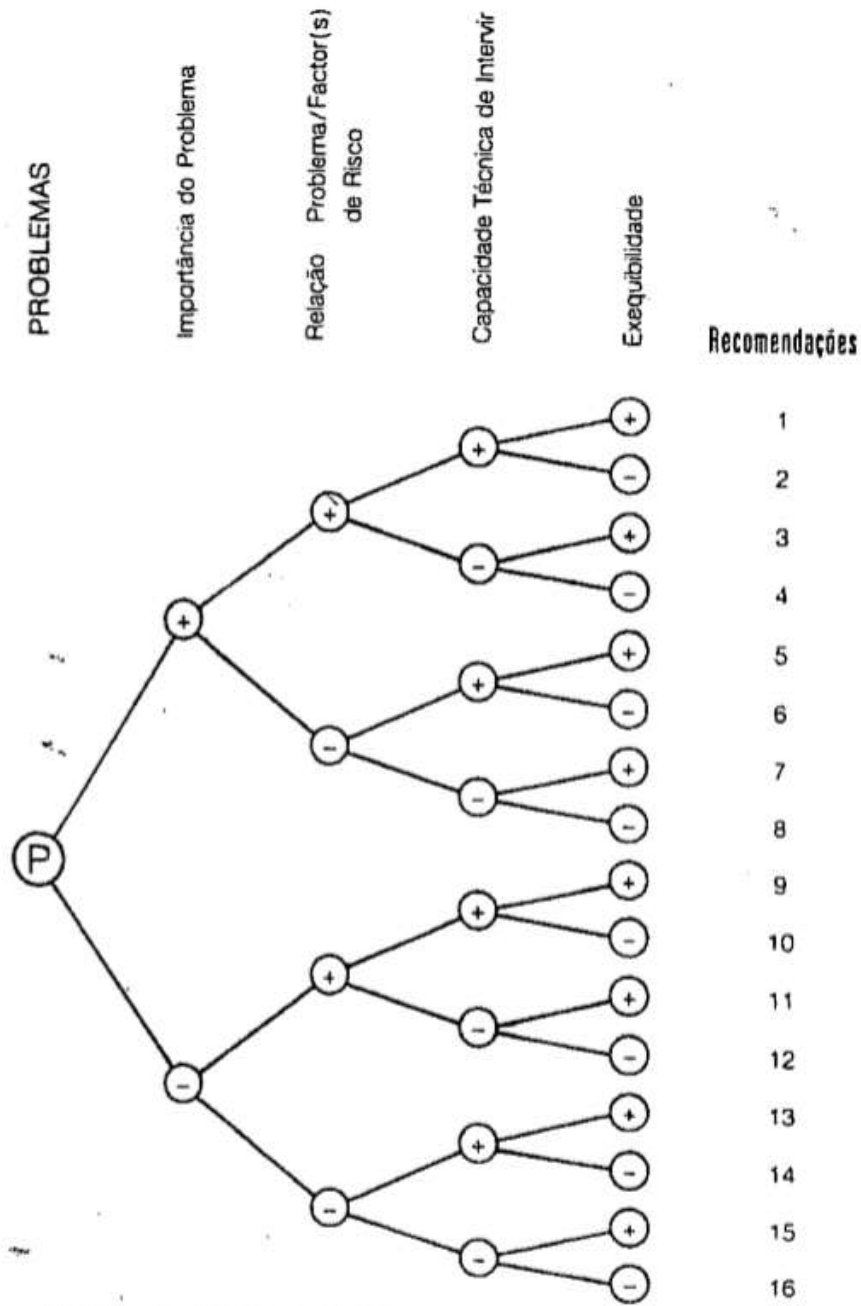
Figura 9: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Pender, Murdaugh, & Parsons (2015, p. 35)

Anexo II: Grelha de Análise para Determinação de Prioridades

Figura 10: Grelha de Análise para Determinação de Prioridades



Fonte: Pineault & Daveluy (1986) citado por Tavares (1990, p. 89)