



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

**“QUEM AMA NÃO AGRIDE”
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA COM
ADOLESCENTES EM CONTEXTO ESCOLAR**

**“THOSE WHO LOVE DO NOT ATTACK”
SPECIALIZED NURSING INTERVENTION WITH ADOLESCENTS IN
SCHOOL CONTEXT**

Por

Mónica Filipa Ribeiro dos Santos

Lisboa, 2023



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

**“QUEM AMA NÃO AGRIDE”
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA COM
ADOLESCENTES EM CONTEXTO ESCOLAR**

**“THOSE WHO LOVE DO NOT ATTACK”
SPECIALIZED NURSING INTERVENTION WITH ADOLESCENTS IN
SCHOOL CONTEXT**

Por

Mónica Filipa Ribeiro dos Santos

Sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Vieira Soares de Resende

Lisboa, 2023

*“A violência,
seja qual for a maneira
como ela se manifesta,
é sempre uma derrota.”*
- Jean-Paul Sartre -

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

AGRADECIMENTOS

Neste momento apraz-me manifestar a importância da presença, disponibilidade e apoio incondicional de muitas pessoas que me permitiram chegar ao fim deste percurso árduo, com muitas inquietações e hesitações, mas que que consegui ultrapassar graças às pessoas maravilhosas que existem na minha vida e que não me deixaram nunca desistir.

Vivi momentos de grande tensão e de grande stress, mas também de muita alegria. Esta ambivalência deve-se ao fato de ter sido uma experiência muito enriquecedora tanto a nível pessoal, como profissional. Conheci pessoas fantásticas ao longo de todo este percurso que está quase a acabar. E isso muito se deve às pessoas que me acompanham nestes momentos, por isso gostaria de deixar o meu especial agradecimento:

Em primeiro lugar, quero agradecer à Prof.^a Doutora Ana Resende, pela sabedoria e competência, e por todas as palavras sábias de ânimo, motivação e tranquilidade, que permitiu levar este projeto a bom porto.

Ao Enfermeiro Hugo Afonso, por toda a colaboração, incentivo, sugestões, partilha de conhecimentos e por todo o apoio demonstrado. A sua entrega e paixão pela profissão são uma inspiração. Sem si, não teria sido possível!

A toda a equipa multidisciplinar da UCC, em especial à equipa de Enfermagem e à Sra. Enfermeira Deolinda Bernardo, pelo acolhimento, disponibilidade e partilha de conhecimento, tão importante para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento profissional.

Aos diretores das escolas onde o projeto foi implementado, às professoras responsáveis pelo PES e professores titulares das aulas onde se 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 10º ano da escola que integrou o projeto, a vossa participação foi fundamental. Obrigada pela vossa participação sempre interessada e amigável, e também pelos vossos contributos, que tanto me ensinaram, e que guardarei com enorme orgulho e carinho.

A todas as colegas do mestrado, pela partilha de experiências, pelos bons momentos que foram tantas vezes a melhor terapia anti-*stress*. Agradeço em especial à minha colega Vanessa, amiga que fiz ao longo deste percurso, e que foi fundamental, obrigado por todo o apoio, partilha, companheirismo e risadas que, sem dúvida, descomplicaram todo este caminho.

Aos meus amigos de sempre que durante este percurso privaram tantas vezes da minha presença, mas que apoiaram incondicionalmente esta minha etapa crucial.

A ti Dinis, por tudo! Sem o teu apoio, a tua presença e a tua forma clara e objetiva de ver as coisas, tornou tudo mais fácil, sem isso nada teria sido possível. Obrigado pelo marido, amigo e pai incondicional que és e foste nesta etapa tão exigente para nós.

À minha Princesa, por diariamente me mostrar o verdadeiro sentido da vida e me inspirar na busca contínua para um Ser melhor, enquanto Pessoa, Mãe e Profissional.

Aos meus pais por todo o apoio incondicional, pelas palavras de carinho e encorajamento. Obrigado por acreditarem em mim e no meu valor.

Termino, reforçando o meu mais sincero agradecimento a todos os que fizeram parte desta jornada!

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

A violência no namoro é um grave e complexo problema de saúde pública. Considerando que a violência no namoro é um forte preditor de violência doméstica nas relações interpessoais futuras, é crucial atuar preventivamente junto dos adolescentes, 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, intitulado: “Quem ama NÃO agride”: Intervenção de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar, o projeto elaborado teve como objetivo contribuir para a capacitação dos adolescentes do 10º ano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis.

O projeto foi alicerçado na Metodologia do Planeamento em Saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993) e suportado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O diagnóstico da situação foi realizado mediante a pesquisa de consenso junto de peritos, com auxílio da técnica de *Focus Group* e permitiu identificar que a violência no namoro é uma problemática presente no concelho com necessidade de atuação, a título preventivo, junto dos adolescentes em contexto escolar. Foi selecionada uma amostra final de 145 adolescentes 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 estratégia educacional foi utilizada como principal estratégia de intervenção comunitária, a nível preventivo, recorrendo-se à educação para a saúde.

Os resultados reboraram que o projeto contribuiu para o aumento do nível de conhecimento dos adolescentes sobre a violência no namoro, perspetivando-se assim ganhos efetivos em saúde.

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

ABSTRACT

Dating violence is a serious and complex public health problem. Considering that dating violence is a strong predictor of domestic violence in future interpersonal relationships, it is crucial to act preventively with adolescents, since it is during adolescence that the first romantic relationships are developed and behaviors are acquired that will certainly have repercussions in adulthood.

This community intervention project was carried out in a Community Care Unit belonging to the Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley, entitled: “Those who love do not attack”: Specialized nursing intervention with adolescents in school context, the project aimed to contribute to the empowerment of adolescents in the 10th grade from two secondary schools in the municipality, by promoting knowledge for the adoption of behaviors aimed at healthy dating relationships.

The project was based on the Health Planning Methodology according to Imperatori and Giraldes (1993) and supported by Nola Pender's Health Promotion Model (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2015).

The diagnosis of the situation was performed through consensus research with experts, using the Focus Group technique, and allowed identifying that dating violence is a problem in the municipality with the need for preventive action with adolescents in school settings. A final sample of 145 adolescents was selected for intervention.

The identified nursing diagnoses were prioritized using the Analysis Grid technique (Tavares, 1990), and we chose to intervene in all diagnoses given their interrelationship.

The educational strategy was used as the main community intervention strategy, at a preventive level, using health education.

The results showed that the project contributed to increasing the adolescents' level of knowledge about dating violence, thus envisaging effective health gains.

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

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde
- 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
- CIPE** – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
- CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- DGE** – Direção-Geral da Educação
- DGES** Direção-Geral do Ensino Superior
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- EEECSP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- EpS** – Educação para a Saúde
- EPS** – Escolas Promotoras da Saúde
- EPVA** – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos
- JBI** – Institute Joanna Brigs
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- MPSNP** – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PES** – Projeto de Educação para a Saúde
- PLS** – Plano Local de Saúde
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- PNSE** – Programa Nacional de Saúde Escolar
- PNPVCV** – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
- PSP** – Polícia de Segurança Pública
- RLVT** – Região de Lisboa e Vale do Tejo
- SE** – Saúde Escolar
- SEpS** – Sessão/Sessões de Educação para a Saúde

SIARS – Sistema de Informação das ARS

WHO – World Health Organization

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1.1. Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: a scoping review.....	4
1.2. Violência.....	6
1.2.1. Determinantes da violência	10
1.2.2. Tipologia e Natureza da Violência.....	12
1.2.3. Ciclo de Violência.....	13
1.3. Violência nas relações de intimidade.....	15
1.4. Violência no Namoro.....	17
1.4.1. Intervenção na Adolescência.....	21
1.4.2. Prevenção da violência no namoro nos adolescentes em contexto escolar	23
1.4.2.1. Educação para a Saúde na Prevenção da Violência no Namoro	26
1.5. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Prevenção da Violência no Namoro na adolescência	29
2. PERTINÊNCIA DO PROJETO “QUEM AMA NÃO AGRIDE”	34
3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	38
3.1.1 Contextualização do local de estágio	39
3.1.2. População alvo e amostra	41
3.1.3. Identificação dos Problemas e Necessidades de Saúde	44
3.1.3.1. <i>Focus Group</i>	44
3.1.4 - Diagnósticos de Enfermagem	49
3.2. Determinação de Prioridades.....	51
3.3. Fixação de objetivos	53
3.4 Seleção de Estratégias	58
3.5. Elaboração de programas e projetos.....	59
3.6 Preparação da execução.....	60
3.6.1 Logótipo do Projeto.....	60
3.6.2. Manual de Prevenção da Violência no Namoro	61
3.6.3 Sessão de Educação para a Saúde	61
3.7 Avaliação.....	63

3.8. Implicações do projeto para a prática clínica e desafios futuros	67
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	69
5. REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	71
5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	71
5.2 Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	73
5.4. Atividade Complementar e Produção Associada	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	91
Anexo I – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	92
Anexo II – Autorização dos AE para implementação do projeto de intervenção comunitária	94
Anexo III – Grelha de Análise para Determinação de Prioridades	96
Anexo IV – Declaração da Enfermeira Coordenadora da UCC	98
Anexo V – Certificado de participação no Curso sobre violência no namoro – UNI +	100
Anexo VI – Certificado de publicação do poster “ <i>A intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma scoping review</i> ”	102
Anexo VII – Certificado de comunicação oral no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem	104
APÊNDICES	107
Apêndice I – “ <i>Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: a scoping review</i> ” – Fluxograma PRISMA e tabela de artigos elegíveis	108
Apêndice II – Pedido de autorização à Direção dos Agrupamentos de Escolas	113
Apêndice III – Consentimento Informado Livre e Esclarecido – <i>Focus Group</i>	115
Apêndice IV – Guião do <i>Focus Group</i>	118
Apêndice V – Análise de conteúdo do <i>Focus Group</i> segundo Bardin	121
Apêndice VI - Plano operacional do projeto	129
Apêndice VII – Diagrama de Gantt	131

Apêndice VIII – Logótipo do Projeto	133
Apêndice IX – Manual de prevenção da violência no namoro	135
Apêndice X – Plano de Sessão da Sessão de Educação para a Saúde.....	142
Apêndice XI – Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde.....	152
Apêndice XII – Teste de diagnóstico	158
Apêndice XIII – Teste de avaliação de conhecimentos	162
Apêndice XIV – Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde.....	165
Apêndice XV – Consentimento Informado Livre e Esclarecido adolescentes e encarregados de educação.....	168
Apêndice XVI – Post “ <i>Contributo de Katharine Kolcaba sobre a importância do conforto dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na comunidade</i> ” publicado no site Nursology	171
Apêndice XVII – Poster - “ <i>A intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma scoping review</i> ”	173

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura n.º1- Modelo ecológico da violência	10
Figura n.º2- Tipologia da violência	12
Figura n.º3- Ciclo da violência	14
Figura n.º4- Prevalência da violência praticada por parceira íntimo, por região da OMS	16
Figura n.º5- Indicadores de vitimização: comparação 2019-2020.....	20

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1- Distribuição da amostra por sexo	43
Gráfico n.º 2- Distribuição da amostra por idade	43
Gráfico n.º 3- Evolução da taxa de conhecimentos dos adolescentes	66

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1- Critérios de inclusão para definição da amostra.....	43
Quadro n.º 2- Análise de conteúdo do <i>Focus Group</i>	47
Quadro n.º 3- Diagnósticos de enfermagem segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a CIPE (Versão 2019)	50
Quadro n.º 4- Grelha de análise para determinação de prioridades	51
Quadro n.º 5- Indicadores de execução	54
Quadro n.º 6- Indicador de impacto	55
Quadro n.º 7- Metas definidas para cada indicador de execução e objetivo específico ...	56
Quadro n.º 8- Meta definida para o indicador de impacto	58
Quadro n.º 9- Planeamento das sessões de educação para a saúde por turma	62
Quadro n.º 10- Avaliação interna do projeto, de acordo com as metas e indicadores de execução definidos	64

INTRODUÇÃO

No âmbito do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa, foi realizado o presente relatório com o intuito de descrever as competências desenvolvidas e adquiridas enquanto mestre e enfermeira especialista na área referida.

O estágio final foi realizado entre setembro e dezembro de 2022, numa Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) sediada num agrupamento de centros de saúde (ACeS) pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no regular funcionamento do enfermeiro orientador clínico.

Com este estágio pretendia-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia de planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), assim como basear toda a prática e intervenções num referencial teórico da disciplina de enfermagem. Neste caso, o modelo teórico utilizado foi o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender (MPSNP).

O projeto de intervenção foi elaborado de acordo com o diagnóstico de situação efetuado, e após a realização do *focus group*, foi possível identificar a violência, mais especificamente a violência doméstica na vertente da violência no namoro como problemática presente nesta comunidade, surgindo como uma necessidade de saúde a intervenção nesta área. Como estratégia de abordagem ao problema, foi definida uma abordagem de intervenção a título preventivo, direcionando para a capacitação da comunidade adolescente, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis. A realização deste projeto integrou o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e o plano de ação da UCC, o que possibilitou, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos adolescentes numa vertente de prevenção e educação para a saúde.

Estudar e intervir neste problema de saúde junto dos adolescentes é pertinente, visando ganhos efetivos em saúde, indo ao encontro das linhas orientadoras das políticas de saúde existentes a nível nacional.

A violência no namoro é um grave e complexo problema de saúde pública, com impacto a nível mundial sendo a sua prevalência no mundo preocupante, apresentando valores de 25,4% na região Europeia (OMS 2014). A violência no namoro assume-se como um fenómeno evidente e preocupante, com sérias repercussões ao nível da saúde física, psicológica e emocional, sendo um forte preditor de violência doméstica nas relações interpessoais futuras.

Trata-se de um tema pertinente a ser trabalhado, não apenas para incrementar o conhecimento do mesmo, como também para identificar as estratégias de intervenção mais adequadas a este tipo de violência e que possam promover a manutenção de relações de namoro saudáveis. (Caridade & Machado, 2013). A violência no namoro é uma problemática presente no concelho em estudo e com necessidade de atuação, a título preventivo, junto dos adolescentes em contexto escolar.

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na intervenção comunitária, sendo a sua área de intervenção focalizada no contexto escolar, uma vez que este se assume também como o espaço fundamental para se educar sobre a violência e, especificamente, sobre a violência no namoro.

Contudo é no contexto escolar que os adolescentes expressam comportamentos e atitudes de violência no relacionamento interpessoal que estabelecem com o seu grupo de pares, bem como se iniciam as primeiras relações amorosas, pelo que faz todo o sentido que seja, neste contexto, que um programa de intervenção possa ser implementado.

O presente relatório encontra-se dividido em 5 capítulos. No primeiro é apresentada uma revisão de escopo (*scoping review*) sobre a temática em estudo, de modo a mapear as intervenções para a prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar. Ainda neste capítulo é abordado o conceito de promoção de saúde, com base no modelo teórico definido.

No segundo capítulo é apresentada a justificação e pertinência do tema do projeto. O terceiro capítulo baseia-se na metodologia do planeamento em saúde, subdividindo-o em todas as fases que o constituem, a citar: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação para a execução e avaliação. É realizada também uma reflexão sobre as implicações do projeto para a prática clínica, mencionando os desafios futuros.

No quarto capítulo são explanadas as considerações éticas tidas em conta ao longo de todo o percurso. No quinto capítulo é feita uma reflexão sobre as competências desenvolvidas e

adquiridas enquanto mestre e enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública após conclusão do estágio.

Por fim, fazem-se as considerações finais, com uma conclusão do projeto e retrospeção de todo o percurso. Este documento foi elaborado segundo as regras descritas no Guia da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, do curso de mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa. São respeitadas as normas de escrita do novo acordo ortográfico. As referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas da American Psychological Association - APA (2010, 7ª edição).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o principal objetivo de adquirir conhecimento acerca da temática em causa, permitindo uma intervenção contextualizada e baseada nesse conhecimento e na evidência foi realizado um enquadramento teórico, em que se procurou compreender melhor o fenómeno da violência, mais especificamente da violência no namoro. Assim, foi realizada uma revisão bibliográfica, na qual se elaborou uma revisão de escopo intitulada “*Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: a scoping review*” (Apêndice I), de forma a fundamentar a intervenção planeada e realizada, procurando também perceber as intervenções já realizadas anteriormente, integradas nos diversos programas e projetos.

1.1. Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: *a scoping review*

De modo a dar sustento científico ao projeto de intervenção comunitária e dar resposta à questão de revisão: qual a evidência existente sobre as intervenções para a prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar?, foi realizada uma revisão de escopo (*scoping review*) entre setembro e outubro de 2022, seguindo o método do *The Institute Joanna Brigs* (JBI). Esta revisão de escopo (*scoping review*) teve como objetivo mapear as intervenções para a prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados informatizadas MEDLINE Complete e CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection (NAHC): Comprehensive, Cochrane e MedicLatina, presentes no motor de busca EBSCOhost e nas bases de dados PubMed e SciELO, por meio da consulta dos seguintes termos no idioma inglês: *dating violence, adolescent, adolescence, prevention, school health e intervention*. Como complemento da estratégia de pesquisa, foi utilizado o operador booleano [AND].

Para determinar os critérios de inclusão dos artigos utilizou-se a mnemónica “PCC”, de acordo com as recomendações do JBI para as revisões de scoping, traduzindo-se em população (adolescentes), conceito (violência no namoro) e contexto (escolar).

Os critérios adotados para a inclusão foram: artigos de científicos publicados, de natureza quantitativa ou qualitativa e revisões de literatura; artigos científicos publicados em português, inglês, espanhol ou castelhano; artigos científicos disponíveis com texto completo na modalidade *open access*; artigos científicos publicados que respondam à questão de revisão; artigos científicos que abordem qualquer tipologia de violência ocorrida no âmbito do namoro de adolescentes; artigos científicos sobre violência no namoro retratada em qualquer área do conhecimento; artigos científicos em que o público-alvo da pesquisa tem idades compreendidas entre 10 e 19 anos.

Os artigos publicados fora do período selecionado, artigos de revisões teóricas ou análise documental, além de artigos que não compreendiam a idade limite de 19 anos foram os critérios adotados para sua exclusão.

Após a definição da questão de revisão, iniciou-se o processo de pesquisa, que teve na sua génese a identificação das palavras-chave. Enunciaram-se e hierarquizaram-se as palavras-chave de acordo com a conceptualização efetuada: *violência no namoro, adolescentes, adolescência, prevenção, saúde escolar e intervenções*.

Os termos apurados no contexto desta metodologia, foram submetidos à plataforma MeSH (Medical Subjects Headings) Browser (2022, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) e DeCs (Descritores em Ciências da Saúde) Browser (2022, <https://decs.bvsalud.org/>) : violência no namoro – *dating violence*, adolescente – *adolescente*, adolescência – *adolescence*, prevenção – *prevention*, saúde escolar – *school health* e intervenções – *interventions*.

Na etapa seguinte da revisão, procedeu-se à pesquisa nas bases de dados científicas acima mencionadas. Para tal, foi desenhada a seguinte equação de pesquisa: [(*dating violence*) AND (*adolescent*) AND (*adolescence*) AND (*prevention*) AND (*school health*) AND (*interventions*)] = MEDLINE=21, CINAHL= 22, PubMed= 251, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive= 10, CoChrane= 6.

Inicialmente, procedeu-se à pesquisa de cada descritor individualmente, tendo-se posteriormente efetuado uma pesquisa booleana, com recurso ao operador booleano AND.

Assim foram identificados 310 artigos científicos, dos quais 9 foram elegíveis para inclusão (fluxograma disponível no Apêndice I).

Para a extração dos dados, foi elaborado um quadro organizado de acordo com a identificação (título, autores, país, ano publicação, revista de publicação) (Apêndice I).

A análise dos resultados obtidos através da leitura dos artigos, permitiu identificar três tipos de intervenções categorizadas em: intervenções multicomponentes, intervenções direcionadas ao desenvolvimento de habilidades e intervenções baseadas em teatro/dramatização.

De acordo com os principais resultados da revisão de escopo (*scoping review*) que sustentam o projeto de intervenção comunitária implementado (Apêndice I), nas intervenções multicomponentes, as atividades desenvolvidas visaram o desenvolvimento de competências dos estudantes, formação para equipa escolar e a sensibilização para pais. As intervenções direcionadas ao desenvolvimento de habilidades, baseiam-se nas habilidades de vida: autoconhecimento, pensamento crítico, comunicação assertiva, empatia, gestão das emoções, tomada de decisão e resolução de problemas. Quanto às intervenções baseadas em teatro/dramatização, a dramatização foi o recurso interventivo utilizado, a intenção era que no decorrer das encenações os adolescentes que assistiam às peças se identificassem com os personagens e se auto-questionassem em relação às situações de violência no namoro e assim alterassem os seus comportamentos.

Conclui-se assim que, mobilizar a prática baseada na evidência nos cuidados de enfermagem na prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar, contribui para uma intervenção competente, científica e atual.

Com a evidência obtida através desta revisão de escopo (*scoping review*), pretende-se contribuir para a mudança de paradigma e esclarecimento da importância da intervenção na prevenção, deteção, encaminhamento e atuação perante situações de violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar, promovendo assim a transição de uma estratégia reativa à presença de situações de violência, para uma estratégia proativa e preventiva da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar.

1.2. Violência

O fenómeno da Violência não é algo atual tendo vindo a ganhar ênfase e a ser considerado realmente um grave problema social desde há poucos séculos atrás. Esta é comum a todas as sociedades, no entanto, cada uma tem os seus próprios critérios do que poderá ou não, ser considerado violência (Dias, 2005).

A violência provavelmente sempre fez parte da experiência humana. No entanto, a comunidade científica foi tentando, de alguma forma, compreender o fenômeno por forma a delimitar o seu sentido. Importa assim, perceber que a violência é um fenômeno extremamente abrangente e, como tal, a sua definição é também difícil de operacionalizar.

Nos dias de hoje, a violência engloba um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, pelo impacto negativo que podem ter 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).

Admitindo que não existe uma única definição de violência, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2014, p.2) refere que se entende por violência o *“uso de força física ou poder, em forma de ameaça ou na prática contra si próprio, outra pessoa, um grupo de pessoas ou comunidade de onde resulta ou possa resultar sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação de algo”*.

O conceito de violência é dotado de um carácter dinâmico e não consensual, que tem sofrido alterações, variando também a sua forma de interpretação pela sociedade em que se inclui e pelos sujeitos que o interpretam.

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.

Em suma, o conceito de violência *“pode ser entendido de diversas perspetivas, tendo em conta a forma como este é percecionado, vivido e representado, tanto por parte da vítima, como do autor ou da sociedade”* (DGS, 2016, p.24), podendo deste modo *“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).

Dado a diversidade de interpretações sobre o conceito, os dados epidemiológicos são difíceis de apurar (DGS, 2016), no entanto, é reconhecido que anualmente são registadas em todo o mundo mais de 1,4 milhões de mortes resultantes da violência, em todas as suas formas, correspondendo a 2,5% da mortalidade global (mais de 3800 mortes por dia) (OMS, 2014), 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).

A nível nacional os dados específicos sobre a violência no namoro não são claros, uma vez de acordo com o enquadramento legal, os mesmos estão inseridos nos dados referentes à violência doméstica, mas vários são os estudos realizados, o Observatório da Violência no Namoro (2022), refere que as formas mais prevalentes de violência no namoro são a verbal e a emocional, seguidas da violência física e psicológica. Em cerca de 23,1% as vítimas estiveram em perigo de vida. Os impactos da violência no namoro manifestam-se sobretudo a nível psicológico (61,5%) e social (38,5%). Cerca de 15,4% das vítimas tiveram necessidade de, na sequência da violência sofrida, receber tratamento médico.

No último estudo sobre a violência no namoro realizado pela UMAR (2020), os dados mostram que 58% de jovens que namoram ou já namoraram reportam já ter sofrido pelo menos uma forma de violência por parte de atual ou ex-companheiro/a, e 67% de jovens consideram como natural algum dos comportamentos de violência. O estudo aponta para a elevada prevalência e legitimação de formas específicas de violência como a violência psicológica, aquela exercida através das redes sociais ou as atitudes de controlo (sobre vestuário e hábitos de convívio, entre outros).

Para além das mortes e dos feridos resultantes da violência, outras consequências a ela associada surgem, nomeadamente comportamentos de alto risco como o abuso de álcool e substâncias, tabagismo e sexo inseguro. Tais aspetos podem, por sua vez, contribuir para distúrbios cardiovasculares, cancro, depressão, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis, considerados principais causas de morte (Butchart et al., 2012).

São dados assustadores e que permitem compreender a emergência de atuar nesta problemática.

Ao longo dos anos, a nível internacional tem existindo preocupação crescente com a problemática da violência, estando a mesma consagrada em vários documentos 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 Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (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 embora os números sejam elevados relativos à violência, referidos anteriormente, considera-se que a evidência dos dados apresentados não corresponde à realidade, pois a maioria dos casos de violência não chega ao conhecimento das autoridades, sendo que é reconhecida a necessidade de investigação do problema, sua extensão e natureza, diretamente junto das populações (OMS, 2014).

Cada vez mais os estudos científicos revelam que a violência pode ser evitável, assim estamos perante um problema de saúde onde é necessária a intervenção, por ser um problema passível de mudança e melhoria. Os países já começaram a investir em prevenção, contudo a sua intervenção não tem sido compatível com a dimensão e a gravidade do problema (OMS, 2014).

A saúde pública tem vindo a desempenhar um papel importante a nível de atuação na problemática da violência, de uma forma mais evidente desde 1980. Tem-se procurado compreender as raízes da violência, bem como atuar ao nível da sua prevenção (Dahlberg & Krug, 2007). Estes mesmos autores consideram que a violência pode ser evitada, bem como

as suas consequências reduzidas, e que os fatores responsáveis pelas ações violentas podem ser modificados.

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.

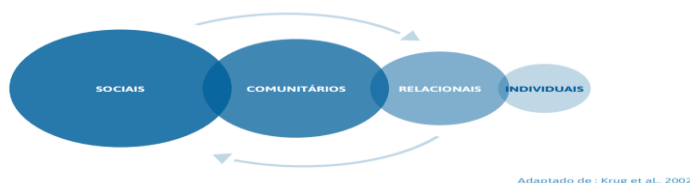
Por forma a compreender o fenómeno da violência e toda a sua complexidade no sentido de a prevenir, torna-se pertinente o estudo dos seus determinantes, da sua tipologia e natureza.

1.2.1. Determinantes da violência

Todos os tipos de violência estão associados a determinantes sociais, e um ato violento está inserido num determinado contexto político, social e económico. Assim, é crucial compreender quais os fatores que influenciam a violência enquanto fenómeno, ou seja, os seus determinantes. Os determinantes da violência são de carácter diverso e a sua interação deve ser considerada, sem ponderar a sua forma individualizada e isolada (DGS, 2016). A OMS utiliza desde 2002, o modelo ecológico como interpretativo do fenómeno da violência interpessoal, e este modelo tem por base o modelo conceptual do desenvolvimento humano, desenvolvido por Broffebrenner e posteriormente adaptado por diversos autores.

De acordo com este modelo, são considerados quatro tipos de fatores, que interagem entre si: fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016) (Figura 1).

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência



Fonte: DGS (2014, p.38)

Os fatores individuais, que são fatores de ordem biológica ou da história pessoal do indivíduo, e incluem a impulsividade, a presença de psicopatologia, história prévia de agressão e/ou de maus-tratos, abuso de substâncias psicoativas, fatores esses que podem propiciar a concretização de atos violentos. Nos fatores relacionais, em que está pressuposta uma relação entre pares, entre membros de uma família ou mesmo em relações de intimidade, podem ser condicionantes a existência de conflitualidade familiar, de problemas relacionados com a parentalidade, de assimetrias de poder e controlo, ou de baixo estatuto socioeconómico, em particular no caso da violência física. Na perspetiva dos fatores comunitários, é considerado o contexto onde os relacionamentos sociais se processam e desenvolvem. Assim, as características da comunidade influenciam as relações e propiciam ou não o fenómeno da violência. Fatores como a densidade populacional, as características demográficas da população, o isolamento social, o desemprego, as pobreza, entre outros, influenciam este fenómeno. Os fatores de ordem social atuam diretamente na sociedade moldando as suas características e influenciando também o fenómeno da violência, a forma como se propicia e como é percebido. Estes fatores englobam as normas culturais, valores, crenças, políticas de saúde, sociais, de justiça e de educação, entre outros (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, entre eles destaca-se 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.

A violência decorre de um conjunto de determinantes, destacando-se as condições de vida e de saúde da população, a acessibilidade, o atendimento e o encaminhamento nos cuidados de saúde, a fadiga e exaustão, sentimentos de frustração e sofrimento emocional vivido por quem está doente e por quem cuida. Um ambiente de qualidade, confiança e justiça reduz a violência, contribuindo igualmente para a criação de condições de trabalho mais saudáveis de um ponto de vista social, físico e psicológico.

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).

De acordo com Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, (2002), existem normas culturais predominantes no fenômeno da violência, como a pobreza e o isolamento social, bem como alguns fatores de risco, como a facilidade de acesso a armas, nomeadamente a armas de fogo e o consumo excessivo/indevido de álcool estão também fortemente associados à violência.

Por conseguinte, as estratégias de intervenção, baseadas no modelo ecológico da violência, a nível da sociedade, este modelo preconiza que as políticas de saúde, económicas, educacionais e sociais são propícias à criação de um clima em que a violência é estimulada ou inibida devendo combater atitudes e práticas culturais adversas e garantir a igualdade de acesso aos serviços. Ao nível comunitário devem aplicar medidas preventivas em escolas, bairros e locais de trabalho, e tem sido demonstrado que o contexto em que as pessoas vivem influencia a probabilidade de estar envolvido em situações de violência, a nível relacional devem promover relacionamentos pessoais saudáveis nos diversos contextos e a nível individual devem focalizar-se na intervenção em fatores de risco comportamentais, mas embora as características individuais sejam bastante relevantes, o contexto em que os indivíduos vivem e interagem é fundamental para a compreensão da problemática. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016)

1.2.2. Tipologia e Natureza da Violência

Os diferentes tipos de violência compartilham fatores de risco subjacentes e inter-relações importantes. A tipologia de violência proposta pela OMS inclui três categorias base de acordo com as características da pessoa envolvida e o ato de violência: 1) violência autodirigida, 2) violência coletiva e 3) violência interpessoal, sendo a intencionalidade uma característica comum às três categorias (Figura 2).

Figura 2: Tipologia da violência



Adaptado de: Krug et al., 2002

Fonte: DGS (2016, p.27)

A violência autodirigida é subdividida em comportamentos suicidas e abuso autodirigido. O primeiro comportamento inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e suicídios consumados, enquanto o abuso autodirigido inclui atos como a automutilação (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016). Relativamente à violência interpessoal, considera-se a violência familiar/violência entre parceiros íntimos e a violência na comunidade. No primeiro tipo estão incluídos os maus-tratos a crianças e jovens, a violência entre parceiros íntimos e a violência contra pessoas idosas. A violência entre parceiros íntimos refere-se a situações de violência nas relações de intimidade e/ou conjugalidade (em casais heterossexuais ou homossexuais, em que a pessoa que pratica o ato de violência possa ser o homem ou a mulher) e a violência no namoro.

A violência na comunidade inclui a violência juvenil, roubos violentos, assédio/abuso sexual ou violação por estranhos e violência em contexto institucional – locais de trabalho (*mobbing*), escolas (*bullying*), estabelecimentos prisionais, lares de acolhimento, etc. O *stalking* (assédio persistente com caráter intrusivo e indesejado) e o *grooming* (aliciamento sexual de crianças ou jovens por um adulto, com recurso à novas tecnologias, como as redes sociais) enquanto estratégias de coação psicológica, são formas de perpetrar violência incluídas neste grupo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016).

No que concerne à 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.

1.2.3. Ciclo de Violência

De acordo com as pesquisas realizadas o Ciclo de Violência foi desenvolvido em 1979, por Walker, foi desenvolvido de forma a servir de modelo explicativo dos padrões de

comportamentos violentos efetuados por homens/ mulheres num contexto de relação de intimidade (DGS, 2016). Este ciclo explica o como e porquê destas vítimas se manterem nesta relação violenta mantendo um comportamento apático e sem conseguirem liberta-se (Paulino & Rodrigues, 2016). Os autores e profissionais que se debruçam nesta temática e que nela intervêm, explicam que a violência doméstica tende a evoluir através de diversas fases que se repetem tal como um ciclo (Paulino & Rodrigues, 2016). Assim sendo, este modelo está compreendido em três fases segundo (Paulino & Rodrigues, 2016) (Figura 3):

Figura 3: Ciclo de Violência



Fonte: DGS (2014, p.53)

A primeira fase do aumento da tensão, caracteriza-se pela necessidade de exercer domínio e controlo sobre a vítima (mulher ou homem), utilizando todas as situações do seu dia-a-dia para a colocar em tensão, criando um ambiente de perigo iminente para a mesma. Coisas simples como arrumar a casa, fazer a comida, roupa que veste, etc., são motivo mais que suficiente para gerar discussão entre os dois elementos. Alcançado assim o primeiro patamar deste ciclo, que se parte para a segunda fase e em que ocorre o/s episódio/s de violência (Paulino & Rodrigues, 2016).

A segunda fase do ciclo, é a fase do ataque violento (episódio de violência/ agressão), pode começar por uma violência verbal, num contexto de ameaças de violência física grave, escalando para diferentes tipos de violência. Maioritariamente as vítimas utilizam a estratégia de reagirem passivamente ou de simplesmente não reagirem, em forma de defesa para não piorarem a situação. Nesta fase, o agressor agride fisicamente a vítima, descarregando nela todas as tensões acumuladas. Neste encandeamento o agressor passa para uma nova estratégia, invocando desculpas ou razões atenuantes para os seus atos, tais como, ter tido um mau dia no trabalho, o ter bebido ou consumido estupefacientes, até chegando

mesmo a culpabilizar a vítima para os seus atos e que esta o provocou, levando-o ao limite. Como termo desta fase, o agressor começa a demonstrar remorsos e receio de perder a vítima, assim sendo passa a terceira fase (Paulino & Rodrigues, 2016).

Esta terceira fase, é a fase da “lua-de-mel”, em que o agressor demonstra o seu arrependimento, pede desculpa, faz promessas de que não voltará a acontecer, que dali para a frente tudo irá mudar, de forma a convencer a vítima, ludibria com carinhos, presentes, atenção, de maneira a fazer a acreditar que nunca mais acontecerá estes episódios, assim conquista de novo a sua confiança, por se encontrar fragilizada. Assim sendo a vítima acredita que o agressor mudou, mas a tendência é o desaparecimento desta fase e a iniciação de um novo ciclo, repetindo-se vezes sem conta, de tal forma a que a vítima fica cada vez mais dependente de si, mais isolada, fragilizada, acabando por este ciclo ser uma rotina no seu quotidiano, tendencialmente o ciclo a cada repetição vai-se agravando nas agressões (verbais e físicas).

Como resultado deste ciclo, que se torna vicioso (tanto para o agressor como para a vítima), indica que as vivências tensionais de ambos, onde a violência vai evoluindo e agravando-se, ficando cada vez mais grave, desta forma a vítima ou consegue pedir ajuda, libertando-se destes abusos, ou caso contrário pode mesmo acabar com a sua morte (Paulino & Rodrigues, 2016).

De acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, ao longo do ciclo da violência, a vítima pode experimentar diversos estádios: 1. Negação: a vítima sente choque, confusão e descrença; 2. Cólera ou raiva: a vítima riposta com violência; 3. Negociação: a vítima prevê futuros atos violentos; 4. Depressão: a vítima tem comportamentos autodestrutivos, ou ideações suicidas; 5. Transição: a vítima tem perceção do risco que corre; 6. Aceitação: a vítima assume finalmente controlo da sua vida, tomando decisões relativamente ao futuro. (DGS, 2016)

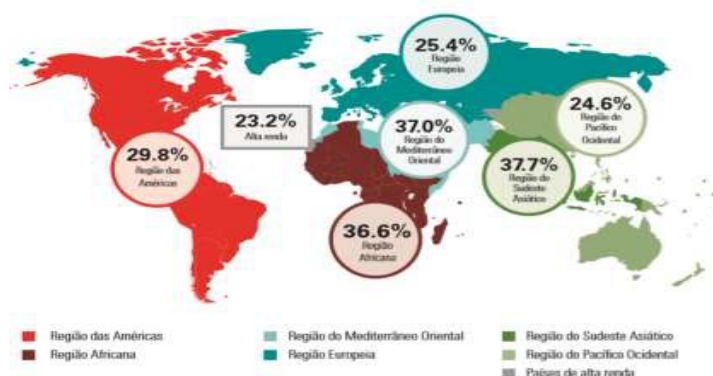
1.3. Violência nas relações de intimidade

A violência nas relações de intimidade é considerada um problema grave de saúde pública, pela OMS, e consiste num fenómeno transversal, que ocorre em diferentes contextos etários, sociais, económicos, culturais e/ou religiosos (DGS, 2016). Esta define-se como *“qualquer comportamento num contexto de relação íntima que cause dano físico, psicológico ou sexual aos elementos envolvidos na mesma. Tais comportamentos podem configurar atos de agressão física, violência psicológica, violência sexual (incluindo*

relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual), e outras formas de controlo sobre a vítima, chegando, por vezes ao homicídio” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; DGS, 2016). Segundo Redondo, Pimentel & Correia (2012, p.46), estes 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)”

Este tipo de violência trata-se de um grave problema de saúde pública, sendo a sua prevalência no mundo preocupante, apresentando valores de 25,4% na região Europeia (OMS, 2014), como ilustrado na Figura 4.

Figura 4: Prevalência de Violência praticada por Parceiro Íntimo, por região da OMS



Fonte: OMS (2014, p. 14)

Uma vez que não há consenso 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).

No nosso país, a terminologia mais utilizada para nos referirmos a este tipo de violência é a violência doméstica, sendo definida como *“todos os atos de violência física, psicológica e sexual perpetrados contra pessoas que coabitem no mesmo agregado doméstico, independentemente do sexo e da idade, bem como contra ex-cônjuges e pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem o agressor mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação”* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010 de 17 dezembro, p. 5766).

Assim, a violência doméstica não se refere somente às situações que ocorrem no âmbito de relações de intimidade, e pode incluir situações de maus-tratos contra crianças,

jovens, idosos e dependentes, quando ocorrem no espaço de relações de proximidade familiar ou outra, que muitas vezes se perpetuam ao longo do ciclo de vida e entre gerações (DGS, 2016).

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.

A evidência científica atual tem demonstrado que face a este tipo de violência, 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).

Por ser evidente esta associação de experiências e comportamentos acima referidos, torna-se pertinente explorar esta temática, no que diz respeito à violência doméstica na vertente da violência no namoro, no sentido de intervir preventivamente junto dos adolescentes, por forma a diminuir a probabilidade de desenvolverem comportamentos violentos em idades mais avançadas.

1.4. Violência no Namoro

A violência no namoro é um tipo de violência no contexto da violência nas relações de intimidade, contudo diz respeito, maioritariamente, aos grupos etários mais jovens, e apesar de não diferir grandemente da violência que pode acontecer nas relações conjugais, ocorre também em contextos fora da coabitação e apresenta algumas particularidades.

De acordo com a APAV (2022), *“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).

Os estudos científicos na área da violência do namoro surgiram com a necessidade de explorar esta temática e tentar perceber o porquê de a mesma apresentar evidências tão elevadas na população jovem, não se restringindo ao abuso conjugal e marital (Caridade & Machado, 2013)

Pelo fato de nos referirmos a um grupo etário mais jovem, as relações surgem entre pessoas que estão envolvidas e inseridas num grupo que, nesta faixa etária, influencia diretamente o comportamento e as atitudes de cada um. Numa idade mais precoce, em que a maturidade cognitiva ainda não foi atingida, as emoções e afetos podem ser mais turbulentos, os traços da personalidade ainda não se encontram totalmente definidos, e os relacionamentos são marcados pela inexperiência, são as representações sociais e os padrões sociais vigentes que vão sobressair nestas relações de intimidade. É também neste contexto, e num momento de afirmação da identidade pessoal, que se podem instalar padrões relacionais de violência no contexto do namoro (DGS, 2016).

A violência no namoro apresenta impactos sobretudo ao nível do foro psicológico, físico e sexual dos adolescentes e jovens adultos, tratando-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).

Dados Observatório da Violência no Namoro (API, 2022) mostram que em 2021, das 39 denúncias de casos de violência no namoro, 17,9% das causas atribuídas à violência foram devido a problemas familiares e 15,4% devido ao consumo de álcool ou de outras substâncias pelo/a agressor/a.

Nos dias de hoje, 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 apresentaram denúncia às autoridades competentes (Carter-Snell, 2015), dados também evidenciados pelo Observatório da Violência no Namoro de 2022 em que, 48,7% dos casos de violência, os adolescentes lidaram com a vitimação sozinhos e 35,9% recorreram à ajuda de amigos/as (API, 2022).

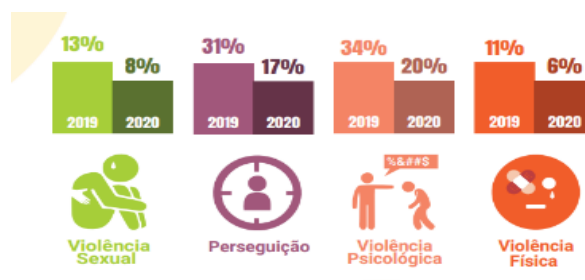
Face à vitimação, considerando que a violência no namoro constitui uma realidade que atinge números preocupantes e alarmantes em Portugal (Caridade, Pereira, & Soeiro, 2018), tendo em conta os dados apresentados pelo Observatório da Violência no Namoro (API, 2022), relativos a 2021, revelam que 59% das denúncias correspondem a vítimas de violência no namoro e 38,5% 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 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.

Neste seguimento, das 39 denúncias registadas pelo Observatório da Violência no Namoro em 2020 (API, 2022), verifica-se que 20,5% dos atos violentos ocorrem em contexto escolar. As formas mais prevalentes de violência no namoro são a verbal e a emocional, seguidas violência física e psicológica (API, 2022).

No estudo realizado pela União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR, 2020) com a participação de 4598 jovens de todos os distritos do país e região autónoma da Madeira, 67% dos jovens inquiridos revelaram ter vivenciado violência nas suas relações de namoro, verificando-se uma diminuição em todos os tipos de violência relativamente ao ano de 2019 (Figura 5).

Figura 5: Indicadores de Vitimação: comparação 2019-2020



Fonte: UMAR (2020, p. 9)

Os dados ilustrados na Figura 5 merecem uma reflexão cuidada, pois podem representar uma menor consciencialização dos jovens acerca da problemática, podendo os mesmos apresentar dificuldades em identificar e reportar as diversas formas de violência, ou podem igualmente retratar a diminuição efetiva 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, 2020).

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).

Assim, a elevada prevalência de algumas das formas de violência estudadas, bem como o não reconhecimento destas formas de violência na intimidade revelam ser uma realidade preocupante em Portugal e que ainda há um longo percurso a fazer ao nível da consciencialização desta problemática. Os resultados dos diferentes estudos apontam para a importância da prevenção primária da violência de género em contexto escolar ser desenvolvida de uma forma holística, sistemática e continuada, de forma a consciencializar os adolescentes a desenvolverem relações de intimidade saudáveis e desconstruir a legitimação de comportamentos abusivos.

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).

1.4.1. Intervenção na Adolescência

A evidência científica realça a importância de atuar junto dos adolescentes no que diz respeito à prevenção, pelo que se torna importante compreender o processo de desenvolvimento e aprendizagem dos adolescentes.

A adolescência é definida como sendo uma fase da vida entre a infância e a idade adulta, dos 10 aos 19 anos. (WHO, 2022). 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, 2022).

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, 2022). 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).

O comportamento e o sistema da construção de identidade é também afetado pelo contexto sociocultural e histórico, influências sociais, crenças e representações da sociedade em que o adolescente cresce, a família e a escola (Medeiros, 2015). Na mesma linha de pensamento, os adolescentes enfrentam vários desafios, muitos deles para corresponder às exigências impostas pela sociedade, o que por vezes os leva a ficarem expostos a determinadas situações de risco que podem comprometer-se a eles e à sua saúde. (WHO, 2021).

De acordo com Gaete (2015), as características de um desenvolvimento social normal na adolescência são resultado da interação entre o desenvolvimento alcançado nas fases anteriores do ciclo vital, fatores biológicos inerentes a esta etapa e a influência dos determinantes sociais. A influência do meio em que se encontra, dos pares, dos estilos de

vida que vivencia assume nesta altura especial importância, sendo que esta fase é também caracterizada pelo desenvolvimento da competência emocional (capacidade de autorregular e gerir as emoções) e social (habilidade para se relacionar com os outros). O mesmo autor realça, em relação à competência social, a criação de autonomia e a influência que os pares desempenham.

A adolescência é um período do ciclo vital caracterizado pelo rápido crescimento físico, expectativas psicossociais acrescidas, e o momento em que as identidades sexuais e de género se valorizam e se inicia a procura das relações fora do seio familiar, as relações com os pares, o desenvolvimento da autonomia e o início das relações amorosas (Ventura, 2014).

A adolescência é uma fase onde começam a surgir os maiores danos físicos e psicológicos, pois a ausência de carência afetiva, a pouca experiência, o anseio pela independência e a confiança nos pares, influenciam o espaço de resolução e de resposta no que diz respeito à violência, desenvolvendo assim a possibilidade de se envolver em relações violentas (Monteiro, 2013).

A adolescência surge assim como uma fase crucial no desenvolvimento a vários níveis do indivíduo, fase esta em que é criada uma identidade, uma personalidade, e em que as crenças e comportamentos se irão definir. O adolescente é assim entendido como alvo de intervenção ao nível da prevenção. Saavedra, Martins & Machado (2013, p.116) referem que *“atualmente parece haver algum consenso na perceção de que a adolescência é uma fase de desenvolvimento propícia ao investimento em esforços preventivos”*.

Uma outra teoria que é frequentemente identificadas em programas de sucesso, no que diz respeito aos esforços de prevenção e também especificamente à temática da violência, é a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, uma das teorias que procura explicar as mudanças de comportamento (Saavedra, 2010).

Bandura, Azzy, & Polydoro (2008, p.98) afirmam que o *“comportamento humano vai para além de uma resposta mecânica aos estímulos envolventes e que os indivíduos são auto-organizados, proativos, auto-reflexivos e auto-regulados”*, podendo escolher o seu comportamento, mesmo que existam padrões de comportamento. Tal facto advém do pressuposto que o comportamento humano é o produto da interação entre fatores ambientais e fatores pessoais (componente cognitiva e afetiva).

Os mesmos autores referem como aspeto central nesta teoria os fatores cognitivos, como a autoeficácia e autoperceção no que respeita à sua capacidade e competência para

atingir um determinado desempenho, e que a probabilidade de um indivíduo apresentar um determinado comportamento está relacionada com o fato de acreditar ser capaz de o realizar.

Assim, os programas de prevenção baseados na Teoria da Aprendizagem Social focam a atenção nos défices de comportamentos relacionais, promovendo experiências relacionais alternativas, modelos de comportamento e influências socioculturais. Saavedra (2010) refere que, e de acordo com a teoria de Bandura, os programas devem dirigir-se à mudança pessoal para que atinjam resultados benéficos. Estes dados também estão refletidos nos resultados da revisão da literatura já referidos anteriormente e explanados no Apêndice I).

Também Ventura (2014) acresce ainda que os adolescentes, nesta fase de desenvolvimento, necessitam de informação relacionada com a sua saúde, pelas mudanças que ocorrem, e que a violência no namoro, muitas vezes, pode surgir pelas dificuldades das pessoas em se relacionar e baseada em pressupostos culturais que a legitimam. Assim, mais uma vez o caráter preventivo é realçado e a educação para a saúde ganha relevância.

1.4.2. Prevenção da violência no namoro nos adolescentes em contexto escolar

A partir da década de 90 começaram a surgir na literatura as primeiras referências a programas de prevenção da violência no namoro nos adolescentes. Esse tipo de projetos expandiu-se, sendo hoje possível encontrar diversos programas já desenvolvidos.

De modo a tentar prevenir os comportamentos violentos, a sociedade deve desenvolver campanhas, ações ou programas que alertem as suas populações para a problemática da violência, tendo em conta as características das mesmas. Ou seja, é necessário entender os adolescentes como alvos de intervenção de prevenção primária, como cidadãos ativos de mudança, capacitados para interiorizar novos conhecimentos, de desconstruírem mitos, de adquirirem competências e utilizarem e refletirem sobre estas eficazmente, de forma a alterar os seus comportamentos, quer a nível pessoal quer a nível comunitário (Veríssimo, et al., 2013). Dados corroborados nos resultados da revisão de escopo realizada (Apêndice I).

No sentido da prevenção e valorizando o desenvolvimento de um ambiente escolar conducente à promoção e proteção da saúde dos adolescentes, 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, 2015).

De acordo com a OMS estas escolas implicam uma parceria entre os setores da saúde e da educação, proporcionando um ambiente seguro e saudável, implementando políticas e práticas com vista à melhoria da saúde dos alunos, comunidade educativa, famílias, e membros da comunidade onde está inserida. As Escolas Promotoras da Saúde (EPS) procuram também desenvolver nos alunos e comunidade a capacidade de cuidar de si e dos outros, de tomar decisões saudáveis, de criar condições propícias à saúde e de prevenção às principais causas de morte/incapacidade, incluindo a violência, e a capacidade de desenvolver competências e influenciar comportamentos relacionados com saúde, como conhecimentos, crenças, habilidades, valores e atitudes. (DGE, 2014).

De acordo DGE, 2014, p.5 *“são conhecidas evidências crescentes de que a saúde e a educação estão intimamente ligadas entre si e influenciam outros parâmetros”*, sendo que a educação apresenta um forte impacto sobre os resultados de saúde, capacitando as crianças, jovens e adolescentes para o processo de literacia, tornando importante a definição e adoção de medidas e políticas de *“promoção e educação para a saúde, no sentido de dotar as crianças e os jovens com conhecimentos e valores que os ajudem a desenvolver atitudes e a adotar comportamentos promotores de saúde e do seu bem-estar físico, social e mental”* (p.6).

Como tal, a colaboração entre a Direção-Geral da Educação (DGE) e a Direção-Geral da Saúde (DGS) tem possibilitado esta definição de políticas comuns e a redação de documentos orientadores, e a nível local, as unidades de saúde, em colaboração com as escolas, têm participado no diagnóstico, na definição de prioridades de intervenção e no desenho dos projetos de educação para a saúde (DGE, 2014).

A nível nacional, a atuação dos profissionais de saúde em meio escolar está enquadrada no PNSE, constituindo a Saúde Escolar (SE) um referencial para a saúde das crianças e dos jovens. A SE é o referencial do sistema de saúde para o processo de promoção e educação para a saúde na escola. Deve promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem-estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida.

Por comunidade educativa entende-se: educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais da escola.

Atualmente a sociedade depara-se com novas realidades sociais, familiares e educacionais, sendo necessário adequar as respostas a estas novas realidades, assim a equipa de SE propõe-se a integrar novas metodologias, tentando procurar educar para os valores e

participação cívica e habilitar as crianças e adolescentes para escolhas seguras, relativamente a estilos de vida saudáveis.

Em Portugal, segundo o PNSE de 2015, a escola é frequentada por 1600000 alunos, sendo possível compreender que a Escola é encarada como um local de privilégio para a promoção da saúde ao longo desta etapa do ciclo da vida (DGS, 2015).

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 (DGS, 2015).

Nesta perspetiva, também Guerreiro et al. (2015), realça o papel da escola ao afirmar que esta tem um papel fundamental na educação para a cidadania do aluno, pois contempla adolescentes com idades ideais para a consciencialização e desmistificação de crenças e estereótipos, sendo também o local de eleição para realizar trabalhos no âmbito da prevenção, 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).

Constituindo a escola uma entidade que desenvolve um trabalho fundamental na educação e na cidadania dos adolescentes, torna-se o local ideal para consciencializar e desmistificar crenças e estereótipos, educar para os afetos, promover as competências socio emocionais, apostando na prevenção e assegurando que a violência não continua a ser um fenómeno crescente.

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 EPS (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.

Assim, é na fase da adolescência que se deve apostar na prevenção da violência nos relacionamentos íntimos nos adolescentes, nomeadamente para evitar que os adolescentes enveredem na prática de atos violentos, uma vez que a maioria dos jovens adolescentes,

mesmo que não namorem nem tenham ainda experimentado namorar, esperam ansiosamente pelo início dessa experiência (Saavedra, 2010).

Contudo, Saavedra (2010) afirma que esta prevenção da violência nos relacionamentos de intimidade foi, durante muito tempo, mantida em segundo plano, valorizando a intervenção. No entanto, atualmente já existem programas de prevenção dirigidos à população juvenil, numa perspectiva de prevenção primária do problema, e com resultados promissores.

A prevenção surge assim como principal foco, no que diz respeito à abordagem a adotar perante este problema, e são vários os autores que defendem que os objetivos passam por aumentar a capacidade individual e institucional para a prevenção da violência, bem como a prestação de serviços a vítimas e agressores, e também a recolha de dados e pesquisa sobre violência, o que irá possibilitar uma implementação de estratégias de prevenção baseadas na evidência.

É assim de extrema importância a prevenção primária contra a violência no namoro que muitas vezes é obscurecida pela importância de diversos programas que, compreensivelmente, procuram lidar com as consequências imediatas e inúmeras da violência.

Urge assim a importância do caráter preventivo que é evidenciada e a educação para a saúde (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.

1.4.2.1. Educação para a Saúde na Prevenção da Violência no Namoro

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).

A EpS efetuada nas escolas deve contar com o apoio de profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, e deve capacitar os adolescentes para a tomada de decisão, resolução de problemas e pensamento crítico, no sentido de escolherem comportamentos de

saúde corretos. A aplicação de programas de intervenção tem demonstrado resultados que revelam a sua eficiência, a todos os níveis escolares (Ferreira, 2008; Ribeiro, 2008).

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. Imprime 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.

A EpS, componente básico na promoção da saúde, foi definida em 1969, pela OMS como: *“ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem”*

Assim, a educação para a saúde pretende não só reduzir as consequências nefastas de um ato de violência, se este já aconteceu, mas principalmente tomar medidas para evitar novos casos de violência (WHO, 2017).

As estratégias de prevenção primária procuram aumentar o conhecimento e melhorar as atitudes relativamente à violência, de forma a mudar positivamente o comportamento dos adolescentes. O envolvimento dos enfermeiros é fundamental para promover e desenvolver o conhecimento dos adolescentes sobre estilos de vida saudáveis, de forma a capacitá-los para a tomada de decisão, resolução de problemas e pensamento crítico, dando-lhes o empoderamento necessário para fazerem as escolhas certas sobre as suas atitudes, principalmente aquelas que possam influenciar a sua saúde (Ferreira, 2008; Ribeiro, 2008).

A EpS constituiu assim a principal atividade de intervenção na consecução deste projeto, indo ao encontro da área de intervenção prioritária de Cidadania em Saúde patente no Plano Local de Saúde (PLS) do concelho em estudo, que evidencia a necessidade de implementação de projetos de EpS no sentido de aumentar a literacia em saúde conducente à capacitação da pessoa/família/grupo para a adoção de comportamentos saudáveis e autogestão da situação de saúde (USP, 2015).

Simultaneamente, 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, 2015) 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 SE, 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 adolescentes 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, 2015).

A pertinência desta estratégia interventiva é igualmente fundamentada no Plano Nacional de Saúde (PNS) –2021-2030 (DGS 2021) 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 conseqüente 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 realização de toda a intervenção, na vertente da prevenção do fenómeno da violência no namoro, 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)

1.5. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Prevenção da Violência no Namoro na adolescência

A Enfermagem Comunitária, constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de promoção da saúde quer à pessoa, à família e/ou comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). Esta premissa representa o cerne das intervenções dos enfermeiros na sua prática diária promovendo a saúde dos seus clientes.

A credibilidade do projeto passa pela fundamentação teórica de enfermagem e os seus modelos teóricos. É fundamental um estudo basear-se num referencial teórico, porque segundo as autoras Tomey & Alligood (2002), *“a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos. (...) conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação (...)”* (Tomey & Alligood, 2002, p. 12).

A utilização de modelos e teorias de enfermagem facilitam a compreensão de problemáticas de saúde e orientam nas soluções que respondem às necessidades e interesses do indivíduo ou indivíduos envolvidos.

Considerando que o presente projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido ao nível da prevenção primária, assente na EpS, em que se procurou fazer a promoção de comportamentos para estilos de vida saudáveis promotores de saúde nos adolescentes, o referencial teórico eleito para suportar o projeto desenvolvido durante este estágio final teve sustentação teórica em Enfermagem no MPSNP.

A autora publicou pela primeira vez o seu Modelo da Promoção da Saúde em 1982, em Nova York. Trata-se de uma grande teoria, que descreve os conjuntos de variáveis que determinam a probabilidade dos indivíduos adotarem e se envolverem em comportamentos promotores da saúde. Trata-se de um modelo de natureza linear centrado na pessoa individual, que assume que cada pessoa reúne potencial para adotar comportamentos que promovam ou desencorajem a saúde e que é função do enfermeiro influenciar positivamente o comportamento de promoção da saúde (Peggy Chinn, 2018).

Nola Pender (2015) definiu, o objetivo dos cuidados, como a saúde ótima dos indivíduos e define que a promoção da saúde deve ser sustentada em três objetivos

fundamentais, sendo estes ajudar as pessoas a manterem-se saudáveis independentemente da sua idade, otimizar a saúde em pessoas com doença crónica ou incapacidade e criar ambientes saudáveis. A promoção da saúde promove estilos de vida e comportamentos saudáveis que permitem que as pessoas maximizem o seu potencial de saúde através de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias (Pender et al., 2015)

Os níveis de prevenção, nomeadamente a prevenção primária dirige-se a pessoas sãs que correm risco de doença, enquanto as estratégias de prevenção primária reduzem a ocorrência ou adiam o aparecimento de doenças. Nola Pender (2015), refere que *“a promoção da saúde e a prevenção primária demonstraram ter substanciais benefícios em melhorar a qualidade de vida e a longevidade das pessoas”* (Pender et al., 2015, p. 26).

Este modelo é, acima de tudo, um modelo de Enfermagem porque a autora define os quatro conceitos que constituem o metaparadigma de Enfermagem: saúde, ambiente, pessoa e cuidados de enfermagem.

O termo saúde é visto sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística. Quanto ao ambiente, este deve ser compreendido como resultado das relações entre indivíduo e seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, relatando que esta relação proporciona um ambiente saudável. O conceito de pessoa é definido como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas; a ênfase, contudo, está no seu potencial de mudar comportamentos desadequados. O conceito enfermagem surge no texto, intimamente relacionado às intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado (Pender et al., 2015)

O MPSNP é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: 1. as características e experiências individuais, 2. os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e 3. o comportamento de promoção da saúde desejável (Anexo I).

1. Características e experiências individuais: *“Cada pessoa tem características e experiências pessoais únicas que afetam as ações subsequentes. A importância do seu efeito depende do comportamento alvo a ser considerado”* (Pender et al., 2015, p. 36). Este

componente compreende o comportamento anterior, comportamento que se pretende ver alterado e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, IMC e capacidade física); psicológicos (autoestima, auto-motivação) e socioculturais (etnia, habilitações literárias e nível socioeconómico) (Pender et al., 2015).

2. Comportamento específico, Cognitiones e Afeto: As *“variáveis comportamentais são consideradas de grande importância motivacional. (...) constituem um “núcleo” crítico, porque podem ser modificadas por meio de intervenções. Eles incluem benefícios percebidos, barreiras percebidas, autoeficácia percebida, afeto relacionado à atividade, influências interpessoais e influências situacionais”* (Pender et al., 2015, 24 p. 36). Ao medir essas variáveis é essencial avaliar se a mudança pode realmente resultar da intervenção. Devemos considerar que esta componente envolve, essencialmente, os conhecimentos sobre os benefícios do comportamento de promoção de saúde; os conhecimentos sobre as barreiras ao comportamento; a percepção pessoal da sua autoeficácia e as influências do foro ambiental e de relações que o cliente tem com as pessoas.

3. Resultado do Comportamento: Esta variável considera o Comportamento Promotor de Saúde. O comportamento promotor de saúde é o objetivo final, ou seja, o resultado de toda a ação exercida através do Modelo de Promoção da Saúde. É essencial perceber que essa variável, em última análise, deve ser direcionada para a obtenção de resultados positivos para a saúde do cliente, porque comportamentos promotores de saúde, particularmente quando integrados num estilo de vida saudável, resultam em mais saúde, maior autonomia e melhor qualidade de vida em todos os estádios de desenvolvimento e em qualquer fase do ciclo de vida (Pender et al., 2015).

O referido modelo considera as características individuais de cada pessoa e a forma como as suas experiências poderão afetar ações subseqüentes, 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 atividade da estratégia educativa 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.

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.

Segundo Nola Pender (2015), os determinantes sociais da saúde são os fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde, como as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais vasto de forças e sistemas que moldam as condições da vida quotidiana.

Importa também 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).

Relativamente às influências situacionais, salienta-se o facto de a 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, 2015), favorecendo deste modo o compromisso para a ação e influenciando os comportamentos de saúde esperados.

A promoção da saúde e a educação para a saúde são frequentemente utilizadas como sinónimos, contudo, embora os dois termos estejam intimamente relacionados, não significam a mesma coisa. A educação para a saúde centra-se em atividades de aprendizagem e experiências para indivíduos e grupos. Como componente da promoção da saúde, é considerada uma parte essencial da comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e os clientes.

A educação para a saúde tem progredido a partir de profissionais de saúde que fornecem informações que consideram que o cliente deve saber para um processo de decisão partilhado (Pender et al., 2015).

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. Para realizar ações de

educação para a saúde, é indispensável que os enfermeiros conheçam os grupos a quem se dirigem, no sentido de adequar as estratégias de abordagem, conscientes das limitações que advêm do fato de intervir no campo dos comportamentos, dos valores e das crenças.

A EpS dirigida a grupos na comunidade é uma abordagem fundamental, na medida que as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) se tornem num meio eficaz e poderoso para desencadear comportamentos saudáveis e alterações do estilo de vida, no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar, tendo em vista o alcance do melhor nível de saúde de toda a comunidade (Regulamento n.º 348/2015 de 19 junho de 2015).

Para dar continuidade ao trabalho desenvolvido na UC Estágio, foi tido em conta o mapeamento das intervenções para a prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar, feito na revisão de escopo (scoping review) (Apêndice I).

Assim, no projeto implementado, a EpS, permitiu que os adolescentes fossem capacitados para a tomada de decisões que conduzissem a comportamentos promotores de saúde capacitando-os para as escolhas de relações de intimidade saudáveis.

Por forma a capacitar os adolescentes para o comportamento de promoção da saúde desejado, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido junto dos mesmos foi sustentado na Metodologia do Planeamento em Saúde e no MPSNP.

2. PERTINÊNCIA DO PROJETO “QUEM AMA NÃO AGRIDE”

A violência no namoro assume-se como um fenómeno evidente e preocupante, com sérias repercussões ao nível da saúde física, psicológica e emocional. Trata-se de um tema pertinente a ser investigado, não apenas para incrementar o conhecimento do mesmo, como também para identificar as estratégias de intervenção mais adequadas a este tipo de violência e que possam promover a manutenção de relações de namoro saudáveis (Caridade & Machado, 2013).

A adolescência é 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). Neste sentido, é na adolescência que surgem os primeiros relacionamentos amorosos, pelo que será nesta fase que a deteção da violência deve ser realizada (Caridade, 2018).

Os resultados dos diversos estudos que têm sido conduzidos são preocupantes e exigem uma intervenção eficaz na prevenção da violência no namoro, resultados também evidentes na revisão da literatura já evidenciados anteriormente e explanados no Apêndice I. Os diversos especialistas sublinham que a educação é a melhor forma de prevenção, nomeadamente através de programas de intervenção direcionados para a prevenção, uma vez que estes permitem a intervenção num grande número de jovens e disseminar estratégias adequadas de resolução de problemas, sem recurso à violência (Matos, Machado, Caridade & Silva, 2006).

Nesta linha de pensamento, esta estratégia de prevenção apresenta o problema da violência no namoro como parte integrante de um espaço público e não privado, sublinhando a sua posição como um problema de âmbito social (DGS, 2016).

A intervenção em adolescentes é fundamental, pois é na adolescência que surgem as primeiras relações reforçando a importância da desconstrução de crenças que legitimam os comportamentos violentos, sensibilizando os jovens para a utilização de comportamentos não violentos nas suas relações de intimidade (DGS, 2016).

Por outro lado, tal com já referido a escola apresenta-se como um espaço importante de socialização dos jovens, bem como o local privilegiado para o aparecimento e sinalização dos comportamentos violentos. Neste sentido, existem diferentes formas de intervenção que podem ser utilizadas para prevenção da violência nas relações de intimidade. A inclusão no currículo das escolas de programas de prevenção da violência, favorece o impacto no conhecimento e, por conseguinte, na procura de ajuda pelos jovens, contribuindo para a intervenção precoce na diminuição de condutas violentas (Coelho & Machado, 2010).

As intervenções em contexto escolar e na comunidade podem contribuir para a redução da violência e do impacto a longo prazo que esta tem na saúde física e mental, na aprendizagem escolar e na capacidade de trabalho das pessoas, assim como na segurança das comunidades e no desenvolvimento social e económico dos países (WHO, 2017).

Os programas de intervenção que se encontram baseados na divulgação de informação aos adolescentes relativamente às consequências da violência no namoro mostram que estas intervenções conduzem a uma maior reflexão, por parte dos adolescentes, sobre os comportamentos violentos (Sebastião, Alexandre, & Ferreira, 2010).

A violência no namoro não é um problema recente, sendo que já foram desenvolvidas investigações que procuraram caracterizar a sua prevalência no seio de adolescentes (Caridade, 2018; Caridade & Machado, 2006), sendo igualmente uma preocupação da OMS (OMS, 2014).

Em Portugal, os dados do estudo de Caridade & Machado (2006) revelaram que poucos são os jovens envolvidos em situações de abuso que procuram ajuda (estimativas rondam os 9%).

De facto, no Relatório Anual 2021 realizado pela APAV (2022) face às relações entre autor e vítima de crime são comumente pautadas por relações de intimidade, como é o caso da conjugalidade (n=2.072; 15,5%), da relação entre companheiros (n=1.142; 8,5%), de ex-cônjuges (n=423; 3,2%), relações entre ex-companheiros/as (n=1.002; 7,5%), de ex-namorados/as (n=465; 3,5%) e de namorados/as (n=224; 1,7%). Em 2021, este tipo de relações de intimidade totalizou, no seu conjunto, cerca de 40% das relações estabelecidas entre autor/a do crime e vítima. Neste mesmo relatório é possível observarem-se 345 casos de vítimas de violência doméstica no concelho onde será implementado o projeto (APAV, 2022).

O Observatório da Violência no Namoro (2022), registou, entre janeiro e dezembro de 2021, 39 denúncias, perfazendo uma média de 3.25 denúncias por mês, sendo estas maioritariamente efetuadas por atuais vítimas do sexo feminino com uma média de idades

de 24 anos. As vítimas são maioritariamente do sexo feminino (76,9%), de nacionalidade portuguesa, estudantes e com uma orientação sexual heterossexual. As pessoas agressoras são maioritariamente de sexo masculino (84,6%). São, maioritariamente, namorados atuais (59%). As formas mais prevalentes de violência no namoro são a verbal e a emocional, seguidas da violência física e psicológica. Em cerca de 23,1% as vítimas estiveram em perigo de vida. A violência no namoro é ou foi, na larga maioria dos casos, praticada mais do que uma vez, ocorrendo em vários momentos do dia. A violência ocorre ou ocorreu, sobretudo, em casa, na rua e em estabelecimentos públicos, sendo a casa o local de maior incidência da violência (61,5%). Os impactos da violência no namoro manifestam-se sobretudo a nível psicológico (61,5%) e social (38,5%). Cerca de 15,4% das vítimas tiveram necessidade de, na sequência da violência sofrida, receber tratamento médico. As causas mais apontadas para a prática da violência no namoro são os ciúmes (35,9%) e os problemas mentais das pessoas agressoras, seguidas da influência dos amigos e dos problemas familiares. As vítimas de violência no namoro não apresentaram denúncia às autoridades competentes (48,7%), lidando com a vitimação recorrendo, sobretudo, à ajuda psicológica e de amigos/as.

No último estudo sobre a violência no namoro realizado pela UMAR (2020), dos 4598 jovens inquiridos, 67% legitimam pelo menos um comportamento de violência, sendo os atos violentos mais legitimados o controlo (26%), a perseguição (23%), a violência sexual (19%), a violência psicológica (15%) a violência através das redes sociais (14%), e a violência física (5%). Salienta-se deste estudo que os atos de violência mais aceites entre os jovens são o entrar nas redes sociais sem autorização (35%) seguindo-se o pressionar para beijar (29%), o insultar durante uma discussão/zanga (25%), o incomodar/procurar insistentemente (23%), insultar através das redes sociais (17%) e por fim empurrar/esbofetear sem deixar marcas (6%). 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. Também Ribeiro (2013) realizou um estudo com 110 raparigas, com idades entre os 12 e os 19 anos, residentes na zona geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, tendo identificado uma prevalência de violência no namoro de 10,8%. No estudo de Lucas (2002) a prevalência de violência no namoro foi de 9,8% e no estudo de Oliveira & Sani (2005) de 41%.

Estes dados, para além dos já mencionados no capítulo da violência no namoro, permitem concluir que a prevenção da violência no namoro deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de

cidadania organizada, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos e do poder local. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde, muito particular o dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária como educadores e modelos sociais assume particular relevância.

A violência doméstica/violência no namoro é uma problemática presente no concelho em estudo e com necessidade de atuação, a título preventivo, junto dos adolescentes em contexto escolar. É no contexto escolar que os adolescentes expressam comportamentos e atitudes de violência no relacionamento interpessoal que estabelecem com o seu grupo de pares, bem como se iniciam as primeiras relações amorosas, pelo que faz todo o sentido que seja, neste contexto, que um programa de intervenção possa ser implementado.

Estudar e intervir neste problema de saúde junto dos adolescentes é pertinente, visando ganhos efetivos em saúde, indo ao encontro das linhas orientadoras das políticas de saúde existentes a nível nacional, como o PNS 2021-2030, o recente PNPVCV. Integrando o PNSE 2015 – eixo da capacitação (saúde mental e competências socioemocionais, em sintonia com as indicações da Rede Europeia de EPS, dentro do projeto de educação para a saúde (PES) sendo a área prioritária a da saúde mental e prevenção da violência, e tendo em conta o mapeamento das intervenções realizado na revisão de escopo (*scoping review*).

3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária foi o Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori & Giraldes (1993, p.6), o Planeamento em Saúde define-se como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos”*, devendo ser encarado como um processo contínuo e dinâmico, sendo possível haver retrocessos e fazer reajustes nas fases que se pensavam concluídas.

O EEECSF no desenvolvimento das suas competências avalia o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde. *“O planeamento em saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida”* (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 7), que foi o que se pretendeu com o projeto desenvolvido.

O planeamento em saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, passível de ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, de acordo com alterações que surjam no decorrer do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim a metodologia utilizada no desenvolvimento do projeto *“Quem ama não agride”* foi constituída pelas etapas: diagnóstico da situação, fixação de objetivos, seleção de estratégias, operacionalização do projeto e avaliação, enquanto processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

De seguida apresentar-se-ão as etapas de execução do projeto, tendo por base a metodologia acima referida e a sustentação teórica em Enfermagem no MPSNP.

3.1 Diagnóstico de 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 (Imperatori & Giraldes, 1993).

A concordância entre o diagnóstico e necessidades, determinará a pertinência do plano, programa ou atividades (Imperatori & Giraldes, 1993). A definição dos problemas de saúde, influenciam a definição de prioridades. Nesta fase é importante analisar a situação, a definição de necessidades, os recursos necessários, a fixação de objetivos, a organização das atividades e estratégias e por último a avaliação dos resultados/impacto das intervenções.

Para a sua realização do diagnóstico de saúde 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). Por forma a sustentar todo o conhecimento sobre o fenómeno, definir os conceitos e sustentar as intervenções realizadas foi realizada uma revisão da literatura – scoping review (Apêndice I) com o título: “*Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: a scoping review*”.

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 a UC Estágio final se desenvolveu, funções desempenhadas e parcerias estabelecidas, pretendeu-se identificar problemas e determinar as principais necessidades em saúde da população em estudo.

3.1.1 Contextualização do local de estágio

O ACeS do local de desenvolvimento da UC Estágio final foi criado em 2009, integra 2 Centros de Saúde e responde hierarquicamente à ARSLVT.

Tem uma área de influência sobreponível à do concelho onde se insere e para responder às necessidades de Saúde da população abrangida, apresenta uma matriz organizacional assente em 21 Unidades Funcionais Prestadoras de Cuidados de Saúde.

De acordo com o Plano Local de Saúde foram identificados oito problemas de saúde prioritários da população local descritos por ordem de prioridade decrescente, 1. patologias

de saúde mental; 2. doenças cardiovasculares; 3. doenças oncológicas; 4. diabetes mellitus; 5. excesso de peso/obesidade; 6. Doenças respiratórias; 7. VIH/SIDA; 8. Tuberculose Pulmonar (USP, 2015). Foram formulados objetivos para cada um dos problemas prioritários, foram selecionadas estratégias dirigidas ao indivíduo ao longo do ciclo de vida e a grupos específicos da população.

Algumas das estratégias são comuns aos vários problemas, como por exemplo a promoção de literacia em saúde, a promoção de estilos de vida saudáveis, o melhoramento da articulação entre as unidades de saúde e resposta de cuidados e a vigilância epidemiológica.

No que se refere aos dados da violência no namoro no concelho em estudo, os mesmos não são específicos, havendo apenas dados sobre as situações de violência doméstica onde podem estar incluídas situações de violência no namoro. Assim no Relatório Anual 2021 realizado pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima foram identificados 345 casos de vítimas de violência doméstica no concelho onde será implementado o projeto (APAV, 2022).

Foi ainda referido pelas diretoras dos dois agrupamentos de escola, alvo de intervenção, situações pontuais de violência no namoro, o que reforça a pertinência e importância da implementação de um projeto desta natureza.

Considerando a complexidade das necessidades de saúde e sociais da população tem-se revestido de especial importância para o sucesso das intervenções e obtenção de ganhos em saúde, a transversalidade das diferentes abordagens que existem neste concelho.

A UCC onde foi desenvolvido a UC Estágio final insere-se num concelho que fica situado no distrito de Lisboa. Tem uma área de 99,07 Km² e de acordo com os censos 2021 apresentou um acréscimo populacional significativo, com uma densidade populacional de 2.198,7 habitantes/Km² (um crescimento de 3.7%) (INE, 2022).

A UCC constitui uma unidade funcional do ACeS do concelho em estudo, que foi criada em novembro de 2010. Possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes nela inscritos. Esta UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo assim, e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra. (UCC, 2021b)

Na sua área de abrangência a UCC dá resposta a uma comunidade de 92.966 utentes, que se encontram distribuídos por 2 freguesias.

O índice de dependência total da população abrangida pela UCC é de 60,72%, o que corresponde a um índice de dependência dos idosos de 38,05% e a um índice de dependência dos jovens de 22,67% (SNS, 2022).

De acordo com o plano de ação a UCC integra projetos na área da SE, da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e da Saúde Reprodutiva (UCC, 2021a).

Na SE alguns dos projetos implementados são: “Epilepsia na escola”, “Sexualidade e os afetos nas crianças”, “Risca este Risco”, “Sono saudável”, “Lanches saudáveis”, “Bullying não é brincadeira”, Comportamentos aditivos e dependência”, “Prevenção do consumo do tabaco”, “A puberdade e o planeamento familiar”, “Alergias alimentares”, “Diabetes Mellitus”, entre outros.

Na UCC neste momento, estão alguns projetos implementados em parceria com a Enfermeira coordenadora, a Fisioterapeuta e a Terapeuta Ocupacional, designados de “Cuidar da Pessoa com Demência e seu Cuidador”, “Séniiores em Movimento” e “Educar para Prevenir”, “Tem companhia”, tendo como objetivo de promover ganhos em saúde a pessoas em faixas etárias superiores e portadores de doenças crónicas (UCC, 2021b).

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 e atua em estreita articulação com vários parceiros comunitários (UCC, 2021a)

Este projeto em causa pretende dar resposta a uma necessidade da população (referida anteriormente) e sentida pela equipa de SE nesta UCC, uma vez que, na população-alvo de intervenção ainda não tivera sido implementada nenhuma intervenção sobre a violência no namoro.

A equipa de SE é constituída por 2 enfermeiros, um deles especialista em enfermagem comunitária e saúde pública o outro especialista em saúde mental e psiquiátrica. O programa da SE desenvolve-se em 4 agrupamentos escolares (22 escolas), com cerca de 8000 alunos e restante comunidade educativa (educadores/professores/auxiliares de ação educativa/pais/encarregados de educação. Cada enfermeiro dá resposta às necessidades de 2 agrupamentos.

3.1.2. População alvo e amostra

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993) a descrição da população é uma parte fundamental, para a caracterização do diagnóstico de situação.

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).

A amostra é um subconjunto de uma população; é uma réplica em miniatura da população alvo. Deve ser representativa da população alvo, ou seja, as características da população alvo devem estar presentes na amostra selecionada (Fortin, 2009).

A pertinência da escolha da população alvo está relacionada com o facto de ser uma população vulnerável e de risco. São também a população que mais identifica esta temática como área de interesse, é onde se verifica desconhecimento face a comportamentos considerados violentos e também para dar resposta àquilo que são os objetivos de formação preconizados pelo PNSE nesta faixa etária.

Por consequente, para desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária, de acordo com os dados anteriormente apresentados e legitimados pelo grupo de peritos.

De entre os peritos estão a Sr.^a Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária, coordenadora da UCC, 2 Agentes da PSP, e Sras Professoras, membros do PES de duas escolas do concelho, Sr.^a Assistente Social, Médico de Saúde Pública, gestor da saúde escolar do ACeS em estudo. Presidente da CPCJ do concelho em estudo, Técnica superior de educação social, Elemento da CPCJ; Sr.^a Enfermeira elemento do espaço S; Sra Enfermeira elemento do NACJR e Enf.^a de uma UCC do ACeS em estudo; Sr.^a Enfermeira elemento do NACJR, Enf.^a de SE do ACeS em estudo.

Do consenso dos peritos definiu-se como população alvo (n=198) os adolescentes de duas escolas secundárias do concelho.

Como população acessível elegeram-se os adolescentes de duas escolas secundárias do concelho a frequentar o 10º ano de escolaridade (n= 145), tendo em conta os critérios de inclusão apresentados no Quadro 1. A escolha de determinadas escolas para implementação do projeto prendeu-se com o facto de pertencer ao concelho, abranger o ensino secundário e fazer parte da área de atuação da UCC, e do Sr. Enfermeiro Orientador, no âmbito do plano de ação do programa de Saúde Escolar. Os critérios apresentados foram validados por dois peritos, Enfermeira Mestre em Saúde Pública e EEECS e Enfermeiro Mestre em Gestão e Avaliação de Tecnologia em Saúde e EEECS.

Considerou-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).

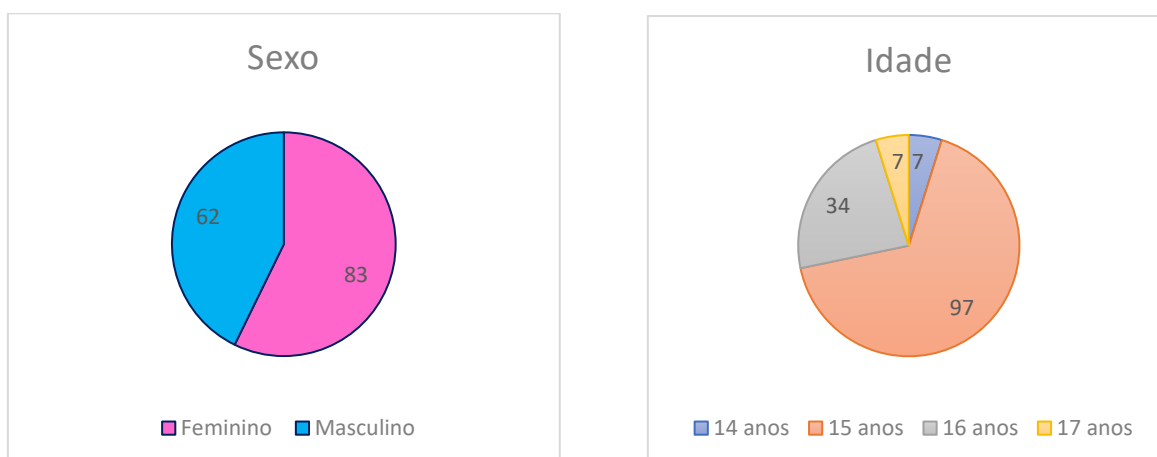
Quadro 1: Critérios de inclusão para definição da amostra

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Adolescentes de ambos os sexos
Adolescentes com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos
Adolescentes que frequentem o 10º ano no ano letivo de 2022/2023 de dois dos agrupamentos de escolas previamente definidos
Adolescentes que consentam para participar no projeto
Adolescentes cujos pais assinaram o consentimento livre e esclarecido.

Para as direções das escolas foi feito um pedido de autorização (Apêndice II), as mesmas demonstraram interesse na participação do projeto, autorizando-o, bem como, cedendo algumas horas para a realização do mesmo (Anexo II).

Neste sentido, o projeto desenvolvido teve uma amostra total de 145 adolescentes (n= 145) para intervenção sendo maioritariamente do sexo feminino, como podemos observar de seguida no Gráfico 1, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos de idade (Gráfico 2), a frequentar as 7 turmas do 10º ano de escolaridade das escolas selecionadas.

Gráfico 1: Distribuição da amostra por sexo **Gráfico 2:** Distribuição da amostra por idade



Fonte: Programa informático Microsoft Excel®

Por forma a intervir junto da amostra 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).

3.1.3. Identificação dos Problemas e Necessidades de Saúde

Com vista à elaboração do diagnóstico da situação, e dando continuidade ao que foi realizado no primeiro Estágio de vigilância e decisão clínica procedeu-se a uma reunião formal com o Sr. Enfermeiro Orientador e com a Sr.^a Enfermeira Coordenadora da UCC, na qual se percebeu que a problemática da prevenção da violência do namoro continuava a ser uma necessidade real existente no contexto de ação da UCC.

De acordo com os resultados evidenciados na revisão de escopo (scoping review) Apêndice I e dando consistência às intervenções do projeto que por sua vez dão resposta às necessidades da população sentidas pela equipa de enfermagem da SE desta UCC, esta seria assim uma área prioritária de intervenção junto da população adolescente e em contexto escolar.

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.

Por forma a realizar um diagnóstico da situação fundamentado procurou-se realizar uma pesquisa de consenso entre um grupo de peritos através da técnica de *Focus Group*.

3.1.3.1. *Focus Group*

Com o intuito de recolher informação mais pormenorizada sobre a temática, para uma caracterização detalhada do problema e necessidades de saúde, bem como para compreender 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 técnica do *Focus Group*.

O *focus group* permite explorar os pensamentos, ideias, atitudes, crenças fase à violência nas relações de intimidade na adolescência, permitindo também perceber as

reações, interpretações e (des)inibições dentro do grupo e as influências que possam existir dentro desse mesmo grupo (Galego & Gomes, 2005).

Denominado em português como ‘grupo focal’, constitui uma técnica de pesquisa formulada numa abordagem qualitativa, não diretiva, para recolha e análise de dados, através das interações pessoais em forma de grupos que, ao discutirem sobre um determinado tema em comum, sugerido pelo pesquisador, permite aos entrevistados exporem suas ideias e emitir opiniões sobre o tema pesquisado, o que possibilita aprofundar o tema ou até mesmo realizar a descoberta de algo que seja objeto de investigação (Santos, Silva, & Jesus, 2016).

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 representantes de diferentes entidades da comunidade, procurando conhecer alguns aspetos relativos a esta temática, e com o intuito de obter uma pesquisa de consenso por parte destas entidades. Conforme Tavares (1990, p.64) “*um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável*”.

Os elementos convidados são considerados peritos em relação ao tema da violência doméstica/violência no namoro e às necessidades da população do concelho, com ênfase no contexto escolar. Para Benner (2001), o perito sustenta a sua ação na experiência e na compreensão intuitiva das situações, apreendendo diretamente o problema sem diagnósticos produtórios e apresentando um desempenho altamente complexo e eficaz.

O grupo de discussão foi constituído por doze elementos: moderador – Sr. EEECSF da UCC; Sr.^a Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária, coordenadora da UCC desde dezembro de 2017, membro da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), membro do conselho clínico e de saúde e elemento conhecedor dos problemas e necessidades da população; Sr. Agente da PSP, elemento da PSP do concelho ligado à área da violência doméstica e com intervenção nas escolas junto dos adolescentes há 10 anos; Sr. Agente da

PSP elemento da PSP do concelho ligado à área da violência doméstica e com intervenção nas escolas junto dos adolescentes há 6 anos; Sr.^a Professora, de Biologia e Geologia há 39 anos, membro do PES de uma escola do concelho há 8 anos e conhecedora do contexto escolar e das necessidades dos adolescentes; Sr.^a Professora, membro do PES de uma escola do concelho; Sr.^a Assistente Social, a desempenhar funções na área do serviço social – rede segura e membro da EPVA; Médico de Saúde Pública, gestor da saúde escolar do ACeS em estudo. Presidente da CPCJ do concelho em estudo – jurista de profissão; Técnica superior de educação social, Elemento da CPCJ; Sr.^a Enfermeira elemento do espaço S; Sra Enfermeira elemento do NACJR e Enf.^a de uma UCC do ACeS em estudo; Sr.^a Enfermeira elemento do NACJR, elo de ligação entre o NACJR e a CPCJ e Enf.^a de SE do ACeS em estudo.

O *Focus Group* foi realizado nas instalações da UCC e via online, sob gravação áudio e teve duração de 70 minutos. Segundo Streubert & Carpenter, 2011 deve existir uma gravação áudio, ou uma vídeo-gravação, que possibilite esta transcrição, sendo que a vídeo-gravação pode ser tida como intrusivo, inibidor e violador da privacidade, pelo que devem ser consideradas as suas vantagens, desvantagens e a adequação ao grupo.

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 III). 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 IV) 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.

Foi feita a construção da matriz de análise, onde as unidades de registo e contexto foram agrupadas em categorias e subcategorias (Apêndice V). Com base no guião do *Focus Group* foram criadas à priori as categorias, 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 resumidamente no Quadro 2, sendo a matriz de análise integral apresentada no Apêndice V.

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 global	20
	Problema oculto	7
Violência no Namoro como problema a nível escolar no concelho	Problema comum e transversal	16
Contributos para resolver o problema da violência	Rede de Apoio	2
	Formação e sensibilização dos profissionais e técnicos	8
	Formação e sensibilização dos pais	4
	Intervenção precoce	10
Estratégias para prevenir a violência	Valorização dos adolescentes	5
	Educação para a saúde	13
	Debates entre adolescentes sobre a temática	5
	Parcerias	10
Grupos prioritários de intervenção	Adolescentes	13
	Famílias	1
	Comunidade Escolar	6

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, foram consensuais para todos os peritos, afirmativas e com valores de frequência consideráveis, originando duas 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 dos representantes 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). É de salientar que também foi referido por alguns dos peritos que a problemática da violência doméstica é um problema oculto no concelho. Perfazendo assim duas subcategorias.

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 uma subcategoria, com uma frequência máxima registada de aparecimento na matriz de análise como problema comum e transversal.

Como contributos para tentar minimizar ou resolver a problemática, a terceira categoria que apresenta quatro subcategorias, é evidenciado consensualmente a necessidade de intervenção precoce e a necessidade de formação e sensibilização dos profissionais e técnicos, salientando-se também os esforços que se têm 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. Foi ainda salientado por alguns peritos a importância da rede de apoio e a formação e sensibilização dos pais.

Na quarta categoria, a título preventivo, os peritos defendem a EpS com uma notória expressão entre os peritos, 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. A importância da prevenção assente no aumento da literacia dos indivíduos é valorizada pelos peritos, indo ao encontro dos pressupostos de Ventura (2014).

Ainda nesta categoria salientam-se a importância das parcerias que uma forma de promover respostas coordenadas para problemas sociais complexos tal como a violência doméstica. Foi ainda apontado como subcategorias e valorização dos adolescentes e os debates entre adolescentes sobre a temática totalizando assim quatro subcategorias.

No que respeita aos grupos prioritários de intervenção, que retrata a quinta categoria, os peritos são consensuais na sinalização dos adolescentes, tendo esta subcategoria uma elevada frequência. Os adolescentes são os alvos mais relevantes e acessíveis, como referido na literatura por diversos autores (Veríssimo, et al., (2013); DGS, (2015)), a família e a

comunidade escolar também foram identificadas como elementos importantes de intervenção, totalizando três subcategorias.

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 desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, em consonância com a evidencia científica disponível, e indo ao encontro da perceção inicial dos enfermeiros da equipa de SE da UCC.

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

3.1.4 - Diagnósticos de Enfermagem

Os problemas identificados são basilares na definição dos diagnósticos de enfermagem, a partir dos quais se planearão as atividades a desenvolver e a avaliação dos mesmos.

Os diagnósticos de enfermagem são um instrumento fundamental para a prática de cuidados a prestar, na medida em que servem de ponto de partida para a seleção de intervenções de enfermagem a implementar e permite definir os resultados a atingir.

Entende-se por diagnóstico de enfermagem um julgamento clínico sobre respostas/ experiências atuais ou potenciais do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde / processos de vida. Um diagnóstico de enfermagem proporciona a base para a seleção das intervenções de enfermagem de forma a atingir os resultados esperados, permitindo que o enfermeiro desenvolva um plano de cuidados adequados 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.

Assim, optou-se pela utilização de uma terminologia padronizada, enunciando os diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2019 (OE, 2020). 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 2019)

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender		CIPE (Versão 2019)
Características e experiências individuais	Relacionamento comprometido no namoro na comunidade adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Foco: Relacionamento • Juízo: Comprometido • Cliente: Comunidade adolescente
Cognições e os afetos específicos do comportamento que se quer alcançar	Conhecimento baixo sobre a violência e sua natureza na comunidade adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Foco: Conhecimento • Juízo: Baixo • Cliente: Comunidade adolescente
	Conhecimento baixo sobre as características das relações de namoro saudáveis na comunidade adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> • Foco: Conhecimento • Juízo: Baixo • Cliente: Comunidade adolescente
	Conhecimento baixo sobre as características das relações de namoro não saudáveis na comunidade adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Foco: Conhecimento • Juízo: Baixo • Cliente: Comunidade adolescente
Comportamento de promoção da saúde desejável	Ensinar a comunidade adolescente relativamente à temática da violência e sua natureza;	<ul style="list-style-type: none"> • Ação: Ensinar • Cliente: Comunidade adolescente
	Ensinar a comunidade adolescente sobre as características das relações de namoro saudáveis;	
	Ensinar a comunidade adolescente sobre as características das relações de namoro não saudáveis.	

É possível, perante estes diagnósticos 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 neste caso o baixo 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.

3.2. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa do processo de Planeamento em Saúde que consiste principalmente num processo de tomada de decisão.

Esta etapa traduz-se na hierarquização dos problemas identificados na etapa anterior, permitindo uma utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados. 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 III) (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 sobre a violência e sua natureza na comunidade adolescente	(+)	(+)	(-)	(+)	3
Conhecimento baixo sobre as características das relações de namoro saudáveis na comunidade adolescente.	(+)	(+)	(-)	(+)	3
Conhecimento baixo sobre as características das relações de namoro não saudáveis na comunidade adolescente	(+)	(+)	(-)	(+)	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 e pertinência entre as diversas entidades na comunidade e vai de encontro às necessidades referidas por estas mesmas entidades. Existe consenso por parte das mesmas de que a forma de prevenir a violência doméstica é atuar diretamente na população adolescente em idade escolar, e assim nas relações de namoro, com o intuito que a violência não se perpetue mais tarde nas relações conjugais.

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 (-), pois, considera-se que não é um problema de resolução simples e linear, e são necessários vários esforços, não só a nível regional, mas também nacional para resolver esta problemática. Contudo pretende-se intervir na mesma, procurando reduzir o seu impacto, incidência e prevalência. Procura-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 executabilidade 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 SE da UCC em parceria com a equipa do PES das escolas selecionadas. Existe disponibilidade de recursos para a realização e implementação de um projeto de intervenção acerca da temática da violência no namoro, pois, tendo em conta que a população-alvo são os adolescentes em idade escolar, há possibilidade de integrar a equipa de Saúde Escolar neste projeto e a UCC encontra-se disponível para a mobilização destes

recursos, pelo que este critério de encontra preenchido e não serve como obstáculo (Anexo IV).

De modo 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. Enfermeiro Orientador e a Sr.^a Enfermeira Coordenadora da UCC. 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.

3.3. Fixação de objetivos

Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários procedemos à fixação dos objetivos a atingir num determinado período (Imperatori & Giraldes, 1993). A fixação de objetivos corresponde à 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).

Estes objetivos, são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural do mesmo, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

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 (Quadro 5)

Quadro 5- Indicadores de execução

INDICADORES DE EXECUÇÃO
Taxa de intervenção do Projeto: número de SEpS realizadas/ número de SEpS planejadas x100;
Taxa de participação na intervenção (SEpS): número de adolescentes que participaram nas SEpS/ número total adolescentes x100;
Taxa de conhecimento dos adolescentes antes da intervenção (SEpS) (Teste de diagnóstico): número de adolescentes que respondem corretamente às questões do teste diagnóstico antes da intervenção/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;
Taxa de conhecimento dos adolescentes depois da intervenção (SEpS) (Teste de avaliação de conhecimentos): número de adolescentes que respondem corretamente às questões do teste diagnóstico após intervenção/número total de adolescentes que participaram na intervenção;
Taxa de relevância atribuída aos conteúdos abordados: número de adolescentes que consideraram os conteúdos relevantes/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;
Taxa de coerência e estrutura dos temas apresentados: número de adolescentes que consideraram os temas coerentes e bem estruturados /número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;
Taxa de adequação dos métodos utilizados na intervenção: número de adolescentes que consideraram os métodos adequados/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;
Taxa de adequação da duração da intervenção (SEpS): número de adolescentes que consideraram a duração da SEpS adequada/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100.
Taxa de concretização dos objetivos: número de adolescentes que consideram que os objetivos da SEpS foram cumpridos/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100
Taxa de expectativa dos adolescentes face à intervenção (SEpS): número de adolescentes que superaram as expectativas face à intervenção / número total de adolescentes que participaram na intervenção x100
Taxa de aquisição de novos conhecimentos face à intervenção: número de adolescentes que adquiriram novos conhecimentos face à intervenção número total de adolescentes que participaram na intervenção x100
Taxa de mais-valia da intervenção: número de adolescentes que consideraram a intervenção (SEpS) uma mais-valia/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100
Taxa de intervenção do Projeto: número de apresentações do projeto realizadas/ número de apresentações do projeto planejadas x100;
Taxa de participação na apresentação do projeto: número de profissionais da UCC presentes na sessão de apresentação/número de profissionais da UCC x 100

Quanto aos indicadores de impacto, estes objetivam medir a evolução desejada e executável do problema de saúde diagnosticado, as suas metas só são passíveis de avaliar a médio prazo (Imperator & Giraldes, 1993). Contudo, e apesar da limitação temporal

inerente ao período de realização do estágio final, por forma a sustentar o projeto desenvolvido, foi definido o seguinte indicador de impacto (Quadro 6)

Quadro 6 – Indicador de impacto

INDICADOR DE IMPACTO
• Taxa de conhecimento dos adolescentes relativamente às características das relações de namoro saudáveis, 6 meses após a intervenção (Teste de avaliação de conhecimentos): número de adolescentes que respondem corretamente ao teste de avaliação de conhecimentos, 6 meses após a intervenção/número total de adolescentes que participaram na intervenção;

Nesta etapa é feita a identificação 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). Assim, face aos diagnósticos de enfermagem levantados e tendo por base o MPSNP, foi definido como objetivo geral:

- Contribuir para a capacitação dos adolescentes do 10º ano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis, entre setembro e dezembro de 2022.

Como objetivos específicos foram definidos:

- Ensinar os adolescentes, do 10ºano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, sobre a temática da violência no namoro, entre setembro e dezembro de 2022;
- Ensinar os adolescentes, do 10ºano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, sobre as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, entre setembro e dezembro de 2022;
- Divulgar aos profissionais da equipa da UCC o projeto de intervenção comunitária no âmbito da saúde escolar, para continuidade do mesmo.

A fase seguinte diz respeito à tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas. *“Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzindo em termos de indicadores de atividade, mensuráveis, a*

curto prazo” (Tavares, 1990, p. 133). Neste sentido, considerando os indicadores de execução, os objetivos específicos previamente definidos e o tempo disponível para a implementação do projeto, foram definidas as respectivas metas que se preveem atingir a curto prazo e se relacionam diretamente com os diagnósticos de enfermagem, priorizados para intervenção (Quadro 7).

Quadro 7: Metas definidas para cada Indicador de Execução e Objetivo Específico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INDICADORES DE EXECUÇÃO	META
Ensinar os adolescentes, do 10ºano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, sobre a temática da violência no namoro, entre setembro e dezembro de 2022;	Taxa de intervenção do Projeto: número de SEpS realizadas/ número de SEpS planeadas x100;	Realizar 100% das SEpS
	Taxa de participação na intervenção (SEpS): número de adolescentes que participaram nas SEpS/ número total de adolescentes x100;	Que 80% dos adolescentes assistam às SEpS
	Taxa de relevância atribuída aos conteúdos abordados: número de adolescentes que consideraram os conteúdos relevantes/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;	Que 80% dos adolescentes considerem os conteúdos importantes
	Taxa de coerência e estrutura dos temas apresentados: número de adolescentes que consideraram os temas coerentes e bem estruturados /número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;	Que 80% dos adolescentes considerem os temas apresentados coerentes e bem estruturados
	Taxa de adequação dos métodos utilizados na intervenção: número de adolescentes que consideraram os métodos adequados/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100;	Que 80% dos adolescentes considerem os métodos utilizados adequados
	Taxa de adequação da duração da intervenção (SEpS): número de adolescentes que consideraram a duração da SEpS adequada/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100.	Que 80% dos adolescentes considerem a duração da SEpS adequada
	Taxa de concretização dos objetivos: número de adolescentes que consideram que os objetivos da SEpS foram cumpridos/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100	Que 80% dos adolescentes considerem que os objetivos das SEpS foram cumpridos
	Taxa de expectativa dos adolescentes face à intervenção (SEpS): número de adolescentes que superaram as expectativas face à intervenção / número total de adolescentes que participaram na intervenção x100	Que 80% dos adolescentes superem as expectativas face à SEpS

	Taxa de aquisição de novos conhecimentos face à intervenção: número de adolescentes que adquiriram novos conhecimentos face à intervenção número total de adolescentes que participaram na intervenção x100	Que 80% dos adolescentes adquiram novos conhecimentos face à SEpS
	Taxa de mais-valia da intervenção: número de adolescentes que consideraram a intervenção (SEpS) uma mais-valia/número total de adolescentes que participaram na intervenção x100	Que 80% dos adolescentes considerem a SEpS uma mais-valia
Ensinar os adolescentes, do 10ºano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, sobre as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, entre setembro e dezembro de 2022;	Taxa de conhecimento dos adolescentes depois da intervenção (SEpS) (Teste de avaliação de conhecimentos): número de adolescentes que respondem corretamente às questões do teste diagnóstico após intervenção/número total de adolescentes que participaram na intervenção;	Que 60% dos adolescentes respondam corretamente às questões do teste de diagnóstico
Divulgar aos profissionais da equipa da UCC o projeto de intervenção comunitária no âmbito da saúde escolar, para continuidade do mesmo.	Taxa de intervenção do Projeto: número de apresentações do projeto realizadas/ número de apresentações do projeto planeadas x100;	Realizar 100% das sessões de apresentação do projeto
	Taxa de participação na apresentação do projeto: número de profissionais da UCC presentes na sessão de apresentação/número de profissionais da UCC x 100	Que 70% dos profissionais da UCC assistam à sessão de apresentação do projeto

Face aos indicadores de impacto as suas metas só deverão ser avaliadas a médio prazo (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993). De modo a permitir uma avaliação criteriosa da intervenção realizada, considerou-se pertinente pela mestranda e por dois peritos, Enfermeiro Mestre e EEECS e Enfermeira Mestre em Saúde Pública e EEECS, realizar uma avaliação dos conhecimentos adquiridos 6 meses após a intervenção, através da aplicação do teste diagnóstico idêntico ao aplicado aos adolescentes no início e término das SEpS aquando da intervenção, que será clarificado nos próximos subcapítulos deste relatório. As metas definidas para os indicadores de resultado definidos são apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8: Meta definida para o indicador de impacto

INDICADOR DE IMPACTO	META
Taxa de conhecimento dos adolescentes relativamente às características das relações de namoro saudáveis, 6 meses após a intervenção (Teste de avaliação de conhecimentos): número de adolescentes que respondem corretamente ao teste de diagnóstico, 6 meses após a intervenção/número total de adolescentes que participaram na intervenção;	Que 70% dos adolescentes respondam corretamente às questões do teste de diagnóstico, 6 meses após a intervenção

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

3.4 Seleção de Estratégias

A etapa de seleção de estratégias é, segundo Imperatori & Giraldes (1993), uma etapa primordial no processo de Planeamento em Saúde, pois pretende estruturar a forma mais adequada em reduzir os problemas identificados. As estratégias constituem “*o processo mais adequado para reduzir os problemas primários (...) em termos inovadores e criativos (...) que permitam alcançar os objetivos fixados*” através de “*um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um objetivo, reduzindo, assim, um ou mais, problemas de saúde*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p 65 e p.66).

Outro fator a ter em conta nesta escolha das estratégias adequadas, é o modelo de saúde escolhido como base para a intervenção. Como suporte para a contextualização da intervenção, utilizou-se o MPSNP, que se fundamenta no conceito de promoção da saúde já descrito anteriormente.

Tendo por base o MPSNP (Pender et al., 2015), e em consonância com a metodologia do Planeamento em Saúde, as estratégias desenvolvidas visaram o fortalecimento dos recursos dos adolescentes, assim como na sensibilização destes para a adoção de comportamentos preventivos de uma relação de namoro violenta, através da aquisição de conhecimentos neste âmbito. Segundo Nola Pender (2015), a educação para a saúde, é uma estratégia de capacitação que possibilita aos indivíduos assumirem a responsabilidade pela sua saúde.

Foi utilizada a estratégia educacional onde foram realizadas de sessões de educação para a saúde aos adolescentes. Ao adotar esta estratégia, foi promovida a capacitação dos

adolescentes e o seu maior conhecimento, no que se refere à temática da violência nas relações de namoro.

Outra estratégia adotada na concessão deste projeto foi o envolvimento de parceiros da comunidade no projeto, no diagnóstico de situação foram envolvidos no *focus group* elementos das várias entidades da comunidade de modo a estes darem o seu parecer face ao fenómeno em estudo, o que trouxe valiosos contributos para o projeto. Nas SEpS foi envolvida a PSP-departamento Escola Segura, que deram um valioso contributo face ao enquadramento legal da violência no namoro.

Foi ainda adotada a estratégia promocional/documental com a elaboração de um manual de prevenção da violência no namoro dirigido aos adolescentes do 10º ano de escolaridade e pretende constituir-se como um referencial de capacitação para a prevenção e combate à violência de género, nomeadamente aquela que ocorre em contexto de intimidade.

Foi ainda realizada uma revisão bibliográfica, na qual se elaborou uma revisão de escopo intitulada “Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: a scoping review” (Apêndice I). A revisão de literatura permite apresentar o nível e estado do conhecimento num domínio específico (Fortin, 2009). Segundo Tavares (1990) os conhecimentos do planificador sobre o problema em estudo devem ser profundos, dando maior oportunidade de descoberta de novas formas de abordagem.

Sucintamente, deste modo, a revisão de literatura permitiu compreender que as intervenções de enfermagem perante a temática, percebendo que as intervenções podem ser multicomponentes (envolvem atividades que visam o desenvolvimento de competências dos estudantes, formação para a equipa escolar e sensibilização para os pais), direcionadas ao desenvolvimento de habilidade e baseadas no teatro/dramatização.

3.5. Elaboração de programas e projetos

Nesta etapa do planeamento em saúde, torna-se importante perceber a diferença entre programa e projeto.

O termo programa pode ser definido como um conjunto de atividades que são necessárias à execução de uma estratégia e que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros geridos por um mesmo organismo, e desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo. O termo projeto pode ser definido como uma atividade num período de

tempo restrito que tem como objetivo alcançar um resultado específico, contribuindo para a execução do programa (Imperatori & Giraldes, 1993).

Face às estratégias elaboradas de forma a responder aos objetivos estabelecidos, ao tempo previsto e os recursos da comunidade disponibilizados, este projeto teve como objetivo contribuir para a capacitação dos adolescentes do 10º ano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis, entre setembro e dezembro de 2022.

3.6 Preparação da execução

Nesta penúltima etapa do planeamento em saúde segundo Imperatori & Giraldes (1993), serve para as estratégias serem concretizadas através da formulação de atividades, cujo conjunto não é estático no tempo e é passível de modificações.

No início desta etapa devem ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Estas devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas atividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos - tal só conduz ao desperdício de recursos (Tavares, 1990). Assim, nesta fase foram estabelecidas as atividades necessárias à execução das estratégias educativas selecionadas, focadas na educação para a saúde, com base no MPSNP, de forma a atingir os objetivos operacionais definidos.

As atividades a desenvolver foram analisadas e ponderadas junto do enfermeiro orientador clínico, assim como da professora orientadora. Para cada atividade elaborou-se o respetivo plano operacional (Apêndice VI) com base na literatura: atividade, quem (participantes), quando (data), onde (local), como (descrição), objetivo e avaliação (indicadores de atividade ou execução) (Tavares, 1990).

Também nesta fase foi concluído o Diagrama de Gantt (Apêndice VII) com o intuito de delinear e objetivar cronologicamente com sucesso as etapas a atingir durante o período de estágio. Este gráfico permite controlar o desempenho das atividades programadas (Tavares, 1990).

3.6.1 Logótipo do Projeto

De modo a identificar visualmente o projeto de intervenção foi concebido o logótipo identificativo (Apêndice VIII). O logótipo concebido foi previamente validado pelos peritos

que participaram e acompanharam todo processo operacional do presente projeto, Enfermeiro orientador e Enfermeira coordenadora da UCC.

3.6.2. Manual de Prevenção da Violência no Namoro

O manual de prevenção da violência no namoro (Apêndice IX), surge na sequência do diagnóstico de situação realizado, onde se identificou como área de intervenção prioritária a violência no namoro. A sua elaboração contribuirá para sustentar toda a informação que poderá ser transmitida aos adolescentes, no que se refere a esta temática. Este manual constitui uma ferramenta que foi disponibilizada digitalmente aos adolescentes, como informação complementar.

Este manual é especialmente dirigido à comunidade escolar - designadamente aos/às estudantes do ensino secundário - e pretende constituir-se como um referencial de capacitação para a prevenção e combate à violência de género, nomeadamente aquela que ocorre em contexto de intimidade.

O manual pretende clarificar conceitos chave através da abordagem de temáticas como a violência no namoro, dando a conhecer as principais estatísticas relativas à prevalência atual destes fenómenos.

São abordadas algumas temáticas como, o que é a violência no namoro, como saber se está a viver uma relação abusiva, tipologias da violência, dinâmicas da violência, ciclo da violência, impacto da violência, mitos e realidades, razões para manutenção de uma relação violenta, pilares de uma relação segura, enquadramento legal e finalizando com um espaço para contactos de serviços de apoio.

3.6.3 Sessão de Educação para a Saúde

Com o objetivo de operacionalizar o projeto de intervenção e programar as SEpS, foi realizada uma reunião com o Sr. Enfermeiro Orientador e com as Sras. Professoras responsáveis pelo PES das escolas selecionadas, todos conhecedores do contexto escolar e população alvo, selecionando-se as turmas do 10ºano de escolaridade (7 turmas) para intervenção.

Com vista a agilizar todo o processo as professoras responsáveis pelo PES das duas escolas agilizaram quais os dias e horas mais adequados para a realização da SEpS a cada turma, com conhecimento e colaboração dos professores titulares das disciplinas.

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. (Apêndice I).

Segundo Stanhope & Lancaster (2011), sessões de educação para a saúde são atividades realizadas por profissionais com o objetivo de promover a saúde. Os enfermeiros, recorrem à Educação para a Saúde no processo educativo da comunidade e são os veículos que capacitam as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde.

As SEpS foram planeadas e norteadas pelo MPSNP (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015). Tratando-se de uma intervenção situada ao nível da prevenção primária, procurou-se capacitar os adolescentes para a adoção de comportamentos positivos, saudáveis e não violentos nas suas relações de namoro atuais e futuras, por forma a conseguirem manter o comportamento promotor de saúde.

Assim, no período de 4 a 16 de novembro de 2022 foi realizada uma SEpS a cada turma (totalidade de 4 SEpS, porque agruparam-se turmas), temporalmente limitadas a 60 minutos, dinamizadas pela mestranda, pelo Sr. Enfermeiro Orientador e com a colaboração dos Srs. Agentes da PSP – departamento Escola Segura (Quadro 9).

Quadro 9: Planeamento das Sessões de Educação para a Saúde por Turma

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	ESCOLA	TURMA	DIA/MÊS	HORA
“Quem ama não agride” – Prevenção da Violência no Namoro	A	10ºA e 10ºB	04 de novembro	10h05
	B	10ºA e 10ºE	07 de novembro	10h20
		10ºB e 10ºC	07 de novembro	14h00
		10ºD	16 de novembro	10h20

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 adolescentes, 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 a SEpS foi elaborado o plano de sessão (Apêndice X) e os diapositivos utilizados na apresentação desta SEpS estão disponíveis no Apêndice XI.

Considerando que os conteúdos de um projeto baseado na EpS, enquanto estratégia pedagógica, permite aferir o conhecimento dos alunos e adequar as SEpS a desenvolver, salienta-se que no início da SEpS, foi aplicado um teste de diagnóstico (Apêndice XII),

A SEpS denominou-se “Quem Ama Não Agride” – Prevenção da Violência no Namoro e teve como objetivo geral melhorar o conhecimento dos adolescentes acerca da violência no namoro, e como objetivos específicos clarificar alguns conceitos-chave da temática (violência, violência doméstica, violência no namoro), identificar as características de uma relação de namoro não saudável, descrever as diferentes formas de violência que podem surgir nas relações de namoro, apresentar os mitos mais frequentes associados a esta forma de violência, e discutir os principais sinais de alarme e consequências deste tipo de violência, por forma a serem capazes de identificar precocemente uma relação abusiva.

Numa parte inicial foram definidos e clarificados os conceitos principais, anteriormente identificados, serão abordados os tipos de violência e as suas formas, bem como a importância de as identificar e valorizar. Foram apresentados alguns dados relativamente à violência doméstica e violência no namoro, por forma a informar e alertar os adolescentes acerca da problemática. No decorrer da sessão foram apresentados alguns mitos associados à violência no namoro e algumas formas de abordagem às situações de violência, incentivando a sua não perpetuação e não-legitimação. No final foi apresentado um vídeo, que funcionou como síntese de toda a temática abordada na apresentação oral.

De modo a avaliar a aquisição de conhecimentos por parte dos adolescentes, aplicou-se o teste de avaliação de conhecimentos (Apêndice XIII), idêntico ao aplicado no início da sessão, e procedeu-se ao preenchimento do questionário de avaliação da sessão (Apêndice XIV), por forma a perceber a satisfação dos adolescentes relativamente às mesmas.

3.7 Avaliação

A avaliação é a última etapa do Planeamento em Saúde onde se pretende comparar o progresso alcançado, através das atividades, com a situação inicial, assim como com os objetivos e metas marcadas e vai permitir avaliar a eficácia do plano estabelecido e compreender a adequação entre os objetivos e as estratégias. (Imperatori & Giraldes, 1993).

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 10).

Quadro 10: 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	$(4/4) \times 100 = 100\%$
Taxa de participação na intervenção (SEpS)	Que 80% dos adolescentes assistam às SEpS	$(145/145) \times 100 = 100\%$
Taxa de relevância atribuída aos conteúdos abordados	Que 80% dos adolescentes considerem os conteúdos importantes	$(137/145) \times 100 = 94,5\%$
Taxa de coerência e estrutura dos temas apresentados	Que 80% dos adolescentes considerem os temas apresentados coerentes e bem estruturados	$(142/145) \times 100 = 97,9\%$
Taxa de adequação dos métodos utilizados na intervenção	Que 80% dos adolescentes considerem os métodos utilizados adequados	$(142/145) \times 100 = 97,9\%$
Taxa de adequação da duração da intervenção (SEpS)	Que 80% dos adolescentes considerem a duração da SEpS adequada	$(137/145) \times 100 = 94,5\%$
Taxa de concretização dos objetivos	Que 80% dos adolescentes considerem que os objetivos das SEpS foram cumpridos	$(140/145) \times 100 = 96,5\%$
Taxa de expectativa dos adolescentes face à intervenção (SEpS)	Que 80% dos adolescentes superem as expectativas face à SEpS	$(132/145) \times 100 = 91\%$
Taxa de aquisição de novos conhecimentos face à intervenção	Que 80% dos adolescentes adquiram novos conhecimentos face à SEpS	$(130/145) \times 100 = 89,6\%$
Taxa de mais-valia da intervenção	Que 80% dos adolescentes considerem a SEpS uma mais-valia	$(133/145) \times 100 = 91,7\%$
Taxa de conhecimento dos adolescentes antes da intervenção (SEpS) (Teste de diagnóstico)	Que 50% dos adolescentes respondam corretamente às questões do teste de diagnóstico	$(1004/1305) \times 100 = 76,9\%$
Taxa de conhecimento dos adolescentes depois da intervenção (SEpS) (Teste de avaliação de conhecimentos)	Que 70% dos adolescentes respondam corretamente às questões do teste de diagnóstico	$(1130/1305) \times 100 = 86,59\%$
Taxa de intervenção do Projeto (divulgação do projeto à equipa da UCC)	Realizar 100% das sessões de apresentação do projeto	$(1/1) \times 100 = 100\%$
Taxa de participação na apresentação do projeto à equipa da UCC	Que 70% dos profissionais da UCC assistam à sessão de apresentação do projeto	$(16/21) \times 100 = 76\%$

Analisando os dados apresentados no Quadro 10, é possível verificar que todas as metas definidas foram cumpridas e concomitantemente superadas.

Face à primeira meta apresentada “realizar 100% das SEpS”, a mesma foi cumprida, na medida em que foram realizadas as 4 SEpS previamente delineadas, perfazendo uma taxa de intervenção de 100%. Relativamente à taxa de participação, foi possível verificar que, nas SEpS, estiveram presentes a totalidade dos adolescentes, interessados e motivados, pelo que a respetiva meta foi cumprida com sucesso.

Considerando a taxa de relevância atribuída aos conteúdos abordados, a meta definida foi cumprida e ultrapassada, verificando-se que 94,5% dos adolescentes consideraram os temas abordados relevantes para o estabelecimento de relações de namoro saudáveis e não violentas. Verifica-se que 97,9% dos adolescentes consideram que os temas abordados eram coerentes e se encontravam bem estruturados, ultrapassando deste modo a meta estabelecida, optando-se por uma transmissão clara e concisa da informação, adaptando-a à faixa etária dos adolescentes.

No que se refere à taxa de adequação dos métodos utilizados na intervenção a mesma foi superada tendo 97,9% dos adolescentes referido que os métodos que foram utilizados eram adequados. A meta concernente à adequação da duração das SEpS foi superada, com uma taxa de 94,5%. No que se refere à concretização dos objetivos, 96,5% dos adolescentes consideram que os mesmos foram atingidos, superando a meta inicialmente definida de 80%.

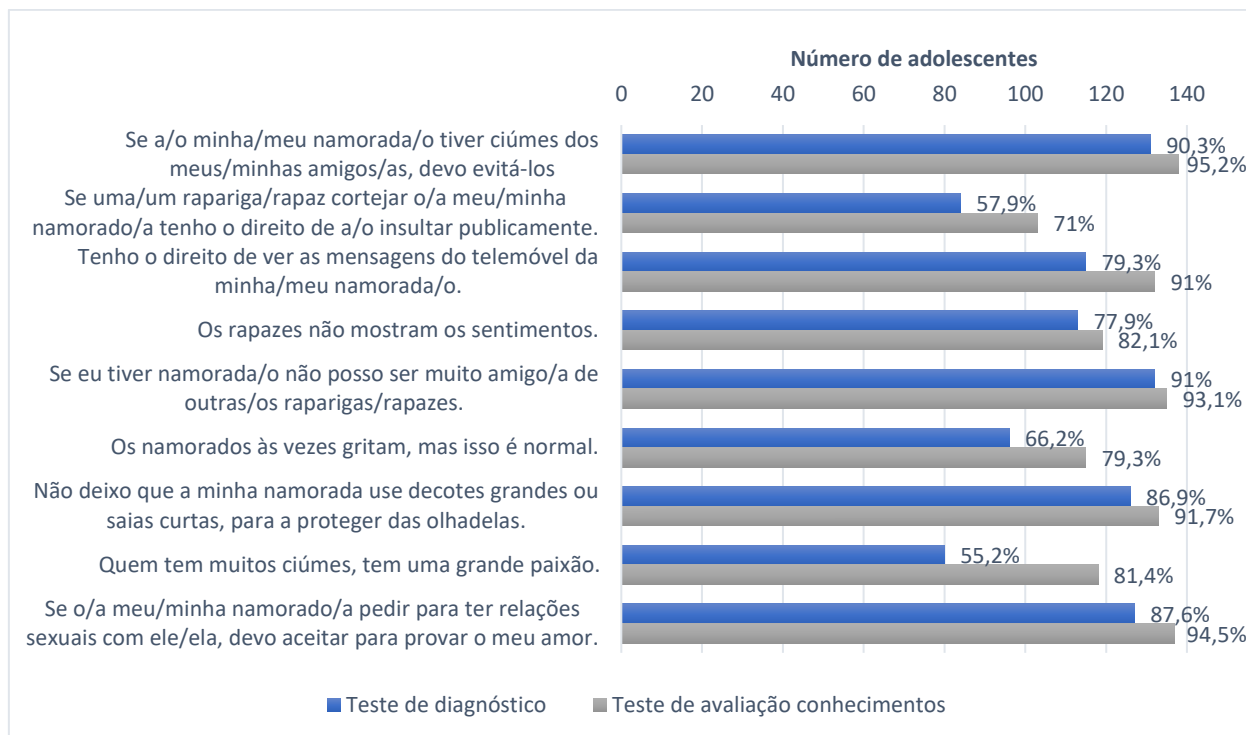
Face à aquisição de novos conhecimentos 89,6% dos adolescentes consideram que adquiriram novos conhecimentos com as sessões de educação para a saúde, o que também está em consonância com os resultados obtidos e espelhados no Gráfico 11, este resultado ultrapassa a meta de 80% definida inicialmente.

Da amostra de 145 estudantes 91,7% dos estudantes consideraram que a intervenção nesta temática foi uma mais-valia, superando deste modo a meta que defini.

É de salientar que todos os indicadores e respetivas metas supracitadas foram avaliadas de acordo com o questionário de avaliação das SEpS (Apêndice XIV) entregue no final da sessão. Relativamente à taxa de conhecimento dos adolescentes antes da intervenção (SEpS) (Teste de diagnóstico) (Apêndice XII) a avaliação foi realizada em sala de aula através de uma atividade realizada no início da sessão onde os adolescentes realizaram o teste de diagnóstico tendo 76,9% respondido corretamente às questões. No que se refere à taxa de conhecimento dos adolescentes depois da intervenção (SEpS) (Teste de avaliação de conhecimentos) (Apêndice XIII) os adolescentes responderam no final da sessão a um teste de avaliação dos conhecimentos (semelhante ao aplicado inicialmente) onde se obteve que

86,59% dos adolescentes responderam corretamente. No Gráfico 3 é possível aferir a evolução das respectivas taxas de conhecimento, atendendo à globalidade das turmas.

Gráfico 3: Evolução da Taxa de conhecimento dos adolescentes



Fonte: Programa informático Microsoft Excel

Atendendo ao Gráfico 3 é possível verificar que, globalmente, houve aumento do conhecimento dos adolescentes em relação a todos os temas desenvolvidos e trabalhados nas SEpS, sendo mais notório na temática dos ciúmes. 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.

Considera-se, nesta etapa do Planeamento em Saúde, que houve uma contribuição para o processo de capacitação desta comunidade adolescente.

De acordo com os resultados obtidos a equipa de Saúde Escolar pretende dar continuidade ao projeto em causa, replicando a sua operacionalização em outras turmas da mesma escola e em outras escolas do concelho. Nesse sentido foi apresentado o projeto à equipa de Saúde Escolar e a toda a equipa da UCC.

Face à taxa de intervenção do projeto (divulgação do projeto à equipa da UCC) todas as sessões planeadas foram realizadas tendo-se superado a meta referente à taxa de participação na apresentação do projeto à equipa da UCC, pois obtiveram-se 76% de participação na apresentação.

No que respeita à avaliação externa do projeto, que tem por base os indicadores de impacto 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 o Sr. Enfermeiro Orientador e Sr.^a Enfermeira Coordenadora da UCC as fórmulas de cálculo para cada indicador. Por consequente, só em junho de 2023 é que esta avaliação poderá ser efetivada.

3.8. Implicações do projeto para a prática clínica e desafios futuros

O desenvolvimento do presente projeto trouxe inúmeros desafios, um dos quais a necessidade de desenvolver uma grande capacidade de adaptação quanto ao período de estágio e organização de tempo laboral, pessoal e familiar. No entanto, o empenho, a flexibilidade e a disponibilidade do enfermeiro orientador da prática clínica foi deveras importante para o desenvolvimento e conclusão, com sucesso, do mesmo.

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. Uma das principais mais-valias deste projeto foi o trabalhar com a metodologia do Planeamento em Saúde, em todas as suas fases, e a sua articulação com o referencial teórico da enfermagem.

Como implicações para a prática de cuidados foi ainda elaborado um Manual de Prevenção da Violência no Namoro que foi distribuído digitalmente aos adolescentes e contribuirá para sustentar toda a informação transmitida.

Perante o objetivo geral deste projeto, depreende-se que as intervenções desenvolvidas contribuem para o resultado, embora seja impossível, em quatro meses, inferir se estas medidas trouxeram alguma modificação efetiva nessa conduta e se essa mudança se mantém. Daí a sugestão de oferecer mais tempo à prática clínica para se poderem avaliar outro tipo de resultados, ou seja, o impacto de um projeto (seis meses a um ano).

Com o intuito de continuidade deste projeto, sugere-se a divulgação aos restantes estabelecimentos de ensino da área de abrangência da UCC, de modo a alargar este

contributo a mais adolescentes. Para tal, podem ser realizadas mais sessões de educação para a saúde, aproveitando o conteúdo da sessão realizada e atualizá-la, de acordo com o feedback adquirido da população para a qual a sessão for realizada. Considera-se importante manter o espaço de partilha/diálogo no final das sessões de modo aos estudantes partilharem as suas inquietudes face à temática e falar sobre a mesma.

Com este projeto, outro contributo para o futuro prende-se com a divulgação do manual de prevenção da violência no namoro e procurar, junto dos adolescentes, sugestões de melhoria. Sugere-se também a sua difusão através de outros parceiros, tais como a câmara municipal e os canais de divulgação de informação existentes.

Promover a saúde passa por educar para a saúde e despoletar ação política e mudança organizacional, na qual os profissionais devem ser detentores de saber para criarem abordagens mais efetivas a situações complexas, assim como para serem agentes motivacionais para a população com o intuito de criar escolhas mais salutaras (Loureiro & Miranda, 2019).

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As etapas que constituem este projeto foram precedidas todas de procedimentos ético-legais que salvaguardam os direitos das pessoas envolvidas. A exigência da conduta ética pode parecer tão evidente, no entanto, as considerações éticas não têm recebido sempre a atenção adequada (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Pode afirmar-se que a ética é um conjunto de valores e princípios que permitem escolher pelo melhor para o investigado, pelo dever de rigor e respeito pela pessoa, respeitando os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência, da justiça, da veracidade e da confidencialidade.

Durante todo este percurso, foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética, pois preconiza-se que esta etapa é realizada com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Essa dignidade da pessoa humana é regida por valores universais, tais como, a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum (princípio da Beneficência), a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015).

Foi solicitada a autorização à Sra. Diretora Executiva do ACeS a que pertence a UCC por email e por correio interno, a implementação do projeto e a divulgação do nome da instituição e do enfermeiro orientador ao longo deste percurso, tendo o mesmo sido indeferido, pelo que em nenhum local deste relatório se identifica o nome da instituição ou o nome do enfermeiro orientador.

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 do Sr. Enfermeiro Orientador, em parceria com as professoras responsáveis do PES das escolas selecionadas, um contexto de atuação já conhecido da equipa de saúde escolar 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*” (OE, 2015); 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 (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*” (OE, 2015).

Foram contactados os Diretores das escolas onde foi desenvolvido o projeto solicitando autorização para implementação de projeto de intervenção comunitária sobre a temática da violência no namoro. (Apêndice II), tendo a mesma sido autorizada por ambas as escolas (Anexo II).

A participação no projeto pressupõe sempre o consentimento livre e esclarecido dos investigados, processo pelo qual o investigador assegura que o participante compreende os riscos e benefícios da sua participação e está ciente dos seus direitos, inclusive de recusar ou abandonar a participação (Martins, 2008). Segundo o Artigo 105.º - Do dever de informação, o enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (OE, 2015). Atendendo a isto todos os peritos que participaram no *Focus Group* assinaram o consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice III).

Antes da implementação do projeto foram entregues os consentimentos informados aos adolescentes e respetivos encarregados de educação, visto se tratar de adolescentes menores de idade (Apêndice XV). Os consentimentos foram entregues aos adolescentes pelos respetivos diretores de turma. Durante a realização do projeto foi mantido o anonimato e respeito pelos participantes, o teste de diagnóstico aplicado não apresentava qualquer dado referente aos adolescentes que os permitisse identificar, mantendo-se assim a confidencialidade nos dados obtidos e divulgados.

5. REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento e aquisição 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 EEECS (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). Seguidamente, de forma refletida, apresentam-se pormenorizadamente as referidas competências e o trabalho concretizado para a sua aquisição.

5.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Um enfermeiro especialista difere de um enfermeiro de cuidados gerais por possuir um conhecimento aprofundado num determinado domínio específico de enfermagem, tendo em conta as *“respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”*, conhecimento este que se traduz num conjunto de competências específicas comuns - que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialização (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p.8648).

Estas competências relacionam-se essencialmente com a capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação, investigação e assessoria. São quatro os domínios das competências comuns: *“responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais”* (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p. 8649).

No que diz respeito às competências do Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, as atividades desenvolvidas e integradas ao longo do estágio tiveram por base uma prática profissional e ética, mantendo o respeito pelos direitos humanos, a responsabilidade profissional e respeitaram o Código Deontológico da profissão, tal como referido no capítulo 4 deste relatório. Assim, as tomadas de decisão ocorreram sempre em equipa, e por esse motivo eram realizadas reuniões periódicas no contexto dos diversos programas, no caso específico do projeto de intervenção, as reuniões da equipa da SE e as reuniões com as professoras responsáveis pelo PES das duas escolas integrantes no projeto de intervenção, permitiram tomadas de decisão conscientes, imparciais, menos subjetivas e fundamentadas, perante as opções disponíveis. 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 intervenção comunitária, 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 a temática desenvolvida na SEpS, e a preocupação constante em adaptar a sessão aos intervenientes, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e necessidades dos adolescentes.

Ao longo do estágio foi também possível a participação em diversas atividades no âmbito do programa de Saúde Escolar da UCC. A participação em diversas reuniões com parceiros da comunidade, também no âmbito da SE, 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 as competências foram adquiridas ao longo de todo o estágio no desenrolar das diferentes etapas do projeto de intervenção comunitária, houve sempre preocupação na gestão dos cuidados de enfermagem prestados em articulação com a equipa de SE 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. Nas diferentes atividades realizadas ao longo do estágio foi assumida uma posição de liderança e responsabilidade no seio da equipa, reconhecendo os diferentes papéis e funções e adaptando os recursos disponíveis para a execução das mesmas.

No que diz respeito à aquisição de competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, houve necessidade de um grande empenho pessoal e profissional ao nível da aquisição de conhecimentos e de ferramentas que permitissem uma maior autoconsciência. Ao longo do estágio, a necessidade de adaptação a novas realidades, nomeadamente em contexto de SE, o trabalho inerente ao projeto de intervenção comunitária 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.

Este processo implicou o estudo e pesquisa bibliográfica, por forma a fundamentar a prática, bem como uma segurança na gestão e desempenho dos cuidados e atividades realizadas.

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

De acordo com a área de especialização existe um conjunto de competências específicas regulamentadas, neste caso específico as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de saúde Pública.

Tendo em conta que a *“enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade”*, e está reconhecido o papel determinante dos cuidados de saúde primários, é fulcral que o enfermeiro especialista nesta área assuma *“um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde”* (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Diário da República, 2011, p. 8667).

Neste sentido, de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, a realização do estágio na UCC e conseqüente desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária possibilitaram a aquisição e desenvolvimento das quatro competências específicas inerentes ao EEECS.

A primeira 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 “Quem Ama NÃO Agride”- Intervenção de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar, sustentado pela metodologia do Planeamento em Saúde, tendo sido cumpridas todas as etapas preconizadas por Imperatori & Giraldes (1993), e suportado pelo MPSNP (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

A segunda competência específica, contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista ao alcance de projetos de saúde coletivos foi essencialmente atingida com o planeamento, conceção e implementação do presente projeto de intervenção comunitária, desenvolvido em parceria com a entidade escolar, com a PSP – departamento escola segura, e com a participação de peritos de diferentes entidades da comunidade que permitiram identificar os problemas e intervir estrategicamente nos mesmos.

Com o intuito de contribuir para a capacitação os adolescentes para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis, a vertente da EpS foi utilizada enquanto ferramenta da estratégia educacional 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, por forma a adequar a informação disponibilizada aos adolescentes nas SEpS, procurando responder às necessidades da população em causa, adaptando os conteúdos e a exposição de informação, procurando manter o interesse dos intervenientes, melhorando os seus conhecimentos e capacitando-os para a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

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 EPS (Dadaczynski, et al., 2019), indo ao encontro das premissas do PNSE 2015 (DGS, 2015) nos eixos da Capacitação e da Qualidade e Inovação, e do PNS – 2021-2023 (DGS, 2022) 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 último, em referência à competência específica realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico esta foi demonstrada, principalmente 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. Este facto, e após análise detalhada dos dados sociodemográficos, dos indicadores, da incidência e prevalência da violência e fenómenos, permitiu a escolha do tema em causa, atuando com vista a obter ganhos em saúde.

5.3 Competências Específicas do Enfermeiro Mestre em Enfermagem

Podem-se afirmar que, para além das competências específicas no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito do 2º ciclo de estudos, de acordo com os Descritores de Dublin e com a legislação em vigor, referente à obtenção de grau de Mestre.

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, na implementação do projeto de intervenção comunitária e nas outras atividades desenvolvidas, considera-se ter demonstrado possuir conhecimentos e capacidade de compreensão baseados nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os.

Conseguiu-se desenvolver e aplicar esse conhecimento durante a implementação do projeto de intervenção comunitária, desenvolvendo também 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 boa adaptação a um novo contexto de trabalho, totalmente diferente da experiência profissional prévia, integração em programas e projetos da UCC no âmbito da SE e capacidade de gestão e resposta aos problemas e necessidades identificadas.

Conseguiu-se, intervir num contexto de elevada complexidade, integrando os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo intervenções comunitárias, tendo em conta as implicações e responsabilidades éticas e sociais que daí advêm. Foram comunicadas conclusões, principais raciocínios e conhecimentos, quer a especialistas e não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades.

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 planeamento do projeto e conseqüente sucesso da intervenção.

Por último, relativamente ao desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, considera-se adquirida por toda a autonomia e orientação demonstrada ao longo de todo o estágio e consecução do projeto de intervenção comunitária, e na procura constante da melhor evidência científica por forma a sustentar todas as intervenções realizadas.

5.4. Atividade Complementar e Produção Associada

Durante o período de estágio além da concretização do projeto de intervenção “Quem ama NÃO agride”, foram realizadas outras atividades em conjunto com o enfermeiro orientador e com a restante equipa da UCC, bem como a realização de vários trabalhos científicos que contribuíram 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.

De forma a tornar este período mais rico e interessante procurou-se que houvesse participação ao nível de todos os programas e projetos que constam na carteira da UCC.

Na fase inicial do estágio, coincidente com o início do ano letivo, foi possível participar na reunião alargada de saúde escolar, realizada num auditório do concelho e com presença de vários parceiros da comunidade, nomeadamente elementos da direção do ACeS, das escolas do concelho, das juntas de freguesia, da câmara municipal, o que permitiu um conhecimento mais aprofundado das necessidades do grupo escolar, dos projetos de promoção da saúde desenvolvidos pelas UCC e parcerias estabelecidas.

Foi igualmente possível participar na reunião concretizada com os parceiros da Câmara Municipal do concelho intitulada “*Projetos de Promoção da Saúde e Bem-estar nas Escolas*”, esta reunião permitiu aferir e delinear procedimentos a desenvolver ao longo do ano letivo em todo o parque escolar do concelho.

Surgiu ainda a oportunidade de participar em sessões de educação para a saúde no âmbito da SE, em conjunto com o Enfermeiro orientador, nomeadamente sessões sobre “*Consumos sem substância: comportamentos de adição e dependência face às tecnologias*”; “*Diabetes Mellitus*”; “*Epilepsia nas escolas*”; “*Tabagismo*”; “*Risca este Risco*”. Algumas destas sessões foram realizadas em parceria com a PSP departamento da Escola Segura, e elementos da câmara municipal do concelho sendo possível entender a importância da colaboração entre os diversos parceiros e das vantagens que se obtêm para uma prestação de cuidados mais abrangente e eficaz.

A participação nestas atividades, contempladas nos diversos projetos desta UCC, permitiu também uma perceção mais real do funcionamento da mesma, mas acima de tudo compreender realmente a missão e os valores desta unidade, bem como o recurso de excelência que constitui para a população que abrange.

Houve a possibilidade de participar num curso de formação profissional de Violência no namoro dinamizado pela UNI mais – Associação Plano I para a igualdade e inclusão, com a duração de 4h (Anexo V). Este curso trouxe contributos valiosos para o desenvolvimento do projeto.

Ao longo do mestrado foi possível desenvolver alguns trabalhos, alguns deles traduziram-se na publicação e na divulgação nas diferentes formas do conhecimento científico adquirido.

Assim, no âmbito de unidade curricular Teorias de Enfermagem do primeiro semestre do curso de mestrado foi publicado um post no site Nursology intitulado “*Contributo de Katharine Kolcaba sobre a importância do conforto dos cuidadores de pacientes de cuidados paliativos na comunidade*” (Apêndice XVI).

No âmbito de um trabalho académico realizado anteriormente numa unidade curricular do mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi realizado em conjunto com a minha colega de mestrado Vanessa Silva um póster intitulado “*A intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma scoping review*” (Apêndice XVII), que foi exposto no Encontro Loures & Odivelas em Saúde, que decorreu no Campus Tecnológico e Nuclear de Loures nos dias 22 e 23 de setembro de 2022. (Anexo VI)

No dia 25 de novembro de 2022 no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, na UCP de Lisboa foi feita uma comunicação oral intitulada “*Quem ama NÃO agride*”: Intervenção de enfermagem especializada com adolescentes em contexto escolar (Anexo VII), resultante do projeto de intervenção comunitária desenvolvido na UCC.

Todas as atividades e trabalhos científicos acima descritos surgiram como mais-valias e acima de tudo como origem de aquisição de competências, a nível de desenvolvimento pessoal, mas acima de tudo desenvolvimento profissional, permitindo o desenvolvimento de novos conhecimentos, e capacitando para a tomada de decisão clínica especializada, tendo por base uma prática baseada na evidência. Permitiu ainda adquirir as competências requisitadas e compreender a essência e magnitude dos Cuidados de Saúde Primários e da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência, instituindo-se como período de grandes mudanças e transições, desempenha um papel fulcral no desenvolvimento dos jovens, que nesta fase incrementam a construção de relações fora do contexto familiar, em busca de autonomia e definição da sua identidade.

Todavia, muitas vezes, os jovens deparam-se com cenários relacionais inesperados, pautados por comportamentos violentos e outras formas de coerção, face aos quais poderão ser levados a adotar uma postura de legitimação, concebendo tais práticas como uma manifestação de amor e/ou ciúme.

É, pois, urgente que continuemos a intervir a nível preventivo delineando um conjunto de ações que possibilitem à população juvenil identificar como abusivas estas condutas e refutar as argumentações culturais que ainda as sustentam.

Todo o projeto foi desenvolvido no sentido de uma atuação pautada pelo caráter 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.

A equipa de SE da UCC pretende dar continuidade ao projeto, e neste sentido foi elaborado um dossier temático, em formato digital, sobre violência doméstica, violência no namoro, e com as sessões de educação para a saúde planeadas e realizadas, como recurso para os profissionais da equipa. Este projeto é passível de ser replicado noutras escolas, e noutros anos letivos, que incluam adolescentes.

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido tendo por base a Metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993) e suportado no referencial teórico de enfermagem de MPSNP (2015). A metodologia do planeamento em saúde permite esquematizar as necessidades e a forma de intervenção, de forma clara, objetiva e assertiva. Permite não saltar passos e construir projetos sólidos e pertinentes.

Também a adoção 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 pela evidência científica.

Neste sentido, a concretização deste projeto permite 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 convicção de ser um projeto de intervenção comunitária pertinente, a sua continuidade junto dos adolescentes, contribuirá para a adoção de comportamentos de relação interpessoal adequados nos dias de hoje e no futuro minimizando assim as relações interpessoais abusivas enquanto grave problema de saúde pública.

Ao concluir este relatório, considera-se que o relatório transmite o percurso formativo. Foi um percurso enriquecedor, desafiante e sobretudo que pôs à prova a capacidade de tolerância, firmeza e resiliência. Foi um estágio deveras essencial, na medida em que permitiu conhecer e compreender a realidade e as dificuldades que os cuidados de saúde primários se deparam, mas principalmente pela escassez de recursos humanos existente. Mesmo perante esta realidade, são equipas que não desistem e se empenham no desafio daquilo que são os cuidados que a comunidade necessita.

A enfermagem comunitária dá ao enfermeiro especialista a oportunidade para a capacidade reflexiva, mobilização de informação científica, técnica e relacional, baseada na evidência científica.

Considera-se que foram atingidos os objetivos de estágio, de redação de relatório e de projeto de intervenção comunitária, apesar da quantidade de informação respeitante ao tema e à necessidade de mobilização e síntese da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves, R. C. (2016). *Adolescência, os anos da mudança*. Lisboa: Vogais.
2. 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. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260517721169?journalCode=jiva>
3. APAV. (2022). *Estatísticas APAV - Relatório anual 2021*. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima). Disponível em: https://www.apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas-apav
4. APAV. (2022). *Violência no Namoro*. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima). Disponível em: <https://apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e-1>
5. API. (2022). *Observatório da Violência no Namoro*. (Associação Plano i.) Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/02/Infografia-Observatorio-da-Violencia-da-Namoro-Dados-2021.pdf>
6. Bandura, A., Azzi, R. G., & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed.
7. Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
8. Barrett, D., & Twycross, A. (2018). *Data collection in qualitative research*. *Evid Based Nurs*, 21(3). Disponível em: <https://ebn.bmj.com/content/21/3/63>
9. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (Vol. coleção n.º3). Coimbra: Quarteto Editora.
10. Butchart, A., Mikton, C., & Kieselbach, B. (2012). *Global Campaign for Violence Prevention- violence prevention alliance*. Genebra. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/gcvc_plan_of_action.pdf
11. Caridade, S. (2018). *Violência no namoro: Contextualização teórica e empírica*. Em S. Neves, e A. Correia, *Violências no Namoro* (pp. 9-40). Maia: Edições ISMAI.
12. Caridade, S., & Machado, C. (2006). *Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração*. *Análise Psicológica*, 24 (4), 485-493. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312006000400004

13. 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. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a06.pdf>
14. 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. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/investigacaoeducacional/article/view/3456>
15. Carmo, H., & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-Aprendizagem* (2ª edição ed.). Lisboa: Universidade Aberta. Disponível em: https://www.academia.edu/17585183/Metodologia_da_Investiga%C3%A7%C3%A3o
16. Carta de Ottawa. (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
17. 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.
18. Coelho, C. & Machado, C. (2010). *Violência Entre Jovens: Prevenção Através da Educação por Pares*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 3368-3383). Braga, Universidade do Minho.
19. 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. Disponível em: <http://cid.cig.gov.pt/Nyron/Library/Catalog/winlibimg.aspx?skey=E51FECEF9544F4B5E864D2852A1F1E304&doc=95339&img=137570>
20. Costa, P., Farenzena, R., Simões, H., & Pereira, B. (2013). *Adolescentes portuguesas e o bullying escolar: estereótipos e diferenças de género*. Revista Interações, 9(25), 180-201. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/2857>
21. 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. Disponível em: https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/conference%20statements/the_moscow_statement_on_health_promoting_schools_short_version.pdf

22. Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). *Violência: um problema global de saúde pública*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 1163-1178. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000500007&lng=pt&tlng=pt
23. Declaração de Alma-Ata. (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. URSS. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
24. 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. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
25. 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. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/67324029/details/normal?l=1>
26. 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. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/107584426/details/maximized>
27. Despacho n.º 6378/2013 de 16 de maio. (2013). *Criação da 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. Disponível em: <https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-emrisco/legislacao-relacionada/despacho-n-63782008-de-16-de-maio-pdf.aspx>
28. 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. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/home//dre/125517180/details/5/maximized?serie=II&parte_filtrar=31&dreId=125515886

29. DGE. (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Educação. Disponível em: <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
30. DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
31. DGS. (2016). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Disponível em: https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-emrisco/ficheiros-externos/violencia_interpessoal-pdf.aspx
32. DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde: 2021-2030*. Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
33. Dias, I. (2005). *Violência na Família – Uma Abordagem Sociológica*. Porto: Edições Afrontamento.
34. Ferreira, M. M. (2008). *Estilos de Vida na Adolescência: de Necessidades em Saúde à Intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
35. Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
36. Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Artículo de Revisión. Revista Chilena de Pediatría. 2015; 86(6). P. 436-443. Disponível em www.elsevier.es
37. Galego, C., e Gomes, A. (2005). *Emancipação, ruptura e inovação: o focus group como instrumento de investigação*. Revista Lusófona de Educação, 5, 173–184. Disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n5/n5a10.pdf
38. Galvão, J. (2008). *Os jovens e o sexo*. Lisboa: Deplano.
39. 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, e P. Branco, Atas do Colóquio Internacional: @s jovens e o crime - transgressões e justiça tutelar (pp. 14-26). Coimbra: Cescontexto. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277305017_Intimidade_e_violencia_no_namoro_refletir_a_problemativa_nosas_jovens

40. Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3.^a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
41. INE. (2022). Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2021*. Disponível em https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
42. 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. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1
43. Lei n.º 44/2018 de 9 de agosto. (2018). *Quadragesima 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. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/115946549/details/maximized>
44. Loureiro, I., & Miranda, N. (2019). *Promover a Saúde - dos fundamentos à acção* (3.^a ed.). Almedina.
45. Lucas, S. (2002). *A agressividade no namoro de adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
46. 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. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/227003894_Violence_in_Juvenile_Dating_Relationships_Self-Reported_Prevalence_and_Attitudes_in_a_Portuguese_Sample
47. Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Pensar Enfermagem Vol. 12 N.º 2 2º Semestre de 2008. 62-66. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
48. Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração* (1.^a ed.). Lisboa: Texto.
49. Matos, M., Machado, C., Caridade, S., & Silva, M. (2006). *Prevenção da violência nas relações de namoro: Intervenção com jovens em contexto escolar*. Revista Psicologia: Teoria e Prática, 8, 55-76.
50. Medeiros, T. (2015). *Adolescência: desafios e riscos* (2.^a ed.). Ponta Delgada: Letras Lavadas.

51. Monteiro, M. (2013). *Prevenção da violência no namoro: Avaliação do Workshop Ver, Pensar e Agir - Projeto (O)usar & Ser laço branco*. ESEnfC. Coimbra, Portugal.
52. 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. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2280/1/14879.pdf>
53. Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nova York. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423?posInSet=1&queryId=NEXPLORE-ddc7a8ff-ea21-41a4-8542-f2455a3a3c76>
54. Nações Unidas. (1979). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres*. Nova York. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CEDAW.aspx>
55. Nações Unidas. (1993). *Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra as Mulheres*. Disponível em: <http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/declaracaoviolenciamulheres.pdf>
56. NANDA. (2018). *O que é um diagnóstico de enfermagem?* (The International Nursing Knowledge Association). Disponível em: <https://nanda.org/publications-resources/resources/glossary-of-terms/>
57. OE (2015) - *Código Deontológico do Enfermeiro*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
58. OE. (2020). *CIPE versão 2019 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
59. Oliveira, M., & Oliveira Sani, A. (2005). *Comportamentos dos jovens universitários face à violência nas relações amorosas*. Atas do VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia (pp. 1061-1074). Braga: Centro de Investigação em Educação.
60. OMS. (2014). *Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf
61. Paulino, M., & Rodrigues, M. (2016). *Violência doméstica: Identificar, avaliar, intervir*. Estoril: Primebooks.

62. Peggy Chinn. (2018). *Health Promotion in Nursing Practice*. Nursology. Disponível em: <https://nursology.net/nurse-theories/health-promotion-in-nursing-practice/>
63. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice*, 7ª edição. USA: Pearson Education, Inc. ISBN: 978-0-13-310876-7
64. Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão* (1ª ed., Vol. 2). Brasília: LEIASS.
65. Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004) – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
66. 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. Disponível em: http://tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf
67. 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. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>
68. Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. (2011). *Perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem*. Diário da República n.º 35, Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
69. Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro. (2011). *Perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República n.º 35, Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/128-2011-3477017>
70. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, n.º 26. Série II . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
71. 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.º118, Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266f>

72. 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, Série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
73. 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. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/306432/details/maximized>
74. 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. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/120630400/details/maximized>
75. Ribeiro, M. C. (2008). *Prevenção Primária da Violência. Construção implementação e avaliação de um programa de intervenção em contexto escolar*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Porto.
76. Ribeiro, P. (2013). *A dimensão juspsicológica da violência no namoro: Um estudo*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
77. Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Formasau.
78. Saavedra, R. M. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Universidade do Minho. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14248/1/Rosa%20Maria%20Meli%20Saavedra.pdf>
79. Saavedra, R.; Martins, C., & Machado, C. (2013). *Relacionamentos Íntimos Juvenis: Programa Para A Prevenção Da Violência*. PSICOLOGIA, Vol. XXVII (1), 2013, Edições Colibri, Lisboa, pp.115-132. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a07.pdf>
80. Santos, R. C. da S., Silva, A. da C. T., & Jesus, M. P. (2016). *O Grupo focal como Técnica de Coletas de Dados na Pesquisa em Educação: Aspectos Éticos Epistemológicos*. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/239538>

81. Sebastião J., Alexandre, A., & Ferreira, J. (2010). *Adolescência, violência e género no concelho de Cascais*. Cascais: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia.
82. Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. Revista Lusófona de Educação, 26, 175-190. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32357>
83. SNS. (2022). *Bilhete de Identidade – Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30004/3112851/Pages/default.aspx>
84. Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
85. Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista* (5.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
86. Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação n.º2.
87. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
88. UCC. (2021a). *Plano de Acção, 2021. Unidade Cuidados na Comunidade* [redacted] Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Agrupamento de Centros de Saúde de [redacted]
89. UCC. (2021b). *Manual de acolhimento da Unidade de Cuidados na Comunidade* [redacted] Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Agrupamento de Centros de Saúde de [redacted]
90. UMAR. (2020). *Estudo Nacional sobre a Violência no Namoro 2019*. União de Mulheres Alternativa e Resposta. Disponível em: http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/VN_2020_NACIONAL.pdf
91. UNESCO. (1986). *Declaração de Sevilha sobre Violência*. Sevilha. Disponível em: <http://www.unesco.org/cpp/uk/declarations/seville.pdf>
92. USP. (2015). *Plano Local de Saúde* [redacted] 2015-2017. Unidade de Saúde Pública. Agrupamento de Centros de Saúde de [redacted]
93. 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. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/2805/644c56df3e6a36053f965d92c786a6cd7453.pdf?_ga=2.125902094.2019497114.1571145228-1612514709.1571145228

94. 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. Disponível em: https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2399&id_revista=19&id_edicao=56
95. WHO (2021). *Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women*. Genebra: OMS. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
96. WHO. (2017). *10 facts about violence prevention*. (World Health Organization) Disponível em: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/>
97. WHO. (2022). *Adolescent health*. (World Health Organization). Disponível em: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

ANEXOS

Anexo I – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

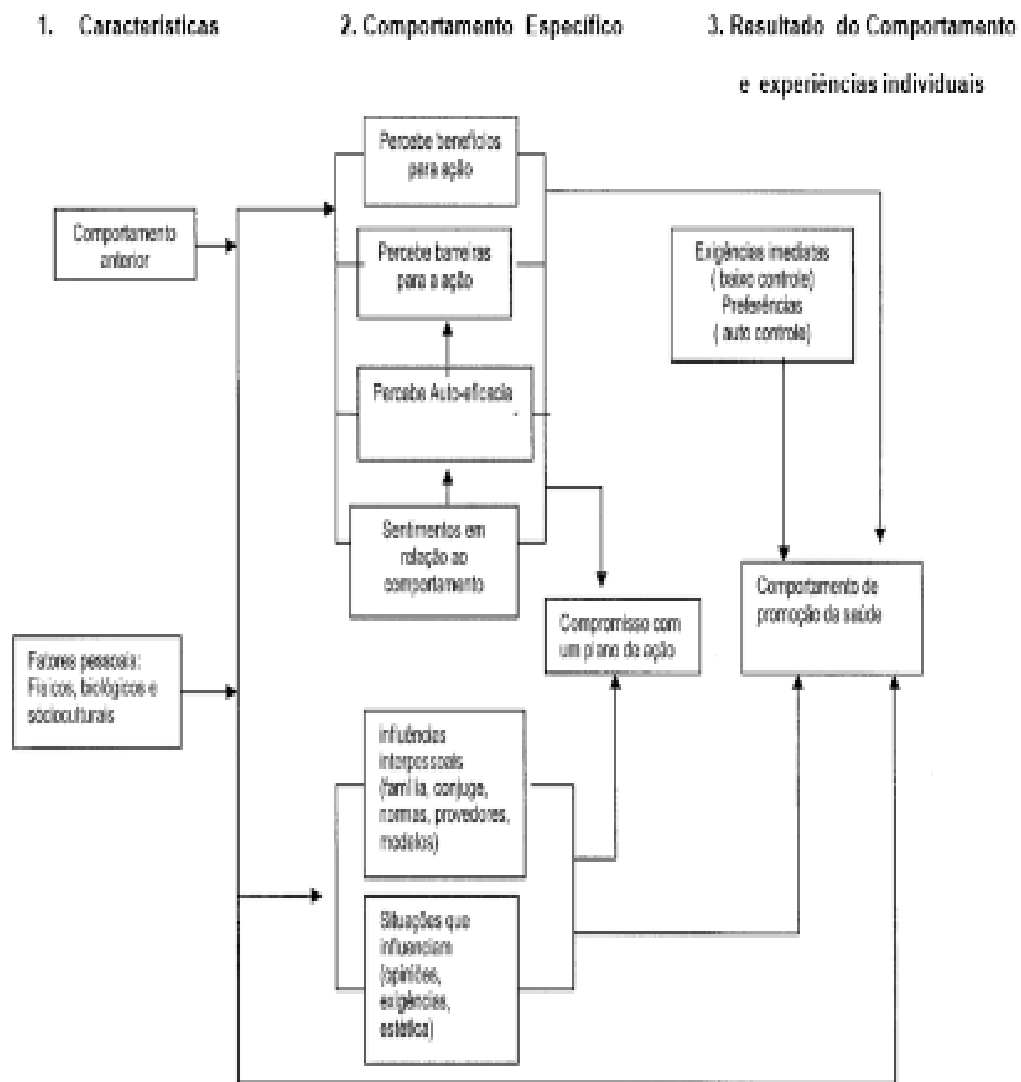


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*TM

Anexo II – Autorização dos AE para implementação do projeto de intervenção comunitária

ESCOLA A

Re: Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção comunitária sobre a temática da violência no namoro.

[Redacted]

sex, 14/10/2022 15:38

Para: Mónica Filipa Ribeiro dos Santos <[Redacted]>

Boa tarde,

Em resposta à solicitação, informo que o Agrupamento terá o maior prazer em acolher o projeto.

Com os melhores cumprimentos

[Redacted]

ESCOLA B

Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção comunitária sobre a temática da violência no namoro.

[Redacted]

Enviado: sexta-feira, outubro 7, 2022 11:38 AM

Para: Mónica Filipa Ribeiro dos Santos <s-mofisantos@ucp.pt>

[Redacted]

Assunto: Re: Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção comunitária sobre a temática da violência no namoro.

Cara Srª Enfª Mónica Santos

Confirmo o nosso acordo para implementação de projeto de intervenção comunitária sobre a temática da violência no namoro.

Com os melhores cumprimentos

[Redacted]

Anexo III – Grelha de Análise para Determinação de Prioridades

Anexo IV – Declaração da Enfermeira Coordenadora da UCC

Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido da interessada, Senhora Enfermeira Mónica Filipe Ribeiro dos Santos, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa e realizar estágio na UCC [redacted] com um projeto de intervenção comunitária a desenvolver no âmbito da Saúde Escolar na UCC [redacted] com o título "Quem ama não agride". Este projeto terá por base a metodologia do Planeamento em Saúde, e terá como público-alvo os estudantes do 10º ano de duas escolas.

Mais se declara, disponibilidade para a realização do estudo, havendo condições logísticas, humanas, estruturais e de logística para a realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo, assegurando a realização da investigação em condições éticas adequadas.

Por ser verdade e me ter sido pedido, passo a presente Declaração que dato e assino.

20/09/2022

Anexo V – Certificado de participação no Curso sobre violência no namoro – UNI +

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Mónica Filipa Ribeiro Santos natural de nascida em , com o N.º de Identificação Civil válido até 11/09/2028, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Violência no Namoro, em 09/06/2022, com a duração de 4:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
VIOLENCIA NO NAMORO	4:00	-

Porto, 19 de agosto de 2022

Assinado por **Paula Filipa Ribeiro Santos** Plano I

Num. de Identificação: 11119825

Data: 2022.08.19 17:10:15 +0100

(Assinatura a ser braseada em cartão)

Certificado n.º 133/2022 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo VI – Certificado de publicação do poster *“A intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma scoping review”*

Certificado de Póster

Certifica-se que o Póster intitulado “A Intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma scoping review”, foi exposto no Encontro Loures & Odivelas em Saúde, que decorreu no Campus Tecnológico e Nuclear de Loures nos dias 22 e 23 de Setembro de 2022:

1º autor: **Vanessa Silva** | Co-autores: **Mónica Santos**

Loures, 26 de outubro de 2022



José Carlos Queimado
Diretor Executivo
ACES Loures-Odivelas



Inês Vidreiro
Coordenadora Geral
Encontro Loures & Odivelas Saúde 22



ELO
Encontro
Loures & Odivelas
em Saúde



Anexo VII – Certificado de comunicação oral no V Seminário Internacional do Mestrado
em Enfermagem

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Mónica Filipa Ribeiro dos Santos**, participou e apresentou o tema “**Quem ama não agride**”: **Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar**”, em coautoria com Enfermeiro Hugo Lourenço Afonso e Prof. Doutora Ana Resende, na mesa **ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA** no **V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, no dia **25 de novembro de 2022**, Auditório 1, **Campus da Palma de Cima**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de novembro de 2022.



A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Associada





V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO

PROGRAMA

9:00 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Moderadora: Maria João Correia

Ana Paramos "Direito à Esperança: Da Dimensão terapêutica da esperança à Humanização dos cuidados ao adolescente hospitalizado."

Filipa Ferreira "Promoção da parentalidade: Um contributo para a humanização dos cuidados."

Joana Cereja "Recém-nascido com estomas intestinais e família, como intervir para humanizar."

10:00 – SESSÃO DE ABERTURA

10:30 – INTERVALO

11:00 – Conferência: "A Influência do Nervo vago em Ambientes Hostis" - Prof. Douar Yael Gilboa

11:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Moderadora: Ana Rita Rodrigues

Isabel Pina "A escuta e a unicidade no cuidado de enfermagem humanizado."

Rui Pina "Multiculturalidade: A dimensão do Cuidado Humanizado."

Lélia Pacheco Coelho "O acompanhamento ou visita alargada no outcome do doente crítico: Uma dimensão do cuidado humanizado."

12:30 – Almoço

14:00 – CONFERÊNCIA "Conceito de Humanismo na disciplina e profissão de Enfermagem" - Profª Doutora Cândida Casquilho Primo

14:45 – ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Moderadora: Lúliana Martins Casimiro

Joana Costa "Bem comer para melhor crescer: Intervenção de Enfermagem de Saúde Pública em contexto escolar."

Mónica dos Santos "Quem ama não agride": Intervenções de Enfermagem Especializada com adolescentes em contexto escolar."

Ana Martins "Liberacia em saúde sobre primeiros socorros: Capacitar a comunidade sénior para agir."

15:45 – Apresentação de Posters

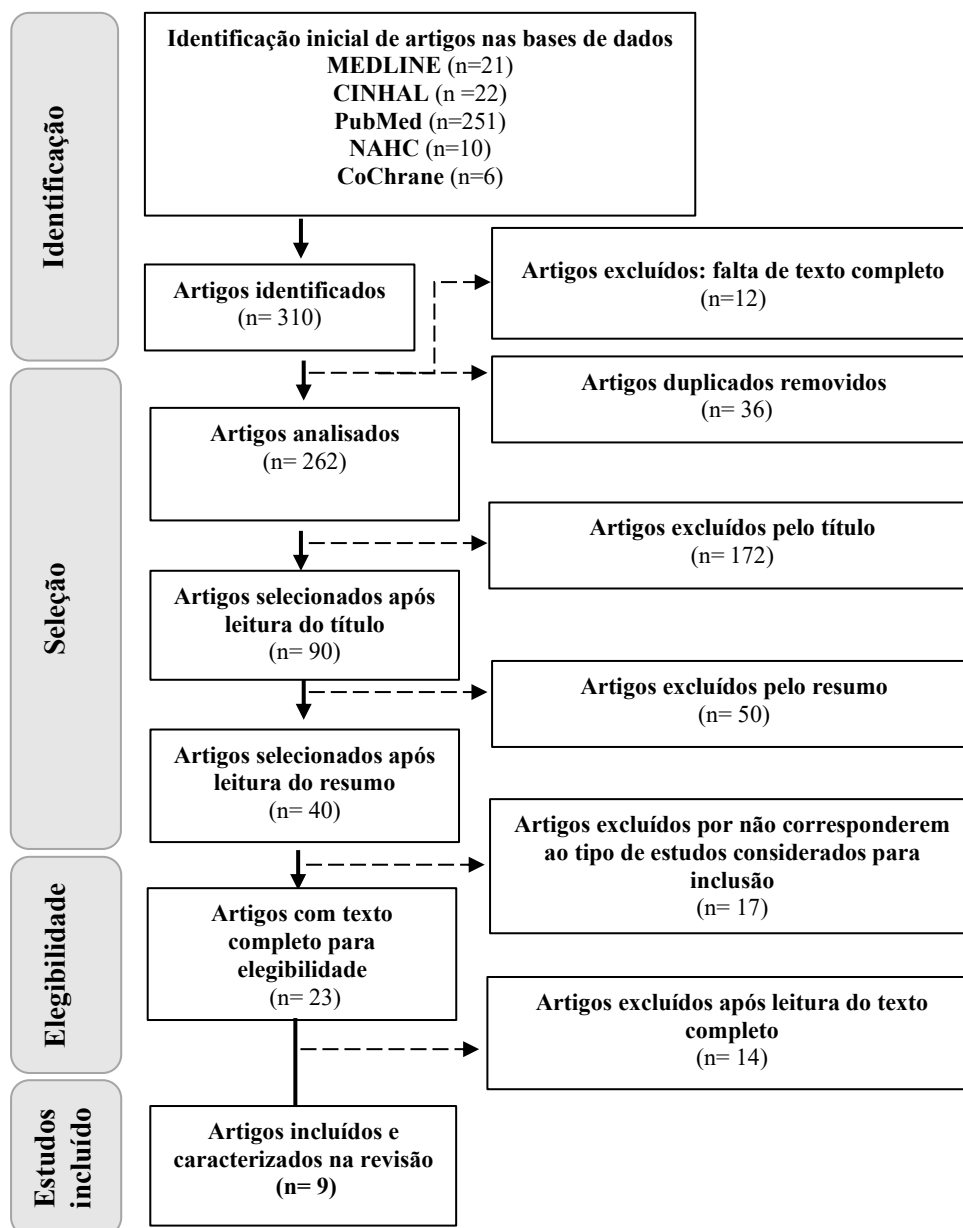
– ENCERRAMENTO

16:30 – MOMENTO MUSICAL



APÊNDICES

Apêndice I – *“Intervenções para prevenção da violência nas relações de intimidade entre adolescentes em contexto escolar: a scoping review”* – Fluxograma PRISMA e tabela de artigos elegíveis



Fluxograma PRISMA do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos

	Título	Autor (es)	País	Ano de Publicação	Periódico	Objetivos	Metodologia	População	Resultados
A1	<i>Effectiveness of "Shifting Boundaries" Teen Dating Violence Prevention Program for Subgroups of Middle School Students</i>	Taylor, B.G., Mumford, E.A., Stein N.D.	EUA	2015	Journal of Adolescent e Health	Examinar se a intervenção Shifting Boundaries (SB), como intervenção primária para prevenir a violência e o assédio sexual dos jovens (DV/H), é diferentemente eficaz para raparigas em comparação com rapazes ou para jovens com uma história de experiências DV/H.	Estudo quantitativo - Experimental	Adolescentes do 6º e 7º ano	<ul style="list-style-type: none"> • Aos 6 meses após a intervenção, a intervenção ao nível do edifício SB foi associada a reduções significativas na frequência de assédio sexual (SH)perpetração e estimulação, bem como a prevalência e frequência da vitimização da violência sexual; e a frequência da vitimização e perpetração da violência total da datação. • Houve reduções significativas na frequência de violência no namoro, tanto para vitimização (IRR: 0,46; IC95%: 0,25-0,42; $p = 0,01$) quanto para agressão (IRR: 0,50; IC95%: 0,25 - 0,93; $p = 0,027$).
A2	<i>A Theater Intervention to Prevent Teen Dating Violence for Mexican-American Middle School Students</i>	Belknap, R.A., Haglund, K., Felzer, H., Pruszynski, J., Schneider, J.	EUA	2013	Journal of Adolescent e Health	Testar uma intervenção teatral destinada a sensibilizar para as dinâmicas e consequências de violência nos encontros entre adolescentes (TDV) e para facilitar a criação de respostas não violentas à TDV entre os adolescentes latinos e latinas.	Estudo Misto	Adolescentes do 8º ano com idade média de 13 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Os adolescentes apresentaram menos aceitação de violência no namoro ($p < 0,05$), maior confiança para resolução de conflitos de forma não violenta ($p < 0,001$) e maiores intenções de usar estratégias não violentas ($p = 0,001$). • Identificou-se ainda uma preferência dos meninos em procurar ajuda junto do pai caso fosse vítima de violência no namoro e uma preferência das meninas em procurar ajuda da mãe; • Após os pais, a preferência dos adolescentes de ambos os sexos foi a procura de ajuda nos amigos.
A3	<i>Evaluation of the Start Strong initiative: preventing teen dating violence and promoting healthy relationships among middle school students</i>	Miller, S., Williams, J., Cutbush, S., Gibbs, D., Clinton-Sherrod, M., Jones, S.	EUA	2015	Journal of Adolescent e Health	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre uma avaliação independente de Start Strong: Building Healthy Teen Relationships, uma iniciativa multicomponente dirigida a crianças dos 11 aos 14 anos de idade • Melhorar competências e atitudes consistentes com promoção de relações saudáveis e redução da violência no namoro entre adolescentes (TDV). 	Estudo quantitativo – Quase-Experimental	Adolescentes de 11 a 14 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve diferenças significativas entre vitimização e prática de violência no namoro. • Identificou-se aumento significativo na comunicação entre pais e adolescentes ($p < 0,001$) e na satisfação e suporte na relação de namoro ($p < 0,001$). • Houve ainda redução nos estereótipos de género ($p < 0,001$) e na aceitação da violência no namoro ($p < 0,01$), esses dois resultados não perderam a significância ao longo do tempo.

Título	Autor (es)	País	Ano de Publicação	Periódico	Objetivos	Metodologia	População	Resultados
A4 <i>Implementation and Evaluation of a Youth Violence Prevention Program for Adolescents</i>	Mary Regan Elana	Philadelphia	2009	The Journal of School Nursing	Descrever o desenvolvimento, implementação, e avaliação de uma violência programa de prevenção para os 9º e 10º anos graduados de uma escola charter urbana em Filadélfia.	Estudo quantitativo	Adolescentes do 9º e 10º ano	<ul style="list-style-type: none"> Com a implementação do programa houve um aumento de conhecimentos e competências em várias áreas, tais como resolução terapêutica de disputas violentas e métodos para prevenir diferentes tipos de violência na datação. Este programa fornece um plano para um programa de prevenção da violência adolescente que as enfermeiras escolares poderiam adoptar nas suas comunidades.
A5 <i>One-Year Follow-Up of a Coach-Delivered Dating Violence Prevention Program - A Cluster Randomized Controlled Trial</i>	Miller, E., Tancredi, D.J., McCauley, H.L., Decker, M.R., Virata, M.C., Anderson, H.A., Silverman J.G.	EUA	2013	American Journal of Preventive Medicine	Examinar a eficácia a longo prazo de Coaching Boys Into Men, um programa de prevenção da violência no namoro dirigido aos atletas masculinos do liceu.	Estudo quantitativo - Experimental	Adolescentes atletas do sexo masculino, do 9º ao 11º ano	<ul style="list-style-type: none"> A violência no namoro reduziu em maior quantidade para os atletas que participaram da intervenção quando comparados aos atletas pertencentes ao grupo controle (OR: 0,15; IC95%: 0,27-0,03). Os atletas de intervenção também relataram níveis mais baixos de comportamentos negativos de espectadores (ou seja, rir e alinhar com os comportamentos abusivos dos pares) em comparação com os controlos (OR: -0,41; IC95%: 0,72-0,10). Não houve diferenças significativas em relação a atitudes de igualdade de género, reconhecimento de comportamentos de violência praticados e intenção de intervir.
A6 <i>Latent Transition Model of the Effects of a Teen Dating Violence Prevention Initiative</i>	Williams, J., Miller, S., Cutbush, S., Gibbs, D., Clinton-Sherrod, M., Jones S.	EUA	2015	Journal of Adolescent e Health	Perceber os padrões de violência física e psicológica de namoro de adolescentes (TDV) perpetração, vitimização, e comportamentos relacionados foram examinados com dados da avaliação do Start Strong: Building Healthy Teen	Estudo quantitativo – Quase-Experimental	Adolescentes de 11 a 14 anos	<ul style="list-style-type: none"> A intervenção apresentou redução nos comportamentos, porém a violência no namoro não foi reduzida isoladamente. O programa beneficiou mais os estudantes com perfil mais grave e aumentou a transição deles a perfis comportamentais menos graves.

Título	Autor (es)	País	Ano de Publicação	Periódico	Objetivos	Metodologia	População	Resultados
A7 <i>“Coaching Boys into Men”</i> : A Cluster-Randomized Controlled Trial of a Dating Violence Prevention Program	Miller, E., Tancredi, D.J., McCauley, H.L., Decker, M.R., Virata, M.C., Anderson, H.A., Silverman, J.G.	EUA	2012	Journal of Adolescent Health	Examinar a eficácia de um programa de prevenção de perpetração de DV dirigido aos treinadores e atletas masculinos do ensino secundário.	Estudo quantitativo - Experimental	Adolescentes do sexo masculino, do 9º ao 12º ano	<ul style="list-style-type: none"> Os atletas que participaram da intervenção apresentaram maior intenção de intervir diante de situações de violência no namoro por eles presenciadas (<i>OR</i>: 0,12; <i>IC95%</i>: 0,003-0,24), bem como indicaram intervenção em situações que testemunharam (<i>OR</i>: 0,25; <i>IC95%</i>: 0,13-0,38). Não foram identificadas diferenças significativas em relação à igualdade de gênero e ao reconhecimento de comportamentos de violência praticados.
A8 <i>Evaluation of a gender-based violence prevention program for student athletes in Mumbai, India</i>	Miller, E., Das, M., Tancredi, D.J., McCauley, H.L., Virata, M.C., Nettiksimmon, J., Verma, R.	Índia	2014	Journal of Interpersonal Violence	Avaliar o programa "Parivartan"- um programa americano chamado "Coaching Boys Into Men" adaptado para equipas urbanas de críquete da Índia	Estudo quantitativo – Quase-Experimental	Adolescentes atletas do sexo masculino, dos 10 aos 16 anos	<ul style="list-style-type: none"> Os atletas participantes da intervenção melhoraram em atitudes de igualdade de gênero, porém em níveis não estatisticamente significativos. Não houve diferença na percepção de abuso sexual e em comportamentos de intervenção diante de situações testemunhadas.
A9 <i>Examining the Preliminary Efficacy of a Dating Violence Prevention Program for Hispanic Adolescents</i>	Gonzalez-Guarda, R.M., Guerra, J.E., Cummings, A.A., Pino, K., Becerra, M.M.	EUA	2015	The Journal of School Nursing	Avaliar a eficácia preliminar de um DV teoricamente fundamentado, baseado na família e na escola programa de prevenção (ou seja, JOVEN/YOUTH: Juntos Opuestos a la Violência Entre Novios/Talmo contra Namoro Violência) concebida especificamente para a escola secundária hispânica estudantes.	Estudo quantitativo - Experimental	Adolescentes de 13 a 16 anos	A intervenção não produziu efeitos significativos para vitimização e agressão no namoro ao longo do tempo, diante do controle por sexo e interação de gênero.

Tabela de artigos elegíveis

Apêndice II – Pedido de autorização à Direção dos Agrupamentos de Escolas



Ao Órgão de Gestão do Agrupamento
de Escolas []

Assunto: Pedido de autorização para implementação de projeto de intervenção comunitária sobre a temática da violência no namoro.

No âmbito do protocolo assinado entre o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa /ARSLVT, Mónica Filipa Ribeiro dos Santos, a frequentar o 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, encontra-se a realizar estágio final e relatório, na Unidade de Cuidados da Comunidade [] num procedimento usual de prestação de cuidados de saúde, realizado por estudantes em contexto de estágio de formação, para o desenvolvimento de competências de especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública sob a orientação do Sr. Enfermeiro [], Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Assim, venho solicitar autorização, no âmbito do regular funcionamento da Saúde Escolar, para a implementação de um projeto que contribua para a capacitação da comunidade escolar na área da prevenção da violência no namoro, através da seleção de estratégias e atividades desenvolvidas junto destes. Este projeto de intervenção comunitária, terá como população-alvo os adolescentes do 10º ano de escolaridade.

Mais se solicita a autorização para a divulgação do nome da vossa instituição, dos logotipos, no relatório final que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados. Regulamentos (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada e uma resposta o mais breve possível, tendo em atenção o tempo disponível para a implementação de todas as fases do projeto.

À superior consideração de V.Ex.^a

Mónica Filipa Ribeiro dos Santos
(Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Comunitária e de Saúde Pública)

[] 28 de setembro de 2022

Apêndice III – Consentimento Informado Livre e Esclarecido – *Focus Group*



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Mónica Filipa Ribeiro dos Santos, enfermeira e estudante do 15º 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 de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio final, na UCC [] sob orientação do Sr. Enfermeiro [] e da Profª Doutora Ana Resende.

No âmbito do plano de ação do Programa de Saúde Escolar da UCC e no regular funcionamento do Sr. Enfermeiro Orientador, 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. Estes dados apenas serão utilizados para fins académicos.

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.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado, serão respeitados os princípios éticos do anonimato e da confidencialidade estando à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários.

Este processo de grupo terá lugar no dia 12 de outubro de 2022, pelas 10h30, nas instalações do [] sob gravação áudio para posterior tratamento dos dados.

Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicita-se o favor de assinar este documento que posteriormente, será assinado por mim.

Agradeço a sua disponibilidade e estou à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida []

Agradeço desde já a sua colaboração.

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

Assinatura do Entrevistado

Mónica Filipa Ribeiro dos Santos
(Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública)

30 de setembro de 2022

Apêndice IV – 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 à 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 V – Análise de conteúdo do *Focus Group* segundo Bardin

Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2018)

Peritos:

- E1 – Médico de Saúde Pública, gestor da saúde escolar do ACeS em estudo
- E2 – Sr.^a Enfermeira Mestre em Enfermagem Comunitária, coordenadora da UCC
- E3 – Sr. Agente da PSP, elemento da PSP
- E4 – Sr. Agente da PSP, elemento da PSP
- E5 - Sr.^a Professora, membro do PES de uma escola do concelho
- E6 – Sr.^a Assistente Social no ACeS em estudo
- E7 – Presidente da CPCJ do concelho em estudo
- E8 – Técnica superior de educação social, Elemento da CPCJ
- E9 – Sra Enfermeira e elo de ligação entre o NACJR e a CPCJ
- E10 – Sr.^a Enfermeira elemento do espaço S
- E11 – Sra Enfermeira elemento do NACJR
- E12 – Sr.^a Professora, membro do PES de uma escola do concelho

Corpus da análise:

Registo escrito pelo entrevistador, em formato Word, das respostas às questões colocadas no *focus group* aos peritos acima mencionados

Objetivos da análise:

- 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 à 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.

Matriz de Análise de Conteúdo do <i>Focus Group</i>			
Dimensão: Violência Doméstica / Violência no Namoro			
Categories	Subcategorias	Unidades de Registo/Contexto	Frequência
Violência Doméstica como problema no concelho	Problema atual e global	<p>“(…)parece que este ano surgiram mais casos nesta área” (E1)</p> <p>“Estatisticamente a Polícia apresenta dados que a violência doméstica não é um problema só de cascais, é um problema da sociedade.” (E4)</p> <p>“Temos noção que há áreas mais afetadas que outras, mas é algo que é transversal a toda a sociedades, não interessa as classes sociais.” (E4)</p> <p>“Temos visto que a tendência tem sido sempre o aumento dos crimes relatados sobre esta problemática, tanto por parte de instituições quer diretamente à polícia.” (E4)</p> <p>“Tem vindo a aumentar muito, mas sem dúvida que não é uma problemática só do concelho.” (E4)</p> <p>“Podemos sempre identificar algumas situações quando eles fazem uma composição (…)” (E5)</p> <p>“Considero que sim, que seja um problema do concelho (…)” (E6)</p> <p>“Considero que existe realmente um problema. É um problema que é transversal, é nacional, não é só ao nível do concelho.” (E6)</p> <p>“(…) creio que sim, que realmente é um problema” (E6)</p> <p>“É uma problemática do concelho de Cascais, os números assim o demonstram. Temos tido um aumento do número de sinalizações relacionadas com a violência doméstica, mas não é no concelho é a nível nacional.” (E7)</p> <p>“Mas sim, o concelho de Cascais tem um problema de violência doméstica e Portugal inteiro tem um problema de violência doméstica.” (E7)</p>	20

		<p><i>“Realmente os números ao nível processual tem aumentado no que se refere à violência doméstica, mas é mesmo uma questão a nível nacional, e isso é visível para todos.” (E8)</i></p> <p><i>“Enquanto elemento da CPCJ sabemos que os números têm aumentado, mas não é só no nosso concelho.” (E8)</i></p> <p><i>“Sim é um problema” (E9)</i></p> <p><i>“(…) temos os números que refletem muito esta realidade, nomeadamente nos relatórios da PSP que devem evidenciar muito esta problemática.” (E9)</i></p> <p><i>“Em toda a nossa prática diária somos confrontados com estas situações.” (E10)</i></p> <p><i>“De acordo com a minha experiência do espaço S temos jovens que ao vivenciarem estas questões de violência doméstica (…)” (E10)</i></p> <p><i>“É sem dúvida uma realidade, e com a pandemia em que as pessoas ficaram mais em casa, mais juntas aumentou este problema.” (E10)</i></p> <p><i>“É sem dúvida uma realidade presente no concelho.” (E11)</i></p> <p><i>“Infelizmente a violência doméstica é transversal a todo o país e o concelho não é exceção” (E12)</i></p>	
	Problema oculto	<p><i>“o problema existe na sociedade, nas escolas, nas famílias, mas é um problema difícil de objetivar (…) das pessoas não quererem formalizar queixa” (E1)</i></p> <p><i>“a violência doméstica existe no concelho, mas está muito fechada, encoberta” (E2)</i></p> <p><i>“O problema no concelho é que as pessoas têm muita dificuldade em denunciar, tem dificuldade em confiar nas instituições, (…) tem falta de confiança para poder transmitir às forças de segurança e aos profissionais de saúde que são vítimas de violência.” (E3)</i></p> <p><i>“Há classes que é muito escondido, há classes que conseguem durante anos e anos esconder esta problemática dentro do seio familiar.” (E4)</i></p> <p><i>“Como é um problema muitas vezes escondido no seio da família” (E5)</i></p> <p><i>“Se os próprios pais escondem, é claro que os estudantes também não vão manifestar isso.” (E5)</i></p> <p><i>“(…) infelizmente como é um crime feito dentro de portas e que muitas vezes se as pessoas que têm contacto com as vítimas não denunciam dificilmente conseguiremos proteger a vítima e as crianças daquele agregado.” (E7)</i></p>	7
Violência no Namoro como problema a nível	Problema comum e transversal	<p><i>“(…) as UCC recebem essas sinalizações diretamente das escolas.” (E1)</i></p> <p><i>“Diariamente ou nos diferentes contactos com as escolas, trazem essa informação, que cada vez têm mais situações de violência no namoro” (E2)</i></p> <p><i>“Tal como a violência doméstica a violência no namoro é um problema a nível nacional, temos dados estatísticos que a polícia vai realizando.” (E4)</i></p>	16

<p>escolar no concelho</p>		<p><i>“Esta problemática preocupa-nos muito, porque conseguimos detetar muitas situações em conversa com os adolescentes, com colegas.” (E5)</i></p> <p><i>“(…) os próprios colegas quando identificam comportamentos desadequados (…)” (E5)</i></p> <p><i>“(…) isto existe nas escolas.” (E5)</i></p> <p><i>“É sem dúvida um problema que nos preocupa nas escolas.” (E5)</i></p> <p><i>“(…) é uma problemática presente nas escolas.” (E6)</i></p> <p><i>“Tivemos situações pontuais de adolescentes que partilharam com as escolas que eram vítimas de violência no namoro (…)” (E7)</i></p> <p><i>“Tenho conhecimento que a violência no namoro é um problema nas escolas do concelho (…)” (E7)</i></p> <p><i>“Sim considero um problema nas escolas do concelho.” (E9)</i></p> <p><i>“Da experiência que tenho tido nos últimos anos nós trabalhamos esta temática já algum tempo nas escolas.” (E9)</i></p> <p><i>“É transversal a todas as turmas com quem temos contacto no dia-a-dia.” (E9)</i></p> <p><i>“(…) temos tido situações pontuais de violência no namoro, nas relações eles trocam imagens, conteúdos que depois são utilizados para fazer ameaças quando a pessoa quer terminar a relação.” (E9)</i></p> <p><i>“É um problema nas nossas escolas e há muito tempo.” (E9)</i></p> <p><i>“É um problema que se verifica nas relações de namoro dos jovens do concelho.” (E11)</i></p>	
<p>Contributos para resolver o problema da violência</p>	<p>Rede de Apoio</p>	<p><i>“São fundamentais todas as instituições existentes de apoio (…)” (E1)</i></p> <p><i>“A maior contribuição deve ser feita pelas Equipas de Saúde Escolar junto das escolas.” (E2)</i></p>	<p>2</p>
	<p>Formação e sensibilização dos profissionais e técnicos</p>	<p><i>“A Polícia tem investido em especializar elementos na problemática da violência doméstica, para conseguirmos acolher as pessoas de uma forma muito mais eficaz e para as pessoas se sentirem mais acompanhadas.” (E4)</i></p> <p><i>“(…) não há nada melhor para prevenir do que capacitar todos os técnicos e todos colaboradores da escola sobre esta temática, para que facilmente qualquer pessoa que trabalhe na escola saiba identificar os sinais e sinalizar a situação às entidades respetivas.” (E7)</i></p> <p><i>“A formação dos profissionais de saúde é fundamental que tenham formação quer para a deteção precoce dos casos e como é que podem ser geridos.” (E1)</i></p> <p><i>“Formações, necessidade de capacitar os professores que queiram (…)” (E5)</i></p> <p><i>“Necessidade de formação é transversal, desde técnicos (…)” (E7)</i></p> <p><i>“Dotar os técnicos, fazer formação para que estejam despertos aos primeiros sinais, de modo a intervir precocemente (…)” (E9)</i></p>	<p>8</p>

		<p>“(…) envolvimento da comunidade escolar em programas de prevenção da violência no namoro implica necessariamente um investimento na sensibilização dos agentes educativos e na criação de espaços/tempos de reflexão sobre modelos de relacionamento íntimo e de interação positiva, fundamentais para o bom funcionamento da escola.” (E12)</p> <p>“(…) formar os técnicos no terreno (…) as pessoas que estão com eles têm que estar detentoras de trabalhar da melhor forma estas questões com eles.” (E9)</p>	
	Formação e sensibilização dos pais	<p>“Algumas destas sessões também deveriam ser para os pais, para eles estarem atentos a estas situações.” (E5)</p> <p>“Deveríamos ter iniciativas com os pais, para os sensibilizar para estarem mais atentos aos sinais.” (E6)</p> <p>“(…) considero importantes, as ações com os pais (…)” (E7)</p> <p>“(…) formação (…) a pais.” (E7)</p>	4
	Intervenção precoce	<p>“Devemos atuar o mais precoce possível isto porque se verificam casos de violência cada vez mais cedo (…)” (E2)</p> <p>“(…) temos de perceber se fará sentido começar a abordar estas temáticas mais cedo (…)” (E4)</p> <p>“(…) devemos começar mais cedo com a abordagem destas temáticas (…)” (E5)</p> <p>“Deveremos começar a sensibilizar as “nossas” crianças para estas matérias, antes de entrarem na adolescência e no início de relações amorosas.” (E8)</p> <p>“(…) já começamos em idades precoces, temos que ter sempre em linha (…) (o início da primeira relação sexual, a primeira relação de namoro), todos estes dados têm vindo a diminuir a idade de início.” (E9)</p> <p>“Já trabalhamos mais cedo estas questões da violência no namoro, começamos a trabalhar os comportamentos que são adequados numa relação isto para também desmistificar os padrões que veem de casa, ou outras vezes da rua.” (E9)</p> <p>“Penso que tem de ser uma abordagem transversal ao ciclo de vida.” (E11)</p> <p>“Formação em idade cada vez mais precoce em determinadas áreas.” (E2)</p> <p>“Temos de reconhecer que a intervenção tem de ser mais precoce.” (E9)</p> <p>“Cada vez a intervenção deve ser mais cedo.” (E2)</p>	10
Estratégias para prevenir a violência	Valorização dos adolescentes	<p>“Temos de fazer com que os adolescentes se considerem importantes (…)” (E3)</p> <p>“Temos que salientar que ninguém tem o direito de lhes fazer mal.” (E3)</p> <p>“Acho que o principal para nós conseguirmos colmatar estas questões começa pela relação de confiança que vamos criar com estes adolescentes para que eles possam a qualquer momento recorrer a nós, é fundamental a relação de confiança.” (E8)</p> <p>“Uma das coisas mais importantes é a consciência do eu, e o direito a dizer não, a ter o seu espaço” (E10)</p> <p>“Os jovens têm de perceber que o outro gosta de mim independentemente de eu dizer sempre sim ou não.” (E10)</p>	5
	Educação para a Saúde	<p>“(…) tem sido uma prioridade nos temas que as escolas nos têm identificado como necessidade de formação.” (E1)</p>	13

	<p>“As formações sobre violência no namoro são uma necessidade que as escolas identificam.” (E1)</p> <p>“Sem dúvida a formação nas escolas é fundamental.” (E1)</p> <p>“(…) as equipas de saúde escolar junto das escolas onde poderão fazer formação, com todas as estratégias que possam da melhor forma chegar a esta população, quer através da visualização de filmes, participação em teatro.” (E2)</p> <p>“(…) importante é a prevenção, dar ferramentas para os adolescentes terem forma de ajudar os outros.” (E3)</p> <p>“É importante e é isso que fazemos nas ações que fazemos é levar os adolescentes a verem-nos como alguém que os pode ajudar e que pode ajudar os pais.” (E3)</p> <p>“A violência no namoro já é um projeto que a escola segura desenvolve há alguns anos e muitos desses miúdos na altura, atualmente já são adultos, e aumento das denúncias de hoje em dia, acreditamos que também é fruto da intervenção que tivemos quando eram jovens.” (E4)</p> <p>“Através das formações conseguimos prevenir situações de violência no namoro e os próprios adolescentes ajudam as famílias a sair de situações de violência doméstica.” (E5)</p> <p>“Estamos a tentar resolver estas problemáticas com as formações com os adolescentes.” (E5)</p> <p>“As ações de formação são muito importantes (…)” (E7)</p> <p>“Sessões de informação/esclarecimento; Workshop.” (E12)</p> <p>“A formação dos jovens, a dinamização e envolvimento das crianças e jovens.” (E2)</p> <p>“Jogos com os jovens sobre estas temáticas (…)</p> <p>Sessões de educação para a saúde (…)</p> <p>Vídeos alusivos à temática.” (E10)</p>	
Debates entre adolescentes sobre a temática	<p>“(…) importante colocar os adolescentes a falar, (…)</p> <p>fazer um tipo de debate entre eles sem ter nenhuma instituição, eles conseguem identificar os comportamentos que são corretos e os que são violentos.” (E3)</p> <p>“(…) dar espaço aos adolescentes para eles próprios debaterem estas questões de cidadania, de comportamentos, porque eles próprios conseguem chegar ao entendimento que há comportamentos que não são normais.” (E4)</p>	2
Parcerias	<p>“Estas ações de capacitação dos jovens devem ser intervenções com a colaboração da PSP, Saúde Escolar e Escola, devem ser em conjunto.” (E7)</p> <p>“(…) ação concertada em termos de governação central, se houvesse outras ações em paralelo que pudessem chegar às famílias.” (E9)</p> <p>“A nível da comunidade talvez campanhas mais alargadas que envolvam a comunidade, os jovens.” (E1)</p> <p>“Aumentar a psicologia nas escolas, reforçar a intervenção com os jovens.” (E6)</p> <p>“(…) campanhas mais direcionadas para a violência no namoro na criança e jovem.” (E7)</p> <p>“Promover a nível municipal ações concretas sobre a violência no namoro.” (E7)</p> <p>“Ação concertada a nível nacional (…)</p> <p>Fazer de uma forma muito articulada entre todas as instituições para a abordagem ser mais focada.” (E9)</p>	10

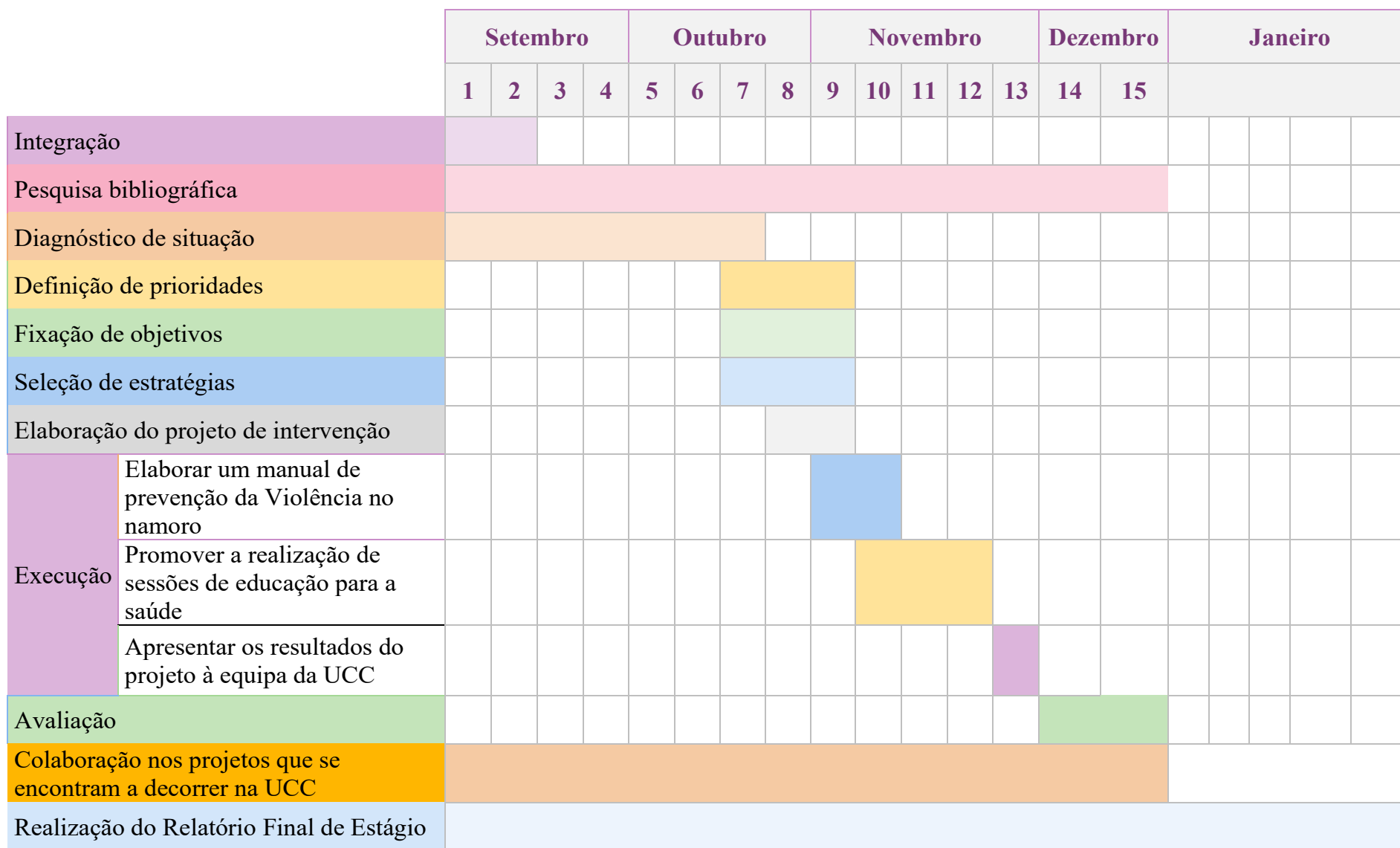
		<p>“Recorrer também ao apoio da psicologia para individualmente trabalharem estas questões previamente identificadas pelos demais técnicos.” (E9)</p> <p>“(…) haver ajuda diferenciada das instituições competentes.” (E11)</p> <p>“(…) a necessidade de desenvolver ações de prevenção nestes três domínios (prevenção primária, secundária e terciária)” (E12)</p>	
Grupos prioritários de intervenção	Adolescentes	<p>“(…) imprescindível uma intervenção imediata (…) junto dos pares” (E2)</p> <p>“Atualmente trabalhamos esta temática no 10ºano (…)” (E4)</p> <p>“(…) os jovens são o grupo prioritário.” (E1)</p> <p>“(…) no secundário são abordadas as questões da violência no namoro (…)” (E2)</p> <p>“A população prioritária face à violência no namoro deveria ser a pré-adolescência (…)” (E3)</p> <p>“(…) os jovens sejam sempre o grupo-alvo de intervenção (…)” (E4)</p> <p>“(…) o público-alvo que parece-me sem dúvida serem os jovens.” (E4)</p> <p>“Se estivermos só a falar na violência no namoro parece-se que os grupo mais adequando são os jovens do ensino secundário, eventualmente iniciar no 9º/ 8ºano.” (E5)</p> <p>“(…) a violência no namoro deve ser abordada (…) no ensino secundário.” (E5)</p> <p>“Na violência no namoro penso que poderia ser iniciado no 3º ciclo.” (E6)</p> <p>“Podemos dizer que é no ensino secundário (…)” (E9)</p> <p>“No 1º, 2º 3º ciclo e secundário devem ser abordadas estas temáticas, tendo uma visão a longo prazo (…)” (E10)</p> <p>“Jovens dos 14 aos 21 anos.” (E12)</p>	13
	Famílias	<p>“(…) imprescindível uma intervenção imediata (…) junto das famílias.” (E2)</p>	1
	Comunidade Escolar	<p>“(…) imprescindível uma intervenção imediata junto da comunidade escolar, junto dos professores” (E2)</p> <p>“(…) primeiro temos de capacitar todos os técnicos e profissionais não só sobre aquilo que é a violência no namoro, mas a violência doméstica no geral e a violência nas escolas.” (E7)</p> <p>“Os técnicos têm que estar capacitados que efetivamente este fenómeno existe, é atual, está a acontecer (…)” (E7)</p> <p>“Se temos que começar a trabalhar (…) começemos pelos técnicos no terreno.” (E7)</p> <p>“Formação dos professores e equipas próximas das crianças e jovens (…)” (E8)</p> <p>“Em contexto escolar, toda a comunidade educativa (…)” (E11)</p>	6

Apêndice VI - Plano operacional do projeto

OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATÉGIA	ATIVIDADE	INTERVENÇÕES CIPE 2019	QUEM (Recursos Humanos)	QUANDO	ONDE (Recursos Físicos)	COMO (Recursos Materiais e Financeiros)
Ensinar os adolescentes, do 10ºano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, sobre a temática da violência no namoro, entre setembro e dezembro de 2022;	Educacional	Criação de um manual informativo sobre prevenção da violência no namoro	Ensinar	Mestranda Mónica Santos	—	—	Office 365® (Word®) Computador portátil
Ensinar os adolescentes, do 10ºano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, sobre as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis, entre setembro e dezembro de 2022;	Educacional e Envolvimento de parceiros	Realização de sessão de educação para a saúde aos adolescentes do 10º ano de escolaridade sobre violência no namoro.	Ensinar	Mestranda Mónica Santos + Enf. Orientador + Agentes da PSP – Escola Segura	04.10.2022, 07.10.2022 e 16.10.2022 Duração: 60min	Escolas secundárias onde o projeto foi implementado	Office 365® (PowerPoint®); Computador portátil Projektor Colunas
Divulgar aos profissionais da equipa da UCC o projeto de intervenção comunitária no âmbito da saúde escolar, para continuidade do mesmo.	Envolvimento de líderes e parceiros	Apresentação do projeto de intervenção comunitária à equipa da UCC	Envolver	Mestranda Mónica Santos	13.12.2022	Sala de Reuniões da UCC	Office 365® (PowerPoint®); Computador portátil Projektor Colunas

Apêndice VII – Diagrama de Gantt

DIAGRAMA DE GANTT



Apêndice VIII – Logótipo do Projeto

**QUEM AMA
NÃO AGRIDE**



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Apêndice IX – Manual de prevenção da violência no namoro



PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO NAMORO

CATOLICA
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO DA MADEIRA
1991

**QUEM AMA
NÃO AGRIDE**
PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

ÍNDICE

O que é a violência no namoro – pág. 3

Como podes saber se estás a viver uma relação abusiva – pág. 6

Tipologias de violência – pág. 7

Dinâmicas da violência – pág. 8

Ciclo da violência – pág. 9

Impacto da violência – pág. 10

Mitos e realidades – pág. 11

Razões para a manutenção de uma relação violenta – pág. 13

Pilares de uma relação segura – pág. 14

Enquadramento legal – pág. 15

Serviços de apoio – pág. 16

INTRODUÇÃO

A violência entre jovens, nomeadamente a violência no namoro, tem uma dimensão considerável ou, pelo menos, uma visibilidade crescente, com uma presença clara no contexto escolar.

Assim, este manual é especialmente dirigido à comunidade escolar - designadamente aos/as estudantes do ensino secundário - e pretende constituir-se como um referencial de capacitação para a prevenção e combate à violência de género, nomeadamente aquela que ocorre em contexto de intimidade.

O manual pretende clarificar conceitos chave através da abordagem de temáticas como a violência no namoro, dando a conhecer as principais estatísticas relativas à prevalência atual destes fenómenos, passando ainda pela reflexão acerca da legitimação e romantização social de comportamentos que configuram violência e, consequentemente, crime.

Assim, o manual aborda ainda os meios de realização de denúncia às autoridades competentes e sugere um conjunto de boas práticas a ser implementadas em contexto escolar, em prol da capacitação de todos/as enquanto agentes de mudança.

VIOLÊNCIA NO NAMORO

Prática de atos (ou intenção de os praticar) de natureza física, psicológica, emocional, social e/ou sexual com caráter abusivo que ocorre no âmbito de relações juvenis entre pessoas do mesmo sexo ou de sexo diferente e que é levada a cabo por um/a ou ambos/as os/as parceiros/as. A violência no namoro tem sido apontada como um **preditor da violência na intimidade adulta**.



SABIAS QUE...?

Duas em cada dez vítimas de violência no namoro já sofreram **ameaças de morte**.
(Neves, Ferrelira, Abreu, Borges & Topa, 2019).

Existe violência quando, numa relação amorosa, uma exerce poder e controlo sobre a outra, com o objetivo de obter o que deseja.

A violência nas relações amorosas surge quando um dos pares pensa que:

- Tem o direito de decidir detornadas coisas pela namorada(o).
- Para ser respeitada(o) tem que se impor.
- Ser masculino é ser agressivo e usar a força.
- As crises de ciúme e o sentimento de posse da(o) namorada(o) significa que ela(e) a(o) ama.
- Não pode recusar ter relações sexuais ou determinados atos que não deseja.

A violência não conhece fronteiras de estratos sociais, faixas etárias, religiões, etnias, e pode ocorrer em todos os casais hetero e homossexuais.

3

Observatório da Violência no Namoro (2021)

O Observatório da Violência no Namoro recebeu, em 2020, **69 denúncias**, 69 denúncias, partilhando uma média de 5.75 denúncias por mês, sendo estas maioritariamente efetuadas por **ex-vítimas**, do sexo feminino. As vítimas são maioritariamente do sexo feminino (85,5%), de nacionalidade portuguesa, estudantes e com uma orientação sexual heterossexual. A sua média de idades é de cerca de 24 anos. As pessoas agressoras são maioritariamente de sexo masculino (87%). Têm uma média de idades de 24 anos e são, maioritariamente, namorados atuais (79,7%). As formas mais prevalentes de violência no namoro são a verbal e a emocional com 55 % cada uma, seguidas do controlo e da violência física. Em cerca de 26% dos casos as vítimas foram sujeitas a ameaças de morte e/ou tentativas de homicídio. A violência no namoro é ou foi, na larga maioria dos casos, praticada mais do que uma vez, ocorrendo em vários momentos do dia. A violência ocorre ou ocorreu, sobretudo, em casa, na rua e em estabelecimentos públicos, sendo a casa o local de maior incidência da violência (82,6%).

4



SABIAS QUE...?

A violência no namoro é **crime!**

Está tipificada no artigo 152.º n.º1 b) do Código Penal Português, no âmbito do crime de Violência Doméstica, e contempla a perpetração de violência entre casais de sexo diferente ou do mesmo sexo, com quem a vítima mantinha ou tenha mantido uma relação de namoro, ainda que sem coabitação.

A violência no namoro é um **crime público**, isto é, cujo procedimento depende apenas da notícia às autoridades, podendo esta ser realizada por qualquer pessoa.

5

SABES QUE ESTÁS NUMA RELAÇÃO ABUSIVA

SE O/A TEU/TUA NAMORADO/A...

... te falta ao respeito;
... perde facilmente o controlo quando está perante uma crise de ciúmes e promove a ideia de que ciúmes é sinal de amor;
... alguma vez te ameaçou agredir (e.g., levantar mão);
... se torna facilmente violento/a, não existindo um acontecimento específico que justifique tal reação quando se sente irritado/a, facilmente parte objetos ou dirige a sua raiva para algo ou alguém;
... controla excessivamente os teus movimentos, querendo saber constantemente onde estás e com quem estás;
... te humilha, te insulta, te desvaloriza e te ridiculariza, em situação privada e/ou pública;
... fica agressivo/a quando obtém de ti uma opinião discordante da sua;
... te obriga a dar as tuas passwords das redes sociais e telemóvel "para provares que não escondes nada";
... te proíbe de estar com os teus/tuas amigos/as porque ele/a tem ciúmes;
... alguma vez te bateu, deu um pontapé, empurrou ou te atirou com algum objeto;
... te culpabiliza pelas reações agressivas que tem e, em geral, pela sua forma de agir;
... te provoca insegurança, causando-te medo de expressar a tua opinião;
... não é sensível às tuas necessidades nem dos teus amigos, focando-se nas suas próprias necessidades;
... aparece "de repente" onde tu estás;
... te obriga ou persuade a ter relações sexuais contra a tua vontade;
... te faz sentir medo de lhe dizer "NÃO";
... te obriga a justificar tudo o que fazes!



6

TIPOLOGIAS DE VIOLÊNCIA

VIOLÊNCIA FÍSICA

Bater, empurrar, puxar os cabelos, agarrar, atirar objetos, asfixiar, esbofetear, pontapear, usar a força física para controlar, ameaçar ou dominar.

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Intimidar, humilhar, insultar, ameaçar, depreciar, controlar, perseguir, dominar, invadir a privacidade, partir ou estragar objetos pessoais, controlar a forma de vestir.

VIOLÊNCIA SOCIAL

Restringir ou impedir contactos, isolar socialmente, desvalorizar a imagem pública, envergonhar ou envergonhar em público, diminuir as atividades sociais e de lazer, utilizar as novas tecnologias como veículo para a violência, mexer no telemóvel ou vigiar as redes sociais sem permissão.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Forçar práticas sexuais, acaniciar/tocar sem consentimento, exibir conteúdos pornográficos e/ou partilhar conteúdos (e.g., fotografias, vídeos) de cariz sexual da vítima, sem o seu consentimento.

VIOLÊNCIA ECONÓMICA

Restringir ou controlar financeiramente o/a parceiro/a, através de comportamentos como forçar a justificar gastos, reter ou obrigar a dar mesada ou ordenado como forma de controlo.



7

DINÂMICAS DA VIOLÊNCIA

VITIMAÇÃO MÚLTIPLA

A violência interpessoal caracteriza-se pela sua **natureza multidimensional**, ou seja, um tipo de violência surge quase sempre associado a outros tipos de violência, sendo rara a experiência de um só tipo de vitimação.

É, para além disso, fulcral considerar a **intersecção de condições estruturais** que poderá deixar as vítimas numa situação de particular vulnerabilidade (e.g., idade, habilitações, estatuto socioeconómico, pertença cultural). Cada experiência de vitimação deverá ser contextualizada nas experiências globais de vitimação e na história de vida da vítima.

ESCALADA

A violência tende a **aumentar em frequência, intensidade e perigosidade**, ao longo do tempo. Neste sentido, é progressivo o aumento do risco e das consequências negativas para a vítima, a par da sensação de perda de controlo, de poder, de autoconfiança e de competência pessoal ("desânimo aprendido").

8

CICLO DA VIOLÊNCIA

A violência nas relações de intimidade tende a ocorrer de **forma cíclica**, iniciando-se com uma primeira fase de **aumento de tensão** (e.g., problemas do cotidiano), que dá lugar a um **ataque violento** (e.g., violência física, violência psicológica) e que, por sua vez, é seguido de um período de **"lua de mel"**, que é caracterizado por um período de acalmia, muitas vezes associado ao pedido de desculpas por parte do/a agressor/a e da promessa de mudança de comportamento (Walker, 1979).

Este período pode ter uma duração variável e, em alguns dos casos, a escalada da violência não dá lugar a um período de reconciliação, oscilando apenas entre o aumento de tensão e o ataque violento, agravando o risco para a vítima.



9

IMPACTOS DA VIOLÊNCIA PARA A VÍTIMA

IMPACTOS PSICOLÓGICOS

Desenvolvimento de psicopatologia (depressão, ansiedade...);
Abuso de substâncias;
Ideação suicida;
Hiper-vigilância;
Perda de auto-confiança.

IMPACTOS SOCIAIS

Diminuição do rendimento escolar;
Absentismo escolar;
Perda de interesse por atividades de lazer;
Isolamento social;
Envolvimento em práticas desviantes.

IMPACTOS FÍSICOS

Somatização (enxaquecas, arritmias, infecções urinárias, dores de estômago, alteração dos horários de sono);
Práticas de auto-mutilação;
Doenças sexualmente transmissíveis;
Gravidez indesejada.

10

MITO OU REALIDADE ?

A violência online não é grave porque não envolve **MITO** violência física.

Ainda que a violência física possa resultar em lesões irreversíveis (designadamente a morte da vítima), a **violência psicológica** – que muitas das vezes ocorre através das tecnologias da informação e comunicação – é aquela que traz maiores impactos negativos para a vítima, a curto, médio e longo prazo.

A violência no namoro é um problema que afeta poucas **MITO** pessoas.

O Observatório da Violência no Namoro recebeu, em 2020, **69 denúncias**, sendo estas maioritariamente efetuadas por **ex-vítimas**, do sexo feminino. 85,5% das vítimas são do sexo feminino e 87% dos agressores são do sexo masculino.

As pessoas só estão em relações violentas porque querem. **MITO**

Existem várias razões para a manutenção de uma relação violenta, tais como o ciclo da violência, o não reconhecimento da vítima enquanto tal devido à **legitimação e romantização** de comportamentos como o ciúme e o controlo, a ameaça – por parte do/a agressor/a – de fazer mal a si próprio/a, à vítima ou aos/as seus/suas familiares e amigos/as.

Controlar o telemóvel do/a parceiro/a é um sinal de **MITO** preocupação.

A **confiança** é um pilar basilar de todas as relações interpessoais. Controlar o telemóvel ou as redes sociais é uma forma de invasão da privacidade e o ciúme não pode ser considerado um "ato romântico" ou uma "prova de amor", porque não respeita os direitos e a liberdade de cada ser humano.

11

Muitas vezes, a agressão acontece porque a vítima provoca. MITO

Nenhum comportamento justifica qualquer tipo de prática violenta. A ideia de que as vítimas provocam os/as agressores/as está ancorada à sua culpabilização.

É ciumento/a porque me ama. MITO

Os ciúmes servem de desculpa para controlar a outra pessoa, mas muitas vezes são interpretados como provas de amor. As relações saudáveis implicam confiança e os ciúmes não são uma prova de amor.

A violência no namoro é um problema que afeta, maioritariamente, pessoas pobres. MITO

A violência no namoro é um fenómeno transversal. No entanto, existem fatores relacionados com o estatuto socioeconómico que fazem com que pessoas mais favorecidas tenham maior reserva em prestar uma denúncia formal, ficando, não raras vezes, estes casos ocultos nas cifras-negras.

Uma bofetada ou um insulto não são violência. MITO

Qualquer ato de agressão, é violência; o mesmo sucede com a violência emocional. Mesmo as formas aparentemente "menores" de violência podem ter consequências muito negativas.

Os/As agressores/as costumam pedir desculpa pelas suas ações. MITO

A violência tende a ocorrer de **forma cíclica**, a uma primeira fase de aumento de tensão, segue-se um momento de agressão, muitas vezes sucedido de um pedido de desculpas e pela promessa de mudança (a chamada "lua-de-mel"). Porém, este ciclo tem tendência a repetir-se, aumentando a frequência e a gravidade da violência.

RAZÕES PARA A MANUTENÇÃO DE UMA RELAÇÃO VIOLENTA

Muitas vezes, o/a agressor/a pede desculpa e promete não voltar a comportar-se daquela forma, desmotivando a vítima para terminar a relação.

A vítima muitas vezes acredita que, se conseguir fazer o/a agressor/a feliz, ele/a não voltará a ser agressivo/a.

Algumas vítimas acreditam que, mesmo perante a existência de violência, mais vale estar com o namorado/a do que estar sozinha/a.

Quando a vítima tenta terminar a relação, o/a agressor/a ameaça fazer-lhe mal a si ou a ele/a próprio/a.

Algumas vítimas acreditam que o ciúme e o controlo são "provas de amor", não se reconhecendo como tal.

PILARES DE UMA RELAÇÃO SEGURA

RESPEITO

GÉNERO

UNIÃO

AMOR

LIBERDADE

AMIZADE

CONFIANÇA

PRIVACIDADE

EMPATIA

IGUALDADE

ENQUADRAMENTO LEGAL

A violência entre namorados é um crime punível por lei (Código Penal, artigos 143º e seguintes).

É punido com pena de prisão de 2 a 10 anos.

Podes apresentar queixa em qualquer posto da PSP, GNR, Polícia Judiciária, Ministério Público e Medicina Legal.

15

LEMBRA-TE... TENS DIREITO DE:

1. Não ter namorada/o
2. Expressar as tuas ideias
3. Expressar os teus sentimentos, mesmo sendo negativos
4. Escolher o teu trabalho e a tua religião
5. Viver sem medo
6. Ter tempo para ti
7. Gastar o teu dinheiro como entendes
8. Ser apoiada/o pela tua família e amigos/os
9. Ser ouvida/o pelas tuas amigas e amigos, e familiares
10. Escolher as tuas amigas e amigos
11. Expressar as tuas convicções, competências e talentos
12. Decidir se queres participar em atos sexuais ou não

**ESTÁ NAS TUAS MÃOS
TER UM NAMORO SAÚDAVEL!
SÊ FELIZ.**

**QUEM AMA
NÃO AGRIDE**

Elaborado por: Mónica Filipa Ribeiro dos Santos, Mestranda do 15º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Sob Orientação Pedagógica: Professora Doutora Ana Resende
Supervisão Clínica: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

16

Apêndice X – Plano de Sessão da Sessão de Educação para a Saúde



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

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**QUEM AMA
NÃO AGRIDE**



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Mestranda: Mónica Santos

Docente Orientadora: Professora Doutora Ana Resende

Enfermeiro Orientador: Enfermeiro , Mestre e
Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

novembro 2022

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrado no 15º 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 de Lisboa.

O estágio tem como principal objetivo o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, o mesmo foi realizado numa UCC da ARSLVT. Neste contexto, e após um diagnóstico da situação específico onde foi identificada a 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 “Quem ama NÃO agride”.

A realização deste projeto desenvolve-se no âmbito do plano de ação do Programa de Saúde Escolar da UCC, no regular funcionamento do Sr. Enfermeiro Orientador, o que possibilita, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos adolescentes numa vertente de prevenção e educação para a saúde. Este projeto surge também em parceria com o PES de duas Escolas Secundárias do concelho que são alvo de intervenção do Sr. Enfermeiro Orientador e com a PSP – Departamento da Escola Segura.

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, 2015) e tem por base o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que mantém o alinhamento com os princípios e orientações da Estratégia Health 2020 da Organização Mundial de Saúde (DGS, 2021).

Tendo uma abordagem estratégica a nível preventivo e baseada na capacitação dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis nas relações de namoro, foram selecionados como população de alvo os adolescentes que frequentam as 7 turmas do 10º ano de escolaridade (amostra total n=145) das referidas escolas.

O projeto contempla uma sessão de educação para a saúde a cada uma das turmas de alunos do 10ºano das referidas escolas.

Esta sessão denomina-se “Quem Ama Não Agride” – Prevenção da Violência no Namoro e tem como objetivo geral melhorar o conhecimento dos adolescentes acerca da violência no namoro, e como objetivos específicos clarificar alguns conceitos-chave da temática (violência, violência doméstica, violência no namoro), descrever as diferentes formas de violência que podem surgir nas relações de namoro, apresentar os mitos mais

frequentes associados a esta forma de violência, e discutir os efeitos nefastos da violência nas relações de namoro.

Numa parte inicial serão definidos e clarificados os conceitos principais, anteriormente identificados, serão abordados os tipos de violência e as suas formas, bem como a importância de as identificar e valorizar. Serão apresentados alguns dados relativamente à violência doméstica e violência no namoro, por forma a informar e alertar os adolescentes acerca da problemática. No decorrer da sessão serão apresentados alguns mitos associados à violência no namoro e algumas formas de abordagem às situações de violência, incentivando a sua não perpetuação e não-legitimação. Será apresentado um vídeo, que funciona como uma síntese de toda a temática abordada na apresentação oral.

A sessão será assente numa metodologia interativa e participativa, enfatizando o papel ativo do estudante no seu processo de aprendizagem e capacitação.

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: “*Quem Ama NÃO Agride*” – Prevenção da Violência no Namoro

Enquadramento:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como sendo o período da vida que começa aos 10 e termina aos 19 anos de vida (WHO, 2019a). É uma época em que os adolescentes 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).

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, 2015). 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).

A literatura evidencia-nos que o problema da violência doméstica pode ser reduzido se atuarmos a título preventivo, e que deve ser feito o mais precocemente possível, ao nível das relações de intimidade, nomeadamente nas relações de namoro entre os adolescentes.

Assim, nesta sessão serão abordados os conceitos da violência, violência doméstica, violência no namoro; serão identificadas e exemplificadas as diferentes formas de violência, com o intuito de aumentar o conhecimento dos adolescentes no que toca a esta problemática.

É importante a consciencialização acerca das formas de violência, não valorizando apenas a violência física e identificando as outras formas de violência presentes nas relações de namoro, mitos e efeitos nefastos associados.

Considera-se imprescindível educar e dotar os adolescentes de conhecimentos, de forma que estes desenvolvam relações de namoro saudáveis, não legitimando, nem praticando a violência.

PLANO DE SESSÃO

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: Adolescentes do 10º ano.

Formadores:

- Mónica Santos: Mestranda em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.
- Enf.º Orientador: Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Agentes da PSP -Departamento da Escola Segura

Turma, Data e Hora

Escola	Nome da sessão	Turma	Dia/Mês	Hora
A	Violência no namoro	10ºA e 10ºB	04 de novembro	10h05
B	Violência no namoro	10ºA e 10ºE	07 de novembro	10h20
	Violência no namoro	10ºB e 10ºC	07 de novembro	14h00
	Violência no namoro	10ºD	16 de novembro	10h20

Tempo previsto para a Sessão de Educação para a Saúde: 60 minutos

Objetivo geral:

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

Objetivos específicos:

- Clarificar conceitos;
- Descrever as diferentes formas de violência que podem surgir nas relações de namoro;
- Apresentar os mitos mais frequentes associados a esta forma de violência;
- Discutir os efeitos nefastos da violência nas relações de namoro

Quadro síntese da sessão de educação

Etapas da Sessão de Educação para a Saúde	Conteúdos Programáticos	Metodologia	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos intervenientes - Contextualização do tema - Objetivos da Sessão de Educação para a saúde - Teste de diagnóstico sobre o tema (autopreenchimento anónimo) 	<p>Expositiva</p> <p>Participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador - 14 questões escritas 	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação e clarificação de conceitos relacionados com as características das relações de namoro saudáveis e não saudáveis; - Definição de violência, violência doméstica e violência no namoro; - Identificação das formas de violência; - Identificação dos mitos associados à violência no namoro; - Clarificação dos efeitos nefastos da violência no namoro; - Enquadramento legal da violência no namoro; - Projecção de um filme alusivo ao tema da violência no namoro - Debate e reflexão sobre os conceitos visualizados no filme. 	<p>Expositiva</p> <p>Participativa</p> <p>Expositiva/ Participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador 	30 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese dos principais aspetos - Discussão da temática e da apresentação em sala de aula - Esclarecimento de dúvidas - Entrega do Manual sobre Prevenção da Violência no Namoro (suporte digital) com o resumo das ideias principais sobre o tema exposto; 	<p>Expositiva/ Participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Data Show - Computador - Manual sobre prevenção da Violência no Namoro (suporte digital) 	5 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Teste de diagnóstico sobre o tema (autopreenchimento anónimo) - Avaliação das sessões de educação para a saúde (autopreenchimento anónimo) 	<p>Participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 9 questões escritas - Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde 	15 min

CONCLUSÃO

Segundo a evidência científica a prevenção deve ser realizada precocemente tendo com alvo as crianças e os jovens, pelo grande potencial preventivo que esta etapa do ciclo apresenta e a DGS (2014) considera que este é um recurso incontornável.

Assumindo a prevenção como primeira linha de intervenção, esta foi considerada na realização desta intervenção, procurando atuar ao nível da educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, neste caso específico no combate e prevenção da violência nas relações de namoro entre os adolescentes.

Procurou-se também, conhecer quais as intervenções nacionais e internacionais que estão a ser realizadas para o combate a este problema, as principais formas de a resolver e minimizar. E é neste sentido que a prevenção se destaca e surge como principal foco e foi também a abordagem adotada para intervenção nesta área.

Para além da apresentação oral, foi apresentado um vídeo numa tentativa de captar a atenção dos estudantes, chamando a atenção para a problemática em causa, incentivando e motivando para a continuação da participação no projeto.

Toda a apresentação e linguagem utilizada foi adaptada à faixa etária dos estudantes, facilitando a aquisição de conhecimentos e procurando manter o entusiasmo destes nas atividades e sessões de educação.

A sessão foi programada para 60 minutos, mediante disponibilidade da Escola, pelo que foi sintetizada a informação e simplificada a apresentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves, R. C. (2016). *Adolescência, os anos da mudança*. Lisboa: Vogais.
2. DGS. (2014). *Violência interpessoal- Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Disponível em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas.../violencia_interpessoal-pdf.aspx
3. DGS. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Ministério da Saúde-Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://observatoriolisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
4. DGS. (2021). *Plano Nacional de Saúde: 2021-2030*. Lisboa: Ministério da Saúde-Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
5. Galvão, J. (2008). *Os jovens e o sexo*. Lisboa: Deplano.
6. Guerreiro, A., Pontedeira, C., Sousa, R., Magalhães, M. J., Oliveira, E., & Ribeiro, P. (2015). *Intimidade e violência no namoro: refletir a problemática nos/as jovens*. Atas do Colóquio Internacional @s jovens e o crime - transgressões e justiça tutelar, (p.14–26). Coimbra: Cescontexto. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277305017_Intimidade_e_violencia_no_namoro_refletir_a_problemativa_nosas_jovens.
7. Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com saúde: Diálogo com uma geração* (1ª ed.). Lisboa: Texto.
8. 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. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/2805/644c56df3e6a36053f965d92c786a6cd7453.pdf?_ga=2.125902094.2019497114.1571145228-1612514709.1571145228.
9. WHO. (2019a). *Adolescent health*. (World Health Organization) Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/adolescence/en/.
10. WHO. (2019b). *Coming of age: adolescent health*. (World Health Organization). Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/adolescents/coming-of-age-adolescent-health>.

Apêndice XI – Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde

Quem Ama Não Abusa

Enquadramento Legal

Código Penal
Artigo 150º
Violência doméstica

- 1 - Quem, de modo habitual, ameaçar ou agredir, ou fizer sofrer, a si próprio ou a outro membro da família ou a pessoa com quem conviver, é punido com prisão de 1 a 3 anos.
- 2 - A pena é aumentada se a vítima for menor de idade ou estiver em situação de vulnerabilidade.
- 3 - A pena é aumentada se a vítima for idoso ou estiver em situação de vulnerabilidade.
- 4 - A pena é aumentada se a vítima for vítima de violência doméstica.
- 5 - A pena é aumentada se a vítima for vítima de violência doméstica e estiver em situação de vulnerabilidade.

Artigo 151º
Violência doméstica

1 - Quem, de modo habitual, ameaçar ou agredir, ou fizer sofrer, a si próprio ou a outro membro da família ou a pessoa com quem conviver, é punido com prisão de 1 a 3 anos.

Artigo 152º
Violência doméstica

1 - Quem, de modo habitual, ameaçar ou agredir, ou fizer sofrer, a si próprio ou a outro membro da família ou a pessoa com quem conviver, é punido com prisão de 1 a 3 anos.

25

O que podemos fazer para ajudar?

Intervém que a violência é um crime punido por lei e que todos têm direito a uma vida pacífica e a ser respeitados pelos seus membros.

Trabalha com as famílias para apoiar o caso de quem se quer ajudar a superar a violência doméstica, promovendo a saúde, a educação, a formação, o apoio, a saúde, a justiça, a inclusão, a melhoria da qualidade de vida.



26

Quem Ama Não Abusa

Apoie amigos em situações de perigo iminente

É importante ter em conta alguns aspectos de segurança:

- Manter o número de telefonemas de emergência (112) sempre atualizado.
- Manter o telefone de contacto dos serviços de emergência (112) sempre atualizado.
- Procurar caminhos alternativos para os locais frequentados habitualmente e procurar evitar os pontos críticos.
- Trabalhar sempre com amigos de confiança que possam ajudar em situações de emergência.
- Manter em todo momento as situações de violência que acontecem.
- Deslocar intervenções comunitárias, especialmente em casos de emergência (112), para se ter a presença de confiança.



27


Quem Ama Não Abusa

O que fazer se for vítima de Violência no Namoro?

- Não se sentir culpado por não ter conseguido evitar a situação de violência.
- Não se sentir culpado por não ter conseguido evitar a situação de violência.
- Não se sentir culpado por não ter conseguido evitar a situação de violência.
- Não se sentir culpado por não ter conseguido evitar a situação de violência.
- Não se sentir culpado por não ter conseguido evitar a situação de violência.

AMCV
Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência

UMAR
União das Mulheres Abusadas e Rapinadas



28

Referências Bibliográficas

- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)
- Associação de Mulheres e Crianças Vítimas de Violência (AMCV)



29

Quem Ama Não Abusa

ORRIGADA

culpa

QUE NÃO É A VIOLÊNCIA



30

Apêndice XII – Teste de diagnóstico



Teste de Diagnóstico - Violência no Namoro

O meu nome é Mónica Filipa Ribeiro dos Santos e estou a realizar um projeto de intervenção comunitária na UCC sob orientação clínica do Enfermeiro Este projeto insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, sob orientação da Professora Doutora Ana Resende do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

O presente teste de diagnóstico destina-se a ser preenchido pelo próprio mediante o seu consentimento livre e esclarecido, de forma autónoma, irá demorar aproximadamente 4 minutos.

Vais encontrar de seguida um conjunto de afirmações em relação a situações de violência no namoro.

Pede-se que leias atentamente essas frases e exprimas a tua opinião em relação a cada uma delas. A tua opinião é o mais importante e por isso, pedimos-te que respondas com o máximo de sinceridade, pois não existem respostas certas nem erradas. Por favor, tenta responder de acordo com a tua forma de pensar e sentir e não como achas que deveria ser.

Avalia cada afirmação, selecionando a opção que melhor traduza o teu modo de pensar. Assegura-te de que respondeste a todas as questões, devendo optar apenas por uma das hipóteses apresentadas.

As respostas a este teste de diagnóstico são absolutamente confidenciais.

Obrigado pela tua colaboração!

1. Sexo

Feminino

Masculino

2. Idade

_____ anos

3. Naturalidade

4. És ou já foste vítima de Violência no Namoro?

Sim

Não

5. És ou já foste agressor de Violência no Namoro?

Sim

Não

6. Se a/o minha/meu namorada/o tiver ciúmes dos meus/minhas amigos/as, devo evitá-los.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

7. Se uma/um rapariga/rapaz cortejar o/a meu/minha namorado/a tenho o direito de a/o insultar publicamente.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

8. Tenho o direito de ver as mensagens do telemóvel da minha/meu namorada/o.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

9. Os rapazes não mostram os sentimentos.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

10. Se eu tiver namorada/o não posso ser muito amigo/a de outras/os raparigas/rapazes.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

11. Os namorados às vezes gritam, mas isso é normal.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

12. Não deixo que a minha namorada use decotes grandes ou saias curtas, para a proteger das olhadelas.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

13. Quem tem muitos ciúmes, tem uma grande paixão.

Concordo

Discordo

Não sei

14. Se o/a meu/minha namorado/a pedir para ter relações sexuais com ele/ela, devo aceitar para provar o meu amor.

Concordo

Discordo

Não sei

Obrigado pela tua colaboração!

Apêndice XIII – Teste de avaliação de conhecimentos



Teste de Avaliação de Conhecimentos – Violência no Namoro

Vais encontrar de seguida um conjunto de afirmações em relação a situações de violência no namoro.

Pede-se que leias atentamente essas frases e exprimas a tua opinião em relação a cada uma delas. A tua opinião é o mais importante e por isso, pedimos-te que respondas com o máximo de sinceridade, pois não existem respostas certas nem erradas. Por favor, tenta responder de acordo com a tua forma de pensar e sentir e não como achas que deveria ser.

Avalia cada afirmação, selecionando a opção que melhor traduza o teu modo de pensar. Assegura-te de que respondeste a todas as questões, devendo optar apenas por uma das hipóteses apresentadas.

As respostas a este teste de diagnóstico são absolutamente confidenciais.

Obrigado pela tua colaboração!

1. Se a/o minha/meu namorada/o tiver ciúmes dos meus/minhas amigos/as, devo evitá-los.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

2. Se uma/um rapariga/rapaz cortejar o/a meu/minha namorado/a tenho o direito de a/o insultar publicamente.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

3. Tenho o direito de ver as mensagens do telemóvel da minha/meu namorada/o.

- Concordo
- Discordo
- Não sei

4. Os rapazes não mostram os sentimentos.

Concordo

Discordo

Não sei

5. Se eu tiver namorada/o não posso ser muito amigo/a de outras/os raparigas/rapazes.

Concordo

Discordo

Não sei

6. Os namorados às vezes gritam, mas isso é normal.

Concordo

Discordo

Não sei

7. Não deixo que a minha namorada use decotes grandes ou saias curtas, para a proteger das olhadelas.

Concordo

Discordo

Não sei

8. Quem tem muitos ciúmes, tem uma grande paixão.

Concordo

Discordo

Não sei

9. Se o/a meu/minha namorado/a pedir para ter relações sexuais com ele/ela, devo aceitar para provar o meu amor.

Concordo

Discordo

Não sei

Obrigado pela tua colaboração!

Apêndice XIV – Questionário de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Sessão de Educação para a Saúde – Violência no Namoro

Questionário de Avaliação da Sessão

Considerando que a tua opinião é muito útil para apurar o nível de satisfação e utilidade desta sessão e com o objetivo de ir ao encontro das necessidades dos participantes, com vista a melhorar a sessão apresentada, agradeço que respondas às seguintes questões.

Na tua avaliação caracteriza os seguintes parâmetros numa escala de 1 a 5 (1- Muito Insatisfeito e 5- Muito Satisfeito).

Relativamente aos conteúdos e métodos, considera que:



	1	2	3	4	5
Os conteúdos abordados foram relevantes e úteis					
Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada					
Os métodos utilizados foram adequados aos temas tratados					
A duração da sessão foi adequada					

Relativamente ao desempenho do preletor, considera que:

	1	2	3	4	5
Demonstra domínio do tema abordado					
Estimula a interação dos participantes					

Relativamente à organização, como avalia:

	1	2	3	4	5
O horário estipulado foi conveniente					
Organização e material de apoio à formação					

Globalmente, considera que:

	1	2	3	4	5
Os objetivos foram cumpridos					
A sessão correspondeu à sua expectativa					
A sessão permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
Considera esta sessão uma mais-valia para o seu dia-a-dia					

Aspetos Positivos

Aspetos Negativos

Sugestões

Muito obrigada pela tua participação

Mónica Santos

Apêndice XV – Consentimento Informado Livre e Esclarecido adolescentes e encarregados de educação



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo.(a) Encarregado (a) de Educação

No âmbito do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária no contexto do estágio a ser realizado numa UCC, em , com a devida autorização do estabelecimento de ensino. O referido estágio decorre sob a orientação da Professora Doutora Ana Resende e do Sr. Enfermeiro

Neste momento, encontro-me a elaborar um projeto de intervenção comunitária no âmbito da Violência no Namoro, com o objetivo de contribuir para a capacitação dos adolescentes do 10º ano de escolaridade de duas escolas secundárias do concelho, através da promoção de conhecimentos, para a adoção de comportamentos que visem relações de namoro saudáveis.

Este projeto de intervenção comunitária, a ser desenvolvido neste estágio final, tem por base uma necessidade/problema identificado e contextualizado no estágio curricular anterior, desenvolvido na mesma UCC. A implementação do projeto (e correspondentes atividades) decorrerá durante no primeiro semestre do ano letivo 2022/2023. Este projeto será realizado no âmbito do plano de ação da saúde escolar, em conformidade com o Programa Nacional de Saúde Escolar, em parceria com a UCC

Para a realização deste projeto pretende-se aplicar um teste de diagnóstico aos estudantes, bem como a realização de sessões de educação para a saúde. A participação no mesmo é de caráter voluntário, documentada através da assinatura de um consentimento informado a ser entregue aos encarregados de educação.

Os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente projeto e serão tratados sob anonimato, sendo que os participantes nunca serão identificados e os contactos com os participantes serão feitos em ambiente de privacidade e em contexto das intervenções planeadas.

Venho por este meio pedir a sua autorização para que o seu educando colabore neste projeto. Lembro que a colaboração é voluntária e as respostas aos testes de diagnóstico serão tratadas de forma anónima e confidencial. O participante pode-se recusar a participar ou abandonar o projeto em qualquer momento, sem nenhum prejuízo associado.

Desde já agradeço a sua participação neste projeto.

Mónica Filipa Ribeiro dos Santos - Enfermeira e Mestranda da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa / E-mail:

Assinatura: _____

✂.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas no presente consentimento informado.

<p>Eu, _____, aluno do ano ____, da turma ____ da Escola Secundária <input type="text"/>.</p> <p><input type="checkbox"/> Consinto participar no projeto.</p> <p><input type="checkbox"/> Não Consinto participar no projeto.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do participante</p> <p style="text-align: right;">Data: ___ / ___ / ____</p>

AUTORIZAÇÃO DO ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

<p>Eu _____ encarregado de educação de _____ venho por este meio</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizar</p> <p><input type="checkbox"/> Não Autorizar</p> <p>que o meu educando participe no projeto de intervenção comunitária acima referido.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura Encarregado Educação</p> <p style="text-align: right;">Data: ___ / ___ / ____</p>

Apêndice XVI – Post “*Contributo de Katharine Kolcaba sobre a importância do conforto dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na comunidade*” publicado no site Nursology

Contribuição de Katharine Kolcaba sobre a importância do conforto dos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na comunidade

22 DE FEVEREIRO DE 2022 / COLABORADOR CONVIDADO

Colaboradora: Mônica Santos (Portugal)

Katharine Kolcaba conceituou o conforto na perspectiva da pessoa e do cuidador. Fala de intervenções/estratégias de conforto em que nos diz que cada intervenção deve ter uma variável para responder ao desconforto. A teoria aborda três dimensões do conforto, mas para promover conforto não é necessário intervir em todas as três dimensões, mas sim na variável em que há déficit. Ela afirma que os comportamentos que adoecem são os internos (intrínsecos) e os externos (extrínsecos). Um ambiente com bom suporte espiritual tem fatores protetores na dimensão da espiritualidade, pelo que provavelmente será necessário intervir no conforto físico. Kolcaba explica que as dimensões de conforto são priorizadas e podem influenciar práticas e políticas institucionais. Kolcaba, neste trabalho, possui escalas para avaliação do conforto e que podem ser aplicadas em diferentes realidades. Sempre que existam instrumentos, eles devem ser usados.

FUNDADA EM 18 DE SETEMBRO DE 2018



Selecionar idioma

Tecnologia do  Tradutor

HONRANDO NOSSA HERANÇA – CONSTRUINDO NOSSO FUTURO

SIGA O BLOG POR E-MAIL

Digite seu endereço de e-mail para seguir este blog e receber notificações de novos posts por e-mail.

Endereço de email

Seguir

Junte-se a 3.356 outros assinantes

<https://nursology.net/2022/02/22/contribution-from-katharine-kolcaba-on-the-importance-of-comfort-of-carers-of-palliative-care-patients-in-community/>

Apêndice XVII – Poster - *“A intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma scoping review”*



A intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos nas crianças e jovens – uma *scoping review*



Autoras: Monica Santos (1); Vanessa Silva (2); Cândida Ferrito (3)

Plataforma elaborada no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Comunitária, Área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
Afiliação: (1) Mestranda na UCP: Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Professora Convidada, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa; monicafilipa2@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0902-5738-8229>; (2) Mestranda na UCP: Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Enfermeira na UCP, Instituto de Ciências da Saúde – ACUS Loures-Odivelas; vanessa.silva@ucp.pt; <https://orcid.org/0000-0903-0237-2020>; (3) Professora Auxiliar, Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

Introdução

- Os maus-tratos a crianças e jovens constituem um problema de Saúde Pública a nível mundial e apresentam-se como um fenómeno multifacetado, com contornos de gravidade progressiva, necessitando, por isso, de identificação precoce e intervenção imediata;
- A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desempenham um papel preponderante, através da sua abordagem multidisciplinar, que conduz a uma estratégia integrada, baseada em evidência científica e epidemiológica;
- Esta abordagem permite uma resposta mais eficaz, assente na definição de estratégias e orientações, projetos e programas de intervenção que contribuem para a implementação de medidas que permitem minimizar o impacto negativo deste fenómeno a médio e longo prazo.

Objetivo

Identificar a evidência existente na atualidade, sobre a intervenção dos enfermeiros nos contextos de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens.

Método de Revisão

Tipo de revisão de literatura	Scoping review
Questão de revisão	Qual a evidência existente sobre a intervenção do enfermeiro em contexto de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens?
Bases de dados pesquisadas	MEDLINE Complete e CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection (NAHC): Comprehensive, Cochrane e MediciLatina, presentes no motor de busca EBSCOhost e nas bases de dados PubMed e Scielo
Termos de pesquisa	nurs*, prevention, community health nursing, public health nursing, child abuse, child maltreatment, child neglect, interventions, competences e competencies
Limitadores	Idioma: português, inglês, espanhol e castelhano e idade da população em risco entre os 0 e os 18 anos.
Critérios de inclusão	Artigos científicos publicados, de natureza quantitativa ou qualitativa e revisões de literatura, em open access.
Critérios de exclusão	Artigos de opinião, newsletters, cartas ao editor;

Resultados

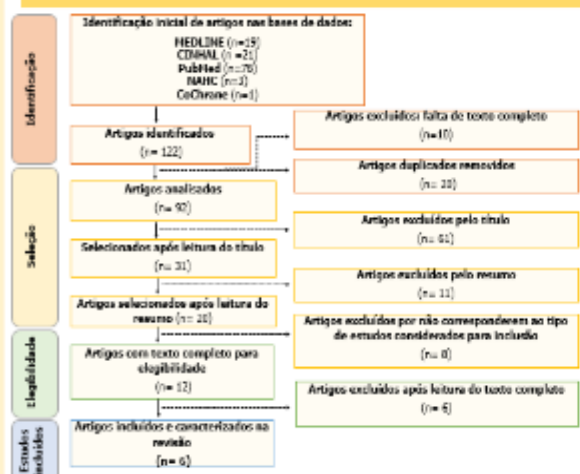


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos

Conclusão

A análise dos resultados obtidos através da leitura dos artigos, permitiu identificar 6 domínios relacionados com a intervenção do enfermeiro nos contextos de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no que concerne à prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens, sendo estes:



Figura 2 – Mapa de domínios resultante da análise de resultados, de autoria das revisoras.

Mobilizar a prática baseada na evidência nos cuidados de enfermagem à criança e jovem em risco ou vítima de maus-tratos, contribui para uma intervenção competente, científica e atual. Os resultados obtidos através desta *scoping review* contribuem assim para a atual agenda relativa aos maus-tratos a crianças e jovens, na medida em que proporcionam aos enfermeiros no terreno, uma conceitualização sobre as intervenções de enfermagem e oportunidades para melhorar o trabalho de prevenção deste fenómeno.

Implicações para a Investigação

A existência de pouca evidência científica relacionada com a intervenção do enfermeiro nos contextos de Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Saúde Pública na prevenção dos maus-tratos a crianças e jovens, resulta também na sugestão de realização de estudos científicos sobre a temática, direcionado especificamente para esta população alvo.

Referências Bibliográficas

