

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**“Na Escola...- Uma estratégia na prevenção na
violência no namoro”**

Rita Isabel Martins Reforço

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: *Enfermagem Comunitária e de
Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**“Na Escola...- Uma estratégia na prevenção na
violência no namoro”**

Rita Isabel Martins Reforço

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: *Enfermagem Comunitária e de
Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

“Muitos que convivem diariamente com a violência acham que ela é parte intrínseca da condição humana. Mas não é. A violência pode ser evitada. Governos, comunidades e indivíduos podem fazer a diferença.”

Nelson Mandela, Relatório Mundial sobre a violência e Saúde de 2002 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014)

AGRADECIMENTOS

À Enfermeira Ana Paula Samúdio, Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Mestre em Saúde Escolar, pela orientação durante os estágios, pelo apoio e disponibilidade demonstrada e pela motivação.

À Professora Doutora Ana Paula Gato, pela orientação, disponibilidade e aconselhamento na execução deste trabalho.

A toda a equipa da Unidade de Saúde onde foram realizados os estágios, pelo acolhimento e disponibilidade.

Aos professores e diretores de turma da escola que integrou o projeto e que permitiram a sua execução, um especial agradecimento à Professora Isabel Correia.

Aos meus familiares e amigos pelo apoio.

Ao João pela partilha, aprendizagem, apoio e companheirismo.

À Joana, a minha colega de percurso.

A todos, o meu OBRIGADO.

Resumo

A violência doméstica é uma problemática com impacto no concelho de Silves. Foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária em saúde escolar, dirigido aos jovens e à violência nas relações de namoro, enquanto estratégia de prevenção da violência doméstica. O objetivo foi capacitar os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro, melhorando os seus conhecimentos sobre comportamentos preventivos. Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, aplicados questionários específicos para a problemática e realizadas sessões de educação para a saúde. Constatou-se que a violência está presente nas relações de namoro dos jovens sob as suas variadas formas, e as estratégias de resolução de conflitos positivas não são idealmente utilizadas. A intervenção com sessões sobre o tema foi considerada positiva pelos jovens. É essencial continuar a intervir com vista à minimização e prevenção da violência no namoro, através da capacitação dos jovens.

Descritores: Prevenção, Saúde Escolar, Violência no Namoro

"At school ... - A strategy in preventing dating violence"

Abstract

Domestic violence is a problematic with impact at the Silves council. It was developed a communitary intervention project in scholar health, aimed to the youngsters and to the violence in dating relationships, while a domestic violence prevention strategy. The objective was to capacitate the youngsters to adopt positive attitudes regarding the conflicts in dating relationships increasing their knowledge about preventive behaviours. It was used the health planning methodology, through the application of specific questionnaires to the problematic, and performed health education sessions. It was concluded that violence is present in youngsters dating relationships under its various forms and that positive conflicts resolution strategies are not ideally used. The intervention with training sessions about the subject was considered positive among the youngsters. It is essential to continue taking action, regarding the minimization and prevention of dating violence, through the capacitation of youngsters.

Keywords: Prevention, Scholar Health, Dating Violence

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência	24
Figura 2: Tipologia da violência.....	26
Figura 3: Prevalência praticada por parceiro íntimo, por regiões da OMS.....	29
Figura 4: Média de vítimas no ano de 2016.....	30
Figura 5: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender	43
Figura 6: Localização geográfica do concelho de Silves.....	60
Figura 7: Grelha de análise para determinação de prioridades.....	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição da população residente segundo as habilitações literárias	64
Gráfico 2: Número de casos de violência doméstica contra cônjuges ou análogos no município de Silves	69

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Natureza da violência interpessoal.....	28
Quadro 2: População residente em Silves no concelho de Silves e respetivas freguesias	61
Quadro 3: População segundo género e idade.....	62
Quadro 4: Número de pessoas por setor de atividade.....	63
Quadro 5: Desemprego registado segundo género.....	63
Quadro 6: Número de crimes de violência doméstica por freguesia	67
Quadro 7: Número de vítimas por faixa etária	67
Quadro 8: Problemática por freguesia	68
Quadro 9: Análise de conteúdo do <i>focus group</i>	71
Quadro 10: Sessões de educação para a saúde realizadas.....	95

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1: Estádios de desenvolvimento segundo a Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erikson.....	37
Tabela 2: População residente.....	60
Tabela 3: Grelha de análise do problema	77
Tabela 4: Frequência absoluta (F) e percentagem (%) segundo a relação	84
Tabela 5: Frequência absoluta (F) e percentagem (%) segundo idade com que começaram a namorar.....	85
Tabela 6: Consistência interna das subescalas de CADRI	86
Tabela 7: Consistência interna das subescalas de EAVN	86
Tabela 8: Análise descritiva das subescalas de CADRI (eu).....	87
Tabela 9: Análise descritiva das subescalas de CADRI (Ele).....	87
Tabela 10: Análise descritiva das subescalas de EAVN	92
Tabela 11: Avaliação das sessões de educação para a saúde.....	96

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO 1- Inventários de Conflitos nas Relações de Namoro entre Adolescentes (CADRI) .CXXVII	
ANEXO 2- Escala de Atitudes Acerca da Violência no Namoro (EAVN)	CXXXII
ANEXO 3: Autorização da Comissão de Ética da ARS Algarve para a realização do projeto de intervenção	CXXXVII
ANEXO 4: Autorização da Comissão de ética da Universidade de Évora para a realização do projeto de intervenção.....	CXL

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Pedido de autorização e resposta para a utilização dos instrumentos de recolha de dados	CXLIII
APÊNDICE 2: Pedido de autorização para a realização do projeto na escola.....	CXLVI
APÊNDICE 3: Consentimento informado aos encarregados de educação para a participação dos jovens no projeto	CXLVIII
APÊNDICE 4: Análise do <i>focus group</i>	CLI
APÊNDICE 5: Folheto entregue aos alunos- Violência no Namoro.....	CLVII
APÊNDICE 6: Artigo realizado no decorrer do Estágio Final	CLX
APÊNDICE 7: Cronograma de atividades.....	CLXXXVII
APÊNDICE 8: Planos das sessões de educação para a saúde.....	CLXXXIX
APÊNDICE 9: Questionários para os alunos, para avaliação das sessões de educação para a saúde.....	CCXXIX
APÊNDICE 10: Questionário para os docentes, para avaliação das sessões de educação para a saúde.....	CCXXXI

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

APA- *American Psychological Association*

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARS – Administração Regional de Saúde

CA- Comportamento Ameaçador

CADRI- Inventário de conflitos nas relações de namoro entre adolescentes

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CLASS- Conselho Local de Ação Social de Silves

DGS- Direção-Geral da Saúde

EAVN- Escala de atitudes acerca da violência no namoro

ERCA- Estratégia de Resolução de Conflitos Abusiva

ERCnA- Estratégia de Resolução de Conflitos não Abusiva

GNR- Guarda Nacional Republicana

INE- Instituto Nacional de Estatística

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UMAR- União de Mulheres Alternativa e Resposta

VF- Violência Física

VFF- Violência Física Feminina

VFM- Violência Física Masculina

VPF- Violência Psicológica Feminina

VPM- Violência Psicológica Masculina

VS- Violência Sexual

VSF- Violência Sexual Feminina

VSM- Violência Sexual Masculina

VSevera- Violência Severa

INDÍCE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. Violência.....	18
1.1.1. Determinantes da violência.....	24
1.1.2. Tipos de violência.....	26
1.2. Violência nas Relações de Intimidade e Violência Doméstica.....	28
1.3. Violência no Namoro.....	33
1.3.1 Intervenção na adolescência.....	37
1.3.2. Prevenção da violência no namoro em meio escolar.....	39
1.4. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Prevenção da Violência no Namoro.....	41
2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS	48
2.1 Metodologia do Planeamento em Saúde.....	48
2.2 <i>Focus Group</i> no Diagnóstico de Situação.....	51
2.3. Metodologia Utilizada na Fase de Implementação do Projeto.....	54
2.4. Considerações Éticas.....	57
3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	59
3.1. Caracterização do Concelho de Silves e da População Residente.....	60
3.1.1. Atividade económica e emprego.....	62
3.1.2. Educação e rede de ensino.....	64
3.2. Análise dos Resultados – Identificação de Necessidades/Problemas.....	65
3.2.1 Análise dos dados concelhios.....	65
3.2.2. Análise do <i>focus group</i>	70
4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	74
5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS	79
5.1. População-Alvo.....	79
5.2. Definição de Objetivos.....	79
5.3. Seleção de Estratégias.....	80
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO	82

6.1. Seleção das Intervenções e Cronograma de Atividades	82
6.2. Previsão de Recursos.....	83
6.3. Identificação de Situações de Conflito e Atitudes dos Jovens- Resultados e Discussão de Resultados da Aplicação de CADRI e EAVN.....	84
6.4. As Sessões de Educação para a Saúde	94
6.5. Outras Atividades do Projeto	97
6.6. Seguimento “ <i>Follow up</i> ” do Projeto.....	98
7. AVALIAÇÃO DO PROJETO	99
8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	102
9. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	104
CONCLUSÃO	112
BIBLIOGRAFIA	118

INTRODUÇÃO

Atualmente a prevenção da violência constitui uma das cinco prioridades mundiais, contudo apresenta evidentes lacunas, como um défice no conhecimento acerca da extensão do problema, na qualidade e alcance dos programas de prevenção, no acesso aos serviços de atendimento às vítimas, na aplicação da legislação existente e nos mecanismos de coordenação do trabalho multissetorial. Como tal, a colaboração entre setores é fundamental para colmatar essas lacunas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014). Um dos aspetos que prejudica a prevenção do fenómeno da violência é a não determinação da sua extensão, pela deficiência de dados, estimando-se que a violência que ocorre seja muito superior à documentada.

A OMS apresenta algumas estratégias para a prevenção da violência, destacando-se uma delas, que se relaciona com o desenvolvimento de competências para a vida em crianças e adolescentes, desenvolvendo “programas de competências sociais, emocionais e comportamentais podem contribuir para prevenção da violência juvenil” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014, p. 99). A literatura evidencia-nos que o problema da violência doméstica pode ser reduzido se atuarmos a título de prevenção, o que deve ser feito o mais precocemente possível, ao nível das relações de intimidade, nomeadamente nas relações de namoro entre os jovens. Alguns dos casos de violência no namoro podem-se prolongar na vida conjugal, convertendo-se facilmente em violência doméstica, e é este facto que faz surgir a necessidade iminente de prevenção primária da violência, nomeadamente ao nível da violência nas relações de intimidade (Guerreiro *et al.*, 2015).

Este relatório referente ao estágio, que ocorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] no concelho de Silves, desenvolvido no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, explicita o projeto desenvolvido nesta área após o diagnóstico de saúde nos ter permitido identificar esta área como uma das prioritárias do concelho de Silves.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade, e o enfermeiro especialista nesta área detém uma grande capacidade para responder de forma adequada às necessidades das diferentes pessoas, grupos ou comunidades (Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Assim, uma intervenção adequada numa comunidade pressupõe que esta seja adaptada à sua realidade e às suas necessidades, tal não é possível se não se conhecerem os fatores que condicionam o estado de saúde da mesma, isto é, os seus determinantes. Esta mesma intervenção deverá ser realizada com vista a suprir uma necessidade apresentada por essa comunidade, caso contrário não apresentará qualquer impacto, constituindo um mau aproveitamento dos recursos. De forma a responder adequadamente às necessidades da comunidade/grupos, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública deve usar a metodologia de planeamento em saúde, tal como previsto nas competências específicas desta área de especialização.

Assim, o projeto de intervenção desenvolvido teve como base a metodologia do planeamento em saúde, sendo enquadrado na teoria de enfermagem de Nola Pender, o Modelo de Promoção da Saúde. Citando Pereira (2011, p.1), com base em Imperatori e Giraldes (1992), “o planeamento da saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários” e de acordo com a determinação de prioridades estabelecidas, permitindo escolher a ou as soluções ótimas, entre muitas alternativas, considerando as dificuldades conhecidas ou previsíveis no futuro (Pereira, 2011).

O projeto de intervenção foi elaborado de acordo com o diagnóstico de situação efetuado, e após a sua realização, foi possível identificar a violência, mais especificamente a violência doméstica 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, visando a prevenção da violência nas relações de namoro. A realização deste projeto integrou o Programa de Saúde Escolar da UCC, o que possibilitou, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos jovens numa vertente de prevenção e educação para a saúde. A escola tem um papel fundamental para o processo de educação e cidadania dos alunos/jovens, com capacidade para a consciencialização e capacidade de alterar comportamentos, tornando-se imprescindível integrar a escola como recurso e veículo de informação e capacitação nesta intervenção (Guerreiro *et al.*, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar é um programa integrado na carteira de programas e projetos da UCC, com vista a alcançar mais e melhor saúde para toda a comunidade educativa (alunos, pais, encarregados de educação, educadores de infância, professores e assistentes operacionais). O protocolo existente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação possibilita a implementação e a dinamização da saúde em meio escolar. O enfermeiro tem aqui um papel de destaque, sendo responsável pela articulação entre escolas e serviços de saúde, e desempenha uma função primordial no que diz respeito à educação e promoção da saúde em meio escolar, nomeadamente no contexto da aquisição de competências conducentes a comportamentos saudáveis ao longo da vida (OE, 2013).

Definiram-se como objetivo geral para este projeto, de forma a intervir na problemática da violência no namoro, no contexto da Saúde Escolar: capacitar os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro; e como objetivos específicos: identificar situações de conflito nas relações de namoro destes jovens, conhecer as suas atitudes em relação às situações de violência no namoro, e melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro.

A população-alvo deste projeto de intervenção comunitária foram os jovens do 9º ano de uma escola básica do concelho de Silves, pertencente à freguesia com maior incidência da problemática tendo sido desenvolvido com uma amostra por conveniência, desta população.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram o *Inventário de conflitos nas relações de namoro entre adolescentes (CADRI)* (Autores: Wolf, Scott, Straatman, Grasley & Reitzel-Jaffe, 2001) Adaptação Portuguesa: R. Saavedra, C. Machado, C. Martins & D. Vieira, 2008) - Versão para Investigação e a *Escala de atitudes acerca da violência no namoro (E.V.A.N.)* (Autores: Price, Byers & The Dating Violence Research Team, 1999); Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado & Martins, 2008) – Versão para Investigação, que se apresentam em anexo (Anexo 1 e 2 respetivamente) com a devida autorização dos autores (Apêndice 1).

Após a recolha de informação e a identificação das situações de conflito e das atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro, foram delineadas estratégias de intervenção específicas e planeadas intervenções com vista à capacitação dos jovens e melhoria dos seus conhecimentos, no contexto de sessões de educação para a saúde, acerca

dos tipos e formas de violência nas relações de namoro, aumento da sua percepção acerca dos comportamentos de violência, desmistificando os tipos de violência não-física, dotando estes jovens de competências emocionais e de gestão de emoções, que lhes permitam gerir situações de conflito e evitar comportamentos de violência, quer pela sua não-legitimação, quer pela não perpetuação.

Pretende-se neste Relatório Final apresentar o trabalho desenvolvido no Estágio e, de acordo com o previsto na unidade curricular, evidenciar capacidade de reflexão tanto sobre as práticas realizadas como de fundamentação das mesmas com base na evidência científica; demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária segundo as etapas do planeamento em saúde, analisar criticamente o processo de desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e demonstrar capacidade de liderança perante a concretização destas atividades. Ainda de acordo com o Decreto-Lei n.º63/2016 de 13 de setembro, e com o objetivo de obtenção do grau de mestre, este relatório pretende demonstrar não só a capacidade de integrar conhecimentos e competências, mas também o desenvolvimento da capacidade de reflexão e de comunicação das conclusões e resultados subjacentes.

Relativamente à estrutura, este trabalho encontra-se dividido em quatro partes. Inicialmente é apresentado o enquadramento teórico relativo à área de intervenção em causa, onde se apresentam conceitos e se realiza a contextualização do tema, se evidencia a extensão, relevância e natureza do problema, procurando explicitar esta temática de forma e a apresentar os conhecimentos que permitiram trabalhar e planear intervenções com vista à atuação e redução desta problemática. Nesta parte são explorados os temas da violência em geral, da violência nas relações de intimidade, nomeadamente a violência doméstica e a violência no namoro. É ainda apresentado o referencial teórico de Enfermagem que guiou a implementação das atividades.

A segunda parte corresponde ao diagnóstico de saúde e à fase de operacionalização. Será apresentada a metodologia utilizada para a sua realização, bem como a caracterização do concelho. Ainda nesta parte é apresentada a análise dos dados do concelho e dos dados qualitativos resultantes do *focus group* realizado com os representantes das diversas entidades da comunidade para a pesquisa de consenso, que nos permitiram identificar os problemas. São também determinadas prioridades, para uma intervenção hierarquizada,

fixados objetivos, selecionadas estratégias, apresentadas as intervenções realizadas, bem como os resultados obtidos e por fim a avaliação do projeto de intervenção. São ainda apresentadas outras atividades realizadas no decorrer no estágio, para além das atividades diretamente relacionadas com o projeto.

Na terceira parte é apresentada uma reflexão acerca das competências adquiridas durante este processo, referindo não só as competências do grau de mestre, mas também as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas referentes à área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Por fim, na última parte é realizada uma conclusão de todo o relatório.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* [APA] – 6ª 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 nas relações de intimidade.

Assim, foi realizada uma pesquisa bibliográfica de forma a fundamentar a intervenção planeada e realizada, procurando também perceber as intervenções já realizadas anteriormente, integradas nos diversos programas e projetos. Também este estudo direcionou e orientou a intervenção posterior e o projeto de intervenção realizado.

1.1. Violência

Ao longo da História da Humanidade, a violência tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, e surge sob diversas formas nas diferentes civilizações. Contudo, tal facto, não pressupõe que a violência seja considerada como parte inevitável da condição humana. Atualmente, o conceito de atos violentos 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, levando, em casos limite, à morte (DGS, 2014).

No mundo todo, são registadas anualmente mais de 1,3 milhões de mortes resultantes da violência, em todas as suas formas, correspondendo a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2014), e estima-se que ocorram mais de 16 milhões de casos de lesões não-fatais relacionadas com a violência que requeiram cuidados médicos (Butchart, Mikton, & Kieselbach, 2012). São números assustadores e que permitem compreender a emergência de atuar nesta problemática.

Apesar de ser possível considerar que não existe uma definição única de violência (DGS, 2014), a OMS (2014, p.2) refere que se entende por violência “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação”.

O conceito de violência é dotado de um caráter 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. Assim, “pode ser entendido de diversas perspetivas, tendo em conta a forma como este é percebido, vivido e representado, tanto por parte da vítima, como do autor ou da sociedade” (DGS, 2014, p.24). Posto isto, algumas noções associadas a tal devem ser consideradas, como a de “intencionalidade, poder, alvo, natureza e impacte” (p.24).

A intencionalidade encontra-se relacionada com a própria ação, e a violência deve ser distinguida de atos não intencionais que resultem em lesões, contudo se tal ato for considerado perigoso e potencial causador de danos, pode ser tido por violência, embora o agressor não o considere como tal. A noção de poder é caracterizada pela hierarquia existente entre o agressor e a vítima, não se tratando apenas de força física, mas também de ameaça e intimidação. No que diz respeito à natureza da violência pode englobar-se atos de negligência ou omissão, a violência de natureza física, psicológica, sexual e ainda comportamentos suicidas/ agressão autodirigida. O impacte refere-se aos danos provocados por essa violência, quer sejam físicos, morte, danos psicológicos, morais ou sociais (DGS, 2014).

A problemática da violência é vista hoje em dia como uma questão de Direitos Humanos e de Cidadania, consagrados em vários instrumentos internacionais, como por exemplo na Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pelas Nações Unidas em 1948; na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres de 1979; na Declaração de Sevilha sobre Violência, aprovada pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) em 1986; na Declaração das Nações Unidas sobre a Violência Contra as Mulheres, de 1993; e na Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Doméstica, de 2011 (Convenção de Istambul) (DGS, 2014).

A violência pode assumir características de agressão física, psicológica, sexual, de discriminação, e/ou constrangimento social, pode também ocorrer em diferentes contextos (vida privada ou doméstica, escolar, laboral ou pública), e pode traduzir-se, no que diz respeito à frequência, a uma ação isolada ou a um processo mais ou menos prolongado no tempo (DGS, 2014).

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 (OMS, 2014), das mortes anteriormente referidas cerca de meio milhão referem-se a homicídios, contudo a violência envolve milhões de crianças, mulheres e homens em todo o mundo, e está presente nas casas, escolas e comunidades. Os dados revelam que o número de vítimas de homicídio refere-se na maioria a homens com idades compreendidas entre os 15 e 44 anos, enquanto as mulheres, crianças e idosos suportam o impacto das consequências não fatais, como abusos físicos, sexuais e psicológicos.

A nível mundial, os dados revelam que “25% de todos os adultos relatam ter sofrido abusos físicos quando crianças”, “uma em cada cinco mulheres relata ter sofrido abusos sexuais quando criança”, “uma em cada três mulheres foi vítima de violência física ou sexual praticada por parceiro íntimo em algum momento da vida”, “um em cada 17 idosos relatou ter sofrido abusos no mês que antecedeu a pesquisa” que foi realizada para a elaboração do Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência 2014 (OMS, 2014, p.viii).

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).

As consequências da violência podem prejudicar a vida das pessoas por um longo período de tempo, levando não só ao consumo inadequado de álcool e de drogas, mas também à depressão, ao suicídio, à evasão escolar, ao desemprego e a dificuldades de relacionamento. Contudo também desigualdades económicas, o próprio consumo indevido de bebidas alcoólicas e “práticas parentais inadequadas aumentam a probabilidade de maus-tratos à criança, violência juvenil, violência praticada por parceiro íntimo e violência sexual contra a mulher” (OMS, 2014, p.viii). De acordo com a mesma fonte, crianças que sofrem rejeição,

negligência, punição corporal severa e abuso sexual, ou que testemunham violência estão em maior risco de envolver-se em comportamento agressivo e antissocial em estágios mais avançados do seu desenvolvimento, o que inclui comportamentos violentos na idade adulta.

É evidente que a violência contribui para problemas de saúde ao longo da vida, e para morte prematura, exercendo também uma influência a nível dos sistemas de saúde, de justiça criminal, sociais e de bem-estar, e sobre a estrutura económica das comunidades (OMS, 2014).

Apesar dos números 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 ou da prestação de serviços, prejudicando os esforços para a prevenção do problema e tornando necessário a pesquisa junto das populações, como fonte essencial de informações para a documentação da natureza e extensão do problema. 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, “da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir e reduzir, em todo o mundo, as complicações relacionadas à gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e água contaminados” (p.1164), e que os fatores responsáveis pelas ações violentas podem ser modificados.

Assim, a saúde pública, cujo foco é a saúde das comunidades e populações, e cuja abordagem está baseada nos requisitos rigorosos do método científico, ao procurar atuar nesta problemática com vista à solução, deve procurar conhecimentos básicos sobre os aspetos da violência, a sua extensão, as características e as consequências da violência a nível local, nacional e internacional, investigar as causas que determinam a violência, bem como os

fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência e os fatores passíveis de modificação através de intervenções, explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando e avaliando as intervenções. As ações que revelem resultados positivos devem ser implementadas e divulgadas para uma maior eficácia e melhor resolução do problema (Dahlberg & Krug, 2007).

Neste sentido, é importante conhecer a “situação em que se encontram as pesquisas sobre violência com enfoques tanto quantitativo quanto qualitativo na busca de evidências”, e a forma como esses resultados podem contribuir para a elaboração de estratégias para enfrentar este problema, com o intuito de diminuir a incidência da violência, bem como as suas consequências (Dantas, Farias, Rocha, Costa & Medeiros, 2010, p.1937).

A OMS aponta algumas estratégias, com base em revisões sistemáticas de evidência científica sobre a prevenção, referindo-as como as sete melhores estratégias com potencial para reduzir a ocorrência de múltiplas formas de violência, ajudando a reduzir a probabilidade de que indivíduos perpetrem violência ou se tornem vítimas, são elas:

- ✓ “desenvolver relacionamentos seguros, estáveis e protetores entre crianças e seus genitores e cuidadores”;
- ✓ “desenvolver em crianças e adolescentes as habilidades para a vida”;
- ✓ “reduzir a disponibilidade e o uso nocivo do álcool”;
- ✓ “reduzir o acesso a armas de fogo e facas”;
- ✓ “promover igualdade de gênero, visando prevenir a violência contra a mulher”;
- ✓ “mudar normas culturais e sociais que apoiam a violência”;
- ✓ “criar programas de atendimento às vítimas, incluindo identificação e cuidados” (OMS, 2014, p.viii-ix).

No ano de 2011, cerca de 300 especialistas na área de prevenção da violência, de mais de 60 países, discutiram os progressos para o futuro, no contexto da Reunião da Quinta Guerra Mundial para a Prevenção da Violência. Foram assim criados objetivos, no total seis, que pretendem de uma forma global, priorizar a prevenção da violência na agenda da saúde pública, construir bases sólidas para os esforços da prevenção da violência e concentrar o apoio aos esforços de prevenção da violência em estratégias de prevenção com base em evidências, permitindo prevenir múltiplos tipos de violência (Butchart et al., 2012).

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

Alguns exemplos que apontam a título de prevenção, vão de encontro aos também estipulados mais tarde pela OMS (2014), e inclui o suporte para pais, o treino de habilidades sociais para a vida em crianças e adolescentes de alto risco, a necessidade de alterar as normas sociais e culturais que apoiem a violência, a redução do acesso e uso nocivo do álcool, a implementação de medidas para reduzir os riscos de morte e lesões relacionadas a armas de fogo e a promoção do acesso a serviços e recursos destinados a minimizar as consequências da violência e a reduzir sua reincidência e prevalência, quer para vítimas quer para perpetradores.

De acordo com as evidências existem relações fortes entre níveis de violência e fatores potencialmente modificáveis como desigualdade económica, acesso a armas de fogo, acesso e uso prejudicial de álcool, e monitorização insuficiente e supervisão parental das crianças (Butchart et al., 2012).

Um outro objetivo para a prevenção da violência deve ser o fortalecimento da colaboração entre a saúde pública e outros setores, como por exemplo o setor de justiça criminal e a polícia com o intuito de complementar os importantes papéis que estes setores podem desempenhar na prevenção da violência. A aplicação de leis pela parte policial e da justiça permitem regular determinados fatores de risco, enquanto que para quem formula as políticas de saúde, é importante reconhecer a dissuasão e a educação pré-escolar, bem como o apoio inicial da família.

São vários os fatores que contribuem para o fenómeno da violência, e esta pode ainda variar quanto à tipologia e quanto à sua natureza. Torna-se, assim, de extrema importância conhecer este fenómeno por forma a compreender a sua complexidade e o modo como constitui um problema na sociedade atual.

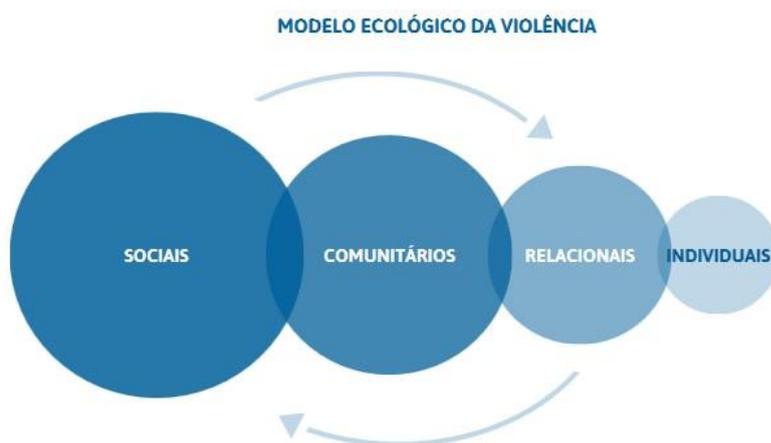
1.1.1. Determinantes da violência

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, 2014).

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 Broffenbrenner 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, conforme consta na figura 1 (DGS, 2014).

Figura 1: Modelo Ecológico da Violência



Adaptado de : Krug et al, 2002

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. No que diz respeito à perspectiva comunitária, 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, a 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 incluem as normas culturais, valores, crenças, políticas de saúde, sociais, de justiça e de educação, entre outros (DGS, 2014).

Também a OMS (2014) refere que 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.

De acordo com Dahlberg & Krug (2007), existem normas culturais predominantes no fenómeno 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. A combinação de alguns destes fatores cria um ambiente social propício à violência (OMS, 2014).

Como tal, a ligação que se verifica entre os diversos tipos de violência e os fatores individuais e os contextos sociais, culturais e económicos, leva a que a atuação nestes fatores constitua uma forma de atuação ao nível da prevenção da violência, por se tratar de fatores potencialmente modificáveis e, segundo a OMS (2014), este aspeto pode contribuir para uma redução da ocorrência de casos nos diferentes tipos de violência. Neste sentido, tendo em conta os vários níveis de risco preconizados pelo modelo ecológico para compreensão do fenómeno, a OMS (2014) defende que sejam criadas respostas multifacetadas que considerem os diferentes patamares de intervenção.

Os índices de homicídio, agressão física e sexual e violência de parceiros íntimos são influenciados por determinantes sociais como pobreza, desigualdade económica, desemprego, governança pobre e normas sociais, como por exemplo género, etnia e classe social (Butchart et al., 2012), e segundo a mesma fonte, esses determinantes podem levar muito tempo para se alterar, e essa alteração exige ação por parte de diversos setores dentro de uma comunidade ou país.

Contudo, é essencial que seja reconhecida a relação entre a violência e os determinantes sociais e que, sempre que possível, a prevenção da violência seja integrada em estratégias que abordem estes mesmos determinantes.

1.1.2. Tipos de Violência

Os diferentes tipos de violência compartilham fatores de risco subjacentes e inter-relações importantes. A violência pode ser caracterizada em três grupos distintos, tendo em consideração quem perpetua o ato de violência: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva, conforme esquematizado na seguinte figura (Figura 2).

Figura 2: Tipologia da violência



Adaptado de: Krug et al., 2002

Fonte: DGS (2014, p.27)

A violência autodirigida refere-se a comportamentos autolesivos e atos suicidas (suicídio e comportamentos para-suicidários), quando o ato de violência é dirigido a si próprio (DGS, 2014).

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 (DGS, 2014).

A violência interpessoal pode ser categorizada, de acordo com a sua natureza em violência física, psicológica, sexual, privação e negligência. No seguinte quadro (Quadro 1) são exemplificados estes diferentes tipos de violência.

Quadro 1: Natureza da violência interpessoal

VIOLÊNCIA FÍSICA	Engloba atos como empurrar, pontapear, esbofetear, lançar objetos, torcer, queimar, cuspir, puxar cabelos, beliscar, esfaquear, espancar, estrangular, entre outros, podendo haver, inclusive, tentativa ou, mesmo, homicídio da vítima.
VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA	Inclui insultos, ameaças, críticas, humilhações, desvalorizações, intimidações, isolamento social, privação de contacto com a família e os amigos, revista a objetos pessoais (ex., agenda, telemóvel, computador), privação de documentação pessoal, negação do acesso a dinheiro ou a cuidados de saúde, entre outros. Muito embora seja difícil operacionalizar o conceito de violência psicológica, ela é geralmente descrita como o conjunto de atos verbais ou não verbais que causam dano, também simbólico em quem é vítima, ou em que haja a intenção de causar danos nesta. Muitas investigações têm demonstrado que a violência física e a violência sexual são, frequentemente, precedidas (e acompanhadas) de violência psicológica. Este tipo de vitimização apresenta índices muito elevados e alguns estudos documentam que a violência psicológica pode ser tão gravosa quanto a violência física ou causar dano mais significativo e persistente.
VIOLÊNCIA SEXUAL	Passa por obrigar, coagir, ameaçar ou forçar a vítima a práticas sexuais contra a sua vontade, incluindo a violação no contexto conjugal, que muitas vezes não é entendida pelas vítimas enquanto tal. Alguns estudos indicam que uma elevada percentagem de mulheres que sofrem violência física também sofrem violência sexual.
PRIVAÇÃO E NEGLIGÊNCIA	Envolve qualquer ato de privação ou omissão no que respeita ao provimento de necessidades básicas de um indivíduo, a nível emocional, de saúde, educação, nutrição, segurança, habitação e condições de vida, entre outras.

Fonte: DGS (2014, p.28)

A violência coletiva diz respeito a atos cometidos por grupos alargados de indivíduos e pode ter motivações tanto de carácter social como político ou económico (DGS, 2014).

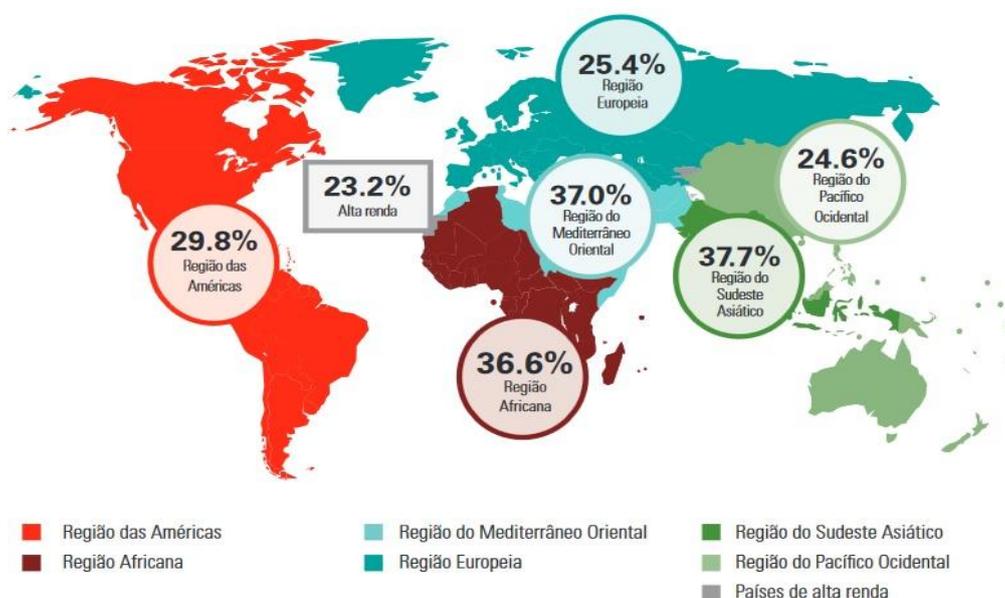
No decorrer deste trabalho será evidenciada a violência nas relações de intimidade inserida na violência interpessoal, mais propriamente a violência no namoro.

1.2. Violência nas Relações de Intimidade e Violência Doméstica

A violência nas relações de intimidade define-se por “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 *et al.* (2002), referido por DGS (2014, p.45)).

Este tipo de violência foi considerado 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, 2014). A seguinte figura (Figura 3) mostra-nos a prevalência deste tipo de violência no mundo, podendo-se constatar números elevados e preocupantes.

Figura 3: Prevalência praticada por parceiro íntimo, por regiões da OMS



Fonte: OMS (2014)

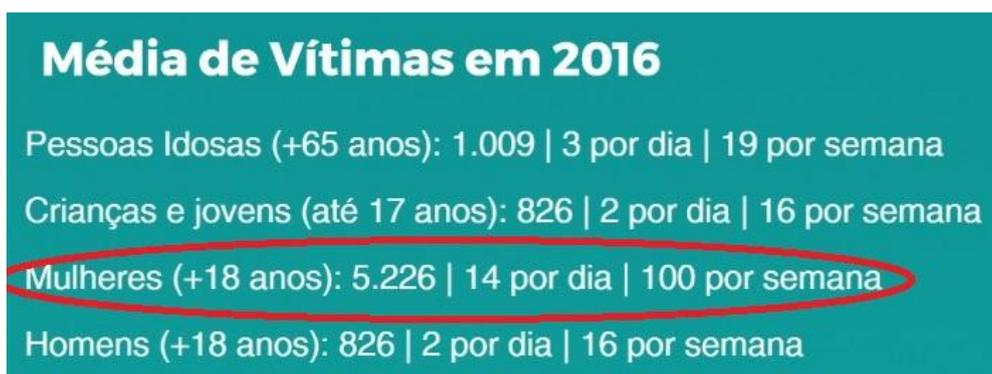
Nos anos 70, um movimento feminista, associado a uma maior consciencialização da violência que ocorria nas famílias, despertou a atenção para a violência contra as mulheres em casa, devido à cultura patriarcal dominante, alertando sobretudo para os maus-tratos físicos recorrentes, que existiam na família e no casamento, e para o impacto que estes apresentavam ao nível da saúde da mulher. Associado a tal fato, surgiram vários conceitos, como “abuso marital”, “violência conjugal” e “violência doméstica”, e, mais tarde, por esta violência ocorrer essencialmente contra mulheres, surgiram outros termos, como “violência contra as mulheres no espaço doméstico” e “violência de género” (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012).

De acordo com o Instituto Europeu para a Igualdade de Género da União Europeia, referido pela DGS (2014, p.46) a

“violência de género compreende qualquer prática violenta dirigida contra uma pessoa tendo por base o género. Constitui uma violação de direitos fundamentais no que respeita à vida, liberdade, segurança, dignidade, igualdade entre homens e mulheres, não discriminação e integridade física e mental. Inclui situações como violência doméstica, assédio sexual, violação, violência sexual durante conflitos armados (em particular, homicídio, violações sistemáticas, escravidão sexual e gravidez forçada), esterilização e/ou aborto forçado, uso coercivo de contraceptivos, infanticídio feminino e seleção de sexo pré-natal”.

Muitas vezes a violência de género e a violência contra mulheres são utilizadas como sinónimos, dado os índices de violência serem maioritariamente referentes às mulheres. As estatísticas da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], presentes no Relatório Anual 2016, confirmam esta referência, conforme se pode constatar na seguinte figura (Figura 4).

Figura 4: Média de vítimas no ano de 2016



Fonte: Adaptado de APAV (2016)

Em 2002, a violência constituía a maior causa de morte e invalidez entre as mulheres, contudo tem-se verificado um número crescente da vitimização no sexo masculino. Estudos realizados em vários países evidenciam que 40 a 70% das mulheres vítima de homicídio foram mortas pelos seus maridos ou namorados, enquanto os homens estão, de uma forma geral, mais expostos à violência por parte de uma pessoa fora do seu círculo íntimo de relações (Krug *et al.* (2002), referido por Redondo *et al.* (2012)).

No entanto, as mudanças que ocorreram na sociedade e que levaram a alterações do conceito de família, incluindo relações como união de facto, namoro, relações homossexuais, e também ao incluir os homens como alvo de violência, surgiram outros conceitos mais abrangentes como “violência no casal” e “violência entre parceiros íntimos” (DGS, 2014).

Assim, identifica-se como violência familiar/entre parceiros íntimos, a violência 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)” (Redondo *et al.*, 2012, p.46).

Este mesmo autor considera como maus-tratos qualquer conduta de carácter abusivo perpetuado sobre o outro, de forma intencional, habitualmente de um modo continuado, e que pode envolver ações diretas relacionadas com maus-tratos físicos e sexuais e não-diretas como controlo e omissão.

No nosso país, o termo mais vulgarmente utilizado para nos referirmos a este tipo de violência é ‘violência doméstica’. De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de dezembro, referido pela DGS (2014, p.46), entende-se por violência doméstica:

“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”.

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, 2014).

Várias medidas foram tomadas, com o intuito de combate e prevenção desta problemática.

O crime de Violência Doméstica foi consagrado pela primeira vez no Código Penal de 1982, previsto e punido no artigo 153º, e em 2000 pela Lei nº 7/2000, de 27 de maio, foi consagrada a natureza pública do crime de maus tratos, “quebrando a ideia tradicional da inviolabilidade da família e não intromissão do Estado nos assuntos “domésticos”, com uma protecção radicada na dignidade da pessoa humana” (Simões, 2015:7), deixando de estar o procedimento criminal dependente de queixa por parte da vítima, assim, é suficiente uma

denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo (DGS, 2014).

Em Portugal, atualmente, o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014-2017), com base nos pressupostos da Convenção de Istambul, assume-se como uma mudança de paradigmas nas políticas públicas a nível nacional (Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013 de 31 de dezembro, Diário da República, 2013), e procura, no seguimento dos planos anteriores

“delinear estratégias no sentido da proteção das vítimas, da intervenção junto de pessoas agressoras, do aprofundamento do conhecimento dos fenómenos associados, da prevenção dos mesmos, da qualificação dos/as profissionais envolvidos/as e do reforço da rede de estruturas de apoio e de atendimento às vítimas. Contempla ainda medidas preventivas e de intervenção no domínio de outras formas de violência de género, como a mutilação genital feminina e as agressões sexuais” (DGS, 2014, p.48).

Este tipo de violência é também um fenómeno complexo e multidimensional, tal como a violência em geral, como referido anteriormente.

No caso específico da violência doméstica, estudos e investigações têm demonstrado que a exposição durante a infância a situações de violência constitui um fator de risco importante, no sentido em que eles próprios se podem tornar vítimas ou ser perpetradores na adolescência ou em adultos. Comportamentos de rejeição, abandono, negligência proveniente de pais ou cuidadores potenciam comportamentos violentos e antissociais na criança ou jovem quando adultos (DGS, 2014).

Por ser evidente esta associação de experiências e comportamentos acima referidos, torna-se importante explorar esta temática, no que diz respeito à violência presente nas relações dos jovens, especificamente a violência no namoro, conhecendo e compreendendo melhor este fenómeno, com vista a uma melhor e mais eficaz atuação nesta área.

1.3. Violência no Namoro

A violência no namoro “é um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação” (APAV, *em linha*).

De acordo com Caridade & Machado (2006) e Redondo et al. (2012), cerca de 28% dos homens e mulheres, em algum momento das suas vidas, estiveram ou estarão inseridos numa relação que envolve atos de violência, contudo a ocorrência de violência é mais provável em relações afetivas mais duradouras e em que existe coabitação.

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.

Uma dessas particularidades, e 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, 2014).

Ainda de acordo com a mesma fonte, há tendência para que nesta altura, quer a vítima, quer o agressor desvalorizem a violência nestas relações, contudo é perceptível o impacto que provocam a nível psicológico e emocional, mais evidente no sexo feminino. Comprovando este aspeto podemos referir um estudo realizado pela União de Mulheres Alternativa e Resposta [UMAR] (2017), que refere que cerca de 14% dos jovens não reconhecem a violência psicológica como forma de violência.

Existe ainda a crença “de que a violência no namoro é algo normal e socialmente aceite. Consequentemente, a violência torna-se quase invisível, uma vez que vem disfarçada de amor, confundida com afeto e cuidado” (Nascimento (2009) referido por Redondo *et al.* (2012, p.63)). Outros mitos subsistem nos dias de hoje, como: que o ciúme é uma prova de amor; que a violência irá terminar após o casamento ou a coabitação, que quando se gosta de alguém deve-se fazer tudo o que o outro gosta, que os rapazes nunca são vítimas, que é melhor ter um namorado/a violento/a do que não ter nenhum/a, entre outros (Rede Portuguesa de Jovens Para a Igualdade de Oportunidades Entre Mulheres e Homens, 2013). Um estudo refere que as principais causas de violência indicadas pelos jovens são o ciúme (83,5%), o consumo de álcool e drogas (48,5 %) e o ‘sentimento de domínio/ posse/controlado’ (25,7%), numa amostra de 272 inquiridos (Ventura, 2014).

A violência no namoro tem vindo a ganhar destaque ao nível da investigação, contudo os estudos desenvolvidos nesta área têm-se debruçado essencialmente a caracterizar a problemática, bem como a definir a sua prevalência (Caridade (2011), Caridade & Machado (2006)).

Um estudo realizado em 2010 pela UMAR, sobre violência no namoro, revela que, numa amostra de 413 alunos, 25% das raparigas e 24% dos rapazes afirmam ter sido vítimas de violência psicológica no namoro, sendo que este tipo de violência inclui atos como ‘chamar nomes’, ‘pegar no telemóvel sem autorização para controle das chamadas e mensagens’, ‘proibir de estar ou falar com algum amigo’, ‘proibir de sair sem o namorado/a’, ‘ameaças’, ‘proibir vestir alguma peça de roupa’, ‘obrigar a fazer alguma coisa que o outro não queria e fazê-lo sentir mal por isso’, ‘humilhar, dizendo coisas que rebaixam’. Este tipo de violência nem sempre é percebido como tal, sendo considerado como demonstração de amor, em que o ciúme é indispensável, e o gostar se confunde com o controlar (UMAR, 2010).

Também a análise da literatura realizada por Caridade & Machado (2013, p.106), revela que a “violência nas relações de intimidade não é uma experiência incomum entre os jovens”, e constitui uma “problemática de dimensões preocupantes e efeitos alarmantes, não somente a nível individual mas em toda a esfera social”. Um estudo realizado por Ventura (2014), com uma amostra de 688 estudantes inquiridos, mostra que 23,0% dos mesmos consideram que foram vítimas de violência nas suas relações de namoro.

De acordo com Guerreiro *et al.* (2015), um estudo realizado em 2013 revelou que 35% dos/as jovens já tinham sido vítima de alguma forma de violência, nomeadamente, 12% refere ter sido vítima de violência verbal, 8% vítima de violência psicológica e 4,5% vítima de violência física. Contudo, 37% das vítimas não se reconhece como vítima de violência no namoro, o que remete para uma necessidade urgente de consciencialização dos jovens, bem como uma intervenção, no sentido de prevenir a violência.

Um estudo mais recente com uma amostra de 5500 jovens, também já referido, evidencia-nos que 14% dos jovens legitima a violência psicológica, 6% a violência física, 24% a violência sexual, 28% legitima comportamentos de controlo e 25% de perseguição (UMAR, 2017). Este mesmo estudo apresenta-nos como conclusões que, em todos os tipos de violência há uma percentagem importante de jovens que legitima comportamentos de violência, considerando aceitável que estes ocorram, bem como uma percentagem relevante que aponta para experiências de todos os tipos de violência nas relações de namoro (UMAR, 2017).

A violência no namoro pode ter um efeito nefasto ao nível da saúde dos jovens, pois, segundo vários autores referidos por Redondo *et al.* (2012), a sua existência está associada a uma maior probabilidade de sofrerem de depressão, insucesso escolar, maior risco de consumo de álcool e/ou drogas, maior propensão para distúrbios alimentares, maior risco de vitimização posterior e *stress* pós-traumático, entre outros.

Para além dos determinantes e fatores de risco referidos na violência interpessoal anteriormente, a violência no namoro apresenta como particularidades a pressão exercida pelos pares enquanto indutora de atitudes de controlo e dominação à assimetria de poderes pré-estabelecida e ao sexismo, e a adoção de padrões de comportamento violentos, inseridas num contexto de desigualdades de género que ainda persistem; as vivências noutros contextos, como é o caso de um ambiente familiar em que a violência doméstica esteja presente, por ocorrer a interiorização de padrões relacionais pautados pela violência; e a tensão e conflitos associados a relações que se vão tornando mais duradouras e com laços interpessoais mais intensos (DGS, 2014).

Redondo *et al.* (2012) refere como fatores de risco associados à violência no namoro a exposição à violência interparental, o consumo de álcool, problemas de comportamento, o

facto de 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 aceitável.

Segundo a DGS (2014), todas as ações preventivas devem ter em consideração estes aspetos, em particular a ação dos profissionais de saúde, e esta etapa do ciclo vital apresenta um enorme potencial preventivo, pela mobilidade dos processos psicológicos e de socialização, que oferece vantagens no que se refere à aprendizagem de relações saudáveis. Assim, de acordo com Wolfe (2006) referido por DGS (2014), é importante que a prevenção da violência de género tenha o seu início na adolescência, sendo o acompanhamento das diversas etapas do crescimento e do desenvolvimento ao longo das duas primeiras décadas da vida do jovem um recurso incontornável.

Esta forma de violência constitui um problema de saúde pública “associado a populações de adolescentes onde importa investir na prevenção, na deteção precoce e na intervenção” (Wolitzky-Taylor, Ruggiero, Danielson, Resnick, Hanson, Smith, *et al.* (2008) referido por Redondo *et al.* (2012:64)), e “onde se deve ter em conta a sua importância enquanto preditor de violência conjugal” (p.64). Guerreiro *et al.* (2015, p.15) refere que é este facto que faz surgir “a necessidade iminente de prevenção primária da violência, e particularmente da violência de género e na intimidade”.

Ventura (2014) realça a escassez de estudos na área da prevenção da violência no namoro, nomeadamente na área da Enfermagem, e desenvolve um estudo em que identifica o contributo do trabalho do enfermeiro nas escolas. Também o mesmo autor refere a “importância da prevenção, com programas que sensibilizem e informem acerca desta problemática”, e que “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).

Os serviços e os profissionais de saúde têm a possibilidade de desenvolver um trabalho continuado com jovens, procurando estimular a aprendizagem de condutas não-violentas e de rejeição de desigualdades e violência de género.

1.3.1. Intervenção na Adolescência

A pesquisa bibliográfica e a investigação realçam a importância de atuar junto dos jovens e adolescentes no que diz respeito à prevenção, pelo que se torna importante compreender o processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças e dos jovens.

Saavedra (2010) realça a Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson como uma das bases teóricas na abordagem do desenvolvimento juvenil.

Segundo Fleming (2004), Erikson veio desenvolver o trabalho de Freud, ao incluir etapas de desenvolvimento durante toda a vida humana, desde a infância até a velhice. Esta Teoria considera que cada um dos estádios de desenvolvimento apresenta características e desafios próprios, a que Erikson denominou de ‘crises’, e que estas apresentavam desafios à identidade individual, considerando que o desenvolvimento bem-sucedido da personalidade dependia da superação das mesmas.

São apresentados esquematicamente os estádios da Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erikson, segundo Fleming (2004), na seguinte tabela (Tabela1):

Tabela 1: Estádios de desenvolvimento segundo a Teoria de Desenvolvimento Psicossocial de Erikson

Idade	Crise
0-1 ano	Confiança básica x Desconfiança
1-2 anos	Autonomia x Dúvida/ Vergonha
3-5 anos	Iniciativa x Culpa
6- 11anos	Indústria x Inferioridade
12-19 anos	Identidade x Confusão de identidade
20-25 anos	Intimidade x Isolamento
26- 64 anos	Generatividade x Estagnação
A partir dos 65 anos	Integração x Desespero

Fonte: Adaptado de Fleming (2004)

A adolescência é marcada por um período de grandes mudanças, quer a nível físico como a nível psicológico e social, e segundo Erikson constitui um ponto de viragem e de grande vulnerabilidade. De acordo com esta mesma teoria, o período da adolescência tem como

‘crise’ a Identidade x Confusão de Identidade e a procura da identidade é a tarefa fulcral desta etapa (Fleming, 2004).

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 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 percepção 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 & cols. (2008) 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” (p.98), 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.

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 carácter preventivo é realçado e a educação para a saúde ganha relevância.

1.3.2. Prevenção da violência no namoro em meio escolar

As intervenções diretamente dirigidas aos jovens, com vista à prevenção da violência podem ocorrer em meio escolar.

Valorizando esta abordagem e considerando a importância desta atuação, no final dos anos 90 surge a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Portugal integra esta rede de escolas desde 1994 (DGS, 2015a).

A Escola Promotora de Saúde procura um ambiente saudável para a aprendizagem, com esforços integrados de todos os membros da comunidade escolar para a promoção e proteção da saúde. 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 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. (Direção-Geral da Educação, 2014).

De acordo com a mesma fonte, “são conhecidas evidências crescentes de que a saúde e a educação estão intimamente ligadas entre si e influenciam outros parâmetros” (p.5), 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 e a Direção-Geral da Saúde 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 (Direção-Geral da Educação, 2014).

A nível nacional, a atuação dos profissionais de saúde em meio escolar está enquadrada no Programa Nacional de Saúde Escolar, constituindo a Saúde Escolar um referencial para a saúde das crianças e dos jovens. Em Portugal, segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar 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, 2015a).

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 jovens 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. Ainda o mesmo autor refere que “os programas nacionais e internacionais de prevenção primária da violência no namoro, em contexto escolar, têm demonstrado elevada eficácia em todos/as os/as jovens envolvidos/as” (p.23).

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 perspetiva de prevenção primária do problema, e com resultados promissores.

Constituindo a escola uma entidade que desenvolve um trabalho fundamental na educação e na cidadania dos jovens, 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.

1.4. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Prevenção da Violência no Namoro

No último século as concretizações da enfermagem foram muito importantes para o desenvolvimento da enfermagem, e o desenvolvimento do conhecimento como base para a prática de enfermagem ganhou relevância. A investigação e publicação de trabalhos teóricos de enfermagem contribuíram para esse desenvolvimento, e os “trabalhos teóricos conduziram a enfermagem a um nível mais elevado” (Tomey & Allgood, 2004, p.17).

Com base nos mesmos autores, o poder da enfermagem é aumentado através do conhecimento teórico e de uma prática fundamentada, e 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 dentro da profissão” (Tomey & Alligood, 2004, p.12), e o seu estudo “desenvolve capacidades analíticas e poder de pensamento crítico, clarifica valores e pressupostos e dirige os objetivos da prática, do ensino e da investigação na enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p.13). Pode-se então considerar que a teoria é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica e é também vital para a prática da profissão.

É assim necessário um conhecimento em que se possa basear a prática, pelo que surgiram trabalhos Teóricos de enfermagem, que podem ser considerados filosofias, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias de enfermagem. Tais, “fornecem-nos as perspetivas da enfermagem que orientam o desenvolvimento e a aplicação do conhecimento na investigação, no ensino, na administração e na prática de enfermagem” (Tomey & Alligood, 2004, p. 31), e as teorias procuram explicar fenómenos como o cuidado e o autocuidado (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013).

As teorias de enfermagem possibilitam ações de enfermagem mais racionais e baseadas em conhecimento e em descrições organizadas, e a “meta é o cuidado holístico, individualizado de forma a satisfazer as necessidades, promover a saúde e prevenir ou tratar doenças” (Silveira & Robazzi, 2014, p.3527).

Na realização deste trabalho, a teoria de enfermagem utilizada foi a teoria da Nola Pender, e será realizada uma breve alusão ao percurso da autora e apresentada a teoria de enfermagem, bem como o seu Modelo de Promoção da Saúde.

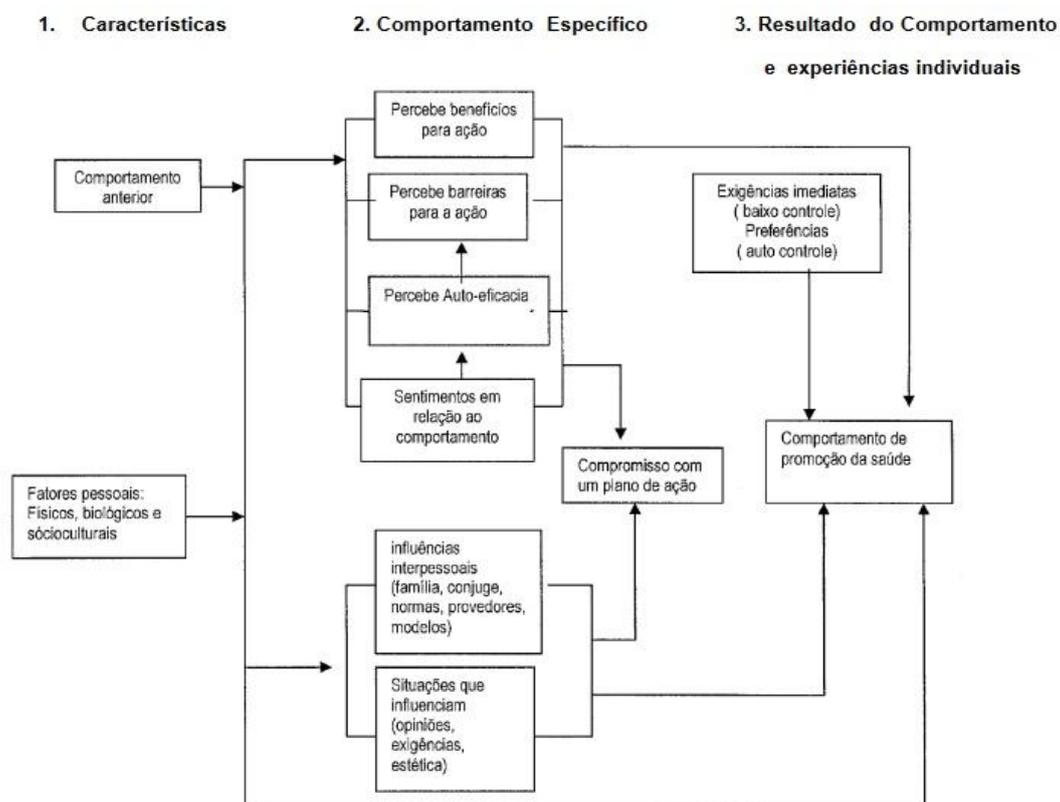
Nola Pender nasceu em 1941 no Michigan, os seus pais defendiam a educação das mulheres e foi encorajada pela sua família a concretizar o seu objetivo de se tornar enfermeira licenciada. Assim, frequentou a School of Nursing no West Suburban Hospital em Illinois, tendo recebido o diploma de enfermagem em 1962. Concluiu o doutoramento em psicologia e ensino e também o trabalho de mestrado em enfermagem de saúde comunitária em Chicago, na Rush University (Tomey & Alligood, 2004).

Pender defende a finalidade dos cuidados de enfermagem como a saúde ótima do indivíduo e em 1975 publica ‘*A Conceptual Model for Preventive Health Behaviour*’, e inicia o

estudo da forma como os indivíduos tomam decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, no contexto da enfermagem. Esta foi a base para a criação do Modelo de Promoção da Saúde, que foi apresentado em 1982 com a publicação da primeira edição de *‘Health Promotion in Nursing Practice’*. Este modelo foi revisto após investigação posterior e novamente apresentado, sendo a última publicação em 2002, uma quarta edição de *‘Health Promotion in Nursing Practice’*, com a coautoria de Pender, Murdaugh e Parsons. Vários estudos de investigação foram desenvolvidos de forma a sustentar o Modelo de Promoção da saúde. As bases que Pender apresentava em enfermagem, desenvolvimento humano, psicologia experimental e no ensino possibilitaram que o Modelo de Promoção da Saúde fosse fundamentado de acordo com uma perspetiva de enfermagem holística, da psicologia social e da Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura. Também o Expectancy-Value Model of Human Motivation descrito por Feather foi importante para o desenvolvimento do modelo (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde é apresentado na seguinte figura (Figura 5).

Figura 5: Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender



Fonte: Victor, Lopes & Ximenes (2005, p.237)

Em 2005 foi publicado um estudo de análise do diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, realizado por Victor, Lopes & Ximenes, com o objetivo de realizar uma análise deste estudo, facilitando a sua compreensão.

O referido modelo considera as características individuais de cada pessoa e a forma como as suas experiências poderão afetar ações subsequentes. As ações de enfermagem podem modificar algumas variáveis e é sobre essas que deve ocorrer a atuação, com o intuito de promoção da saúde. De acordo com Victor, Lopes & Ximenes (2005, p.236) “este fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo”, possibilitando um planeamento, a intervenção e a avaliação de suas ações.

O Modelo de Promoção da Saúde pode

“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: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável”. (Victor et al 2005, p.237)

São apontados como fatores contribuintes para comportamentos promotores da saúde os benefícios percebidos de ação, perceção de barreiras à ação, autoeficácia percebida, influências interpessoais e influências situacionais.

Os pressupostos do Modelo foram apresentados na quarta edição da obra de Pender ‘*Health Promotion in Nursing Practice*’ (Tomey & Alligood, 2004, p.706) e incluem:

- “O comportamento anterior e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, a afectação e regulamentação do comportamento de promoção de saúde”;
- “As pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados”;
- “As barreiras percebidas podem inibir o compromisso com a acção, o mediador do comportamento e o comportamento real”;

- “A competência percebida ou a auto-eficácia para executar um dado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com acção e com o desempenho real do comportamento”;
- “Quando emoções ou apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a acção aumentam”;
- “As famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adopção de comportamentos de promoção de saúde”;
- “As influências situacionais no ambiente externo podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação em comportamentos de promoção da saúde”;
- “Quanto maior o compromisso com um plano de acção específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo”;
- “É menos provável que o compromisso com um plano de acção resulte no comportamento desejado quando outras acções são mais atraentes e, deste modo, preferidas em detrimento do comportamento-alvo”;
- “As pessoas podem alterar os conhecimentos, a apresentação e os ambientes interpessoal e físico para criar incentivos a acções de saúde”.

Neste caso em específico, procuramos relacionar o modelo com o tema do projeto em causa, compreendendo a forma de atuar a nível de promoção da saúde em relação à violência doméstica e violência nas relações de namoro. Os conceitos apresentados são com base na obra de Toney & Allgood (2004).

Em relação às características individuais e experiências o modelo apresenta o comportamento anterior (frequência do comportamento igual ou semelhante no passado) e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos ou socioculturais). Tal como referido anteriormente, a violência relaciona-se diretamente com os determinantes da saúde, e podem-se considerar os fatores individuais, ou fatores de ordem biológica ou da história pessoal do indivíduo, que

incluem a impulsividade, a presença de psicopatologia, história prévia de agressão e/ou de maus tratos, abuso de substâncias psicoativas, etc.; os fatores relacionais (relação entre pares, entre membros de uma família ou relações de intimidade), a existência de conflitualidade familiar, de problemas relacionados com a parentalidade, de assimetrias de poder e controlo, ou de baixo estatuto socioeconómico); fatores socioculturais (contexto onde os relacionamentos sociais se processam e desenvolvem, características da comunidade, a densidade populacional, as características demográficas da população, o isolamento social, o desemprego, a pobreza, normas culturais, valores, crenças, políticas de saúde, sociais, de justiça e de educação, etc.) (DGS, 2014). E de acordo com a OMS (2014) deve haver atuação ao nível destes fatores, por se tratar de fatores potencialmente modificáveis, contudo estes determinantes podem levar muito tempo para se alterar, e essa alteração exige ação por parte de diversos setores dentro de uma comunidade ou país (Butchart et al., 2012).

O segundo aspeto – cognições e afetação do comportamento- inclui o entendimento dos benefícios (resultados positivos que poderão decorrer do comportamento de saúde) e das barreiras (bloqueios antecipados a determinado comportamento) para a ação, da autoeficácia (julgamento da capacidade pessoal para executar determinado comportamento de promoção de saúde), os sentimentos em relação ao comportamento (podem influenciar a autoeficácia percebida), as influências interpessoais (família, cônjuge, normas, modelos,...) e as situações que influenciam (opiniões, exigências,...). Estes fatores poderão ser alterados através de educação para a saúde e capacitação dos indivíduos, grupos e comunidade em geral, no sentido em que são melhorados os conhecimentos sobre o assunto, entendidas as consequências da violência e da violência nas relações de intimidade, desenvolvendo capacidades individuais de lidar ou evitar situação de violência, como a autoestima, autoconfiança, capacidade em gerir as emoções e as situações de conflito.

Neste fator, e quando nos referimos aos jovens e adolescentes em específico, importa reforçar a influência interpessoal, pois a influência do meio em que se encontra, dos pares, dos estilos de vida que vivencia assume nesta altura especial importância, e 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) (Gaete, 2015). Também Ventura (2014) se refere à adolescência como um período do ciclo vital caracterizado pelo rápido crescimento físico, expectativas psicossociais acrescidas, e como sendo 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.

Por último, o resultado do comportamento e expectativas individuais, que compreende as exigências e preferências de competição imediatas, e o comportamento de promoção da saúde. As exigências, sobre as quais o indivíduo tem um controlo reduzido, compreendem os fatores socioculturais como as normas e leis de uma sociedade, as crenças e valores inculcados, a governança, etc. As preferências, em que o indivíduo apresenta um controlo relativamente grande, relacionam-se com os comportamentos alternativos, tais como escolhas pessoais relacionadas com o seu comportamento e atitudes. Já o comportamento de promoção da saúde, considerado como o fim ou resultado da ação orientado no sentido de resultados de saúde positivos, pode-se relacionar com a manutenção de relações de intimidade e de namoro saudáveis, sem comportamentos de violência, com capacidade para a gestão emocional e de conflitos.

2. METODOLOGIA E QUESTÕES ÉTICAS

2.1. Metodologia do Planeamento em Saúde

A metodologia utilizada foi a de planeamento em saúde. “Em Saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas” (Tavares, 1990, p.29). Assim, e de acordo com o mesmo autor, o planeamento em saúde procura atingir um determinado estado de saúde, quer através da promoção da saúde, prevenção da doença, ou através da cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento dos indivíduos e populações.

Esta metodologia envolve algumas etapas, que devem ser consideradas como um processo, e o seu cumprimento facilita a intervenção permitindo a elaboração de projetos eficientes e uma melhor prestação de cuidados. De acordo com Imperatori e Giraldes (1982) as etapas do planeamento em saúde são: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Tavares, 1990). As mesmas são referidas e explicadas de seguida

O diagnóstico da situação constitui o primeiro passo do planeamento em saúde, e tem como ponto fulcral responder às necessidades de uma população, sendo que deve haver concordância entre o diagnóstico efetuado e as necessidades verificadas. Para realizar o diagnóstico da situação deve haver um conhecimento do problema de saúde, que corresponde a um estado de saúde considerado como deficiente, e da necessidade, que exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, ou seja, o necessário para resolver ou melhorar o problema identificado. Assim, no diagnóstico da situação, existem dois passos fundamentais: identificar os problemas e determinar as necessidades (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori & Giraldes (1982) referido por Tavares (1990), o diagnóstico da situação deve ter como requisitos a descrição, preferencialmente quantitativa, da situação; o conhecimento dos fatores que a determinam; a análise da evolução e perspetiva e a avaliação.

E este deve passar também por quatro etapas: a identificação do problema na população em estudo, o estudo da evolução dos problemas prevendo a repercussão que estes possam vir a ter relativamente ao estado da população, o estudo da rede de casualidade dos problemas, determinando as causas e os fatores de risco que condicionam a sua existência e a determinação das necessidades.

De forma a proceder à identificação das necessidades existem diversos métodos e técnicas, que podem incluir-se em três abordagens, que são os indicadores, os inquéritos e a pesquisa de consenso. Por fim, devem ser analisados os resultados obtidos, atualizando constantemente o diagnóstico de situação realizado (Tavares, 1990).

A determinação de prioridades constitui a segunda etapa da realização do planeamento em saúde. Após a identificação do problema de saúde, será realizada a hierarquização e a escolha de prioridades (Imperatori e Giraldes, (1992), referido por Tavares (1990)).

Trata-se essencialmente de um processo de tomada de decisão, sendo necessário definir prioridades ao deter o conhecimento de qual o problema que deverá ser solucionado em primeiro lugar. Para esta determinação é fulcral confirmar a pertinência do plano, utilizar eficientemente os recursos e otimizar os resultados a atingir, mediante a implementação do projeto (Tavares, 1990).

Segundo o mesmo autor, a determinação de prioridades está diretamente relacionada com o conhecimento que se detém, da relação entre o problema e os fatores de risco, da gravidade do problema, da pertinência da implementação de um projeto nessa área, da sua execução e disponibilidade de recursos, bem como da aceitação desse projeto pelas instituições e pela população.

Esta etapa constitui um processo consciente e organizado, com base em regras e critérios bem formulados (Pereira (2011, p.14), referindo Tragakes e Vienonen (1998)), e, referindo Pineault & Daveluy (1987), afirma que a determinação de prioridades “exige um esforço de comparação e de tomada de decisões que requerem a utilização de métodos ou técnicas de classificação”.

A determinação de prioridades apresenta duas etapas fundamentais: a definição dos critérios de decisão, e estimar e comparar os problemas. A utilização de técnica como a Técnica do Grupo Nominal, o painel de Delphi e o recurso a Informadores-chave pode-nos dar uma lista de prioridades, sem que os critérios se encontrem explicitamente formulados. (Tavares, 1990).

Um projeto apenas é executável se soubermos o que temos que fazer para o executar. Deste modo, após a determinação de prioridades, é necessário formular objetivos de forma a obter os resultados esperados para a população-alvo. A fixação dos objetivos é uma etapa decisiva de um projeto (Tavares, 1990).

Segundo Stanhope & Lancaster (1999, p.328), “os objetivos tem que ser precisos, incluir a apresentação dos comportamentos desejados, incrementáveis e mensuráveis”.

A formulação de um objetivo deve conter a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou fracasso, a população-alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto, e o tempo em que será atingido, caso contrário não é um objetivo (Tavares, 1990).

A etapa de seleção de estratégias do planeamento em saúde preconiza que sejam propostas formas de atuação que possibilitem atingir os objetivos fixados, sendo que o conhecimento do planificador acerca do problema em causa se torna preponderante para a conceção de formas de abordagem eficazes, criativas e inovadoras. Assim, é também importante que sejam conhecidas as formas já utilizadas anteriormente na abordagem a esta problemática e os obstáculos, de foram a revisar as intervenções estrategicamente, alterando e adaptando às necessidades e possibilidades de execução (Tavares, 1990).

Nesta mesma etapa devem ser considerados os recursos disponíveis, avaliado o custo-benefício, a pertinência, as vantagens e desvantagens de cada estratégia. Os recursos devem ser bem utilizados, se estiverem a ser realizados outros projetos com vista à resolução desta problemática, devem ser renunciados ou então este projeto não é tido como necessário (Tavares, 1990).

Na quinta etapa deste processo -preparação operacional- devem ser especificadas as atividades do projeto. As intervenções e atividades devem ser planeadas sempre com vista a

dar resposta aos objetivos estipulados, sendo que atividades que não cumpram esta finalidade levam ao desperdício de recursos. É possível clarificar cada uma das atividades através da especificação dos seguintes parâmetros: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível: o objetivo que pretende atingir; eventualmente: o custo da atividade” (Tavares, 1990, p.169).

Nesta etapa é também considerado que qualquer projeto pressupõe uma equipa de trabalho, equipamento, estrutura administrativa e apoio logístico, e todos estes recursos necessários devem ser estimados e financiados. É também necessário realizar uma análise orçamental, prevendo os custos necessários à implementação do projeto. A liderança do projeto é também um dos fatores inerentes à fase de preparação operacional, reforçando a necessidade que um projeto apresenta de ser dirigido e que “liderar é conhecer as motivações humanas e saber conduzir as pessoas” (Tavares, 1990, p.191). Segue-se a fase de implementação das atividades planeadas e estipuladas anteriormente.

Na última etapa da realização de um projeto deve proceder-se à sua avaliação. De acordo com Tavares (1990), a avaliação é realizada através da verificação do sucesso, ou não, na realização de um objetivo, sendo que este julgamento se deve basear em critérios e normas. A avaliação consta também de uma comparação entre os objetivos que foram delineados inicialmente com as estratégias selecionadas, por forma a compreender se estas foram a mais adequadas.

2.2. Focus Group no Diagnóstico de Situação

No diagnóstico de situação realizado além da pesquisa documental foi realizado um *focus group*.

O *focus group*, que encontra as suas raízes históricas em Robert King Merton, e que constitui uma forma de recolha de dados desenvolvido originalmente na área das ciências sociais, só a partir da década de 1980 se desenvolveu mais intensamente enquanto importante

estratégia de pesquisa. Contudo, tem vindo a alargar o seu campo de aplicação a diferentes disciplinas e a sua utilização revela-se crescente (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Também designado como grupo de discussão, é considerado por Silva *et al.* (2014) como uma técnica utilizada para a recolha de dados que pode ser utilizada em diferentes momentos do processo de investigação e de acordo com Streubert & Carpenter (2011), o uso de *focus groups* para a colheita de dados é uma estratégia valiosa para os investigadores qualitativos.

O *focus group* foi definido por Morgan (1996, 1997) como “uma técnica de investigação de recolha de dados através da interacção do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador”. Esta definição admite três componentes: o *focus group* enquanto método de investigação dirigido à recolha de dados, a interacção e discussão do grupo como fonte dos dados, e o papel ativo do investigador na dinamização do grupo para a recolha dos dados (Silva *et al.*, 2014, p.177). Um *focus group* é “uma forma específica de entrevista de grupo com a intenção de explorar a dinâmica do mesmo” (Streubert & Carpenter, 2011, p.39).

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). Este é baseado na técnica da entrevista não-direcionada e da observação, podendo conjugar outras técnicas, como a análise do discurso, que permitam lapidar os dados recolhidos (Galego & Gomes, 2005).

Merton considerava que as perguntas fechadas proporcionavam respostas mais exatas, defendendo que os questionários poderiam influenciar involuntariamente os resultados das pesquisas ao contemplarem respostas fechadas e pelo número limitado de opções respostas. Assim, desde a década de 30, que veio a desenvolver um sistema que consistia em realizar perguntas a uma audiência de pessoas, para que descrevessem as suas respostas, com o intuito destas conduzirem a novas linhas de reflexão (Saumure, 2001), segundo Galego & Gomes (2005).

Assim, é particularmente adequado para a colheita de dados qualitativos, e apresenta como vantagens, segundo Streubert & Carpenter (2011) referindo Fontana & Frey (1994), MacDougall & Braun (1997), o facto de ser económico, flexível, estimulante, cumulativo, elaborado e capaz de produzir dados ricos. Segundo Silva *et al.* (2014), salienta-se como vantagem do *focus group* relativamente a outros métodos de investigação, o facto de este permitir recolher dados de um grupo muito mais rapidamente e frequentemente com menores custos, comparativamente à utilização de recolha de dados a partir de entrevistas individuais, e a sua flexibilidade, podendo ser usados para a análise de um leque alargado de temas com uma variedade de indivíduos (incluindo indivíduos com baixos níveis de escolaridade) e de contextos. Também Galego & Gomes (2005) referem a flexibilidade, a rapidez na recolha dos dados e os baixos custos como vantagens, acrescentando como ponto favorável o facto de possibilitar a conciliação com outros métodos de investigação.

Como principal desvantagem, Streubert & Carpenter (2011) referem o ‘pensamento de grupo’, que definem como “um processo que ocorre quando os membros mais fortes de um grupo, ou segmentos do grupo, têm maior controlo ou influência sobre as verbalizações dos outros membros” (p.39). Já Silva (2012) aponta como desvantagens a possibilidade de estar sujeita às dispersões próprias do grupo e à interferência do investigador. Morgan (1996), referido por Silva *et al.* (2014), aponta também como fragilidade do *focus group*, a interferência do moderador/investigador na geração dos dados e o impacto do próprio grupo nos dados.

Os autores Streubert & Carpenter (2011) identificam algumas utilizações do *focus group*, entre elas: a obtenção de feedback sobre um assunto, a criação de hipóteses de investigação, a criação de novas ideias ou conceitos, a identificação de problemas ou recolha de informação sobre produtos e serviços, a aquisição de informação para desenvolvimento de instrumentos e o auxílio na obtenção de dados qualitativos previamente obtidos.

A escolha do *focus group* deve ser bem pensada antes de ser escolhida como estratégia de recolha de dados. O investigador deve procurar conhecer o grupo e ter em consideração que as pessoas que constituem o grupo, e os traços em comum dos seus intervenientes relevantes em relação ao tema abordado (Streubert & Carpenter, 2011), (Silva *et al.* (2014).

A dimensão do grupo deve variar entre seis a 10 membros, pois grupos maiores podem levar a que nem todos tenham oportunidade de falar, enquanto que grupos pequenos podem levar a que os participantes se sintam inibidos. Vários autores referem que o registo dos dados pode constituir um problema, dado que a transcrição pode ser complexa. Assim, 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. A localização do microfone, a entoação, os participantes e o facto de falarem ao mesmo tempo pode dificultar ou impedir também a transcrição completa (Streubert & Carpenter, 2011).

Contudo, a anotação de alguns apontamentos acerca das informações recebidas, sentimentos e emoções verificados, e toda a comunicação não-verbal, no decorrer do *focus group*, permitem uma análise mais completa dos dados recolhidos. Tem o privilégio da observação e registo das experiências, das relações dos indivíduos, que não seriam possíveis de captar com as entrevistas individuais ou questionários (Galego & Gomes, 2005).

A descrição do *focus group* realizado, bem como a sua análise serão apresentados mais à frente neste trabalho.

2.3. Metodologia Utilizada na Fase de Implementação do Projeto

Considerando que dois dos objetivos específicos definidos para este projeto de intervenção estão relacionados com a identificação das situações de conflito nas relações de namoro dos jovens e com o conhecimento das suas atitudes em relação às situações de violência no namoro, foi realizado um estudo exploratório descritivo, com recurso a um questionário.

Foram selecionados dois instrumentos de recolha de dados, concebidos para a população adolescente, nomeadamente ao nível da linguagem utilizada e das situações de conflito nas relações apresentadas, e são eles:

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

- Inventário de conflitos nas relações de namoro entre adolescentes (CADRI) (Autores: Wolf, Scott, Straatman, Grasley & Reitzel-Jaffe, 2001) Adaptação Portuguesa: R. Saavedra, C. Machado, C. Martins & D. Vieira, 2008) - Versão para Investigação (Saavedra, 2010) (Anexo 1)

O inventário é composto por duas dimensões: na primeira, com 35 itens, é avaliada a utilização de estratégias de resolução de conflitos abusivas ou não abusivas por parte do próprio; e na segunda dimensão, também composta por 35 itens, é avaliada a utilização de estratégias de resolução de conflitos abusivas ou não abusivas por parte do/a namorado/a de quem responde ao questionário. As estratégias de resolução de conflitos abusivas referem-se à utilização de alguma forma de comportamento violento, enquanto as estratégias positivas ou não abusivas procuram a resolução da disputa sem recurso a comportamentos agressivos ou violentos. As alternativas de resposta indicam a frequência do comportamento (Nunca: isto nunca aconteceu no teu relacionamento; Raramente: isto aconteceu 1-2 vezes no teu relacionamento; Às vezes: isto aconteceu 3-5 vezes no teu relacionamento; Frequentemente: isto aconteceu mais do 6 vezes no teu relacionamento). Os itens são cotados de 1 a 4, de acordo com a sua ocorrência e frequência (Nunca=1, Raramente=2, Às vezes=3, Frequentemente=4) (Saavedra, 2010).

O questionário é preenchido apenas por uma pessoa e refere-se aos seus comportamentos e àqueles de que é alvo por parte do namorado/a, e permite identificar ainda a ocorrência de formas específicas de abuso, como o comportamento ameaçador, o abuso físico, o abuso sexual, o abuso emocional ou verbal e o abuso relacional (Saavedra, 2010).

- Escala de atitudes acerca da violência no namoro (EAVN) (Autores: Price, Byers & The Dating Violence Research Team, 1999); Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado & Martins, 2008) – Versão para Investigação (Saavedra, 2010) (Anexo 2)

Utilizada para conhecer as atitudes dos adolescentes face à utilização de violência nas relações de namoro. A escala é composta por 76 itens e seis subescalas — (1) Atitudes acerca da violência psicológica masculina (VPM), (2) Atitudes acerca da violência física masculina (VFM), (3) Atitudes acerca da violência sexual masculina (VSM), (4) Atitudes acerca da violência psicológica feminina (VPF), (5) Atitudes acerca da violência física feminina (VFF) e (6) Atitudes acerca da violência sexual feminina (VSF) — e permitem avaliar as atitudes acerca da violência

física, psicológica e sexual no contexto das relações de namoro, seja esta perpetrada por rapazes seja por raparigas. As cinco alternativas de resposta indicam o nível de concordância/discordância com cada um dos itens, e a maioria dos itens é cotada de 1 a 5 (1= discordo totalmente; 2= discordo, 3= não concordo nem discordo; 4= concordo, 5=concordo totalmente), os restantes, assinados com um sinal mais (+), são codificados de forma invertida (1=concordo totalmente; 2=concordo; 3=não concordo nem discordo; 4=discordo; 5=discordo totalmente) (Saavedra, 2010).

Foi pedida autorização aos autores dos instrumentos e a sua utilização foi consentida (Apêndice 1).

Os questionários foram entregues pelos diretores das respetivas turmas e preenchidos na sua presença, a pedido dos mesmos, por não ser possível dispensar mais horas para o projeto em causa.

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários foram analisados com recurso ao programa informático *Statistic Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0.

Após a identificação e conhecimento das situações de conflito e das atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro foram realizadas sessões de educação para a saúde com vista a melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro.

Foi realizada a avaliação das sessões, quer aos alunos, quer aos professores, de forma a perceber a sua opinião quanto ao interesse e relevância do tema e aos métodos utilizados nas sessões de educação.

2.4. Considerações Éticas

As questões éticas são inerentes a um processo de investigação que tem como alvo de investigação o Ser Humano e devem ser tidas em consideração. “Toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Sempre associada à procura da verdade, exige rigor, isenção, persistência e humildade” (Martins, 2008, p.62).

Considera-se assim a importância de criar regras que permitam regulamentar esta investigação, regras essas que “devem ser vistas como uma efectiva protecção da pessoa e não como um entrave ao desenvolvimento científico, uma vez que este só é pertinente quando ao serviço do Homem e sempre garantindo o pleno respeito pela sua dignidade” (Martins, 2008, p.63).

Durante a realização deste projeto de intervenção foram consideradas as questões éticas inerentes a todas as intervenções realizadas e planeadas.

O Projeto foi desenvolvido no âmbito do Programa de Saúde Escolar, tendo-se garantido a intervenção num ambiente já conhecido pelas equipas e onde têm sido desenvolvidas atividades de Saúde Escolar de forma regular. Todo o processo foi discutido em equipa e com a escola.

Foi contactado o Diretor da escola onde foi desenvolvido o projeto e agendada uma reunião para proposta da realização do projeto e apresentação do mesmo, tendo sido entregue e assinado um consentimento informado (Apêndice 2) por parte desta entidade, confirmando a sua autorização e participação esclarecida no mesmo. Antes da entrega dos instrumentos de recolha de dados aos alunos foram entregues os consentimentos informados para os próprios e os respetivos encarregados de educação, visto se tratar de alunos menores de idade. Estes consentimentos (Apêndice 3) foram entregues aos alunos pelos respetivos diretores de turma, a pedido dos mesmos por não ser possível dispensar de mais horas com os alunos para a realização do projeto. Os consentimentos foram elaborados segundo o modelo estipulado pela Administração Regional de Saúde [ARS] do Algarve (Modelo Consentimento Informado ARS AlgarveIP 19042017 v2.0).

Após planeamento do projeto em causa foi pedido parecer à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve e à Comissão de Ética - Área da Saúde e Bem-estar - da Universidade de Évora, pedidos de parecer esses que foram deferidos (Anexos 3 e 4).

Durante a realização do projeto foi mantido o anonimato e respeito pelos participantes, os instrumentos de recolha de dados não apresentavam qualquer dado referente aos alunos que os permitisse identificar, mantendo-se assim a confidencialidade nos dados obtidos e divulgados. Todos os indivíduos e entidades participantes integraram o projeto e as atividades inerentes de forma livre, esclarecida e voluntária, podendo desistir da participação a qualquer momento, sem qualquer sanção.

Conforme explicitado anteriormente foi também pedido consentimento aos autores dos questionários para a sua utilização.

Não foram consideradas outras questões éticas.

3. Diagnóstico de Saúde

Para a realização do diagnóstico de saúde, e com o intuito de procurar conhecer as necessidades de saúde específicas da população, surgiu a necessidade de proceder ao seu estudo, compreendendo as suas particularidades e identificando os problemas que persistiam, bem como os recursos que tinham à disposição, não só os que já estavam a ser utilizados, mas também os que havia possibilidade de adaptar e mobilizar.

Durante a realização do estágio, a participação e assistência a várias reuniões no âmbito de todos os projetos e programas disponíveis que constam na carteira da UCC, a integração na equipa e a participação com os restantes profissionais nas atividades planeadas, possibilitaram um maior conhecimento acerca do funcionamento da unidade e do trabalho desenvolvido, bem como da realidade desta comunidade e população, permitindo a possibilidade de identificar as suas necessidades. A participação nestes programas e projetos permitiu também contacto e interação com diversas entidades da comunidade.

Foram consultados vários documentos, como os Planos de Ação da UCC, e o Relatório de atividades de 2016. Para caracterização da população foi consultado o Diagnóstico Social de Silves de 2016, realizado pelo Concelho Local de Ação Social de Silves [CLASS], da Câmara Municipal de Silves, onde constam a caracterização do concelho, os dados sociodemográficos da população e os recursos disponíveis. Estes relatórios retrataram a população e a UCC, e possibilitaram uma análise quantitativa, com base em indicadores e dados estatísticos.

Tais aspetos permitiram, ao conhecer melhor a população deste concelho, uma identificação de algumas áreas problemáticas. Assim, e após ter identificado a violência, nomeadamente a violência doméstica, como um desses problemas, foi procurado um conhecimento mais aprofundado da temática. Para tal, foi realizado um *focus group*, com as entidades da respetiva comunidade, procurando conhecer alguns aspetos relativos a esta temática, e uma pesquisa de consenso por parte destas entidades. Conforme Tavares (1990:64) “um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável”.

Foram então combinadas estas duas metodologias, procurando realizar a ‘triangulação dos dados’, descrito por Denzin (1989) referido por Duarte (2009), como a recolha de dados por diferentes fontes, articulando o método quantitativo e o qualitativo para uma base mais sólida e fundamentada do diagnóstico de situação.

3.1. Caracterização do Concelho de Silves e da População Residente

O concelho de Silves, com uma área de 680,06Km², tem a cidade de Silves como sede de município. Este concelho é limitado pelos concelhos de Ourique, Almodôvar, Loulé, Albufeira, Lagoa, Portimão, Monchique, Odemira e a sul pelo Oceano Atlântico, conforme se apresenta na seguinte figura (Figura 6).

Figura 6: Localização geográfica do concelho de Silves



Fonte: Visitar Portugal [em linha]

De forma a obter uma compreensão mais enquadrada são apresentados na Tabela 2 os números referentes à população residente a nível nacional, da região e do concelho de Silves:

Tabela 2: População residente

Portugal	Algarve	Silves
10 562 178	451 006	37 126

Fonte: Censos, Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012)

O concelho de Silves é um dos maiores do Algarve, sendo que a sua área total corresponde a 12,3% da área desta região, contudo, em termos demográficos a população residente corresponde a 8% da população total da região, constando com 9839 residentes. É constituído por seis freguesias/união de freguesias, sendo elas: Alcantarilha e Pêra, Algoz e Tunes, Armação de Pêra, São Bartolomeu de Messines, São Marcos da Serra, e Silves. No seguinte quadro (Quadro 2) são apresentados os números da população residente, especificando por cada freguesia/união de freguesias.

Quadro 2: População residente no concelho de Silves e respetivas freguesias

Freguesias	Área (Km ²)	Densidade Populacional	População total residente 2001	População total Residente 2011
Alcantarilha e Pêra	46,3	107,5	2347 + 1951 4298	4972
Algoz e Tunes	44,9	144,6	2946 + 2022 4968	3831
Armação de Pêra	8,0	609,1	3770	4867
São Bartolomeu de Messines	239,9	35,1	8491	8430
São Marcos da Serra	166,1	8,1	1535	1352
Silves	175,1	62,9	10768	11014
Total concelho	680,1	54,6	33830	37126

Fonte: Adaptado de CLASS (2016)

Tem-se verificado uma diminuição da população do concelho nos últimos anos, mais acentuada a nível da população mais jovem e potencialmente ativa, muito devido ao fluxo migratório relevante. Essa diminuição é mais visível na parte norte do concelho.

O envelhecimento da população é uma das problemáticas evidentes no concelho de Silves. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade e fecundidade tem levado a esta alteração demográfica. No seguinte quadro (Quadro 3) apresenta-se o número de residentes pelas faixas etárias.

Quadro 3: População segundo género e idade

	Mulheres	Homens
0 a 4 anos	821	843
5 a 9 anos	823	915
10 a 13 anos	661	724
14 a 19 anos	1003	1082
20 a 24 anos	822	934
25 a 64 anos	9912	10243
65 e mais anos	4559	3784
Total	14906	15620

Fonte: Adaptado de CLASS (2016)

De acordo com os Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012), verifica-se que 54,29% da população residente no concelho se encontra em idade ativa e 22,47% são pessoas com 65 e mais anos.

3.1.1. Atividade económica e emprego

Em relação às atividades económicas, estas abrangem todas as áreas, e é possível verificar através dos dados dos Censos de 2011 qual o peso relativo a cada setor económico em cada uma das freguesias e os níveis de empregabilidade que proporcionam à população ativa da comunidade (Quadro 4). Constatou-se uma prevalência do setor terciário (comércio e serviços) ao nível do desenvolvimento de base económica, associado ao turismo e lazer da região.

Quadro 4: Número de pessoas por setor de atividade

Freguesia	Setor primário	Setor secundário	Setor terciário
Alcantarilha e Pêra	53	290	1.635
Algoz e Tunes	140	417	2.152
Armação de Pêra	46	385	1.571
São Bartolomeu de Messines	256	589	2.375
São Marcos da Serra	56	90	222
Silves	280	689	3.503
Concelho	831	2.460	11.458

Fonte: INE (2012)

A taxa de desemprego do concelho de Silves é de 15,6%, assemelhando-se à taxa de desemprego correspondente à região do Algarve (15,74%). A sazonalidade da região faz aumentar o desemprego em determinados meses, em que se verifica menos turismo. É possível também verificar que nas freguesias do litoral a oferta de emprego é superior, quando comparada com o norte do concelho, nomeadamente a freguesia de São Marcos da Serra.

No concelho, é possível constatar um maior número de mulheres desempregadas, conforme se verifica no seguinte quadro (Quadro 5), e a faixa etária com maior número de desempregados é a faixa dos 35 aos 54 anos.

Quadro 5: Desemprego registado segundo género

	Género	
	H	M
Agosto	492	496
Total	8263	7488
Algarve		
Dezembro	890	1045
Total	12681	13525
Algarve		

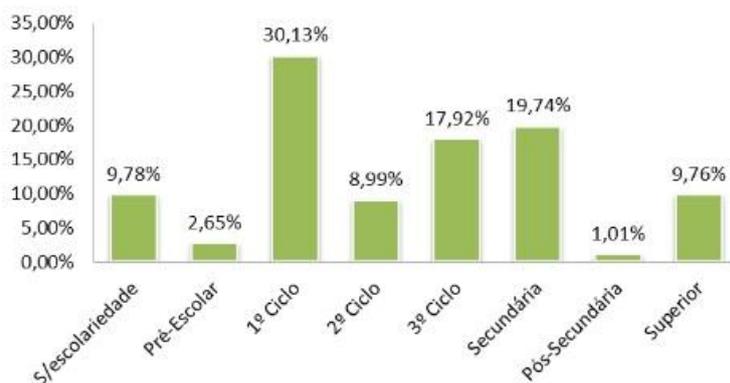
Fonte: CLASS (2016), segundo o Instituto de Emprego e Formação Profissional (2015)

O Gabinete de Inserção Profissional do Município de Silves, em cooperação com o Centro de Emprego de Portimão, procura apoiar jovens e adultos desempregados do concelho de Silves, a nível da inserção e/ou reinserção no mercado de trabalho (CLASS, 2016).

3.1.2. Educação e rede de ensino

De acordo com os dados do CLASS (2016), no concelho de Silves verifica-se que uma grande parte da população tem como habilitações literárias o 1ºCiclo do Ensino Básico (Gráfico 2), tratando-se de uma população detentora de um baixo nível académico, o que leva a uma dificuldade de acesso a emprego qualificado, menor capacidade de acesso a formação profissional, a rendimentos mais baixos (empregos, pensões e reformas). No concelho foram identificadas 4615 pessoas analfabetas com 10 ou mais anos, constituindo a taxa de analfabetismo (6,9%) uma taxa superior à da região (5,4%) e do País (5,2%).

Gráfico 1: Distribuição da população residente segundo as habilitações literárias



Fonte: CLASS (2016)

No concelho existem dois agrupamentos de escolas, o Agrupamento de Escolas de Silves (Silves, São Bartolomeu de Messines e São Marcos da Serra), e o Agrupamento de Escolas de Silves Sul (Algoz e Tunes, Armação de Pêra), frequentados por 3997 alunos, sendo que 451 são do ensino pré-escolar, 1135 do 1ºciclo, 3367 do 2º e 3º ciclo e 630 alunos do

ensino secundário. As creches existentes no concelho são valências de instituições Particulares de Solidariedade Social, e dão resposta a cerca de 349 crianças.

Existe apenas uma escola secundária no concelho de Silves, localizada na cidade de Silves. Existem entidades formadoras que promovem cursos que conferem formação profissional com equivalência académica ao 9º e 12º ano de escolaridade e duas instituições de ensino superior (CLASS, 2016).

3.2. Análise dos Resultados – Identificação de Necessidades/Problemas

Após a caracterização do concelho e da população residente foi realizada a análise da informação com vista à identificação das necessidades/problemas. Verificou-se que a violência doméstica constituía um problema neste Município.

De acordo com Dahlberg & Krug (2007), a “prevenção da violência, segundo o enfoque da saúde pública, começa com uma descrição das proporções e do impacto do problema”. A colheita de dados e a análise dos mesmos permite determinar onde e com que frequência ocorrem as situações de violência.

Assim, é apresentada essa análise, com base nos dados concelhios e no *focus group* realizado.

3.2.1. Análise dos dados concelhios

De acordo com o CLASS (2016), a violência doméstica é uma problemática crescente, de resolução difícil, que mantém um estigma e que causa marcas permanentes por toda uma vida. A violência no namoro e entre pares evidencia-se também, e o Setor da Juventude da Câmara Municipal de Silves tem procurado direcionar a sua intervenção neste âmbito a título

da prevenção. Ainda neste relatório, é referida a especificidade desta área, que por vezes não é participada, o que dificulta a recolha de dados e não permite apontar o número total de situações.

No concelho de Silves, as vítimas de violência doméstica procuram apoio junto da APAV, nos Gabinetes de Portimão e Albufeira e da Guarda Nacional Republicana [GNR], pelo seu Núcleo de Investigação e Apoio a Vítimas Específicas. Em 2015 a APAV abriu 65 processos com atendimento, sendo que o crime mais referenciado foi a violência doméstica (maus tratos físicos e psíquicos). O Serviço de Psicologia do Município de Silves tem também intervenção nas situações de violência doméstica (CLASS, 2016).

Durante o ano de 2015, no concelho de Silves, 94 denúncias foram registadas, correspondendo a violência doméstica. Destas, 83 dizem respeito ao crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogo e 11 são referentes a outro tipo de violência doméstica. De acordo com os dados do Destacamento Territorial da GNR, na área do Posto de Armação de Pêra, que engloba a freguesia de Armação de Pêra e a União de Freguesias de Alcantarilha e Pêra, registaram-se um total de 40 crimes. Na área do Posto de Silves, que engloba a freguesia de Silves e a União de Freguesias de Algoz e Tunes, registaram-se um total de 29 crimes, e na área do Posto de São Bartolomeu de Messines, engloba as freguesias de São Bartolomeu de Messines e São Marcos da Serra, registaram-se um total de 25 crimes. Os dados do Destacamento Territorial da GNR de Silves são apresentados no seguinte quadro (Quadro 6) (CLASS, 2016).

Quadro 6: Número de crimes de violência doméstica por freguesia

(União) Freguesia	Nº de Crimes
Armação de Pêra	34
Alcantarilha e Pêra	4
Algoz e Tunes	9
Silves	17
S. B. de Messines	24
S. Marcos da Serra	2
Outras- Fora do Concelho	4

Fonte: Destacamento Territorial da GNR de Silves, 2015

Fonte: CLASS (2016)

Correspondente aos crimes identificados anteriormente, foram identificadas um total de 96 vítimas, com estatuto de vítima atribuído, em virtude de haver dois crimes onde se registaram duas vítimas. Das 96 vítimas, 84 são de sexo feminino e 12 do sexo masculino, e no que diz respeito à idade, o maior número de vítimas encontra-se entre os 25 e os 54 anos, conforme consta no seguinte quadro (Quadro 7).

Quadro 7: Número de vítimas por faixa etária

Faixa Etária	Nº de Vítimas
≤ 16 anos	2
16 a 18 anos	-
19 a 24 anos	10
25 a 34 anos	19
35 a 44 anos	26
45 a 54 anos	20
55 a 64 anos	11
+ de 65 anos	5
Desconhecida	3

Fonte: Destacamento Territorial da GNR de Silves, 2015

Fonte: CLASS (2016)

Para além dos dados apresentados, que certamente não tratam a realidade da melhor forma, pela não denúncia de casos, também se pode compreender a relevância desta problemática para a comunidade em questão pela evidência consensual em várias entidades

da comunidade, como constatado no Diagnóstico Social (CLASS, 2016). Ao nível do programa de Saúde Escolar a violência na escola, violência no namoro e violência doméstica surgem como necessidades de formação identificadas pelas equipas dos agrupamentos de escolas.

De acordo com a GNR, a segunda tipologia de delito com maior expressão nas freguesias do concelho são os crimes contra pessoas, referindo um aumento do número de casos de violência doméstica.

Ainda de acordo com o CLASS (2016, p.134), a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ], que “acompanha a todas as crianças e jovens do Concelho, consideradas em situação de perigo, tendo como principal objectivo promover os direitos e garantir a protecção, das crianças/jovens de forma a proporcionar-lhes bem-estar e um desenvolvimento integral”, identifica como principais problemáticas “abandono escolar, absentismo, abuso sexual, comportamentos desviantes, exposição a comportamentos desviantes, maus tratos, maus tratos psicológicos, negligência, violência doméstica, problemas de saúde da progenitora”. Apresenta-se então a distribuição destas problemáticas pelas diferentes freguesias do concelho no seguinte quadro (Quadro 8). Assim, é possível verificar que a violência doméstica é novamente referenciada como uma problemática na comunidade, por uma outra entidade.

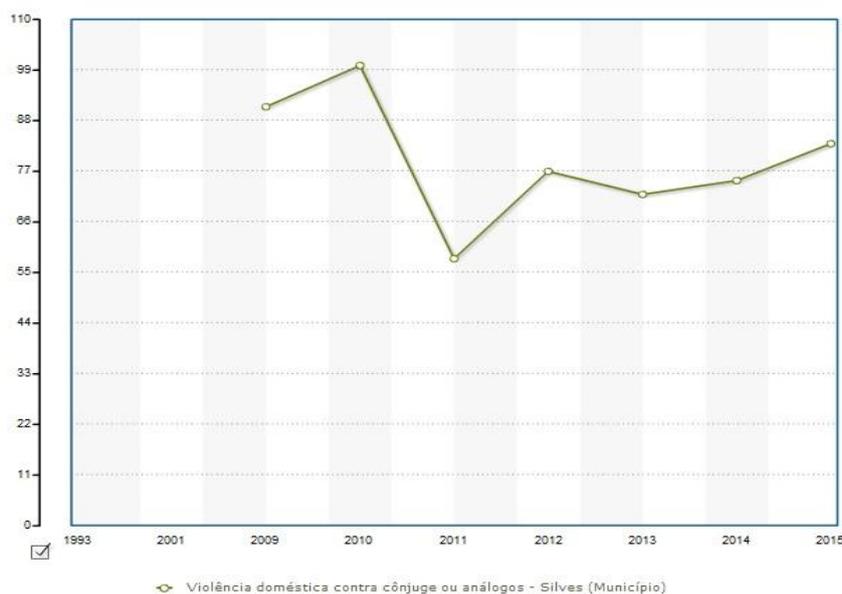
Quadro 8: Problemática por freguesia

Freguesia	Problemática mais evidente
Alcantarilha	Negligência e Violência doméstica/familiar
Algoz	Absentismo e Negligência
Armação de Pêra	Comportamentos desviantes e Violência doméstica/familiar
Pêra	Comportamentos Desviantes
São Bartolomeu de Messines	Negligência e Absentismo
São Marcos da Serra	Negligência e Abuso Sexual
Silves	Negligência e absentismo
Tunes	Violência Doméstica/ familiar e ao mesmo nível Absentismo, comportamentos desviantes e negligência

Fonte: CLASS (2016)

É ainda possível verificar que o número de casos de violência doméstica tem vindo a aumentar nos últimos anos através do seguinte gráfico (Gráfico 3).

Gráfico 2: Número de casos de violência doméstica contra cônjuges ou análogos no município de Silves



Fonte: PORDATA (em linha)

Todos estes aspetos evidenciam a violência doméstica enquanto problemática presente na comunidade, contudo, pelos poucos dados estatísticos e indicadores evidenciados e pela necessidade de adquirir mais informação acerca do problema identificado, bem como a população-alvo a definir para este projeto, tornou-se imprescindível adotar um método de recolha de dados que fundamentasse este trabalho e a atuação futura.

Dada a complexidade da violência enquanto problema, as soluções requerem uma abordagem multissetorial e abrangente, com uma ação unida e coordenada de diversas áreas, como a saúde, incluindo saúde pública, educação, justiça, segurança pública e sistemas de serviços humanos, e as soluções devem ser implementadas com o apoio de líderes comunitários. Assim, de acordo com Ablorh-Odjidja *et al.* (2011), a abordagem da Saúde Pública para a prevenção da violência constitui um processo de quatro etapas, procurando orientar os profissionais através do planeamento, avaliação e disseminação do programa. E são estas quatro etapas: a definição do problema, a identificação de fatores de risco e de proteção, o desenvolvimento e teste de estratégias de prevenção e a certificação da adoção generalizada.

3.2.2. Análise do *focus group*

O *focus group* realizado consistiu num grupo formado por seis elementos, correspondentes a vários representantes de algumas entidades da comunidade. Ficaram assim representados a Câmara Municipal de Silves, o Centro de Saúde de Silves, a UCC e a CPCJ, na área da Psicologia, Assistência Social, Educação e Saúde.

Foram também convidados a participar no *focus group*, um representante de uma das escolas e um agente da GNR, contudo tal não foi possível para o dia agendado.

Este decorreu na sala de reuniões do Centro de Saúde de Silves, no piso 1, sob vídeo gravação para posterior transcrição da entrevista, com consentimento de todos os intervenientes. Foi mantida a privacidade dos intervenientes e dos dados, e as imagens e o áudio captados tiveram uso exclusivo para a transcrição. A enfermeira coordenadora do estágio participou também como moderadora.

Foram aplicadas quatro questões abertas ao grupo, possibilitando a discussão da temática: “A violência doméstica é, neste momento, um problema no concelho de Silves?”, “Dentro do município de Silves há alguma zona ou freguesia em particular que se denote uma maior violência doméstica? Conseguem ter essa perceção?”, “De que forma é que pensam que podemos resolver este problema?” e “Quais as estratégias de prevenção a utilizar?”. Ainda uma outra pergunta tinha sido inicialmente estipulada, mas no decorrer da sessão, o grupo respondeu a essa questão, pelo que não foi colocada diretamente, pergunta essa que era “Qual a população-alvo a quem devemos dirigir a nossa intervenção?”.

A sessão teve a duração de uma hora, contou com a intervenção de todos os participantes, não surgiram intercorrências no seu curso e foi transcrita integralmente para posterior análise dos dados. Na transcrição efetuada foram omissos os nomes dos intervenientes, sendo apresentados apenas as representações das entidades. Durante a sessão foram anotadas algumas informações pertinentes para facilitar a posterior transcrição e análise dos dados. Para análise das respostas do *focus group* procedeu-se à sua análise de conteúdo.

A análise de conteúdo, enquanto técnica de análise de dados, tem vindo a ganhar destaque entre os outros métodos qualitativos. A obra de Laurence Bardin é uma literatura de referência em análise de conteúdo. Assim, segundo Mozzato & Grzybovski (2011) referindo Bardin (2006), a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que tem o objetivo de enriquecer a leitura dos dados, procurando alcançar o significado que existe nas comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Existem diversas formas de documentação, como notas de campo, diário de pesquisa, fichas de documentação, transcrição, fotos, filmes, áudios, que possibilitam uma adequada análise (Mozzato & Grzybovski, 2011). Nesta caso específico foi utilizada a transcrição do *focus group*, que foi realizada integralmente com recurso à vídeo gravação da sessão.

Para proceder à análise de conteúdo foram selecionadas cinco categorias, que são “rubricas, ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico (Bardin, 1977, p.117), e várias subcategorias.

No seguinte quadro (Quadro 9) são apresentas as categorias e subcategorias, resultantes da análise do *focus group*. No APÊNDICE 4, é apresentada a tabela de análise de conteúdo na íntegra, em que constam também os indicadores.

Quadro 9: Análise de conteúdo do *focus group*

Tema: Violência Doméstica	
Categoria	Subcategoria
A violência doméstica como problema no Município de Silves	Problema transversal a idades e posição social
	Problema crescent
	Motivo de sinalizações
	Problema documentado
	Problema de género
Locais/freguesias prioritárias de intervenção	Armação de Pêra
	Silves e Messines
	Todas as freguesias do concelho de Silves
Grupos prioritários de intervenção	Crianças/ Jovens
	Escolas
	Mulheres

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

	Profissionais de saúde
Estratégias para minimizar esta problemática	Adaptação dos serviços de saúde
	Equipa para receber a denúncia da vítima
	Rede de apoio
	Legislação
Estratégias para prevenção da violência	Educação para a saúde
	Ensino para a gestão de afetos/emoções
	Intervenção junto dos pais

O *focus group* teve como tema a violência doméstica, e procurou-se compreender, com a primeira questão se este constituía um problema no concelho de Silves, as respostas geraram um consenso por parte dos intervenientes no que diz respeito à confirmação deste aspeto (“...existe e é um problema transversal a várias, várias...faixas etárias e classes sociais”, “cada vez mais...”, “realmente está a aumentar”).

Quando se procurou perceber qual a freguesia do concelho em que a violência doméstica tem maior incidência as respostas não foram totalmente consensuais, em que alguns entrevistados referiram quem existia em todas as freguesias (“*Há em todas*”), mas maioritariamente as respostas fizeram referência à freguesia de Armação de Pêra (“*Armação de Pêra*”, “*em Armação de Pêra haver um maior número de registos que evidencie isso...*”).

Ao questionar o grupo acerca da sua opinião em relação a quem eram os grupos prioritários de intervenção, as opiniões não foram uniformes. Contudo, na sua maioria referiram que a intervenção deveria ser dirigida aos jovens e à escola (“*a intervenção junto da criança...*”, “*...eu acho que é uma mais-valia começarmos nas escolas...*”). Algumas entidades referiam também ser necessário intervir junto dos profissionais/ equipas de saúde (“*Eu acho que deveria haver maior investimento na área da saúde*”, “*...tem que ser feito um trabalho psicológico individual...*”).

Como estratégias para minimizar esta problemática as entidades referem a adaptação dos serviços de saúde (“*os médicos de família não podem também fazer esse trabalho?*”, “*Mas podia haver um encaminhamento, se houvesse um serviço específico aqui no Centro de Saúde, que fosse criado para este efeito...*”), uma equipa para receber a denúncia da vítima (“*...será que estas pessoas que estão na GNR vá (...) será que são as pessoas mais competentes para receber estas denúncias...*”, “*...devia haver uma equipa em que as pessoas se sintam seguras em lá ir*”), uma rede de apoio (“*...muita falta de respostas...*”, “*Eu acho que isso era o primeiro*

passo a...a rede de apoio”, “ Casas-abrigo não é solução, porque elas estão lá e não conseguem construir um projeto de vida”, “Tinha que haver uma estrutura mais forte de apoio”) e uma mudança na legislação (“Talvez a legislação...seria ótimo, seria afastar o agressor e não tirar a vítima”, “...devia-se afastar o agressor”).

E, por fim, enquanto estratégias para prevenir a violência doméstica, foi referido: educação para a saúde (“...para...eles perceberem que há outras formas de um casal se relacionar...”; “...pelo menos explicar às crianças que há outros padrões de relação...”), ensino para a gestão de afetos/emoções (“...pelo menos o lidar...competências pessoais, gerir emoções...”, “Eu acho que não podemos ir pela violência doméstica mas tentar gerir emoções e o que é que é um pouco os relacionamentos, e os afetos. Os afetos acho que são o...”, “Gerir conflitos...”), intervenção junto dos pais (“...é muito complicado o trabalho de prevenção se os miúdos continuam a assistir isso em casa...”, “depois passa também pelos antecedentes e pela história familiar que cada cônjuge repete no seio de cada família”).

Ao terminar esta análise, percebe-se que é de consenso das entidades que a violência doméstica é uma realidade presente com concelho de Silves, o que está de acordo com os dados consultados, e que a título de minimizar esta problemática se deve atuar a título preventivo, nomeadamente com intervenções junto dos jovens e nas escolas. Assim a violência nas relações de intimidade dos jovens ganha destaque, nomeadamente a violência no namoro, no sentido em que se pretende gerir as emoções e os afetos, procurando que os jovens mantenham relações de intimidade saudáveis e prevenindo, mais tarde, violência nas relações conjugais. Foram também sugeridas algumas estratégias que possibilitarão um planeamento das intervenções no futuro.

Definiu-se então a necessidade de um projeto de intervenção tendo como população-alvo, de um modo geral, os jovens em idade escolar.

4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

São referidos por Tavares (1990) três critérios considerados clássicos para a priorização dos problemas, a magnitude (caracteriza o problema pela sua dimensão), a transcendência (valoriza as mortes por grupos etários) e a vulnerabilidade (corresponde à possibilidade de prevenção). Contudo outros critérios têm vindo a ser utilizados, como a gravidade, exequibilidade, aceitabilidade, evolução, carga da doença, equidade, alinhamento estratégico com o nível nacional, custo da doença, *Benchmarking*, conformidade legal, capacidade de prevenção, custo-efetividade, entre outros (Pereira, 2011).

Ainda Pereira (2011, p.39) refere que o “conhecimento da relação entre o problema e o (s) fator (es) de risco, a pertinência da implementação de um projeto e a disponibilidade de recursos são critérios de determinação de prioridades identificados por Tavares (1990)”. E serão estes os critérios utilizados para a determinação de prioridades deste projeto.

Conhecimento da relação entre o problema e os fatores de risco

Estão identificados os fatores que conduzem à violência, à violência doméstica e especificamente à violência no namoro. Esses fatores podem ser de cariz individual (história pessoal, psicopatologia, história prévia de agressão/ maus tratos, abuso de substâncias psicoativas), relacionais (conflitualidade entre pares e familiar, assimetrias de poder, baixo estatuto socioeconómico), comunitários (densidade populacional, características demográficas da população, isolamento social, desemprego, pobreza), e sociais (normas culturais, valores, crenças, políticas de saúde, sociais, de justiça e de educação) (DGS, 2014).

Como referido anteriormente, a violência está diretamente relacionada com os determinantes sociais. Também a não perceção das situações de violência nas relações e o não considerar determinados atos como violência constituem fatores de risco.

Também foi evidente que jovens com história de violência ou vivência de violência doméstica têm maior probabilidade de vir a desenvolver comportamentos violentos nas

relações. A incapacidade de gerir emoções, frustração e conflitos foi também enunciada como fator de risco para a violência nas relações de namoro.

Assim, estão presentes os principais fatores de risco encontrados nesta problemática.

Pertinência da implementação de um projeto

Um projeto de intervenção com incidência na violência do namoro foi considerado importante e pertinente por 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 jovem em idade escolar, e assim nas relações de namoro, com o intuito que a violência não se perpetue mais tarde nas relações conjugais. É referida a necessidade de intervenção junto dos jovens, mas também junto dos pais e do corpo docente, nas escolas.

Disponibilidade de recursos

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 jovens em idade escolar, há possibilidade de integrar a equipa de Saúde Escolar neste projeto e os recursos necessários são existentes, necessitando apenas de ser adaptados e mobilizados. A UCC encontra-se disponível para a mobilização destes recursos, pelo que este critério de encontra preenchido e não serve como obstáculo.

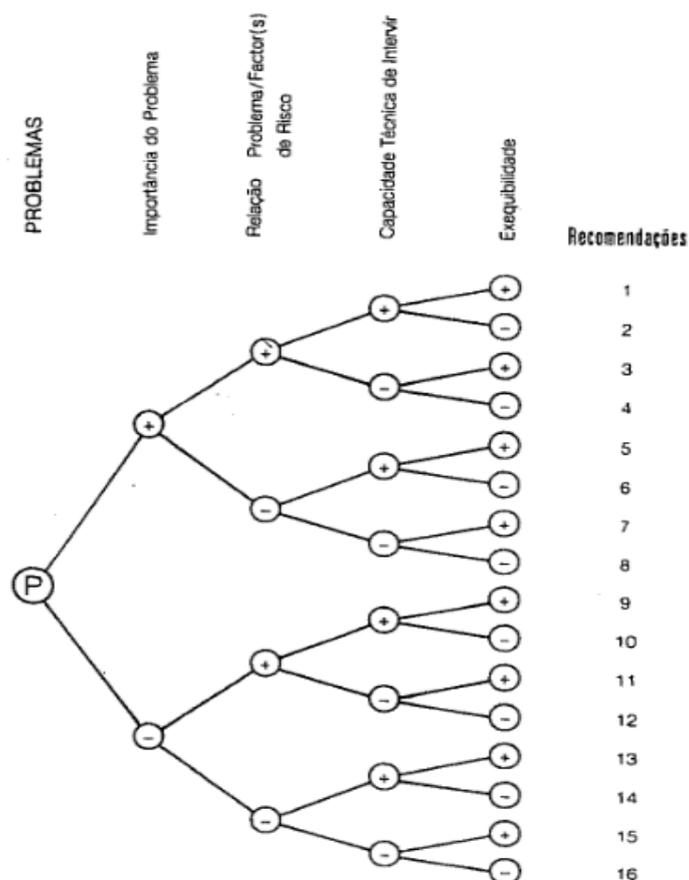
Assim, considera-se de maior prioridade e alvo de atenção na execução deste projeto a atuação ao nível da gestão das emoções e conflitos nos jovens em idade escolar, de forma a prevenir comportamentos violentos nas relações de namoro, bem como uma maior consciencialização por parte destes no que diz respeito a esta problemática. É também prioritário atuar junto dos pais, no sentido de prevenir a adoção de comportamentos de violência, por vivência, dos jovens, de situações de violência doméstica. A escola, enquanto entidade portadora de um papel fundamental na educação e transmissão de conhecimentos e valores deve também ser alvo de intervenção.

Não obstante, ao longo do diagnóstico de situação, verifica-se outros problemas a serem resolvidos para além dos acima referidos, no entanto e tendo por base o que nos diz Tavares (1990, p.101), “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados, (...) muito menos que não haverá um projeto para a segunda e terceira prioridades, é uma questão de disponibilidade de recursos humanos, físicos e/ou financeiros”. As prioridades estabelecidas podem ser redefinidas no decorrer da preparação operacional de um projeto de intervenção.

Grelha de análise

A grelha de análise é uma técnica que permite determinar prioridades, com base em quatro critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(os) fator(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou intervenção. Ao utilizar a grelha de análise (Figura 7), atribui-se sucessivamente a classificação mais (+) ou menos (-) de uma forma sequencial aos critérios acima identificados, obtendo-se no final um resultado a partir dos valores referidos na grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima e o valor 16 à menor prioridade (Tavares, 1990). Foi assim aplicada a grelha de análise ao problema identificado- a violência doméstica.

Figura 7: Grelha de análise para determinação de prioridades



Fonte: Tavares (1990, p.89), segundo Pineault e Daveluy (1986)

Assim, após aplicada a grelha de análise, como explicitado na seguinte tabela (Tabela 3), determina-se uma prioridade de 3 para o problema identificado.

Tabela 3: Grelha de análise do problema

Problema: Violência doméstica no concelho de Silves

Importância do problema	+
Relação entre o problema e o(os) fator(es) de risco	+
Capacidade técnica de resolver o problema	-
Exequibilidade do projeto ou intervenção	+

A importância do problema foi considerado mais (+), pois pelos dados analisados verifica-se que é um problema presente no concelho de Silves, o consenso das entidades também vai de encontro aos dados enunciados, conforme justificado anteriormente. Relativamente à relação entre o problema e os fatores de risco, também essa é conhecida, como referido. No

que diz respeito à capacidade técnica para resolver o problema, foi considerado menos (-), 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 no mínimo reduzir o seu impacto, incidência e prevalência. E no que confere à exequibilidade do projeto, este critério foi considerado como mais (+), pela possibilidade de realizar este projeto e pela disponibilidade de recursos e meios para a sua realização e concretização.

5. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

5.1. População-alvo

De acordo com os dados e justificações apresentadas anteriormente, a população-alvo definida para este projeto de intervenção são os jovens em idade escolar de uma escola básica de uma freguesia do concelho de Silves.

Foi selecionada esta escola, por se encontrar na freguesia do concelho de Silves com maior incidência de violência doméstica e por ser uma escola básica de 2º e 3º ciclo. De forma a corresponder à idade em que se pretende atuar -adolescência- foram selecionadas as turmas do 9º ano.

A Direção da Escola demonstrou interesse na participação do projeto, autorizando o seu desenvolver, bem como cedendo algumas horas para a realização do mesmo. Como tal, o total da amostra, selecionada por conveniência, foi de 80 alunos, com idades compreendidas entre os 14 e os 17 anos de idade, pertencentes a quatro turmas.

5.2. Definição de Objetivos

Com a finalidade de atuar na área da violência doméstica, ao nível da intervenção precoce na prevenção desta problemática, formulou-se como objetivo geral:

- Capacitar os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro.

E como objetivos específicos:

- Identificar situações de conflito nas relações de namoro dos jovens;

- Conhecer as atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro;
- Melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro.

5.3. Seleção de Estratégias

A primeira estratégia selecionada para a realização deste projeto prende-se com a integração no Programa de Saúde Escolar. A temática deste projeto vai ao encontro do plano da equipa de Saúde Escolar para este ano letivo, considerando as diretrizes e orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015. Este aspeto permite racionalizar os recursos disponíveis, bem como responder às necessidades identificadas e aos objetivos da UCC. A participação no Programa foi efetuada sob tutoria da Enfermeira Coordenadora da Unidade e orientadora de estágio, que é um dos membros da equipa de Saúde Escolar, e em colaboração com os restantes elementos (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeuta, terapeuta da fala, etc.).

A segunda estratégia utilizada foi a participação em outras atividades da equipa de Saúde Escolar, pois este aspeto possibilitou uma maior aquisição de conhecimentos e competências nesta área, uma visão mais abrangente e completa e uma possibilidade de ajustar o projeto de intervenção em causa, tendo em conta experiências anteriores e outros projetos que estão a ser desenvolvidos no município ou nos concelhos vizinhos.

Foi ainda utilizada como estratégia a realização de sessões de educação aos alunos. Ao adotar esta estratégia, foi promovida a capacitação dos jovens e o seu maior conhecimento, no que se refere à temática da violência nas relações de namoro e à capacidade para gerir atitudes e emoções em situação de conflito. Segundo Stanhope e Lancaster (2011), sessões de educação para a saúde são atividades realizadas por profissionais com o objetivo de promover a saúde. Os mesmos autores dizem que os enfermeiros são os veículos que capacitam as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde.

Sendo que existe uma relação positiva entre a educação e a saúde, e que “diversas teorias têm tentado explicar a adoção de comportamentos, tornando-se fundamental conhecê-las no

exercício da educação para a saúde, dado que constituem uma base para estratégias de intervenção para motivação e apoio à mudança comportamental” (Loureiro & Miranda, 2016, p.183), e também que a Promoção da Saúde é também resultado da educação para a saúde (Loureiro & Miranda, 2016), vamos considerar a visão de Nola Pender acerca da educação para a saúde, enquanto ferramenta para a Promoção da Saúde.

De acordo com o Modelo de Promoção da Saúde, é possível realizar uma atuação direta com o indivíduo, de forma a melhorar os seus conhecimentos e aumentar a sua literacia face a diversos temas e assuntos, procurando uma alteração nas suas atitudes e comportamentos que promovam a sua saúde. O enfermeiro tem papel de destaque nesta ação, como referido anteriormente, e a sua intervenção pode ser alargada aos grupos e comunidades.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL E IMPLEMENTAÇÃO

6.1. Seleção das Intervenções e Cronograma de Atividades

São apresentadas as intervenções/atividades em função dos objetivos propostos:

- Participação nas atividades e reuniões da equipa da Saúde Escolar da UCC e do Agrupamento dos Centros de Saúde [ACES] do Barlavento;
- Reuniões com o diretor e docentes da escola;
- Aplicação de instrumentos de recolha de dados aos alunos da amostra para identificação de situações de conflito nas relações de namoro dos jovens e as atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro.
- Sessões de educação para a saúde com os alunos;
- Criação de um folheto informativo acerca da temática da violência no namoro para entrega aos alunos da escola (Apêndice 5);
- Elaboração de um artigo científico (Apêndice 6);
- Apresentação dos resultados do estudo aos alunos e docentes da escola;
- Realização de uma formação à equipa de Saúde Escolar: apresentação do projeto de intervenção em causa, abordagem da temática, estratégias de prevenção da violência no namoro;
- Reunião com a escola e na UCC para balanço do projeto;

- Realização de um *dossier* temático em suporte digital, para futura utilização pela equipa de Saúde Escolar. Este *dossier* contempla documentos acerca das temáticas abordadas (violência doméstica, violência nas relações de intimidade, violência no namoro, autoestima, autoconfiança e autoconhecimento, gestão de emoções e conflitos, inteligência emocional).

Foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice 7), que facilitou a perceção do progresso do trabalho, possibilitando uma visão mais geral das atividades desenvolvidas, bem como o tempo necessário para a realização e concretização de cada uma delas. Segundo Carvalhosa et al. (2010), o cronograma serve de referencial para a execução, acompanhamento e avaliação do projeto, e funciona como uma ferramenta de gestão e organização ao longo do tempo.

6.2. Previsão de Recursos

De acordo com Tavares (1990), qualquer projeto pressupõe uma equipa de trabalho, equipamento, estrutura administrativa e apoio logístico, e todos estes recursos necessários devem ser estimados e financiados. É também necessário realizar uma análise orçamental, prevendo os custos necessários à implementação do projeto.

Neste projeto, as entidades envolvidas forma a UCC e a Escola.

Recursos Humanos: Investigadora, alunos e professores;

Recursos Físicos: Salas de aula da Escola envolvida no projeto, para a realização das sessões de educação;

Recursos Materiais: Papel para impressão dos questionários a serem preenchidos pelos alunos e dos folhetos, recursos audiovisuais (computadores, projetor, tela, etc...), carro para deslocação à escola;

Recursos financeiros: Os gastos inerentes ao projeto desenvolvido relacionam-se maioritariamente com materiais consumíveis (papel, tinteiro, ...), sendo as impressões financiadas pelo investigador. As sessões irão decorrer em horário estipulado pela escola, numa hora denominada a “hora da turma”, pelo que não acrescenta gastos. O transporte do investigador desde a UCC até à escola também fica a cargo do próprio.

6.3. Identificação de Situações de Conflito e Atitudes dos Jovens- Resultados e Discussão de Resultados da Aplicação de CADRI e EAVN

A amostra inicial era de 80 alunos, após entrega de consentimento informado aos alunos e respetivos encarregados de educação, por serem menores de idade, apenas 70 consentiu a sua participação no estudo, pelo que os instrumentos de recolha de dados foram preenchidos apenas por 70 alunos.

A primeira questão do estudo, integrada no CADRI, era se os alunos namoravam atualmente ou se já tinham namorado, se saíam com alguém sem que existisse compromisso ou se nunca tinham namorado.

A resposta mais obtida foi que namoravam ou já tinham namorado (41,4%, N=29), seguido de quem indicou que saiu ou saía com alguém apesar de não existir compromisso de namoro (30,0%, N=21) e finalmente de quem indicou que nunca namorou (28,6%, N=20) (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência absoluta (F) e percentagem (%) segundo a relação

	F	%
Namoro ou já namorei	29	41,4
Nunca namorei	20	28,6
Saio ou saí com alguém apesar de não existir um compromisso de namoro	21	30,0
Total	70	100,0

Na primeira pergunta do CADRI é indicado ao aluno que só deverá responder ao questionário no caso de responder “Namoro ou já namorei”, contudo 29 alunos indicaram esta resposta e 32 questionários foram respondidos, sendo que dois deles foram respondidos apresentando como resposta a esta primeira pergunta “Saio ou saí com alguém apesar de não existir um compromisso de namoro”.

Aos alunos que indicaram que namoravam ou já tinha namorado questionou-se a idade com que começaram a namorar e a resposta mais obtida foi que começaram a namorar com 13 anos (27,59%, N=8) seguido de quem indicou 12 anos (17,24%, N=5) e 14 anos (17,24%, N=5) (Tabela 5).

Tabela 5: Frequência absoluta (F) e percentagem (%) segundo idade com que começaram a namorar.

	F	%
7	1	3,45
8	1	3,45
10	1	3,45
11	4	13,79
12	5	17,24
13	8	27,59
14	5	17,24
15	4	13,79
Total	29	100,00

Seguidamente questionou-se sobre quem estavam a pensar nas respostas sobre a relação amorosa com outra pessoa. Neste inquérito obteve-se a resposta de 31 dos alunos (42,3%), apesar de ter sido solicitado que só responderiam a esta pergunta se anteriormente tivessem respondido “namoro ou já namorei”, e desses mesmos inquiridos verificou-se que uma ligeira maioria indicou que estava a pensar na pessoa que seria o seu namorado atual (18,6%, N=13), seguido de quem indicou que estava a pensar num ex-namorado do último ano (15,7%, N=11).

No instrumento CADRI foram criadas 2 subescalas violência física (VF) e violência sexual (VS) que originou a subescala Violência Severa (VSevera), e a subescala comportamento ameaçador (CA). Seguidamente foram criadas as subescalas estratégias de resolução de conflitos abusivos (ERCA) e estratégias de resolução de conflitos não abusivos/positivos (ERCnA). As subescalas foram criadas para o comportamento do inquirido perante o parceiro (eu) e do parceiro perante o inquirido (ele).

No que diz respeito aos níveis de consistência interna dos instrumentos, recorrendo ao *alfa* de *Cronbach*, constatou-se que todas as subescalas do CADRI, apresentaram uma boa consistência interna, com exceção da subescala CA e ERCnA que revelam consistência interna fraca, tal como já tinha sido verificado pela autora da versão portuguesa do inventário, contudo manteve-se a versão original.

Em relação à escala EAVN, verificou-se, segundo o *alfa* de *Cronbach*, que todas as subescalas apresentaram uma boa consistência interna onde o valor mais baixo obtido foi 0,729 e o mais alto foi 0,849, todos os valores se encontram acima de 0,7, valor que Nunnally considera como o valor mínimo para uma boa consistência interna de uma escala (Pestana & Gageiro, 2008).

A autora da tradução da escala referia um *alfa* de *Cronbach* de 0.90 para o CADRI e uma variação dos níveis de *alpha* de *Cronbach* entre 0.7 e 0.8 para a escala EAVN (Saavedra, 2010). Os valores são apresentados nas seguintes tabelas (Tabelas 6 e 7).

Tabela 6: Consistência interna das subescalas de CADRI

		<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de Itens
VF	Eu	,802	4
	Ele	,698	4
VS	Eu	,887	4
	Ele	,821	4
VSevera	Eu	,903	2
	Ele	,903	2
CA	Eu	,416	4
	Ele	,548	4
ERCA	Eu	,785	15
	Ele	,846	15
ERCnA	Eu	,368	10
	Ele	,498	10

Tabela 7: Consistência interna das subescalas de EAVN

	<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de Itens
VPM	,729	15
VFM	,829	12
VSM	,845	12
VPF	,746	13
VFF	,847	12
VSF	,849	12

De seguida (Tabelas 8 e 9) apresenta-se a análise descritiva das subescalas de CADRI, separadas mediante o comportamento do inquirido perante o parceiro (eu) e do parceiro perante o inquirido (ele).

Tabela 8: Análise descritiva das subescalas de CADRI (eu)

Eu	VF	VS	VSevera	CA	ERCA	ERCnA
Media	4,7931	4,5313	9,3793	5,5667	35,1071	27,0625
Mediana	4,0000	4,0000	8,0000	5,0000	33,5000	27,0000
Desvio Padrão (D.P.)	1,63400	1,45877	3,01678	1,50134	8,26120	3,64504
Variância	2,670	2,128	9,101	2,254	68,247	13,286
Mínimo	4,00	4,00	8,00	4,00	26,00	20,00
Máximo	11,00	12,00	23,00	10,00	66,00	33,00

Tabela 9: Análise descritiva das subescalas de CADRI (ele)

Ele	VF	VS	VSevera	CA	ERCA	ERCnA
Media	4,9333	4,9355	9,3793	5,3333	36,1724	9,8621
Mediana	4,0000	4,0000	8,0000	5,0000	33,0000	8,0000
Desvio Padrão (D.P.)	1,57422	2,15925	3,01678	1,6259	10,7373	3,5629
Variância	2,478	4,662	9,101	2,644	115,291	12,695
Mínimo	4,00	4,00	8,00	4,00	25,00	8,00
Máximo	10,00	13,00	23,00	11,00	75,00	22,00

Tal como a autora da versão dos instrumentos utilizados, serão analisados os resultados separadamente, de acordo com as subescalas identificadas anteriormente. Os itens foram associados às diferentes subescalas pelas autoras do inventário. As percentagens apresentadas são referentes ao mínimo e ao máximo verificados em relação aos itens que integram cada subescala.

Para a subescala VF foram considerados os itens 8, 25, 30 e 34. Analisando as respostas dadas pelos alunos mediante o seu comportamento perante o parceiro: entre 80,6 e 93,8% responderam que nunca aconteceram estas situações nas suas relações, entre 3,1 % e 13,3% responderam que raramente aconteceu, e entre 3,1 e 9,7% considerou que aconteceu 3 a 5 vezes no seu relacionamento (às vezes). E analisando as respostas que consideram a atitude do

namorado perante o inquirido, entre 80 e 86,7% responderam que nunca aconteceu, entre 13,3 e 20% refere que aconteceu raramente, e entre 3,1 e 9,7% aconteceu às vezes.

Para a subescala VS foram considerados os itens 2, 13,15 e 19: e entre 78,1 e 96,9% respondeu que os acontecimentos apresentados nunca tinham acontecido na sua relação, de 3,1 a 34,4% refere que raramente aconteceu, entre 3,1 e 9,4% indica que aconteceu às vezes e em 3,1% aconteceu frequentemente. Relativamente ao comportamento do parceiro perante o inquirido: entre 78,1 e 96,9% referiu que nunca aconteceu, entre 3,1 e 12,5% refere que aconteceu às vezes, e entre 3,1 e 9,4% refere que aconteceu frequentemente.

Os itens 5, 29, 31 e 33 foram considerados na subescala CA: e, entre 14 alunos e 31 alunos responderam que este tipo de comportamento nunca aconteceu nas suas relações (46,7 a 96,9% respetivamente), entre 3,1 e 33,3% considerou que aconteceu raramente, entre 3,3 e 16,7% refere que aconteceu às vezes, e 3,3% referiu que aconteceu frequentemente.

Na subescala ERCnA foram considerados os itens 1, 6, 10, 11, 14, 16, 18, 22, 26 e 27. No que diz respeito ao comportamento do inquirido sobre o namorado entre 3,1% e 87,5% responderam que nunca aconteceu tal atitude na sua relação de namoro; de 3,1 a 37,5% refere que aconteceu raramente; de 6,3% a 59,4% respondeu que aconteceu às vezes; e entre 3,1 a 40,6% refere que aconteceu frequentemente. Perante as atitudes do parceiro sobre o inquirido, entre 6,3 e 75% responderam que nunca aconteceu; entre 15,6 e 31,3% afirmou que aconteceu raramente; entre 6,3 e 53,1% refere que aconteceu às vezes; e entre 3,1 e 34,4% respondeu que aconteceu frequentemente na sua relação.

Os itens considerados na subescala ERCA foram os 3, 4, 7, 9, 12, 17, 20, 21, 23, 24, 28, 32 e 35. Entre 15,5 e 100% respondeu que nunca aconteceu na sua relação; entre 3,1 e 43,8% referiu que aconteceu raramente; entre 3,1 e 25% afirmou ter acontecido às vezes na sua relação; e entre 12,5% referiu que aconteceu frequentemente. Perante o comportamento do parceiro perante o inquirido; entre 15,6 e 90,6% respondeu que aconteceu raramente na sua relação; entre 6,7% e 37,5% afirma que aconteceu às vezes; e entre 3,1 e 9,4% refere que aconteceu frequentemente na sua relação.

Relativamente aos dados apresentados é de salientar que em relação à VF, apesar de 25 alunos responderem ao item 8 (“eu atirei-lhe alguma coisa”) como nunca tendo acontecido na sua relação, três responderam que isso já aconteceu uma a duas vezes, e três alunos que já

aconteceu três a cinco vezes na sua relação de namoro. Em relação ao item 25 (“ eu dei-lhe pontapés, bati-lhe ou dei-lhe murros”) 30 alunos responderam que nunca o fizeram, mas apenas 27 afirmaram que esse comportamento nunca tinha acontecido para com eles, sendo que um dos alunos reporta como tendo acontecido ‘às vezes’ na sua relação (uma resposta como vítima e uma como perpetrador). Quando nos referimos ao item 30 (“Eu dei-lhe uma bofetada ou puxei-lhe o cabelo”) apenas 25 dos alunos referiram que isto nunca aconteceu na sua relação de namoro e seis referem que isso aconteceu uma a duas vezes na sua relação enquanto ato de perpetração contra seis de vitimização. Em relação ao item 34 (“Eu empurrei-o(a), dei-lhe encontrões ou abanei-o (a)”) 26 dos alunos referiram que nunca aconteceu nas suas relações de namoro.

Um estudo da UMAR (2017) refere que cerca de 6% dos jovens não reconhece esta forma de violência e, dando como exemplo, em relação ao ato de esbofetear e empurrar é revelado que 9% dos rapazes e 4% das raparigas o legitima. “Os índices de prevalência da violência física continuam a apontar números preocupantes. Em termos gerais, encontramos uma média de 6% de jovens que disseram já ter sofrido comportamentos físicos violentos” (UMAR, 2017, p.10).

A violência sexual, considerada com uma das formas de violência severa, também ocorreu, embora não frequentemente, nas relações de namoro, sendo que em relação ao item 2 (“Eu toquei-o(a), sexualmente, contra a vontade dele (a)”) 29 dos 32 alunos refere nunca o ter feito, mas dois deles referem que já lhes aconteceu três a cinco vezes e um uma a duas vezes nas suas relações de namoro. Ainda comportamentos como “eu forcei-o a ter relações sexuais comigo quando ele(a) não queria”/ “Ele(a) forçou-me a ter relações sexuais com ele(a) quando eu não queria”, “Eu ameacei-o(a), para tentar ter relações sexuais com ele(a)”/“Ele(a) ameaçou-me, para tentar ter relações sexuais comigo” e “ Eu beijei-o(a) quando ele(a) não queria”/“Ele(a) beijou-me quando eu não queria” estiveram presentes nas relações dos jovens inquiridos, embora em número reduzido, conforme referido anteriormente. Contudo são resultados preocupantes, que apesar de não traduzirem uma incidência elevada, seria expectável que não ocorressem e são formas de violência grave que estão presente nas relações de namoro destes jovens.

O referido estudo da UMAR (2017, p.6) indica que a violência sexual nas relações de intimidade apresenta-se, geralmente, sob a forma de coação ou de abuso/violação. Estudos

evidenciam que é uma violência pouco reconhecida e denunciada, maioritariamente cometida por pessoas conhecidas nomeadamente, nas relações de namoro”. Cerca de 24% dos jovens legitima a violência sexual nas relações de namoro, 36% legítima pressionar para beijar à frente dos/as amigos/as. A pressão para ter relações sexuais também é referida, sendo que 13% dos/das respondentes legitima esta situação no namoro e neste estudo é demonstrada uma prevalência média de 6% de vitimação de violência sexual no geral. No estudo de Caridade & Machado (2013, p.104), “verificou-se uma tendência para a avaliação da violência sexual como rara e para a banalização da violência emocional e de alguns atos de violência sexual entendidos como menos graves”.

Também Guerreiro et al. (2015, p.18), revela que “35% dos/as jovens inquiridos/as já tinham sofrido pelo menos de uma das 10 formas de violência descritas” no estudo realizado.

Em relação ao CA, destaca-se as respostas dadas no item 29 (“Eu tentei assusta-lo(a) de propósito/”Ele(a) tentou assustar-me de propósito”, em que apenas 17 dos alunos referiram nunca o ter feito ao seu namorado e 19 responderam que o namorado/a nunca lho fez. Contudo seis afirmaram que já o fizeram uma a duas vezes, e sete alunos consideraram um comportamento que acontece ‘às vezes’ nas suas relações.

Este revela-se um comportamento de ameaça consideravelmente presente, assumindo também uma vertente da violência psicológica, em que um dos parceiros da relação demonstra um comportamento ameaçador e de manipulação perante o outro no intuito de conseguir determinado objetivo. Também os dados da UMAR (2017) confirmam este aspeto, referindo que a ameaça é legitimada entre os 6% e os 15%, sendo maior a legitimação por parte dos rapazes, e que o comportamento de ameaça passou de 6% para 10% comparativamente ao ano de 2016. Guerreiro et al. (2015), referindo-se à ameaça à integridade física ou a ameaças de abandono, refere que 7% dos/as inquiridos/as respondeu afirmativamente à prevalência numa atual ou anterior relação de namoro, e que destas vítimas, 25% não reconhece a situação como violência.

No que diz respeito às ERCnA, estas não são utilizadas pelos jovens inquiridos tanto como seria desejável, pois alguns itens como “Eu dei-lhe razões para achar ele(a) estava errado(a)/ “Ele(a) deu razões para achar que eu estava errado(a)”, “Eu disse-lhe o quanto estava aborrecido”/ “Ele disse-me o quanto estava aborrecido(a)”, “Eu abandonei a sala para me

acalmar”/”Ele(a) abandonou a sala para se acalmar” e “Eu desisti só para evitar um conflito”/ “Ela desistiu só para evitar um conflito”, considerados como estratégias positivas na resolução de conflitos foram pouco utilizados pelos jovens.

No entanto, alguns itens correspondentes a “Eu apresentei os meus motivos”/”ele(a) apresentou os meus motivos”, “Eu admiti que tinha alguma culpa”/” Ele(a) admitiu que tinha alguma culpa”, “Eu concordei que ele(a) estava, em parte, certo(a)”/”Ele(a) concordou que eu estava, em parte certo(a)”, “Eu apresentei uma solução boa para os dois”/”Ele(a) apresentou uma solução boa para os dois”, “Eu deixei de falar até ele(a) se acalmar”/”Ele(a) deixou de falar até eu me acalmar” e “Eu discuti o assunto calmamente”/”Ele(a) discutiu o assunto calmamente”, considerados como referentes a estratégias positivas na resolução de conflitos, são apontados como pouco frequentes nas relações de namoro.

Em relação às ERCA, os dados demonstram que comportamentos como “Eu tentei pôr os amigos dele(a) contra ele(a)”, “Eu insultei-o(a) com coisas humilhantes”/”Ele(a) insultou-me com coisas humilhantes”, “Eu contei coisas aos amigos dele(a) para os pôr contra ele(a)”/ “Ele(a) contou coisas aos meus amigos para os pôr contra mim” e “Eu gozei-o ou fiz pouco dele (a) em frente de outros”/ “Ele(a) gozou-me ou fez pouco de mim em frente de outros” foram muito pouco utilizadas pelos jovens, contudo, alguns comportamentos com “Eu fiz alguma coisa para lhe provocar ciúmes”/”Ele(a) fez alguma coisa para me provocar ciúmes”, “Eu lembrei uma coisa má que ele(a) tinha feito no passado”/”Ele(a) lembrou uma coisa má que eu tinha feito no passado”, “Eu culpei-o(a) pelo problema”/ Ele culpo-me pelo problema”, “Eu acusei-o(a) de se meter com outros(as) rapazes/raparigas”/ “Ele acusou-se de me meter com outros(as) rapazes/raparigas” e “Eu ameacei terminar o namoro”/ “Ele ameaçou terminar o namoro” foram estratégias presentes nestas relações, demonstrando que os jovens têm relações preenchidas por comportamentos de ciúme e manipulação, que muitas vezes, nem é percecionado como forma de violência.

Os resultados obtidos podem-se considerar preocupantes na medida em que as ERCA se encontram presentes nas relações de namoro destes jovens, e tal como referido por Silva (2017, p.72), “determinadas atitudes violentas, ao serem legitimadas numa relação de namoro, tenderão a reforçar comportamentos violentos com consequências cada vez mais severas”. Ainda no mesmo estudo é referido que existe “maior violência emocional e verbal,

muito embora os adolescentes consideram fazer uso de estratégias de resolução de conflitos no namoro não abusivas” (p.78).

Em relação à escala EAVN, o comportamento de cada subescala é apresentado na tabela seguinte (Tabela 10), onde se obteve valores médios próximos das medianas em cada uma das subescalas, indicando simetria nas mesmas subescalas com exceção da subescala VFF onde a mediana foi superior à média.

A subescala VPM apresentou uma média de 30,21 (D.P.=7,17) onde o mínimo foi 17 e máximo 43, a subescala VFM apresentou uma média de 23,00 (D.P.=7,73) com valores a variar entre 12 e 39, a subescala VSM apresentou uma média de 21,46 (D.P.=7,01) com valores a variar entre 12 e 39, a subescala VPF apresentou uma média de 25,23 (D.P.=6,74) com valores a variar entre 13 e 39, a subescala VFF apresentou uma média de 25,83 (D.P.=8,42) com valores a variar entre 12 e 47 e a subescala VSF apresentou uma média de 25,01 (D.P.=7,84) com valores a variar entre 12 e 44.

Tabela 10: Análise descritiva das subescalas de EAVN

	VPM	VFM	VSM	VPF	VFF	VSF
Media	30,2090	23,0000	21,4638	25,2326	25,8261	25,0149
Mediana	30,0000	23,0000	21,0000	25,0000	28,0000	24,0000
Desvio Padrão (D.P.)	7,17432	7,73422	7,01171	6,73950	8,41909	7,84218
Variância	51,471	59,818	49,164	45,421	70,881	61,500
Mínimo	17,00	12,00	12,00	13,00	12,00	12,00
Máximo	43,00	39,00	39,00	39,00	47,00	44,00

Os valores mínimos e máximos para cada subescala, correspondendo à soma das pontuações mínimas e máximas possíveis para as respostas dadas, seria:

- VPM: mínimo 15, máximo 75;
- VFM, VMS, VFF, VSF: mínimo 12, máximo 60;
- VPF: mínimo 13, máximo 65.

A subescala onde se verifica maior pontuação, ou seja, em que a perpetração de violência se mostra superior é a subescala da VPM, o que não nos permite por si só tirar conclusões, pois esta subescala apresenta mais itens comparativamente às restantes. Contudo, um estudo realizado em 2017 indica que quase um terço dos rapazes (27%) legitima comportamentos de violência, com um número superior ao das raparigas (UMAR, 2017). Também o estudo

realizado por Ventura (2014, p.87) mostra “um maior nível de legitimação da violência nos indivíduos do sexo masculino”, o que a autora refere poder “estar relacionado com fatores de origem sociocultural, particularmente as concepções mais tradicionais resultantes da construção social da masculinidade, com resistência a atitudes mais afetivas e emocionais e com assimilação de papéis relacionados com força física e conflitos relacionais”. Um estudo recente, realizado por Silva (2017), refere que a violência emocional e verbal (psicológica) está presente nas relações dos adolescentes. E ainda, em relação a este aspeto, o estudo de Silva (2017, p.78), realça que “há mais atitudes de legitimação da violência psicológica masculina e feminina nos adolescentes”, e “os rapazes legitimam mais atitudes de violência psicológica e sexual masculina, bem como violência sexual feminina” (p.79).

Os valores apresentados, que permitem conhecer as atitudes dos jovens face à utilização de violência nas relações de namoro (Saavedra, 2010), possibilitam perceber que esta está presentes sob todas as suas formas mas que o nível de legitimação não difere grandemente para cada tipo de violência. Este estudo não permite distinguir certamente se as respostas dadas acerca da forma de violência é a opinião ou crença que o inquirido apresenta ou se é o comportamento que adota.

No estudo realizado pela UMAR (2017) é referido que a violência no namoro está presente nas relações dos jovens, com uma vitimação entre 6% (violência física e sexual) e 19% (violência psicológica) e na legitimação entre 6% (violência física) a 28% (comportamentos de controlo), e Teixeira (2015) afirma que a violência não é somente perpetrada por homens, mas o sexo masculino tende a manifestar violência mais severa em relação ao sexo feminino. Um estudo realizado por Ventura (2014) evidencia que 68,9% dos jovens inquiridos discordam das crenças legitimadoras da violência, e que 11,8% apresentou respostas de concordância relativas a este tipo de atitudes, o que justifica as condutas violentas.

Ainda no seguimento do estudo, pretendeu-se verificar a existência de diferenças significativas nas subescalas do CADRI e da EAVN tendo em conta a questão inicial relativa ao namoro.

Recorrendo ao teste não paramétrico de Mann-Whitney e com um nível de significância de 5% não se verificaram diferenças significativas entre as subescalas do CADRI e o fato de os alunos namorarem ou saírem com alguém, nem sobre quem estavam a pensar quando

responderam ao inventário (relação atual ou passada), que para o seu comportamento perante o parceiro quer perante o comportamento do parceiro sobre ele próprio, pois as probabilidades de significância (p) associadas a cada comparação foram superiores aos 5%.

Para a escala EAVN, e recorrendo ao teste não paramétrico de Qui-quadrado e com um nível de significância de 5% não se verificaram diferenças significativas pois as probabilidades de significância associadas a cada comparação foram superiores aos 5%, para todas as subescalas referidas, assim sendo, não se verificam diferenças significativas em relação às diferentes formas de violência exercidas com o facto de os jovens afirmarem se namoram ou se saem com alguém sem compromisso ou sobre quem estavam a pensar quando responderam ao questionário (namorado(a) atual ou passado).

O facto de não se verificarem relações entre as formas de violência e o aspeto de namorarem ou saírem com alguém sem compromisso, ou se estão a pensar numa relação atual ou numa relação passada, pode estar relacionado com a faixa etária, considerando a possível não diferenciação que estes fazem entre a relação da namoro ou o facto de saírem com alguém.

Os resultados obtidos neste estudo corroboram outros estudos realizados ((UMAR, 2017), Silva (2017), Ventura (2014), Teixeira (2015), Caridade (2011); Caridade & Machado (2006); Caridade & Machado (2013)), indicando a presença de situações de violência nas relações de namoro dos jovens adolescentes.

6.4. As Sessões de Educação para a Saúde

Após a aplicação dos instrumentos de dados, foram iniciadas as sessões de educação para a saúde, referidas anteriormente. Foram realizadas as 12 sessões estipuladas inicialmente, e todos os alunos participaram no estudo até ao final.

A primeira sessão realizada teve como nome “Violência no Namoro” e apresentou como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens 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.

A segunda sessão denominou-se “Autoestima e autoconfiança” e apresentou como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da autoestima e autoconfiança, e como objetivos específicos clarificar conceitos associados à temática, como autoestima, autoconfiança, autoimagem, autorrespeito, autoconhecimento e auto valorização; identificar algumas atitudes que melhoram a autoestima e autoconfiança; estimular a valorização de características individuais e a aceitação da imagem corporal, e reconhecer pensamentos negativos e positivos, bem como a sua influência no dia-a-dia e na autoestima de cada um.

A terceira sessão – “Gestão de conflitos e emoções”, teve como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da gestão de conflitos e emoções e como objetivos específicos clarificar conceitos, identificar atitudes para a gestão de conflitos, estimular a adoção de uma atitude positiva perante situações de conflitos nas relações, reconhecer a importância da autoconsciência para a gestão eficaz das emoções.

Os planos de sessão das mesmas encontram-se em apêndice (Apêndice 8).

No seguinte quadro (Quadro 10), encontram-se especificadas as sessões, bem como a data de realização e as turmas abrangidas.

Quadro 10: Sessões de educação para a saúde realizadas

Sessões	Data	Turmas
“Violência no Namoro”	9 de novembro	A, B
	16 de novembro	C, D
“Autoestima e Autoconfiança”	23 de novembro	A
	30 de novembro	B
	7 de dezembro	C
	14 de dezembro	D
“Gestão de conflitos e emoções”	11 de janeiro	A,B
	18 de janeiro	C,D

Terminadas as sessões foi realizada a sua avaliação através do preenchimento de um questionário pelos alunos (Apêndice 9), com seis questões que se apresentam de seguida

(Tabela 11). As respostas dadas pelos alunos são também apresentadas na tabela 11, bem como a percentagem correspondente. Os dados obtidos através das respostas ao questionário de avaliação das sessões foram tratados no *Microsoft Office Excel 2007*.

Tabela 11: Avaliação das sessões de educação para a saúde

Perguntas	Respostas		Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
As sessões foram importantes?	2	2,9	19	27,1	36	51,4	12	17,1		
Os temas abordados foram do teu interesse?	7	10	18	25,7	26	37,1	19	27,1		
As sessões foram de encontro às tuas expectativas?	2	2,9	24	34,3	37	52,9	7	10		
A linguagem utilizada foi suficientemente clara?	3	4,3	9	12,9	33	47,1	24	34,3		
Os <i>slides</i> apresentados contribuíram para o esclarecimento dos temas abordados?	1	1,4	19	27,1	31	44,3	19	27,1		
Na tua opinião, os temas abordados poderão contribuir para a mudança de atitudes perante situações de violência nas relações de namoro?	4	5,7	24	34,3	26	37,1	16	22,9		

As respostas obtidas revelam que os alunos classificaram, no geral, as sessões e as temáticas abordadas de uma forma positiva, considerando maioritariamente que poderão ter repercussões a nível do seu comportamento no futuro e uma mudança de atitude perante as situações de violência nas relações de namoro.

Um questionário semelhante foi entregue as docentes para avaliação das sessões (Apêndice 10). Em relação aos docentes intervenientes neste projeto, do total dos quatro professores apenas se obteve a resposta de três deles, por um dos professores não estar presente no dia da avaliação. As respostas destes variaram entre o ‘bom’ e o ‘muito bom’, reforçando a importância da abordagem a esta temática e das intervenções realizadas e demonstraram também interesse em participar na replicação deste projeto ou em projetos semelhantes.

6.5. Outras Atividades do Projeto

No processo de criação, planeamento e implementação deste projeto de intervenção ocorreram várias reuniões, nomeadamente com o diretor e professores da escola, com a equipa da Saúde Escolar da UCC. Surgiu também a oportunidade de participar na reunião anual de Saúde Escolar do ACES Barlavento, onde foram apresentados os projetos que estão a decorrer noutras Unidades de Saúde, o que possibilitou adquirir uma visão mais abrangente e generalizada, permitindo um maior conhecimento acerca das intervenções que se encontram a ser realizadas.

No decorrer do estágio e da operacionalização do projeto de intervenção foi ainda realizado um folheto informativo (APÊNDICE 5), tal como previsto inicialmente. Este foi entregue aos alunos na primeira sessão realizada, com o intuito de fornecer algumas informações importantes acerca da temática, bem como alguns pontos fulcrais da sessão de educação, para que pudessem reler em casa e até partilhar com outros amigos.

Foi realizado um *dossier* temático em suporte digital, sobre a violência doméstica e sua prevenção, para futura utilização pela equipa de Saúde Escolar. Este *dossier* contempla documentos acerca das temáticas abordadas (violência doméstica, violência nas relações de intimidade, violência no namoro, autoestima, autoconfiança e autoconhecimento, gestão de emoções e conflitos, inteligência emocional).

Os resultados deste estudo foram apresentados não só aos alunos e professores na escola, como também à equipa multidisciplinar das unidades de saúde de Silves. Foi realizada uma apresentação no Centro de Saúde de Silves, onde foi apresentado todo o projeto, respetivas etapas e os resultados obtidos.

Posteriormente foi também apresentado o projeto de intervenção aos enfermeiros participantes no Programa de Saúde Escolar, para continuação do mesmo.

De acordo com o previsto na Unidade Curricular de Estágio foi elaborado um artigo científico sobre parte dos resultados do trabalho realizado (APÊNDICE 6). Trata-se de um artigo referente ao projeto de intervenção em causa e possibilitou um consolidar de conhecimentos,

pois a sua realização exigiu uma nova pesquisa bibliográfica, bem como uma revisão da bibliografia já pesquisada e das temáticas tratadas durante este período. Permitiu também um primeiro contacto com os dados recolhidos e os resultados obtidos neste projeto de intervenção, o que, para além de se tornar motivador, também facilitou a realização deste relatório.

6.6. Seguimento “*Follow up*” do Projeto

No decorrer da realização, planeamento e implementação do projeto foi realizado um acompanhamento do mesmo, de forma a avaliar as intervenções e procedendo a alterações e adaptações sempre que necessário, aplicando medidas corretivas que permitiram melhorar as atividades e atingir os resultados esperados e os objetivos inicialmente propostos.

Durante a implementação do projeto e das intervenções houve necessidade de adaptar as sessões de educação para a saúde aos horários disponibilizados pela escola, sendo necessário ajustar o tempo de duração das sessões. Também os conteúdos das sessões foram ajustados, procurando tornar as sessões mais práticas de forma a manter o interesse dos alunos na participação no projeto. Contudo, o *follow up* do projeto respeitou os recursos disponíveis e a análise orçamental realizada no início do planeamento.

7. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação deste projeto de intervenção foi realizada com base nos objetivos específicos:

- Identificar situações de conflito nas relações de namoro dos jovens

- Conhecer as atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro

Para a concretização destes dois objetivos foram aplicados os instrumentos de recolha de dados, já referidos anteriormente, e com base nas respostas dos jovens foi possível aferir as situações de conflito presentes nas relações de namoro dos jovens, bem como as suas atitudes em relação às situações abusivas e de violência.

Assim é possível avaliar a realização destes dois objetivos através de um indicador de processo, que indicará se foram aplicados ou não os instrumentos de recolha de dados propostos e pelo indicador de medida, que indicará a percentagem de alunos que preencheu os instrumentos de medida aplicados. Pretendia-se que pelo menos 85% dos alunos participasse no projeto.

Nº de alunos que participaram no projeto X 100

Nº total de alunos (4 turmas)

Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados aos alunos.

Após entrega do consentimento informado, do total de 80 alunos que compõem as quatro turmas, apenas 70 alunos aceitaram/foram autorizados a participar no projeto:

$\frac{70}{80} \times 100 = 87,5\%$

80

Assim, podemos considerar que este objetivo foi atingido.

-Melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro

Para a avaliação deste objetivo foram programadas três sessões de educação para a saúde a cada uma das turmas. No final da última sessão foi aplicado um questionário para avaliação das sessões.

Este objetivo foi avaliado através do indicador de medida:

$$\frac{\text{Número de sessões programadas}}{\text{Número de sessões realizadas}} \times 100$$

Este objetivo foi atingido na sua totalidade, pois foram programadas e realizadas 12 sessões, contudo houve necessidade de encurtar o tempo previsto da última sessão para 35 minutos em vez de 50 minutos, por necessidade de ajuste de horário por parte da escola.

Este objetivo será ainda avaliado mediante o número de alunos que assistiram e participaram nas sessões de educação para a saúde programadas, no total de alunos participantes no projeto. Pretende-se um resultado superior a 80%

$$\frac{\text{Número de alunos que participam nas sessões}}{\text{Número total de alunos que participam no projeto}} \times 100$$

Assim, o resultado foi:

$$\frac{70}{70} \times 100 = 100\%$$

E pode-se considerar que este objetivo foi atingido na sua globalidade, pois todos os alunos que aceitaram participar no projeto assistiram a todas as sessões realizadas.

Foram ainda realizados e entregues folhetos informativos aos alunos, realizada a apresentação do tema e do projeto realizado à equipa da UCC e realizado ainda um *dossier* em suporte digital para futura utilização pela equipa. Todas estas intervenções tiveram como objetivo melhorar o conhecimento dos jovens e a intervenção da equipa de Saúde Escolar,

com vista à capacitação dos mesmos. Estas intervenções foram avaliadas pela sua realização concreta, e todas foram concretizadas.

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 da Unidade de Saúde onde decorreram os estágios.

8. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de estágio, para além de todo o planeamento do projeto de intervenção e respetiva operacionalização e avaliação, foram realizadas outras atividades em conjunto com enfermeira orientadora e com a restante equipa da unidade.

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. Assim, houve participação com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados [ECCI], em várias rotas pelo concelho, realizando visitas domiciliárias para realização de tratamentos e vigilância da situação de saúde. Esta forma de cuidado permite uma abordagem mais contextualizada à pessoa e sua família, e funciona como um instrumento de proximidade, permitindo uma visão mais geral e um ajuste nos cuidados prestados, além de possibilitar a identificação de outras necessidades que possam existir.

Também houve participação nas reuniões multidisciplinares da equipa de Intervenção Precoce na Infância, nas sessões do Curso de preparação para o nascimento e parentalidade, na Unidade Móvel de Saúde, sendo que esta unidade assegura a cobertura em todo o concelho, à exceção da freguesia de Armação de Pêra.

A participação nestas atividades, contempladas nos diversos programas e projetos desta unidade de saúde, 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.

Surgiu ainda a oportunidade de participar em sessões de educação para a saúde no âmbito da Saúde Escolar, em conjunto com outros enfermeiros da UCC; numa sessão de educação para a saúde no Estabelecimento Prisional de Silves; nas reuniões da Rede Social e na equipa da CPCJ de Silves, contudo não foi possível assistir a nenhum atendimento na CPCJ por ser de carácter privado e sigiloso. No entanto foi possível compreender a intervenção realizada por esta equipa, bem como o sistema de referenciação e todo o processo envolvente.

Os cuidados prestados por este tipo de unidade possibilitaram também uma articulação com várias entidades da comunidade, sendo possível entender a importância da colaboração entre os diversos setores e das vantagens que se obtêm para uma prestação de cuidados mais abrangente e eficaz.

Todas as experiências referidas 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. Foi um caminho que permitiu adquirir as competências requisitadas e compreender a essência e magnitude dos Cuidados de Saúde Primários e da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

9. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No término da elaboração do Relatório de Estágio e após a apresentação do projeto de intervenção e de outras atividades desenvolvidas durante o estágio realizado importa também refletir acerca das competências adquiridas ao longo deste mesmo período.

No que diz respeito ao grau de mestre, referido em Diário da República e apresentado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Capítulo III, Artigo 15.º, este será conferido a quem apresente conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados e desenvolvidos face aos obtidos no 1.º ciclo, que constituirão a base de desenvolvimento. É também mencionado o “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares”, a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta”, o ser capaz “de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios” e as “competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Diário da República, 2016, p.3174).

De acordo com o Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, atualizado em 2017, os objetivos deste ciclo de estudos é “desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem(...)”, “promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos”, “capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos (...)”, e “contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada” (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, 2017, p.5). Consideram-se alcançados estes mesmos objetivos, conforme será explicitado adiante, ao apresentar as competências adquiridas e atividades desenvolvidas.

Ainda em relação ao Decreto-Lei supracitado, e sendo que o grau de mestre “é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em

áreas de especialização” (p.3174), serão apresentadas as competências relativas à Especialidade e área de especialização em causa.

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 desse determinado domínio e campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p.8648).

Independentemente da área de especialização há um conjunto de competências - competências comuns- que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas. 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).

O estágio final e as atividades desenvolvidas no seu decorrer permitiram a aquisição das competências comuns do enfermeiro Especialista.

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. 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 Saúde Escolar e as reuniões com os docentes e diretores de turma 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 planeadas ocorreram mediante

consentimento informado prévio às atividades, com possibilidade de desistência da participação, respeitando as crenças e valores de cada um.

Em relação ao **domínio da Melhoria da Qualidade**, houve a participação nos projetos e programas já existentes na UCC, participação em reuniões para divulgação de resultados dos projetos elaborados, reuniões estas que permitiram não só divulgar, mas também discutir ideias e estratégias com vista à melhoria dos programas e da intervenção dos enfermeiros. Foram consultadas as normas orientadoras no serviço e realizada pesquisa bibliográfica atual e pertinente para uma atuação e participação fundamentada. Procurou-se durante a realização e participação das diversas atividades manter um ambiente terapêutico e seguro.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde a melhoria contínua da qualidade no setor da saúde “significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas” (DGS, 2015b, p.16).

A UCC onde decorreu o estágio também apresenta um plano de formação interna, com vista à formação contínua e desenvolvimento profissional, procurando que os elementos da unidade desenvolvam as suas competências, e atualizem os seus conhecimentos, promovendo a qualidade das práticas de todos os intervenientes na prestação de cuidados. Esta formação é programada consoante as necessidades de formação identificadas pela equipa, e durante a realização do estágio também foi possível integrar as formações internas da equipa, nomeadamente uma formação sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

As competências do **domínio da gestão dos cuidados** foram adquiridas através da gestão dos cuidados prestados, integração na equipa, pois foi criado um projeto de intervenção, em que foi integrada a equipa da Saúde Escolar, equipa multidisciplinar, que mantém o projeto e vai procurar nos próximos anos escolares a sua replicação em outras escolas do concelho. Assim foi apresentado o projeto à equipa em causa, com esse objetivo, apresentando os resultados obtidos com os atividades desenvolvidas, motivando a equipa na realização das atividades propostas e permitindo adequar os recursos disponíveis à continuidade do projeto. Nas outras atividades desenvolvidas na unidade, em colaboração com a equipa

multiprofissional, não houve liderança de atividades, pois estas já se encontravam organizadas e geridas por outros elementos da equipa. Contudo perante a realização do projeto de intervenção as atividades programadas foram organizadas e coordenadas, adaptando os recursos disponíveis e assumindo um papel de liderança durante a realização do mesmo.

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. 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. A participação nos diferentes programas e projetos, realizados em áreas tão distintas, desde o trabalho com crianças, jovens e adolescentes aos idosos, desde preparação para a maternidade e Saúde Materno-Infantil, à enfermagem no Estabelecimento Prisional, à equipa de Intervenção Precoce e CPCJ, possibilitou uma vasta aquisição de conhecimentos e competências, permitindo adequar comportamentos e cuidados. Foi sem dúvida a participação em todas estas intervenções que permitiu um crescimento e melhoria profissional e pessoal ao longo deste período.

Contudo, e perante as diferentes áreas de Especialização surgem competências específicas, que “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2011, p. 8649).

De acordo com a área de especialização existe um conjunto de competências específicas regulamentadas, neste caso específico referimo-nos às 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 efectivos ganhos em saúde” (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Diário da República, 2011, p. 8667).

Assim, e de acordo com o regulamento supracitado publicado em Diário da República, as competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são: “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”; “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”; “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde”; e “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (p. 8667). Serão apresentadas as atividades realizadas enquanto critério de avaliação para as unidades de competência de cada competência específica.

A primeira competência específica referida, **“Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”** contempla como unidades de competência: procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade, formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, estabelece e avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Diário da República, 2011).

Considera-se que esta competência foi atingida na sua globalidade. Foi realizado um estudo da população e da comunidade abrangida pela unidade onde foi realizado o estágio, de forma a realizar um diagnóstico de saúde. Este diagnóstico teve por base o estudo dos determinantes de saúde que influenciam a comunidade, tendo sido considerados dados demográficos, sociais, e indicadores epidemiológicos. Foram consultados vários documentos, como o Diagnóstico Social, realizado anualmente pela Câmara Municipal do concelho, o Relatório de Atividades e o Plano de Ação da UCC, dados sociodemográficos descritos nos Censos e publicados no *site* PORDATA e INE. Este estudo aprofundado permitiu um conhecimento fundamentado e real da população, permitindo identificar as suas reais necessidades de saúde e prioridades de intervenção.

Assim, após definir as áreas prioritárias de intervenção, foi determinada a prioridade de intervenção na área da violência doméstica ao nível do concelho, com base no método de grelha de análise e nalguns critérios (conhecimento da relação entre o problema e o fator de risco; pertinência da implementação de um projeto; e a disponibilidade de recursos) identificados por Tavares (1990). Esta determinação de prioridades, também ela considerada como uma unidade de competência, permitiu chegar à conclusão que se tratava de uma área de intervenção prioritária. O diagnóstico de saúde e a determinação de prioridades realizados também envolveu diretamente as diferentes entidades representantes da comunidade com a realização do *focus group*, já referido. As orientações do Plano Nacional de Saúde também foram consideradas, no que diz respeito à capacitação dos cidadãos e grupos, promoção da saúde e promoção de ambientes saudáveis, com o principal intuito de obter ganhos em saúde.

Este estudo aprofundado permitiu definir objetivos reais e selecionar estratégias, criando um projeto de intervenção, que foi implementado numa área geográfica do concelho de Silves, com vista à atuação na necessidade de intervenção identificada. Também foi realizada a avaliação do projeto após a sua implementação e término das atividades estabelecidas.

Pode-se assim considerar que esta competência específica foi adquirida durante o período de estágio com a realização de um projeto de intervenção com base na metodologia de planeamento em saúde.

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 a criação e implementação do projeto de intervenção referido. As demais atividades desenvolvidas em colaboração com a equipa também auxiliaram e consolidaram a sua aquisição.

Esta competência compreende as seguintes unidades de competência: “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania”, “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais” e “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”. Após ter sido elaborado o diagnóstico de saúde, foram identificadas as reais necessidades de saúde da comunidade, foi planeado e implementado um projeto de

intervenção tendo em conta essas necessidades específicas, com vista à promoção da saúde e capacitação da população interveniente.

O desenvolver deste projeto ocorreu enquadrado no programa de Saúde Escolar, em que os docentes da escola participaram na realização do mesmo, e a vertente da educação para a saúde e a escola foram utilizadas enquanto estratégias de promoção da saúde e prevenção da violência. As sessões de educação para a saúde realizadas com os jovens foram adaptadas à faixa etária, utilizando técnicas de comunicação e motivação mais eficazes. Foi necessário uma pesquisa bibliográfica e um estudo aprofundado sobre várias temáticas, 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. Neste sentido o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, assim como a Teoria da Aprendizagem Social, revelaram-se adequados para fundamentar a minha intervenção, permitindo-me integrar conhecimentos de outras áreas além da Enfermagem.

Ao longo deste período foram desenvolvidas atividades, em colaboração com a equipa da UCC no âmbito dos programas existentes e das atividades planeadas pela equipa, como na equipa de Intervenção Precoce, Gabinete de Apoio à Pessoa Idosa, aulas de preparação para o parto, CPCJ. Todas estas atividades se dirigem a populações específicas e vulneráveis e permitiram a colaboração e parceria com diferentes áreas e entidades, e a possibilidade de participar nas mesmas permitiu adquirir competências que vão ao encontro das competências desta área de Especialização.

Também foram desenvolvidas atividades com base nos objetivos e pressupostos do Plano Nacional de Saúde. O Plano Nacional de Saúde, de acordo com as recomendações da OMS-Euro, deve ser implementado com base em sete princípios orientadores: prevenção e controlo da doença, promoção e proteção da saúde, colaboração intersectorial, capacitação dos cidadãos, promoção de ambientes saudáveis, divulgação e implementação de boas práticas, fortalecimento da saúde global (DGS, 2015b), sendo estes também princípios orientadores das atividades desenvolvidas na UCC, presentes nos diversos projetos e programas. Também o projeto de intervenção concebido e implementado teve por base a maioria destes princípios, como já referido.

A aplicação do Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, bem como o estudo da teoria de enfermagem contribuiu para a aquisição desta competência específica.

Por último, em referência à competência específica **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”** (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, Diário da República, 2011), também ela foi alcançada, na medida em que foi realizado um estudo da comunidade e população abrangida pela UCC, de forma a proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença daquela área geodemográfica, procurando identificar necessidades de intervenção, atuando em conformidade com as reais necessidades da população. Este facto, e após análise detalhada dos dados sociodemográficos, dos indicadores, da incidência e prevalência de doença e fenómenos, permitiu a escolha do tema em causa, atuando com vista a obter ganhos em saúde.

CONCLUSÃO

A violência nas relações de intimidade constitui um problema de saúde pública e assume proporções evidentes a nível nacional e internacional. Procurou-se conhecer quais as intervenções que estão a ser realizadas para o combate a este problema, as principais formas de o resolver e minimizar. E é neste sentido que a prevenção se destaca e surge como principal foco, no que diz respeito à abordagem a adotar perante este problema. Como se pode também perceber, através da pesquisa realizada, algumas das formas de prevenir a violência prendem-se com a capacitação dos indivíduos, e a recolha de dados e a pesquisa sobre o tema possibilitarão também a implementação de estratégias de prevenção baseadas na evidência. Assumindo a prevenção como primeira linha de intervenção, esta deve ser identificada como o alvo dessas intervenções. Várias evidências referem que a prevenção deve ser realizada precocemente tendo como 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.

Recorrendo à metodologia de planeamento em saúde, foi com a realização do diagnóstico de saúde que foi possível a identificação deste problema no concelho de Silves. Constatou-se que a violência surge como um problema presente no concelho, e de forma a melhor identificar esta problemática foi efetuada uma pesquisa de dados estatísticos e sociodemográficos, verificando-se que a violência doméstica surge como principal tipo de violência praticada.

De forma a aprofundar a temática e principais necessidades de atuação e intervenção, foi realizado um *focus group*, procurando reunir os principais representantes das entidades da comunidade com o intuito de confirmar a violência enquanto problema presente no município, compreender melhor a forma como ela é encarada e também quais as estratégias que poderiam ser adotadas para a sua minimização. A pesquisa e os dados do *focus group* permitiram priorizar este problema e partir para o desenvolvimento da intervenção nesta área.

As principais conclusões a que chegámos após a análise dos resultados do questionário realizado foi de que a violência está presente nas relações de namoro dos jovens inquiridos,

sob as suas variadas formas, e nem sempre são utilizadas estratégias de resolução de conflitos positivas. Assim é urgente manter uma intervenção a título de prevenção na área da educação e promoção para a saúde, capacitando os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro e melhorando os seus conhecimentos a nível da prevenção das situações de violência e promoção de relações saudáveis.

Considera-se também, que existe uma necessidade clara de intervir junto dos educadores e docentes, bem como dos pais e encarregados de educação.

A educação é importante para a saúde, não só pelos conhecimentos específicos que são adquiridos em relação a um tema, mas também porque melhora as competências de cada um, permitindo desenvolver o pensamento crítico e as capacidades para a tomada de decisão, e esta foi também uma estratégia utilizada, fundamentada pela teoria de Nola Pender.

Este projeto de intervenção comunitária embora não apresente implicações para a saúde imediatas, desenvolveu uma abordagem na área da prevenção, através de sessões de educação para a saúde, sendo expectável que possa conduzir a maior consciencialização dos jovens no que diz respeito à problemática da violência nas relações de namoro, capacitando-os para a adoção de atitudes positivas em situações de conflitos nas relações de intimidade e melhorando os seus conhecimentos. Este projeto apresenta também impacto ao nível da literacia em saúde dos jovens sobre a violência no namoro e sua prevenção.

Visto que os jovens foram os próprios a considerar que esta abordagem contribuiu para a sua mudança de atitude perante as situações de violência é crucial que se continue a apostar nesta área.

A avaliação das sessões de educação possibilitou uma melhoria futura das mesmas, de acordo com os itens que foram considerados como menos positivos, para uma melhor intervenção futura da equipa de Saúde Escolar, tendo em conta que a continuidade do projeto foi assumida pela equipa. Consideramos que este é um aspeto bastante positivo na avaliação deste trabalho, a capacidade para assegurar continuidade e não defraudar as expectativas entretanto criadas na comunidade e equipa.

A participação nas reuniões da equipa de Saúde Escolar e nas atividades inerentes possibilitou uma compreensão da dinâmica de trabalho e um entendimento da sua relevância e magnitude no que se refere à promoção e educação para a saúde. A temática em causa faz parte dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015, que foi concebido com consideração à reorganização do Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020) e os objetivos e estratégias da OMS, *Health 2020*, e enquadra-se nos eixos estratégicos e áreas de intervenção. A integração no Programa de Saúde Escolar possibilitou um aproveitamento de recursos para a realização deste projeto, e ficou facilitada a coordenação das atividades e intervenções com a escola.

Como proposto nos objetivos para esta unidade curricular, foi implementado um projeto de intervenção comunitária, no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde com base num diagnóstico de saúde realizado, e de acordo com a metodologia e etapas do planeamento em saúde. Durante todo este processo foi realizada pesquisa bibliográfica e um estudo que possibilitou uma prática baseada em evidências científicas e também uma reflexão crítica ao longo de todas as atividades, o que permitiu uma adequação e procura da melhoria constante. Em relação ao objetivo ‘demonstrar capacidade de liderança’, pode-se considerar que foi alcançado, pois todo este projeto foi criado e implementado, foram programadas e dirigidas atividades com vista ao alcance dos objetivos delineados.

Neste relatório foi também apresentada uma reflexão em relação às competências adquiridas durante este período, quer durante a criação e implementação do projeto, quer durante a participação nas restantes atividades da UCC e foram apresentadas as competências comuns do enfermeiro especialista, bem como as competências específicas desta área de especialização que foram adquiridas e o caminho que levou à sua aquisição.

Toda a intervenção realizada enquadra-se no pressuposto, e com base nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, indo ao encontro do facto de que a “enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade” (Decreto-Lei n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011, p. 8667).

A realização deste projeto de intervenção comunitária responde também às competências específicas do Enfermeiro Especialista neste ramo de Especialidade, que se prende com o

estabelecimento da avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, o processo de capacitação de grupos e comunidades, integração nos Programas de Saúde de âmbito comunitário de acordo com os objetivos do Plano Nacional de Saúde, e vigilância de fenómenos com impacto na saúde de uma população.

A consulta de alguns documentos, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, o Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem, a Ficha da Unidade Curricular-Relatório e a apresentação da Unidade Curricular realizada por Nunes (2017), permitiu compreender os objetivos a alcançar. Este Relatório Final, enquanto parte integrante da estrutura do ciclo de estudos conducentes ao grau de mestre, possibilita também a apresentação dos objetivos de aprendizagem para este grau, atingidos no decorrer das atividades realizadas e integradas.

Foram assim demonstradas competências na conceção, prestação e gestão de cuidados de enfermagem nesta área especializada, contribuindo para uma prática baseada na evidência através da investigação e pesquisa bibliográfica. No decorrer do projeto de intervenção foi demonstrada a capacidade de integrar os conhecimentos adquiridos previamente durante todo o ciclo de estudos e de tomada de decisão, mantendo as responsabilidades éticas profissionais e sociais. Aconteceu também a participação e colaboração em atividades e projetos integrando a restante equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde, mas também o desenvolvimento de trabalho autónomo, nomeadamente ao longo do desenvolvimento do projeto de intervenção.

Realizando uma análise global do trabalho desenvolvido, considero que foi positivo e enriquecedor. A motivação e a proactividade que a Enfermeira Coordenadora demonstrou e incutiu foi um desafio que permitiu que todas estas ações se desenvolvessem. Considero uma vantagem a participação nos programas e projetos da carteira de serviços da UCC, pois só assim foi possível a integração na comunidade, na equipa e na realidade do concelho.

A nível pessoal constituiu um desafio, pois integrei o programa de Saúde Escolar, e trabalhei com jovens adolescentes, com os quais nunca tinha trabalhado. Houve a necessidade de adaptar as sessões, linguagem e apresentações à faixa etária, e o principal desafio surgiu com a necessidade de manter a motivação e interesse dos jovens na participação do projeto.

Contudo foi um desafio superado, pois todos os jovens se mantiveram participantes ao longo da realização das intervenções, e a avaliação realizada reflete este aspeto.

Durante a realização do diagnóstico de saúde surgiram algumas dificuldades, sendo que a que considero que foi mais limitativa à sua realização foi ser um curto período de tempo para a realização das intervenções que foram necessárias. Um outro aspeto dificultador foi a conciliação de tempos com a escola e conseguir articular as horas necessárias para o desenvolvimento do projeto com o calendário escolar já estipulado, pelo que houve necessidade de alterar a duração da última sessão programada. O mês em que se iniciaram as atividades deste projeto coincidiu com o início do ano letivo escolar, altura esta em que a escola ainda não definiu a calendarização de todas as atividades. Este aspeto revelou-se dificultador a nível da articulação e conciliação com a mesma.

Contudo, a equipa de Saúde Escolar da UCC refere interesse em manter o projeto e continuar a desenvolvê-lo posteriormente, pelo que será expectável que no futuro o projeto fosse alargado, sendo que é passível de ser replicado noutras escolas, e noutros anos letivos, que incluam jovens adolescentes. 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.

No futuro, e mantendo uma intervenção continuada junto dos jovens, poderão ser aplicados novamente os instrumentos de recolha de dados, procurando verificar se existiram mudanças ao nível dos comportamentos e atitudes dos mesmos.

No concelho de Silves já tinham sido realizadas algumas iniciativas e atividades dirigidas a esta problemática, contudo esta problemática ainda não tinha sido alvo de intervenção por parte da equipa de Saúde Escolar, pelo que este trabalho constitui um ponto de partida para essa intervenção. É crucial manter a prevenção como prioridade, com vista à resolução não só desta problemática, mas no geral, e deve ser priorizada a educação para saúde para a mudança de comportamentos e atitudes.

O facto de este projeto ter sido aplicado a uma população reduzida não permite generalizar os resultados obtidos. Contudo, através destes resultados e da perceção de que a violência está presente nas relações de namoro dos jovens, espera-se que sejam desenvolvidos

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

esforços com vista à minimização desta problemática e que possam até ser aplicados a populações mais abrangentes.

BIBLIOGRAFIA

Ablorh-Odjidja, A., Akitobi, T., Bagnato, N., Blessman, J., Breitzman, S., Covington, T., ... Williams, A. (2011). *Preventing Violence: Roles for Public Health Agencies*. Acedido a 12 de maio de 2017, em: http://www.ncdsv.org/images/SafeStates_PreventingViolenceRolesForPublicHealthAgencies_10-2011.pdf

APAV (em linha), acedido a 12 de maio de 2017, em <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/oque-e1>

APAV (2016). Estatísticas APAV-Relatório Anual 2016. Acedido a 16 de maio de 2017, em https://www.apav.pt/apav_v3/images/.../Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf.

Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde. (2017). Regulamento de Funcionamento do Mestrado de Enfermagem.

Bandura, A.; Azzi, R. G.; Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: ArtMed. 176 pgs.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo* (Edições 70). Lisboa.

Butchart, A., Mikton, C., & Kieselbach, B. (2012). *Global Campaign for Violence Prevention-violence prevention alliance*. Genebra. Acedido a 16 de maio de 2017, em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/gcvcplan_of_action.pdf

Caridade S. (2011). *Vivências Intimas Violentas: Uma Abordagem Científica*. Coimbra: Edições Almedina.

Caridade S.; Machado C. (2006). *Violência na intimidade juvenil: da vitimação à perpetração*. *Análise Psicológica*, 4 (XXIV), 485-493

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

Caridade, S., & Machado, C. (2013). *Violência nas relações juvenis de intimidade: Uma revisão da teoria, da investigação e da prática*. PSICOLOGIA, Vol. XXVII (1), Edições Colibri, Lisboa, pp.91-113. Acedido a 10 de maio de 2017, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a06.pdf>

Carvalhosa, S., Domingos, A., Sequeira, C. (2010). *Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – Geracções*. *Análise Psicológica* (2010), 3 (XXVIII): 479-490. Acedido a 6 de outubro de 2017, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a08.pdf>

Conselho local de ação social de Silves [CLASS]. (2016). *Diagnóstico Social - Rede Social de Silves 2016*

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). *Violência: um problema global de saúde pública*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(supl. Jan), 1163–1178. Acedido a 12 de maio de 2017, em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>

Dantas, R., Farias, G., Rocha, K., Costa, I., & Medeiros, R. (2010). *O Impacto da Violência na Saúde Pública: Uma revisão de literatura*. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 4, 1935–1943. Acedido a 16 de maio de 2017, em: <https://doi.org/10.5205/reuol.1480-10071-1-LE.0404spe201013>

Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro de 2013. *Diário da República*, 1.ª série –N.º193, capítulo I. Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Acedido a 11 de maio de 2017, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6BCFA75A-508B-4CFF-B3BB-726FF2CFC244/36859/0605006061.pdf>

Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. Acedido a 11 de fevereiro de 2018, em <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Direção- Geral da Educação (2014). *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Ministério da Educação e Ciência. Acedido a 04 de outubro de 2017, em

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014). Violência interpessoal- Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Acedido a 12 de maio de 2017, em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas.../violencia_interpessoal-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015a). Programa Nacional Saúde Escolar 2015. Ministério da Saúde. Acedido a 2 de junho de 2017, em <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015b). Plano Nacional de saúde- Revisão e Extensão a 2020. Acedido a 10 de maio de 2017, em www.dgs.pt

Duarte, T. (2009). *A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)*. Centro de Investigação e estudos de Sociologia, 1–24. Acedido a 22 de maio de 2017, em cies.iscte-iul.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_002.pdf

Fleming, J. (2004). *Erikson's Psychosocial Developmental Stages*. Acedido a 10 de outubro de 2017, em <http://swppr.org/textbook/ch%209%20erikson.pdf>

Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicossocial del adolescente*. Artículo de Revisión. Revista Chilena de Pediatría. 2015; 86(6). P. 436---443. Acedido a 06 de outubro de 2017, em www.elsevier.es

Galego, C., & Gomes, A. (2005). *Emancipação, ruptura e inovação: o focus group como instrumento de investigação*. Revista Lusófona de Educação, 5, 173–184. Acedido a 27 de maio de 2017, em www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n5/n5a10.pdf

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, 14–26. ACEDIDO A 11 DE MAIO DE 2017, EM www.ces.uc.pt/publicacoes/cescontexto/ficheiros/cescontexto_debates_x.pdf

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Censos 2011-Resultados Definitivos-Portugal*. Acedido a 11 de maio de 2017, em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Loureiro, I.; Miranda, N. (2016). *Promover a Saúde. Dos Fundamentos à ação*. 2ª Edição Revista e Atualizada. Almedina. Coimbra

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. Acedido a 27 de março de 2018, em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). *Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios*, 15(4), 731–747. Acedido a 2 de junho de 2017, em <http://www.anpad.org.br/rac>

Nunes, L. (2017). *Relatório. Mestrado em Enfermagem em Associação*. UC 3º semestre.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a 12 de maio de 2017, em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). *Regresso às aulas: O papel da Enfermagem no Programa Nacional de Saúde Escolar*. A Equipa de Enfermagem de Saúde Escolar da UCC de Almada. Secção Regional do Sul. Acedido a 15 de janeiro de 2018, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/RegressoasaulasOpapelaEnfermagemnoProgramaNacionaldeSaudeEscolar.aspx>

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência*. Acedido a 12 de maio de 2017, em <http://www.deakin.edu.au/health/who-obesity/migration/index.php>

Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de*

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

saúde: uma proposta, 90. Acedido a 10 de junho de 2017, em <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:run.unl.pt:10362/9583>

Pestana, M.; Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. 5ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa. ISBN: 978-972-618-498-0

PORDATA (em linha), Acedido a 16 de maio, em <https://www.pordata.pt/Municipios/Crimes>

Potter, P.; Perry, A.; Stockert, P.; Hall, A. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. 8ª Edição. Acedido a 17 de fevereiro de 2018, em <https://books.google.pt/books?id=uToPBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidade entre Mulheres e Homens. (2013). *Kit Pedagógico sobre Género e Juventude*. Educação não formal para o *mainstreaming* de género na área da juventude. 2ª edição. Acedido a 16 de junho de 2017, em http://tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf

Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *MANUAL SARAR-Sinalizar, apoiar, registar, avaliar, referenciar- Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Acedido a 27 de maio de 2017, em <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido a 10 de maio de 2017, em <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento n.º 128/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido a 10 de maio de 2017, em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013. Diário da República, 1.ª série — N.º 253 —

31 de dezembro de 2013. Acedido a 27 de maio de 2017, em <https://dre.pt/application/conteudo/483890>

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*. Acedido a 6 de junho de 2017, em <https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/view/239538>

Saavedra, R. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*. Universidade do Minho. Escola de Psicologia, Acedido em 2 de junho de 2017, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/.../1/Rosa%20Maria%20Melim%20Saavedra.pdf>

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. Acedido a 6 de junho de 2017, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a07.pdf>

Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. Revista Lusofona de Educacao, (26), 175–190. Acedido a 6 de junho de 2017, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/32357>

Silva, S. F. B. C. da. (2012). *Iniciativa Novas Oportunidades = Igualdade de oportunidades*. Acedido a 10 de junho de 2017, em <http://run.unl.pt/handle/10362/9079>

Silva, M. (2017). *Violência no Namoro: Estudo com Adolescentes de uma Escola Secundária de Bragança*. Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Bragança. Acedido a 12 de março de 2018, em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14680>

Silveira RCP, Robazzi MLCC (2014). *Avaliação de Enfermagem ao Adulto e Idoso e Teoria das Necessidades Humanas Básicas: Uma Reflexão*. Revista enfermagem UFPE on line.,

Recife, 8 (10):3525-32. DOI: 10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.0810201432. Acedido a 3 de março de 2018, em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10085/10534>

Simões, S. (2015). *O crime da violência doméstica- Aspectos materiais e processuais*. Dissertação do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Direito Forense. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Direito-Escola de Lisboa. Acedido a 27 de maio de 2017, em repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18035/1/Tese%20Mestrado_final.pdf

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999) – *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: 4ª edição. Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública, cuidados de saúde na comunidade centrado na população*. 7ª edição. Lusodidacta. Loures

Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª edição. Lusodidacta. Loures

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.

Tomey, A.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Lusociência. Loures

União de Mulheres Alternativa e Resposta [UMAR]. (2010). *Violência no Namoro*. Acedido a 22 de junho de 2017, em http://www.umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=103

União de Mulheres Alternativa e Resposta [UMAR]. (2017). *Violência no Namoro. Resultados Nacionais apontam a gravidade do problema*. Acedido a 7 de janeiro de 2018, em [www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/Relatorio de Imprensa Final.pdf](http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/Relatorio_de_Imprensa_Final.pdf)

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

Ventura, M. (2014). *Violência no Namoro: Crenças e Autoconceito nas Relações Sociais de Género. Modelo de Intervenção em Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido a 04 de outubro de 2017, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78362/2/34304.pdf>

Victor, J.; Lopes, M.; Ximenes, L. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. Acta Paul Enferm. 2005;18(3):235-40. Acedido a 3 de março de 2018, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>

Visitar Portugal [em linha]. Imagem retirada de <https://www.visitarportugal.pt/distritos/d-faro/c-silves>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

ANEXOS

**ANEXO 1- Inventários de Conflitos nos Relacionamentos de Namoro
Adolescentes (CADRI)**

Inventário de Conflitos nos Relacionamentos de Namoro Adolescentes (CADRI)
(Autores: Wolfe, Scott, Straatman, Grasley, & Reitzel-Jaffe, 2001;
Adaptação Portuguesa: R. Saavedra, C. Machado, C. Martins, & D. Vieira, 2008)
Versão para Investigação

INSTRUÇÕES

Vais encontrar de seguida um conjunto de afirmações em relação a situações de violência no namoro. Pedese que leias atentamente essas frases e exprimas a tua opinião em relação a cada uma delas. Não existem respostas certas ou erradas. A tua opinião é o mais importante. Por favor, tenta responder de acordo com a tua forma de pensar e sentir e não como achas que deveria ser.

Avalia cada afirmação, colocando um (X) na 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 questionário são absolutamente confidenciais.

Obrigado pela tua colaboração!

PARTE I

A) ASSINALA COM UMA CRUZ (X) A OPÇÃO QUE MELHOR SE APLICA À TUA SITUAÇÃO.

- Namoro ou já namorei
- Nunca namorei (Se escolheste esta opção não precisas responder a este questionário)
- Sei ou sei com alguém apesar de não existir um compromisso de namoro (Se escolheste esta opção, não precisas responder a este questionário)

B) SE JÁ ESTIVESTE ENVOLVIDO NUMA RELAÇÃO DE NAMORO, POR FAVOR, RESPONDE À SEGUINTE QUESTÃO:

Com que idade começaste a namorar? _____

C) NAS PÁGINAS QUE SE SEGUEM SÃO FEITAS ALGUMAS QUESTÕES SOBRE OS TEUS RELACIONAMENTOS ACTUAIS OU SOBRE RELAÇÕES QUE TENHAS TIDO. POR FAVOR ASSINALA A PESSOA EM QUE ESTÁS A PENSAR QUANDO RESPONDES A ESTAS QUESTÕES:

- Estou a pensar na pessoa que é o meu (minha) namorado(a) actualmente.
- Estou a pensar num(a) ex-namorado(a) do último ano.
- Estou a pensar num(a) ex-namorado(a) há mais de um ano.

PARTE II

As perguntas que se seguem questionam-te acerca de coisas que poderão ter acontecido contigo e com o teu namorado ou namorada durante uma discussão. Assinala o quadrado que melhor identifica o número de vezes que essas coisas aconteceram com o teu /tua actual ou ex-namorado(a), no último ano. Por favor, lembra-te que todas as respostas são confidenciais. Como guia de resposta, utiliza a seguinte escala:

Nunca: isto nunca aconteceu no teu relacionamento

Raramente: isto aconteceu apenas 1-2 vezes no teu relacionamento

Às vezes: isto aconteceu cerca de 3-5 vezes no teu relacionamento

Frequentemente: isto aconteceu mais do que 6 vezes no teu relacionamento

DURANTE UMA DISCUSSÃO OU UM CONFLITO COM O MEU(MINHA) NAMORADO(A):	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE
1. Eu apresentei os meus motivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Ele(a) apresentou os motivos dele(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu toquei-o(a) sexualmente, contra a vontade dele(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Ele(a) tocou-me, sexualmente, contra a minha vontade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eu tentei pôr os amigos dele(a) contra ele(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. Ele(a) tentou pôr os meus amigos contra mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu fiz alguma coisa para lhe provocar ciúmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.1. Ele(a) fez alguma coisa para me provocar ciúmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu destruí ou ameacei destruir alguma coisa de que ele(a) gostava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1. Ele(a) destruiu ou ameaçou destruir alguma coisa de que eu gostava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu admiti que tinha alguma culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1. Ele(a) admitiu que tinha alguma culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu lembrei uma coisa má que ele(a) tinha feito no passado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.1. Ele(a) lembrou uma coisa má que eu tinha feito no passado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu afirei-lhe alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.1. Ele(a) afirou-me alguma coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu disse coisas só para o(a) deixar furioso(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.1. Ele(a) disse coisas só para me deixar furioso(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu dei razões para achar que ele(a) estava errado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DURANTE UMA DISCUSSÃO OU UM CONFLITO COM O MEU(MINHA) NAMORADO(A):

	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE
11. Eu concordei que ele(a) estava, em parte, certo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.1 Ele(a) concordou que eu estava, em parte, certa(o).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eu falei com ele(a) num tom de voz agressivo e mau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.1. Ele(a) falou comigo num tom de voz agressivo e mau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu forcei-o(a) a ter relações sexuais comigo quando ele(a) não queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.1 Ele(a) forçou-me a ter relações sexuais com ele(a) quando eu não queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eu apresentei uma solução que achei boa para os dois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.1 Ele(a) apresentou uma solução que achou boa para os dois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu ameacei-o(a), para tentar ter relações sexuais com ele(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.1 Ele(a) ameaçou-me, para tentar ter relações sexuais comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu deixei de falar até ele(a) se acalmar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.1 Ele(a) deixou de falar até eu me acalmar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu insultei-o(a) com coisas humilhantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.1 Ele(a) insultou-me com coisas humilhantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eu discuti o assunto calmamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.1 Ele(a) discutiu o assunto calmamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu beijei-o(a) quando ele(a) não queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.1 Ele(a) beijou-me quando eu não queria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Eu contei coisas aos amigos dele(a) para os pôr contra ele(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.1 Ele(a) contou coisas aos meus amigos para os pôr contra mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu gozei-o(a) ou fiz pouco dele(a) em frente de outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.1 Ele(a) gozou-me ou fez pouco de mim em frente de outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu disse-lhe o quanto aborrecido(o) estava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1 Ele(a) disse-me o quanto aborrecido(a) estava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu controlo com quem ele(a) está e onde está.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1 Ele(a) controla com quem eu estou e onde estou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu culpei-o(a) pelo problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.1 Ele(a) culpou-me pelo problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu dei-lhe pontapés, bati-lhe ou dei-lhe murros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.1 Ele(a) deu-me pontapés, bateu-me ou deu-me murros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu abandonei a sala para me acalmar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.1 Ele(a) abandonou a sala para se acalmar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Eu desisti só para evitar um conflito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.1 Ele(a) desistiu só para evitar um conflito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DURANTE UMA DISCUSSÃO OU UM CONFLITO COM O MEU(MINHA) NAMORADO(A):	NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE
28. Eu acusei-o(a) de se meter com outros(as) rapazes/rapazes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.1 Ele(a) acusou-me de me meter com outros(as) rapazes/rapazes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eu tentei assustá-lo(a) de propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.1 Ele(a) tentou assustar-me de propósito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Eu dei-lhe uma bofetada ou puxei-lhe o cabelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.1 Ele(a) deu-me uma bofetada ou puxou-me o cabelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu ameacei magoá-lo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.1 Ele(a) ameaçou magoar-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Eu ameacei terminar o namoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.1 Ele(a) ameaçou terminar o namoro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu ameacei bater-lhe ou atirar-lhe com qualquer coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.1 Ele(a) ameaçou bater-me ou atirar-me com qualquer coisa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Eu empurrei-o(a), dei-lhe encontrões ou abanei-o(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.1 Ele(a) empurrou-me, deu-me encontrões ou abanou-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Eu espalhei boatos contra ele(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.1 Ele(a) espalhou boatos contra mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

ANEXO 2- Escala de Atitudes Acerca da Violência no Namoro (EAVN)

Escala de atitudes acerca da violência no namoro (E.A.V.N.)

(Autores: Price, Byers, & The Dating Violence Research Team, 1999;

Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado, & Martins, 2008)

Versão para Investigação

INSTRUÇÕES

Vais encontrar de seguida um conjunto de afirmações em relação a situações de violência no namoro. Pedê-se que leias atentamente essas frases e exprimas a tua opinião em relação a cada uma delas. Não existem respostas certas ou erradas. A tua opinião é o mais importante. Por favor, tenta responder de acordo com a tua forma de pensar e sentir e não como achas que deveria ser.

Avalia cada afirmação, colocando um (X) na 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 questionário são absolutamente confidenciais.

Obrigado pela tua colaboração!

Por favor, lê atentamente cada afirmação e responde de acordo com as seguintes opções:

Discordo Totalmente

Discordo

Não concordo nem discordo

Concordo

Concordo totalmente

Parte A

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Um rapaz não deve insultar a namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Um rapaz não deve dizer à namorada o que fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uma rapariga deve pedir autorização ao namorado para sair com os amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os relacionamentos resultam melhor quando as raparigas procuram agradar os namorados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não existe nenhuma razão para um rapaz ameaçar a namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes, os rapazes não conseguem evitar insultar as namoradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Uma rapariga deve mudar a sua forma de ser para agradar ao namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Uma rapariga deve fazer sempre o que o namorado lhe diz para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Um rapaz não precisa de saber tudo o que a namorada faz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não existe nenhuma razão para um rapaz insultar a namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. É normal um rapaz gritar com a namorada quando está furioso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Um rapaz pode dizer mal da namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não existe nenhuma razão para um rapaz gritar e berrar com a namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Uma rapariga não deve estar com os amigos se isso aborrecer o namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. É importante que uma rapariga se vista sempre da forma que o namorado quer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte B

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Uma rapariga deve acabar o namoro se o namorado lhe bater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Algumas raparigas merecem levar uma bofetada dos namorados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não é correcto um rapaz bater na namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Por vezes os rapazes não conseguem evitar dar murros na namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não existe nenhuma razão para um rapaz empurrar a namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Por vezes um rapaz não consegue evitar bater na namorada quando ela o irrita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Não existe nenhuma razão para um rapaz dar uma bofetada à namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Por vezes o ciúme põe um rapaz tão louco que ele bate na namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. As raparigas que tream os namorados merecem ser esbofeteadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Por vezes, o amor faz com que um rapaz fique tão louco que ele bate na namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Normalmente um rapaz não bate na namorada a não ser que esta mereça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Um rapaz pode bater na namorada se ela merecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte C

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Quando um rapaz paga a conta num encontro pode pressionar a namorada para ter relações sexuais com ele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os rapazes não são donos do corpo das namoradas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando os rapazes ficam muito excitados sexualmente, não conseguem evitar ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os rapazes nunca devem embriagar as namoradas para conseguirem ter relações sexuais com elas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Um rapaz não deve tocar na namorada e não ser que ela queira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Um rapaz pode forçar a namorada a beijá-lo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Às vezes os rapazes têm de ser brutos com as namoradas para as excitarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Para provar o seu amor uma rapariga deve ter relações sexuais com o namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uma rapariga que entra no quarto de um rapaz está a concordar ter relações sexuais com ele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Não tem mal pressionar uma rapariga para ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Não tem mal pressionar uma rapariga para ter relações sexuais se ela já teve relações no passado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Depois de um casal assumir um compromisso, o rapaz não tem o direito de forçar a namorada para ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte D

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Não existe nenhuma desculpa para uma rapariga ameaçar o namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não existe nenhuma razão para uma rapariga insultar o namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. As raparigas têm o direito de dizer aos namorados como se devem vestir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Um rapaz deve fazer sempre o que a namorada lhe diz para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se uma rapariga berrar e gritar com o namorado, não o magoa e sério.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As raparigas têm o direito de dizer aos namorados o que fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. É importante que um rapaz se vista sempre da forma que a namorada quer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Por vezes as raparigas não conseguem evitar insultar os namorados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Um rapaz deve pedir sempre autorização à namorada para sair com os amigos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Uma rapariga pode dizer mal do namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. É normal uma rapariga gritar com o namorado quando fica furiosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Por vezes as raparigas têm de ameaçar os namorados para eles as ouvirem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Uma rapariga não deve controlar o que o namorado veste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte E

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Uma rapariga pode bater no namorado se ele merecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não tem mal se uma rapariga empurrar o namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Por vezes, as raparigas não conseguem evitar dar murros nos namorados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alguns rapazes merecem levar uma bofetada de namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Por vezes, uma rapariga tem de bater no namorado para ele a respeitar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Normalmente uma rapariga só bate no namorado quando ele merece.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Uma rapariga não deve bater no namorado, independentemente do que ele tenha feito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Não existe nenhuma razão para um rapaz levar uma bofetada de namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puxar o cabelo é uma boa forma de uma rapariga se vingar do namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nunca está correcto uma rapariga dar uma bofetada ao namorado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Algumas raparigas têm que bater nos namorados para serem ouvidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Um rapaz deve terminar o namoro com uma rapariga se esta o esbofetear.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte F

	DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
1. Uma rapariga não deve tocar no namorado e não ser que ele queira.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não tem nada de mal um rapaz mudar a sua opinião sobre ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Um rapaz deve terminar o namoro com a namorada se ela o obrigar a ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uma rapariga só deve tocar o namorado nos sítios onde ele quer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Um rapaz que entre no quarto de uma rapariga está a concordar em ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não tem nada de mal uma rapariga forçar o namorado a beijá-la.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. As raparigas nunca devem embriagar os namorados para conseguirem ter relações sexuais com eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mesmo se um rapaz tiver dito 'sim' sobre ter relações sexuais, tem sempre o direito de mudar de ideias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Depois de um casal assumir um compromisso, a rapariga não tem o direito de forçar o namorado a ter relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. As raparigas nunca devem mentir aos namorados para eles terem relações sexuais com elas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Para provar o seu amor, um rapaz deve ter relações sexuais com a namorada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Uma rapariga pode dizer a um rapaz que gosta dele só para conseguir ter relações sexuais com ele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

ANEXO 3: Autorização da Comissão de Ética da ARS Algarve para a realização do projeto de intervenção



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



26 01 18 000985

Ex. Senhora
Enf. Rita Reforço
Ritam_reforco@hotmail.com

CC:
Diretora Executiva ACES Barlavento

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº: CES PROC. Nº: #34/2017	DATA 26/01/2018
ASSUNTO:	Parecer da CES da ARS Algarve sobre pedido n.º 34/2017 "Na escola... Uma estratégia na prevenção da violência no namoro" - Requerente Rita Isabel Martins Reforço		

Serve o presente para informar V. Exas. que o projeto em questão mereceu parecer por parte da CES da ARS Algarve na sua reunião de 23 de janeiro de 2018, bem como Despacho de autorização do Vogal do Conselho Diretivo de 26 de janeiro de 2018 para a sua realização.

Sobre o conteúdo do projeto e a informação sumária constante no pedido, releva-se o seguinte:

- Finalidade e objetivos: Tem como finalidade contribuir para a minimização da problemática da violência doméstica, intervindo sob uma abordagem de prevenção, ao nível da violência nas relações de namoro dos jovens.
- O objetivo geral é capacitar os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro, e os objetivos específicos são, identificar situações de conflito nas relações de namoro dos jovens; conhecer as atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro; melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro.
- Desenho de estudo e métodos: projeto de intervenção com base na metodologia de planeamento em saúde e que fará um estudo qualitativo de carácter descritivo.
- Considerações éticas: participação voluntária, confidencial e anónimo, com entrega de consentimento informado aos participantes e encarregados de educação.
- Implicação expectável para a saúde das populações: abordagem na área da prevenção, através de uma maior consciencialização dos jovens relativamente à problemática da

E.N. 125 Sítio das Figuras, Lote 1, 2.º andar, 8005-145 Faro
Telf: 289889900 - Fax: 289807405
email: cd@arsalgarve.min-saude.pt - www.arsalgarve.min-saude.pt

1/2

violência nas relações de namoro, capacitando-os para a adoção de atitudes positivas em situações de conflitos nas relações de intimidade e na melhoria dos seus conhecimentos.

f) Impacto no funcionamento do serviço: as atividades na escola decorrerão numa hora específica destinada a este tipo de intervenções e que não colidem com as do serviço.

Solicita-se igualmente que, ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, dê conhecimento à CES da ARS Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,



Tiago Botelho
Vogal do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, I.P

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

**ANEXO 4: Autorização da Comissão de ética da Universidade de Évora
para a realização do projeto de intervenção**



Documento 1 8 0 9 7

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo Informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo, Profª Doutora Sandra Leandro e Prof. Doutor Fernando Capela deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto “Na escola... - Uma estratégia na prevenção da violência no namoro” da investigadora **Rita Isabel Martins Reforço** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ana Paula Gato (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICES

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 1 - Pedido de autorização e resposta para a utilização dos instrumentos de recolha de dados

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Rita Reforço** <ritam_reforco@hotmail.com>

Data: 19 de setembro de 2017 19:56

Assunto: Pedido de autorização- Curso de Mestrado em Associação- Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Para: "rosa.saavedra@gmail.com" <rosa.saavedra@gmail.com>

Eu, Rita Isabel Martins Reforço, aluna do Curso de Mestrado em Associação, Especialidade de Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade de Évora- Escola de Enfermagem S. João de Deus, venho por este meio solicitar a vossa autorização para a utilização da adaptação Portuguesa do Inventário de Conflitos nos Relacionamentos de Namoro Adolescentes (CADRI) (Autores: Wolfe, Scott, Straatman, Grasley, & Reitzel-Jaffe, 2001) (R. Saavedra, C. Machado, C. Martins, & D. Vieira, 2008) - Versão para Investigação; e da Escala de atitudes acerca da violência no namoro (E.A.V.N.) (Autores: Price, Byers, & The Dating Violence Research Team, 1999; Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado, & Martins, 2008)- Versão para Investigação (Saavedra, 2010).

A utilização destes dois instrumentos integrará um Projeto de Intervenção Comunitária, no contexto do Estágio Final do Mestrado em Associação, Especialidade de Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública, cuja temática é a violência no namoro, no contexto e realidade do concelho de Silves. O estágio curricular está a ser realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Silves, unidade do Agrupamento de Centros de Saúde do Barlavento Algarvio da ARS Algarve, sob orientação e coordenação da Enfermeira Coordenadora Ana Paula Samúdio e da Professora Doutora Ana Paula Gato.



Rosa Saavedra | APAV

21/09/2017 11:22



Pedido de autorização- Curso de Mestrado em Associação- Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Para: ritam_reforco@hotmail.com

Cara Rita Reforço,

Agradeço o contacto e o interesse demonstrado nos instrumentos validados.

Autorizo a sua utilização no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária que se propõe realizar. Agradeço contudo, que no final da aplicação, possa partilhar os resultados desta comigo. É sempre importante termos feedback relativamente à utilização dos instrumentos.

Com os melhores cumprimentos,

Rosa Saavedra.

Rosa Saavedra

assessora técnica da Direcção / senior adviser

Serviços de Sede no Porto / Porto Branch - Head Office

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima / Portuguese Association for Victim Support

Rua Aurélio Paz dos Reis, 351

4250-068 Porto

Portugal

tel. dir. +351.22 834 68 44

tel. +351.22 834 68 40

e-mail: rosasaavedra@apav.pt

<http://www.apav.pt>

Aviso legal / E-mail disclaimer: <http://www.apav.pt/disclaimer.html>

ADAV

CHAMADA GRATUITA

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 2- Pedido de autorização para a realização do projeto na escola

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

Gestão de emoções para a prevenção de violência nas relações de namoro

No âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Associação e Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária no contexto do estágio a ser realizado numa UCC, em Silves, com a devida autorização do estabelecimento de ensino. O referido estágio decorre sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Gato e da Enfermeira Ana Paula Samúdio. 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- Silves, tendo por base o diagnóstico em saúde realizado.

Irá ser abordado a temática da violência doméstica enquanto problema presente neste município e a violência nas relações de namoro. Pretende-se atuar ao nível da gestão de emoções e conflitos com vista à consciencialização desta problemática, alteração nos comportamentos dos jovens e diminuição da violência nas relações de namoro em todas as suas formas, com vista à não perpetuação da violência nas relações de intimidade no futuro.

Para a realização deste projeto pretende-se aplicar dois questionários aos alunos do 9ºano, bem como a realização de sessões de educação para a saúde. Este projeto integra o Programa de Saúde Escolar da UCC. A participação no mesmo é de caráter voluntário, documentada através da assinatura de um consentimento informado a ser entregue aos alunos e respetivos encarregados de educação.

Os instrumentos utilizados serão o Inventário de Conflitos nos Relacionamentos de Namoro Adolescentes (CADRI) (Wolfe, Scott, Straatman, Grasley, & Reitzel-Jaffe, 2001, Adaptação Portuguesa (R. Saavedra, C. Machado, C. Martins, & D. Vieira, 2008)-Versão para Investigação e a Escala de atitudes acerca da violência no namoro (EAVN) (Price, Byers, & The Dating Violence Research Team, 1999; Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado, & Martins, 2008)-Versão para Investigação.

Os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo 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.

Desde já agradeço a sua participação neste estudo.

Rita Isabel Martins Reforço - Enfermeira

E-mail: ritam_reforco@hotmail.com

Assinatura/s: Data: /..... /.....

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. 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 esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

¹ https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

**APÊNDICE 3 - Consentimento informado aos encarregados de educação
para a participação dos jovens no projeto**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira rubricar e assinar este documento.

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

No âmbito da frequência do 1º Curso de Mestrado em Associação e Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária no contexto do estágio a ser realizado numa UCC, em Silves, com a devida autorização do estabelecimento de ensino. O referido estágio decorre sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Gato e da Enfermeira Ana Paula Samúdio. 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- Silves, e o diagnóstico em saúde realizado.

Irá ser abordada a temática da violência doméstica enquanto problema presente neste município e a violência nas relações de namoro. Pretende-se atuar ao nível da gestão de emoções e conflitos, com vista à consciencialização desta problemática, alteração nos comportamentos dos jovens e diminuição da violência nas relações de namoro em todas as suas formas, com vista à não perpetuação da violência nas relações de intimidade no futuro.

Para a realização deste projeto pretende-se aplicar dois questionários aos alunos, 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 alunos e respetivos encarregados de educação. O estabelecimento de ensino onde irá ser aplicado o questionário também autorizou a realização do mesmo.

Os dados recolhidos são confidenciais e de uso exclusivo para o presente estudo 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.

A sua participação é de caráter voluntário, podendo o participante se recusar a participar ou abandonar o projeto em qualquer momento sem nenhum prejuízo associado.

Este projeto integra o Programa Nacional de Saúde Escolar.

Desde já agradeço a sua participação neste estudo.

Rita Isabel Martins Reforço - Enfermeira

E-mail: ritam_reforco@hotmail.com

Assinatura/s:

³ https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. 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 esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data:

..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 4: Análise do *focus group*

Tema: Violência Doméstica		
Categoria	Sub-categoria	Indicadores
A violência doméstica como problema no Município de Silves	Problema transversal a idades e posição social	<i>"...existe e é um problema transversal a várias, várias...faixas etárias e classes sociais" (E1)</i>
	Problema crescente	<i>"...nós temos números que nos confirmam que todos os anos está a aumentar..."; "cada vez mais existem..."; "...a violência doméstica, a gente viu pelos números e pelos relatórios que são emitidos, pelos observatórios que realmente, pela APAV e outros, que realmente está a aumentar." (E3) "Eu não sei se o número de denúncias aumentou ou ... o número de queixas, de situações é que aumentaram." (E1)</i>
	Motivo de sinalizações	<i>"... a maior parte das sinalizações eram direcionadas no âmbito da violência doméstica" (E4) "...as sinalizações, na sua grande maioria...ah...são cada vez mais sobre violência doméstica..." (E3)</i>
	Problema documentado	<i>"a violência doméstica, a gente viu pelos números e pelos relatórios que são emitidos, pelos observatórios que realmente, pela APAV e outros, que realmente está a aumentar" (E3)</i>
	Problema de género	<i>"...as mulheres estão a apresentar queixas relativamente à situação de violência doméstica..." (E3) "Eu acho que as mulheres cada vez têm que ser mais, eu falo das mulheres porque..."; "As mulheres não terão mais consciencialização..."; "Neste momento as mulheres são as que... são as que apresentam mais queixa..." (E3)</i>
Locais/freguesias prioritárias de intervenção	Armação de Pêra	<i>"Armação de Pêra" (E1, E3) "A ideia que eu tenho também é essa" (E1); "em relação à CPCJ, É Armação de Pêra" (E3); "em Armação de Pêra haver um maior número de registos que evidencie isso..." (E6)</i>

	Silves e Messines	<i>"Messines...Silves"</i> (E2)
	Todas as freguesias do concelho de Silves	<i>"Há em todas"</i> (E4, E5)
Grupos prioritários de intervenção	Crianças/ Jovens	<p>"...a intervenção junto da criança, a promoção é do bem-estar..." ; "Nos jovens, na saúde..." (E3);</p> <p>"...a grande maioria destas crianças que vivem essas situações futuramente poderão ser também agressores, nas relações..." (E3);</p> <p>"...pelo menos explicar às crianças que há outros padrões de relação..." (E1)</p>
	Escolas	<p>"...eu acho que é uma mais-valia começarmos nas escolas..." (E3);</p> <p>"Eu acho que é pegar nas escolas!"; "nós começamos com a prevenção na escola..." (E1);</p> <p>"...são mesmo nas escolas..."; "...devia ser reforçado nas escolas..." (E6);</p> <p>"A gente não quer, mas é o que eu digo, tudo começa na escola" (E1);</p> <p>"Sim, tudo começa na escola" (E4);</p> <p>"temos que fazer junto dos alunos, dos miúdos, mas também temos que fazer junto da comunidade educativa, da qual faz parte o corpo docente, discente...todos..." (E3).</p>
	Mulheres	"Eu acho que as mulheres cada vez têm que ser mais, eu falo das mulheres porque..., têm que ser mais motivadas e estimuladas, empoderadas para fazer isto..."; "eu acho que se for uma mulher com capacidades e com poder económico é mais fácil..." (E3)
	Profissionais de saúde	<p>"Nos jovens, na saúde..." (E3);</p> <p>"Os médicos de família não podem também fazer esse trabalho?"; "...podem ter aquele trabalho de sensibilização, de encorajamento para apresentar queixa percebes? De aconselhamento, e eles têm esse espaço" (Referindo-se aos médicos de família) (E4);</p> <p>"Eu acho que deveria haver maior investimento na área da saúde, nós por exemplo temos a EPVA..." (E3);</p> <p>"...nós damos apoio e se for necessário</p>

		<p>deveríamos articular com o hospital e o serviço de Psiquiatria...deveria de existir uma ligação..." (E3);</p> <p>"devia de haver aí um reforço da terapia familiar" (E6).</p>
Estratégias para minimizar esta problemática	Adaptação dos serviços de saúde	<p>"Os médicos de família não podem também fazer esse trabalho?" (E4);</p> <p>"Estarem muito mais sensíveis, mais alerta..." (E2);</p> <p>"Mas podem ter aquele trabalho de sensibilização, de encorajamento para apresentar queixa percebes? De aconselhamento, e eles têm esse espaço" (E4) (referindo-se aos médicos de família);</p> <p>"Mas podia haver um encaminhamento, se houvesse um serviço específico aqui no Centro de Saúde, que fosse criado para este efeito, que este médico pudesse fazer esse despiste..." (E6);</p> <p>"Eu acho que deveria haver maior investimento na área da saúde, nós por exemplo temos a EPVA..." (E3);</p> <p>"Terapia familiar, devia de haver aí um reforço da terapia familiar." (E6);</p> <p>"Uma resposta em terapia familiar em violência doméstica" (E4);</p> <p>"acompanhamento psicológico individual" (E4);</p> <p>"...tem que ser feito um trabalho psicológico individual..." (E1);</p> <p>"...nós damos apoio e se for necessário deveríamos articular com o hospital e o serviço de Psiquiatria...deveria de existir uma ligação..." (E3)</p>
	Equipa para receber a denúncia da vítima	<p>"...será que estas pessoas que estão na GNR vá (...)será que são as pessoas mais competentes para receber estas denúncias e mais imparciais para poder receber e atender aquela denúncia?" (E6);</p> <p>"esses serviços, esses atendimentos devem ter pessoas com competências na área de psicologia. É uma formação específica que é para aquela área e deveriam ter uma componente, uma psicóloga, uma assistente social, porque têm outra perceção." (E3);</p>

		<p>“...devia haver uma equipa em que as pessoas se sintam seguras em lá ir, uma equipa em que sejam sempre as mesmas pessoas, dentro do possível, que transmitisse essa segurança. É muito diferente de ir a um posto da GNR, em que se vê logo uma farda...” (E1);</p> <p>“O problema é que quando vais fazer uma denúncia, por exemplo no posto, de Silves, de Armação, de Messines não tens lá a equipa do NIAVE, tens um militar que aceita a denúncia e aceita-a como entende” (E6)</p> <p>“Mas sim...eu acho que uma equipa...” (E3);</p>
	Rede de apoio	<p>“...há muita vergonha ainda na denúncia, e muita falta de respostas...”(E6);</p> <p>“...as pessoas não se conseguem depois organizar para alugar uma casa, para...já de si os ordenados dos dois são baixos, se um sai como é que consegue viver, como é que consegue suportar a casa, como é que consegue suportar as despesas dos filhos? O problema é esse, e efetivamente devia de existir aqui algum...alguns mecanismos” (E6);</p> <p>“Eu acho que isso era o primeiro passo a...a rede de apoio” (E1);</p> <p>“ Casas-abrigo não é solução, porque elas estão lá e não conseguem construir um projeto de vida” (E4);</p> <p>“...as respostas não existem, a pessoa é vítima de violência doméstica, tem que sair de casa, o agressor fica em casa e a vítima é que sai, qual é... as respostas que existem?” (E6);</p> <p>“Tinha que haver uma estrutura mais forte de apoio” (E6);</p> <p>“acho que também tem muito a ver com questões económicas” (E3);</p> <p>“Mas às vezes até os miúdos na escola nem têm a quem dizer” (E6);</p> <p>“Há escolas que têm mesmo nos quadros equipas de serviço social e de psicologia” (E6)</p>
	Legislação	<p>“...proteção da vítima” (E2);</p> <p>“...a pessoa se continuar na zona continua em risco... em perigo...” (E4);</p>

		<p>“Talvez a legislação...seria ótimo, seria afastar o agressor e não tirar a vítima” (E3);</p> <p>“mas o facto de ser um crime público também acho que ajudou” (E1);</p> <p>“...não é um crime público a psicológica?” (E3);</p> <p>“...devia-se afastar o agressor” (E1)</p>
Estratégias para prevenção da violência	Educação para a saúde	<p>“...para...eles perceberem que há outras formas de um casal se relacionar...” (E1);</p> <p>“...pelo menos explicar às crianças que há outros padrões de relação, que não os dos pais deles...” (E1);</p> <p>“temos que fazer junto dos alunos, dos miúdos, mas também temos que fazer junto da comunidade educativa, da qual faz parte o corpo docente, discente...todos...” (E3).</p>
	Ensino para a gestão de afetos/emoções	<p>“...eu acho que é uma mais-valia começarmos nas escolas, pelo menos o lidar...competências pessoais, gerir emoções...” (E3);</p> <p>“Eu acho que não podemos ir pela violência doméstica mas tentar gerir emoções e o que é que é um pouco os relacionamentos, e os afetos. Os afetos acho que são o...” (E3);</p> <p>“Gerir conflitos...” (E2);</p>
	Intervenção junto dos pais	<p>“...também já começavam a surgir e também com alguma regularidade, e a alienação parental então...” (E4);</p> <p>“...é muito complicado o trabalho de prevenção se os miúdos continuam a assistir isso em casa...” (E1);</p> <p>“a grande maioria destas crianças que vivem essas situações futuramente poderão ser também agressores, nas relações” (E3);</p> <p>“É nas escolas, agarrá-los lá, e as mães também...” (E1);</p> <p>“...começar junto dos miúdos e depois agarrar nos miúdos para chegar aos outros” (E1);</p> <p>“depois passa também pelos antecedentes e pela história familiar que cada cônjuge repete no seio de cada família.” (E3);</p>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 5: Folheto entregue aos alunos- Violência no Namoro

Violência no Namoro

O que é?

É um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou pelos dois) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação

Violência

Física Psicológica Sexual Negligência



Estás a viver uma relação amorosa violenta se o/a teu/tua namorado/a:

- ◆ Belisca-te, empurra-te, arranha-te;
- ◆ Dá-te ordens e toma todas as decisões,
- ◆ 'Deita-te abaixo';
- ◆ É ciumento, não quer que saias com os teus amigos;
- ◆ Controla-te (pergunta constantemente onde estiveste, com quem estiveste);
- ◆ Culpa-te pelos comportamentos violentos dele;
- ◆ Assusta-te, tens medo da reação dele quando dizes ou fazes alguma coisa;
- ◆ Pressiona-te para terem relações sexuais ou práticas sexuais não desejadas por ti;
- ◆ Intimida-te;
- ◆ Não aceita que queiras terminar a relação;
- ◆ Ameaça espalhar rumores se acabares com a relação, fazer mal a alguém (ou a ele próprio);
- ◆ Oferece-te prendas em excesso, especialmente após um comportamento violento.



Quem não te respeita...
Não te merece!

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 6: Artigo realizado no decorrer do Estágio Final

“Na escola...- Prevenir a Violência Doméstica”

“At School...- Preventing dating violence”

Rita Reforço. Enfermeira no Centro Hospitalar do Algarve- Portimão. Mestrado em Enfermagem- Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Universidade Évora- Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (ritam_reforco@hotmail.com)

RESUMO

Enquadramento: A intervenção dirigida aos jovens e à violência nas relações de namoro constitui uma estratégia de prevenção da violência doméstica. **Objetivo:** Capacitar os jovens em idade escolar para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro, identificando situações de conflito nas suas relações, conhecendo as suas atitudes em relação às situações de violência no namoro, e melhorando os seus conhecimentos sobre comportamentos preventivos. **Metodologia:** Foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde na criação de um projeto de intervenção comunitária. Foram aplicados instrumentos de recolha de dados

e planeadas sessões de educação para a saúde, no contexto do Programa de Saúde Escolar.

Resultados: A violência está presente nas relações de namoro dos jovens sob as suas variadas formas, e as estratégias de resolução de conflitos positivas não são idealmente utilizadas. Os alunos participantes consideraram que a intervenção nesta temática poderá ter repercussões a nível do seu comportamento no futuro e uma mudança de atitude perante as situações de violência nas relações de namoro. **Conclusão:** É essencial continuar a intervenção nesta problemática, de tal forma presente nas relações de namoro entre os jovens, com vista à sua minimização e prevenção, procurando aumentar a consciencialização dos jovens e promovendo a sua capacitação.

Descritores: Prevenção, Saúde Escolar, Violência no Namoro

ABSTRACT

Background: The intervention directed to youngsters and violence in dating relationships is a strategy to prevent domestic violence. **Objective:** Enable the youngsters in school age to empower the adoption of positive attitudes towards conflict relationships, identifying conflict situations in their relationships, knowing their attitudes towards situations of dating violence, and improving their knowledge about preventive behaviours. **Methodology:** The health planning methodology was used in the creation of a community intervention project. Instruments for data collection were used, and it was planned health education sessions, regarding the School Health Programme. **Results:** Violence is present in dating relationships of young people under their various forms, and the positive conflict resolution strategies are not ideally used. The participating students considered that the intervention in this subject could have repercussions on their future behaviour, and a change of attitude towards dating violence relationships situations. **Conclusion:** It is essential to continue the intervention in this problematic, in such a way, present among young people dating relationships, with the objective of their minimization and prevention, aiming to increase the awareness of young people, promoting their empowerment.

Keywords: Scholar Health; Dating Violence; Prevention

INTRODUÇÃO

Apresenta-se o projeto de intervenção desenvolvido, com base na metodologia do planeamento em saúde, durante o Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado numa Unidade de Saúde da ARS Algarve.

Uma intervenção adequada numa comunidade pressupõe que esta seja adaptada à sua realidade e às suas necessidades, assim, tal não é possível se não se conhecerem os fatores que condicionam o estado de saúde da mesma, isto é, os seus determinantes. Esta mesma intervenção deverá ser realizada com vista a suprir uma necessidade apresentada por essa comunidade, caso contrário não apresentará qualquer impacto, constituindo um mau aproveitamento dos recursos.

Após a caracterização da comunidade e da população residente no concelho de Silves e a realização de um diagnóstico de saúde, foi possível identificar a violência, mais especificamente a violência doméstica como problemática presente nesta comunidade, assim surge como uma necessidade de saúde a intervenção nesta área.

Como estratégia de abordagem ao problema, foi definida uma abordagem de intervenção a título preventivo. A literatura evidencia-nos que o problema da violência doméstica pode ser reduzido se atuarmos a título de prevenção, o que deve ser feito o mais precocemente possível, ao nível das relações de intimidade, nomeadamente nas relações de namoro entre os jovens. Alguns dos casos de violência no namoro podem-se prolongar na vida conjugal, convertendo-se facilmente em violência doméstica (Guerreiro *et al.*, 2015). Portanto, daqui surge a necessidade iminente de prevenção primária da violência, particularmente da violência de género e na intimidade.

A OMS apresenta algumas estratégias para a prevenção da violência, e destaco aqui uma delas, que se relaciona com o desenvolvimento de competências para a vida em crianças e adolescentes, desenvolvendo “programas de competências sociais, emocionais e comportamentais podem contribuir para prevenção da violência juvenil” Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014: 99).

A realização deste projeto integra o Programa de Saúde Escolar, o que possibilita, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos jovens numa vertente de prevenção e educação para a saúde. Também a escola tem um papel fundamental para o processo de educação e cidadania dos alunos/jovens, com capacidade para a consciencialização e capacidade de alterar comportamentos, pelo que se torna imprescindível integrar a escola como recurso e veículo de informação e capacitação nesta intervenção (Guerreiro *et al.*, 2015).

O Programa Nacional de Saúde Escolar é um programa integrado na carteira de programas e projetos de uma UCC, com vista a mais e melhor saúde de toda a comunidade educativa (alunos, pais, encarregados de educação, educadores de infância, professores e assistentes operacionais), e um protocolo existente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação possibilitam a implementação e a dinamização da saúde em meio escolar. O enfermeiro apresenta um papel de destaque, sendo responsável pela articulação entre escolas e serviços de saúde, e apresenta uma função primordial no que diz respeito à educação para a saúde e promoção da saúde em meio escolar e no contexto da aquisição de competências conducentes a comportamentos saudáveis ao longo da vida (OE, 2013).

A população-alvo para este projeto de intervenção comunitária foram os jovens do 9º ano de uma escola do concelho de Silves pertencente à área geográfica com maior incidência da problemática.

Foi definido como objetivo geral para este projeto, de forma a intervir na problemática da violência doméstica, a título de prevenção precoce, no contexto da Saúde Escolar: capacitar os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro; e como objetivos específicos: identificar situações de conflito nas relações de namoro destes jovens, conhecer as suas atitudes em relação às situações de violência no namoro, melhorar os conhecimentos dos jovens sobre comportamentos preventivos de violência no namoro.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram utilizados o *Inventário de conflitos nas relações de namoro entre adolescentes (CADRI)* (Autores: Wolf, Scott, Straatman, Grasley & Reitzel-Jaffe, 2001) Adaptação Portuguesa: R. Saavedra, C. Machado, C. Martins & D. Vieira, 2008) - Versão para Investigação e a *Escala de atitudes acerca da violência no namoro (E.V.A.N.)* (Autores: Price, Byers & The Dating Violence Research Team, 1999); Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado & Martins, 2008) – Versão para Investigação, com a devida autorização dos autores.

Após a recolha de informação e a identificação das situações de conflito e das atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro, foram delineadas estratégias de intervenção específicas e planeadas intervenções com vista à capacitação dos jovens e melhoria dos seus conhecimento, no contexto de sessões de educação para a saúde, acerca dos tipos e formas de violência nas relações de namoro, aumento da sua perceção acerca dos comportamentos de violência, desmistificando os tipos de violência não-física, dotando estes jovens ao nível de competências emocionais e de gestão de emoções, que lhes permitam gerir situações de conflito e evitar comportamentos de violência, quer pela sua não-legitimação, quer pela não perpetuação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Violência Doméstica e Violência nas Relações de Intimidade

A violência nas relações de intimidade define-se por “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” (DGS, 2014:45). Este tipo de violência foi considerado pela OMS como um problema grave de saúde pública, e consiste num fenómeno transversal, que ocorre em diferentes contextos etários, sociais, económicos, culturais e/ou religiosos.

Nos anos 70, um momento feminista, associado a uma maior consciencialização da violência que ocorria nas famílias, despertou a atenção para a violência contra as mulheres em casa, devido à cultura patriarcal dominante, alertando sobretudo para os maus-tratos físicos recorrentes, que existiam dentro da instituição família e casamento, e para o impacto que estes apresentavam ao nível da saúde da mulher. Associado a tal fato, surgiram vários conceitos, como “abuso marital”, “violência conjugal” e “violência doméstica”, e, mais tarde, por esta violência ocorrer essencialmente contra mulheres, surgiram outros termos, como “violência contra as mulheres no espaço doméstico” e “violência de género” (Redondo, Pimentel, & Correia, 2012).

No entanto, as mudanças que ocorreram na sociedade e que levou a alterações do conceito de família, incluindo relações como união de facto, namoro, relações homossexuais, e também ao incluir os homens como alvo de violência, surgiram outros conceitos mais abrangentes como “violência no casal” e “violência entre parceiros íntimos” (DGS, 2014).

No nosso país, o termo mais vulgarmente utilizado para nos referirmos a este tipo de violência é ‘violência doméstica’. De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2010, de 17 de dezembro, referido pela DGS (2014:46), entende-se por violência doméstica: “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”. Lopes (2013:9) define violência doméstica “como a adopção por uma pessoa de comportamentos violentos contra outra pessoa, com quem mantém ou manteve uma relação de maior intimidade ou proximidade. Tais comportamentos têm de traduzir-se numa afectação ou num perigo de afectação da saúde do seu destinatário”.

Contudo, 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, 2014).

Várias medidas foram tomadas, com o intuito de combate e prevenção desta problemática. O crime de Violência Doméstica foi consagrado pela primeira vez no Código Penal de 1982, previsto e punido no artigo 153º, e em 2000 pela Lei nº 7/2000, de 27 de maio, foi consagrada a natureza pública do crime de maus tratos, “quebrando a ideia tradicional da inviolabilidade da família e não intromissão do Estado nos assuntos “domésticos”, com uma protecção radicada na dignidade da pessoa humana” (Simões, 2015:7), deixando de estar o procedimento criminal dependente de queixa por parte da vítima, assim, é suficiente uma denúncia ou o conhecimento do crime, para que o Ministério Público promova o processo (DGS, 2014).

Em Portugal, o V Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica e de Género (2014-2017), com base nos pressupostos da Convenção de Istambul, assume-se como uma mudança de paradigmas nas políticas públicas a nível nacional (Diário da República, 2013), e procura, no seguimento dos planos anteriores, “delinear estratégias no sentido da protecção das vítimas, da intervenção junto de pessoas agressoras, do aprofundamento do conhecimento dos fenómenos associados, da prevenção dos mesmos, da qualificação dos/as profissionais envolvidos/as e do reforço da rede de estruturas de apoio e de atendimento às vítimas.” (DGS, 2014: 48).

Este tipo de violência é também um fenómeno complexo e multidimensional, tal como a violência em geral. No caso específico da violência doméstica, estudos e investigações têm demonstrado que a exposição durante a infância a situações de violência constitui um fator de risco importante, no sentido em que eles próprios se podem tornar vítimas ou ser perpetradores na adolescência ou em adultos. Comportamentos de rejeição, abandono, negligência proveniente de pais ou cuidadores potenciam comportamentos violentos e antissociais na criança ou jovem quando adultos (DGS, 2014).

Por ser evidente esta associação de experiências e comportamentos acima referidos, torna-se importante explorar esta temática, no que diz respeito à violência presente nas relações dos jovens, especificamente a violência no namoro, conhecendo e compreendendo melhor este fenómeno, com vista a uma melhor e mais eficaz atuação nesta área.

Violência no Namoro

A violência no namoro “é um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação” APAV (*em linha*). Este 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.

Uma dessas particularidades, e 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, 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. Há tendência para que nesta altura, quer a vítima, que o agressor desvalorize a violência nestas relações, contudo é perceptível o impacto que provocam a nível psicológico e emocional, mais evidente no sexo feminino (DGS, 2014).

Existe ainda a crença de que a violência no namoro é considerada com normalidade e até aceite pela sociedade, passando despercebida, disfarçada de amor e confundida com afeto e cuidado (Redondo *et al.*, 2012). Outros mitos subsistem nos dias de hoje, como: que o ciúme é uma prova de amor; que a violência irá terminar após o casamento ou a coabitação, que quando se gosta de alguém deve-se fazer tudo o que o outro gosta, que os rapazes nunca são vítimas, que é melhor ter um namorado/a violento/a do que não ter nenhum/a, entre outros (Rede Portuguesa de Jovens Para a Igualdade de Oportunidades Entre Mulheres e Homens, 2013).

Um estudo realizado em 2010, pela União de Mulheres Alternativa e Resposta, sobre violência no namoro, revela que, numa amostra de 413 alunos, 25% das raparigas e 24% dos rapazes afirmam ter sido vítimas de violência psicológica no namoro, sendo que este tipo de violência inclui atos como ‘chamar nomes’, ‘pegar no telemóvel sem autorização para controle das chamadas e mensagens’, ‘proibir de estar ou falar com algum amigo’, ‘proibir de sair sem o namorado/a’, ‘ameaças’, ‘proibir vestir alguma peça de roupa’, ‘obrigar a fazer alguma coisa que o outro não queria e fazê-lo sentir mal por isso’, ‘humilhar, dizendo coisas que rebaixam’. Este tipo de violência nem sempre é percecionado como tal, sendo considerado como

demonstração de amor, em que o ciúme é indispensável, e o gostar se confunde com o controlar.

De acordo com Guerreiro *et al.* (2015), um estudo realizado em 2013 revelou que 35% dos/as jovens já tinham sido vítima de alguma forma de violência, nomeadamente, 12% refere ter sido vítima de violência verbal, 8% vítima de violência psicológica e 4,5% vítima de violência física. Contudo, 37% das vítimas não se reconhece como vítima de violência no namoro, o que remete para uma necessidade urgente de consciencialização dos jovens, bem como uma intervenção, no sentido de prevenir a violência.

Comparando resultados, num estudo recente da União de Mulheres Alternativa e Resposta (2017:13) realizado em Portugal com uma amostra de 5500 jovens com uma idade média de 15 anos “compreende-se que a violência no namoro está presente nos relacionamentos íntimos — com a vitimação entre 6% (violência física e sexual) e 19% (violência psicológica) e na legitimação entre 6% (violência física) a 28% (comportamentos de controlo)”, concluindo que a naturalização da violência no namoro é maior nos rapazes do que nas raparigas em todas as dimensões, sendo que quase um terço dos rapazes legitima comportamentos de violência. É de destacar os valores elevados que a legitimação que a violência sexual assume (24%), e os comportamentos de controlo, que se apresentam como os mais legitimados, por jovens de ambos os sexos (28%). A violência nas redes sociais (legitimação- 24%, vitimação- 11%) e a perseguição, enquanto dimensões mais recentes também assumem valores alarmantes.

A violência no namoro pode ter um efeito nefasto ao nível da saúde dos jovens, pois a sua existência está associada a uma maior probabilidade de sofrerem de depressão, insucesso escolar, maior risco de consumo de álcool e/ou drogas, maior propensão para distúrbios alimentares, maior risco de vitimização posterior e stress pós-traumático. Alguns fatores de risco apontados para esta forma de violência são a exposição à violência interparental, o consumo de álcool, problemas de comportamento, o facto de 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 aceitável (Redondo *et al.*, 2012).

A DGS assume que todas as ações preventivas devem ter em consideração estes aspetos, em particular a ação dos profissionais de saúde, tendo em conta que esta etapa do ciclo vital apresenta um enorme potencial preventivo, pela mobilidade dos processos psicológicos e de socialização, que oferece vantagens no que se refere à aprendizagem de relações saudáveis.

Assim, é importante que a prevenção da violência de género tenha o seu início na adolescência, sendo o acompanhamento das diversas etapas do crescimento e do desenvolvimento ao longo das duas primeiras décadas da vida do jovem um recurso

incontornável (DGS, 2014). Esta forma de violência constitui um problema de saúde pública, associado a populações de adolescentes e “onde se deve ter em conta a sua importância enquanto preditor de violência conjugal” Redondo *et al.* (2012:64).

Os serviços e os profissionais de saúde têm a possibilidade de desenvolver um trabalho continuado com jovens, procurando estimular a aprendizagem de condutas não-violentas e a adoção de atitudes positivas perante situações de conflito nas relações, e de rejeição de desigualdades e violência de género.

Intervenção em meio escolar

As intervenções diretamente dirigidas aos jovens, com vista à educação para a saúde e promoção da saúde podem ocorrer em meio escolar. A intervenção na área da violência e violência nas relações de namoro integra estas intervenções.

Valorizando esta abordagem e considerando a importância desta atuação, no final dos anos 90 surge a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde. Portugal integra esta rede de escolas desde 1994 (DGS, 2015).

A Escola Promotora de Saúde procura um ambiente saudável para a aprendizagem, com esforços integrados de todos os membros da comunidade escolar para a promoção e proteção da saúde. 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 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 (Direção-Geral da Educação [DGE], 2014).

De acordo com a mesma fonte, “são conhecidas evidências crescentes de que a saúde e a educação estão intimamente ligadas entre si e influenciam outros parâmetros” (p.5), 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 DGE e a 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 Programa Nacional de Saúde Escolar, constituindo a Saúde Escolar um referencial para a saúde das crianças e dos jovens. Em Portugal, segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar 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).

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, assumem o papel de ‘Interlocutores da Saúde nas escolas’ e destacam-se como sendo os profissionais que maior número de horas em que promovem atividades neste meio e são também os responsáveis pela articulação entre as escolas e os serviços de saúde (OE, 2013). Pode-se ainda referir que os enfermeiros “possuem sensibilidade e competências para a promoção da saúde na escola, conjugando capacidades de comunicação, cooperação e aceitação, pelo que têm um papel determinante neste programa”.

Estes assumem um papel ativo, atuando junto de toda a comunidade educativa, contribuindo para a partilha de saberes e obtenção de ganhos em saúde, sendo que a sua intervenção requer constante adaptação à realidade de cada ano letivo e às necessidades de saúde verificadas. A aposta na saúde escolar retrata um investimento capaz de traduzir ganhos em saúde (OE, 2013).

O papel da escola é realçado ao afirmar que esta tem um papel fundamental na educação para a cidadania do aluno, pois contempla jovens 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. Os “programas nacionais e internacionais de prevenção primária da violência no namoro, em contexto escolar, têm demonstrado elevada eficácia em todos/as os/as jovens envolvidos/as” (Guerreiro *et al.* (2015:23).

Contudo, a 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 perspetiva de prevenção primária do problema, e com resultados promissores (Saavedra, 2010).

Constituindo a escola uma entidade que desenvolve um trabalho fundamental na educação e na cidadania dos jovens, 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.

Estratégias de prevenção na adolescência

A pesquisa bibliográfica e a investigação realçam a importância de atuar junto dos jovens e adolescentes no que diz respeito à prevenção, pelo que se torna importante compreender o processo de desenvolvimento e aprendizagem das crianças e dos jovens.

A Teoria do Desenvolvimento Psicossocial de Erikson é referida como uma das bases teóricas na abordagem do desenvolvimento juvenil. A adolescência é marcada por um período de grandes mudanças, quer a nível físico como a nível psicológico e social e constitui um ponto de viragem e de grande vulnerabilidade (Saavedra, 2010). De acordo com esta mesma teoria, no período da adolescência a procura da identidade é a tarefa fulcral (Fleming, 2004).

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) e a criação da autonomia (Gaete, 2015).

A adolescência é referida como um período do ciclo vital caracterizado pelo rápido crescimento físico, expectativas psicossociais acrescidas, e como sendo 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).

Assim, a adolescência surge como uma fase crucial no desenvolvimento a vários níveis do indivíduo, fase esta em que é criada uma identidade e 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, e “atualmente parece haver algum consenso na percepção de que a adolescência é uma fase de desenvolvimento propícia ao investimento em esforços preventivos” (Saavedra, Martins & Machado, 2013:116).

Uma outra teoria que é frequentemente identificadas em programas de sucesso, no que diz respeito aos esforços de prevenção de sucesso e também especificamente à temática da violência, é a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura, uma das teorias que procuram explicar as mudanças de comportamento (Saavedra, 2010). Considera-se 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” (Bandura, Azzy, Polydoro & cols. (2008:98), 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), que a autoeficácia e auto-percepção são aspetos centrais nesta teoria, 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. De acordo com a teoria de Bandura, os programas devem dirigir-se à mudança pessoal para que atinjam resultados benéficos (Saavedra, 2010).

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

METODOLOGIA:

A realização deste projeto de intervenção tem por base a metodologia de planeamento em saúde, resulta de um diagnóstico de saúde prévio, onde foi identificada a necessidade de um maior aprofundamento do estudo do problema, pelo que se fará um estudo qualitativo de carácter descritivo, que nos permitirá identificar e conhecer as situações de conflito e as atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro para melhor poder intervir. As intervenções previstas serão na área da educação para a saúde.

Para a realização do diagnóstico de saúde foram consultados vários documentos, como os Planos de Ação da UCC, e o Relatório de atividades de 2016, o Diagnóstico Social de Silves de 2016, realizado pelo Conselho Local de Ação Social de Silves da Câmara Municipal de Silves, onde constam a caracterização do concelho, os dados sociodemográficos da população e os recursos disponíveis. Estes relatórios retrataram a população e a UCC, e possibilitaram uma análise quantitativa, com base em indicadores e dados estatísticos.

Também foi realizado um *focus group* com representantes das diferentes entidades da comunidade, na área da psicologia, assistência social, educação e saúde, procurando conhecer alguns aspetos relativos a esta temática, e com o intuito de obter uma pesquisa de consenso por parte destas entidades. Conforme Tavares (1990:64) “um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável”.

A população-alvo definida para este projeto de intervenção são os jovens em idade escolar da freguesia onde a incidência do problema é mais relevante. Foi selecionada uma

escola básica de 2º e 3º ciclo, e de forma a corresponder à idade em que se pretende atuar - adolescência- foram selecionadas todas as turmas do 9º ano. A Direção da Escola demonstrou interesse na participação do projeto, autorizando o seu desenvolver, bem como cedendo algumas horas para a realização do mesmo. A amostra inicial deste estudo era de 80 alunos, pertencentes a quatro turmas, após entrega de consentimento informado aos alunos e respetivos encarregados de educação, por serem menores de idade, apenas 70 consentiram a sua participação no estudo, pelo que os instrumentos de recolha de dados foram preenchidos apenas por 70 alunos. Os questionários foram entregues pelos diretores das respetivas turmas e preenchidos em sala, não tendo a investigadora participado presencialmente nesta fase, o que garantiu o total anonimato.

Foram selecionados dois instrumentos de avaliação, concebidos para a população adolescente, nomeadamente ao nível da linguagem utilizada e das situações de conflito nas relações apresentadas:

- Inventário de conflitos nas relações de namoro entre adolescentes (CADRI) (Autores: Wolf, Scott, Straatman, Grasley & Reitzel-Jaffe, 2001) Adaptação Portuguesa: R. Saavedra, C. Machado, C. Martins & D. Vieira, 2008) - Versão para Investigação

O inventário é composto por duas dimensões: na primeira, com 35 itens, é avaliada a utilização de estratégias de resolução de conflitos abusivas ou não abusivas por parte do próprio; e na segunda dimensão, também composta por 35 itens, é avaliada a utilização de estratégias de resolução de conflitos abusivas ou não abusivas por parte do/a namorado/a de quem responde ao questionário. As estratégias de resolução de conflitos abusivas referem-se à utilização de alguma forma de comportamento violento, enquanto as estratégias positivas ou não abusivas procuram a resolução da disputa sem recurso a comportamentos agressivos ou violentos. As alternativas de resposta indicam a frequência do comportamento (Nunca: isto nunca aconteceu no teu relacionamento; Raramente: isto aconteceu 1-2 vezes no teu relacionamento; Às vezes: isto aconteceu 3-5 vezes no teu relacionamento; Frequentemente: isto aconteceu mais do que 6 vezes no teu relacionamento) (Saavedra, 2010). Os itens são cotados de 1 a 4, de acordo com a sua ocorrência e frequência (Nunca=1, Raramente=2, Às vezes=3, Frequentemente=4).

O questionário é preenchido apenas por uma pessoa e refere-se aos seus comportamentos e àqueles de que é alvo por parte do namorado/a, e permite identificar ainda a ocorrência de formas específicas de abuso, como o comportamento ameaçador, o abuso físico, o abuso sexual, o abuso emocional ou verbal e o abuso relacional (Saavedra, 2010).

- Escala de atitudes acerca da violência no namoro (EAVN) (Autores: Price, Byers & The Dating Violence Research Team, 1999); Tradução Portuguesa: Saavedra, Machado & Martins, 2008) – Versão para Investigação (Saavedra, 2010).

Utilizado para conhecer as atitudes dos adolescentes face à utilização de violência nas relações de namoro. A escala é composta por 76 itens e seis subescalas — (1) Atitudes acerca da violência psicológica masculina (VPM), (2) Atitudes acerca da violência física masculina (VFM), (3) Atitudes acerca da violência sexual masculina (VSM), (4) Atitudes acerca da violência psicológica feminina (VPF), (5) Atitudes acerca da violência física feminina (VFF) e (6) Atitudes acerca da violência sexual feminina (VSF) — e permitem avaliar as atitudes acerca da violência física, psicológica e sexual no contexto das relações de namoro, seja esta perpetrada por rapazes seja por raparigas. As cinco alternativas de resposta indicam o nível de concordância/discordância com cada um dos itens, e a maioria dos itens é cotada de 1 a 5 (1= discordo totalmente; 2= discordo, 3= não concordo nem discordo; 4= concordo, 5=concordo totalmente), os restantes, assinados com um sinal mais (+), são codificados de forma invertida (1=concordo totalmente; 2=concordo; 3=não concordo nem discordo; 4=discordo; 5=discordo totalmente) (Saavedra, 2010).

Foi pedida autorização aos autores dos instrumentos e a sua utilização foi consentida.

Após a identificação e conhecimento das situações de conflito e das atitudes dos jovens em relação às situações de violência no namoro serão realizadas sessões de educação para a saúde para a prevenção de violência nas relações de namoro. As sessões realizadas foram, por sequência, subordinadas aos seguintes temas: “Violência no Namoro”, “Autoestima e autoconfiança” e “Gestão de conflitos e emoções”.

A primeira sessão teve como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens 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. A segunda sessão teve como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da autoestima e autoconfiança, e como objetivos específicos clarificar conceitos associados à temática, como autoestima, autoconfiança autoimagem, autorrespeito, autoconhecimento e auto valorização; identificar algumas atitudes que melhoram a autoestima e autoconfiança; estimular a valorização de características individuais e a aceitação da imagem corporal, e reconhecer pensamentos negativos e positivos, bem como a sua influência no dia-a-dia e na autoestima de cada um. A terceira sessão apresentou como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da gestão de conflitos e emoções e

como objetivos específicos clarificar conceitos, identificar atitudes para a gestão de conflitos, estimular a adoção de uma atitude positiva perante situações de conflitos nas relações, reconhecer a importância da autoconsciência para a gestão eficaz das emoções.

Foi realizada a avaliação das sessões, quer aos alunos, quer aos professores, de forma a perceber a sua opinião quanto ao interesse e relevância do tema e aos métodos utilizados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A primeira questão do estudo, integrada no CADRI, era se os alunos namoravam atualmente ou se já tinham namorado, se saiam com alguém sem que existisse compromisso ou se nunca tinham namorado.

A resposta mais obtida foi que namoravam ou já tinham namorado (41,4%, N=29), seguido de quem indicou que saiu ou saía com alguém apesar de não existir compromisso de namoro (30,0%, N=21) e finalmente de quem indicou que nunca namorou (28,6%, N=20) (Tabela 1).

	F	%
Namoro ou já namorei	29	41,4
Nunca namorei	20	28,6
Saio ou saí com alguém apesar de não existir um compromisso de namoro	21	30,0
Total	70	100,0

Tabela 1. Frequência absoluta (F) e percentagem (%) segundo a relação

Na primeira pergunta do CADRI é indicado ao aluno que só deverá responder ao questionário no caso de responder “Namoro ou já namorei”, contudo 29 alunos indicaram esta resposta e 32 questionários foram respondidos, sendo que dois deles foram respondidos apresentando como resposta a esta primeira pergunta “Saio ou saí com alguém apesar de não existir um compromisso de namoro”.

Aos alunos que indicaram que namoravam ou já tinha namorado questionou-se a idade com que começaram a namorar e a resposta mais obtida foi que começaram a namorar com 13 anos (27,59%, N=8) seguido de quem indicou 12 anos (17,24%, N=5) e 14 anos (17,24%, N=5) (Tabela 2).

	F	%
7	1	3,45
8	1	3,45
10	1	3,45
11	4	13,79
12	5	17,24
13	8	27,59
14	5	17,24
15	4	13,79
Total	29	100,00

Tabela 2. Frequência absoluta (F) e percentagem (%) segundo idade com que começaram a namorar

Seguidamente questionou-se sobre quem estavam a pensar nas respostas sobre a relação amorosa com outra pessoa. Neste inquérito obteve-se a resposta de 31 dos alunos (42,3%), apesar de ter sido solicitado que só responderiam a esta pergunta se anteriormente tivessem respondido “namoro ou já namorei”, e desses mesmos inquiridos verificou-se que uma ligeira maioria indicou que estava a pensar na pessoa que seria o seu namorado atual (18,6%, N=13), seguido de quem indicou que estava a pensar num ex-namorado do último ano (15,7%, N=11).

No instrumento CADRI foram criadas 2 subescalas violência física (VF) e violência sexual (VS) que originou a subescala Violência Severa (VSevera), e a subescala comportamento ameaçador (CA). Seguidamente foram criadas as subescalas estratégias de resolução de conflitos abusivos (ERCA) e estratégias de resolução de conflitos não abusivos/positivos (ERCnA). As subescalas foram criadas para o comportamento do inquirido perante o parceiro (eu) e do parceiro perante o inquirido (ele).

No que diz respeito aos níveis de consistência interna dos instrumentos, recorrendo ao *alfa* de *Cronbach*, constatou-se que todas as subescalas do CADRI, apresentaram uma boa consistência interna, com exceção da subescala CA e ERCnA que revelam consistência interna fraca, tal como já tinha sido verificado pela autora da versão portuguesa do inventário, contudo manteve-se a versão original.

Em relação à escala EAVN, verificou-se, segundo o *alfa* de *Cronbach*, que todas as subescalas apresentaram uma boa consistência interna onde o valor mais baixo obtido foi 0,729 e o mais alto foi 0,849, todos os valores se encontram acima de 0,7, valor que Nunnally considera como o valor mínimo para uma boa consistência interna de uma escala (Pestana & Gageiro, 2008).

A autora da tradução da escala referia um *alfa* de *Cronbach* de 0.90 para o CADRI e uma variação dos níveis de *alpha* de *Cronbach* entre 0.7 e 0.8 para a escala EAVN (Saavedra, 2010). Os valores são seguidamente apresentados nas seguintes tabelas (Tabela 3 e 4).

		<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de Itens
VF	Eu	,802	4
	Ele	,698	4
VS	Eu	,887	4
	Ele	,821	4
VSevera	Eu	,903	2
	Ele	,903	2
CA	Eu	,416	4
	Ele	,548	4
ERCA	Eu	,785	15
	Ele	,846	15
ERCnA	Eu	,368	10
	Ele	,498	10

Tabela 3. Consistência interna das subescalas de CADRI.

	<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de Itens
VPM	,729	15
VFM	,829	12
VSM	,845	12
VPF	,746	13
VFF	,847	12
VSF	,849	12

Tabela 4. Consistência interna das subescalas de EAVN

De seguida (tabelas 5 e 6) apresenta-se a análise descritiva das subescalas de CADRI, separadas mediante o comportamento do inquirido perante o parceiro (eu) e do parceiro perante o inquirido (ele).

Eu	VF	VS	VSevera	CA	ERCA	ERCnA
Media	4,7931	4,5313	9,3793	5,5667	35,1071	27,0625
Mediana	4,0000	4,0000	8,0000	5,0000	33,5000	27,0000
Desvio Padrão (D.P.)	1,63400	1,45877	3,01678	1,50134	8,26120	3,64504
Variância	2,670	2,128	9,101	2,254	68,247	13,286
Mínimo	4,00	4,00	8,00	4,00	26,00	20,00
Máximo	11,00	12,00	23,00	10,00	66,00	33,00

Tabela 5. Análise descritiva das subescalas de CADRI (Eu)

Ele	VF	VS	VSevera	CA	ERCA	ERCnA
Media	4,9333	4,9355	9,3793	5,3333	36,1724	9,8621
Mediana	4,0000	4,0000	8,0000	5,0000	33,0000	8,0000
Desvio Padrão (D.P.)	1,57422	2,15925	3,01678	1,62594	10,73735	3,56295
Variância	2,478	4,662	9,101	2,644	115,291	12,695
Mínimo	4,00	4,00	8,00	4,00	25,00	8,00
Máximo	10,00	13,00	23,00	11,00	75,00	22,00

Tabela 6. Análise descritiva das subescalas de CADRI (Ele)

Tal como a autora da versão dos instrumentos utilizados, serão analisados os resultados separadamente, de acordo com as subescalas identificadas anteriormente. Os itens foram associados às diferentes subescalas pelas autoras do inventário. As percentagens apresentadas são referentes ao mínimo e ao máximo verificados em relação aos itens que integram cada subescala.

Para a subescala VF foram considerados os itens 8, 25, 30 e 34. Analisando as respostas dadas pelos alunos perante o seu comportamento perante o parceiro: entre 80,6 e 93,8% responderam que nunca aconteceram estes acontecimentos nas suas relações, entre 3,1 % e 13,3% responderam que raramente aconteceu, e entre 3,1 e 9,7% considerou que aconteceu 3 a 5 vezes no seu relacionamento (às vezes). E analisando as respostas que consideram a atitude do namorado perante o inquirido, entre 80 e 86.7% responderam que nunca

aconteceu, entre 13,3 e 20% refere que aconteceu raramente, e entre 3,1 e 9,7% aconteceu às vezes.

Para a subescala VS foram considerados os itens 2, 13,15 e 19: e entre 78,1 e 96,9% respondeu que os acontecimentos apresentados nunca tinham acontecido na sua relação, de 3,1 a 34,4% refere que raramente aconteceu, entre 3,1 e 9,4% indica que aconteceu às vezes e em 3,1% aconteceu frequentemente. Relativamente ao comportamento do parceiro perante o inquirido: entre 78,1 e 96,9% referiu que nunca aconteceu, entre 3,1 e 12,5% refere que aconteceu às vezes, e entre 3,1 e 9,4% refere que aconteceu frequentemente.

Os itens 5, 29, 31 e 33 foram considerados na subescala CA: e, entre 14 alunos e 31 alunos responderam que este tipo de comportamento nunca aconteceu nas suas relações (46,7 a 96,9% respetivamente), entre 3,1 e 33,3% considerou que aconteceu raramente, entre 3,3 e 16,7% refere que aconteceu às vezes, e 3,3% referiu que aconteceu frequentemente.

Na subescala ERCnA foram considerados os itens 1, 6, 10, 11, 14, 16, 18, 22, 26 e 27. No que diz respeito ao comportamento do inquirido sobre o namorado entre 3,1% e 87,5% responderam que nunca aconteceu tal atitude na sua relação de namoro; de 3,1 a 37,5% refere que aconteceu raramente; de 6,3% a 59,4% respondeu que aconteceu às vezes; e entre 3,1 a 40,6% refere que aconteceu frequentemente. Perante as atitudes do parceiro sobre o inquirido, entre 6,3 e 75% responderam que nunca aconteceu; entre 15,6 e 31,3% afirmou que aconteceu raramente; entre 6,3 e 53,1% refere que aconteceu às vezes; e entre 3,1 e 34,4% respondeu que aconteceu frequentemente na sua relação.

Os itens considerados na subescala ERCA foram os 3, 4, 7, 9, 12, 17, 20, 21, 23, 24, 28, 32 e 35. Entre 15,5 e 100% respondeu que nunca aconteceu na sua relação; entre 3,1 e 43,8% referiu que aconteceu raramente; entre 3,1 e 25% afirmou ter acontecido às vezes na sua relação; e entre 12,5% referiu que aconteceu frequentemente. Perante o comportamento do parceiro perante o inquirido; entre 15,6 e 90,6% respondeu que aconteceu raramente na sua relação; entre 6,7% e 37,5% afirma que aconteceu às vezes; e entre 3,1 e 9,4% refere que aconteceu frequentemente na sua relação.

Relativamente aos dados apresentados é de salientar que em relação à VF, apesar de 25 alunos responderem item 8 (“eu atirei-lhe alguma coisa”) como nunca tendo acontecido na sua relação, três responderam que isso já aconteceu uma a duas vezes, e três alunos que já aconteceu três a cinco vezes na sua relação de namoro. Em relação ao item 25 (“eu dei-lhe pontapés, bati-lhe ou dei-lhe murros”) 30 alunos responderam que nunca o fizeram mas apenas 27 afirmaram que esse comportamento nunca tinha acontecido para com eles, sendo que um dos alunos reporta como tendo acontecido ‘às vezes’ na sua relação (uma resposta como vítima e uma como perpetrador). Quando nos referimos ao item 30 (“Eu dei-lhe uma

bofetada ou puxei-lhe o cabelo”) apenas 25 dos alunos referiram que isto nunca aconteceu na sua relação de namoro e seis referem que isso aconteceu uma a duas vezes na sua relação enquanto ato de perpetração contra seis de vitimização. Em relação ao item 34 (“Eu empurrei-o(a), dei-lhe encontrões ou abanei-o (a)”) 26 dos alunos referiram que nunca aconteceu nas suas relações de namoro.

Um estudo da UMAR (2017) refere que cerca de 6% dos jovens não reconhece esta forma de violência e, dando como exemplo, em relação ao ato de esbofetear e empurrar é revelado que 9% dos rapazes e 4% das raparigas o legitima. “Os índices de prevalência da violência física continuam a apontar números preocupantes. Em termos gerais, encontramos uma média de 6% de jovens que disseram já ter sofrido comportamentos físicos violentos” (UMAR, 2017:10).

A violência sexual, considerada com uma das formas de violência severa, também ocorreu, embora não frequentemente, nas relações de namoro, sendo que em relação ao item 2 (“Eu toquei-o(a), sexualmente, contra a vontade dele (a)”) 29 dos 32 alunos refere nunca o ter feito, mas dois deles referem que já lhes aconteceu três a cinco vezes e um uma a duas vezes nas suas relações de namoro. Ainda comportamentos como “eu forcei-o a ter relações sexuais comigo quando ele(a) não queria”/ “Ele(a) forçou-me a ter relações sexuais com ele(a) quando eu não queria”, “Eu ameacei-o(a), para tentar ter relações sexuais com ele(a)”/“Ele(a) ameaçou-me, para tentar ter relações sexuais comigo” e “ Eu beijei-o(a) quando ele(a) não queria”/“Ele(a) beijou-me quando eu não queria” estiveram presentes nas relações dos jovens inquiridos, embora em número reduzido, conforme referido anteriormente. Contudo são resultados preocupantes, que apesar de não traduzirem uma incidência elevada, seria expectável que não ocorressem e são formas de violência grave que estão presente nas relações de namoro destes jovens.

O referido estudo da UMAR (2017:6) indica que “a violência sexual nas relações de intimidade apresenta-se, geralmente, sob a forma de coação ou de abuso/violação. Estudos evidenciam que é uma violência pouco reconhecida e denunciada, maioritariamente cometida por pessoas conhecidas nomeadamente, nas relações de namoro”. Cerca de 24% dos jovens legitima a violência sexual nas relações de namoro

, 36% legítima pressionar para beijar à frente dos/as amigos/as. A pressão para ter relações sexuais também é referida, sendo que 13% dos/das respondentes legitima esta situação no namoro e neste estudo é demonstrada uma prevalência média de 6% de vitimação de violência sexual no geral.

Em relação ao CA, destaca-se as respostas dadas no item 29 (“Eu tentei assusta-lo(a) de propósito”/“Ele(a) tentou assustar-me de propósito”, em que apenas 17 dos alunos referiram nunca o ter feito ao seu namorado e 19 responderam que o namorado/a nunca lho fiz.

Contudo seis afirmaram que já o fizeram uma a duas vezes, e sete alunos consideraram um comportamento que acontece 'às vezes' nas suas relações.

Este revela-se um comportamento de ameaça consideravelmente presente, assumindo também uma vertente da violência psicológica, em que um dos parceiros da relação demonstra um comportamento ameaçador e de manipulação perante o outro no intuito de conseguir determinado objetivo. Também os dados da UMAR (2017) confirmam este aspeto, referindo que a ameaça é legitimada entre os 6% e os 15%, sendo maior a legitimação por parte dos rapazes, e que o comportamento de ameaça passou de 6% para 10% comparativamente ao ano de 2016.

No que diz respeito às ERCnA, estas não são utilizadas pelos jovens inquiridos tanto como seria desejável, pois alguns itens como "Eu dei-lhe razões para achar ele(a) estava errado(a)/" "Ele(a) deu razões para achar que eu estava errado(a)", "Eu disse-lhe o quanto estava aborrecido"/ "Ele disse-me o quanto estava aborrecido(a)", "Eu abandonei a sala para me acalmar"/"Ele(a) abandonou a sala para se acalmar" e "Eu desisti só para evitar um conflito"/ "Ela desistiu só para evitar um conflito", considerados como estratégias positivas na resolução de conflitos foram pouco utilizados pelos jovens.

No entanto, alguns itens correspondentes a "Eu apresentei os meus motivos"/"ele(a) apresentou os meus motivos", "Eu admiti que tinha alguma culpa"/" Ele(a) admitiu que tinha alguma culpa", "Eu concordei que ele(a) estava, em parte, certo(a)"/"Ele(a) concordou que eu estava, em parte certo(a)", "Eu apresentei uma solução boa para os dois"/"Ele(a) apresentou uma solução boa para os dois", "Eu deixei de falar até ele(a) se acalmar"/"Ele(a) deixou de falar até eu me acalmar" e "Eu discuti o assunto calmamente"/"Ele(a) discutiu o assunto calmamente", considerados como referentes a estratégias positivas na resolução de conflitos, são apontados como pouco frequentes nas relações de namoro.

Em relação às ERCA, os dados demonstram que comportamentos como "Eu tentei pôr os amigos dele(a) contra ele(a)", "Eu insultei-o(a) com coisas humilhantes"/"Ele(a) insultou-me com coisas humilhantes", "Eu contei coisas aos amigos dele(a) para os pôr contra ele(a)"/ "Ele(a) contou coisas aos meus amigos para os pôr contra mim" e "Eu gozei-o ou fiz pouco dele (a) em frente de outros"/ "Ele(a) gozou-me ou fez pouco de mim em frente de outros" foram muito pouco utilizadas pelos jovens, contudo, alguns comportamentos com "Eu fiz alguma coisa para lhe provocar ciúmes"/"Ele(a) fez alguma coisa para me provocar ciúmes", "Eu lembrei uma coisa má que ele(a) tinha feito no passado"/"Ele(a) lembrou uma coisa má que eu tinha feito no passado", "Eu culpei-o(a) pelo problema"/ Ele culpo-me pelo problema", "Eu acusei-o(a) de se meter com outros(as) rapazes/raparigas"/ "Ele acusou-se de me meter com outros(as) rapazes/raparigas" e "Eu ameacei terminar o namoro"/ "Ele ameaçou terminar

o namoro” foram estratégias presentes nestas relações, demonstrando que os jovens têm relações preenchidas por comportamentos de ciúme e manipulação, que muitas vezes, nem é percebido como forma de violência.

Em relação à escala EAVN, o comportamento de cada subescala é apresentado na tabela seguinte (Tabela 7), onde se obteve valores médios próximos das medianas em cada uma das subescalas, indicando simetria nas mesmas subescalas com exceção da subescala VFF onde a mediana foi superior à média.

A subescala VPM apresentou uma média de 30,21 (D.P.=7,17) onde o mínimo foi 17 e máximo 43, a subescala VFM apresentou uma média de 23,00 (D.P.=7,73) com valores a variar entre 12 e 39, a subescala VSM apresentou uma média de 21,46 (D.P.=7,01) com valores a variar entre 12 e 39, a subescala VPF apresentou uma média de 25,23 (D.P.=6,74) com valores a variar entre 13 e 39, a subescala VFF apresentou uma média de 25,83 (D.P.=8,42) com valores a variar entre 12 e 47 e a subescala VSF apresentou uma média de 25,01 (D.P.=7,84) com valores a variar entre 12 e 44.

	VPM	VFM	VSM	VPF	VFF	VSF
Media	30,2090	23,0000	21,4638	25,2326	25,8261	25,0149
Mediana	30,0000	23,0000	21,0000	25,0000	28,0000	24,0000
Desvio Padrão (D.P.)	7,17432	7,73422	7,01171	6,73950	8,41909	7,84218
Variância	51,471	59,818	49,164	45,421	70,881	61,500
Mínimo	17,00	12,00	12,00	13,00	12,00	12,00
Máximo	43,00	39,00	39,00	39,00	47,00	44,00

Tabela 7. Análise descritiva das subescalas de EAVN

Os valores mínimos e máximos para cada subescala, correspondendo à soma das pontuações mínimas e máximas possíveis para as respostas dadas, seria:

- VPM: mínimo 15, máximo 75;
- VFM, VMS, VFF, VSF: mínimo 12, máximo 60;
- VPF: mínimo 13, máximo 65.

A subescala onde se verifica maior pontuação, ou seja, em que a perpetração de violência se mostra superior é a subescala da VPM, o que não nos permite tirar conclusões, pois esta subescala apresenta mais itens comparativamente às restantes. Contudo, um estudo realizado em 2017 indica que quase um terço dos rapazes (27%) legitima comportamentos de violência, com um número superior ao das raparigas (UMAR, 2017).

Os valores apresentados, que permitem avaliar as atitudes e as crenças dos jovens em relação às diferentes formas de violência (Teixeira, 2015), possibilitam aferir que o nível de legitimação não difere grandemente para cada tipo de violência.

Este estudo não identifica o género de quem está a preencher o questionário, pelo que não é possível afirmar que as respostas acerca da forma de violência é a opinião ou crença que o inquirido apresenta ou se é o comportamento que adota.

No estudo realizado pela UMAR (2017) é referido que a violência no namoro está presente nas relações dos jovens, com uma vitimação entre os 6% (violência física e sexual) e 19% (violência psicológica) e na legitimação entre 6% (violência física) a 28% (comportamentos de controlo), e Teixeira (2015) afirma que a violência não é somente perpetrada por homens, mas o sexo masculino tende a manifestar violência mais severa em relação ao sexo feminino.

Ainda no seguimento do estudo, pretendeu-se verificar a existência de diferenças significativas nas subescalas do CADRI e da EAVN tendo em conta a questão inicial relativa ao namoro.

Recorrendo ao teste não paramétrico de Mann-Whitney e com um nível de significância de 5% não se verificaram diferenças significativas entre as subescalas do CADRI e o facto de os alunos namorarem ou saírem com alguém, nem sobre quem estavam a pensar quando responderam ao inventário (relação atual ou passada), que para o seu comportamento perante o parceiro quer perante o comportamento do parceiro sobre ele próprio, pois as probabilidades de significância (p) associadas a cada comparação foram superiores aos 5%.

Para a escala EAVN, e recorrendo ao teste não paramétrico de Qui-quadrado e com um nível de significância de 5% não se verificaram diferenças significativas pois as probabilidades de significância associadas a cada comparação foram superiores aos 5%, para todas as subescalas referidas, assim sendo, não se verificam diferenças significativas em relação às diferentes formas de violência exercidas com o facto de os jovens afirmarem se namoram ou se saem com alguém sem compromisso ou sobre quem estavam a pensar quando responderam ao questionário (namorado(a) atual ou passado).

O facto de não se verificarem relações entre as formas de violência e o aspeto de namorarem ou saírem com alguém sem compromisso, ou se estão a pensar numa relação atual ou numa relação passada, pode estar relacionado com a faixa etária, considerando a possível não diferenciação que estes fazem entre a relação da namoro ou o facto de saírem com alguém.

Após a aplicação dos instrumentos de dados, foram iniciadas as sessões de educação para a saúde, referidas anteriormente, foram realizadas as 12 sessões estipuladas inicialmente, e todos os alunos participaram no estudo até ao final. Terminadas as sessões foi realizada a sua avaliação através do preenchimento de um questionário pelos alunos, com seis questões que se apresentam de seguida (tabela 8). As respostas dadas pelos alunos são também apresentadas na tabela 8, bem como a percentagem correspondente.

Perguntas	Respostas		Insuficiente		Suficiente		Bom		Muito Bom	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
As sessões foram importantes?	2	2,9	19	27,1	36	51,4	12	17,1		
Os temas abordados foram do teu interesse?	7	10	18	25,7	26	37,1	19	27,1		
As sessões foram de encontro às tuas expectativas?	2	2,9	24	34,3	37	52,9	7	10		
A linguagem utilizada foi suficientemente clara?	3	4,3	9	12,9	33	47,1	24	34,3		
Os <i>slides</i> apresentados contribuíram para o esclarecimento dos temas abordados?	1	1,4	19	27,1	31	44,3	19	27,1		
Na tua opinião, os temas abordados poderão contribuir para a mudança de atitudes perante situações de violência nas relações de namoro?	4	5,7	24	34,3	26	37,1	16	22,9		

Tabela 8. Avaliação das sessões de educação para a saúde

As respostas obtidas revelam que os alunos classificaram, no geral, as sessões e as temáticas abordadas de uma forma positiva, considerando maioritariamente que poderão ter repercussões a nível do seu comportamento no futuro e uma mudança de atitude perante as situações de violência nas relações de namoro.

Em relação aos docentes intervenientes neste projeto, do total dos quatro professores apenas se obteve a resposta de três deles, por um professor não estar presente no dia da avaliação. As respostas variam entre o “bom” e o “muito bom”, reforçando a importância da abordagem a esta temática e das intervenções realizadas e demonstram também interesse em participar na replicação deste projeto ou em projetos semelhantes.

CONCLUSÃO

A violência está presente nas relações de namoro destes jovens sob as suas variadas formas, e nem sempre são utilizadas estratégias de resolução de conflitos positivas. Assim é urgente manter uma intervenção a título de prevenção na área da educação para a saúde, capacitando os jovens para a adoção de atitudes positivas perante os conflitos nas relações de namoro e melhorando os seus conhecimentos a nível da prevenção das situações de violência.

Considera-se também, após a apresentação destes resultados, a necessidade de intervir junto dos educadores e docentes, bem como dos pais e encarregados de educação.

A educação é importante para a saúde, não só pelos conhecimentos específicos que são adquiridos em relação a um tema, mas também porque melhora as competências de cada um, permitindo desenvolver o pensamento crítico e as capacidades para a tomada de decisão.

O enfermeiro apresenta um papel preponderante na educação para a saúde e promoção da saúde, e a realização deste projeto de intervenção comunitária permitiu consolidar as competências específicas do enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e de saúde Pública, particularmente no que diz respeito à criação de um projeto de intervenção com base na metodologia do planeamento em saúde, no âmbito da prevenção após a realização de um diagnóstico de saúde, e à capacitação de indivíduos e grupos.

Este projeto de intervenção comunitária não apresenta implicações para a saúde imediatas, contudo, apresenta uma abordagem na área da prevenção, e é expectável que possa conduzir a maior consciencialização dos jovens no que diz respeito à problemática da violência nas relações de namoro, capacitando-os para a adoção de atitudes positivas em situações de conflitos nas relações de intimidade e melhorando os seus conhecimentos. Este projeto apresenta também impacto ao nível da literacia em saúde dos jovens sobre a violência no namoro e sua prevenção.

Os objetivos estipulados no início do projeto foram alcançados, cumprindo as atividades e intervenções planeadas, contudo surgiu a necessidade de adaptar os horários e reagendar intervenções de acordo com os horários escolares. O horário letivo não é muito flexível para a integração de projetos que exijam um elevado número de horas, mas o interesse da equipa de docentes e dos diretores de turmas na realização do mesmo possibilitou que este fosse desenvolvido e o cumprimento dos objetivos.

Sendo que os jovens foram os próprios a considerar que esta abordagem contribuiu para a sua mudança de atitude perante as situações de violência, é crucial que se continue a apostar nesta área, com vista à minimização e prevenção desta problemática.

A equipa de Saúde Escolar 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 jovens adolescentes.

A avaliação das sessões possibilita uma melhoria futura das mesmas, de acordo com os itens que foram considerados como menos positivos, para uma melhor intervenção futura da equipa de saúde escolar.

No futuro, e mantendo uma intervenção continuada junto dos jovens, poderão ser aplicados novamente os instrumentos de recolha de dados, procurando verificar se existiram mudanças ao nível dos comportamentos e atitudes dos mesmos.

REFERÊNCIAS:

- APAV (em linha), acessido a 12 de maio de 2017, em <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/o-que-e1>
- Bandura, A.; Azzi, R. G.; Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: ArtMed. 176 pgs.
- Conselho local de ação social de Silves [CLASS]. (2016). Diagnóstico Social - Rede Social de Silves 2016
- Decreto-Lei nº 137/2013 de 7 de outubro de 2013. Diário da República, 1.ª série –N.º193, capítulo I. Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Acessado a 11 de maio de 2017, em <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6BCFA75A-508B-4CFF-B3BB-726FF2CFC244/36859/0605006061.pdf>
- Diário da República. (2013). Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2013. Diário da República n.º 253/2013, Série I de 2013-12-31. 7017 - 7035. Acessado a 12 de maio de 2017, em <http://data.dre.pt/eli/resolconsmin/102/2013/12/31/p/dre/pt/html>
- Direção- Geral da Educação [DGE] (2014). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Ministério da Educação e Ciência. Acessado a 04 de outubro de 2017, em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014). Violência interpessoal- Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Acessado a 12 de maio de 2017, em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas.../violencia_interperssoal-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015). Programa Nacional Saúde Escolar 2015. Ministério da Saúde. Acessado a 2 de junho de 2017, em <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Fleming, J. (2004). Erikson's Psychosocial Developmental Stages. Acessado a 10 de outubro de 2017, em <http://swppr.org/textbook/ch%209%20erikson.pdf>
- Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Artículo de Revisión. Revista Chilena de Pediatría. 2015; 86(6). P. 436---443. Acessado a 06 de outubro de 2017, em www.elsevier.es
- Gomes, J.; Loureiro, I. (2013). *O Lugar da Investigação Participada de Base Comunitária na promoção da Saúde Mental*. Revista Portuguesa de saúde Pública. 31(1) :32–48. Acessado a 15 de novembro de 2017, em <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.06.001>
- 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*, 14–26. ACEDIDO A 11 DE MAIO DE 2017, EM www.ces.uc.pt/publicacoes/cescontexto/ficheiros/cescontexto_debates_x.pdf

- Lopes, A. (2013). *Violência Doméstica*. Universidade Lusíada do Porto Repositório das Universidades Lusíadas. Acedido em 31 de dezembro de 2017, em <http://hdl.handle.net/11067/2743>
- Loureiro, I.; Miranda, N.; Miguel, J. (2013). *Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: Refletir para agir*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 31(1):23–31. Acedido a 15 de novembro de 2017, em <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.001>
- Organização Mundial Ssaúde [OMS] (2014). Relatório mundial sobre a prevenção da violencia. Acedido a 12 de maio de 2017, em <http://www.deakin.edu.au/health/who-obesity/migration/index.php>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido a 6 de junho de 2017, em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Regresso às aulas: O papel da Enfermagem no Programa Nacional de Saúde Escolar*. A Equipa de Enfermagem de Saúde Escolar da UCC de Almada. Secção Regional do Sul. Acedido a 15 de janeiro de 2018, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Paginas/RegressoasaulasOpapel daEnfermagemnoProgramaNacionaldeSaudeEscolar.aspx>
- Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidade entre Mulheres e Homens. (2013). Kit Pedagógico sobre Género e Juventude. Educação não formal para o *mainstreaming* de género na área da juventude. 2ª edição. Acedido a 16 de junho de 2017, em http://tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf
- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *MANUAL SARAR-Sinalizar, apoiar, registar, avaliar, referenciar- Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Acedido a 27 de maio de 2017, em <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>
- Saavedra, R. (2010). *Prevenir antes de remediar: Prevenção da violência nos relacionamentos íntimos juvenis*. Universidade do Minho. Escola de Psicologia, Acedido em 2 de junho de 2017, em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/.../1/Rosa%20Maria%20Melim%20Saavedra.pdf>
- 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. Acedido a 6 de junho de 2017, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v27n1/v27n1a07.pdf>
- Simões, S. (2015). *O crime da violência doméstica- Aspetos materiais e processuais*. Dissertação do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Direito Forense. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Direito-Escola de Lisboa. Acedido a 27 de

maio de 2017, em
repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18035/1/Tese%20Mestrado_final.pdf

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Ministério da Saúde. Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de formação e aperfeiçoamento profissional. Central de impressão do Hospital Dona Estefânia.

Teixeira, A. (2015). *Violência Física no Namoro em Jovens Universitários*- Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real. Acedido a 14 de janeiro de 2018, em https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/4728/1/Tese%20Mestrado_final.pdf

União de Mulheres Alternativa e Resposta (2010). Violência no Namoro. Acedido a 22 de junho de 2017, em http://www.umarfeminismos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=103

União de Mulheres Alternativa e Resposta (2017). Violência no Namoro. Resultados Nacionais apontam a gravidade do problema. Acedido a 7 de janeiro de 2018, em http://www.umarfeminismos.org/images/stories/noticias/Relatorio_de_Imprensa_Final.pdf

Ventura, M. (2014). *Violência no Namoro: Crenças e Autoconceito nas Relações Sociais de Género. Modelo de Intervenção em Enfermagem*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedido a 04 de outubro de 2017, em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/78362/2/34304.pdf>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 7: Cronograma de atividades

Atividades/ Intervenções	Meses/ semanas																						
	Maio	Junh o	Julho	Agosto	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				
					3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	
Diagnóstico da situação																							
Reunião com o representante da escola																							
Reunião com a equipa da Saúde Escolar da UCC e ACES Barlavento																							
Pedidos de autorização às comissões de ética e entrega dos consentimentos informados																							
Preparação das sessões de educação para a saúde																							
Realização do folheto informativo para os alunos																							
Aplicação do questionário aos jovens																							
Sessões de educação para a saúde																							
Realização de <i>dossier</i> temático em formato digital para a equipa da Saúde Escolar																							
Realização do artigo																							
Avaliação do projeto																							
Reunião com a escola para avaliação e balanço do projeto																							
Reunião na UCC para avaliação e balanço do projeto e apresentação do mesmo																							
Apresentação dos resultados do estudo à escola																							

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 8: Planos das sessões de educação para a saúde



1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2º Ano | 1º Semestre

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Sessão de Educação para a Saúde Violência no Namoro

Enfermeira Orientadora: Ana Paula Samúdio

Docente Orientadora: Ana Paula Gato

Discente: Rita Reforço, nº. 37021

novembro, 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	9
2.1 Quadro síntese da sessão	11
CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final- Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem e Saúde Pública, 2ºano, 1º semestre, no decorrer do ano letivo 2017/2018, e teve lugar na escola envolvida neste projeto.

O referido estágio teve início no dia 19 de setembro de 2017 e está a decorrer numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Silves, em continuidade com o estágio realizado anteriormente (Estágio I) entre 2 de maio e 17 de junho de 2017. Durante o primeiro estágio foi realizado um diagnóstico de saúde, após identificação das necessidades da comunidade do município de Silves, de forma a definir a área de intervenção para a realização, desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária neste Estágio Final.

O projeto de intervenção, de nome “Na escola... – Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”, surge após a identificação da violência doméstica como problemática presente no concelho de Silves e a necessidade de intervenção nesta área específica. Foi identificada e selecionada a freguesia do concelho com maior incidência de violência doméstica para a realização do projeto. Foi selecionada esta escola desta freguesia por ser uma escola básica de 2º e 3ºciclo, e selecionadas as turmas do 9ºano, de forma a corresponder à idade em que se pretende atuar -adolescência.

Assim, foi definida uma estratégia de abordagem ao problema e conseqüentemente a sua abordagem a título preventivo. A realização deste projeto integra o Programa de Saúde Escolar da UCC, o que possibilita, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos jovens numa vertente de prevenção e educação para a saúde. O projeto contempla três sessões de educação para a saúde a cada uma das turmas de alunos do 9ºano da referida escola.

Esta primeira sessão denomina-se “Violência no Namoro” e tem como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens 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 jovens 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. No final será apresentado um vídeo, que funciona como uma síntese de toda a temática abordada na apresentação oral.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* – 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo da História da Humanidade, a violência tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos, e surge sob diversas formas nas diferentes civilizações. Contudo, tal facto, não pressupõe que a violência seja considerada como parte inevitável da condição humana. Atualmente, o conceito de atos violentos engloba um conjunto de comportamentos considerados reprováveis e condenáveis, pelo impacto negativo que, a curto, médio e longo prazo podem ter na qualidade de vida e na saúde dos indivíduos e das populações, levando, em casos limite, à morte (DGS, 2014).

A OMS (2014:2) define violência como “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação”.

No mundo todo, são registadas anualmente mais de 1,3 milhões de mortes resultantes da violência, em todas as suas formas (auto direcionada, interpessoal e coletiva), correspondendo a 2,5% da mortalidade global (OMS, 2014), e estima-se que ocorram mais de 16 milhões de casos de lesões não-fatais relacionadas com a violência que requeiram cuidados médicos (Butchart, Mikton, & Kieselbach, 2012). São números assustadores e que permitem compreender a emergência de atuar nesta problemática.

A violência por de ser caracterizada quanto à sua natureza, o que engloba atos de negligência ou omissão, a violência de natureza física, psicológica, sexual e ainda comportamentos suicidas e/ou agressão autodirigida (DGS, 2014).

Uma das formas de violência que se destaca é a violência doméstica, definida pela DGS (2014:46) 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”. Esta forma de violência 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, 2014).

Especificamente, será abordada a temática da violência do namoro, enquanto forma de violência nas relações de intimidade. A violência no namoro “é um ato de violência, pontual ou contínua, cometida por um dos parceiros (ou por ambos) numa relação de namoro, com o

objetivo de controlar, dominar e ter mais poder do que a outra pessoa envolvida na relação” APAV (*em linha*). Este tipo de violência 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.

Uma dessas particularidades, e 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, 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, 2014).

Ainda de acordo com a mesma fonte, há tendência para que nesta altura, quer a vítima, que o agressor desvalorize a violência nestas relações, contudo é perceptível o impacto que provocam a nível psicológico e emocional, mais evidente no sexo feminino.

Existe ainda a crença “de que a violência no namoro é algo normal e socialmente aceite. Consequentemente, a violência torna-se quase invisível, uma vez que vem disfarçada de amor, confundida com afeto e cuidado (Redondo *et al.*, 2012:63). Outros mitos subsistem nos dias de hoje, como: que o ciúme é uma prova de amor; que a violência irá terminar após o casamento ou a coabitação, que quando se gosta de alguém deve-se fazer tudo o que o outro gosta, que os rapazes nunca são vítimas, que é melhor ter um namorado/a violento/a do que não ter nenhum/a, entre outros (Rede Portuguesa de Jovens Para a Igualdade de Oportunidades Entre Mulheres e Homens, 2013).

De acordo com Guerreiro *et al.* (2015), um estudo realizado em 2013 revelou que 35% dos/as jovens já tinham sido vítima de alguma forma de violência, nomeadamente, 12% refere ter sido vítima de violência verbal, 8% vítima de violência psicológica e 4,5% vítima de violência física. Contudo, 37% das vítimas não se reconhece como vítima de violência no namoro, o que remete para uma necessidade urgente de consciencialização dos jovens, bem como uma intervenção, no sentido de prevenir a violência.

A violência no namoro pode ter um efeito nefasto ao nível da saúde dos jovens, pois, segundo vários autores referidos por Redondo *et al.* (2012), a sua existência está associada a uma maior probabilidade de sofrerem de depressão, insucesso escolar, maior risco de

consumo de álcool e/ou drogas, maior propensão para distúrbios alimentares, maior risco de vitimização posterior e stress pós-traumático, entre outros.

Segundo a DGS (2014), todas as ações preventivas devem ter em consideração estes aspetos, em particular a ação dos profissionais de saúde, e esta etapa do ciclo vital apresenta um enorme potencial preventivo, pela mobilidade dos processos psicológicos e de socialização, que oferece vantagens no que se refere à aprendizagem de relações saudáveis. Assim, de acordo com Wolfe (2006), referido por DGS (2014), é importante que a prevenção da violência de género tenha o seu início na adolescência, sendo o acompanhamento das diversas etapas do crescimento e do desenvolvimento ao longo das duas primeiras décadas da vida do jovem um recurso incontornável.

Esta forma de violência constitui um problema de saúde pública “associado a populações de adolescentes onde importa investir na prevenção, na deteção precoce e na intervenção” (Wolitzky-Taylor, Ruggiero, Danielson, Resnick, Hanson, Smith, *et al.* (2008) referido por Redondo *et al.* (2012:64)), e “onde se deve ter em conta a sua importância enquanto preditor de violência conjugal” (p.64). Guerreiro *et al.* (2015:15) refere que é este facto que faz surgir “a necessidade iminente de prevenção primária da violência, e particularmente da violência de género e na intimidade”.

Atualmente a prevenção da violência constitui uma das cinco prioridades mundiais, contudo apresenta evidentes lacunas, como um défice no conhecimento acerca da extensão do problema, na qualidade e alcance dos programas de prevenção, no acesso aos serviços de atendimento às vítimas, na aplicação da legislação existente e nos mecanismos de coordenação do trabalho multissetorial. Como tal, a colaboração entre setores é fundamental para colmatar essas lacunas (OMS, 2014). Um dos aspetos que prejudica a prevenção do fenómeno da violência é a não determinação da sua extensão, pela deficiência de dados, estimando-se que a violência que ocorre seja muito superior à documentada.

A OMS apresenta algumas estratégias para a prevenção da violência, e destaco aqui uma delas, que se relaciona com o desenvolvimento de competências para a vida em crianças e adolescentes, desenvolvendo “programas de competências sociais, emocionais e comportamentais podem contribuir para prevenção da violência juvenil” DGS (2014: 99).

A realização deste projeto integra o Programa de Saúde Escolar da UCC, e as sessões de educação realizadas aos alunos do 9ºano, o que possibilita, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos jovens numa vertente de prevenção e educação para a saúde. Guerreiro *et al.* (2015) também destaca o papel fundamental da escola para o processo de educação e cidadania dos alunos/jovens, como capacidade para a consciencialização e

capacidade de alterar comportamentos, pelo que se torna imprescindível integrar a escola como recurso e veículo de informação e capacitação nesta intervenção.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Violência no Namoro

Fundamentação do tema:

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

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 jovens 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 jovens de conhecimentos, de forma que estes desenvolvam relações de namoro saudáveis, não legitimando, nem praticando a violência.

A temática em causa faz parte dos objetivos do Programa Nacional de Saúde Escolar de 2015, que foi concebido com consideração à reorganização do Plano Nacional de Saúde (revisão e extensão a 2020) e os objetivos e estratégias da OMS, *Health 2020*, e enquadra-se nos eixos estratégicos e áreas de intervenção, pelo que a integração deste projeto e desta sessão de educação para a saúde contribui para o cumprimento dos objetivos propostos do Programa de Saúde Escolar da UCC de Silves.

População-alvo: os jovens do 9º ano

Local: Escola

Formador: Rita Reforço

Data e hora do evento:

9ºA- 09 de novembro de 2017

9ºB- 09 de novembro de 2017

9ºC- 16 de novembro de 2017

9ºD- 16 de novembro de 2017

Tempo previsto para a Sessão: 30 minutos

Objetivos da Sessão

Geral:

- Melhorar o conhecimento dos jovens acerca da violência no namoro.

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.

Recursos necessários

Materiais: Sala, cadeiras, Computador, *Data show*, *Pendrive*, *Software PowerPoint*, folhetos impressos

Humanos: Formador e formandos (alunos)

2.1 Quadro síntese da sessão de educação

Etapas da Sessão de Educação	Objetivos	Conteúdos/ Atividades	Recursos materiais	Tempo
Apresentação	<ul style="list-style-type: none">- Apresentar o formador- Apresentar os alunos	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação dos intervenientes;- Enquadramento das sessões e objetivo da realização do projeto;- Pesquisa de expectativas para a sessão.		4min
Introdução	<ul style="list-style-type: none">- Apresentar o tema da sessão e os objetivos da mesma	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação oral do tema e dos objetivos da sessão		3min

Desenvolvimento	- Apresentar os conteúdos da sessão	- Projeção da apresentação - Apresentação do vídeo - Conteúdos: Definição de violência, violência doméstica e violência no namoro; formas de violência; mitos associados à violência no namoro, apresentação de dados estatísticos relativos à violência no namoro em Portugal, efeitos nefastos da violência no namoro	Computador, <i>data show</i> , <i>pen drive</i>	15min
Avaliação da Sessão	- Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos	- Discussão da temática e da apresentação em sala de aula - Esclarecimento de dúvidas		5min
Encerramento	- Concluir a sessão.	- Agradecimento pela participação na Sessão; - Oferta de folheto informativo com o resumo das ideias principais sobre o tema exposto;		3min

CONCLUSÃO

Várias evidências referem que 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 jovens.

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 editado um vídeo para a apresentação numa tentativa de captar a atenção dos alunos, 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 alunos, facilitando a aquisição de conhecimentos e procurando manter o entusiasmo destes nas atividades e sessões de educação.

A sessão foi programada para 30 minutos, mediante disponibilidade da Escola, pelo que foi sintetizada a informação e simplificada a apresentação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV (em linha), acessido a 12 de maio de 2017, em <https://www.apavparajovens.pt/pt/go/oque-e1>
- Butchart, A., Mikton, C., & Kieselbach, B. (2012). *Global Campaign for Violence Prevention-violence prevention alliance*. Genebra. Acessado a 16 de maio de 2017, em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/gcvc_plan_of_action.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2014). *Violência interpessoal- Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde*. Acessado a 12 de maio de 2017, em https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas.../violencia_interpersoal-pdf.aspx
- Guerreiro, A., Pontedeira, C., Sousa, R., Magalhães, M. J., Oliveira, E., & Ribeiro, P. (2015). *Intimidade e violência no namoro: refletir a problemática nos/as jovens*. Atas do Colóquio Internacional @s jovens e o crime - transgressões e justiça tutelar, 14–26. Acessado a 11 de maio de 2017, em www.ces.uc.pt/publicacoes/cescontexto/ficheiros/cescontexto_debates_x.pdf
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência*. Acessado a 12 de maio de 2017, em <http://www.deakin.edu.au/health/who-obesity/migration/index.php>
- Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidade entre Mulheres e Homens. (2013). *Kit Pedagógico sobre Género e Juventude. Educação não formal para o mainstreaming de género na área da juventude*. 2ª edição. Acessado a 16 de junho de 2017, em http://tk.redejovensigualdade.org.pt/kitpedagogico_rede.pdf
- Redondo, J., Pimentel, I., & Correia, A. (2012). *MANUAL SARAR-Sinalizar, apoiar, registar, avaliar, referenciar- Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da violência familiar/entre parceiros íntimos*. Acessado a 27 de maio de 2017, em <https://www.cig.gov.pt/siic/wp-content/uploads/2015/01/Manual-SARAR-site.pdf>



1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2º Ano | 1º Semestre

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Sessão de Educação para a Saúde Autoestima e Autoconfiança

Enfermeira Orientadora: Ana Paula Samúdio

Docente Orientadora: Ana Paula Gato

Discente: Rita Reforço, nº. 37021

novembro, 2017

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO	10
2.1 Quadro síntese da sessão.....	11
CONCLUSÃO	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final- Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, 2ºano, 1º semestre, no decorrer do ano letivo 2017/2018, e teve lugar na escola envolvida neste projeto.

O referido estágio teve início no dia 19 de setembro de 2017 e está a decorrer numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Silves, em continuidade com o estágio realizado anteriormente (Estágio I) entre 2 de maio e 17 de junho de 2017. Durante o primeiro estágio foi realizado um diagnóstico de saúde, após identificação das necessidades da comunidade do município de Silves, de forma a definir a área de intervenção para a realização, desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária neste Estágio Final.

O projeto de intervenção, de nome “Na escola... – Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”, surge após a identificação da violência doméstica como problemática presente no concelho de Silves e a necessidade de intervenção nesta área específica. Foi selecionada esta escola desta freguesia por ser uma escola básica de 2º e 3ºciclo, e selecionadas as turmas do 9ºano, de forma a corresponder à idade em que se pretende atuar - adolescência.

Assim, foi definida uma estratégia de abordagem ao problema e consequentemente a sua abordagem a título preventivo. A realização deste projeto integra o Programa de Saúde Escolar da UCC, o que possibilita, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos jovens numa vertente de prevenção e educação para a saúde. O projeto contempla três sessões de educação para a saúde a cada uma das turmas de alunos do 9ºano da referida escola.

A primeira sessão realizada teve como nome “Violência no Namoro” e apresentou como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens 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.

Esta segunda sessão denomina-se “Autoestima e autoconfiança” e tem como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da autoestima e autoconfiança, e como objetivos específicos clarificar conceitos associados à temática, como autoestima,

autoconfiança autoimagem, autorrespeito, autoconhecimento e auto valorização; identificar algumas atitudes que melhoram a autoestima e autoconfiança; estimular a valorização de características individuais e a aceitação da imagem corporal, e reconhecer pensamentos negativos e positivos, bem como a sua influência no dia-a-dia e na autoestima de cada um.

É necessário atuar ao nível da educação para a saúde nesta temática, permitindo que os jovens se tornem conscientes e aceitem as suas próprias características, interpretando a sua própria realidade, capacidades e responsabilidades, para responder às situações e guiar a sua própria vida. Promover a autoestima e auto valorização dos jovens permitirá a manutenção de uma relação de intimidade saudável, inibindo a perpetuação e legitimação de situações de violência nas relações de namoro. É também importante que os jovens aprendam a valorizar o outro, respeitando as decisões e vontades alheias.

Numa parte inicial serão definidos e clarificados os conceitos principais, anteriormente identificados, serão apresentadas algumas atitudes com vista ao autoconhecimento. É ainda feita referência à diferença de atitude dos jovens autoestima baixa ou adequada, no contexto de uma relação de namoro. No decorrer da sessão serão apresentados algumas atitudes para melhorar a autoestima dos jovens. E no final serão realizadas duas dinâmicas de grupo com o objetivo de estimular a valorização das características físicas individuais, de melhorar a aceitação da imagem corporal perdendo tempo a olhar para si próprio, reconhecer pensamentos negativos e suas consequências, bem como, pensamentos positivos e a influência dos mesmos na nossa forma de estar no dia-a-dia, e compreender que ao reforçarmos características negativas nas pessoas, apenas ajuda a pessoa a baixar a sua auto valorização, e que ao valorizarmos as características positivas das pessoas reforçamos a forma saudável do autoconceito e aumentamos a autoestima.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* – 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Antes de nos referirmos a “autoestima”, “autoconceito”, “autoimagem” é necessário considerar o entendimento do “eu”, substituído pela palavra *self*, representando o conjunto da personalidade (Mendes, Castelano, Martins, Andrade, 2017). Guerreiro (2011: 5), afirma que o *self* deve ser considerado como a experiência subjetiva, “o locus das experiências emocionais (eu sinto), a origem do sentido da actividade (eu faço), a base do sentido do autoconhecimento e reflexividade (eu sou)” (Novo, 2003).

Segundo Mendes *et al.* (2017:12), o “*self* é a compreensão de si mesmo, da própria imagem, representando o que pensamos e acreditamos de nós mesmos, nossas ideias, atitudes, comportamentos com relação a quem somos. Sendo assim, *self* é a consciência que o sujeito tem de si próprio, uma coleção de pensamentos que formamos a nosso respeito. Dele partem conceitos sobre a autoimagem, a autoestima e o autoconceito”.

A autoestima é definida pela forma como cada indivíduo se sente em relação a si mesmo, constituindo um juízo de valor expresso por atitudes e uma experiência subjetiva evidenciada aos outros; a “autoestima é o aspecto avaliativo de si. É construída a partir de comentários alheios e da interpretação pessoal desses comentários carregados de sentimento. A autoestima é a expressão de satisfação da autoimagem e do autoconceito, a parte visível socialmente” (Mendes *et al.*, 2017:13).

Já Bednar e Peterson (1995), referido por Guerreiro (2011:15), definem a “autoestima como o sentimento duradouro e afectivo de valor pessoal, baseado em auto-percepções precisas”, relacionando mais a autoestima com a forma como as pessoas interpretam os *feedbacks* dos outros, do que com o conteúdo dos próprios *feedbacks*. Este aspeto realça a forma como o meio envolvente pode influenciar os níveis de autoestima do indivíduo.

A autoestima é considerada como um indicador fundamental para a compreensão do crescimento e progresso pessoal, sendo decisivo para um desenvolvimento pessoal saudável e completo.

Uma autoestima e autoimagem positiva favorecem as relações interpessoais, enquanto que uma autoimagem negativa pode causar diversos conflitos, pessimismo, e sentimento de incapacidade para realizar determinado objetivo ou intenção. A autoestima influencia diretamente a forma como o indivíduo estabelece suas metas e projeta as suas expectativas para o futuro (Bednar; Peterson (1995) referido por Mendes *et al* (2017)).

O autor anteriormente referido identifica a infância como o período onde se inicia a construção da autoestima, e que esta construção está sob influência de diversos fatores, como a convivência da criança com seus pais, familiares, amigos, colegas de escola e pessoas

próximas, e a partir do tratamento que recebe dos mesmos. Ackerman (1986) afirma que a família é unidade de desenvolvimento de diversas experiências e que introduz a criança no meio social, “dando início ao processo de formação da autoestima e personalidade, que se aprimorará pelo contato e interação com seus colegas e na escola” Mendes et al (2017:11). Ainda o mesmo autor refere que o sentimento de apoio demonstrado pelas pessoas envolventes e consideradas importantes é uma forte influência para a autoestima.

Contudo, Guerreiro (2011:16) refere que “ao contrário do que muitos afirmam, a autoestima é construída ao longo de todo o desenvolvimento humano”, e que, segundo Bednar e Peterson (1995) é um conceito dinâmico que depende do comportamento da pessoa e pode variar de uma elevada autoestima para uma autoestima praticamente inexistente.

O ambiente escolar também tem a sua importância na formação da autoestima, sendo que os professores e colegas significativos contribuem para a formação da autoimagem ao serem tidos como exemplos.

A autoimagem é como somos para nós próprios, e essa imagem, normalmente, é formada com informações que são fornecidas acerca de quem somos, contudo apesar de ser adotada como verdade pode não corresponder à realidade (Mendes et al (2017), referindo Giordani (1998)).

Segundo Peixoto, Mata, Monteiro, Sanches, Bártole-Ribeiro e Pipa (2017:72), o autoconceito “pode ser definido como o conjunto de crenças que cada um possui acerca de si próprio (Hattie, 1992; Peixoto, 2003), formadas a partir das interpretações das experiências vividas no meio que as envolve (Marsh, 1993)”, e Mendes et al (2017) referem que o autoconceito se forma com a percepção que temos de nós mesmos a partir da interação entre o eu e o meio social, e que este apresenta um caráter descritivo (autoimagem) e avaliativo (autoestima).

Guerreiro (2011) vem ainda realçar a autocrítica enquanto necessidade psicológica indissociável da autoestima. Segundo o mesmo, a “necessidade de sentir-se apreço por si mesmo apenas é verdadeiramente alcançada quando se torna possível tomar em consideração as auto-criticas e as hetero-criticas” (p.6). É necessário que os indivíduos se tornem conscientes e aceitem as suas próprias características, que interpretem a sua própria realidade, capacidades e responsabilidades para responder às situações e guiar a sua própria vida. Para um desenvolvimento coerente e saudável há a necessidade de “balancear constantemente a necessidade psicológica de Auto-Estima e de Auto-Critica, uma vez que apenas detendo uma poderá alcançar a outra, isto é, ao possuir auto-estima torna-se mais capaz de tolerar as criticas e aprender com elas nos diferentes momentos da sua vida, e vice-versa” (p.8).

Ainda Coopersmith (1967) referido por Deffendi & Schelini (2014), considera que uma pessoa com autoestima elevada apresenta uma imagem mais constante das suas capacidades e que tem maior probabilidade de assumir papéis ativos em grupos sociais, orientando-se mais realisticamente em relação às suas metas e objetivos pessoais.

A autoestima constitui uma necessidade que necessita de ser fortalecida para permitir ao indivíduo lidar com a rejeição e superar obstáculos (Guerreiro, 2011).

Lucas (2011) aponta algumas estratégias para os jovens com vista a aumentar a autoestima:

- **Fica orgulhoso de ti próprio:** Aprende a tocar um instrumento, uma arte, um desporto; dedica-te à escola e a tirar melhores notas, participa num grupo de voluntariado, ajuda outros alunos...

- **Desenvolve a tua individualidade:** Não vivas para agradar aos outros, cria o teu próprio estilo, explora os teus gostos e paixões, aprende a dizer 'não'...

- **Não à negatividade!:** Evita pessoas negativas, concentra-te nos teus objetivos e não nas tuas falhas, reconhece as tuas qualidades e habilidades;

- **Pratica o autorrespeito:** Mantem uma boa higiene, cuida da tua aparência, dorme bem, pratica exercício, mantem uma alimentação saudável.

Torna-se importante desenvolver junto dos jovens atividades que fomentem a autoestima, a autovalorização, a autoconfiança, o autorrespeito e que promovam o autoconhecimento e a valorização do outro.

Campos e Malafaya (2009) referem que as atividades promotoras da autoestima devem passar por experiências no plano comportamental, cognitivo e emocional. Nestas atividades é importante aprender a autoavaliar-se, modificando perceções pessoais negativas, reforçando e fortalecendo o lado mais positivo, aceitando simultaneamente a realidade e as limitações de cada um.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Autoestima e autoconfiança

Fundamentação do tema:

A autoestima constitui uma necessidade que necessita de ser fortalecida para permitir ao indivíduo lidar com a rejeição e superar obstáculos (Guerreiro, 2011).

É necessário atuar ao nível da educação para a saúde nesta temática, permitindo que os jovens se tornem mais conscientes e aceitem as suas próprias características, interpretando a sua própria realidade, capacidades e responsabilidades, para responder às situações e guiar a sua própria vida.

Promover a autoestima e auto valorização dos jovens permitirá a manutenção de uma relação de intimidade saudável, inibindo a perpetuação e legitimação de situações de violência nas relações de namoro. É também importante que os jovens aprendam a valorizar o outro, respeitando as decisões e vontades alheias.

População-alvo: os jovens do 9º ano

Local: Escola

Formador: Rita Reforço

Data e hora do evento:

9ºA- 23 de novembro de 2017

9ºB- 30 de novembro de 2017

9ºC- 7 de dezembro de 2017

9ºD- 14 de dezembro de 2017

Tempo previsto para a Sessão: 60 minutos

Objetivos da Sessão

Geral:

- Melhorar o conhecimento dos jovens acerca da autoestima e autoconfiança

Específicos:

- Clarificar conceitos;

- Identificar atitudes que melhoram a autoestima e autoconfiança;
- Estimular a valorização de características individuais e a aceitação da imagem corporal;
- Reconhecer pensamentos negativos e positivos, bem como a sua influência no dia-a-dia e na autoestima de cada um.

Recursos necessários

Materiais: Sala, cadeiras, Computador, *Data show*, *Pendrive*, *Software PowerPoint*, espelhos

Humanos: Formador e formandos (alunos)

2.1 Quadro síntese da sessão de educação

Etapas da Sessão de Educação	Objetivos	Conteúdos/ Atividades	Recursos materiais	Tempo
Introdução	- Apresentar o tema da sessão e os objetivos da mesma	- Apresentação oral do tema e dos objetivos da sessão		3min
Desenvolvimento	- Apresentar os conteúdos da sessão	- Projeção da apresentação Conteúdos: Definição de autoestima, autoimagem, autoconhecimento e autoconfiança; atitudes para melhorar a autoestima. - Dinâmicas com os alunos: Auto valorização e autoestima e valorização e respeito pelo outro.	Computador, <i>data show</i> , <i>pen drive</i> Cadeiras, espelhos, papel, canetas.	10min 40min
Avaliação da Sessão	- Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos	- Discussão da temática e da apresentação em sala de aula - Esclarecimento de dúvidas		5min
Encerramento	- Concluir a sessão	- Agradecimento pela participação na Sessão		2min

CONCLUSÃO

Várias evidências referem a importância da autoestima e da autoconfiança para o indivíduo lidar com a rejeição e superar os obstáculos, seguindo os seus interesses e objetivos, acreditando na sua capacidade de realização.

É necessário atuar ao nível da educação para a saúde nesta temática, promovendo a autoestima e auto valorização dos jovens de forma a permitir a criação e manutenção de relações de intimidade saudáveis, prevenindo a perpetuação e legitimação de situações de violência nas relações de namoro. É também importante que os jovens aprendam a valorizar o outro, respeitando as decisões e vontades alheias.

Para além da apresentação oral, foram realizadas dinâmicas de grupo, que estimulassem a valorização da autoestima e da imagem corporal e a valorização do outro. Esta abordagem teve o intuito de motivar e incentivar os alunos na participação das atividades.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deffendi, L.; Schelini, P. (2014). *Relação entre autoestima, nível intelectual geral e metacognição em adolescentes*. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 18, Número 2, Maio/Agosto de 2014:313-320. Acedido a 9 de novembro de 2017, em www.scielo.br/pdf/pee/v18n2/1413-8557-pee-18-02-0313.pdf
- Guerreiro, D. (2011). *Necessidade Psicológica de Auto-Estima/Auto-Crítica:Relação com Bem-Estar e Distress Psicológico*. Mestrado integrado em Psicologia. Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicoterapia Cognitiva, Comportamental e Integrativa. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Acedido a 10 de novembro de 2017, em repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4960/1/ulfpie039658_tm.pdf
- Lucas, M. (2011). *Como melhorar a auto-estima*. Acedido a 12 de novembro de 2017, em <http://www.escolapsicologia.com/como-melhorar-a-auto-estima/>
- Mendes, D.; Castelano, K.; Martins, L.; Andrade, C. (2017). A Influência da Autoestima no Desempenho Escolar. Revista Educação em Debate, Fortaleza, ano 39, nº 73 - jan./jun.. Acedido a 10 de novembro de 2017, em www.periodicosfaced.ufc.br/index.php/educacaoemdebate/article/view/298
- Peixoto, F.; Mata, L.; Monteiro, V.; Sanches, M.; Bártole-Ribeiro, R.; Pipa, J. (2017). *Validação da Escala de Autoconceito e Autoestima para Pré-adolescentes (EAAPA) e Análise da Estrutura Organizativa do Autoconceito*. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación –e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº43 · Vol.1 · 71-87. Acedido a 10 de novembro de 2017, em www.aidep.org/sites/default/files/articles/R43/Art6.pdf



1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2º Ano | 1º Semestre

Unidade Curricular: ESTÁGIO FINAL

Sessão de Educação para a Saúde

Gestão de conflitos e emoções

Enfermeira Orientadora: Ana Paula Samúdio

Docente Orientadora: Ana Paula Gato

Discente: Rita Reforço, nº. 37021

janeiro, 2018

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1.1. O Conflito e a gestão do conflito.....	6
1.2. A emoção e a gestão de emoções	10
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO.....	14
2.1 Quadro síntese da sessão.....	15
CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

INTRODUÇÃO

A elaboração deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final- Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, Especialidade em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, 2ºano, 1º semestre, no decorrer do ano letivo 2017/2018, e teve lugar na escola envolvida neste projeto.

O referido estágio teve início no dia 19 de setembro de 2017 e está a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] de Silves, em continuidade com o estágio realizado anteriormente (Estágio I) entre 2 de maio e 17 de junho de 2017. Durante o primeiro estágio foi realizado um diagnóstico de saúde, após identificação das necessidades da comunidade do município de Silves, de forma a definir a área de intervenção para a realização, desenvolvimento e implementação de um projeto de intervenção comunitária neste Estágio Final.

O projeto de intervenção, de nome “Na escola... – Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”, surge após a identificação da violência doméstica como problemática presente no concelho de Silves e a necessidade de intervenção nesta área específica. Foi selecionada esta escola desta freguesia por ser uma escola básica de 2º e 3ºciclo, e selecionadas as turmas do 9ºano, de forma a corresponder à idade em que se pretende atuar - adolescência.

Assim, foi definida uma estratégia de abordagem ao problema e consequentemente a sua abordagem a título preventivo. A realização deste projeto integra o Programa de Saúde Escolar da UCC, o que possibilita, para além de um aproveitamento de recursos, uma abordagem aos jovens numa vertente de prevenção e educação para a saúde. O projeto contempla três sessões de educação para a saúde a cada uma das turmas de alunos do 9ºano da referida escola.

A primeira sessão realizada teve como nome “Violência no Namoro” e apresentou como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens 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.

A segunda sessão denominou-se “Autoestima e autoconfiança” e apresentou como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da autoestima e autoconfiança, e como objetivos específicos clarificar conceitos associados à temática, como autoestima,

autoconfiança autoimagem, autorrespeito, autoconhecimento e auto valorização; identificar algumas atitudes que melhoram a autoestima e autoconfiança; estimular a valorização de características individuais e a aceitação da imagem corporal, e reconhecer pensamentos negativos e positivos, bem como a sua influência no dia-a-dia e na autoestima de cada um.

Esta terceira sessão – “Gestão de conflitos e emoções” tem como objetivo geral melhorar o conhecimento dos jovens acerca da gestão de conflitos e emoções e como objetivos específicos clarificar conceitos, identificar atitudes para a gestão de conflitos, estimular a adoção de uma atitude positiva perante situações de conflitos nas relações, reconhecer a importância da autoconsciência para a gestão eficaz das emoções.

É necessário atuar ao nível da educação para a saúde nesta temática, permitindo que os jovens se tornem mais conscientes no que diz respeito aos conflitos interpessoais que ocorrem no seu dia-a-dia, dotando-os de algumas estratégias para a adoção de atitudes positivas perante o conflito. É ainda imprescindível promover a autoconsciência e autorreflexão acerca das emoções experienciadas e sentidas, permitindo-lhes desenvolver a sua inteligência emocional e capacitando-os para uma gestão eficaz das suas emoções.

Todos os aspetos acima referidos são importantes para desenvolver relações saudáveis, e este é um tema fulcral para evitar e minimizar situações de violência nas suas relações de namoro.

Numa parte inicial são identificadas as relações enquanto parte inevitável e imprescindível para o desenvolvimento social e emocional do ser humano, enquanto ser social. Será definido e clarificado o conceito de conflito, distinguindo-o de agressão e violência, e reconhecendo as oportunidades que as situações de conflito acarretam. Ainda nesta primeira parte são apresentadas algumas atitudes e estratégias para a gestão de conflitos, valorizando a adoção de atitudes positivas perante situações de conflito.

Numa segunda parte procura-se definir o conceito de emoção e clarificar o seu significado, bem como alguns conceitos associados ao tema, como competências emocionais e inteligência emocional. É identificada a influência que as emoções apresentam a nível do comportamento humano e a importância de as gerir eficazmente. É ainda reforçada a autoconsciência enquanto competência essencial para o desenvolvimento da inteligência emocional e da capacidade de gestão emocional.

Por fim é realizada uma leitura para posterior reflexão e debate, procurando que os alunos compreendam a forma como as emoções influenciam os nossos comportamentos.

Este trabalho cumpre as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a Norma da *American Psychological Association* – 6ª edição.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. O Conflito e a gestão do conflito

Desde o nascimento que a criança é considerada um ser social e o 'relacionar-se com os outros' constitui uma necessidade do ser humano. Há assim, uma necessidade de criar laços e de estabelecer relações com as pessoas que a rodeiam, tornando-se um aspeto essencial ao desenvolvimento da criança. É na infância que se inicia o estabelecimento de relações significativas, com os pares, adultos e pessoas significativas, e estas relações e a forma como ocorrem são determinantes para o desenvolvimento da consciência social, para a qualidade das relações que se irão estabelecer no futuro e para o seu processo de aprendizagem (Santos, 2014).

O mesmo autor destaca que é através da experiência, do vivenciar situações sociais e do estabelecimento de relações que a criança adquire competências sociais.

A ocorrência de conflitos interpessoais é inevitável quando falamos de relações, e de acordo com Santos (2014), estes ocorrem a partir do momento em que as crianças fazem parte de contextos sociais, independentemente da sua idade e do seu nível de desenvolvimento. São estes conflitos, e as suas posteriores resoluções que permitirão ao indivíduo o seu desenvolvimento, a aquisição de competências e a manutenção de relações. Ashby & Neilsen-Hewett (2012) afirmam que os conflitos, bem como a sua resolução diferem de acordo com a idade, o género e também com o tipo de relação estabelecida.

O conflito é a oposição entre dois indivíduos, caracterizado por eventos em que uma pessoa resiste ou protesta as ações de outros, e constitui uma troca emocional aquando um indivíduo se opõe a uma situação que envolve outro indivíduo (Ashby & Neilsen-Hewett, 2012).

O conflito implica oposição mútua (Shantz, 1987), reflete ações incompatíveis entre duas ou mais pessoas (Johnson & Johnson, 1995; Shantz, 1987), constituindo um evento interativo (Sobral, 2015).

Cá (2017), afirma que não existe uma definição simples de conflito e de acordo com o mesmo autor, referindo Thomas (1992), o conflito apresenta três características: o conflito tem que ser percebido (senão, não existe conflito), pressupõe uma interação e uma incompatibilidade entre as partes.

O conflito pressupõe uma gestão eficaz da situação, de forma a ser retirado algo de positivo dela (Serrano e Rodriguez (1993) referidos por Cá (2017)), e de acordo com Ashby & Neilsen-Hewett (2012) as crianças que conseguem resolver desentendimentos/conflitos de

forma positiva apresentam maiores possibilidades em estabelecer amizades e obter a aceitação dos pares. Sobral (2015) reforça ainda que o resultado de um conflito depende da forma como foi gerido, não sendo garantidamente uma situação positiva ou negativa à partida.

A ocorrência de conflitos num determinado contexto social promove a oportunidade de desenvolvimento de habilidades de resolução dos mesmos e permitem ao indivíduo visualizar a perspetiva do outro. Assim, as situações de conflito devem ser tidas como momentos de aprendizagem, que contribuem para o desenvolvimento do indivíduo enquanto ser social (Santos, 2014).

Apesar da conotação negativa que a própria palavra acarreta, o conflito é “algo natural (Fernández, 2001; Jares, 2001), inerente ao ser humano (Burguet, 1999; Guillaume-Hofnung, 2000) e possibilita a melhoria individual, grupal e institucional (Carvalho Ferreira, Neves, & Caetano, 2001), logo, necessário (Lederach, 2000) e consubstancial (Jares, 2002; San Martín, 2003) à vida” (Sobral, 2015:129).

O mesmo autor identifica-o como um “fenómeno benéfico para estimular a inovação e a criatividade dos comportamentos, das atitudes e das cognições” (p.129) e Santos (2014) afirma que os conflitos interpessoais podem ajudar a desenvolver a capacidade de cooperação, trabalho em grupo e utilização comum de recursos, sentido de responsabilidade e liberdade, e Sobral (2015) acrescenta a colaboração, capacidade de comunicação, deliberação social, interdependência, solidariedade, criatividade e desenvolvimento da autonomia.

Tal como o conceito de conflito apresenta uma conotação negativa subjacente, também é frequentemente relacionado com agressão, contudo estes conceitos não são de forma alguma sinónimos nem estão necessariamente associados. Segundo Santos (2014:27), referindo Galvão (2004) “a violência floresce, quando o conflito falha”. Os conflitos interpessoais podem criar sentimentos de frustração, confusão e insucesso, não só nas crianças como também nos adultos, e por vezes a agressão é uma forma de libertar as frustrações (Santos, 2014).

É essencial a aquisição de competências que permitam uma gestão eficaz de conflitos, pois, de acordo com Santos (2014), estas possibilitam o desenvolvimento das relações futuras e um crescimento social bem-sucedido.

Leitão (2006) refere, segundo o *Modelo de dupla preocupação* de Johnson & Johnson (1997), que os indivíduos envolvidos em conflitos têm que lidar, de forma simultânea, com duas preocupações: a de satisfazer as suas necessidades e alcançar os seus objetivos, e a de manter uma relação positiva e adequada com o outro.

Há várias atitudes adotadas na gestão de conflitos, as mais referidas pelos autores (Leitão (2006), Bravin (2013) e Berg (2015)) são:

- Competição/ Imposição/Marcar posição

É uma atitude não cooperativa, onde prevalece o uso do poder. O indivíduo procura atingir os seus próprios interesses, não valorizando os interesses do outro. É uma forma mais agressiva, onde o indivíduo pretende defender uma posição na qual acredita, ou simplesmente quer ganhar. Nesta estratégia impositiva, os objetivos assumem maior importância face às relações.

- Acomodação/ Desistência

Traduz-se por uma atitude cooperativa e auto-sacrificante, é uma atitude oposta à anteriormente referida. Perante esta atitude o indivíduo renuncia aos seus próprios interesses em prol dos interesses do outro. Pode ser identificado um comportamento generoso e altruísta, e esta atitude torna-se importante quando é necessário preservar a harmonia e evitar uma quebra no relacionamento e é útil para manter um relacionamento colaborativo, contudo se for uma atitude muito marcada nos comportamentos poderá dar origem a ressentimentos. Nesta estratégia de atuação as relações interpessoais apresentam maior importância que os objetivos pessoais a alcançar.

- Afastamento/Retirar-se

É uma atitude não cooperativa, e demonstra falta de empenho para satisfazer os seus interesses, e falta de colaboração com o outro. O indivíduo afasta-se do conflito, e pode ser útil quando as consequências de um confronto são maiores que o benefício que o resultado pode trazer, quando a situação não apresenta significado elevado para ambas as partes, ou quando há necessidade de reduzir a tensão. Esta estratégia centra-se na preocupação de evitar conflitos e pode constituir a melhor forma de gerir um conflito, evitando entrar numa discussão.

- Acordo

É uma estratégia intermediária entre assertividade e cooperação. O indivíduo procura soluções aceitáveis, que satisfaçam parcialmente ambas as partes. Há negociação, sendo que um abre mão de alguma coisa, e em contrapartida recebe algo em troca que seja do seu interesse. Pode ser útil quando todos têm a perder se não chegarem a um acordo, quando os prejuízos são inevitáveis e as perdas possam ser reduzidas para os dois lados. Nesta estratégia, tanto os objetivos como as relações são importantes e é importante preservar a relação com o outro, mantendo os objetivos e é possível diminuir tensões e sentimentos negativos entre as partes.

- Colaboração

Traduz-se por uma atitude tanto assertiva quanto cooperativa. Ao colaborar o indivíduo procura trabalhar com o outro com vista ao encontro de uma solução que satisfaça os

interesses de ambas as partes. Pressupõe comunicação e confiança, identificando as necessidades e interesses dos dois lados e encontrando uma solução satisfatória para todos os envolvidos. Esta estratégia tem em conta o ponto de vista do outro, encontra soluções criativas para problemas de relacionamento interpessoal. Pode ser utilizada quando ambas as partes ganham mais juntas do que isoladamente e quando as competências e habilidades dos indivíduos envolvidos se complementam. Os indivíduos que privilegiam esta forma de gestão de conflitos são, habitualmente, pessoas com boas competências inter-relacionais.

Para além das atitudes adotadas perante uma situação de conflito com vista à sua resolução, Bravin (2013) aponta como estratégias para a gestão eficaz de conflitos: dar importância ao outro, saber ouvir, não atacar o outro, mas sim o problema, ser humilde e empático, argumentar de forma inteligente, ser paciente, tratar os outros com equidade e trabalhar a aptidão social.

2.2. Emoções e Inteligência emocional para a gestão de emoções

Cada vez mais é reconhecido o papel importante que as emoções têm na vida dos indivíduos, sendo que alguns autores dos primórdios da Psicologia já lhe atribuíam um relevo fundamental no que diz respeito ao entendimento de patologias e comportamentos (Silva, 2011).

Ainda o mesmo autor refere que Darwin, que iniciou os seus estudos na primeira metade do século XIX, afirmou que a natureza das emoções é primitiva, e resultam da articulação entre passado do indivíduo, com o passado da espécie humana e com a própria história individual, sendo que as emoções não se encontram completamente sob o controlo do indivíduo, mas que este, enquanto adulto, as pode gerir.

Já Freud considera que as emoções podem apresentar uma natureza complexa, dificultando o seu entendimento, e que determinadas emoções e seus significados tornam-se mais claros quando são exprimidos ou quando conversamos e refletimos acerca deles com outra pessoa. O mesmo autor refere que são desenvolvidas pela mente estratégias inconscientes de defesa contra as emoções desagradáveis (mecanismos de defesa). Uma gestão emocional adequada só é possível com o desenvolvimento da autoconsciência, possibilitando a adaptação do sujeito ao meio, a superação e resolução de conflitos funcionalmente, necessários ao equilíbrio psicológico do indivíduo (Silva, 2011).

Depois de Freud, muitos outros investigadores estudaram as emoções nos seus variados níveis, psicológico, biológico e social, e muitas foram as teorias que procuraram definir,

explicar e compreender as emoções e forma como estas se processam e influenciam o indivíduo.

Silva (2011) refere que não há consenso quanto nos referimos à definição de emoção, sendo uma definição complexa e dependente de vários fatores. Já Goleman (1995), refere-se a emoção como um termo cujo significado tem vindo a ser objeto de controvérsias desde há mais de um século.

Goleman (1995:310) dá como sua definição de emoção “um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação”, afirmando ainda que existem centenas de emoções, incluindo as suas “combinações, variações, mutações e tonalidades”. O mesmo autor (p.26) refere que “cada emoção representa uma diferente predisposição para a ação; cada uma delas aponta-nos numa direção que já noutras ocasiões resultou bem, para enfrentar o mesmo tipo de problemas”.

De forma a procurar o entendimento da palavra podemos considerar uma outra explicação de Goleman (1995:28), que refere que “a própria raiz da palavra emoção é *motere*, o verbo latino «mover», mais o prefixo «e-» para dar «mover para», sugerindo que a tendência para agir está implícita em todas as emoções”.

Segundo o autor supracitado, os investigadores mantêm o debate em relação às emoções que podemos considerar primárias e alguns teóricos propõem famílias básicas, que não são de consenso geral. Daniel Goleman apresenta como emoções primárias a ira, a tristeza, o medo, o prazer, o amor, a surpresa, a aversão e a vergonha; afirmando contudo que esta lista “não resolve todos os problemas de como categorizar a emoção” (p.311).

Iglesias, Loeches e Serrano (1989), referidos por Silva (2011:16), “consideram que as emoções primárias são estados discretos do organismo, determinados geneticamente e regulados por estruturas neuronais subcorticais, cuja função é promover a adaptação dos sujeitos em determinadas circunstâncias”.

Existem cada vez mais evidências de que as emoções influenciam a cognição, a perceção e a ação e Silva (2011) refere que os comportamentos e atitudes são fortemente influenciados pelas emoções. Importa assim ao indivíduo, compreender as emoções, bem como a sua gestão e as competências emocionais necessárias para dar resposta às exigências do contexto social onde está inserido.

A compreensão de emoções engloba as capacidades que possibilitem compreender emoções complexas, bem como o seu encadeamento e relação entre as várias emoções, reconhecendo também as causas das emoções. Já a gestão das emoções relaciona-se com as capacidades que permitem compreender as emoções dos outros Santos (2014).

“As competências emocionais referem-se às capacidades necessárias para dar resposta às exigências do contexto social imediato, permitindo e auxiliando o indivíduo na obtenção dos seus objetivos, no lidar com os desafios com que se depara e no reconhecimento de que a comunicação e a autoapresentação afetam as relações” (Buckley, Storino, & Saarni (2003) referido por Moreira, Oliveira & Lima (2012:42).

A competência emocional inclui a consciência do estado emocional, as capacidades para discernir as emoções dos outros, para utilizar o vocabulário de emoções e expressões de acordo com os níveis de desenvolvimento, para um envolvimento empático e simpático nas experiências emocionais dos outros; de perceber que nem sempre os estados emocionais internos correspondem à expressão exterior e que a expressão emocional causa impacto nos outros; para lidar com emoções aversivas ou dolorosas; a consciência de que a estrutura ou natureza das relações é definida pelo grau de genuinidade emocional e pelo grau de reciprocidade ou simetria na relação, e para a autoeficácia emocional (capacidade de controlar os estados emocionais) (Saarni (2000), referido por Moreira et al. (2012).

As competências emocionais estão relacionadas com a adoção de comportamentos sociais adaptativos (Santos, 2014), e a sua importância está a ser utilizada ao nível das intervenções preventivas, pois a utilização de emoções positivas aumenta a sociabilidade, o bem-estar e os comportamentos construtivos; as emoções negativas influenciam a aprendizagem e a memória; a expressão das emoções influencia a utilização das mesmas; existem relações entre padrões de emoções, traços de personalidade e comportamentos; a comunicação emocional precoce previne a privação emocional; e a ligação entre os sistemas cognitivo e emocional beneficia o desenvolvimento Moreira et al. (2012).

Segundo Silva (2011) a capacidade de gerir as emoções não apresenta o mesmo nível em todos os indivíduos, sendo que uns terão melhor aptidão para o fazer do que outros, e é assim que iremos abordar a inteligência emocional.

Goleman (1995:54) refere-se à inteligência emocional como a “capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança”. Para uma compreensão mais objetiva, Cartwright e Solloway (2015:1) definem a inteligência emocional como “a aptidão para compreender, aceitar, e reconhecer as nossas próprias emoções e sentimentos, incluindo o seu impacto em nós mesmos e nos outros, e, para usar este conhecimento para melhorar os nossos comportamentos bem como para gerir e melhorar as nossas relações com os outros”.

De acordo com Santos (2014:43) citando Caruso, Mayer, & Salovey (2002) “a inteligência emocional refere-se à capacidade para perceber, avaliar e expressar emoções; para aceder e

ou gerar sentimentos quando facilitam o pensamento; para perceber emoções, conhecimento emocional e para regular as emoções no sentido de promover o crescimento emocional e intelectual”.

A inteligência emocional é composta pelas capacidades e competências que se agrupam em quatro dimensões, de acordo com o modelo dos quatro tipos de capacidades (Four-branch Ability Model, de Salovey, Mayer & Caruso (2004)): identificação de emoções, facilitação emocional do pensamento, compreensão de emoções, gestão das emoções (Mayer & Salovey, 1997).

Daniel Goleman apresenta-nos um esquema que revela as competências essenciais da inteligência emocional, conforme se apresenta a seguir (Figura1).

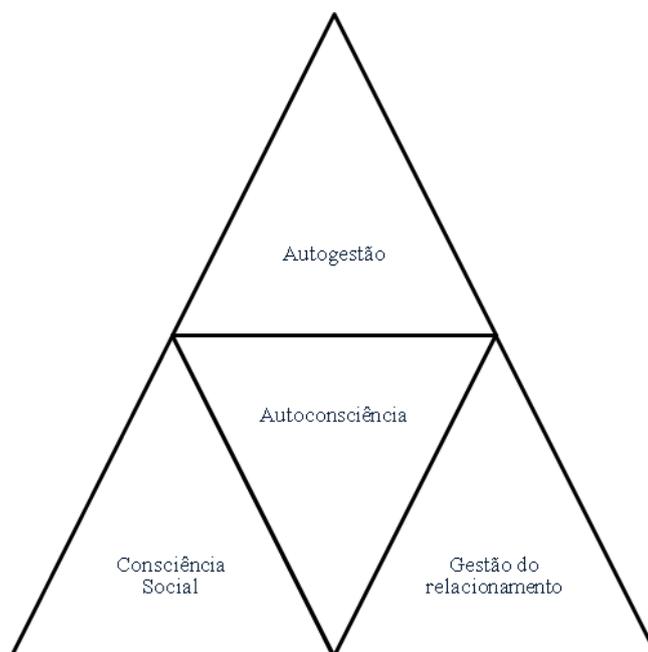


Figura 1: Os quatro triângulos da inteligência emocional
Adaptado de Cartwright & Solloway (2015)

Este modelo coloca a autoconsciência numa posição central, no interior da inteligência emocional, reforçando a ideia de que sem um profundo conhecimento de si próprio não é possível desenvolver e gerir eficazmente os outros componentes do triângulo, reforçando a ideia de que é importante vermo-nos a nós próprios como os outros nos veem. Moreira et al. (2012:44) referindo (CASEL, 2003), definem auto consciência como a “identificação e reconhecimento das próprias emoções, reconhecimento dos seus pontos fortes e dos outros, sentimento de autoeficácia e autoconfiança”.

Quanto maior a autoconsciência de um indivíduo, maior a capacidade de este gerir os seus comportamentos, maiores níveis de consciência social e de gestão de relações e maior o desenvolvimento da inteligência emocional (Cartwright & Solloway, 2015).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Gestão de emoções e conflitos

Fundamentação do tema:

É necessário atuar ao nível da educação para a saúde nesta temática, permitindo que os jovens se tornem mais conscientes no que diz respeito aos conflitos interpessoais que ocorrem no seu dia-a-dia, dotando-os de algumas estratégias para a adoção de atitudes positivas perante o conflito. É ainda imprescindível promover a autoconsciência e autorreflexão acerca das emoções experienciadas e sentidas, permitindo-lhes desenvolver a sua inteligência emocional e capacitando-os para uma gestão eficaz das suas emoções.

Todos os aspetos acima referidos são importantes para desenvolver relações saudáveis, e este é um tema fulcral para evitar e minimizar situações de violência nas suas relações de namoro.

População-alvo: os jovens do 9º ano

Local: Escola

Formador: Rita Reforço

Data e hora do evento:

9ºA- 11 de janeiro de 2018

9ºB- 11 de janeiro de 2018

9ºC- 18 de janeiro de 2018

9ºD- 18 de janeiro de 2018

Tempo previsto para a Sessão: 40 minutos

Objetivos da Sessão

Geral:

- Melhorar o conhecimento dos jovens acerca da gestão de conflitos e emoções

Específicos:

- Clarificar conceitos;

- Identificar atitudes para a gestão de conflitos;
- Estimular a adoção de uma atitude positiva perante situações de conflitos nas relações;
- Reconhecer a importância da autoconsciência para a gestão eficaz das emoções e desenvolvimento da inteligência emocional.

Recursos necessários

Materiais: Sala, cadeiras, Computador, *Data show*, *Pendrive*, *Software PowerPoint*

Humanos: Formador e formandos (alunos)

2.1 Quadro síntese da sessão de educação

Etapas da Sessão de Educação	Objetivos	Conteúdos/ Atividades	Recursos materiais	Tempo
Introdução	- Apresentar o tema da sessão e os objetivos da mesma	- Apresentação oral do tema e dos objetivos da sessão		3min
Desenvolvimento	- Apresentar os conteúdos da sessão	- Projeção da apresentação Conteúdos: Definição de conflito, emoção, gestão de emoções e conflitos, atitudes e estratégias para a gestão de emoções e conflitos, autoconsciência e inteligência emocional.	Computador, <i>data show</i> , <i>pen drive</i>	30 min
Avaliação da Sessão	- Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos	- Discussão da temática e da apresentação em sala de aula - Esclarecimento de dúvidas		5min
Encerramento	- Concluir a sessão	- Agradecimento pela participação na Sessão		2min

CONCLUSÃO

Várias evidências referem a importância da gestão de conflitos e de emoções para um desenvolvimento social e emocional adequado.

É necessário atuar ao nível da educação para a saúde nesta temática, melhorando a consciência dos jovens no que diz respeito aos conflitos interpessoais que ocorrem no seu dia-a-dia, dotando-os de algumas estratégias para a adoção de atitudes positivas perante o conflito. É ainda imprescindível promover a autoconsciência e autorreflexão acerca das emoções experienciadas e sentidas, permitindo-lhes desenvolver a sua inteligência emocional e capacitando-os para uma gestão eficaz das suas emoções.

Ao dotar os jovens de capacidades que lhes permitam lidar de forma positiva e eficaz perante situações de conflito procuramos que estes adotem atitudes positivas nestas mesmas situações, respondendo de uma melhor forma, minimizando ou evitando situações de violência. Também com uma maior consciência de si mesmo e das suas emoções, bem como uma maior capacidade de as gerir, evita-se situações de frustração e ressentimento, levando ao estabelecimento de relações interpessoais mais saudáveis, nomeadamente relações de namoro.

Para além da apresentação oral, foi realizada uma leitura em grupo, para posterior reflexão e debate, procurando que os alunos compreendam a forma como as emoções influenciam os nossos comportamentos, através da leitura de um caso comum do dia-a-dia. Esta abordagem teve o intuito de motivar e incentivar os alunos a participar, mas também de levar à reflexão, procurando que estes melhorem a autoconsciência, prestando mais atenção às suas atitudes e comportamentos perante as situações com que se deparam, e que reflitam sobre os mesmos, melhorando a sua capacidade de gestão emocional.

Após pesquisa bibliográfica e estudo do tema verifica-se que as pesquisas e estudos efetuados sobre gestão de conflitos estão muito direcionados para a gestão organizacional e para jovens em idade pré-escolar. Sendo a adolescência a fase em que ocorre a afirmação dos jovens e consolidação da personalidade, considera-se de extrema importância a atuação nesta faixa etária.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashby, N.; Neilsen-Hewett, C. (2012). *Approaches to conflict and conflict resolution in toddler relationships*. Journal of Early Childhood Research. 10(2) 145 –161. Acedido a 28 de dezembro de 2018, em <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1476718X11430070>
- Cá, M. (2017). *Conflitos e gestão de conflitos nas organizações*. Relatório de estágio curricular no âmbito do curso de mestrado em gestão empresarial. Instituto politécnico de Coimbra. Instituto superior de contabilidade e administração de Coimbra. Acedido a 26 de dezembro de 2017, em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18889>
- Cartwright, A.; Solloway, A. (2015). *Inteligência Emocional- Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Profissional*. Monitor. Lisboa
- Filipe, I. (2009). *A importância das emoções e os seus efeitos*. Acedido a 20 de dezembro de 2017, em <http://agiresentir.blogspot.pt/2009/03/importancia-das-emocoes-e-os-seus.html>
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional. Temas e Debates*. Círculo de Leitores.
- Moreira, P.; Oliveira, J.; Lima, L. (2012). *Inventário de identificação de emoções e sentimentos (iies): estudo de desenvolvimento e de validação*. Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente. Lisboa, 3(1). Acedido a 2 de agosto de 2017, em https://www.researchgate.net/publication/264251102_Inventario_de_identificacao_d_e_emocoes_e_sentimentos_IIES_Developimento_e_validacao
- Santos, A. (2014). *O papel das crianças e do educador na gestão de conflitos interpessoais*. Relatório da prática profissional supervisionada. Mestrado em Educação Pré-escolar. Escola superior de educação de lisboa. Instituto Politécnico de Lisboa. Acedido a 21 de dezembro de 2017, em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4095/1/O%20papel%20das%20crian%c3%a7as%20e%20do%20educador%20na%20gest%c3%a3o%20de%20conflitos%20interessoais.pdf>
- Silva, C. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido a 2 de agosto de 2017, em bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2410/3/DM_6118.pdf
- Sobral, C. (2015). *Mediação de conflitos em contexto de educação de infância*. Interacções. N.38,PP.127-152. Acedido a 28 de dezembro de 2018, em <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/8495/6069>

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 9: Questionários para os alunos, para avaliação das sessões de educação para a saúde



Ao terminar as sessões de educação para a saúde, integradas no projeto de intervenção “Na Escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”, gostaria de saber a tua opinião acerca das mesmas e a importância que tiveram para ti. Este questionário é anónimo.

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1. As sessões foram importantes?				
2. Os temas abordados foram do teu interesse?				
3. As sessões foram de encontro às tuas expectativas?				
4. A linguagem utilizada foi suficientemente clara?				
5. Os slides apresentados contribuíram para o esclarecimento dos temas abordados?				
6. Na tua opinião, os temas abordados contribuíram para que a tua atitude fosse diferente perante situações de violência nas relações de namoro?				
Comentários/sugestões:				

Muito obrigado pela vossa participação!

Rita Isabel Martins Reforço

“Na escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”

APÊNDICE 10: Questionário para os docentes, para avaliação das sessões de educação para a saúde



Ao terminar as sessões de educação para a saúde, integradas no projeto de intervenção “Na Escola...- Uma estratégia na prevenção na violência no namoro”, gostaria de saber a sua opinião acerca das mesmas e a sua importância para os alunos. Este questionário é anónimo.

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
1.As sessões foram importantes?				
2. Os temas abordados foram interessantes e pertinentes?				
3. As sessões foram de encontro às expectativas?				
4. A linguagem utilizada foi suficientemente clara?				
5. Os slides apresentados contribuíram para o esclarecimento dos temas abordados?				
6. Os temas abordados poderão contribuir para a mudança de atitudes perante situações de violência nas relações de namoro?				
Comentários/sugestões:				

Muito obrigado pela participação!

Rita Isabel Martins Reforço