

## **Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva: uma intervenção de enfermagem comunitária com jovens descendentes de imigrantes dos PALOP** ***Sexual and Reproductive Health Promotion: a community nursing intervention with young people descending from immigrants of official Portuguese-speaking countries (PALOP)***

Helena Borges Manuel\*

**Resumo** Neste artigo apresenta-se um projeto de intervenção em enfermagem comunitária que teve como finalidade a promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens descendentes de imigrantes dos PALOP que frequentam o Clube de Jovens da Outurela. Foi desenvolvido de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, tendo sido realizadas 16 entrevistas semiestruturadas com vista ao diagnóstico da situação. Os resultados da análise de conteúdo revelam que estes jovens recorrem pouco aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, existindo lacunas a nível dos seus conhecimentos sobre o assunto. Foi implementada uma estratégia de educação para a saúde, que incluiu a realização de cinco atividades com os jovens, o que permitiu o aumento dos seus conhecimentos, promotores de uma sexualidade saudável.

**Palavras-chave** Enfermagem comunitária, intervenção comunitária, metodologia do Planeamento em Saúde, promoção da saúde sexual e reprodutiva, jovens descendentes de imigrantes dos PALOP.

**Abstract** This article presents a project of community intervention aiming at the promotion of sexual and reproductive health of young people descending from immigrants of official Portuguese-speaking countries (PALOP), who belong to the "Clube de Jovens da Outurela" (Youth Club of Outurela). It was developed in the field of community nursing, in accordance with the Health Planning methodology, and 16 semi-structured interviews were carried out to diagnose the situation. The results of the content analysis revealed that young people do not often seek sexual reproductive health services and that their level of knowledge in this respect has gaps. An educational strategy for health was implemented and five activities were carried out with the young people, thus making it possible for them to increase their knowledge, which will promote healthy sexuality.

**Keywords** Community nursing, community intervention, Health Planning methodology, sexual and reproductive health promotion, young people descending from immigrants of official Portuguese-speaking countries (PALOP).

\* Enfermeira no ACES de Cascais / ARSLYT e Investigadora do Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) da Universidade Aberta. Email: lenaborges@netcabo.pt

# **Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva: uma intervenção de enfermagem comunitária com jovens descendentes de imigrantes dos PALOP**

Helena Isabel Borges Manuel

## **Introdução**

A prática de Enfermagem em Saúde Comunitária tem como finalidade a promoção, preservação e manutenção da saúde de populações, através da prestação de cuidados a indivíduos, famílias e grupos, tendo em conta o efeito do seu estado de saúde na saúde da comunidade como um todo (Stanhope e Lancaster, 2011).

Neste artigo é apresentado um projeto de intervenção comunitária realizado no decurso do estágio que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

O projeto foi desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1992). Foi implementado entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017, e teve como objetivo geral contribuir para a capacitação de jovens descendentes de imigrantes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), da faixa etária dos 15-30 anos, que frequentam o Clube de Jovens da Outurela, através da aquisição de conhecimentos com vista à promoção da saúde sexual e reprodutiva.

O presente artigo inicia-se com a abordagem de alguns aspetos relativos à saúde sexual e reprodutiva e a sua relação com a imigração, seguindo-se uma breve caracterização da população imigrante residente em Portugal e no concelho de Oeiras. Termina-se com a descrição da metodologia utilizada e o desenvolvimento das várias etapas do processo de planeamento em saúde.

## **Saúde sexual e reprodutiva: algumas perspetivas**

A saúde e o bem-estar sexual e reprodutivos são essenciais para que as pessoas tenham vidas sexuais responsáveis, seguras e satisfatórias, requerendo uma abordagem positiva da sexualidade humana e a compreensão dos complexos fatores que moldam o comportamento sexual (World Health Organization [WHO], 2016a).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento que teve lugar no Cairo, em 1994, a saúde reprodutiva foi definida como

*'um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade, em tudo o que respeita ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por consequência, que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham capacidade para procriar e decidir livremente sobre se, quando e como o querem fazer. Implícito está o direito dos homens e mulheres a serem informados e a*

*terem acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes e aceitáveis à sua escolha, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade que não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de cuidados de saúde que permitam às mulheres ter uma gravidez e um parto em segurança, proporcionando aos casais a melhor probabilidade de terem um filho saudável (WHO, 2006: 4, tradução nossa).*

Em linha com esta definição, os cuidados de saúde reprodutiva constituem um conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivos, através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades que vão surgindo, nesta área, ao longo do ciclo de vida. Também incluem a "saúde sexual, cujo propósito é a melhoria da vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e cuidados relacionados com a reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis" (WHO, 2006: 4, tradução nossa).

Segundo a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2008), os objetivos dos cuidados de saúde reprodutiva são os seguintes: promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura; regular a fecundidade segundo o desejo do casal; preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis; reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil; reduzir a incidência das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e as suas consequências, e melhorar a saúde e o bem-estar da família.

A contraceção é essencial para promover a saúde sexual e reprodutiva, o desenvolvimento social e uma garantia para a autonomia dos cidadãos. De acordo com a DGS (2015), o acesso universal a consultas de planeamento familiar e a métodos contraceptivos constitui uma forma privilegiada de diminuir as gravidezes indesejadas. Neste enquadramento, a lista de contraceptivos para disponibilização gratuita no Serviço Nacional de Saúde tem sido progressivamente alargada, no sentido de assegurar a sua diversidade, permitir uma escolha adaptada a um maior número de utentes, garantir a liberdade de escolha e uma maior adesão à terapêutica. Esta lista inclui a contraceção hormonal oral (pílula), a contraceção hormonal injetável, o implante, os preservativos (masculino e feminino), o Dispositivo Intrauterino (DIU), o Sistema Intrauterino (SIU), os métodos definitivos (laqueação de trompas e vasectomia), os métodos de abstinência periódica/ autocontrolo da fertilidade (também designados de "métodos naturais") e a contraceção de emergência. Outros métodos, como o adesivo e o anel vaginal, podem ser adquiridos em farmácias.

Um estudo sobre as práticas contraceptivas das mulheres em Portugal (Sociedade Portuguesa da Contraceção e Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015) mostra que 94% das mulheres com vida sexual ativa usam contraceção; no entanto, são revelados alguns dados preocupantes, destacando-se os seguintes: 6% das adolescentes não usam contraceção; o número de mulheres que usa a pílula de forma irregular (mais de um esquecimento por mês/esquecimento em todos os ciclos) é superior a 40% nas utilizadoras com idade inferior a 29 anos; 40% das mulheres com vida sexual ativa e a usar contraceção não frequentaram no último ano uma consulta de planeamento familiar (90% adolescentes; 50% entre os 20 e 29 anos); embora a educação sexual seja considerada obrigatória no plano curricular das escolas desde 2009, em 2015 apenas

67,4% dos alunos referiram ter acesso a educação sexual/informação sobre contraceção e prevenção de IST.

Estes factos podem explicar muitas das gravidezes indesejadas, parte das quais leva à interrupção voluntária da gravidez (IVG). Segundo a DGS (2017), em 2016 foram realizadas em Portugal 15 959 interrupções de gravidez ao abrigo da Lei n.º 16/2007, 96,6% das quais por opção da mulher nas primeiras 10 semanas. O grupo etário dos 20-24 é aquele em que se verificam mais interrupções de gravidez (22,98% do total). Nas jovens dos 15-19 anos ocorreram 1595 interrupções de gravidez (9,99% do total), e nas menores de 15 anos 39 (0,24% do total), verificando-se uma ligeira diminuição em relação ao ano anterior em ambos os grupos. Quanto à distribuição por nacionalidades não portuguesas, a cabo-verdiana foi a mais numerosa, com 594 interrupções da gravidez por opção da mulher (3,85% do total).

Em todo o mundo, estima-se que surjam anualmente 357 milhões de novos casos de quatro IST curáveis em pessoas dos 15-49 anos: clamídia (131 milhões), gonorreia (78 milhões), sífilis (6 milhões) e tricomoníase (143 milhões). A prevalência de IST virais também é elevada, estimando-se em cerca de 417 milhões o número de casos de herpes genital e aproximadamente 291 milhões de mulheres infetadas pelo papiloma vírus humano (HPV) (WHO, 2016b). Em Portugal, verifica-se o aumento de algumas IST, tendo sido notificados 468 casos da gonorreia em 2015, mais 262 do que em 2014, e 791 casos de sífilis, mais 424 do que no ano anterior (DGS, 2016).

A infeção pelo VIH mantém-se como um importante problema global de saúde pública, com 36,7 milhões de pessoas infetadas em finais de 2016, incluindo 1,8 milhões de novos casos (WHO, 2018). Em Portugal, foram notificados 1030 casos de infeção pelo VIH em 2016, tendo a taxa mais elevada de novos diagnósticos (26,1/105 habitantes) sido registada no grupo etário dos 25-29 anos, predominando a transmissão sexual (96,8%). Portugal foi o país de naturalidade indicado em 68,4% dos 978 novos casos com informação disponível. Dos 309 indivíduos nascidos noutro país, 68,9% eram originários de países da África subsariana e 22,7% de países da América latina. Em 17,7% dos novos casos houve um diagnóstico concomitante de SIDA, com 260 novos casos de SIDA em indivíduos com idade superior a 15 anos (2,5/105 habitantes), tendo a maior taxa ocorrido no grupo etário 40-49 anos (Departamento de Doenças Infeciosas - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose - Direção-Geral da Saúde, 2017).

Um estudo sobre o comportamento dos adolescentes portugueses revela um incremento das relações sexuais associadas ao consumo de álcool e uma diminuição do uso de preservativo, o que aumenta o risco de IST: mais de um em cada cinco não usaram preservativo na sua "primeira vez", e 7,9% não sabem se usaram ou não. Nas últimas relações sexuais que tiveram, 20,3 % não usaram preservativo e 9,3% não sabem. Os principais motivos apresentados foram o facto de não terem pensado nisso, não terem preservativos consigo, estes serem caros e terem bebido álcool em excesso (Matos et al., 2015).

O aconselhamento e as abordagens comportamentais integram a prevenção primária das IST, bem como das gravidezes não desejadas, abrangendo a educação sexual, o aconselhamento pré e pós-teste, a promoção do sexo seguro e o uso do preservativo, a educação e o aconselhamento adaptados às necessidades dos adolescentes e intervenções dirigidas especificamente a populações chave e vulneráveis (WHO, 2016b). Além disso, encontram-se disponíveis vacinas muito eficazes e seguras para duas IST: hepatite B e HPV, que estão incluídas no Programa Nacional de Vacinação português.

Para que, desde cedo, as crianças e os jovens comecem a zelar pela sua saúde sexual, há que fornecer informação necessária e pertinente para as diferentes faixas etárias, que seja culturalmente relevante e cientificamente correta, de modo a desenvolver competências que permitam, no presente e no futuro, que os indivíduos se sintam seguros nas suas decisões. É reconhecida a necessidade e a importância da educação sexual em meio escolar por entidades internacionais e também pelo governo português, através da Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto.

Os resultados de um estudo sobre educação sexual mostram que os amigos e as mães dos jovens portugueses são os principais agentes de comunicação sobre temas relacionados com a sexualidade, embora com estas últimas só uma minoria, sobretudo do sexo feminino, os consiga abordar. O pai surge como interlocutor privilegiado sobretudo para os rapazes. Os professores são também fontes importantes de informação, tendo os profissionais de saúde um peso menor. Quanto aos conhecimentos dos jovens, os temas mais deficitários são as questões práticas referentes aos métodos contraceptivos e a informação sobre IST, à exceção da infeção pelo VIH/SIDA (APF-ICS, 2008).

Outro estudo, realizado em escolas do concelho de Oeiras, revela que a educação para a saúde assume sobretudo uma vertente médico-sanitária, associada a uma aquisição de conhecimentos sobre reprodução e à prevenção de comportamentos de risco, em detrimento das restantes dimensões da sexualidade – psicológicas, espirituais, sociais, económicas, políticas e culturais. Os resultados obtidos apontam para a necessidade de implementar estratégias que promovam um papel mais ativo dos alunos neste processo e que permitam, para além da aprendizagem de conhecimentos alicerçados em evidências científicas, a aquisição de competências de comunicação, de pensamento crítico, de resolução de problemas, de negociação, de respeito mútuo e de cooperação (Dias e Matos, 2013).

## **Imigrantes e saúde sexual e reprodutiva**

Vivemos atualmente na era de maior mobilidade humana registada na história, tendo o número total de migrantes internacionais atingido os 258 milhões em 2017 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017).

Trata-se de um fenómeno complexo, que resulta de uma multiplicidade de fatores que incluem conflitos, desastres naturais ou degradação ambiental, perseguição política, pobreza, discriminação, falta de acesso a serviços básicos e procura de novas oportunidades, nomeadamente em termos de trabalho e/ou educação (International Organization for Migration [IOM], 2013).

A proteção dos direitos humanos dos migrantes, incluindo o direito à saúde, tem sido progressivamente reconhecida e ascendido na agenda internacional. No momento atual, é globalmente aceite que as políticas e estratégias devem ser sensíveis à diversidade cultural e adaptadas aos diversos contextos que surgem com o fenómeno migratório, a fim de serem dadas respostas eficazes às necessidades dos indivíduos e populações (IOM, 2013). Nesse sentido, as necessidades de saúde dos imigrantes estão incluídas nos planos, políticas e estratégias nacionais de vários países, incluindo Portugal.

Existe uma relação complexa entre o processo migratório e o estado de saúde da população imigrante. Os imigrantes são considerados, de uma forma geral, saudáveis; no entanto, ao chegarem aos países de acolhimento enfrentam frequentemente constrangimentos de diversa ordem e tornam-se vulneráveis a uma série de ameaças à sua saúde física e mental. Os fatores de risco incluem a pobreza, o estigma, a discriminação, a exclusão social, a língua e diferenças culturais, a separação da família e das normas socioculturais, as barreiras administrativas e o estatuto legal, sendo este frequentemente o fator de acesso determinante aos serviços sociais e de saúde (WHO, 2010).

Os resultados de estudos efetuados em Portugal também revelam que a população imigrante apresenta uma maior vulnerabilidade a determinados problemas de saúde. As condições socioeconómicas desfavoráveis e a precariedade laboral têm um impacto substancial na saúde, uma vez que podem limitar a capacidade de o imigrante aceder aos serviços e de suportar os custos associados aos cuidados de saúde. Adicionalmente, neste contexto de vulnerabilidade social a saúde não é por alguns considerada prioritária, o que reduz a adoção de práticas preventivas. Outros fatores, nomeadamente individuais e culturais, também desempenham um papel importante, pelo que se deve reconhecer a população imigrante como heterogénea e, por isso, considerar-se cada grupo individualmente. Experiências anteriores relacionadas com os cuidados de saúde nos países de origem podem ajudar a explicar as diferenças entre grupos (Andrade, 2008; Bäckström, 2009; Dias *et al.*, 2018; Fonseca *et al.*, 2005).

Embora a acessibilidade seja um aspeto fundamental da saúde dos imigrantes, diversos estudos nacionais e internacionais revelam a existência de desigualdades, barreiras estruturais, organizativas, socioeconómicas e discriminação no seu acesso aos serviços de saúde (Andrade, 2008; Cashman *et al.*, 2011; Dias *et al.*, 2009, 2018; Fonseca *et al.*, 2005, Gascón, 2011; Oliveira e Gomes, 2018; Rechel *et al.*, 2011; Schoevers *et al.*, 2010; Sebo *et al.*, 2011; Shangase e Egbe, 2015; WHO, 2010).

O direito à proteção da saúde é garantido a todos os cidadãos estrangeiros, mesmo em situação irregular, que chegam a Portugal e que aqui decidem permanecer ou residir. Embora tenham vindo a ser desenvolvidas várias medidas tendentes a melhorar a acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde, a análise da informação recolhida levou a Entidade Reguladora da Saúde (2015) a concluir que se mantêm barreiras no acesso aos cuidados de saúde por parte destes cidadãos, que se prendem com dificuldades linguísticas, diferenças culturais, problemas socioeconómicos, mas também com constrangimentos a nível informático, na referenciação destes utentes e na prescrição de medicamentos.

O número de mulheres migrantes tem aumentado nos últimos anos, o que introduz preocupações, pois frequentemente as migrações no feminino representam maiores riscos e vulnerabilidades (Smith e Qian, 2010; UNFPA, 2006). Falta de oportunidades, pobreza, limitado acesso aos serviços públicos, discriminação, exposição à violência, falta de compreensão das suas necessidades específicas e desconhecimento dos seus sistemas de crenças e valores são alguns aspetos que, associados às iniquidades de género, aumentam a sua suscetibilidade a problemas de saúde (Dias *et al.*, 2009). Alguns estudos revelam piores indicadores de saúde associados às mulheres imigrantes no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, quando comparados com os das mulheres dos países de acolhimento (Machado *et al.*, 2007; Reeske e Razum, 2011; UNFPA, 2006).

As crianças e os jovens de origem imigrante que são criados nos países de acolhimento também enfrentam desafios consideráveis, uma vez que são confrontados com diferentes culturas e sistemas de valores – um fora de casa e outro no seu interior, não sendo fácil corresponder às expectativas de ambos e desempenhar os papéis prescritos por cada um deles. Este processo não afeta apenas a primeira geração, continuando de alguma forma a verificar-se nas gerações seguintes. Em muitos países, estas crianças e jovens apresentam, em média, maior risco de pobreza, maior dificuldade de acesso a cuidados de saúde, pior desempenho escolar, taxas de criminalidade mais elevadas e acabam por desempenhar profissões de estatuto social mais baixo do que os autóctones (Fonseca *et al.*, 2005). Há estudos que revelam que os imigrantes de segunda geração apresentam uma situação de saúde mais desfavorável relativamente aos nativos (Giuntella, 2013).

Segundo Frasquilho (1996, citado por Matos *et al.*, 2004), os jovens de origem africana apresentam características associadas a estilos de vida que envolvem risco, tais como provir de famílias com baixo nível socioeconómico e educacional e de famílias monoparentais, sendo sujeitos a pressões específicas como a aculturação, a discriminação, o racismo, o desenraizamento, a intolerância e o preconceito.

Um estudo de Évora (2007) revela que jovens de origem cabo-verdiana a viver em Portugal possuem um conhecimento generalista sobre o risco da SIDA e o funcionamento do VIH, não demonstrando iniciativa de aproximação à informação sobre o assunto, que é obtida através dos amigos, da televisão, na escola ou em serviços de saúde. Embora o preservativo seja conhecido por todos, a sua utilização é rara, ocorrendo somente em situações consideradas de grande perigo. Outro estudo realizado por Andrade (2008), relativo às práticas de saúde de imigrantes provenientes dos PALOP e seus descendentes, revela que 49% nunca utilizam o preservativo, e entre os que têm esta preocupação apenas 19,3% o utilizam sempre. De acordo com os dados resultantes de estudos comparativos efetuados por Matos *et al.* (2008, 2017), os adolescentes migrantes de origem africana residentes em Portugal apresentam, comparados com os adolescentes portugueses, uma iniciação sexual mais precoce e menor utilização do preservativo, factos que aparecem de algum modo associados a um maior abandono da escola e à procura de uma alternativa à escola, através de uma tentativa de constituir família. Também revelam menos hábito de conversas com os seus pais relacionadas com questões sexuais.

Há evidências de que o comportamento sexual é condicionado pelos preceitos/normas sociais do país de origem (Alvarez-Nieto *et al.*, 2015; Saurina *et al.*, 2010; Wray *et al.*, 2014).

A situação de imigração também leva, por seu lado, a modificações nas representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva (Loeber, 2008; Manuel, 2007; Maternowska *et al.*, 2014; Minnis *et al.*, 2010).

No desenvolvimento de programas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, Rocha *et al.* (2012) consideram ser fundamental compreender os diversos fatores envolvidos nesta temática e a complexidade das situações em que os imigrantes negociam os seus comportamentos sexuais, podendo agir de forma a promover ou impedir a proteção da sua saúde. Apesar do comportamento individual ser determinante no âmbito da vulnerabilidade a situações de risco, as decisões envolvem um complexo contexto ambiental, pelo que, para garantir mudanças comportamentais eficazes e sustentadas, é necessário trabalhar na promoção de competências cognitivas e socioemocionais, mas também na ativação dos recursos de apoio nos contextos em que os imigrantes estão inseridos.

No que respeita aos adolescentes, Matos *et al.* (2004) sugerem uma intervenção de educação para a saúde preferencialmente preventiva, no âmbito da comunidade, nos contextos mais frequentados como a escola, os centros de juventude, os centros de saúde e a família. Referem ainda que, para a elaboração esclarecida de programas de intervenção na comunidade que promovam os comportamentos de saúde e apoiem a implementação e manutenção de estilos de vida saudáveis tendo em conta as diferenças socioculturais, é necessário partir de um estudo prévio que permita conhecer a situação real atual.

As intervenções devem, assim, adequar-se às diferenças e às necessidades específicas de cada grupo, adotando uma abordagem holística da saúde sexual e reprodutiva (DeSantis *et al.*, 1999; Dias *et al.*, 2009, 2010; Manuel, 2007; Maternowska *et al.*, 2014; Sebo *et al.*, 2011; Sawleshwarkar *et al.*, 2013). Esta estratégia poderá favorecer a aceitação das ações implementadas por parte das populações imigrantes e, conseqüentemente, aumentar a sua eficácia.

### **A população imigrante residente em Portugal e no concelho de Oeiras**

De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF] (2017), em 2016 deu-se uma inversão da tendência de decréscimo da população estrangeira residente, que se verificava desde 2010, com um aumento de 2,3% face a 2015, totalizando 397 731 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência. Confirmou-se, igualmente, o aumento na concessão de novos títulos de residência (acrécimo de 24,0%, totalizando 46 921 novos residentes). Os resultados também indicaram a deteção de mais cidadãos estrangeiros em situação irregular. Embora apresentando uma redução face ao ano anterior, mantém-se a estrutura das três nacionalidades mais representadas, sendo a brasileira a principal, com um total de 81 251 cidadãos (20,4%), seguindo-se a cabo-verdiana, com 36 578 (9,2%) e a ucraniana (34 490 (8,7%). O continente que mais desceu foi o africano (-5,7%), com especial incidência nos PALOP, cuja aquisição da nacionalidade portuguesa constituirá a principal causa para este facto. O sexo feminino mantém-se como maioritário (51,5%) (SEF, 2017).



O concelho de Oeiras pertence à Área Metropolitana de Lisboa e tem 173 339 habitantes, sendo 80 071 do sexo masculino e 93 268 do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). Uma proporção considerável da população é imigrante, sendo 5,4% dos residentes estrangeiros (Tavares, 2015).

Segundo Mendes (2011), identificam-se em Oeiras dois momentos distintos ao nível dos fluxos migratórios: um primeiro fluxo de oriundos dos PALOP, especialmente de Cabo Verde, iniciou-se após 1974 e tem vindo a decrescer gradualmente. Esta população instalou-se inicialmente em bairros de barracas e reside atualmente em bairros municipais espalhados pelo concelho. Ao nível da estrutura etária, situa-se maioritariamente em idade ativa; no entanto, devido à longa permanência em Portugal, coexistem já três gerações, correspondendo a jovens (filhos e netos da primeira geração) e a reformados; e um segundo fluxo, iniciado nos anos 90 do século XX, é constituído por provenientes do Brasil, da Ásia e dos Países da Europa de Leste.

## **Metodologia**

Este projeto foi desenvolvido de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1992), que compreende as seguintes etapas: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional - programação e avaliação.

A intervenção realizada no âmbito deste projeto teve lugar na Outurela/Portela, em Carnaxide, abrangendo os bairros Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela, Páteo dos Cavaleiros e São Marçal. A seleção destes bairros deveu-se ao facto de nesta zona existir grande concentração de imigrantes e seus descendentes, oriundos dos PALOP, e por se tratar de uma população com necessidades acrescidas em termos de promoção da saúde.

A população alvo foi constituída pelos descendentes de imigrantes provenientes dos PALOP que frequentam o Clube de Jovens da Outurela. Foi selecionada uma amostra intencional de 16 jovens, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: encontrarem-se na faixa etária dos 15-30 anos, serem filhos ou netos de naturais dos PALOP, e estarem disponíveis para participar no estudo. Os critérios de exclusão foram os seguintes: Não residirem nos bairros selecionados e terem filhos.

Tendo em vista a definição do contexto de intervenção, contactaram-se diversas instituições e efetuaram-se quatro entrevistas a informantes chave. Optou-se então por uma parceria com o Clube de Jovens da Outurela para a realização do projeto, contando com o apoio da equipa do Projeto Entrecul E6G, integrado no Programa Escolhas do Alto Comissariado para as Migrações. Seguiu-se a colheita de dados através da realização de entrevistas semiestruturadas aos jovens selecionados para a amostra.

Neste processo, foram prosseguidos alguns procedimentos éticos. Encontrando-se o Clube de Jovens da Outurela na dependência da Câmara Municipal de Oeiras, foram dirigidos pedidos formais à Chefe da Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude, a fim de

serem autorizados o acesso aos dados sobre a população e a utilização das instalações. Para dar cumprimento à proteção dos jovens entrevistados foi solicitado, por escrito, o seu consentimento informado e a autorização para a sua gravação áudio. Foi igualmente solicitada, por escrito, autorização aos encarregados de educação para a participação dos jovens menores de 18 anos nas entrevistas. Estas foram gravadas, transcritas e analisadas através da técnica da análise de conteúdo segundo Bardin (2009) e Vala (1986). Na apresentação dos resultados optou-se pelo uso de pseudónimos, de forma a não identificar os entrevistados.

## **Resultados das entrevistas**

### *Caracterização sociodemográfica*

Os jovens participantes no projeto são todos solteiros, maioritariamente estudantes (n=11) e do sexo masculino (n=11). Têm idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, situando-se a média nos 19 anos. Os anos de escolaridade frequentados variam entre o 5.º e o 12.º + 3 anos, situando-se os anos de escolaridade concluídos entre o 4.º e o 12.º + 3 anos. Exceto dois deles, todos os restantes são adeptos de uma religião, sendo maioritariamente católicos (n=12), e dois Testemunhas de Jeová. A língua materna da maioria dos jovens é o crioulo (n=8), seguindo-se o português (n=7), e um refere o manjaco, da Guiné-Bissau. O tempo de residência em Portugal varia entre 7 e 24 anos, situando-se a média nos 14 anos. A maioria nasceu em Portugal (n=10), alguns em Cabo-Verde (n=4) e na Guiné-Bissau (n=2). Os seus progenitores são maioritariamente cabo-verdianos, tendo diversas profissões que incluem, no caso dos pais, operários fabris, da construção civil e serralheiros, e no caso das mães empregadas domésticas/limpeza, cozinheiras e lojistas. Alguns encontram-se desempregados ou reformados.

### *Acessibilidade a serviços de saúde sexual e reprodutiva*

A grande maioria dos jovens referiu nunca ter recorrido a serviços de saúde sexual e reprodutiva (n=13). Os restantes foram ao Centro de Saúde (n=3), dos quais dois para pedir esclarecimentos e solicitar métodos contraceptivos, e uma jovem para iniciar a pílula com a finalidade de regular os ciclos menstruais.

*“Já [recorri ao serviço de planeamento familiar no Centro de Saúde] (...) para prevenir (...) nas relações sexuais e nessas coisas (...) para não engravidar (...). Fui eu que marquei. [Quem me disse que existia foi] a minha mãe. (...). Foi a enfermeira [quem me atendeu] mas depois passei para a médica. (...) Correu bem. Ela deixou-me muito à vontade. Pude fazer todas as perguntas (...). Sim [Fui bem esclarecida]” (Maria, 17 anos).*

*“Sim [Recorri ao serviço de planeamento familiar do Centro de Saúde] (...) para tomar a pílula para regular o ciclo menstrual. (...). Eu só comecei a tomar porque tenho um quisto no ovário. (...). Tinha muitas dores” (Naomi, 15 anos).*

## *Noções e práticas de saúde sexual e reprodutiva*

Dos 16 jovens, apenas um nunca teve namorado/a. A idade de início das relações sexuais variou entre os 10 e os 19 anos, situando-se a média nos 15 anos. A maioria (n=11) já teve relações sexuais, referindo nunca ter ocorrido gravidez.

*"[Tive relações sexuais] muitas vezes, [pela primeira vez aos] 10 anos. (...). Nenhuma [das minhas namoradas engravidou]"* (Ivanildo, 24 anos).  
*"Já [tive relações sexuais] (...) [pela primeira vez] aos 18 anos. (...) Não [nunca engravidei]"* (Edna, 24 anos).

Embora a saúde sexual e reprodutiva integre várias dimensões da sexualidade humana, não limitada apenas aos seus aspetos biológicos e fisiológicos, mas englobando também as vertentes emocionais e afetivas, a maioria dos jovens associam-na à prevenção da gravidez e/ou de IST (n=9), alguns entendem-na como sinónimo de relações sexuais (n=5), outros desconhecem o seu significado (n=2).

*"É tentar não ter infeções e isso... não apanhar doenças e não engravidar"* (Alcindo, 17 anos).  
*"É ter relações sexuais com a parceira ou parceiro"* (Paulo, 19 anos).  
*"Não sei mesmo. Eu sei muito pouco sobre isso"* (Edna, 24 anos).

No que respeita aos métodos contraceptivos, o preservativo é o único conhecido por todos os jovens. Alguns também referem o implante (n=4), a pílula (n=3), a pílula do dia seguinte (n=1), o DIU (n=1) e o adesivo (n=1).

*"Por enquanto não [conheço mais nenhum método contraceptivo além do] preservativo e pílula"* (Ivanildo, 24 anos).  
*"[Conheço] o preservativo. Aquela coisa que mete no braço... a vacina... esqueci o nome"* (Marcelo, 15 anos).  
*"O preservativo masculino. (...) O DIU ou como é que isso se chama... tem aquele penso, acho que é penso; tem o que se mete no braço que é do tamanho de uma agulha... não me lembro de mais"* (Maria, 17 anos).

Metade destes jovens não tem preferência por qualquer método contraceptivo (n=8); alguns preferem o preservativo (n=7), e apenas um a pílula.

*"O preservativo, porque é mais seguro e a pílula não protege das infeções"* (Alcindo, 17 anos).  
*"Eu prefiro a pílula porque assim eu sei quando vem a menstruação. (...) Não [uso sempre o preservativo]. Por isso o preferido é a pílula"* (Maria, 17 anos).

A maioria dos jovens (n=12) refere já ter adquirido métodos contraceptivos em diversos locais que incluíram, entre outros, o Centro de Saúde (n=4), a escola (n=4), a farmácia (n=3), o supermercado (n=1), e o Centro Comercial (n=1).

*"[Arranjo os preservativos] na farmácia (...) ou compro nos supermercados. (...)*

*Sim (...) deram-nos na escola" (Paulo, 19 anos).*

*"Comprávamos [na farmácia] ou íamos ao Centro de Saúde pedir [preservativos]" (Edna, 24 anos).*

Embora nem todos os jovens tenham utilizado o preservativo, consideram-no importante para prevenir a gravidez e as IST.

*"Sim [é importante] para não ter uma gravidez indesejada [e] para não ter doenças (...) como a SIDA" (Aida, 15 anos).*

*"Claro que é importante [usar preservativo] para não engravidar e não apanhar doenças daquelas que se transmitem e podem matar sexualmente" (Ivanildo, 24 anos).*

A IST mais referida é a infeção pelo VIH/SIDA (n=14). Alguns também mencionam a gonorreia (n=2), a hepatite (n=2), e o cancro do colo do útero (n=1). Revelam, em geral, estar pouco informados sobre o assunto.

*"[Conheço só a] SIDA. (...) Transmite-se pela saliva e pelas relações sexuais" (Sandro, 19 anos).*

*"SIDA, gonorreia... Eu sabia várias, só que já me esqueci dos nomes. (...). [A SIDA] (...) Acho que sim [só se transmite por via sexual]. (...) Acho que vai matando as células. (...) Não [tem cura]. Por enquanto. (...) É [grave]. (...) [A gonorreia] acho que é igual. (...) Essa não sei [se tem cura]" (Artindo, 20 anos).*

*"A SIDA, a hepatite... foram aquelas que me ficaram assim na memória. (...) Se o meu namorado tiver SIDA e fizer sexo comigo, eu apanho. (...) Também se transmite] através de beijos, não?! Acho que sim. (...) Não faço ideia [do que provoca no organismo do doente]. (...) Sei que é grave. Já vi filmes e documentários sobre isso. Provoca cansaço, vômitos... Não [tem cura]. (...) Tem que ir ao médico. (...) Não sei [se tem tratamento (...)] Sobre a hepatite sei (...) que é uma das doenças transmissíveis e não sei mais nada" (Edna, 24 anos).*

Quanto aos meios de prevenção de IST, todos os jovens referem a utilização do preservativo, mas alguns consideram que outros métodos contraceptivos, como a pílula, também as previnem (n=2). A vacinação é mencionada por um dos jovens, e outro inclui a realização de análises e exames.

*"[As IST podem ser prevenidas] através dos métodos contraceptivos. (...) Acho que sim [todos], a pílula também" (Paulo, 19 anos).*

*"Cancro no colo do útero [previne-se] com o preservativo (...) com a pílula e também vacinando. (...) Vacina do colo do útero" (Aida, 15 anos).*

*"[As IST previnem-se] usando preservativo e confiando na pessoa com quem se está. (...) [Para confiar no meu namorado] deve ir às consultas. (...) Ele diz que sim [fez exames e análises]" (Edna, 24 anos).*

A maioria dos jovens referiu não concordar com a IVG (n=10), sendo alguns a favor de uma forma geral (n=3), e outros apenas em determinadas circunstâncias (n=3).

*"Acho que as mulheres não deviam fazer [aborto] porque estão a matar uma vida. Estão a tirar a vida de uma criança inocente, independentemente de ter sido uma violação ou não"* (Naomi, 15 anos).

*"Isso depende dos casais... há aqueles que não têm condições para ter filhos... Sim [Nesses casos concordo com o aborto]"* (Alcindo, 17 anos).

*"Eu não sou contra mas também depende dos casos. Acho que quando uma pessoa sabe que o filho vai nascer deficiente e não tem essas condições para tratar do filho acho que deve abortar. Também quando uma pessoa é violada e sente aquele...como é que se diz, raiva, e sabe que não vai conseguir criar aquele filho, acho que também deve abortar"* (Edna, 24 anos).

Verifica-se, em geral, um grande desconhecimento quanto ao enquadramento legal da IVG em Portugal.

*"Não [sei qual é a lei da IVG em Portugal]. (...) Acho que não permite, digo eu"* (Maria, 17 anos).

*"Acho que [a lei] não permite. (...) Não podem fazer aborto. É crime. Dá dois ou três anos de cadeia. Quem faz isso, faz escondido e com remédios"* (Ivanildo, 24 anos).

*"Pelo que eu vejo na TV, se for violação ou abusos sexuais, eles deixam; mas se não for isso não deixam"* (Naomi, 15 anos).

#### *Formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva*

A maioria dos jovens obteve informações sobre saúde sexual e reprodutiva através de profissionais de saúde, sobretudo no âmbito da Saúde Escolar (n=13). Metade deles faz referência aos professores (n=8), o que está em grande parte relacionado com a inclusão do sistema reprodutor no programa curricular de algumas disciplinas. Alguns discutem estes assuntos com os amigos/colegas (n=8), outros com familiares (n=5). Estes resultados realçam a importância do papel da escola na educação sexual.

*"[Obtive estes conhecimentos] na escola [com a enfermeira]. (...) Este ano com a minha Diretora de Turma. (...) [Ela falou] sobre prevenção... sobre o uso de preservativo e também sobre a gravidez"* (Zico, 15 anos).

*"Eu falo dessas coisas com a minha mãe. (...). [Ela falou-me] (...) do aparelho no braço. (...) [Na escola] com as minhas colegas. (...) Sim [já tive sessões na escola com enfermeiras (...)] e em Ciências"* (Maria, 17 anos).

*"[Obtive estes conhecimentos] na escola com professores e também com a enfermeira que veio de fora. (...) Com os amigos falo normalmente (...) para mim é mais fácil falar (...) desses assuntos do que com os meus pais"* (Paulo, 19 anos).

Alguns jovens consideram o seu nível de formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva razoável (n=6), outros bom ou muito bom (n=5), e um número menos significativo básico ou baixo (n=4).

*"[A minha formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva é] mais ou menos. Foi só o que aprendi na escola. Posso não estar dentro de algumas coisas agora"* (Zico, 15 anos).

*"[Considero-me] bem informado [sobre saúde sexual e reprodutiva]"* (Roberto, 21 anos).

Quanto à percepção dos jovens sobre o seu interesse e necessidades de formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva, a maioria (n=11) não especifica e considera ter interesse ou necessidades formativas sobre o assunto em geral, alguns (n=4) sentem maiores necessidades no que respeita às IST, e também é feita referência aos métodos contraceptivos.

*"Gostava de saber mais sobre as doenças transmissíveis. Só conheço essas duas [SIDA e hepatite] e eu sei que há mais"* (Edna, 24 anos).

*"Há coisas que queria saber e não sei. (...) Aquela de se poder ir ao hospital fazer não sei o quê para não engravidar. (...) [Sobre] as doenças também"* (Keila, 15 anos).

### **Identificação dos problemas e diagnósticos de enfermagem**

Na análise dos dados, foram identificados os seguintes problemas:

1. Dos onze jovens que já tiveram relações sexuais, oito nunca recorreram a serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR), e sete não obtiveram métodos contraceptivos no centro de saúde.
2. Nove jovens associam a saúde sexual e reprodutiva à prevenção da gravidez e/ou de IST. Para cinco deles a SSR é sinónimo de relações sexuais, e dois desconhecem o seu significado.
3. Todos os jovens referem conhecer o preservativo, quatro o implante, três a pílula, um a pílula do dia seguinte, um o DIU e um o adesivo. Nenhum dos jovens demonstra conhecer o anel vaginal, o método injetável, os espermicidas, os métodos naturais e os definitivos.
4. Dos onze jovens que já tiveram relações sexuais, um nunca usou qualquer método contraceptivo.
5. Dois jovens não identificaram qualquer IST. A infeção pelo VIH/SIDA é a mais conhecida, sendo mencionada por catorze jovens, mas estes revelam poucos conhecimentos sobre a mesma. Um também refere o cancro do colo do útero, dois a gonorreia, dois a hepatite e um a infeção urinária.
6. Todos os jovens referem a utilização do preservativo como meio de prevenção das IST, mas dois deles incluem outros métodos contraceptivos.
7. Sete jovens desconhecem o enquadramento legal da IVG em Portugal, e os restantes mostram ter conhecimentos incompletos ou incorretos sobre o assunto.
8. Existe uma discrepância entre os conhecimentos revelados pelos jovens e a sua autoavaliação quanto aos mesmos. Seis consideram que o seu nível de formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva é "razoável", cinco "muito bom" ou "bom", quatro "básico" ou "suficiente", e um reconhece ser "baixo".
9. Todos os jovens apresentam necessidades formativas. Onze referem interesse e/ou necessidades de formação/informação sobre SSR em geral, três especificamente sobre IST, um sobre IST e métodos contraceptivos, e um sobre consequências das relações sexuais sem preservativo.

O diagnóstico de enfermagem é a classificação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem. Este instrumento constitui o ponto de partida para a seleção das intervenções de enfermagem a implementar e definição dos resultados a atingir (International Council of Nurses – ICN, 2011). Dos problemas identificados no grupo de jovens resultaram os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. Comportamento de procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva comprometido;
2. Défice de conhecimento sobre o âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
3. Défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos;
4. Défice de conhecimento sobre IST;
5. Défice de conhecimento sobre IVG.

### **Determinação de prioridades**

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa do processo de planeamento em saúde, que consistiu na hierarquização dos problemas identificados na etapa anterior (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1992). Neste projeto houve recurso à técnica da escala de medida linear, efetuada por um grupo de quatro membros selecionados para este efeito. Uma vez que a totalidade dos problemas identificados e correspondentes diagnósticos de enfermagem se encontram interligados, decidiu-se intervir em todos.

### **Fixação de objetivos**

A terceira etapa do processo consistiu na fixação dos objetivos do projeto.

*Objetivo geral:* Contribuir para a capacitação dos jovens descendentes de imigrantes dos PALOP, da faixa etária dos 15-30 anos, que frequentam o Clube de Jovens da Outurela, através da aquisição de conhecimentos que visem a promoção da saúde sexual e reprodutiva (SSR).

*Objetivos específicos:* Capacitar os jovens para:

- Compreenderem o âmbito da SSR;
- Identificarem e caracterizarem os métodos contraceptivos;
- Demonstrarem a utilização correta do preservativo masculino;
- Identificarem, caracterizarem e saberem prevenir as IST;
- Conhecerem o enquadramento legal da IVG em Portugal;
- Conhecerem os procedimentos para a realização da IVG;
- Conhecerem os principais recursos de SSR existentes na sua área de residência;
- Recorrerem aos serviços de SSR existentes na sua área de residência.

*Objetivos operacionais:* Que três quartos dos jovens presentes nas atividades:

- Sejam capazes de identificar quatro componentes da sexualidade;
- Sejam capazes de identificar dois direitos sexuais e reprodutivos;
- Reconheçam os objetivos e os princípios dos cuidados de SSR /planeamento familiar;
- Sejam capazes de identificar e caracterizar quatro métodos contraceptivos;

- Sejam capazes de demonstrar corretamente a utilização do preservativo masculino;
  - Sejam capazes de identificar e caracterizar três IST;
  - Saibam como prevenir as IST;
  - Sejam capazes de identificar pelo menos dois critérios para realizar a IVG de acordo com a legislação portuguesa;
  - Saibam onde é realizada a consulta prévia à IVG.
- Que todos os jovens presentes nas atividades:
- Sejam capazes de identificar os principais recursos de SSR existentes na sua área de residência;
  - Saibam recorrer aos serviços de SSR existentes na sua área de residência.

### **Seleção de estratégias**

A seleção de estratégias é a quarta etapa do planeamento em saúde, na qual é concebido o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários, propondo-se formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados (Imperatori e Giraldes, 1993).

Neste projeto de intervenção comunitária, as estratégias desenvolvidas têm subjacente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, estabelecido sobre a conceção de promoção da saúde, entendida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. De acordo com este modelo, a intervenção visa modificar as cognições e afetar o comportamento através da perceção dos benefícios do comportamento de promoção da saúde, diminuindo as barreiras à ação e aumentando a autoeficácia percebida. Para tal, o prestador de cuidados deve funcionar como elemento influenciador, capacitando para a tomada de decisões congruentes com comportamentos promotores de saúde. Através da implementação deste modelo, pretende-se alcançar um comportamento de promoção de saúde com resultados positivos para a saúde da população alvo: melhoria da saúde, reforço da capacidade funcional e aumento da qualidade de vida. Este depende do compromisso com o plano de ação, ou seja, são as intervenções que possibilitam que a pessoa mantenha o comportamento de saúde esperado (Pender *et al.*, 2006).

A educação para a saúde é essencial uma vez que a promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde sexual e reprodutiva exigem que os jovens recebam informação compreensível sobre o assunto, tendo sido delineada uma estratégia centrada na sua capacitação através de atividades de aprendizagem. Com as atividades desenvolvidas, selecionadas de acordo com os resultados das entrevistas e as características do grupo, procurou-se orientar os jovens relativamente à SSR, dando ênfase aos benefícios de um determinado comportamento, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de IST e gravidez não desejada. Para fomentar nestes jovens um compromisso com o plano de ação, estabeleceu-se com eles uma relação de proximidade, quer a nível individual através das entrevistas e de conversas informais, quer do grupo. Tal como é proposto por Nola Pender, foi-se incentivando constantemente um comportamento de promoção da saúde através da compreensão dos benefícios para a ação. Tentou-se, assim, realizar uma intervenção que fosse ao encontro dos desejos, valores e necessidades pessoais



dos jovens, adotando uma abordagem holística que permitiu desenvolver competência cultural, conceito que recebeu o importante contributo da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger (2001, 2002).

Tendo presente o Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (2003, 2011), iniciou-se o processo com os primeiros 'encontros culturais' na comunidade, que permitiram validar, refinar ou modificar conhecimentos previamente adquiridos sobre valores, crenças e práticas existentes sobre os diversos grupos culturais. A partir daí, trabalharam-se os outros constructos. O 'desejo cultural' traduziu-se na motivação para querer ser culturalmente competente, respeitando as diferenças e mostrando disposição para aprender com o grupo. Também foi importante ter 'consciência cultural', ou seja, fazer um autoexame e explorar o próprio *background* cultural para compreender as bases do comportamento e o modo como este poderia inibir ou facilitar a relação com os jovens. O 'conhecimento cultural' foi fundamental, tendo-se pesquisado e obtido conhecimentos sobre valores, crenças e comportamentos dos elementos do grupo, mas também da comunidade onde se encontram inseridos, tendo presente que nenhum indivíduo é um estereótipo da sua cultura de origem. Procurou-se, também, adquirir alguma 'perícia cultural' por via da recolha de dados relativos aos problemas apresentados, que levaram aos diagnósticos e à formulação de uma estratégia de intervenção mutuamente aceitável e culturalmente relevante. Este processo requereu, por sua vez, o estabelecimento de uma boa relação com os jovens, valorizando-os, respeitando-os e apoiando-os.

## Preparação operacional

Esta etapa corresponde à operacionalização da intervenção (Tavares, 1992). Em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos, foram desenvolvidas cinco atividades, que consistiram em quatro sessões de Educação para a Saúde (EpS) e uma visita ao Centro de Saúde, com as características apresentadas no Quadro 1:

**Quadro 1 – Caracterização das atividades desenvolvidas**

Atividades	Duração (minutos)	N.º de jovens presentes
1ª - Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	90	13
2ª - Sessão de EpS sobre contraceção	90	11
3ª - Sessão de EpS sobre IST	90	20
4ª - Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	70	13
5ª - Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	90	10

Para a operacionalização de cada uma das sessões de EpS foi elaborado um Plano de Sessão, tendo os seus conteúdos sido direcionados para os problemas e diagnósticos de enfermagem previamente identificados através da análise das entrevistas.

## Avaliação

A avaliação é a última etapa do processo, integrando-se também em cada uma das ante-

riores, e resulta da mobilização de indicadores, que representam os dados observáveis e mensuráveis das variáveis do projeto (Tavares, 1992).

Todas as atividades planeadas foram realizadas, pelo que o indicador de processo neste âmbito é de 100%. Quanto à percentagem de jovens presentes nas atividades, variou entre 31% e 69%. Alguns não chegaram a participar em qualquer atividade, o que se deveu a incompatibilidades de horário, e em todas estiveram presentes outros jovens que demonstraram interesse em assistir, maioritariamente do sexo masculino.

Relativamente à avaliação da consecução dos objetivos operacionais, no final de cada atividade foram colocadas oralmente questões ao grupo de participantes, através de jogos. Os resultados são apresentados no Quadro 2, verificando-se que os objetivos foram atingidos na totalidade.

**Quadro 2 - Atividades, objetivos operacionais e avaliação**

<b>Atividades</b>	<b>Objetivos operacionais</b>	<b>Avaliação</b>
Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	Que três quartos (75%) dos jovens participantes presentes na atividade: -Sejam capazes de identificar quatro componentes da sexualidade; -Sejam capazes de identificar dois direitos sexuais e reprodutivos; -Reconheçam os objetivos e os princípios dos cuidados de SSR/Planeamento familiar.	100% 100% 100%
Sessão de EpS sobre contraceção	Que três quartos (75%) dos jovens participantes presentes na atividade: -Sejam capazes de identificar e caracterizar quatro métodos contraceptivos; -Sejam capazes de demonstrar corretamente a utilização do preservativo masculino.	100% 75%
Sessão de EpS sobre IST	Que três quartos (75%) dos jovens participantes presentes na atividade: - Sejam capazes de identificar e caracterizar três IST; - Saibam como prevenir as IST.	100% 100%
Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	Que três quartos (75%) dos jovens participantes presentes na atividade: - Sejam capazes de identificar pelo menos dois critérios para realizar a IVG de acordo com a legislação portuguesa; - Saibam onde é realizada a consulta prévia à IVG.	100% 100%
Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	Que todos (100%) os jovens participantes presentes na atividade: - Sejam capazes de identificar os principais recursos de SSR existentes na sua área de residência; - Saibam recorrer aos serviços de SSR existentes na sua área de residência.	100% 100%

Para avaliar a satisfação dos participantes com as atividades desenvolvidas, foram aplicados questionários individuais e anónimos aos jovens no final de cada atividade, definindo-se indicadores cuja avaliação é apresentada no Quadro 3:

### Quadro 3 – Indicadores de satisfação

Indicadores	Atividades	Avaliação
1 - Percentagem de participantes que gostaram das atividades realizadas	1ª	100%
	2ª	100%
	3ª	100%
	4ª	100%
	5ª	100%
2 - Percentagem de participantes que ficaram com as suas dúvidas esclarecidas	1ª	81%
	2ª	100%
	3ª	100%
	4ª	100%
	5ª	100%
3 - Percentagem de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos	1ª	91%
	2ª	100%
	3ª	100%
	4ª	100%
	5ª	100%
4 - Percentagem de participantes que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema	1ª	100%
	2ª	88%
	3ª	100%
	4ª	100%
	5ª	100%
5 - Percentagem de participantes que consideraram a duração da atividade adequada	1ª	36%
	2ª	50%
	3ª	100%
	4ª	100%
	5ª	100%

Seguem-se alguns comentários dos jovens:

- *"Foi muito esclarecedor, ganhei mais informação na área da sexualidade."*
- *"Todas as dúvidas que tinha foram esclarecidas."*
- *"Porque serviu para me esclarecer muitas dúvidas que tinha."*
- *"Gostei de aprender."*
- *"Porque é bom saber coisas novas."*
- *"Porque foi interessante."*

Face aos resultados obtidos, pode afirmar-se que a avaliação global do projeto é positiva.

### Conclusão

Este projeto foi desenvolvido com vista à capacitação de um grupo de jovens descendentes de imigrantes, população que, pela sua vulnerabilidade, apresenta necessidades de saúde específicas, nomeadamente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva.

A adoção de uma abordagem holística permitiu lidar com as diferenças e as necessidades específicas dos jovens e desenvolver competência cultural, tentando realizar uma intervenção de enfermagem que fosse ao encontro dos seus desejos, valores e necessidades pessoais.

Esta estratégia de intervenção teve por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender *et al.*, 2006), sendo a educação para a saúde uma componente essencial do processo. Com as atividades desenvolvidas pretendeu-se orientar os jovens relativamente à saúde sexual e reprodutiva, dando ênfase aos benefícios de um determinado comportamento, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de IST e gravidez não desejada. Para fomentar nestes jovens um compromisso com o plano de ação, estabeleceu-se com eles uma relação de proximidade, incentivando um comportamento de promoção da saúde através da compreensão dos benefícios para a ação.

Com este projeto procurou-se obter uma melhoria da saúde da população alvo através da identificação das necessidades/problemas de saúde sexual e reprodutiva dos jovens, da participação na sua orientação em busca de soluções para esses problemas, e da promoção da sua capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis, mediante o aumento da literacia em saúde. Os ganhos em saúde originados por este projeto foram, conseqüentemente, ter proporcionado ao grupo alvo mais informação sobre saúde sexual e reprodutiva, promotora de uma sexualidade saudável.

## Referências bibliográficas

- Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. e Linares-Abad, M. (2015), "Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study", *Reproductive Health*, 12, pp. 79-89.
- Andrade, I. M. (2008), *Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*, Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- APF- Associação para o Planeamento da Família e ICS – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (2008), *A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes*. Disponível aqui (em 30/10/2016).
- Bäckström, B. (2009), *Saúde e Imigrantes: As Representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*, Coleção de Teses do Observatório da Imigração, Vol. 24, Lisboa: ACIDI. Disponível aqui.
- Bardin, L. (2009), *Análise de Conteúdo* (Ed. revista e atualizada), Lisboa: Edições 70.
- Campinha-Bacote, J. (2003), *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A culturally competent model of care*, Cincinnati, OH: Transcultural C.A.R.E. Associates.
- Campinha-Bacote, J. (2011), "Coming to Know Cultural Competence: An Evolutionary Process", *International Journal for Human Caring*, 15 (3), pp. 42-48.
- Cashman, R., Eng, E., Simán, F. e Rhodes, S. D. (2011), "Exploring the sexual health priorities and needs of immigrant Latinas in the Southeastern United States: a community-based participatory approach", *AIDS Education and Prevention*, 23 (3), pp. 236-248.
- Departamento de Doenças Infecciosas – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose - Direção-Geral da Saúde

- (colab.) (2017), *Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016*, Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Disponível aqui (data da consulta: 19/05/2018).
- DeSantis, L., Thomas, J. T. e Sinnett, K. (1999), "Intergenerational Concepts of Adolescent Sexuality: Implications for Community-Based Reproductive Health Care with Haitian Immigrants", *Public Health Nursing*, 16 (2), pp. 102-113.
- Dias, S. F., Rocha, C. F. e Horta, R. (2009), *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*, Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, vol. 32, Lisboa: ACIDI. Disponível aqui.
- Dias, S., Gama, A. e Rocha, C. (2010), "Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, pp. 255-263.
- Dias, S. e Matos, M. G. (2013), "Educação Sexual em Meio Escolar: percepção dos alunos", *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (2), pp. 51-71. Disponível aqui (em 30/10/2016).
- Dias, S. (coord.), Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M. e Martins, M. R. (2018), *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes*, Coleção de Estudos do Observatório das Migrações, vol. 62, Lisboa: ACM. Disponível aqui
- Direcção Geral da Saúde (2008), *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar* (Ed. revista e atualizada), Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2015), Orientação n.º 010/2015 de 29/10/2015, *Disponibilidade de métodos contraceptivos*. Disponível aqui (em 30/01/2016).
- Direcção-Geral da Saúde (2016), *Doenças de Declaração Obrigatória 2012-2015: Volume 1 - Portugal*, Lisboa: DGS. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (em 19/05/2018).
- Direcção-Geral da Saúde (2017), *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez - Dados de 2016*, Lisboa: DGS. Disponível aqui (em 13/05/2018).
- Entidade Reguladora da Saúde (2015), *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*, Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Disponível aqui (em 20/01/2018).
- Évora, I. (2007), *Comportamento de prevenção ao HIV/SIDA entre jovens de origem cabo-verdiana em Portugal*, II Encontro Internacional, Migrantes Subsaharianos na Europa - SociNova, Odivelas, 25 de Maio de 2007, Lisboa: CEsa - Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento. Disponível aqui (em 26/03/2016).
- Fonseca, M. L. (coord.), Ormond, M., Malheiros, J., Patrício, M. e Martins, F. (2005), *Reunificação familiar e imigração em Portugal*, Coleção de Estudos do Observatório da Imigração, vol. 15, Lisboa: ACIME. Disponível aqui
- Gascón, M. L. (2011), "El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género", *Cultura de los Cuidados*, 30, pp. 45-51.
- Giuntella, O. (2013), *Why Does the Health of Immigrants Deteriorate? Evidence from Birth Records*, Discussion Paper No. 7588. Bonn: The Institute for the Study of Labor (IZA). Disponível aqui (em 28/10/2016).
- Imperatori, E. e Giraldes, M.R. (1993), *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.), Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2016), *Retorno de Informação Personalizada dos Municípios*. Disponível aqui (em 21/04/2017).
- International Council of Nurses - ICN (2011), *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional*

- para a *Prática de Enfermagem* (H. Castro, Trad.), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Organization for Migration (2013), *International Migration, Health and Human Rights*. Disponível aqui (em 10-01-2016).
- Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril (2007), Exclusão da ilicitude nos casos da interrupção voluntária da gravidez, *Diário da República* 1.ª série, N.º 75 (17-04-2007), pp. 2417-2418.
- Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto (2009), Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, *Diário da República* 1.ª série, N.º 151 (06-08-2009), pp. 5097-5098.
- Leininger, M. (ed.) (2001), *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Leininger, M. (2002), "Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples, and Policy Statements", in M. Leininger e M. McFarland (org.), *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (3rd ed.), New York: McGraw-Hill Medical Division, pp. 45-69.
- Loeber, O. (2008), "Sexual and reproductive health issues of Turkish immigrants in the Netherlands", *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13 (4), pp. 330-338.
- Machado, M. C.; Santana, P.; Carreiro, H.; Nogueira, H.; Barroso, R. e Dias, A. (2007), "Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes", *Migrações*, 1, pp. 103-128. Disponível aqui
- Manuel, H. I. B. (2007), *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Planeamento Familiar de Mulheres Timorenses residentes em Portugal*, Coleção de Teses do Observatório da Imigração, Vol. 8, Lisboa: ACIME. Disponível aqui
- Maternowska, M. C., Withers, M. e Brindis, C. (2014), "Gender, masculinity and migration: Mexican men and reproductive health in the Californian context", *Culture, Health & Sexuality*, 16 (8), pp. 989-1002.
- Matos, M. G., Gonçalves, A. e Gaspar, T. (2004), "Adolescentes estrangeiros em Portugal: Uma questão de saúde", *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), pp. 75-85.
- Matos, M. G., Gaspar, T., Simons-Morton, B., Reis, M. e Ramiro, L. (2008), "Communication and Information About "Safer Sex." Intervention Issues Within Communities of African Migrants Living in Poorer Neighbourhoods in Portugal", *Journal of Poverty*, 12 (3), pp. 333-350.
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. e Equipa Aventura Social (2015), *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais do estudo HSBC de 2014*, Lisboa: Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL e FMH/ Universidade de Lisboa. Disponível aqui (data da consulta: 15/06/2016).
- Matos, M. G., Gaspar, T. e Branquinho, C. (2017), "Comportamentos de saúde e bem-estar de adolescentes portugueses e estrangeiros residentes em Portugal em contextos de recessão económica", *Migrações*, 14, pp. 24-36.
- Mendes, M. M. F. (coord.) (2011), *Diagnóstico da População Imigrante no Concelho de Oeiras: Desafios e Potencialidades para o Desenvolvimento Local*, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, I.P.). Disponível aqui (em 15/03/2016).
- Minnis, A. M., Doherty, I., van Dommelen-Gonzalez, E., Cheng, H., Otero-Sabogal, R. e Padian, N. S. (2010), "Immigration and Sexual Partner Risk Among Latino Adolescents in San Francisco", *Journal of Immigrant Minority Health*, 12, pp. 900-908.

- Oliveira, C. R. e Gomes, N. (2018), *Migrações e Saúde em números: o caso português*, Caderno Estatístico Temático # 2, Coleção *Imigração em Números* do Observatório das Migrações (coord. C. R. Oliveira), Lisboa: ACM. Disponível aqui
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. e Parsons, M. A. (2006), *Health promotion in nursing practice* (5ª ed.), New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. e McKee, M. (2011), "The future of migrant health in Europe", in B. Rechel *et al.* (org.), *Migration and Health in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies, New York: Open University Press, pp. 245-250. Disponível aqui (em 28/01/2016).
- Reeske, A. e Razum, O. (2011), "Maternal and child health – from conception to first birthday", in B. Rechel *et al.* (org.), *Migration and health in the European Union*, New York: Open University Press, pp. 139-154. Disponível aqui (em 28/01/2016).
- Rocha, C. M. F., Darsie, C., Gama, A. e Dias, S. (2012), "Migração Internacional e Vulnerabilidade em Saúde: Tópicos sobre as políticas de Saúde e de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal", *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia* 8 (15), pp. 190-200. Disponível aqui (em 26/03/2016).
- Saurina, C., Vall-Llosera, L. e Saez, M. (2010), "A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare region", *BMC Public Health*, 10, pp. 379-390.
- Sawleshwarkar, S., Kakar, S. R., Jones, R., Lagios, K., Mindel, A. e Hillman, R. J. (2013), "Indian-born patients attending a sexual health clinic in Australia have differing characteristics to their Australian-born counterparts", *Internal Medicine Journal*, 43 (12), pp. 1327-1330.
- Schoevers, M. A., Van Den Muijsenbergh, M. E. T. C. e Lagro-Janssen, A. L. M. (2010), "Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31 (4), pp. 256–264.
- Sebo, P., Jackson, Y, Haller, D. M., Gaspoz, J-M e Wolff, H. (2011), "Sexual and Reproductive Health Behaviors of Undocumented Migrants in Geneva: A Cross Sectional Study", *Journal of Immigrant Minority Health*, 13, pp. 510-517.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2017), *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2016*, Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Disponível aqui.
- Shangase, P. e Egbe, C. O. (2015), "Barriers to accessing HIV services for Black African communities in Cambridgeshire, the United Kingdom", *Journal of Community Health*, 40 (1), pp. 20-26.
- Smith, H. e Qian, X. (2010), "Migration and Women's Reproductive Health", in S. Malarcher (ed.), *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*, Geneva: World Health Organization, pp. 93-111.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção e Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015), *Avaliação das Práticas contraceptivas das Mulheres em Portugal 2015*. Disponível aqui (em 30/10/2016).
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011), *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.), Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1992), *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª ed.), Cadernos de Formação N.º 2, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Tavares, M. A. (coord.) (2015), *Plano Municipal de Oeiras para a Integração de Imigrantes 2015-2017*, Oeiras: Município de Oeiras. Disponível aqui (em 09/03/2016).

- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017), *International Migration Report 2017: Highlights* (ST/ESA/SER.A/404), New York: United Nations. Disponível aqui (em 03/03/2019).
- UNFPA (2006), *A state of the world population: A passage to hope*, New York: UNFPA. Disponível aqui (em 29/01/2016).
- Vala, J. (1986), "A Análise de Conteúdo", in A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (11ª ed.), Porto: Afrontamento, pp. 101-128.
- World Health Organization (2006), *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*, Geneva: WHO. Disponível aqui (em 03/04/2016).
- World Health Organization (2010), *Health of migrants: The way forward – report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March*, Geneva: WHO. Disponível aqui (em 29/01/2016).
- World Health Organization (2016a), *Sexual and reproductive health*. Disponível aqui (em 03/04/2016).
- World Health Organization (2016b), *Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021: Towards ending STIs*. Disponível aqui (em 19/05/2018).
- World Health Organization (2018), *HIV/AIDS: Key Facts*. Disponível aqui (em 19-05-2018).
- Wray, A., Ussher, J. M. e Perz, J. (2014), "Constructions and experiences of sexual health among young, heterosexual, unmarried Muslim women immigrants in Australia", *Culture, Health & Sexuality*, 16 (1), pp. 76-89.