



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva:  
Uma intervenção de enfermagem comunitária com jovens  
descendentes de imigrantes dos PALOP  
na Outurela/Portela**

**Helena Isabel Borges Manuel**

**Lisboa**

**2017**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva:**  
**Uma intervenção de enfermagem comunitária com jovens**  
**descendentes de imigrantes dos PALOP**  
**na Outurela/Portela**

**Helena Isabel Borges Manuel**

Orientador: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho teve a colaboração de diversas pessoas e entidades, às quais deixo aqui expressos os meus sinceros agradecimentos.

À Professora Doutora Maria Manuel Quintela, pela orientação científica, competência, incentivo e disponibilidade.

À Enfermeira Rosa Franco, orientadora no local de estágio, pelo apoio, incentivo, sugestões e partilha de conhecimentos.

À equipa do Projeto Entrecul-E6G, em particular à sua coordenadora, Dra. Mafalda Saraiva, por toda a colaboração prestada.

Às instituições que contribuíram para a realização deste projeto, nomeadamente o ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, a Câmara Municipal de Oeiras, a APF e a Associação Abraço.

A todos os que deram o seu contributo na recolha de informação para este trabalho, pela disponibilidade.

Aos meus familiares, especialmente ao meu marido, por todo o apoio, paciência e compreensão proporcionados ao longo deste percurso.

Aos meus colegas de curso e da UCC Cuidar+, pelo encorajamento e suporte.

À Enfermeira Ana Lopes, da UCC Saudar, pela colaboração no estabelecimento das prioridades.

Às colegas da UCSP de Carnaxide e do *Chat* Carnaxide Jovem, pela participação nas atividades desenvolvidas.

Por último, aos jovens participantes no projeto, que tornaram possível a concretização deste projeto.

## RESUMO

A saúde sexual e reprodutiva constitui uma área prioritária de intervenção, uma vez que os potenciais problemas afetam a saúde e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades, tendo implicações socioeconómicas na sociedade. Estes problemas podem ser particularmente acentuados nos grupos vulneráveis, nos quais se inclui a população migrante. Ao intervirem nesta área, os enfermeiros devem adotar uma abordagem holística, tendo em conta as diferenças e as necessidades específicas de cada grupo cultural. O desenvolvimento da competência cultural é um processo que permite reduzir as desigualdades em saúde em contextos de diversidade, assegurando cuidados de enfermagem que vão ao encontro dos desejos, valores e necessidades dos migrantes, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

O presente projeto teve como objetivo 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. Este foi desenvolvido de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992), e teve, como referenciais teóricos, a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger (2001, 2002a, 2002b), o Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (2003, 2011), e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006). No diagnóstico da situação, foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas como instrumento de colheita de dados, os quais foram analisados através da técnica da análise de conteúdo segundo Bardin (2009) e Vala (1986). Os resultados revelam que os jovens recorrem pouco aos serviços de SSR, existindo lacunas a nível dos seus conhecimentos sobre a SSR, incluindo a contraceção, as IST e a IVG. Foi implementada uma estratégia de educação para a saúde, tendo sido realizadas cinco atividades com os jovens, o que permitiu o aumento de conhecimentos sobre SSR por parte do grupo alvo, promotores de uma sexualidade saudável.

Palavras-chave: Enfermagem comunitária; promoção da saúde; saúde sexual e reprodutiva; jovens; descendentes de imigrantes dos PALOP.

## **ABSTRACT**

Sexual and reproductive health is a priority intervention area, considering that any potential problems affect the health and wellbeing of individuals, families and communities and have social and economic implications in society. These problems can be particularly accentuated in vulnerable groups, in which the migrant population is included. When intervening in this area, nurses should adopt a holistic approach, taking into account the differences and specific needs of each cultural group. The development of cultural competence is a process which makes it possible to reduce health inequalities in contexts of diversity, guaranteeing that nursing care will meet the desires, values and needs of migrants and thus resulting in effective health improvement.

The objective of this project was to contribute to the empowerment of young people descending from immigrants of official Portuguese-speaking countries (PALOP), with ages between 15 and 30 years, who belong to the “Clube de Jovens da Outurela” (Youth Club of Outurela), through the acquisition of knowledge fostering sexual and reproductive health. It was developed in accordance with the Health Planning methodology according to Imperatori & Giraldes (1993) and Tavares (1992), and its theoretical references were Leininger’s Culture Care theory (2001, 2002a, 2002b), Campinha-Bacote’s Cultural Competence model (2003, 2011) and Nola Pender’s Health Promotion model (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006). To diagnose the situation, we conducted 16 semi-structured interviews as a data collection instrument and the data was analysed through the content analysis method according to Bardin (2009) and Vala (1986). The results revealed that young people do not often seek SRH services and that their level of knowledge of SRH has gaps, particularly as regards contraception, STIs and abortion. An educational strategy for health was implemented and five activities were carried out with the young people, thus making it possible for the target group to increase their knowledge in respect of SRH, which will promote healthy sexuality.

Keywords: Community nursing; health promotion; sexual and reproductive health; young people; descendants of immigrants from the official Portuguese-speaking countries (PALOP).

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ACM** – Alto Comissariado para as Migrações, I.P.

**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CLAI** – Centro Local de Apoio ao Imigrante

**CNAI** – Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

**CPCJ** – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**DIU** – Dispositivo intrauterino

**EEECSP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**EpS** – Educação para a Saúde

**EUA** – Estados Unidos da América

**HPV** – Vírus do Papiloma Humano

**ICS** – Instituto de Ciências Sociais

**IG** – Interrupção da Gravidez

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**IOM** – International Organization for Migration

**IST** – Infecções Sexualmente Transmissíveis

**IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez

**MPSNP** - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

**NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OIM** – Organização Internacional para as Migrações

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONG** – Organização Não Governamental

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

**RSI** – Rendimento Social de Inserção

**SEF** – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

**SIDA** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**SIU** – Sistema Intrauterino

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SRH** – Sexual and Reproductive Health

**SSR** – Saúde Sexual e Reprodutiva

**STIs** – Sexually Transmitted Infections

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

**UNFPA** – United Nations Population Fund

**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

**WHO** – World Health Organization

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: ALGUMAS PERSPETIVAS</b> .....	13
<b>2. IMIGRANTES E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA...</b>	18
<b>3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE EM PORTUGAL E NO CONCELHO DE OEIRAS</b> .....	22
<b>4. REFERENCIAIS TEÓRICOS</b> .....	24
4.1. Teoria do Cuidado Cultural de Leininger .....	24
4.2. Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote.....	24
4.3. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	26
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	28
<b>5.1. Diagnóstico da situação</b> .....	28
5.1.1. Contexto da intervenção.....	28
5.1.2. População alvo e amostra.....	29
5.1.3. Colheita de dados.....	29
5.1.4. Procedimentos éticos.....	31
5.1.5. Apresentação e análise dos dados.....	31
5.1.5.1. Caracterização sociodemográfica.....	33
5.1.5.2. Acessibilidade a serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva.....	35
5.1.5.3. Noções e práticas de Saúde Sexual e Reprodutiva.....	35
5.1.5.4. Formação/informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva.....	44
5.1.6. Identificação dos problemas.....	46
5.1.7. Diagnósticos de enfermagem.....	47
<b>5.2. Determinação de prioridades</b> .....	48
<b>5.3. Fixação de objetivos</b> .....	49
<b>5.4. Seleção de estratégias</b> .....	50

5.5.	Preparação operacional – Programação.....	52
5.6.	Avaliação.....	53
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>57</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

**Anexo II** - Caracterização sociodemográfica dos habitantes dos bairros Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela, Pátio dos Cavaleiros e São Marçal

## **APÊNDICES**

**Apêndice I** - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar+

**Apêndice II** - Revisão *scoping* da literatura

**Apêndice III** - Caracterização do Clube de Jovens da Outurela

**Apêndice IV** - Guião de entrevista a informantes chave

**Apêndice V** - Guião de entrevista a jovens

**Apêndice VI** - Autorizações por parte da Câmara Municipal de Oeiras para utilização das instalações

**Apêndice VII** - Consentimento informado

**Apêndice VIII** - Pedido de autorização ao encarregado de educação

**Apêndice IX** - Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra

**Apêndice X** - Estabelecimento de Prioridades: Aplicação da Escala de Medida Linear

**Apêndice XI** - Cronograma de Gantt

**Apêndice XII** - Especificação das atividades desenvolvidas

**Apêndice XIII** - Planos das sessões de Educação para a Saúde

**Apêndice XIV** - *PowerPoint* das apresentações das sessões de Educação para a Saúde

**Apêndice XV** - Questionários de avaliação das atividades pelos participantes

**Apêndice XVI** - Indicadores de satisfação

## ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1. <b>Acessibilidade a serviços de SSR</b> .....	35
Quadro 2. <b>Relacionamento com namorados/as</b> .....	36
Quadro 3. <b>Relações sexuais</b> .....	36
Quadro 4. <b>Noção de SSR</b> .....	37
Quadro 5. <b>Métodos contraceptivos conhecidos</b> .....	37
Quadro 6. <b>Métodos contraceptivos utilizados</b> .....	38
Quadro 7. <b>Método contraceptivo preferido</b> .....	39
Quadro 8. <b>Local de obtenção de métodos contraceptivos</b> .....	40
Quadro 9. <b>Importância atribuída ao uso de preservativo</b> .....	40
Quadro 10. <b>IST conhecidas e identificadas</b> .....	41
Quadro 11. <b>Meios de prevenção de IST</b> .....	42
Quadro 12. <b>Opinião sobre a IVG</b> .....	42
Quadro 13. <b>Conhecimentos sobre o enquadramento legal da IVG em Portugal</b> .....	43
Quadro 14. <b>Meios de obtenção de conhecimentos/informações sobre SSR</b> .....	44
Quadro 15. <b>Autoavaliação do nível de formação/informação sobre SSR</b> .....	45
Quadro 16. <b>Interesse e necessidades de formação/informação sobre SSR</b> .....	46
Quadro 17. <b>Diagnósticos de enfermagem</b> .....	47
Quadro 18. <b>Diagnósticos de enfermagem, objetivos específicos e objetivos operacionais</b> .....	50
Quadro 19. <b>Avaliação dos indicadores de processo das atividades desenvolvidas</b> .....	54
Quadro 20. <b>Atividades, objetivos operacionais e avaliação</b> .....	55



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho constitui o Relatório de Estágio que integra a avaliação da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º semestre do 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) no ano letivo 2016-17.

A Ordem dos Enfermeiros (2009) define, no Artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro, que este tem deveres para com a comunidade, sendo responsável, junto com a mesma, pela promoção da saúde e por uma resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem. Esses deveres incluem o conhecimento das necessidades da população e da comunidade em que se encontra inserida, a participação na orientação desta na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, e a colaboração com outros profissionais em programas que respondam às necessidades dessa comunidade.

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 & Lancaster, 2011).

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) é considerada uma área prioritária de intervenção, uma vez que os potenciais problemas afetam, direta ou indiretamente, a saúde e o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades, e têm implicações socioeconómicas nas sociedades em que os fenómenos ocorrem. Estes problemas podem ainda ser particularmente acentuados nos grupos vulneráveis, nos quais é incluída a população migrante (UNFPA, 2006).

O projeto apresentado foi desenvolvido em contexto de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cuidar+, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Ocidental e Oeiras e situada em Queijas (Apêndice I).

Tendo em consideração o perfil de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2010) para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), selecionou-se, para este projeto, o tema “Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva: Uma intervenção de enfermagem comunitária com jovens descendentes de imigrantes dos PALOP na Outurela/Portela”.

Primeiramente procedeu-se à revisão *scooping* da literatura (The Joanna Briggs Institute, 2015), apresentada no Apêndice II, sendo os resultados da pesquisa integrados ao longo do relatório. O projeto foi desenvolvido de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1992). A primeira etapa consistiu no diagnóstico da situação e foi iniciada no 2º semestre do curso, no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária da Unidade Curricular Opção II, entre março e julho de 2016. A sua conclusão deu-se em outubro do mesmo ano, seguindo-se as restantes fases, executadas entre novembro de 2016 e março de 2017, no decurso da Unidade Curricular do 3º semestre Estágio com Relatório, que consistiram na determinação de prioridades, na fixação de objetivos, na seleção de estratégias, na preparação operacional-programação e na avaliação.

O objetivo geral é 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, entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017.

Na sua consecução, utilizei os seguintes referenciais teóricos: a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger (2001, 2002a, 2002b), que forneceu importantes contributos para o desenvolvimento do conceito de competência cultural em saúde; o Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote (2003, 2011), em que a competência cultural é entendida como um processo contínuo através do qual o profissional de saúde se esforça por trabalhar efetivamente no contexto cultural do indivíduo, família ou comunidade; e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006), baseado num processo pelo qual os indivíduos, grupos, famílias ou comunidades podem exercer controlo sobre os determinantes dos seus comportamentos de saúde e agir sobre os mesmos.

Este relatório encontra-se dividido em seis capítulos. No primeiro são abordados alguns aspetos respeitantes à saúde sexual e reprodutiva, no segundo a sua relação com a imigração, o terceiro é dedicado à caracterização da população imigrante residente em Portugal e no concelho de Oeiras, o quarto aos referenciais teóricos mobilizados, e o quinto à metodologia, descrevendo-se as várias etapas do processo de planeamento em saúde. Conclui-se apresentando os principais resultados obtidos, as dificuldades do projeto, as suas implicações para a prática profissional e as competências desenvolvidas na área de especialização em Enfermagem Comunitária.

## 1. 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).

O conceito de saúde reprodutiva constituiu um dos temas centrais da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento que teve lugar no Cairo, em 1994. Com base no conceito geral de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), 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, p. 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, p. 4, tradução nossa).

Em Portugal, de acordo com o que se encontra consignado na Lei nº 3/84, a prestação de cuidados de planeamento familiar baseia-se nos seguintes princípios: livre acesso de todos os cidadãos, sem qualquer discriminação; prestação de informação e de serviços; liberdade de escolha dos métodos contraceptivos por parte da mulher e/ou do casal; gratuidade dos cuidados prestados e produtos necessários; e confidencialidade da consulta. Encontra-se estipulada, no Artigo 5º, a obrigação, por parte do Estado, de promover a cobertura do território nacional com meios de consulta

de planeamento familiar, implantados em todos os centros de saúde, bem como nos serviços de ginecologia e obstetrícia dos hospitais, com pessoal devidamente habilitado.

Segundo a Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008), os objetivos dos cuidados de saúde reprodutiva/planeamento familiar 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, nomeadamente a infertilidade; 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 (2015a), 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 (SNS) tem sido progressivamente alargada, no sentido de assegurar a diversidade de métodos, 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 & Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2015) revela 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 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% 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). Em Portugal, com a Lei nº 16/2007, a interrupção da gravidez (IG) pode atualmente ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que:

- Constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;

- Se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;

- Haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

- A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez;

- Por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

No caso de uma adolescente menor de 16 anos querer interromper a gravidez, este processo terá obrigatoriamente de ser do conhecimento do seu representante legal (pai, mãe ou tutor), o qual terá de assinar o documento “Consentimento Livre e Esclarecido”, entregue na consulta prévia.

Segundo a DGS (2016), em 2015 foram realizadas em Portugal 16454 interrupções de gravidez (IG) ao abrigo da Lei nº 16/2007, 96,5% das quais por opção da mulher nas primeiras 10 semanas. O grupo etário dos 20-24 é aquele em que ocorreram mais IG (23,3% do total). Quanto às jovens com menos de 20 anos, verifica-se uma ligeira diminuição em relação ao ano anterior, com 1668 IG em adolescentes com idades compreendidas entre os 15-19 anos (10,51% do total), e 63 em menores de 15 anos (0,40% do total).

Em todo o mundo, são adquiridas diariamente mais de um milhão de IST, com um profundo impacto na saúde sexual e reprodutiva. Em cada ano, são estimados 357 milhões de novas infeções, das quais uma em cada quatro são IST: clamídia (131 milhões), gonorreia (78 milhões), sífilis (5,6 milhões) e tricomoníase (143 milhões). Mais de 500 milhões de pessoas vivem com herpes genital e mais de 290 milhões de mulheres têm, em algum momento da sua vida, a infeção pelo HPV, uma das IST mais frequentes (WHO, 2016b). A infeção pelo VIH mantém-se como um importante problema global de saúde pública, tendo já causado mais de 35 milhões de mortes, 1,1 milhões das quais em 2015 (WHO, 2016c).

Em Portugal, tem ocorrido um aumento de algumas IST. Segundo a DGS (2015b), em 2014 foram notificados 206 casos da gonorreia, mais 90 do que em 2013, e 367 casos de sífilis, mais 181 do que no ano anterior. Quanto à infeção pelo VIH, a DGS (2015c) refere terem sido registados 1045 novos casos em 2014, apresentando uma diminuição de 17,3% relativamente ao ano anterior. Desde o início da epidemia em Portugal, 74,2% dos casos ocorreram no grupo etário 20-44 anos e 14,6% em pessoas acima dos 49 anos, mas a proporção de casos entre os 20-44 anos tem vindo a decrescer, tendo sido de 60,8% em 2014. A transmissão por via sexual corresponde a mais de 90% do total de novos casos (92,3%). A importância dos movimentos migratórios tem sido alvo de atenção particular. De acordo com a DGS (2015b), a questão da infeção por VIH nas populações migrantes, sobretudo as originárias da África Subsariana e da América Latina por apresentarem maior número de casos, merece a aplicação de uma estratégia nacional específica tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento.

Um estudo sobre o comportamento dos adolescentes portugueses revela um aumento 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. Na última relação sexual que tiveram, 20,3 % não usaram preservativo e 9,3% não sabem (Matos, Simões, Camacho, Reis, & Equipa Aventura Social, 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 nos programas de vacinação de muitos países, incluindo Portugal.

Para que, desde cedo, as crianças e os jovens comecem a zelar pela sua saúde sexual, há que fornecer a 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 do decreto-lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto.

De acordo com os resultados de um estudo da APF-ICS (2008) sobre a educação sexual dos jovens, 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 as IST, à exceção da infeção pelo VIH/SIDA.

Outro estudo (Dias & Matos, 2013), realizado em escolas do concelho de Oeiras, revela que a Educação para a Saúde (EpS) 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.

## **2. IMIGRANTES E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Vivemos atualmente na era de maior mobilidade humana registada na história, sendo o número total de migrantes internacionais estimado em 214 milhões, por diversos motivos como 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).

Na última década, 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.

A promoção da saúde dos migrantes deve respeitar alguns princípios, nomeadamente evitar disparidades no estado de saúde e no acesso aos cuidados de saúde entre os imigrantes e os autóctones dos países de acolhimento; garantir o direito à saúde reduzindo a discriminação e as barreiras no acesso dos migrantes às intervenções de saúde; reduzir a mortalidade e a morbilidade das populações migrantes; minimizar o impacto negativo do processo de migração (WHO, 2010).

Segundo a OMS, 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. Entre diversos fatores de risco estão incluídos 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).

Embora a acessibilidade seja um aspeto fundamental da saúde dos imigrantes, diversos estudos revelam a existência de desigualdades, barreiras estruturais e discriminação no seu acesso aos serviços de saúde (Cashman, Eng, Simán &

Rhodes, 2011; Gascón, 2011; Schoevers, Van Den Muijsenbergh & Lagro-Janssen, 2010; Sebo, Jackson, Haller, Gaspoz & Wolff, 2011; Shangase & 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 junto das ARS, da ACSS e do ACM 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.

É de realçar que 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 & 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, Rocha & Horta, 2009). Alguns estudos revelam piores indicadores de saúde associados às mulheres imigrantes no que diz respeito à SSR, quando comparados com os das mulheres dos países de acolhimento (Riske & Razum, 2011; UNFPA, 2006).

As crianças de origem imigrante que são criadas nos países de acolhimento também enfrentam desafios consideráveis, uma vez que são confrontadas com diferentes culturas e sistemas de valores, muito diferentes – uma fora de casa e outra no seu interior, não sendo fácil corresponder às expectativas de ambas e desempenhar os papéis prescritos por cada uma delas. Este processo não afeta apenas a primeira geração de crianças imigrantes (as que migraram do seu país de origem para o país de destino), 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 as crianças e jovens autóctones (Fonseca, Ormond, Malheiros, Patrício & Martins, 2005). Alguns estudos revelam que os imigrantes de segunda geração apresentam uma situação de saúde mais desfavorável relativamente aos nativos (Giuntella, 2013).

Segundo Frasilho (1996), citado por Matos, Gonçalves & Gaspar (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 Iolanda Évora (2007), com jovens de origem cabo-verdiana a viver em Portugal, revela que estes possuem um conhecimento generalista sobre o risco da SIDA e o funcionamento do VIH, não demonstrando iniciativa de aproximação à informação sobre o VIH/SIDA, sendo obtida entre os amigos, pela 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 efetuado por Inês Andrade (2008), relativo às práticas de saúde de imigrantes provenientes dos PALOP e seus descendentes, residentes na Área Metropolitana de Lisboa, revela que 49% nunca utilizam o preservativo, e entre os que têm esta preocupação apenas 19,3% o utilizam sempre.

Há evidências de que o comportamento sexual é condicionado pelos preceitos/normas sociais do país de origem (Alvarez-Nieto, Pastor-Moreno, Grande-Gascón & Linares-Abad, 2015; Saurina, Vall-Llosera & Saez, 2010; Wray, Ussher & Perz, 2014). A situação de imigração também leva, por seu lado, a modificações nas representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva (Loeber, 2008; Maternowska, Withers & Brindis, 2014; Minnis, Doherty, vanDommelen-Gonzalez, Cheng, Otero-Sabogal & Padian, 2010).

Rocha, Darsie, Gama & Dias (2012) consideram ser fundamental, para o desenvolvimento de programas de promoção da SSR, a compreensão acerca dos diversos fatores envolvidos nesta temática e da 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. Neste contexto, a natureza

interpessoal subjacente aos comportamentos sexuais e reprodutivos deve ser considerada, assim como os papéis tradicionais associados ao género, as diferenças de poder nas relações e a identificação cultural, pois podem facilitar ou limitar a adoção de práticas saudáveis em SSR. 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 dos recursos individuais (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, Gonçalves & Gaspar (2004) sugerem uma intervenção de EpS 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 SSR (DeSantis, Thomas & Sinnott, 1999; Dias, Gama & Rocha, 2010; Dias, Rocha & Horta, 2009; Maternowska, Withers & Brindis, 2014; Sebo et al., 2011; Sawleshwarkar, Kakar, Jones, Lagios, Mindel & Hillman, 2013). Esta estratégia poderá favorecer a aceitação por parte das populações imigrantes e, conseqüentemente, aumentar a eficácia das ações implementadas.

### **3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE EM PORTUGAL E NO CONCELHO DE OEIRAS**

Após uma década de crescimento acentuado do número de estrangeiros residentes em Portugal, verifica-se uma tendência para o seu decréscimo. Alguns dos principais fatores explicativos são a aquisição da nacionalidade portuguesa, a alteração de fluxos migratórios e o impacto da atual crise económica no mercado laboral (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF], 2016).

Em 2015 foram contabilizados 388 731 cidadãos estrangeiros com título de residência válido, representando a população oriunda dos PALOP cerca de 43,5% do total. Mantém-se a estrutura das três nacionalidades mais representadas, sendo a brasileira a principal, com um total de 82 590 cidadãos (21%), seguindo-se a cabo-verdiana, com 38 674 (10%), a ucraniana, com 35 779 (9%), e a romena, com 30 523 (8%). O sexo feminino é maioritário (51,5%) (SEF, 2016).

O concelho ou município 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).

Inicialmente constituído por dez freguesias, o município foi reorganizado, em 2013, em cinco: União de Freguesias de Carnaxide e Queijas; União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo; União de Freguesias de Oeiras, São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias; Barcarena e Porto Salvo. No que respeita à população, registou, entre os dois últimos recenseamentos, uma variação positiva na ordem dos 6,2%. Uma proporção considerável da população é imigrante, sendo 5,4% dos residentes estrangeiros (Tavares, 2015).

Ao analisar a evolução deste fenómeno em Oeiras, Mendes (2011) identifica dois momentos distintos ao nível dos fluxos migratórios:

- Um primeiro fluxo migratório 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;

- 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.

No concelho de Oeiras os territórios com maior número de residentes de nacionalidade estrangeira são Oeiras e São Julião da Barra, Carnaxide, Algés e Porto Salvo, existindo já um número significativo de indivíduos que possuem dupla nacionalidade. Identificam-se maiores concentrações de indivíduos oriundos de países africanos em Barcarena, Carnaxide, Porto Salvo e Caxias (INE, 2012).

Os grupos de imigrantes mais representados são os cabo-verdianos, os angolanos, os guineenses e os brasileiros, destacando-se os cabo-verdianos nas freguesias de Carnaxide e Porto Salvo. No geral, a população imigrante tem idade compreendida entre os 20 e os 49 anos e é maioritariamente do sexo masculino, embora se verifiquem diferenças entre nacionalidades e freguesias. No que respeita aos nacionais de Angola, Cabo Verde, Moçambique, São Tomé e Príncipe e países asiáticos, o número de mulheres supera o de homens (Mendes, 2011).

Os territórios de Carnaxide e Porto Salvo são os que apresentam maior número de conjuntos habitacionais de renda social e de fogos de habitação social. Mais de 23% dos arrendatários municipais são de nacionalidade estrangeira, dos quais cerca de 70% têm nacionalidade cabo-verdiana (Mendes, 2011).

Relativamente à educação, o insucesso escolar no 1º ciclo afeta especialmente os alunos cabo-verdianos e guineenses. No 2º ciclo, a proporção de alunos cabo-verdianos e guineenses a transitar torna-se menor. No 3º ciclo, as dificuldades dos alunos cabo-verdianos agravam-se, apresentando as taxas de transição mais baixas no ensino secundário, em que menos de metade dos alunos estrangeiros, nomeadamente cabo-verdianos, guineenses, moçambicanos, santomenses e brasileiros, é bem-sucedida (Mendes, 2011).

No que diz respeito à religião, 74% destes imigrantes consideram-se católicos. A segunda religião com mais seguidores é a protestante evangélica (10%), o que pode estar associado a uma presença visível em Oeiras de oriundos dos PALOP e do Brasil (Mendes, 2011).

## **4. REFERENCIAIS TEÓRICOS**

### **4.1. Teoria do Cuidado Cultural de Leininger**

Madeleine Leininger foi a primeira autora a referir-se à relação entre a enfermagem e a antropologia, criando a área específica da enfermagem transcultural. Nesta abordagem holística é defendida a ideia de que o comportamento humano deve ser compreendido dentro do contexto específico e total do ambiente físico e cultural em que o indivíduo se encontra inserido, sendo a cultura definida como a “totalidade de todos os comportamentos aprendidos e transmitidos de um grupo particular de pessoas” (Leininger, 1970, p. 20-21, tradução nossa). A partir do conhecimento e da apreciação deste conceito, os enfermeiros (as) poderão tornar-se mais sensíveis às diferenças nas respostas daqueles que cuidam, indivíduos, grupos e comunidades.

O conceito contemporâneo de competência cultural em saúde teve o importante contributo da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger (2001, 2002a, 2002b), cujo objetivo é proporcionar cuidados culturalmente congruentes que contribuam para a saúde e o bem-estar das pessoas ou que as ajudem a enfrentar a incapacidade ou a morte, através do reconhecimento de diversidade e universalidade no cuidado humano.

### **4.2. Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote**

A complexidade que envolve a prestação de cuidados a imigrantes provenientes de diversos contextos culturais, com diferentes línguas, culturas e religiões, e também necessidades de saúde específicas, tem originado uma preocupação crescente com a questão da promoção da competência cultural entre os profissionais de saúde que lidam com estes grupos populacionais.

De acordo com Campinha-Bacote (2003, 2011), a competência cultural na prestação de cuidados de saúde é um processo contínuo através do qual o profissional de saúde se esforça constantemente por ter capacidade e disponibilidade para trabalhar efetivamente no contexto cultural do utente, seja o indivíduo, a família ou a comunidade. Este processo envolve a integração de cinco constructos: os encontros culturais, o desejo cultural, a consciência cultural, o conhecimento cultural e a perícia

cultural. Para Campinha-Bacote (2011), o encontro cultural é o constructo central e aquele que inicia o processo, encorajando o profissional de saúde a interagir continuamente com utentes de diferentes contextos culturais de forma a validar, a refinar ou a modificar valores, crenças e práticas existentes relativamente a um grupo cultural. A partir daí, começa a trabalhar nos outros constructos:

- O conhecimento cultural diz respeito ao processo de procura e obtenção de conhecimentos sobre grupos culturalmente diferentes, tendo presente que nenhum indivíduo é um estereótipo da sua cultura de origem, mas uma combinação única da diversidade existente no seu interior, uma acumulação de experiências de vida e o resultado do processo de contacto com outras culturas. Além disso, as culturas não são estáticas, encontrando-se em constante evolução, não sendo possível ter um completo conhecimento das crenças e práticas de saúde de todos os utentes.

- A perícia cultural é a capacidade de recolher dados culturais relativos ao problema apresentado, que levarão ao diagnóstico e à formulação de um plano de tratamento mutuamente aceitável e culturalmente relevante.

- A consciência cultural consiste no autoexame e exploração do próprio *background* cultural por parte do profissional de saúde, processo que leva à compreensão das bases do seu comportamento e do modo como este inibe ou facilita a relação com os outros.

- O desejo cultural é definido pela motivação do profissional de saúde para “querer” ser, ao invés de “ter de ser” culturalmente competente. Envolve um genuíno compromisso em ser flexível com os outros, o respeito pelas diferenças, mas também um compromisso assente em semelhanças; enfim, a disposição para aprender com os utentes e outros como informantes culturais.

Este processo cíclico de procura e envolvimento em encontros culturais para desenvolver consciência, conhecimento, perícia e desejo cultural requer o estabelecimento de uma relação significativa com o utente, em que este se sente valorizado, respeitado e apoiado (Campinha-Bacote, 2011).

Conhecer este processo é importante quando temos como objetivo a promoção da saúde, assegurando dessa forma cuidados de enfermagem que vão ao encontro dos desejos, valores e necessidades da população alvo.

### **4.3. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), cujo diagrama é apresentado no Anexo I, permite implementar e avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, entendida como as atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006).

O MPSNP descreve a natureza multidimensional das pessoas em interação com os seus ambientes interpessoais e físicos ao procurarem a saúde, analisando a inter-relação entre três pontos principais. São esses: as características e experiências individuais, as cognições e os afetos específicos do comportamento que se quer alcançar, e o comportamento de promoção da saúde desejável. As características e experiências de cada pessoa afetam as suas ações subsequentes, dependendo a importância dos seus efeitos do comportamento alvo pretendido. O comportamento anterior tem efeitos, quer diretos (através da formação do hábito), quer indiretos (através das percepções de autoeficácia, benefícios, barreiras e afetos relacionados com a atividade), na probabilidade de envolvimento em comportamentos promotores da saúde.

Os fatores pessoais relevantes preditivos de um dado comportamento são moldados pela natureza do comportamento alvo considerado, e dividem-se em três categorias: biológicos (como a idade, a força e a agilidade), psicológicos (como a autoestima, a automotivação e o estado de saúde percebido) e socioculturais (como a etnicidade, a aculturação, o nível educacional e o estatuto socioeconómico). Embora possam influenciar as cognições, o afeto e os comportamentos de saúde, alguns destes fatores não podem ser mudados pelas intervenções de enfermagem.

No MPSNP é atribuído grande significado motivacional às cognições e afetos específicos do comportamento, que constituem uma área crítica para a intervenção por serem passíveis de modificação através de ações de enfermagem. A avaliação de mudanças nestas variáveis é essencial para determinar se estas resultam de facto da intervenção, influenciando mudanças no compromisso ou na ocorrência de comportamentos de promoção da saúde. Esta componente permite orientar a definição de objetivos e contempla seis variáveis: 1) Os benefícios para a ação percebidos motivam o comportamento, quer direta quer indiretamente, através da

determinação do nível de compromisso com um plano de ação para a adoção de comportamentos dos quais resultarão benefícios antecipados; 2) As barreiras para a ação percebidas, que podem ser reais ou imaginárias, são vistas frequentemente como bloqueios mentais, obstáculos e custos pessoais de empreender um determinado comportamento; 3) A autoeficácia percebida é o julgamento da capacidade pessoal para organizar e levar a cabo um curso de ação particular, influenciando as barreiras para a ação percebidas; 4) Os afetos relacionados com a atividade são sentimentos subjetivos que ocorrem antes, durante ou após uma atividade, baseados nas propriedades do estímulo associadas ao evento comportamental, influenciando o comportamento de saúde direta ou indiretamente através da autoeficácia e do compromisso com um plano de ação; 5) As influências interpessoais são cognições, que podem ou não corresponder à realidade, relativas aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros, nomeadamente os pares, os familiares e os profissionais de saúde. Estas também incluem as normas, o apoio e os modelos sociais, processos interpessoais que afetam a predisposição dos indivíduos para adotarem comportamentos promotores de saúde. A suscetibilidade à influência dos outros pode variar consoante o estágio de desenvolvimento e ser particularmente evidente na adolescência. Determinadas culturas também podem colocar maior ênfase nas influências interpessoais do que outras. 6) As influências situacionais no comportamento promotor de saúde incluem as percepções ou opções disponíveis, as características da procura e os aspetos estéticos do ambiente no qual um determinado comportamento terá lugar, podendo também facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. Os ambientes atrativos, interessantes e compatíveis com os jovens, em que estes se sentem seguros, são também contextos favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

O compromisso com um plano de ação dá início ao evento comportamental, impulsionando o indivíduo para o comportamento a não ser que entre em competição uma exigência imediata que não possa ser evitada, ou uma preferência à qual ele não resista. Para que o comportamento promotor de saúde tenha lugar, estão subjacentes os seguintes processos cognitivos: por um lado, o compromisso de levar a cabo uma ação específica numa determinada altura e lugar e com pessoas específicas ou sozinho, independentemente das preferências em competição, e a identificação de estratégias definitivas para empreender e reforçar o comportamento.

## **5. METODOLOGIA**

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

### **5.1. Diagnóstico da situação**

O primeiro passo no processo de planeamento é a elaboração do diagnóstico da situação de saúde, que compreende a identificação dos problemas e a determinação das necessidades (Tavares, 1992).

O conhecimento das necessidades de saúde sentidas e expressas pela população é importante quer para o diagnóstico, quer para a fase de escolha de prioridades e para organizar as atividades (Imperatori & Giraldes, 1993).

#### **5.1.1. Contexto da intervenção**

A intervenção teve lugar na Outurela/Portela, em Carnaxide, abrangendo os bairros Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela, Pátio dos Cavaleiros e São Marçal. A seleção destes bairros foi sugerida pela orientadora de estágio da UCC Cuidar+, pelo 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 caracterização sociodemográfica da população residente nestes bairros é apresentada no Anexo II, de acordo com os dados fornecidos pela Câmara Municipal de Oeiras ao Projeto Entrecul-E6G em outubro de 2015. Dos 4505 habitantes, 806 são nacionais dos PALOP, maioritariamente cabo-verdianos, e 1234 têm idades entre os 15 e os 29 anos. No que respeita à escolaridade, o 1º ciclo é o preponderante, e quanto à ocupação ou situação perante o trabalho, os estudantes e os desempregados são os que se encontram em maior número.

### 5.1.2. População alvo e amostra

A população alvo é constituída pelos descendentes de imigrantes provenientes dos PALOP que frequentam o Clube de Jovens da Outurela (Apêndice III).

Embora sejam por vezes identificados como “imigrantes de segunda geração” ou de “terceira geração”, neste projeto é adotada a definição de Delgado (2013), a de descendentes de imigrantes considerados como aqueles que nasceram no país de acolhimento dos seus progenitores e os que nasceram no país de origem dos mesmos e vieram menores de idade para o país de acolhimento, podendo ter a nacionalidade deste país ou não. Os progenitores incluem os pais e os avós.

Foi selecionada uma amostra intencional de 16 jovens, obedecendo aos seguintes critérios:

- Critérios de inclusão:
  - Encontrarem-se na faixa etária dos 15-30 anos;
  - Serem filhos ou netos de naturais dos PALOP;
  - Estarem disponíveis para participar no estudo.
- Critérios de exclusão:
  - Não residirem nos bairros Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela, Pátio dos Cavaleiros e São Marçal;
  - Terem filhos.

De acordo com informação fornecida pelos membros da equipa do Projeto Entrecul-E6G, dos jovens que frequentam o Clube de Jovens da Outurela, 111 encontram-se na faixa etária dos 15-30 anos. Após a aplicação dos restantes critérios, selecionaram-se 16 participantes, com o apoio da referida equipa.

### 5.1.3. Colheita de dados

Para planear a conceção do diagnóstico da situação de saúde da comunidade em que se realizou a intervenção, além de se ter efetuado pesquisa documental, contactaram-se elementos da equipa de enfermagem e do serviço social do local de estágio, assistentes sociais da Escola Básica Sophia de Mello Breyner, situada na Portela, a União das Juntas de Freguesia de Carnaxide e Queijas e a Câmara Municipal de Oeiras. Foi também sugerida a procura de informação junto de parceiros

locais que desenvolvem atividades diretamente com a população dos bairros da Outurela/Portela, por estes terem um conhecimento mais aprofundado da mesma.

Tendo em vista a definição do contexto de intervenção, efetuaram-se quatro entrevistas exploratórias e semiestruturadas a informantes chave, que incluíram a coordenadora da equipa do Rendimento Social de Inserção (RSI) de Carnaxide e Queijas, a diretora técnica do Projeto Família Global – Associação para a Inserção Sociocultural e Profissional da Família, a assistente social do Centro Local de Apoio aos Imigrantes (CLAI) e fundadora da Associação Assomada, e a coordenadora do Projeto Entrecul-E6G, desenvolvido no Clube de Jovens da Outurela. Para o efeito, foi elaborado um guião de entrevista (Apêndice IV).

Após a análise das entrevistas, optou-se por uma parceria com o Clube de Jovens da Outurela para a realização do projeto, contando com o apoio da coordenadora do Projeto Entrecul-E6G e restantes elementos da equipa.

Seguiu-se a colheita de dados através da realização de entrevistas semiestruturadas aos jovens selecionados para a amostra, utilizando um guião de entrevista previamente elaborado (Apêndice V).

Efetuiu-se previamente uma entrevista piloto, que permitiu testar e reformular algumas das questões antes da sua aplicação. De acordo com Turner (2010), citando Kvale (2007), trata-se de um elemento importante da preparação da entrevista, pelo facto de ajudar o investigador a determinar se existem falhas ou limitações no desenho da entrevista, permitindo-lhe fazer as revisões necessárias e afinar as questões de investigação antes da implementação do estudo.

Optou-se pela entrevista semiestruturada por esta possibilitar o aprofundamento do conhecimento e a compreensão do fenómeno em estudo, sendo adequada à temática, aos objetivos e às características da população alvo. Envolvendo um conjunto de questões que servem de guia, permite flexibilidade e abertura na abordagem dos assuntos, existe espaço para o diálogo e é dada ao entrevistado liberdade para falar sobre os temas que lhe são propostos (Watson, Mckenna, Cowna & Keady, 2008).

As entrevistas foram realizadas nas instalações afetas ao Projeto Entrecul-E6G e tiveram uma duração média de 21 minutos, tendo variado entre 15 e 28 minutos.

#### 5.1.4. Procedimentos éticos

Encontrando-se o Clube de Jovens da Outurela na dependência da Câmara Municipal de Oeiras, foram dirigidos dois pedidos formais, por escrito e em momentos diferentes, à Chefe da Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude, a fim ser autorizado o acesso aos dados sobre a população e a utilização das instalações do Clube de Jovens para realizar as entrevistas e as sessões de EpS (Apêndice VI).

No cumprimento dos princípios éticos e morais aceites pela comunidade científica, para dar cumprimento à proteção dos jovens entrevistados foi solicitado, por escrito, o seu consentimento informado e a autorização para a sua gravação áudio (Apêndice VII). Foi igualmente solicitada, por escrito, autorização aos encarregados de educação para a participação dos jovens menores de 18 anos nas entrevistas, no âmbito do presente Projeto de Intervenção Comunitária (Apêndice VIII).

#### 5.1.5. Apresentação e análise dos dados

Foram realizadas 16 entrevistas, gravadas em áudio, tendo sido transcritas na íntegra e analisadas de acordo com Bardin (2009) e Vala (1986), para quem a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação cuja finalidade é “efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 1986, p. 104).

Segundo Bardin (2009), a primeira fase é a da pré-análise. Esta consistiu na organização dos dados, no sentido de se constituir um *corpus*, isto é, um conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos.

Primeiramente foi feita a caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra.

Para o tratamento dos dados é necessário codificá-los, correspondendo a codificação

a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices”. (Bardin, 2009, p. 129)

Procedeu-se, assim, à divisão do corpo do trabalho em unidades de registo e unidades de contexto, tentando que a sua escolha se adequasse às características do material e aos objetivos da análise. A unidade de registo é definida por Bardin (2009, p. 130) como “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial”. Optou-se pela utilização do tema, uma vez que este

é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não directivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo (...) podem ser, e são frequentemente, analisados tendo o tema por base”. (Bardin, 2009, p. 131)

Ainda segundo o mesmo autor, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2009, p. 131). Para tornar possível a compreensão de algumas das unidades de registo, houve recurso a unidades de contexto, sendo que

a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo. Esta pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema. (Bardin, 2009, p. 133)

A maioria dos procedimentos de análise organiza-se em redor de um processo de categorização, que

é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns desses elementos. (Bardin, 2009, p. 145)

Procedeu-se, então, à organização dos dados e à construção de grelhas de análise das entrevistas onde foram inscritas a totalidade das unidades de registo e de contexto resultantes das entrevistas efetuadas, agrupando-as por temas, categorias e subcategorias. As categorias, criadas *a priori*, foram baseadas no quadro teórico e no guião de entrevista aos jovens, tendo as subcategorias emergido ao analisar as

entrevistas. Este procedimento seguiu determinadas regras, referidas por Bardin (2009), segundo as quais as categorias devem ser exaustivas (percorrer todo o conteúdo do texto), exclusivas (o mesmo elemento não pode pertencer a diversas categorias), objetivas (inteligíveis para diferentes codificadores) e pertinentes (em relação aos objetivos do estudo e ao conteúdo a analisar).

Do total das unidades de registo e de contexto relativas a cada subcategoria, foram selecionadas apenas algumas para apresentação neste relatório. Por questões éticas, de forma a não identificar os entrevistados, optou-se pelo uso de pseudónimos.

#### 5.1.5.1. Caracterização sociodemográfica

A primeira etapa da análise consistiu na caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra (Apêndice IX), que neste caso se distribui da seguinte forma:

Cinco (5) jovens são do sexo feminino e onze (11) do masculino. As suas idades estão compreendidas entre os 15 e os 24 anos, situando-se a média nos 19 anos.

Os anos de escolaridade frequentados variam entre o 5<sup>o</sup> e o 12<sup>o</sup> + 3 anos, situando-se os anos de escolaridade concluídos entre o 4<sup>o</sup> e o 12<sup>o</sup> + 3 anos.

Quanto à sua profissão/ocupação, onze (11) são estudantes, três (3) monitores, uma (1) trabalha como empregada de limpeza e um (1) encontra-se desempregado.

Doze (12) jovens são católicos, dois (2) Testemunhas de Jeová, e dois (2) não têm qualquer religião.

São todos solteiros, e nenhum deles vive em conjugalidade.

Quatro (4) jovens são naturais de Cabo Verde e, destes, três (3) têm nacionalidade cabo-verdiana e um (1) portuguesa; dez (10) são naturais de Portugal e têm nacionalidade portuguesa; dois (2) são naturais da Guiné-Bissau e, destes, um (1) tem nacionalidade guineense e um (1) portuguesa. Dos naturais de Cabo Verde, um (1) é proveniente de S. Filipe, na Ilha do Fogo, um (1) da cidade da Praia e um (1) da Assomada, na Ilha de Santiago, um (1) de Porto Novo, na ilha de Santo Antão; os dois (2) naturais da Guiné-Bissau provêm de Bissau; e os dez (10) que têm naturalidade portuguesa são todos provenientes do distrito de Lisboa.

No que respeita à naturalidade e nacionalidade dos pais, onze (11) são naturais de Cabo Verde; destes, seis (6) têm nacionalidade cabo-verdiana, três (3) portuguesa, um (1) dupla nacionalidade (cabo-verdiana e portuguesa) e um (1) é de nacionalidade

desconhecida (encontra-se na Bélgica e não mantém relacionamento com a filha). Dois (2) pais são naturais da Guiné-Bissau e possuem nacionalidade guineense, um (1) é natural de S. Tomé e Príncipe e possui nacionalidade santomense, e dois (2) são naturais de Portugal (filhos de cabo-verdianos), com nacionalidade portuguesa. Quanto às mães, nove (9) são naturais de Cabo Verde, sete (7) das quais de nacionalidade cabo-verdiana e duas (2) portuguesa; duas (2) são naturais da Guiné-Bissau, tendo uma (1) nacionalidade guineense e uma (1) portuguesa; duas (2) são naturais de S. Tomé e Príncipe, tendo uma (1) nacionalidade santomense e uma (1) portuguesa; uma (1) é natural de Angola e tem nacionalidade angolana, e duas (2) são naturais de Portugal (filhas de cabo-verdianos), com nacionalidade portuguesa.

Relativamente à situação profissional do pai, cinco (5) estão desempregados, dois (2) trabalham na Construção Civil (um dos quais em Angola), dois (2) estão reformados, um (1) é pintor e carpinteiro, um (1) é empregado fabril (nos EUA), um (1) é funcionário de reciclagem, três (3) têm profissões desconhecidas e um (1) já faleceu. Quanto à situação profissional da mãe, seis (6) são empregadas domésticas, três (3) auxiliares de limpeza, três (3) cozinheiras, uma (1) lojista (nos EUA), uma (1) operadora de balcão e duas (2) estão desempregadas. Destas, uma (1) frequenta um curso de Turismo.

O tempo de residência destes jovens em Portugal varia entre 7 e 24 anos, sendo em média de 14 anos.

A composição do seu agregado familiar é variável: cinco (5) vivem com os pais e irmãos, dois (2) com a mãe e irmãos; um (1) com a tia e uma prima; um (1) com a tia, irmã e dois primos; um (1) só com o pai; um (1) com a mãe, dois irmãos e um sobrinho; um (1) com a mãe, o irmão e a tia; um (1) com a mãe, o padrasto e a irmã; um (1) com a mãe, o irmão e o avô; um (1) com a mãe, o padrasto, irmãos e prima; e um (1) com os avós e um tio.

A língua materna de oito (8) jovens é o crioulo, de outros sete (7) o português, e de um (1) o manjaco. A língua falada com os familiares de sete (7) deles é o português, de cinco (5) o crioulo, de três (3) o crioulo e o português, e de um (1) o manjaco.

### 5.1.5.2. Acessibilidade a serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva

Na análise das entrevistas, relativamente ao tema “Acessibilidade a serviços de SSR”, foi identificada a categoria “Recurso a serviços de SSR”, tendo emergido três subcategorias, apresentadas no Quadro 1. Verifica-se que a grande maioria dos jovens (13) referiram nunca terem recorrido a serviços de SSR. Duas (2) jovens recorreram para pedirem esclarecimentos e solicitarem métodos contraceptivos, e uma (1) para iniciar a pílula com a finalidade de regular os ciclos e diminuir as dores menstruais. Esta referiu, como constrangimento, demasiado tempo de espera pela consulta de planeamento familiar (um mês).

**Quadro 1. Acessibilidade a serviços de SSR**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Recurso a serviços de SSR	Sem recurso	13	Keila, 15 anos: (...) nunca fui a nenhum serviço.
	Recurso para contraceção	2	Maria, 17 anos: Já [recorri ao serviço de planeamento familiar no Centro de Saúde] do Dafundo. [Fui lá] para prevenir (...) nas relações sexuais e nessas coisas (...). Para não engravidar. (...) Foi em março (...) 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... (...) As duas. (...) Sempre que eu vou é a mesma a atender-me. (...) Sim. [Fui bem esclarecida em relação ao que pretendia].
	Recurso para regulação do ciclo menstrual	1	Naomi, 15 anos: Sim [Recorri ao serviço de planeamento familiar do centro de saúde de Carnaxide] (...) para tomar a pílula para regular o ciclo menstrual. (...) Eu só comecei a tomar porque tenho um quisto no ovário. (...) Tinha muitas dores por causa do quisto.

### 5.1.5.3. Noções e práticas de Saúde Sexual e Reprodutiva

Relativamente ao tema “Noções e práticas de SSR”, foram identificadas as categorias “Relacionamento com namorados/as”, “Relações sexuais”, “Noção de SSR”, “Métodos contraceptivos conhecidos”, “Métodos contraceptivos utilizados”, “Método contraceptivo preferido”, “Local de obtenção de métodos contraceptivos”,

“Importância atribuída ao uso de preservativo”, “IST conhecidas e identificadas”, “Meios de prevenção de IST”, “Opinião sobre a IVG” e “Conhecimentos sobre o enquadramento legal da IVG em Portugal”.

Na categoria “Relacionamento com namorados/as” emergiram as subcategorias “Tem/teve namorado/a” e “Não tem/teve namorado/a”. Como se pode observar no Quadro 2, dos dezasseis (16) jovens, apenas um (1) nunca teve namorado/a.

**Quadro 2. Relacionamento com namorados/as**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Relacionamento com namorados/as	Tem/teve namorado/a	15	Edna, 24 anos: Sim [Tenho] namorado. (...) [É o] terceiro [namorado]. Ludomir, 15 anos: Já tive [muitas] namoradas.
	Não tem/teve namorado/a	1	Marcelo, 15 anos: Não [tenho nem tive namorada ou namorado].

As idades de início das relações sexuais variam entre os 10 e os 19 anos, situando-se a média nos 15 anos.

Na categoria “Relações sexuais” emergiram duas subcategorias, apresentadas no Quadro 3. Onze (11) jovens já tiveram relações sexuais, referindo nunca ter ocorrido gravidez, e cinco (5) nunca tiveram relações sexuais.

**Quadro 3. Relações sexuais**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Relações sexuais	Já teve relações sexuais, sem ocorrência de gravidez	11	Ivanildo, 24 anos: [Tive relações sexuais] muitas vezes, [pela primeira vez aos] 10 anos. (...) Nenhuma [das minhas namoradas engravidou]. Edna, 24 anos: Já [tive relações sexuais] (...) [pela primeira vez] aos 18 anos. (...) Não [nunca engravidei].
	Não teve relações sexuais	5	Keila, 15 anos: Nunca [tive] relações sexuais. Ludomir, 15 anos: Não [tive relações sexuais]. (...) Não queria. (...) Eu estou [preparado] mas não quero ter (...) não tinha vontade.

Na categoria “Noção de SSR” emergiram três subcategorias, apresentadas no Quadro 4. Embora a SSR integre várias dimensões da sexualidade humana, não

limitada apenas aos seus aspetos biológicos e fisiológicos, mas englobando também as vertentes emocionais e afetivas, nove (9) jovens associam-na à prevenção da gravidez e/ou de IST, cinco (5) entendem-na como sinónimo de relações sexuais, e dois (2) desconhecem o seu significado.

**Quadro 4. Noção de SSR**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto seleccionadas</b>
Noção de SSR	Associada à prevenção da gravidez e/ou de IST	9	Alcindo, 17 anos: [Saúde sexual e reprodutiva é] tentar não ter infeções e isso... Não apanhar doenças e não engravidar. Sandro, 19 anos: [Saúde sexual e reprodutiva é] ter alguns métodos contraceptivos.
	Sinónimo de relações sexuais	5	Aida, 15 anos: Fazer sexo é fixe. Paulo, 19 anos: [Saúde sexual e reprodutiva é] ter relações sexuais com a parceira ou parceiro.
	Desconhecida	2	Edna, 24 anos: Não sei mesmo [o que é saúde sexual e reprodutiva]. Eu sei muito pouco sobre isso.

Na categoria “Métodos contraceptivos conhecidos” emergiram sete subcategorias, apresentadas no Quadro 5. Verifica-se que o preservativo é o único método conhecido por todos. Quatro (4) jovens também referem o implante, três (3) a pílula, um (1) a pílula do dia seguinte, um (1) o DIU e um (1) o adesivo. Há métodos, como o anel vaginal, que não são referidos por qualquer deles.

**Quadro 5. Métodos contraceptivos conhecidos**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto seleccionadas</b>
Métodos contraceptivos conhecidos	Preservativos, pílula e implante	6	Viktor, 16 anos: Não conheço o termo contraceptivos. (...) [Além do] preservativo [conheço] a pílula e uma coisa que as raparigas metem no braço...
	Preservativos e pílula	5	Ivanildo, 24 anos: (...) Por enquanto não [conheço mais nenhum método contraceptivo além do] preservativo e pílula.
	Preservativo e implante	1	Marcelo, 15 anos: (...) [Conheço] o preservativo. Aquela coisa que mete no braço... a vacina... esqueci o nome.
	Preservativo, DIU, adesivo e implante	1	Maria, 17 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.

Preservativos, pílula e pílula do dia seguinte	1	Paulo, 19 anos: O preservativo (...) é para evitar as doenças... sexualmente transmissíveis, acho que é isso. (...). Para evitar a gravidez também. (...) Também existe o preservativo feminino. (...) Vi só a imagem, nunca vi ao vivo. (...) A pílula... já ouvi falar mas estávamos na aula de educação sexual e não estávamos muito virados para isso. Acho que tem a pílula do dia seguinte... (...) Por acaso não sei [como funciona].
Preservativos, adesivo e implante	1	Ludomir, 15 anos: (...) preservativos por causa do sexo. (...) O penso que é colado nas costas, o preservativo para as mulheres e um objeto que as mulheres põem no braço.
Preservativo	1	Roberto, 21 anos: [Métodos para não engravidar são] aquelas coisas brancas; aquelas assim que vêm num plástico. (...) [O preservativo serve] para proteger. (...) Para não engravidar elas. (...) Não sei [se serve para mais alguma coisa].

Na categoria “Métodos contraceptivos utilizados” emergiram cinco subcategorias, apresentadas no Quadro 6. Dos seis (6) jovens que nunca usaram qualquer método contraceptivo, cinco (5) não tiveram relações sexuais. Quatro (4) utilizaram o preservativo e a pílula, outros quatro (4) apenas o preservativo, uma (1) o preservativo, a pílula e o implante e uma (1) o preservativo, o coito interrompido e o implante. Verifica-se que o preservativo é ou já foi utilizado por todos os que já tiveram relações sexuais, exceto por um (1) deles, que nunca usou qualquer método.

**Quadro 6. Métodos contraceptivos utilizados**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Métodos contraceptivos utilizados	Nenhum	6	Roberto, 21 anos: [Para não engravidar] não [usamos nada]. (...) Temos que usar o preservativo que ela está sempre a pedir.
	Preservativo	4	Alcindo, 17 anos: [Usámos sempre preservativo] porque achávamos mais fácil. Não [nunca ocorreu uma falha].
	Preservativo e pílula	4	Viktor, 16 anos: (...) Sim [usámos preservativo]. (...) Houve só uma vez que não [porque] foi à pressa; não estava à espera. (...) Sim, [sabia que corria o risco] de passar doença ou engravidar. [Ela usava] a pílula, acho eu. (...) Não [falámos sobre isso].
	Preservativo, pílula e implante	1	Arlindo, 20 anos: [Quando tive relações sexuais pela primeira vez não] usei preservativo. (...) Ela era mais velha e já estava a tomar a pílula. (...) Sim [Mais tarde tive outras namoradas e] sim [usei preservativo masculino]. (...) porque o meu pai

		falou-me das doenças. (...) Não [Nunca falhou]. (...) A última [namorada] usou o implante [porque] ela tem o planeamento familiar. Ela esquecia-se de tomar a pílula.
Preservativo, coito interrompido e implante	1	Edna, 24 anos: Usámos [preservativo masculino]. (...) Era o que ele tinha à mão. (...) Sempre usei. Só com este aqui é que diz que não gosta.(...) Eu confio nele. (...) Eu sei que às vezes não devemos confiar mas... (...) Nunca tomei a pílula. Eu também não faço sexo quase sempre. [Nessas vezes, para não engravidar] ele tirava antes do... (...) Sei que não [resulta sempre]. Tenho casos de amigas que não resulta. Conosco resultou. (...) Tenho, tenho [no braço, o implante].

Na categoria “Método contraceptivo preferido” emergiram três subcategorias, apresentadas no Quadro 7. Metade destes jovens não tem preferência por qualquer método contraceptivo, sete (7) deles preferem o preservativo e um (1) a pílula.

**Quadro 7. Método contraceptivo preferido**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Método contraceptivo preferido	Nenhum	8	Roberto, 21 anos: Não tenho [nenhum método contraceptivo preferido].
	Preservativo	7	Alcindo, 17 anos: O preservativo [é o meu método contraceptivo preferido] porque é mais seguro e a pílula não protege das infeções. Arlindo, 20 anos: [Prefiro] o preservativo [porque] é mais seguro.
	Pílula	1	Maria, 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.

Na categoria “Local de obtenção de métodos contraceptivos” emergiram sete subcategorias, apresentadas no Quadro 8. Verifica-se que doze (12) jovens referem já ter adquirido métodos contraceptivos, dois dos quais sem os terem utilizado. Ao Centro de Saúde recorreram quatro (4), à farmácia três (3), ao supermercado um (1), e ao Centro Comercial um (1). Quatro (4) obtiveram-nos na escola e três (3) por outras vias: um por intermédio de familiares e dois através de entidades não identificadas.

### Quadro 8. Local de obtenção de métodos contraceptivos

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Local de obtenção de métodos contraceptivos	Escola	3	Viktor, 16 anos: [Adquiri os preservativos] na escola com a enfermeira Rosa.
	Centro de Saúde	2	Arlindo, 20 anos: [Arranjo os preservativos] no Centro de Saúde de Linda-a-Velha.
	Centro de Saúde e Centro Comercial	1	Odair, 17 anos: Comprei [preservativos] no Centro Comercial Alegro. (...) Já me deram lá (...) no Centro de Saúde; a médica de família.
	Escola, farmácia e supermercado	1	Paulo, 19 anos: [Arranjo os preservativos] na farmácia (...) ou compro nos supermercados. (...) Sim (...) deram-nos na escola.
	Farmácia	1	Sandro, 19 anos: [Compro preservativos] na farmácia.
	Farmácia e Centro de Saúde	1	Edna, 24 anos: Comprávamos [na farmácia] ou íamos ao centro de saúde pedir [preservativos].
	Outros locais	3	Ivanildo, 24 anos: Vêm uns homens de carro que distribuem aqui na Portela. Ludomir, 15 anos: Tenho [preservativos] lá em casa (...) do irmão mais velho.

Na categoria “Importância atribuída ao uso de preservativo” emergiu apenas uma subcategoria, apresentada no Quadro 9. Embora nem todos utilizem o preservativo, consideram-no importante para prevenir a gravidez e as IST.

### Quadro 9. Importância atribuída ao uso de preservativo

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Importância atribuída ao uso de preservativo	Prevenção da gravidez e das IST	16	Aida, 15 anos: Sim [é importante] para não ter uma gravidez indesejada [e] para não ter doenças (...) como a SIDA. Ivanildo, 24 anos: Claro que é importante [usar preservativo]. (...) Para não engravidar e não apanhar doenças daquelas que se transmitem e podem matar sexualmente.

Na categoria “IST conhecidas e identificadas” emergiram seis subcategorias, apresentadas no Quadro 10. A infeção pelo VIH/SIDA é referida por catorze (14) jovens. Destes, dois (2) mencionam também a gonorreia (um com outra designação), dois (2) a hepatite, um (1) o cancro do colo do útero e um (1) considera a infeção urinária uma IST. Os restantes dois (2) não referiram nenhuma IST.

**Quadro 10. IST conhecidas e identificadas**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
IST conhecidas e identificadas	Infeção pelo VIH/SIDA	8	Marcelo, 15 anos: Só me lembro da SIDA. (...) Destrói o nosso sistema imunitário e o corpo fica desprotegido para as doenças. (...) Acho que não [pode ter consequências mais graves]. Sandro, 19 anos: [Conheço só a] SIDA. (...) Transmite-se pela saliva e pelas relações sexuais.
	Infeção pelo VIH/SIDA e gonorreia	2	Arlindo, 20 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]. Ivanildo, 24 anos: A SIDA. (...) Uma pessoa tem e vais fazer relações sexuais com ela e tu podes apanhar isso. E do sangue também. (...) É grave. (...) Podes morrer. (...) O esquentamento (...) não deixa fazer xixi, tens dores (...) Muitos dos meus amigos apanharam. (...) Foram ao hospital, tomaram uma vacina. Ficaram bem. Estão aqui em casa e apanharam outra vez. É sempre a mesma coisa.
	Infeção pelo VIH/SIDA e hepatite	2	Edna, 24 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, vómitos... 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.
	Infeção pelo VIH/SIDA e cancro no colo do útero	1	Aida, 15 anos: A SIDA... (...). Infeções nas mulheres. (...) Cancro no colo do útero.
	Infeção pelo VIH/SIDA e infeção urinária	1	Odair, 17 anos: A SIDA (...) acho que é uma doença que não tem cura. (...) Não sei [o que é que ela faz no organismo das pessoas]. (...) A infeção urinária (...) acho que sim [também pode ser transmitida sexualmente].
	Nenhuma	2	Keila, 15 anos: Agora não me lembro do nome de nenhuma [IST]. (...) Sei que algumas são mais graves do que outras... que as pessoas podem ficar muito prejudicadas por causa disso... que podem morrer por causa disso.

Na categoria “Meios de prevenção de IST” emergiram duas subcategorias, apresentadas no Quadro 11. Todos os jovens referem a utilização do preservativo,

mas dois (2) consideram que outros métodos contraceptivos, como a pílula, também as previnem. No entanto, tal como foi referido no capítulo 1, os preservativos, masculino e feminino, são os únicos que protegem das IST. A vacinação é mencionada por um (1) dos jovens. Outro jovem inclui a realização de análises e exames, embora estes se destinem ao rastreio/diagnóstico de IST.

**Quadro 11. Meios de prevenção de IST**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Meios de prevenção de IST	Utilização de preservativo	13	Arlindo, 20 anos: [As IST previnem-se] usando o preservativo corretamente. Ivanildo, 24 anos: É com preservativo [que se previne]. (...) Mas podem usar preservativo e apanhar na mesma. [Para evitar as IST é usar] camisinha (...) e a cabeça. (...) É isso [ter juízo].
	Utilização de preservativo e outros métodos contraceptivos	1	Paulo, 19 anos: [As IST podem ser prevenidas] através dos métodos contraceptivos. (...) Acho que sim [todos], a pílula também.
	Utilização de preservativo, pílula e vacinação	1	Aida, 15 anos: Cancro no colo do útero [previne-se] com o preservativo (...) com a pílula e também vacinando. (...) Vacina do colo do útero.
	Utilização de preservativo e realização de análises e exames	1	Edna, 24 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].

Na categoria “Opinião sobre a IVG” emergiram cinco subcategorias, apresentadas no Quadro 12. Dez (10) jovens referem não concordar com esta prática. Dos restantes, três (3) são a favor de uma forma geral, um (1) se não houver condições para criar o filho, um (1) só se tiver ocorrido violação e um (1) em caso de violação e deficiência.

**Quadro 12. Opinião sobre a IVG**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Opinião sobre a IVG	Desfavorável	10	Ivanildo, 24 anos: Sou contra isso [o aborto/IVG] (...) em qualquer situação. Seja pobre, seja rico, mores na rua ou debaixo da ponte, sou contra isso. (...) Pessoas que fazem isso deviam ter cadeira elétrica. Não gosto disso (...) porque isso não se faz. Isso é matar uma pessoa. Naomi, 15 anos: 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. Ela não tem a culpa.
	Favorável em geral	3	Roberto, 21 anos: Concordo [com] o aborto se ela não quiser ter o filho (...).
	Favorável quando há falta de condições	1	Alcindo, 17 anos: [O aborto/IVG] Isso depende dos casais... há aqueles que não têm condições parar ter filhos... Sim [Nesses casos concordo].
	Favorável em caso de violação	1	Keila, 15 anos: Eu acho que... se acontecer, deviam ter tido cuidado e não devem deixar mas, se for violência, eu concordo. Aconteceu, não tem culpa. (...) mas noutro caso qualquer, acho que não. (...) Porque não acho certo estar a tirar a vida.
	Favorável em caso de violação e deficiência	1	Edna, 24 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.

Na categoria “Conhecimentos sobre o enquadramento legal da IVG em Portugal” emergiram seis subcategorias, apresentadas no Quadro 13. Sete (7) jovens referem desconhecimento do mesmo e, dos restantes, apenas um (1) manifesta ter conhecimento da legislação que se encontra em vigor, referida no capítulo 1.

**Quadro 13. Conhecimentos sobre o enquadramento legal da IVG em Portugal**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Conhecimentos sobre o enquadramento legal da IVG em Portugal	Desconhecem	7	Zico, 15 anos: Eu acho que é permitido fazer [a IVG] antes de uma certa altura. Não [sei qual]. Maria, 17 anos: Não [sei qual é o enquadramento legal da IVG em Portugal]. (...) Acho que não permite, digo eu.
	Illegal	3	Ivanildo, 24 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.
	Legal em situações de violação	3	Naomi, 15 anos: Pelo que eu vejo na TV, se for violação ou abusos sexuais, eles deixam. Mas se não for isso não deixam.
	Legal em situações de violação e deficiência	1	Edna, 24 anos: [Em Portugal a lei] permite sim nesses casos em que falei [filho com deficiências e violação].
	Pago e legal até aos três meses	1	Arlindo, 20 anos: Agora paga-se, acho eu. (...) Acho que é até aos três meses.
	Legal até às dez semanas	1	Alcindo, 17 anos: Acho que, se passar dez semanas não podem fazer o aborto.

#### 5.1.5.4. Formação/informação sobre Saúde Sexual e Reprodutiva

No que respeita ao tema “Formação/informação sobre SSR”, foram identificadas as categorias “Meios de obtenção de conhecimentos/informações sobre SSR”, “Autoavaliação do nível de formação/informação sobre SSR” e “Interesse e necessidades de formação/informação sobre SSR”.

Na categoria “Meios de obtenção de conhecimentos/informações sobre SSR” emergiram 10 subcategorias, apresentadas no Quadro 14. Treze (13) jovens obtiveram-nos com profissionais de saúde, sobretudo no âmbito da Saúde Escolar. Oito (8) referem os professores, o que está em grande parte relacionado com a inclusão do sistema reprodutor no programa curricular de algumas disciplinas. Oito (8) discutem estes assuntos com os amigos/colegas, e cinco (5) com familiares. Pode considerar-se que estes resultados vão ao encontro do que é descrito no capítulo 1, realçando a importância do papel da escola na educação sexual.

**Quadro 14. Meios de obtenção de conhecimentos/informações sobre SSR**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Meios de obtenção de conhecimentos/informações sobre SSR	Profissionais de saúde e professores	4	Zico, 15 anos: [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.
	Profissionais de saúde	2	Alcindo, 17 anos: Só na escola. Foi a enfermeira Rosa, na Saúde Escolar, que foi lá falar, uma vez no 7º e outra no 8º. (...) Não [costumo falar sobre isso com amigos ou familiares].
	Profissionais de saúde e amigos/colegas	2	Viktor, 16 anos: [Obtive conhecimentos sobre SSR] na escola com a enfermeira da saúde escolar. (...) [Com] amigos, mais ou menos.
	Profissionais de saúde, professores, amigos/colegas e familiares	2	Maria, 17 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].
	Profissionais de saúde e familiares	1	Sandro, 19 anos: Só na escola é que eu tive algumas [informações]. (...) Sim [foram enfermeiras]. (...) [A minha mãe e o meu irmão mais velho] já [falaram comigo sobre estes assuntos] (...) para ter noção das coisas que faço, para usar o preservativo, para ter precauções...
	Profissionais de saúde,	1	Paulo, 19 anos: [Obtive estes conhecimentos] na escola com professores e

professores e amigos		também com a enfermeira que veio de fora. (...) Com os amigos falo normalmente. Por exemplo, para mim é mais fácil falar como eu falo desses assuntos do que com os meus pais.
Profissionais de saúde, amigos/ colegas e familiares	1	Keila, 15 anos: Na escola, com a Dr <sup>a</sup> Rosa, temos falado sobre esse assunto. (...) [Obtive] alguns [conhecimentos] nas sessões e outros entre nós (...) com amigos e colegas. (...) A minha mãe já me avisou sobre isso; sobre essas coisas de engravidar. (...). As tias também.
Professores	1	Ludomir, 15 anos: [Na escola] (...) falaram [sobre o sistema reprodutor].
Amigos e familiares	1	Ivanildo, 24 anos: Nas conversas com os meus amigos... e os meus familiares falaram comigo sobre isso [IST].
Amigos do mesmo sexo (masculino)	1	Roberto, 21 anos: Não [nunca tive informação sobre isso]. (...) Não [falo sobre sexualidade com as amigas]. Só falo com os rapazes.

Na categoria “Autoavaliação do nível de formação/informação sobre SSR” emergiram quatro subcategorias. Seis (6) jovens consideram ser razoável, cinco (5) bom ou muito bom, quatro (4) básico ou suficiente, e um (1) baixo.

#### Quadro 15. Autoavaliação do nível de formação/informação sobre SSR

Categorias	Subcategorias	Frequência	Unidades de registo/contexto selecionadas
Autoavaliação do nível de formação/informação sobre SSR	Razoável	6	Zico, 15 anos: [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.
	Bom/muito bom	5	Roberto, 21 anos: [Considero-me] bem informado [sobre saúde sexual e reprodutiva].
	Básico/suficiente	4	Viktor, 16 anos: Acho que sou um bocadinho informado.
	Baixo	1	Marcelo, 15 anos: [Acho que a minha formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva é] pouca.

Na categoria “Interesse e necessidades de formação/informação sobre SSR” emergiram quatro subcategorias, apresentadas no Quadro 16. Onze (11) jovens não especificam e consideram ter interesse ou necessidades formativas em SSR em geral, três (3) sentem maiores necessidades no que respeita às IST, um (1) a nível dos métodos contraceptivos e IST, e um (1) refere as consequências das relações sexuais sem preservativo.

**Quadro 16. Interesse e necessidades de formação/informação sobre SSR**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Unidades de registo/contexto selecionadas</b>
Interesse e necessidades de formação/informação sobre SSR	SSR em geral	11	Naomi, 15 anos: Tenho curiosidade; tenho interesse em saber mas não quer dizer que vá fazer sexo... Marcelo, 15 anos: [Gostava de saber] um pouco de tudo.
	IST	3	Edna, 24 anos: Gostava de saber mais sobre as doenças transmissíveis. Só conheço essas duas [SIDA e hepatite] e eu sei que há mais.
	Métodos contraceptivos e IST	1	Keila, 15 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.
	Consequências das relações sexuais sem preservativo	1	Aida, 15 anos: Se fizer sexo sem preservativo o que é que acontece.

#### 5.1.6. Identificação dos problemas

Na análise dos dados, foram identificados os seguintes problemas:

- Dos onze (11) jovens que já tiveram relações sexuais, oito (8) nunca recorreram a serviços de SSR, e sete (7) não obtiveram métodos contraceptivos no centro de saúde.
- Nove (9) jovens associam a SSR à prevenção da gravidez e/ou de IST. Para cinco (5) deles a SSR é sinónimo de relações sexuais, e dois (2) desconhecem o seu significado.
- Todos os (16) jovens referem conhecer o preservativo, quatro (4) o implante, três (3) a pílula, um (1) a pílula do dia seguinte, um (1) o DIU e um (1) o adesivo. Nenhum dos jovens demonstra conhecer o anel vaginal, o método injetável, os espermicidas, os métodos naturais e os definitivos.
- Dos onze (11) jovens que já tiveram relações sexuais, um (1) nunca usou qualquer método contraceptivo.
- Dois (2) jovens não identificaram nenhuma IST. A infeção pelo VIH/SIDA é a mais conhecida, sendo mencionada por catorze (14) jovens, mas estes revelam poucos conhecimentos sobre a mesma. Um (1) também refere o cancro do colo do útero, dois (2) a gonorreia (um deles utiliza o termo “esquentamento”), dois (2) a hepatite e um (1) a infeção urinária.

- Todos os (16) jovens referem a utilização do preservativo como meio de prevenção das IST, mas dois (2) deles incluem outros métodos contraceptivos.
- Sete (7) jovens desconhecem o enquadramento legal da IVG em Portugal, e os restantes nove (9) mostram ter conhecimentos incompletos ou incorretos sobre o assunto.
- Existe uma discrepância entre os conhecimentos revelados pelos jovens e a sua autoavaliação quanto aos mesmos. Seis (6) consideram que o seu nível de formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva é “razoável”, cinco (5) “muito bom” ou “bom”, quatro (4) “básico” ou “suficiente”, e um (1) reconhece ser “baixo”.
- Todos os (16) jovens apresentam necessidades formativas. Onze (11) referem interesse e/ou necessidades de formação/informação sobre SSR em geral, três (3) especificamente sobre IST, um (1) sobre IST e métodos contraceptivos, e um (1) sobre consequências das relações sexuais sem preservativo.

#### 5.1.7. Diagnósticos de enfermagem

Segundo o International Council of Nurses - ICN (2011), 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. Apresentam-se, no Quadro 17, os diagnósticos de enfermagem efetuados com base nos problemas identificados no grupo de jovens, construídos com base na taxonomia CIPE na versão 2 (ICN, 2011).

**Quadro 17. Diagnósticos de enfermagem**

<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>	<b>Diagnóstico</b>
Comportamento de procura de serviços de SSR	Comprometido	Comportamento de procura de serviços de SSR comprometido
Conhecimento sobre o âmbito da SSR	Deficitário	Défice de conhecimento sobre o âmbito da SSR
Conhecimento sobre métodos contraceptivos	Deficitário	Défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos
Conhecimento sobre IST	Deficitário	Défice de conhecimento sobre IST
Conhecimento sobre IVG	Deficitário	Défice de conhecimento sobre IVG

## 5.2. Determinação de prioridades

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa do processo de planeamento em saúde, consistindo na hierarquização dos problemas identificados na etapa anterior (Imperatori & Giraldes, 1992; Tavares, 1992).

Todos os processos de decisão englobam sempre, de forma mais ou menos explícita, a adoção de critérios, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis (Tavares, 1992). Foram, assim, definidos os seguintes critérios de decisão:

- Amplitude ou magnitude do problema;
- Vulnerabilidade ou eficácia da intervenção;
- Exequibilidade da intervenção.

Na determinação de prioridades houve recurso à técnica da escala de medida linear. Trata-se de uma técnica geral de ordenação que consiste numa escala linear contínua de 0 a 1,00, sendo este o valor correspondente à prioridade máxima. Cada elemento do grupo de determinação de prioridades atribui um valor desta escala a cada problema de acordo com os critérios definidos, ordenando-os, no final, pela média obtida no somatório de todos os elementos (Tavares, 1992).

A priorização foi efetuada por um grupo de quatro membros, composto pela autora do projeto (membro A), por duas enfermeiras de Saúde Escolar do ACES Lisboa Ocidental e Oeiras, sendo uma da UCC Cuidar+ e outra da UCC Saudar (membros B e C), e por uma assistente social, coordenadora do Projeto Entrecul-E6G (membro D). Esta foi incluída no grupo por ser parceira no projeto e lidar diariamente com os jovens.

O estabelecimento de prioridades resultante da aplicação desta técnica à lista de problemas apresentados é apresentado no Apêndice X.

Uma vez que todos os problemas identificados e correspondentes diagnósticos de enfermagem se encontram interligados, decidiu-se intervir em todos.

### 5.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é a terceira etapa do planeamento em saúde, correspondendo os objetivos “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc.), pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos” (Tavares, 1992, p. 113).

Numa primeira fase procede-se à seleção de indicadores dos problemas prioritários representando um indicador “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1992, p. 119). Os principais tipos de indicadores são os de resultado ou de impacto, que permitem quantificar as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema, e os de atividade ou de execução, que permitem quantificar a atividade desenvolvida. Segue-se a fase da determinação da tendência, que não se aplica a este projeto devido à ausência de dados anteriores sobre a temática.

Na terceira fase são fixados os objetivos a atingir, que devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, e conter na sua formulação cinco elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido. O objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir, sendo formulado de uma forma geral, e os objetivos específicos de uma forma detalhada (Tavares, 1992).

Na quarta fase são traçados os objetivos operacionais, designados por metas, que são os enunciados dos resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades, sendo traduzidos em indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Foi traçado, como objetivo geral deste projeto, 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, entre dezembro de 2016 e fevereiro de 2017.

Para cada diagnóstico de enfermagem, foram estabelecidos objetivos específicos e operacionais, apresentados no Quadro 18.

**Quadro 18. Diagnósticos de enfermagem, objetivos específicos e objetivos operacionais**

<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>
Défice de conhecimento sobre o âmbito da SSR	Capacitar os jovens para compreenderem o âmbito da SSR.	Que três quartos (3/4) 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.
Défice de conhecimento sobre métodos contraceptivos	Capacitar os jovens para: - Identificarem e caracterizarem os métodos contraceptivos; - Demonstrarem a utilização correta do preservativo masculino.	Que três quartos (3/4) dos jovens presentes nas atividades: -Sejam capazes de identificar e caracterizar quatro métodos contraceptivos; -Sejam capazes de demonstrar corretamente a utilização do preservativo masculino.
Défice de conhecimento sobre IST	Capacitar os jovens para: -Identificarem e caracterizarem as IST; - Saberem prevenir as IST.	Que três quartos (3/4) dos jovens presentes nas atividades: - Sejam capazes de identificar e caracterizar três IST; - Saibam como prevenir as IST.
Défice de conhecimento sobre a IVG	Capacitar os jovens para: - Conhecerem o enquadramento legal da IVG em Portugal; - Conhecerem os procedimentos para a realização da IVG.	Que três quartos (3/4) dos jovens presentes nas atividades: - 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.
Comportamento de procura de serviços de SSR comprometido	Capacitar os jovens para: - Conhecerem os principais recursos de SSR existentes na sua área de residência; - Recorrerem aos serviços de SSR existentes na sua área de residência.	Que todos (4/4) 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.

#### **5.4. 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 & Giraldes, 1993).

Ao trabalhar com imigrantes, é fundamental contribuir para a sua capacitação

através de estratégias de promoção de saúde eficazes, cultural e linguisticamente apropriadas. A educação para a saúde (EpS) é essencial uma vez que a promoção, a manutenção e o restabelecimento da saúde sexual e reprodutiva exigem que os imigrantes recebam informação compreensível sobre o assunto, devendo o EEECSPP utilizar abordagens ativas na definição deste tipo de estratégias, mobilizando e integrando conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades (OE, 2010), bem como na área das ciências sociais, no que respeita à diversidade sociocultural.

Neste sentido, foi delineada uma estratégia de EpS centrada na capacitação dos jovens participantes no projeto através de atividades de aprendizagem, sendo a Eps entendida como

toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), que pode produzir mudanças no conhecimento e compreensão ou nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores; pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. (Tones, 1997, p. 37, tradução nossa)

Neste projeto de intervenção comunitária, as estratégias desenvolvidas têm subjacente o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPSNP), 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, neste caso o enfermeiro, deve funcionar como elemento influenciador, capacitando para a tomada de decisões congruentes com comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006).

Através da implementação do MPSNP, 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 de enfermagem que possibilitam que a pessoa mantenha o comportamento de saúde esperado, mas também as exigências imediatas.

## 5.5. Preparação operacional - Programação

Esta etapa do planeamento em saúde corresponde à operacionalização da intervenção, onde são especificadas as atividades, definidas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos (Tavares, 1992).

De forma a sistematizar e a orientar temporalmente as atividades programadas, controlando o seu desempenho, foi elaborado um Cronograma de Gantt (Apêndice XI).

Para este projeto foram desenvolvidas cinco atividades, norteadas pelo MPSNP (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) e selecionadas de acordo com as características do grupo. Procurou-se, com estas ações, ajudar os jovens a configurar um comportamento positivo para o futuro focalizando-se nos seus benefícios, ensinando-os a superar obstáculos de modo a mantê-lo. Para fomentar nos jovens um compromisso com o plano de ação, estabeleceu-se com eles uma relação de proximidade, incentivando constantemente um comportamento de promoção da saúde, mediante a compreensão dos benefícios para a ação.

As atividades realizadas com os jovens, apresentadas no Apêndice XII de acordo com os parâmetros referidos por Tavares (1992), foram as seguintes:

- Atividade Nº 1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR;
- Atividade Nº 2: Sessão de EpS sobre contraceção;
- Atividade Nº 3: Sessão de EpS sobre IST;
- Atividade Nº 4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR;
- Atividade Nº 5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide.

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 identificados (Apêndice XIII). As apresentações em *PowerPoint* elaboradas para estas sessões constam no Apêndice XIV. Algum do material utilizado nas sessões e distribuído aos jovens foi solicitado à Associação para o Planeamento da Família (APF) e à Associação Abraço, às quais foram previamente dirigidos pedidos formais por correio eletrónico.

A última atividade consistiu numa visita ao Centro de Saúde de Carnaxide, na qual foram prestadas informações sobre o funcionamento dos serviços de SSR da UCSP e do *Chat Carnaxide Jovem*.

Para efetuar o agendamento e a implementação de todas as atividades, foi solicitado o apoio da equipa afeta ao Clube de Jovens/Projeto Entrecul-E6G. Embora a intervenção tenha sido planeada em função do grupo de jovens que constituiu a amostra, foi solicitado pela sua coordenadora o alargamento a outros jovens, dentro da mesma faixa etária, frequentadores do Clube de Jovens.

## 5.6. Avaliação

A avaliação é a última etapa do processo de Planeamento em Saúde, integrando-se também em cada uma das anteriores. A sua primeira função é determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos, mediante o recurso a critérios e normas; em última análise, faz uma confrontação entre objetivos e estratégias, em termos de adequação (Tavares, 1992).

A avaliação resulta da mobilização de indicadores, que representam os dados observáveis e mensuráveis das variáveis do projeto. Os indicadores de processo ou atividade quantificam as atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto traduzem o impacto do projeto e os ganhos em saúde (Tavares, 1992). Uma vez que a avaliação dos indicadores de impacto só poderá ser realizada a longo prazo, dada a limitação temporal deste projeto estes não foram considerados, mas apenas os indicadores de processo ou atividade.

Todas as atividades planeadas foram realizadas, pelo que o indicador de processo neste âmbito é de 100%:

$$\frac{\text{Nº atividades realizadas}}{\text{Nº de atividades planeadas}} \times 100 = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$$

Os indicadores de processo referentes à adesão às atividades realizadas são apresentados no Quadro 19. Verifica-se que, dos 16 jovens participantes no projeto, o número dos que estiverem presentes variou entre as diversas atividades. Alguns dos jovens não chegaram a participar em nenhuma delas, o que se deveu a incompatibilidades de horário, embora se tenha optado por aquele que era acessível

à maioria. A fraca adesão à quarta sessão de EpS deveu-se à chuva intensa que caiu pouco tempo antes da sua realização, o que dissuadiu alguns dos jovens de comparecerem nessa tarde. No entanto, em todas as atividades estiveram presentes outros jovens que demonstraram interesse em assistir.

**Quadro 19. Avaliação dos indicadores de processo das atividades desenvolvidas**

<b>Atividades</b>	<b>Avaliação dos indicadores de processo</b>
Atividade Nº 1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	Nº total de jovens presentes: 13  $\frac{\text{Nº de jovens participantes presentes}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{11}{16} \times 100 = 69\%$
Atividade Nº 2: Sessão de EpS sobre contraceção	Nº total de jovens presentes: 11  $\frac{\text{Nº de jovens participantes presentes}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{8}{16} \times 100 = 50\%$
Atividade Nº 3: Sessão de EpS sobre IST	Nº total de jovens presentes: 20  $\frac{\text{Nº de jovens participantes presentes}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{16} \times 100 = 56\%$
Atividade Nº 4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	Nº total de jovens presentes: 13  $\frac{\text{Nº de jovens participantes presentes}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{16} \times 100 = 31\%$
Atividade Nº 5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	Nº total de jovens presentes: 10  $\frac{\text{Nº de jovens participantes presentes}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{16} \times 100 = 44\%$

Quanto à avaliação da consecução dos objetivos operacionais, é apresentada no Quadro 19. Esta avaliação foi efetuada oralmente ao grupo de participantes, no final de cada atividade, através de jogos, verificando-se que os objetivos foram atingidos na totalidade.

**Quadro 20. Atividades, objetivos operacionais e avaliação**

<b>Atividades</b>	<b>Objetivos operacionais</b>	<b>Avaliação</b>
Atividade Nº 1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	Que três quartos (3/4) 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.	4/4 4/4 4/4
Atividade Nº 2: Sessão de EpS sobre contraceção	Que três quartos (3/4) 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.	4/4 3/4
Atividade Nº 3: Sessão de EpS sobre IST	Que três quartos (3/4) dos jovens participantes presentes na atividade: - Sejam capazes de identificar e caracterizar três IST; - Saibam como prevenir as IST.	4/4 4/4
Atividade Nº 4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	Que três quartos (3/4) 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.	4/4 4/4
Atividade Nº 5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	Que todos (4/4) 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.	4/4 4/4

Para avaliar a satisfação dos participantes perante as atividades desenvolvidas, foram distribuídos questionários individuais e anónimos aos jovens no final de cada atividade (Apêndice XV). Tomando por base estes questionários, foram definidos seis indicadores de satisfação (Apêndice XVI).

Ao avaliar o 1º indicador de satisfação, verificou-se que todos os participantes (100%) responderam ter gostado ou gostado muito das atividades realizadas. Seguem-se algumas das justificações apresentadas:

- “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.”

Quanto ao 2º indicador de satisfação, na primeira atividade a grande maioria (81%), e nas restantes todos os participantes (100%) responderam ter ficado com as suas dúvidas esclarecidas.

No que diz respeito ao 3º indicador de satisfação, na primeira atividade a quase totalidade dos participantes (91%), e nas restantes todos os participantes (100%) consideraram a atividade adequada aos conteúdos.

Quanto ao 4º indicador de satisfação, na segunda atividade a quase totalidade dos participantes (88%), e nas restantes todos os participantes (100%) consideraram que as atividades realizadas contribuíram para a compreensão do tema. Este indicador não se aplica à atividade Nº5, devido ao facto de a questão não constar no respetivo questionário.

No que diz respeito ao 5º indicador de satisfação, alguns dos participantes consideraram a duração da primeira e da segunda atividades excessiva (36% e 50%, respetivamente), tendo a totalidade considerado que foi adequada nas restantes atividades.

Relativamente ao 6º indicador de satisfação, a maioria dos participantes sentiram-se entusiasmados ou interessados durante a 1ª e a 2ª atividades (73% e 75%, respetivamente), e a totalidade (100%) sentiu-se da mesma forma nas restantes atividades. Este indicador não se aplica à atividade Nº5, devido ao facto de a questão não constar no respetivo questionário.

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

## 6. CONCLUSÃO

A Ordem dos Enfermeiros (2010) considera que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, possuindo uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

As competências atribuídas e exigidas ao EEECSPP permitem-lhe participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva, e ao exercício da cidadania. Deste modo, o enfermeiro de EEECSPP intervém assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais (OE, 2010).

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, considerada uma área prioritária de intervenção.

Na sua realização foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1992), o que possibilitou o desenvolvimento de competências específicas do EEECSPP ao nível da conceção, desenvolvimento e implementação de um projeto (OE, 2010).

A primeira fase consistiu no diagnóstico da situação de saúde do grupo de jovens participantes no projeto e foi iniciada no 2º semestre do curso, em março de 2016. Por terem surgido dificuldades relacionadas com a falta de disponibilidade de alguns dos jovens devido às atividades inerentes ao final do ano letivo, esta fase só foi concluída no início do 3º semestre. Foram então identificados os principais problemas existentes neste grupo e realizada a sua priorização, e delineada uma intervenção comunitária adequada às suas necessidades. Nesta fase, foram

desenvolvidas algumas competências relacionadas com a utilização de métodos e técnicas de investigação.

No decurso da operacionalização do projeto também surgiram alguns constrangimentos. Não tendo sido possível encontrar um horário para as atividades compatível com a disponibilidade de todos os jovens que integravam a amostra, alguns não puderam participar. No entanto, foi possibilitada a outros jovens, da mesma faixa etária, a assistência às mesmas. Alguns deles não se encontravam disponíveis aquando da realização das entrevistas, mas mostraram-se interessados em participar nas atividades. Também ocorreu um aumento da duração que estava prevista para algumas das sessões de EpS, o que se deveu a atrasos na chegada de alguns dos participantes, a momentos de maior agitação dos mesmos e a interrupções de diversa ordem. Outra dificuldade relacionou-se com o facto de, nas últimas semanas de implementação do projeto, o número de elementos da equipa afeta ao Clube de Jovens ter diminuído, o que levou à redução do horário de funcionamento do mesmo e à impossibilidade de apoiar a realização das atividades nas datas inicialmente agendadas. Consequentemente, deu-se um atraso na sua conclusão.

O estabelecimento de parcerias foi essencial para a concretização do projeto, o que está de acordo com o que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2010), segundo a qual cabe ao EEECSPP estabelecer parcerias com autarquias, ONG e outras instituições, no desenvolvimento de projetos educativos na área da saúde, tendo em vista o *empowerment* e o aumento da literacia em saúde dos migrantes.

Neste projeto adotei uma estratégia de intervenção que teve por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006), sendo a educação para a saúde uma componente essencial deste processo. Com as atividades desenvolvidas, selecionadas de acordo com as características do grupo, procurei orientar os jovens relativamente à SSR, focalizando-se nos 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, estabeleci com eles uma relação de proximidade, incentivando constantemente um comportamento de promoção da saúde através da compreensão dos benefícios para a ação, tal como é proposto por Nola Pender.

A adoção de uma abordagem holística permitiu-me lidar com as diferenças e as necessidades específicas do grupo de jovens alvo desta intervenção e desenvolver

competências culturais, tentando realizar uma intervenção de enfermagem que fosse ao encontro dos seus desejos, valores e necessidades pessoais, de acordo com Leininger (2001, 2002a, 2002b) e Campinha-Bacote (2003, 2011). Sendo a competência cultural entendida como um processo contínuo, ao longo deste percurso esforcei-me por ter capacidade e disponibilidade para trabalhar efetivamente no contexto cultural do grupo de jovens, integrando os diversos constructos.

O processo iniciou-se com os primeiros ‘encontros culturais’ na comunidade, que me colocaram em interação com os seus membros e me permitiram validar, refinar ou modificar conhecimentos previamente adquiridos sobre valores, crenças e práticas existentes sobre os diversos grupos culturais aí existentes. Realço o caso particular dos cabo-verdianos, maioritários nesta comunidade e sobre os quais eu julgava ter um conhecimento razoável pelo facto de já ter trabalhado em Cabo Verde, de ter efetuado diversas viagens pelo arquipélago e de ter realizado, no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, um estudo que incidiu sobre um grupo de mulheres cabo-verdianas residentes em Portugal. A partir daí, comecei a trabalhar nos outros constructos. O ‘desejo cultural’ traduziu-se na minha motivação para querer ser culturalmente competente, respeitando as diferenças e estando disposta a aprender com o grupo. Também foi importante ter ‘consciência cultural’, ou seja, fazer um autoexame e explorar o meu próprio *background* cultural, o que levou à compreensão das bases do meu comportamento e do modo como este poderia inibir ou facilitar a relação com os jovens. O ‘conhecimento cultural’ foi fundamental, tendo 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. Procurei, também, adquirir alguma ‘perícia cultural’ por via da recolha de dados relativos aos problemas apresentados pelos jovens, 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. À medida que as atividades se iam desenrolando, constatei o desenvolvimento progressivo de um clima de familiaridade, confiança e de uma maior abertura por parte dos jovens, favorável ao esclarecimento das suas dúvidas.

Considero ter contribuído para a melhoria da saúde da população alvo através da identificação das necessidades/problemas de SSR 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 de SSR saudáveis, mediante o aumento da literacia em saúde. Os ganhos em saúde originados por este projeto foram, conseqüentemente, proporcionar ao grupo alvo mais informação sobre SSR, promotora de uma sexualidade saudável.

A avaliação dos indicadores / resultados obtidos mostra, por seu lado, terem sido alcançados os objetivos propostos para este projeto.

Além de ter constituído para mim um desafio pessoal e profissional que considero ter sido bem sucedido, este projeto teve, como contributo para a UCC Cuidar+, a promoção do contacto com outras instituições da comunidade e o estabelecimento de parcerias, num esforço conjunto para proporcionar melhores cuidados de saúde a um grupo populacional com necessidades específicas.

Por parte da equipa do Clube de Jovens, foi manifestada satisfação com a realização do projeto e vontade de manter o contacto, no sentido de continuar a dar apoio aos jovens que frequentam o local.

Este projeto poderá, assim, ter continuidade ou constituir um ponto de partida para outras ações com grupos populacionais mais vulneráveis, onde se incluem os imigrantes e seus descendentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. & Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health*, 12, 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, I.P.).
- APF- Associação para o Planeamento da Família & ICS – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (2008). *A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes*. Acedido em 30-10-2016. Disponível em [http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/artigo\\_versao\\_final\\_para\\_site.pdf](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/artigo_versao_final_para_site.pdf)
- 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 competente 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), 42-48.
- Cashman, R.; Eng, E.; Simán, F. & 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), 236-248.
- Delgado, S. B. (2013). *Vários Percursos Diversas Identificações: Descendentes de Migrantes Cabo-verdianos no Bairro do Talude – Unhos*. Lisboa: ACIDI, I.P.

- DeSantis, L., Thomas, J. T. & Sinnett, K. (1999). Intergenerational Concepts of Adolescent Sexuality: Implications for Community-Based Reproductive Health Care with Haitian Immigrants. *Public Health Nursing*, 16 (2), 102–113.
- Dias, S., Gama, A. & 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, 255-263.
- Dias, S. & Matos, M. G. (2013). Educação Sexual em Meio Escolar: percepção dos alunos. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4 (2). Acedido em 30-10-2016. Disponível em <http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/rpca/article/viewFile/419/399>
- Dias, S. F., Rocha, C. F. & Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI).
- Direcção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. (Ed. revista e atualizada). Lisboa: DGS.
- Direcção-Geral da Saúde (2015a). Orientação nº 010/2015 de 29/10/2015. *Disponibilidade de métodos contraceptivos*. Acedido em 30-01-2016. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar--contracepcao/orientacao-n10dssrij-de-29102015.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2015b). *Doenças de Declaração Obrigatória 2011-2014: Volume 1- Portugal*. Lisboa: DGS. Acedido em 15-10-2016. Disponível em [www.DGS.pt](http://www.DGS.pt).
- Direcção-Geral da Saúde (2015c). *Portugal – Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015*. Lisboa: DGS. Acedido em 15-10-2016. Disponível em [www.DGS.pt](http://www.DGS.pt).

Direção-Geral da Saúde (2016). *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2015*. Lisboa: DGS. Acedido em 15-01-2017. Disponível em [www.DGS.pt](http://www.DGS.pt).

Entidade Reguladora da Saúde (2015). *Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Acedido em 29-12-2015. Disponível em [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1473/Estudo\\_ERS - Acesso a Cuidados de Saude por Imigrantes.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1473/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes.pdf)

Évora, I. (2007). *Comportamento de prevenção ao HIV/SIDA entre jovens de origem cabo-verdeana 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. Acedido em 26-03-2016. Disponível em <http://pascal.iseq.utl.pt/~cesa/files/publicacoes/OP5.pdf>

Fonseca, M. L., Ormond, M., Malheiros, J., Patrício, M. & Martins, F. (2005). *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias étnicas (ACIME).

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, 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). Acedido em 28-10-2016. Disponível em <http://ftp.iza.org/dp7588.pdf>

Imperatori, 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 (2012). *Destaque: A População estrangeira em Portugal 2011*. Acedido em 29-12-2015. Disponível em <https://www.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Retorno de Informação Personalizada dos Municípios*. Acedido em 21-04-2017. Disponível em <https://www.ine.pt/documentos/municipios/1110.pdf>

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*. Acedido em 10-01-2016. Disponível em [publications.iom.int/books/international-migration-health-and-human-rights](http://publications.iom.int/books/international-migration-health-and-human-rights)

Lei nº 3/84 de 24 de Março (1984). Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República I Série, N°71 (24-03-1984), 981-983.

Lei nº 16/2007 de 17 de Abril (2007). Exclusão da ilicitude nos casos da interrupção voluntária da gravidez. Diário da República 1ª série, N° 75 (17-04-2007), 2417-2418.

Leininger, M. (1970). *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Leininger, M. (Ed.) (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Leininger, M. (2002a). Essential Transcultural Nursing Care Concepts, Principles, Examples, and Policy Statements. In M. Leininger & M. McFarland. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (3rd ed.) (pp. 45-69). New York: McGraw-Hill Medical Division.

- Leininger, M. (2002b). PART I. The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Method. In M. Leininger & M. McFarland. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice* (3rd ed.) (pp. 71-98). New York: McGraw-Hill Medical Division.
- 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), 330–338.
- Maternowska, M. C., Withers, M. & Brindis, C. (2014). Gender, masculinity and migration: Mexican men and reproductive health in the Californian context. *Culture, Health & Sexuality*, 16 (8), 989-1002.
- Matos, M. G., Gonçalves, A. & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: Uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 75-85.
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M. & 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. Acedido em 15-06-2016. Disponível em [http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618\\_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf](http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf)
- 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.). Acedido em 15-03-2016. Disponível em [www.cmoeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/Interculturalidade/Documents/14.Oeiras.VF.PDF](http://www.cmoeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/Interculturalidade/Documents/14.Oeiras.VF.PDF)
- Minnis, A. M., Doherty, I., van Dommelen-Gonzalez, E., Cheng, H., Otero-Sabogal, R. & Padian, N. S. (2010). Immigration and Sexual Partner Risk Among Latino

Adolescents in San Francisco. *Journal of Immigrant Minority Health*, 12, 900–908.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Acedido em 30-1-2016. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei\\_111-09\\_16\\_Setembro\\_EstatutoOE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em 09-1-2016. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

Pender, N. J.; Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Riske, A. & Razum, O. (2011). Maternal and child health – from conception to first birthday. In B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict & M. Mckee (Eds.). *Migration and health in the European Union* (pp. 139-154). New York: Open University Press. Acedido em 28-01-2016. Disponível em [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0019/161560/e96458.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf)

Rocha, C. M. F., Darsie, C., Gama, A. & 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), 190-200. Acedido em 26-03-2016. Disponível em [www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17881](http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17881)

Saurina, C., Vall-Llosera, L. & Saez, M. (2010). A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare region. *BMC Public Health*, 10, 379-390.

- Sawleshwarkar, S., Kakar, S. R., Jones, R., Lagios, K., Mindel, A. & 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), 1327-1330.
- Schoevers, M. A., Van Den Muijsenbergh, M. E. T. C. & 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), 256–264.
- Sebo, P., Jackson, Y, Haller, D. M., Gaspoz, J-M & Wolff, H. (2011). Sexual and Reproductive Health Behaviors of Undocumented Migrants in Geneva: A Cross Sectional Study. *Journal of Immigrant Minority Health*, 13, 510-517.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2016). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2015*. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Acedido em 23-06-2016. Disponível em [www.sef.pt](http://www.sef.pt).
- Shangase, P. & Egbe, C. O. (2015). Barriers to accessing HIV services for Black African communities in Cambridgeshire, the United Kingdom. *Journal of Community Health*, 40 (1), 20-26.
- Smith, H. & 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* (pp. 93-111). Geneva: World Health Organization.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção & Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015). *Avaliação das Práticas contraceptivas das Mulheres em Portugal 2015*. Acedido em 30-10-2016. Disponível em <http://www.spginecologia.pt/uploads/Praticas-contracetivas-2015.pdf>.

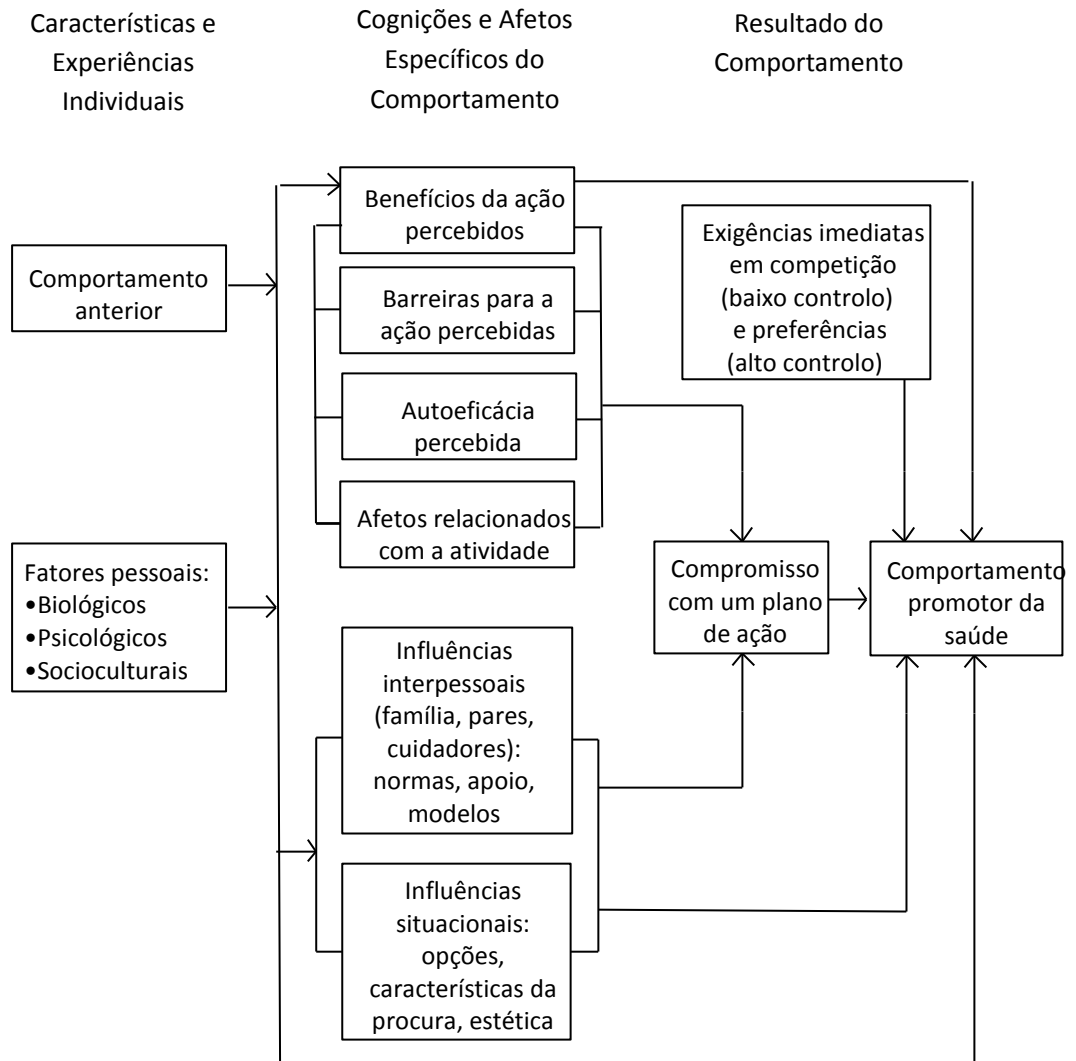
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª ed.). Cadernos de Formação Nº 2. Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento 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. Acedido em 09-03-2016. Disponível em [www.cmoeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/Interculturalidade/Documents/PMOII\\_Vers%C3%A3o%20Final.pdf](http://www.cmoeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/Interculturalidade/Documents/PMOII_Vers%C3%A3o%20Final.pdf)
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Tones, K. (1997). Health education as empowerment. In M. Sidell, L. Jones, J. Katz & Peberdy, A. (Eds.). *Debates and Dilemmas in Promoting Health* (pp. 33-42). London: Palgrave MacMillan.
- Turner, D. W. (2010). Qualitative Interview Design: A Practical Guide for Novice Investigators. *The Qualitative Report*, 15 (3), 754-760. Acedido em 11-06-2016. Disponível em <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR15-3/qid.pdf>
- UNFPA (2006). *A state of the world population: A passage to hope*. New York: UNFPA. Acedido em 29-01-2016. Disponível em [www.unfpa.org.br/Arquivos/sowp06-en.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/sowp06-en.pdf)
- Vala, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (11ª ed.) (pp. 101-128). Porto: Afrontamento.
- Watson, R.; Mckenna, H.; Cowna, S. & Keady, J. (2008). *Nursing Research Designs and Methods*. Philadelphia, PA: Elsevier.

- World Health Organization (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO. Acedido em 03-04-2016. Disponível em [www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
- World Health Organization (2010). *Health of migrants: The way forward – report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March*. Geneva: WHO. Acedido em 29-01-2016. Disponível em [www.who.int/hac/events/consultation\\_report\\_health\\_migrants\\_colour\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf)
- World Health Organization (2016a). *Sexual and reproductive health*. Acedido em 03-04-2016. Disponível em [www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/)
- World Health Organization (2016b). *Sexually transmitted infections (STIs): Fact sheet*. Acedido em 06-12-2016. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- World Health Organization (2016c). *HIV/AIDS: Fact sheet*. Acedido em 06-12-2016. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
- Wray, A., Ussher, J. M. & Perz, J. (2014). Constructions and experiences of sexual health among young, heterosexual, unmarried Muslim women immigrants in Australia. *Culture, Health & Sexuality*, 16 (1), 76-89.

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

## Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Pender, Murdaugh & Parsons (2006), tradução nossa.

**Anexo II** - Caracterização sociodemográfica dos habitantes dos bairros Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela, Páteo dos Cavaleiros e São Marçal

**Nº de habitantes com nacionalidade dos PALOP dos bairros  
Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela,  
Páteo dos Cavaleiros e São Marçal**

<b>Nacionalidade</b>	<b>Nº de habitantes</b>
Moçambicana	4
Sãotomense	45
Angolana	48
Guineense	50
Caboverdiana	629
<b>Total</b>	<b>806</b>

Fonte: Dados fornecidos pela Câmara Municipal de Oeiras ao Projeto Entrecul-E6G

**Nº de habitantes com idades entre 15-29 anos dos bairros  
Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela,  
Páteo dos Cavaleiros e São Marçal**

<b>Grupo de Idade</b>	<b>Nº de habitantes</b>
15 - 19 anos	387
20 - 24 anos	444
25 - 29 anos	403
<b>Total</b>	<b>1234</b>

**Escolaridade dos habitantes dos bairros Alto dos Barronhos,  
Encosta da Portela, Outurela-Portela, Páteo dos Cavaleiros e São Marçal**

<b>Escolaridade</b>	<b>Nº de habitantes</b>
Analfabeto	409
Infantário	43
1º ciclo	1193
2º ciclo	572
3º ciclo	663
Secundário	355
Ensino especial	21
Técnico-profissional	208
Universitário	93
Sem informação	948
<b>Total</b>	<b>4505</b>

Fonte: Dados fornecidos pela Câmara Municipal de Oeiras ao Projeto Entrecul-E6G

**Situação perante o trabalho dos habitantes dos bairros  
Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Outurela-Portela, Páteo dos  
Cavaleiros e São Marçal**

<b>Situação perante o trabalho</b>	<b>Nº de habitantes</b>
Ativos	1176
Desempregados	1052
Domésticas	56
Estudantes	1096
Pensionistas	543
Reformados	13
Reclusos	47
Sem informação	522
<b>Total</b>	<b>4505</b>

Fonte: Dados fornecidos pela Câmara Municipal de Oeiras ao Projeto Entrecul-E6G.

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I** - Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar+

## **Caracterização da Unidade de Cuidados na Comunidade Cuidar+**

No âmbito da nova reforma dos Cuidados de Saúde Primários, foram criadas as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que têm como finalidade dar resposta às necessidades de saúde da população, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, contribuindo desta forma para melhorar o estado de saúde dos cidadãos através de intervenções/atuações a nível da promoção da saúde e prevenção da doença.

A UCC Cuidar+, tendo sido formalmente constituída a 26 de Novembro de 2010, pertence ao ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras, situa-se em Queijas, e a sua área de intervenção abrange Queijas, Carnaxide, Linda-a-Velha e Algés. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde, na integração de redes sociais de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A linha de ação da UCC Cuidar+ pressupõe uma articulação direta e transversal, ao nível da prestação de cuidados de saúde, com as Unidades Funcionais da área geográfica de Oeiras Oriental, compreendendo as UCSP de Algés, Carnaxide e Linda-a-Velha, a USF Jardim dos Plátanos, em Linda-a-Velha, a USF Lusa, em Carnaxide, e a USF Dafundo. Dá também resposta aos utentes provenientes dos cuidados de saúde diferenciados, aos referenciados pela rede de cuidados continuados integrados, e aos que se encontram na comunidade e que necessitam de cuidados de saúde. Trabalha ainda em parceria com os recursos da comunidade, incluindo a autarquia de Oeiras, juntas de freguesia, escolas, instituições de solidariedade social, bombeiros e serviços policiais.

As atividades dos profissionais centram-se nas seguintes áreas de intervenção: Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Cuidados Paliativos, Saúde Escolar, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de Oeiras, # Chat Carnaxide Jovem (em parceria com a Câmara Municipal de Oeiras), Programas e Projetos de Intervenção Comunitária e Redes Sociais da Comunidade. A UCC dispõe ainda de uma sala de tratamentos, aberta todos os dias úteis das 13h30 às 15h.

## **Apêndice II** - Caracterização do Clube de Jovens da Outurela

## **Caracterização do Clube de Jovens da Outurela**

O Clube de Jovens da Outurela é um espaço informal de referência para a população juvenil residente na zona da Outurela/Portela. Aí funciona atualmente o Projeto Entrecul-E6G, que integra o Programa Escolhas, criado em 2001 e promovido pela Presidência do Conselho de Ministros e integrado no Alto Comissariado para as Migrações – ACM, IP, cuja missão é promover a inclusão social de crianças e jovens de contextos socioeconómicos vulneráveis, visando a igualdade de oportunidades e o reforço da coesão social.

O Entrecul-E6G tem como âmbito territorial os bairros municipais do Alto dos Barronhos, Encosta da Portela, Pátio dos Cavaleiros, São Marçal e Outurela-Portela, e pretende promover a inclusão social de crianças e jovens em contexto escolar e de jovens desocupados, através da participação em atividades que promovam o aumento das suas qualificações escolares e profissionais, para uma facilitadora integração social.

Tem como Consórcio um conjunto de oito entidades, nomeadamente a Câmara Municipal de Oeiras (Entidade Promotora), a AJUDE – Associação Juvenil para o Desenvolvimento (Entidade Gestora), e as seguintes entidades parceiras: Academia dos Champs, Agrupamento de Escolas Carnaxide/Portela, Associação Cultural e Desportiva da Pedreira dos Húngaros, Associação de Solidariedade Social Assomada, CPCJ de Oeiras e a Divisão Policial de Oeiras – Secção de Policiamento de Proximidade.

## **Apêndice III** - Revisão *scoping* da literatura

## REVISÃO SCOPING DA LITERATURA

A revisão *scoping* da literatura que foi efetuada tem como objetivos fornecer a evidência disponível, independentemente da qualidade; identificar algumas lacunas que possam existir na evidência; esclarecer conceitos chave e fornecer uma ampla visão de uma determinada área temática (The Joanna Briggs Institute, 2015).

Partindo do tema “Promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens descendentes de imigrantes”, foram formuladas as seguintes questões:

- Existem necessidades específicas de SSR entre os jovens descendentes de imigrantes?
- Que estratégias podem ser utilizadas pelo enfermeiro de saúde comunitária para promover a SSR dos jovens descendentes de imigrantes?

A partir dos principais conceitos, foram elaboradas as seguintes palavras-chave: immigrants = Imigrantes; descendants of immigrants = descendentes de imigrantes; sexual and reproductive health = saúde sexual e reprodutiva; community= comunidade; immigration = Imigração.

De acordo com o que é sugerido no protocolo, foi desenvolvida a seguinte mnemónica PCC:

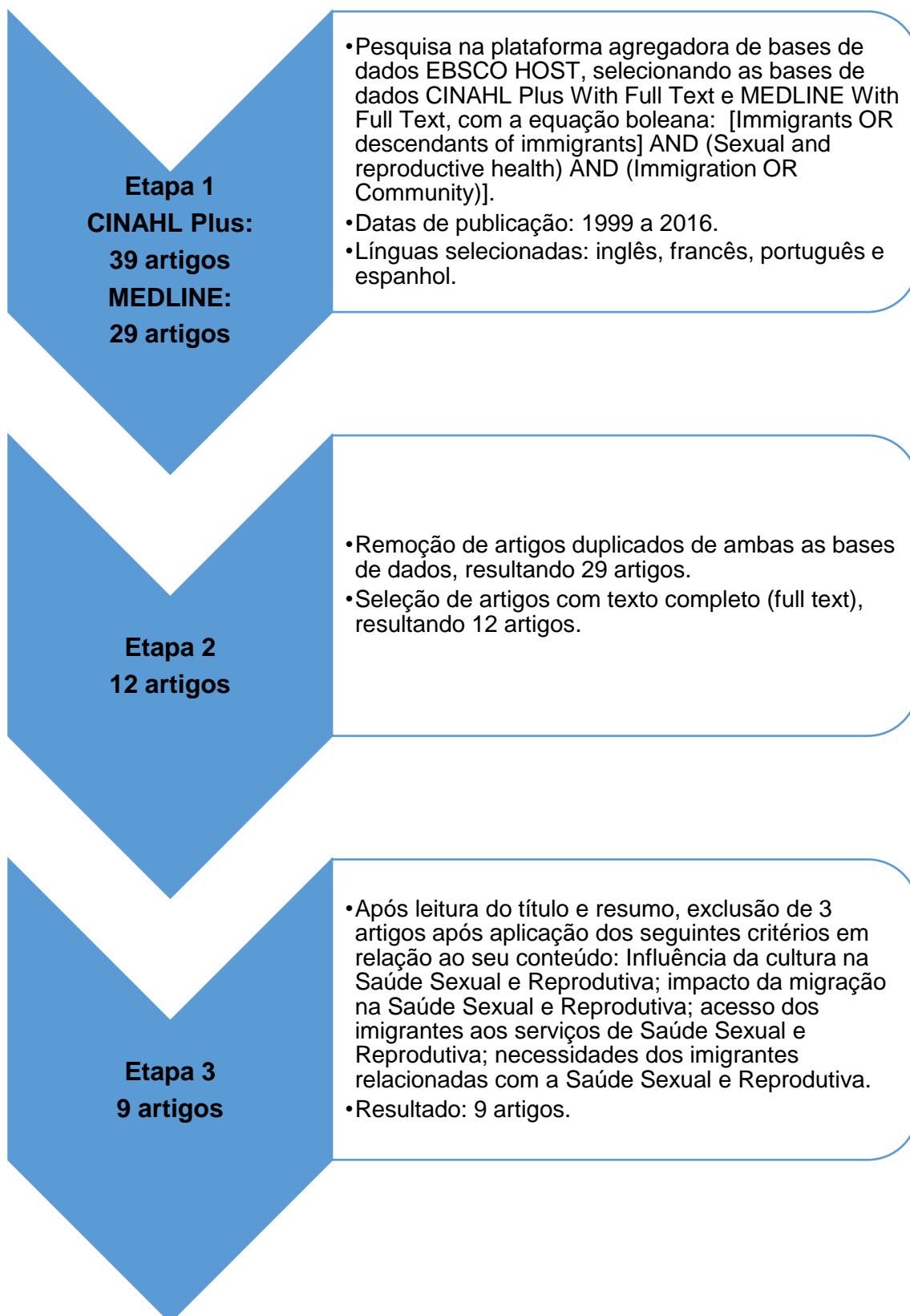
- População (P): immigrants / descendants of immigrants;
- Conceitos (C): sexual and reproductive health;
- Contexto (C): community); immigration.

Daqui resultou a equação booleana: (Immigrants OR descendants of immigrants) AND (sexual and reproductive health) AND (immigration OR Community).

A estratégia de pesquisa utilizada obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Plataforma agregadora de bases de dados EBSCO HOST, selecionando as bases de dados CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text;
- Línguas: inglês, francês, português e espanhol;
- Limite temporal: de 1999 a 2016;
- Acesso ao texto integral em PDF;
- Os artigos deveriam abordar os seguintes assuntos: relação entre a cultura e a SSR; impacto da migração na SSR; acesso dos imigrantes/descendentes de imigrantes aos serviços de SSR; necessidades de SSR dos imigrantes/descendentes de imigrantes.

## Etapas da revisão *scoping* da literatura



## Resumo dos artigos selecionados na revisão *scoping* da literatura

<b>Autores</b>	<b>Título</b>	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Conclusões</b>
Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M. L. & Linares-Abad, M.	Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study	2015	Este artigo pretende contribuir para o esclarecimento sobre as crenças e experiências em saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes numa região do sul de Espanha.	Os resultados sugerem que o comportamento das mulheres é influenciado pelos preceitos das suas sociedades de origem. Assim, os processos de saúde sexual e reprodutiva devem ser adaptados e incorporados na nossa sociedade, prestando especial atenção à população imigrante.
Maternowska M. C.; Withers, M. & Brindis, C.	Gender, masculinity and migration: Mexican men and reproductive health in the Californian context	2014	Esta análise de homens mexicanos, imigrantes recentes no sul da Califórnia, focaliza-se nas perspetivas em mudança das dinâmicas dos papéis de género, masculinidade e relacionamentos no contexto da migração, de forma a explicar os baixos níveis de utilização dos serviços de saúde reprodutiva.	A promoção da mudança comportamental no que respeita à saúde reprodutiva, especialmente a adoção do planeamento familiar, não tem frequentemente em consideração as normas e os constrangimentos profundamente enraizados que influenciam o comportamento. Compreender e abordar as motivações sexuais e reprodutivas dos homens no contexto fluido e binacional é importante, senão vital, para a saúde dos mexicanos que vivem em ambos os hemisférios, quer no sul quer no norte. O processo de migração e o nivelamento do poder económico entre casais pode desafiar os papéis tradicionais masculinos dos mexicanos. Uma vez que as escolhas e comportamentos sexuais dos homens afetam a sua saúde reprodutiva (e a das suas parceiras), os serviços de saúde reprodutiva devem refletir a complexidade das identidades de género em mudança dos homens e das normas comunitárias. Esta análise sugere de que forma os serviços de saúde reprodutiva podem ser melhorados para melhor satisfazerem as necessidades em mudança desta população imigrante. Para isso, os programas precisam de incorporar preocupações e significados gerados

				localmente, quer nos locais de prestação de cuidados quer nas ações de sensibilização. A necessidade de orientar e treinar devidamente o <i>staff</i> e os prestadores de cuidados, de forma a compreenderem a natureza dinâmica e em mudança dos imigrantes mexicanos que vivem na Califórnia, é um ingrediente vital para o sucesso de qualquer programa.
Wray, A., Ussher, J. M. & Perz, J.	Constructions and experiences of sexual health among young, heterosexual, unmarried Muslim women immigrants in Australia	2014	As mulheres imigrantes pertencentes a minorias étnicas são frequentemente vulneráveis a fracos resultados em termos de saúde sexual, devido a um baixo uso dos serviços de saúde sexual, à falta de conhecimento e ao estigma social associados à discussão da sexualidade. Este artigo explora os relatos de saúde sexual fornecidos por um grupo de jovens imigrantes muçulmanas, solteiras e heterossexuais, residentes e estudantes em Sydney, um grupo pouco investigado no contexto australiano. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas, focalizadas no sexo antes do casamento, na seleção das esposas e no uso de contraceptivos.	A análise de discurso feminista identifica a 'pureza versus corrupção' como a construção primária da sexualidade feminina, onde as mulheres posicionaram o seu comportamento sexual como o da pureza e o não envolvimento ou corrupção através da participação não desposada. Os subtemas 'mantendo a ignorância e a ingenuidade', 'permanecendo virgem', 'segregação sexual' e 'mulher perdida' captam as experiências pessoais relacionadas com a sexualidade e os valores no contexto das suas comunidades religiosas e culturais.
Cashman, R., Eng, E., Simán, F. & Rhodes, S. D.	Exploring the sexual health priorities and needs of immigrant Latinas	2011	Identificar prioridades, lacunas na informação e capacidades em	Os resultados revelaram falta de conhecimento sobre saúde sexual, vergonha e constrangimento relacionados com exames clínicos e

	in the Southeastern United States: a community-based participatory approach		saúde sexual, e características das intervenções chave para melhorar a saúde sexual de imigrantes latinas.	conversas sobre sexo, barreiras a vários níveis à saúde sexual e má informação sobre transmissão de doenças. Os resultados também sugerem que as intervenções devem incluir informação e aconselhamento sobre um amplo espectro de tópicos de saúde sexual e reprodutiva. Tais intervenções podem servir para ajudar a diminuir as disparidades de saúde experimentadas por esta população vulnerável.
Schoevers, M. A., Van Den Muijsenberg h, M. E. T. C. & Lagro-Janssen, A. L. M.	Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health	2010	Determinar os problemas de saúde reprodutiva de mulheres imigrantes ilegais, e quais os obstáculos enfrentados quando procuram ajuda para esses problemas.	O estado de saúde reprodutiva das mulheres imigrantes ilegais na Holanda é preocupante. Existe uma necessidade urgente de capacitar as mulheres ilegais através da educação. O governo holandês deve empreender esforços para melhorar o acesso aos serviços de saúde reprodutiva e planejamento familiar.
Minnis, A. M., Doherty, I., van Dommelen-Gonzalez, E., Cheng, H., Otero-Sabogal, R. & Padian, N. S.	Immigration and Sexual Partner Risk Among Latino Adolescents in San Francisco	2010	Examinar a relação entre a geração de imigrantes e o risco do parceiro sexual usando dados prospectivos de uma amostra baseada numa comunidade urbana de jovens latinos carenciados.	Embora a probabilidade de ter parceiros de alto risco diminua com uma elevada monitorização parental, nenhuma medida influenciada pela família mediou estas relações. Os resultados sublinham a necessidade de uma focalização da prevenção na escolha do parceiro, dando atenção ao maior risco com o aumento da geração americana.
Dias, S., Gama, A. & Rocha, C.	Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health	2010	Explorar atitudes e experiências relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva (SSR) de mulheres imigrantes africanas e brasileiras em Portugal.	Este estudo ilustra a importância de desenvolver intervenções holísticas e adequadas à promoção da SSR entre mulheres imigrantes, em que as diferenças e necessidades específicas de cada grupo possam ser tidas em consideração.
Loeber, O.	Sexual and reproductive health issues of Turkish immigrants in the Netherlands	2008	Identificar fatores que influenciam aspetos do comportamento de saúde sexual e reprodutiva, tais como o uso de contraceptivos e a gravidez na adolescência, em	Após a imigração, o processo de aculturação origina mudanças no comportamento. Durante este processo surgem conflitos nas relações dentro e entre a primeira e a segunda geração de imigrantes turcos. Estes conflitos são particularmente evidentes na segunda geração que cresceu

			imigrantes turcos na Holanda.	na Holanda. Estas pessoas adotaram uma série de opiniões predominantes no país de acolhimento mas, ao mesmo tempo, agarram-se a vários valores tradicionais. A segunda geração de mulheres turcas parece adaptar-se mais depressa à nova cultura do que os seus homólogos masculinos.
DeSantis, L., Thomas, J. T. & Sinnett, K.	Intergenerational Concepts of Adolescent Sexuality: Implications for Community-Based Reproductive Health Care with Haitian Immigrants	1999	a) Comparar e contrastar conceitos de sexualidade e reprodução apresentados pelos pais imigrantes haitianos e os seus filhos adolescentes; (b) identificar áreas de potencial conflito intergeracional e entre adolescentes e (c) desenvolver implicações para respostas baseadas na comunidade.	Este estudo demonstrou muitas áreas de potencial conflito intergeracional e intercultural relacionado com assuntos relativos à sexualidade adolescente, bem como áreas nas quais a informação reprodutiva é necessária por parte dos pais e/ou os seus filhos adolescentes. Os enfermeiros de Saúde Pública podem ser mais eficazes se servirem como recursos para e trabalharem com aqueles que, dentro da comunidade haitiana, são considerados mais apropriados para se envolverem em discussões e em educação sobre a reprodução. Um ponto forte da comunidade haitiana imigrante é terem uma clara consciência sobre as expectativas socioculturais dos custos psicológicos dos serviços preventivos de saúde infantil na nova sociedade na qual se está a aculturar, e a sua capacidade de ajudar os seus membros a adaptarem-se e a obterem as necessárias competências e conhecimento sem perderem a sua identidade étnica ou tradições culturais valorizadas. Os enfermeiros de Saúde Pública que compreendem a importância da cultura tentarão em primeiro lugar tomar como base as instituições culturais e os recursos já existentes para desenvolverem intervenções eficazes relacionadas com a sexualidade adolescente, a parentalidade e a saúde reprodutiva.

**Apêndice IV** - Guião de entrevista a informantes chave

## GUIÃO DE ENTREVISTA A INFORMANTES CHAVE

1. Qual a proveniência/país de origem da população residente na Outurela-Portela?
2. Quais as razões para a migração desta população?
3. Qual é a faixa etária predominante?
4. Qual é o tipo de organização familiar?
5. Qual o número médio de elementos por agregado familiar?
6. Qual o seu nível de escolaridade?
7. Quais são as suas principais profissões/ocupações?
8. Quais as principais religiões da população?
9. Quais são as línguas predominantes e outras línguas faladas pelo grupo populacional?
10. Há dificuldades de comunicação com esta população?  
(por ex.: língua)
11. Existem grupos organizados de habitantes, ou líderes? Como é que estes são envolvidos nas intervenções?
12. Qual é o padrão de tomada de decisões?  
(patriarcal/matriarcal/igualitário)
13. A população costuma recorrer aos serviços de saúde?
14. Há algum obstáculo à prestação/acesso aos cuidados de saúde?
15. Quais os principais problemas de saúde sexual e reprodutiva da população?  
(Por ex.: Práticas de risco como a mutilação genital feminina; IST; planeamento familiar; aborto; vigilância da gravidez; parto e período pós-parto; gravidez na adolescência; violência sexual).
16. A cultura de origem e ou a religião influenciam as crenças e as práticas de saúde sexual e reprodutiva dos membros da comunidade? Em que medida?

## **Apêndice V** - Guião de entrevista a jovens

## **GUIÃO DE ENTREVISTA A JOVENS**

### **1. Caracterização sociodemográfica**

- Idade
- Sexo
- Anos de escolaridade frequentados e concluídos
- Profissão / Ocupação
- Religião
- Situação conjugal
- Naturalidade
- Nacionalidade
- Proveniência geográfica
- Naturalidade dos pais
- Nacionalidade dos pais
- Situação profissional dos pais
- Tempo de residência em Portugal
- Composição do agregado familiar
- Língua materna
- Língua falada com os familiares

### **2. Acessibilidade aos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva**

- Alguma vez recorreste ao serviço de planeamento familiar do centro de saúde ou a outro serviço de saúde sexual e reprodutiva?
- Com que finalidade?
- Como foi o acolhimento?
- Foste atendido/a por quem?

### **3. Práticas e noções de Saúde Sexual e Reprodutiva**

- O que entendes por saúde sexual e reprodutiva?
- Tens/já tiveste namorado (a)?
- Alguma vez tiveste relações sexuais?

- Com que idade tiveste relações sexuais pela primeira vez?
- Usaram preservativo ou outro método contraceutivo?
- Porque é que escolheram esse método?
- Caso não tenham usado qualquer método contraceutivo, qual foi o motivo?
- Alguma vez ocorreu uma falha do método contraceutivo utilizado?
- A que é que se deveu essa falha?
- Quais são os métodos contraceuticos que conheces e como é que atuam?
- Onde é que obtiveste esses conhecimentos?
- Quais são os métodos contraceuticos que já utilizaste ou utilizas?
- Onde é que os adquiriste?
- Qual é o teu método contraceutivo preferido? Porquê?
- Consideras importante a utilização de preservativo nas relações sexuais? Porquê?
- Alguma vez engravidaste / ou a tua namorada engravidou?
- Como é que ocorreu a gravidez?
- Houve recurso ao aborto/IVG?
- Quais foram os procedimentos?
- Qual é a tua opinião sobre o aborto/IVG?
- Sabes qual é o enquadramento legal da IVG em Portugal?
- Quais são as infeções sexualmente transmissíveis (IST) que conheces?
- Conheces alguém que tenha tido uma dessas infeções? Qual?
- O que sabes sobre cada uma delas?
- Como é que se podem prevenir as IST?
- Como consideras a tua formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva?
- O que gostavas de saber sobre saúde sexual e reprodutiva?

**Apêndice VI** - Autorização por parte da Câmara Municipal de Oeiras para  
acesso a dados sobre população e utilização das instalações

De: **Helena** (lenaborges@hotmail.com)  
Enviada: quarta-feira, 4 de Maio de 2016 12:43:45  
Para: ivna.machado@cm-oeiras.pt  
Cc: maria.cardoso@cm-oeiras.pt; mmanuel.quintela@esel.pt  
Exma. Sra. Dra. Ivna Machado Gomes,  
Chefe de Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude  
Câmara Municipal de Oeiras

Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados

No âmbito da Unidade Curricular Opção II – Estágio de Intervenção Comunitária do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a mestranda Helena Isabel Borges Manuel, enfermeira, pretende desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária orientado pela Sra. Professora Maria Manuel Quintela, que tem como objetivo promover a Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens imigrantes que frequentam o Clube de Jovens da Outurela no âmbito do 'Projeto EntreCul E6G'. Para efetuar o diagnóstico da situação, solicita-se autorização para aceder aos dados referentes à caracterização da população imigrante residente na zona da Outurela/Portela, bem como utilizar as instalações do Clube de Jovens para efetuar, posteriormente, a colheita de dados junto dos participantes no projeto.

Grata pela disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Helena Isabel Borges Manuel

De: **Ivna Marisa Gomes** (ivna.machado@cm-oeiras.pt)  
Enviada:terça-feira, 24 de Maio de 2016 16:31:38  
Para: lenaborges@hotmail.com (lenaborges@hotmail.com)  
entrecul.e6g@gmail.com (entrecul.e6g@gmail.com); Maria Assunção Tavares  
Cc: (Maria.Tavares@cm-oeiras.pt); Maria Júlia Cardoso (maria.cardoso@cm-oeiras.pt)

Exma. Sra.

Serve o presente para informar que poderá dirigir-se ao espaço designado por “Clube de Jovens” na rua João Maria Porto n.º 6 e 6ª Outurela, Carnaxide, no sentido de aí serem realizadas as entrevistas solicitadas no âmbito do estudo que se encontra a realizar.

Os contatos de referência neste espaço serão respetivamente a Dr.ª Mafalda Saraiva e Dr.ª Assunção Tavares, técnicas que também fornecerão os dados que solicitou.

Cumprimentos.

**Ivna Machado**

Departamento de Coesão e Desenvolvimento Social

Chefe da Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude

Município de Oeiras

Palácio dos Marqueses de Pombal – Largo Marquês de Pombal – 2784-501 Oeiras

21 440 48 75 (ext. 2040)

[www.cm-oeiras.pt](http://www.cm-oeiras.pt)

De: Helena [mailto:lenaborges@hotmail.com]

Enviada: sexta-feira, 18 de novembro de 2016 12:42

Para: Ivna Marisa Gomes

Cc: Maria Júlia Cardoso; entrecul.e6g@gmail.com; mmanuel.quintela@esel.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilização de instalações no âmbito de Projeto de Intervenção Comunitária

Exma. Sra. Dra. Ivna Machado Gomes,

Chefe de Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude Câmara Municipal de Oeiras

Assunto: Pedido de autorização para utilização de instalações no âmbito de Projeto de Intervenção Comunitária

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio com Relatório” do 7º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a aluna Helena Isabel Borges Manuel, enfermeira, está a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária orientado pela Sra. Professora Maria Manuel Quintela, que tem como objetivo promover a saúde sexual e reprodutiva de jovens descendentes de imigrantes dos PALOP que frequentam o Clube de Jovens da Outurela. De forma a dar continuidade ao projeto, iniciado no semestre anterior na Unidade Curricular “Opção II – Estágio”, solicita-se autorização para utilizar as instalações dos espaços afetos ao Projeto EntreCul E6G para a realização de sessões de educação para a saúde.

Grata pela disponibilidade e atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Helena Isabel Borges Manuel

RE: Pedido de autorização para utilização de instalações no âmbito de Projeto de Intervenção Comunitária

Ivna Marisa Gomes [ivna.machado@cm-oeiras.pt]

Enviado: 18 de novembro de 2016 19:23

Para: Helena [lenaborges@hotmail.com]

Cc: Maria Júlia Cardoso [maria.cardoso@cm-oeiras.pt]; entrecul.e6g@gmail.com; Maria Elisabete Passos [maria.passos@cm-oeiras.pt]; Maria Assunção Tavares [Maria.Tavares@cm-oeiras.pt]

Boa tarde,

Será também de todo o interesse para a comunidade, a realização de sessões de educação para a saúde, pelo que, de acordo com as disponibilidades de utilização do espaço e, em articulação com as atividades aí desenvolvidas, poderá o mesmo ser utilizado para os fins pretendidos.

Melhores cumprimentos.

Ivna Machado

Departamento de Coesão e Desenvolvimento Social

Chefe da Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude

Município de Oeiras

Palácio dos Marqueses de Pombal – Largo Marquês de Pombal – 2784-501 Oeiras

21 440 48 75 (ext. 2040)

[www.cm-oeiras.pt](http://www.cm-oeiras.pt)

## **Apêndice VII - Consentimento informado**

## Consentimento Informado

Chamo-me Helena Isabel Borges Manuel, sou enfermeira e frequento o 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito do estágio que integra este curso, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária que tem como objetivo a promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens imigrantes e descendentes de imigrantes. Deste modo, venho solicitar a tua colaboração numa entrevista relacionada com esta temática, em que é garantida a confidencialidade e anonimato dos dados. A tua participação na entrevista é voluntária e não terá qualquer risco associado, sendo possível desistir da mesma a qualquer momento.

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) dos objetivos da entrevista e aceito participar de livre vontade na mesma.

Autorizo / Não autorizo (Risca o que não interessar) a gravação áudio da entrevista.

O participante

\_\_\_\_\_

Data \_\_/\_\_/\_\_

Declaro que obtive, voluntariamente, o consentimento livre e esclarecido desta pessoa para participar na entrevista.

O entrevistador

\_\_\_\_\_

(Helena Isabel Borges Manuel)

Data \_\_/\_\_/\_\_

**Apêndice VIII** - Pedido de autorização ao encarregado de educação



Exmo(a) Senhor(a)

Encarregado(a) de Educação,

Chamo-me Helena Isabel Borges Manuel, sou enfermeira e frequento o 7º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito do estágio que integra este curso, pretendo desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária que tem como objetivo a promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens imigrantes/descendentes de imigrantes, pelo que venho solicitar a V. Exa. autorização para realizar uma entrevista ao seu filho(a)/educando(a), relacionada com este tema. É voluntária e anónima, sendo garantida a confidencialidade dos dados. Não terá qualquer risco associado, sendo possível a desistência a qualquer momento da mesma.

Ficando a aguardar uma resposta de V. Exa., agradeço desde já a disponibilidade prestada.

Atenciosamente,

---

(Helena Isabel Borges Manuel)

Oeiras, 06 de junho de 2016

---

Peço, por favor, que assinale a sua resposta e assine.

Eu, \_\_\_\_\_

Autorizo / Não autorizo (risque o que não interessar) a realização da entrevista ao meu filho (a)/educando(a) (nome) \_\_\_\_\_

Assinatura do Encarregado de Educação

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Apêndice IX - Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra**

### Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra

	Idade (Anos)	Sexo	Anos de Escolaridade		Profissão/ Ocupação	Religião	Situação conjugal	Naturalidade	Nacionalidade	Proveniência geográfica
			Frequentados	Concluídos						
<b>E1</b>	15	F	9º	9º	Estudante	Testemunhas de Jeová	Solteira	Cabo Verde	Cabo-verdiana	S. Filipe – Ilha do Fogo
<b>E2</b>	17	M	8º	8º	Estudante	Testemunhas de Jeová	Solteiro	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Praia – Ilha de Santiago
<b>E3</b>	20	M	10º	9º + Curso de Pastelaria	Monitor de ATL	Católica	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E4</b>	24	M	5º	4º	Monitor	Católico	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E5</b>	24	F	12º + 3 (Curso de Design gráfico)	12º + 3 (Curso de Design gráfico)	Empregada de limpeza	Católica	Solteira	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E6</b>	15	F	8º	8º	Estudante	Católica	Solteira	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Assomada – Ilha de Santiago
<b>E7</b>	15	F	8º	8º	Estudante	Católica	Solteira	Guiné Bissau	Guineense	Bissau
<b>E8</b>	21	M	9º (não fez 2º ciclo)	4º	Desempregado	Católica	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E9</b>	17	M	9º	9º	Estudante	Católica	Solteiro	Cabo Verde	Portuguesa	Porto Novo - Ilha de Santo Antão
<b>E10</b>	15	M	9º	9º	Estudante	Não tem	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E11</b>	15	M	7º	6º	Estudante	Católica	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E12</b>	16	M	7º	7º	Estudante	Católica	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E13</b>	15	M	8º	8º	Estudante	Não tem	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E14</b>	17	F	11º	11º	Estudante	Católica	Solteira	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E15</b>	19	M	10º	9º	Monitor	Católica	Solteiro	Portugal	Portuguesa	Lisboa
<b>E16</b>	19	M	12º	12º	Estudante	Católica	Solteiro	Guiné-Bissau	Portuguesa	Bissau

### Caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra

	Naturalidade dos pais		Nacionalidade dos pais		Situação profissional dos pais		Tempo de residência em Portugal (anos)	Composição do agregado familiar	Língua	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe			Materna	Falada com os familiares
<b>E1</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Cabo-verdiana	Desempregado	Empregada doméstica	7	Tia e prima	Crioulo	Crioulo
<b>E2</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Cabo-verdiana	Trabalhador fabril (nos EUA)	Lojista (nos EUA)	9	Tia, irmã e dois primos	Crioulo	Crioulo
<b>E3</b>	Cabo Verde	S. Tomé e Príncipe	Portuguesa	Portuguesa	Reformado	Cozinheira	20	Pai	Português	Português
<b>E4</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Cabo-verdiana	(a)	Cozinheira	24	Mãe, dois irmãos e sobrinho	Crioulo	Crioulo
<b>E5</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Cabo-verdiana	Reformado (Construção Civil)	Empregada doméstica	24	Mãe, irmão e tia	Português	Português e crioulo
<b>E6</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Desconhecida (b)	Cabo-verdiana	Desconhecida (b)	Empregada doméstica	7	Mãe, padrasto e irmã	Crioulo	Crioulo
<b>E7</b>	Guiné-Bissau	Guiné-Bissau	Guineense	Guineense	Desempregado (Ex-pintor da Construção Civil)	Auxiliar de limpeza	7	Pais e dois irmãos	Manjaco	Manjaco
<b>E8</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Cabo-verdiana	Cabo-verdiana	Trabalhador da Construção Civil (em Angola)	Empregada doméstica	21	Mãe, irmão e avô	Português	Português e crioulo
<b>E9</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Portuguesa	Portuguesa	Desempregado (ex-funcionário)	Empregada doméstica	7	Pais e dois irmãos	Crioulo	Português

					de supermercado)					
<b>E10</b>	Cabo Verde	S. Tomé e Príncipe	Cabo-verdiana	Santomense	Desempregado (Ex-trabalhador da Construção Civil)	Operadora de balcão	15	Pais e duas irmãs	Português	Português
<b>E11</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Portuguesa (c)	Cabo-verdiana	Funcionário de reciclagem	Cozinheira	15	Mãe, padrasto, irmãos e prima	Crioulo	Crioulo
<b>E12</b>	Portugal (d)	Portugal (d)	Portuguesa	Portuguesa	Desconhecida	Desempregada	16	Avós paternos e tio	Português	Português
<b>E13</b>	Cabo Verde	Cabo Verde	Cabo-verdiana e Portuguesa	Portuguesa	Desempregado (Ex-trabalhador da Construção Civil)	Auxiliar de limpeza	15	Pais e irmã	Crioulo	Português
<b>E14</b>	Portugal (d)	Portugal (d)	Portuguesa	Portuguesa	Desconhecida (e)	Desempregada (frequenta curso de Turismo)	17	Mãe e dois irmãos	Português	Português
<b>E15</b>	S. Tomé e Príncipe	Angola	Santomense	Angolana	Pintor e carpinteiro	Empregada doméstica	19	Mãe e três irmãos	Português	Português
<b>E16</b>	Guiné-Bissau	Guiné-Bissau	Guineense	Portuguesa	Pintor da Construção Civil	Auxiliar de limpeza	8	Pais e dois irmãos	Crioulo	Crioulo e português

- a) Falecido (trabalhava na Construção Civil).  
b) Nunca teve contacto com o pai, que vive na Bélgica.  
c) Refere-se ao padrasto. O pai, também cabo-verdiano, faleceu antes de ele nascer.  
d) Filho/a de cabo-verdianos.  
e) Encontra-se em Inglaterra e não mantém contacto com a filha.

**Apêndice X** - Estabelecimento de Prioridades: Aplicação da Escala de  
Medida Linear

### Estabelecimento de Prioridades: Aplicação da Escala de Medida Linear

Problemas levantados (P)	Valor Membro A	Valor Membro B	Valor Membro C	Valor Membro D	Total
P1 - Todos os (16) jovens apresentam necessidades formativas. Onze (11) referem interesse e/ou necessidades de formação/informação sobre SSR em geral, três (3) especificamente sobre IST, um (1) sobre IST e métodos contraceptivos, e um (1) sobre consequências das relações sexuais sem preservativo.	1,0	0,7	1,0	0,5	3,2
P2 - Dos onze (11) jovens que já tiveram relações sexuais, oito (8) nunca recorreram a serviços de SSR, e sete (7) não obtiveram métodos contraceptivos no Centro de Saúde.	0,5	1	0,6	1	3,1
P3 - Dois (2) jovens não identificaram nenhuma IST. A infeção pelo VIH/SIDA é conhecida por catorze (14) jovens, mas estes revelam poucos conhecimentos sobre a mesma. Um (1) refere o cancro do colo do útero, dois (2) a gonorreia (um deles utiliza o termo “esquentamento”), dois (2) a hepatite e um (1) a infeção urinária.	0,8	0,9	0,4	1	3,1
P4 - Existe uma discrepância entre os conhecimentos revelados pelos jovens e a sua autoavaliação quanto aos mesmos. Seis (6) consideram que o seu nível de formação/informação sobre saúde sexual e reprodutiva é “razoável”, cinco (5) “muito bom” ou “bom”, quatro (4) “básico” ou “suficiente”, e um (1) reconhece ser “baixo”.	0,9	0,8	0,8	0,5	3,0
P5 - Sete (7) jovens desconhecem o enquadramento legal da IVG em Portugal, e os restantes nove (9) mostram ter conhecimentos incompletos ou incorretos sobre o assunto.	0,7	0,5	0,7	1	2,9
P6 - Dos onze (11) jovens que já tiveram relações sexuais, um nunca usou qualquer método contraceptivo.	0,4	0,1	0,9	1	2,4
P7 - 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.	0,6	0,3	0,3	1	2,2
P8 - Nove (9) jovens associam a SSR à prevenção da gravidez e/ou de IST. Para cinco (5) deles a SSR é sinónimo de relações sexuais, e dois (2) desconhecem o seu significado.	0,2	0,6	0,5	0,5	1,8
P9 - Todos os jovens referem a utilização do preservativo como meio de prevenção das IST, mas dois deles incluem outros métodos contraceptivos.	0,3	0,2	0,2	0,5	1,2

**Apêndice XI - Cronograma de Gantt**

## CRONOGRAMA DE GANTT

Atividades	Ano 2016										Ano 2017			
	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Pesquisa bibliográfica / Revisão <i>Scoping</i> da literatura	■													
Elaboração dos instrumentos de colheita de dados		■												
Pedidos de autorização à Câmara Municipal de Oeiras para utilização das instalações			■							■				
Entrevistas a informantes chave	■													
Entrevistas aos jovens/elementos da amostra				■			■							
Análise das entrevistas					■		■							
Identificação dos problemas/diagnósticos de enfermagem e determinação de prioridades de intervenção									■					
Fixação dos objetivos de intervenção									■					
Seleção das estratégias de intervenção										■				
Implementação das estratégias de intervenção											■			
Avaliação da intervenção												■		
Elaboração do relatório							■							

Legenda:

Atividades concluídas



**Apêndice XII – Especificação das atividades desenvolvidas**

## Especificação da Atividade Nº 1

Atividade Nº 1	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que se pretende atingir	Avaliação
<p>Sessão de EpS intitulada “Saúde Sexual e Reprodutiva: O que é?”, dirigida aos jovens participantes no projeto.</p>	<p>A mestrandas.</p>	<p>20 de dezembro de 2016 às 17h45.</p>	<p>Espaço afeto ao Clube de Jovens/ Projeto Entrecul E6G, na Outurela.</p>	<p>10 minutos de apresentação/atividade quebra gelo; 10 minutos de “chuva de ideias”; 10 minutos de exposição oral com projeção de diapositivos; 10 minutos de visionamento de documentário seguido de debate; 5 minutos de conclusão; 15 minutos de avaliação.</p>	<p>Que três quartos (3/4) dos jovens presentes na sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejam capazes de identificar quatro componentes da sexualidade;</li> <li>- Sejam capazes de identificar dois direitos sexuais e reprodutivos;</li> <li>- Reconheçam os objetivos e os princípios dos cuidados de SSR/Planeamento familiar.</li> </ul>	<p>Realização efetiva da sessão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de jovens que identificaram quatro componentes da sexualidade/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 11/11 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que identificaram dois direitos sexuais e reprodutivos/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 11/11 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que reconheceram os objetivos e os princípios dos cuidados de SSR/Planeamento familiar/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 11/11 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> </ul>

## Especificação da Atividade Nº 2

Atividade Nº 2	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que se pretende atingir	Avaliação
<p>Sessão de EpS intitulada “Saúde Sexual e Reprodutiva: Contraceção”, dirigida aos jovens participantes no projeto</p>	<p>A mestrandas.</p>	<p>12 de janeiro de 2017 às 17h45</p>	<p>Espaço afeto ao Clube de Jovens/ Projeto Entrecul E6G, na Outurela.</p>	<p>4 minutos de apresentação do tema e objetivos da sessão; 6 minutos de apresentação de dois filmes; 15 minutos de exposição oral com projeção de slides e demonstração dos métodos contraceptivos; 10 minutos de debate e respostas às questões da “caixa de perguntas”; 5 minutos de conclusão; 20 minutos de avaliação.</p>	<p>Que três quartos (3/4) dos jovens presentes na sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejam capazes de identificar e caracterizar quatro métodos contraceptivos;</li> <li>- Sejam capazes de demonstrar corretamente a utilização do preservativo masculino.</li> </ul>	<p>Realização efetiva da sessão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de jovens que identificaram e caracterizaram quatro métodos contraceptivos/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 8/8 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que demonstraram corretamente a utilização do preservativo masculino/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 6/8 = 3/4 Objetivo atingido</li> </ul>

### Especificação da Atividade Nº 3

Atividade Nº 3	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que se pretende atingir	Avaliação
<p>Sessão de EpS intitulada “Saúde Sexual e Reprodutiva: Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”, dirigida aos jovens participantes no projeto.</p>	<p>A mestranda.</p>	<p>2 de fevereiro de 2017 às 17h45.</p>	<p>Espaço afeto ao Clube de Jovens/ Projeto Entrecul E6G, na Outurela.</p>	<p>5 minutos de apresentação do tema e objetivos da sessão; 5 minutos de “chuva de ideias”, 10 minutos de exposição oral com projeção de slides; 10 minutos de respostas às questões da “caixa de perguntas” e esclarecimento de dúvidas; 10 minutos de demonstração da utilização do preservativo; 5 minutos de conclusão; 15 minutos de jogo/avaliação.</p>	<p>Que três quartos (3/4) dos jovens presentes na sessão de EpS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejam capazes de identificar e caracterizar três IST;</li> <li>- Saibam como prevenir as IST.</li> </ul>	<p>Realização efetiva da sessão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de jovens que identificaram e caracterizaram três IST/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 9/9 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que mostraram saber como prevenir as IST/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 9/9 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> </ul>

## Especificação da Atividade Nº 4

Atividade Nº 4	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que se pretende atingir	Avaliação
Sessão de EpS intitulada “Saúde Sexual e Reprodutiva: Gravidez não planeada; Recursos de SSR”, dirigida aos jovens participantes no projecto.	A mestranda.	9 de fevereiro de 2017 às 17h45.	Espaço afeto ao Clube de Jovens/ Projeto Entrecul E6G, na Outurela.	- 5 minutos de apresentação do tema e objetivos da sessão; 20 minutos de visualização de filme seguido de debate; 10 minutos de exposição oral com projeção de slides; 5 minutos esclarecimento de dúvidas; 10 minutos de conclusão; 10 minutos de jogo/avaliação.	<p>Que três quartos (3/4) dos jovens presentes na sessão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejam capazes de identificar dois critérios de realização da IVG em Portugal;</li> <li>- Sejam capazes de identificar o local de realização da consulta prévia à IVG;</li> <li>- Sejam capazes de identificar os principais recursos da SSR existentes na sua área de residência.</li> </ul>	<p>Realização efetiva da sessão.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de jovens que identificaram dois critérios de realização da IVG/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 5/5 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que identificaram o local de realização da consulta prévia/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 5/5 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que identificaram os principais recursos de SSR na sua área de residência/Nº total de jovens participantes presentes na sessão 5/5 = 4/4 = Totalidade Objetivo atingido</li> </ul>

## Especificação da Atividade Nº 5

Atividade Nº 5	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos que pretende atingir	Avaliação
Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide, efetuada com os jovens participantes no projeto.	A mestranda, a enfermeira do <i>Chat</i> Carnaxide Jovem e uma enfermeira da UCSP de Carnaxide.	16 de fevereiro de 2017 às 17h30.	Centro de Saúde de Carnaxide.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 30 minutos de trajeto de ida e volta, a pé, entre o Clube de Jovens da Outurela e o Centro de Saúde de Carnaxide;</li> <li>- 15 minutos de apresentação do espaço e das atividades afetas ao <i>Chat</i> (atendimento a jovens);</li> <li>- 15 minutos de apresentação do espaço e das atividades afetas às consultas de Planeamento Familiar da UCSP de Carnaxide.</li> </ul>	<p>Que todos os jovens presentes na atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sejam capazes de se dirigir ao Centro de Saúde de Carnaxide (CSC);</li> <li>- Saibam como recorrer aos serviços de SSR da UCSP de Carnaxide e do <i>Chat</i> Carnaxide Jovem;</li> <li>- Sejam capazes de identificar os serviços de SSR prestados na UCSP de Carnaxide e no <i>Chat</i> Carnaxide Jovem.</li> </ul>	<p>Realização efetiva da atividade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de jovens que se dirigiram ao CSC/Nº total de jovens participantes presentes na atividade 7/7 = Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que demonstraram saber como recorrer aos serviços de SSR da UCSP de Carnaxide e do <i>Chat</i> Carnaxide/Nº total de jovens participantes presentes na atividade 7/7= Totalidade Objetivo atingido</li> <li>- Nº de jovens que identificaram os serviços de SSR da UCSP e do <i>Chat</i> Carnaxide Jovem/Nº total de jovens participantes presentes na atividade 7/7 = Totalidade Objetivo atingido</li> </ul>

**Apêndice XIII** - Planos das sessões de Educação para a Saúde

## Plano da 1ª sessão de Educação para a Saúde

### “Saúde Sexual e Reprodutiva: O que é?”

**Data:** 20 de dezembro de 2016.

**Formador:** Helena Borges Manuel.

**Objetivo geral:** Capacitar os jovens para compreenderem o âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

**Objetivos específicos:** Que os jovens entendam o conceito de SSR e sejam capazes de identificar quatro componentes da sexualidade e dois direitos sexuais e reprodutivos; que saibam quais os objetivos e os princípios dos cuidados de SSR/Planeamento Familiar.

**População alvo:** Jovens descendentes de imigrantes participantes no projeto.

**Duração da sessão:** 60 minutos.

**Local:** Instalações afetas ao Projeto Entrecul E6G, na Outurela.

Etapa/Fase	Conteúdo	Métodos/ técnicas pedagógicas	Recursos materiais	Duração
Introdução	- Apresentação do formador e dos jovens - Apresentação do tema e dos objetivos da sessão	- Método interativo: atividade de apresentação/ quebra-gelo - Método expositivo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos	10 minutos
Desenvolvimento	- Conceitos de sexualidade e SSR; direitos sexuais e reprodutivos; objetivos e princípios dos cuidados de SSR/Planeamento familiar - Esclarecimento de dúvidas	- Método expositivo - Método interativo/reflexivo: “chuva de ideias”; visionamento de documentário seguido de debate	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Filme - Quadro branco - Marcadores	30 minutos
Conclusão	- Resumo - Apresentação da “caixa de perguntas”	- Método interativo	- Caixa de perguntas e papel	5 minutos
Avaliação	- Avaliação de conhecimentos adquiridos pelos participantes: Jogo - Avaliação da sessão	- Método interrogativo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Questionário em suporte de papel	15 minutos

**Plano da 2ª sessão de Educação para a Saúde**  
**“Saúde Sexual e Reprodutiva: Contraceção”**

**Data:** 12 de janeiro de 2017.

**Formador:** Helena Borges Manuel.

**Objetivo geral:** Capacitar os jovens para conhecerem e saberem utilizar os métodos contraceptivos.

**Objetivos específicos:** Que os jovens compreendam a importância da prevenção da gravidez não desejada; que conheçam os métodos contraceptivos disponíveis em Portugal e que consigam identificar e caracterizar quatro destes métodos; que saibam como utilizar corretamente o preservativo.

**População alvo:** Jovens descendentes de imigrantes participantes no projeto.

**Duração da sessão:** 60 minutos.

**Local:** Instalações afetas ao Projeto Entrecul E6G, na Outurela.

<b>Etapa/Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Métodos/ técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Duração</b>
Introdução	- Apresentação do tema e dos objetivos da sessão	- Método expositivo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos	4 minutos
Desenvolvimento	- Sistema reprodutor masculino e feminino: visualização de dois filmes - Métodos contraceptivos disponíveis em Portugal - Demonstração da utilização do preservativo - Esclarecimento de dúvidas - Respostas às questões da “caixa de perguntas”	- Método interativo - Método expositivo - Método demonstrativo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Filmes - Quadro branco - Marcadores - Métodos contraceptivos - Modelo de pénis em esferovite - Caixa de perguntas	31 minutos
Conclusão	- Resumo - Distribuição de material informativo	- Método interativo	- Material informativo	5 minutos
Avaliação	- Avaliação de conhecimentos adquiridos pelos participantes: Jogo “Mitos ou factos” - Avaliação da sessão	- Método interrogativo - Método demonstrativo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Modelo de pénis em esferovite - Questionário em suporte de papel	20 minutos

**Plano da 3ª sessão de Educação para a Saúde**  
**“Saúde Sexual e Reprodutiva: Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)”**

**Data:** 2 de fevereiro de 2017.

**Formador:** Helena Borges Manuel.

**Objetivo geral:** Capacitar os jovens para conhecerem as IST e saberem como podem ser prevenidas.

**Objetivos específicos:** Que os jovens conheçam algumas das IST mais frequentes; que consigam identificar e caracterizar três destas IST; que saibam como podem ser prevenidas.

**População alvo:** Jovens descendentes de imigrantes participantes no projeto.

**Duração da sessão:** 60 minutos.

**Local:** Instalações afetas ao Projeto Entrecul E6G, na Outurela.

<b>Etapa/Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Métodos/ técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Duração</b>
Introdução	- Apresentação do tema e dos objetivos da sessão	- Método expositivo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos	5 minutos
Desenvolvimento	- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): Definição de IST; caracterização de algumas IST e formas de prevenção - Esclarecimento de dúvidas - Respostas às questões da “caixa de perguntas” - Demonstração da utilização do preservativo	- Método expositivo - Método interativo/reflexivo: “chuva de ideias”; - Método demonstrativo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Marcadores - Quadro branco - Caixa de perguntas - Modelo de pénis em esferovite	35 minutos
Conclusão	- Resumo - Distribuição de material informativo	- Método interativo	- Material informativo	5 minutos
Avaliação	- Avaliação de conhecimentos adquiridos pelos participantes: Jogo “Verdadeiro ou falso” - Avaliação da sessão	- Método interrogativo/interativo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Questionário em suporte de papel	15 minutos

**Plano da 4ª sessão de Educação para a Saúde**  
**“Saúde Sexual e Reprodutiva: Gravidez não planeada /**  
**Recursos de apoio à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR)”**

**Data:** 9 de fevereiro de 2017

**Formador:** Helena Borges Manuel

**Objetivo geral:** Capacitar os jovens para conhecerem o enquadramento legal da IVG em Portugal e os recursos de apoio à SSR.

**Objetivos específicos:** Que os jovens saibam quais os procedimentos legais para a realização da IVG em Portugal; que saibam onde é realizada a consulta prévia à IVG; que consigam identificar os principais recursos de SSR existentes na sua área de residência.

**População alvo:** Jovens descendentes de imigrantes participantes no projeto.

**Duração da sessão:** 60 minutos

**Local:** Instalações afetas ao Projeto Entrecul E6G, na Outurela.

<b>Etapa/Fase</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Métodos/ técnicas pedagógicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Duração</b>
Introdução	- Apresentação do tema e dos objetivos da sessão	- Método expositivo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos	5 minutos
Desenvolvimento	- Filme “Será que estou grávida?” - Gravidez não planeada: consequências; - Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG): legislação portuguesa, funcionamento da consulta prévia à IVG. - Recursos de apoio à SSR - Esclarecimento de dúvidas	- Método interativo: Visualização de filme e debate. - Método expositivo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - DVD - Quadro branco - Marcadores	35 minutos
Conclusão	- Resumo - Distribuição de material informativo	- Método interativo	- Material informativo	10 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão: - Jogo “Verdadeiro ou falso” - Questionário escrito.	- Método interrogativo	- Computador - <i>Data show</i> - Diapositivos - Questionário em suporte de papel.	10 minutos

**Apêndice XIV** - *PowerPoint* das apresentações das  
sessões de Educação para a Saúde

# 1ª Sessão de Educação para a Saúde

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Cuidar+**  
Unidade de Cuidados  
de Saúde Primária  
4071-0000-0000

## Saúde Sexual e Reprodutiva: O que é?

Helena Borges Manuel

20 Dezembro 2016



## Sexualidade

O que é?

## O que é a Sexualidade?

Fonte de prazer, bem estar psíquico e físico, comunicação e afeto.

Não se restringe apenas ao ato sexual.

Não é limitada pela idade.

Expressão de afetos por outra pessoa.

## Sexualidade

- A sexualidade é um aspeto fundamental do ser humano ao longo da vida e abrange o sexo, a identidade e os papéis de género, a orientação sexual, o prazer, a intimidade e a reprodução.
- A sexualidade é experimentada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos.

## Sexualidade

- Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressas.
- A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, económicos, históricos, éticos, legais, religiosos e espirituais.

(WHO, 2006)

## Saúde Sexual e Reprodutiva

A saúde sexual e reprodutiva é fundamental para a saúde física e emocional e o bem estar dos indivíduos, casais e famílias, e para o desenvolvimento social e económico das comunidades e dos países.

(WHO/RHR/HRR, 2010)

## Saúde Sexual e Reprodutiva

**FALAR DIS20**

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe:

- O direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis;
- O direito a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis;
- Abrange, também, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais.

(Programa de Ação da ICPD, Cairo, 1994, cit. Por WHO, 2006)

## Saúde Reprodutiva

- A **saúde reprodutiva** é 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.

(Programa de Ação da ICPD, Cairo, 1994, cit. Por WHO, 2006)



## Saúde Sexual

- A **saúde sexual** é um estado de bem estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é somente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade.
- A **saúde sexual** requer uma abordagem positiva e respeitadora da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência.
- Para a **saúde sexual** ser alcançada e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

(WHO, 2006)



## Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

Objetivo fundamental:

**Promoção e proteção dos direitos e liberdades sexuais e reprodutivos** em todos os sistemas políticos, económicos e culturais.



## Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos

- O Direito à vida;
- O Direito à liberdade e segurança da pessoa;
- O Direito à igualdade e o direito a estar livre de todas as formas de discriminação;
- O Direito à privacidade;
- O Direito à liberdade de pensamento;
- O Direito à informação e educação;
- O Direito de escolher casar ou não e de constituir e planear família;
- O Direito de decidir ter ou não filhos e quando os ter;
- O Direito aos cuidados e à proteção da saúde;
- O Direito aos benefícios do progresso científico;
- O direito à liberdade de reunião e participação política;
- O Direito a não ser submetido nem a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante.

(IPPF - International Planned Parenthood Federation, 1999)

## Objetivos dos cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva/Planeamento Familiar

- 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;

(Direcção-Geral da Saúde, 2008)



## Objetivos dos cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva/Planeamento Familiar

- Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- Reduzir as infeções sexualmente transmissíveis (IST) e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade;
- Melhorar a saúde e o bem estar da família.

(Direcção-Geral da Saúde, 2008)


## Prestação de cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva / Planeamento Familiar: Princípios

- Livre acesso de todos os cidadãos, sem qualquer discriminação;
- Prestação de informação e de serviços;
- Liberdade de escolha dos métodos contraceptivos por parte da mulher e/ou do casal;
- Gratuidade dos cuidados prestados e produtos necessários;
- Confidencialidade da consulta.


(Lei nº 3/84, de 24 de Março, sobre Educação Sexual e Planeamento Familiar)

Vamos jogar!


### 1. A Sexualidade...

- a) Começa a manifestar-se na adolescência.
- b) Vai desaparecendo à medida que as pessoas envelhecem.
- c) Acompanha-nos ao longo da vida. 


### 2. A Sexualidade...

- a) É o mesmo que sexo.
- b) Significa que já se tem relações sexuais.
- c) Envolve sentimentos. 


### 3. A Sexualidade...

- a) Está sobretudo ligada à reprodução.
- b) Não inclui a orientação sexual.
- c) Inclui a identidade e papéis de género. 


### 4. A saúde sexual e reprodutiva...

- a) Só trata de métodos contraceptivos e infeções sexualmente transmissíveis.
- b) É essencial para que as pessoas tenham vidas sexuais responsáveis, seguras e satisfatórias. 
- c) Não tem a ver com direitos sexuais e reprodutivos.

### 5. Os direitos sexuais e reprodutivos...

- a) Não servem para nada.
- b) Só são para alguns.
- c) São considerados como direitos humanos universais, baseados na liberdade, dignidade e igualdade para todos os seres humanos. 

### 6. Os direitos sexuais e reprodutivos...

- a) Não incluem o direito à informação e educação.
- b) Não incluem o direito à privacidade.
- c) Incluem o direito à igualdade e o direito a estar livre de todas as formas de discriminação. 

### 7. Nos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva/Planeamento Familiar...

- a) Não posso escolher o método contraceptivo.
- b) É tudo grátis. 
- c) O enfermeiro ou o médico podem contar o que se passa aos pais dos adolescentes.

**Obrigada pela participação!**



## Referências bibliográficas

Campanha ANA - Aliança Nacional de Adolescentes (2015). *Direitos sexuais e reprodutivos: Você sabe o que são?* (vídeo). Acedido em 07-12-2016. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=lv3Phkr4FdM>

Direcção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. (Edição revista e atualizada). Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 30-11-2015. Disponível em [www.saudereprodutiva.dgs.pt](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt).

IPPF - International Planned Parenthood Federation (1999). *Carta dos direitos sexuais e reprodutivos* (versão portuguesa). Lisboa: Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres.

## Referências bibliográficas

Lei n.º 3/84 de 24 de Março (1984). Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República 1.ª Série, N.º 71 (24-03-1984), 981-983.

WHO (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva*. Geneva: WHO. Acedido em 08-12-2016. Disponível em [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/definiga\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/definiga_sexual_health.pdf)

WHO/RHR/HRP (2010). *Developing sexual health programmes: A framework for action*. Geneva: WHO. Acedido em 08-12-2016. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf)

## 2ª Sessão de Educação para a Saúde

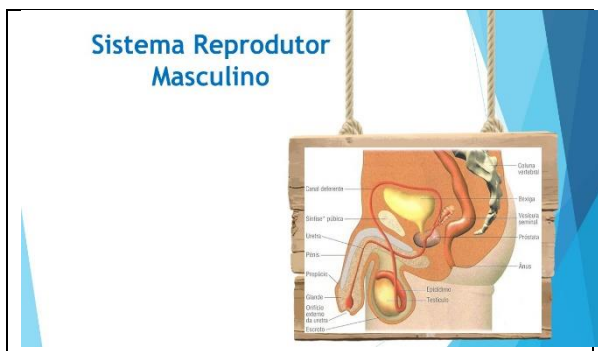
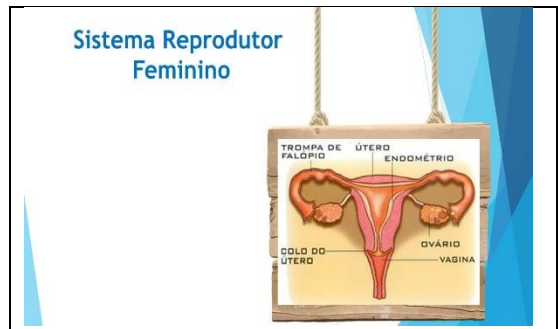
**ESEL**  
Espaço Superior de Enfermagem de Lisboa

**Cuidar+**  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

### Saúde Sexual e Reprodutiva: Contraceção

Helena Borges Manuel

12 janeiro 2017



### Preservativo Masculino

O que é?

- ✓ Método contraceptivo de barreira utilizado pelo homem;
- ✓ Feito de látex (ou outro material); lubrificado;
- ✓ É colocado no pênis ereto antes de qualquer contacto sexual;
- ✓ Atua como uma barreira, impedindo que os espermatozoides entrem na vagina e cheguem ao óvulo;
- ✓ Além disso, é fundamental na prevenção das IST.

### Preservativo Masculino

Como se utiliza?

### Preservativo Feminino

O que é?

- ✓ Método contraceptivo de barreira utilizado pela mulher;
- ✓ Tubo de poliuretano fino, lubrificado, com um anel em cada extremidade;
- ✓ Colocado no interior da vagina, de modo a forrar as suas paredes;
- ✓ Evita a entrada dos espermatozoides na vagina;
- ✓ Também previne a transmissão de IST.

## Preservativo Feminino

### Como se utiliza?



## Pílula

### O que é?



- ✓ É um método contraceptivo hormonal sob a forma de comprimidos;
- ✓ Cada comprimido contém hormonas sintéticas semelhantes às que são produzidas pelos ovários das mulheres: o estrogénio e a progesterona;
- ✓ A pílula atua inibindo a ovulação;
- ✓ Assim, a mulher que toma a pílula não tem período fértil, e por isso não engravida.

## Pílula

### Outras vantagens

- ✓ Diminui as dores menstruais;
- ✓ Regula os ciclos menstruais;
- ✓ Diminui os efeitos do acne;
- ✓ Previne o aparecimento de quistos nos ovários e outros problemas.



## Pílula

### Como se toma?

- ✓ Início no 1º dia da menstruação;
- ✓ 1 comprimido por dia à mesma hora
- ✓ 21 comprimidos;
- ✓ 7 dias pausas (algumas marcas podem ter 28 pílulas, não havendo pausa neste caso);
- ✓ Recomeço de nova embalagem;
- ✓ Hemorragia durante a pausa;
- ✓ Eficácia contínua.



## Pílula

### Observações

- ✓ Tem algumas contraindicações;
- ✓ Atenção aos esquecimentos;
- ✓ Há medicamentos que interferem com a sua eficácia;
- ✓ Os vómitos e a diarreia podem diminuir a sua eficácia;
- ✓ Pode dar origem a alguns efeitos secundários, na maior parte das vezes ligeiros e transitórios;
- ✓ Deve ser aconselhada por um/a profissional de saúde.



Não protege das IST!

## Implante contraceptivo

### O que é?

- ✓ Método contraceptivo hormonal de longa duração (3 anos);
- ✓ Consiste num pequeno tubo flexível, contendo uma hormona semelhante à progesterona;
- ✓ Muito seguro e reversível.



Não protege das IST!

## Implante contraceptivo

### Como se utiliza?

- ✓ Colocado por baixo da pele do braço da mulher, com anestesia local, pelo que não provoca dor;
- ✓ Não é visível;
- ✓ A sua colocação e remoção/substituição é feita por um profissional de saúde.



## Anel vaginal

### O que é?

- ✓ É um contraceptivo hormonal;
- ✓ Tem a forma de um anel, flexível e transparente, que a mulher insere na vagina;
- ✓ Contém as hormonas progesteragénio e estrogénio, que são libertadas lentamente na corrente sanguínea;
- ✓ Atua inibindo a ovulação.



Não protege das IST!

## Anel vaginal

### Como se utiliza?

- ✓ Quando é utilizado pela primeira vez, deve ser colocado na vagina de preferência no 1º dia do período menstrual;
- ✓ Deve permanecer na vagina durante três semanas consecutivas (21 dias);
- ✓ Após esse tempo retira-se e só se coloca outro anel após uma semana;
- ✓ Durante a semana de pausa ocorre uma hemorragia.



## Adesivo contraceptivo

### O que é?

- ✓ Método contraceptivo hormonal sob a forma de um adesivo fino de cor bege, para aplicação na pele;
- ✓ Em contacto com a pele, o adesivo liberta continuamente hormonas para a corrente sanguínea;
- ✓ Atua inibindo a ovulação.



Não protege das IST!

## Adesivo contraceptivo

### Como se utiliza?



- ✓ Quando é utilizado pela primeira vez, deve ser aplicado durante as primeiras 24h do período menstrual;
- ✓ Deve ser substituído após sete dias, sempre no mesmo dia da semana. Este processo dá-se durante três semanas;
- ✓ Na quarta semana é feita uma pausa, em que ocorre uma hemorragia;
- ✓ O adesivo pode ser aplicado na nádega, abdómen, parte externa do braço ou parte superior das costas.

## Contraceção de Emergência Hormonal

(Pílula do Dia Seguinte)

### ✓ O que é?

- ✓ Um comprimido contendo hormonas;
- ✓ Atua bloqueando ou atrasando a ovulação;
- ✓ Deve ser tomada o mais cedo possível, dentro de 72/120 horas após a relação sexual;
- ✓ É menos eficaz do que a utilização regular de contraceção.



## Contraceção de Emergência (CE)

### Pode ser usada:

- ✓ Depois de se ter relações sexuais desprotegidas;
- ✓ Quando o preservativo se rompe ou fica retido na vagina;
- ✓ Quando houve esquecimento da pílula;
- ✓ Outras falhas contraceptivas.

### Importante!

Após 3-4 semanas depois da toma da CE sem aparecer a menstruação, deve ser feito um teste de gravidez.



## DIU – Dispositivo intrauterino

- ✓ Existem diversos tipos e formatos;
- ✓ É colocado no útero por um profissional de saúde, geralmente durante a menstruação;
- ✓ Pode permanecer no útero por muitos anos.



## Métodos definitivos (cirúrgicos)

1. Vasectomia



2. Laqueação de Trompas



## Métodos naturais

1. Temperatura
2. Calendário
3. Observação do muco cervical



## Coito interrompido

### Interrupção da relação sexual

- A ejaculação efetua-se fora da vagina



**Não é seguro!**

## Jogo

Mitos ou factos?

**Mito ou facto?**

Uma rapariga não pode ficar grávida se o rapaz não ejacular dentro dela **Mito**

Uma rapariga pode ficar grávida na primeira relação sexual **Facto**

Uma rapariga não fica grávida se só tiver relações sexuais desprotegidas uma vez **Mito**

Uma rapariga não fica grávida se tiver relações durante a menstruação **Mito**

**Mito ou facto?**

A pilula é um método contraceptivo pouco eficaz **Mito**

A pilula é um método hormonal e impede a ovulação **Facto**

Se a rapariga tomar a pilula não é preciso usar preservativo **Mito**

A pilula pode ser tomada para regular os ciclos menstruais **Facto**

**Mito ou facto?**

A pilula protege de algumas IST **Mito**

Para tomar a pilula deve ser consultado um profissional de saúde **Facto**

A pilula pode ser tomada por todas as mulheres **Mito**

Os preservativos que são fornecidos gratuitamente no Centro de Saúde são menos seguros do que aqueles que se compram na farmácia **Mito**

**Mito ou facto?**

O lubrificante para utilizar juntamente com o preservativo é a vaselina **Mito**

O preservativo pode romper se for mal colocado **Facto**

O preservativo, masculino e feminino, é o único método contraceptivo que também protege das IST **Mito**

Não se pode utilizar o preservativo masculino e o feminino ao mesmo tempo **Facto**

**Mito ou facto?**

O anel vaginal é difícil de colocar **Mito**

O anel vaginal é um método contraceptivo hormonal que permanece 3 semanas na vagina, depois faz-se uma pausa de 7 dias e ao 8º dia coloca-se um novo anel **Facto**

O anel vaginal é pouco eficaz e causa desconforto **Mito**

O adesivo é um método contraceptivo hormonal que é aplicado na pele uma vez por semana durante 3 semanas seguidas, seguindo-se uma semana de pausa **Facto**

**Mito ou facto?**

O adesivo e o anel vaginal protegem das IST **Mito**

O implante é um método contraceptivo hormonal, colocado no braço da mulher por um profissional de saúde **Facto**

O implante protege das IST **Mito**

O implante tem uma duração de 3 anos **Facto**

**Mito ou facto?**

A contraceção de emergência utiliza-se depois de engravidar **Mito**

A contraceção de emergência reduz o risco de gravidez, após uma relação sexual não protegida ou quando há uma falha contraceptiva **Facto**

A contraceção de emergência hormonal só pode ser adquirida na farmácia **Mito**

A contraceção de emergência hormonal pode ser tomada até 72/120 horas após a relação sexual desprotegida ou em que ocorreu uma falha contraceptiva **Facto**

**Obrigada pela participação!**



**Bibliografia**

Araújo, S. (2012). *Programa de Educação Sexual no Ensino Profissional*. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.

Direcção Geral da Saúde (2008). *Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. (Edição revista e atualizada). Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Acedido em 30-11-2015. Disponível em [www.saude.reprodutiva.dgs.pt](http://www.saude.reprodutiva.dgs.pt).

Pacheco, A. Et al. (2015). *Recomendações sobre Contraceção de Emergência*. Coimbra: Sociedade Portuguesa da Contracepção.

**Bibliografia**

TV Enfermagem. *Aparelho reprodutor feminino*. (Vídeo MP4). Acedido em 07-12-2016. Disponível em [http://www.tvenfermagem.com/tv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=997&Itemid=18](http://www.tvenfermagem.com/tv/index.php?option=com_content&view=article&id=997&Itemid=18)

TV Enfermagem. *Sistema reprodutor masculino*. (Vídeo MP4). Acedido em 07-12-2016. Disponível em [http://www.tvenfermagem.com/tv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=900&Itemid=18](http://www.tvenfermagem.com/tv/index.php?option=com_content&view=article&id=900&Itemid=18)

### 3ª Sessão de Educação para a Saúde

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Cuidar+**  
UNIVERSIDADE Nova de Lisboa

## Saúde Sexual e Reprodutiva: Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Helena Borges Manuel

2 fevereiro 2017

### Infeções sexualmente transmissíveis (IST)

▶ São infeções que podem ser transmitidas entre parceiros numa relação sexual.

### Que IST conheces?

### IST

- ▶ Têm grande impacto a nível da saúde sexual e reprodutiva;
- ▶ São causadas por microrganismos (vírus, bactérias, parasitas) que se encontram nos fluidos corporais como o esperma, as secreções vaginais e o sangue.
- ▶ O período de tempo necessário para que existam manifestações da infeção varia, podendo ser de alguns dias, semanas, meses ou até anos.
- ▶ Os sinais/sintomas mais vulgares de uma IST são corrimentos uretrais ou vaginais, ardores, comichões, feridas ou pequenos nódulos na zona dos órgãos sexuais ou do ânus, e dores abdominais.
- ▶ A maioria destas infeções tem tratamento ou cura, desde que a pessoa seja observada por um médico o mais cedo possível após a infeção.

### IST

- ▶ Infeção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV)
- ▶ Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA)
- ▶ Hepatite B
- ▶ Herpes genital
- ▶ Infeção por Clamídia
- ▶ Gonorreia
- ▶ Sífilis
- ▶ Outras...

### IST

**DOENÇA = INFEÇÃO**

Uma pessoa pode estar **INFETADA** e **NÃO ESTAR /SENTIR-SE DOENTE**. Este facto não impede que a pessoa infetada, caso não tome as devidas precauções, contamine o seu parceiro sexual.

A pessoa com uma IST tem o dever de informar o seu parceiro e/ou parceira para que procure uma consulta médica.

**Basta uma relação sexual não protegida para a pessoa poder ficar infetada!**

### Vias de transmissão das IST

- Relações sexuais (vaginais, anais, orais)
- Sangue (infeção pelo VIH, Hepatite B)
- De mãe para filho: gravidez/parto/amamentação (VIH, HPV, Hepatite B, Clamídia, Gonorreia, Sífilis, Herpes genital)

### Vírus do Papiloma Humano (HPV)

▶ É responsável por grande nº de infeções no homem/mulher, muitas vezes sem manifestações

### Sinais e sintomas

- Comichão, ardor e/ou dor durante a relação sexual
- Verrugas genitais/condilomas
- Em certos casos, se não for tratada pode evoluir para cancro do colo do útero

### Infeção pelo VIH/SIDA

A SIDA é provocada pelo VIH (Virus da Imunodeficiência Humana), que afeta o sistema imunitário, isto é, destrói os mecanismos de defesa que nos protegem das doenças

### Infeção pelo VIH/SIDA

- Estar infetado pelo VIH não significa que tenha SIDA, podendo não ter manifestações durante muito tempo
- Existe tratamento, **mas não tem cura!**

### Hepatite B

- É causada pelo vírus da Hepatite B (VHB)
- Podem desenvolver-se doenças graves no fígado, como a cirrose e o cancro no fígado

### Sinais e sintomas

- > Cansaço;
- > Perda de apetite;
- > Febre;
- > Náuseas e vômitos;
- > Dores abdominais;
- > Dores nas articulações;
- > Coloração amarela da pele e dos olhos;
- > Urina escura;
- > Fezes claras.

**Pode não dar sinais e sintomas!**

### Herpes Genital

- Infeção causada pelo vírus Herpes Simplex
- O tratamento serve para diminuir as queixas e o período em que o vírus se encontra ativo, **mas não tem cura!**

### Sinais e sintomas

- Vesículas/lesões nos órgãos genitais ou ânus
- Dor, comichão e ardor ao urinar

### Infeção por Clamídia

- Causada pela bactéria *Chlamydia Trachomatis*
- Pode danificar os órgãos reprodutores da mulher e causar infertilidade

### Sinais e sintomas

- Corrimento vaginal
- Ardor ao urinar
- Dores pélvicas
- Dores durante as relações sexuais
- Perda de sangue entre as menstruações
- Corrimento uretral
- Ardor ao urinar
- Dor/inchaço nos testículos

Muitas vezes não dá sinais ou sintomas!

### Gonorreia

- Causada por uma bactéria - gonococo.
- Se não for tratada pode causar infertilidade.

### Sinais e sintomas

**Fêmea**

- Corrimento vaginal
- Ardor ao urinar
- Dores pélvicas
- Dores durante as relações sexuais


**Muitas vezes não dá sinais ou sintomas!**

**Macho**

- Corrimento uretral
- Ardor ao urinar
- Dor nos testículos

### Sífilis

- Causada pela bactéria *Treponema Pallidum*
- Os sinais e sintomas não são sempre evidentes e variam consoante a fase da doença



### Sinais e sintomas

**1ª Fase**  
Pequena ferida/úlceras indolor nos órgãos genitais.

**2ª Fase**  
Semanas depois pode surgir febre, dores de cabeça, perda de peso, dores musculares e fadiga.

**3ª Fase**  
A pessoa mantém-se assintomática durante vários anos.

**4ª Fase**  
Se a infeção não for tratada pode causar problemas graves no sistema nervoso e cardiovascular, e até levar à morte.

### Prevenção

**Usar preservativo**



**Não partilhar objetos cortantes/perfurantes/uso pessoal**



**Vacinas (HPV e Hepatite B)**

**Consultas médicas regulares**




## Jogo Verdadeiro ou falso



### Verdadeiro ou falso?

Além dos preservativos (masculinos e femininos) há outros métodos contraceptivos que previnem as IST **Falso**

Uma das coisas a fazer quando se suspeita que se tem uma IST é informar o parceiro sexual **Verdadeiro**

Os microrganismos que causam as IST apenas podem entrar no corpo humano através da vagina ou do pénis **Falso**

É possível saber se tenho uma IST apenas através dos sintomas **Falso**

### Verdadeiro ou falso?

Não se pode apanhar uma IST numa primeira relação sexual **Falso**

As IST podem causar problemas graves de saúde, e algumas delas podem causar a morte **Verdadeiro**

A infeção por clamídia dá sempre sintomas no homem e na mulher **Falso**

Mesmo que uma rapariga esteja a tomar a pílula ou a usar o implante contraceptivo, ela e o seu parceiro devem usar preservativos para evitarem contrair IST **Verdadeiro**

### Verdadeiro ou falso?

O HPV nunca provoca o aparecimento de verrugas, nas áreas genital ou anal **Falso**

Se não for tratada, a sífilis pode causar danos irreversíveis ou mesmo a morte **Verdadeiro**

A infeção pelo HPV não pode ser prevenida através da vacinação **Falso**

O herpes genital pode transmitir-se por beijos ou carícias, quando há contacto com lesões ou secreções das zonas afetadas **Verdadeiro**

### Verdadeiro ou falso?

O VIH transmite-se através de sangue, secreções sexuais, da mãe para o filho e de abraços **Falso**

O VIH é um vírus que afeta o sistema imunitário humano **Verdadeiro**

Não há diferença entre estar infetado pelo VIH e ter SIDA **Falso**

A única forma de prevenir as IST é o uso de preservativo **Falso**

### Bibliografia

APF - Associação para o Planeamento da Família (2012). *Será isto um bicho de sete cabeças?* CD - Jogo interativo. Lisboa: APF

APF - Associação para o Planeamento da Família (2017). *Infeções sexualmente transmissíveis*. Acedido em 10-01-2017. Disponível em <https://www.apf.pt/infecoes-sexualmente-transmissiveis>

Araújo, S. (2012). *Programa de Educação Sexual no Ensino Profissional*. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.

World Health Organization (2016). *Sexually transmitted infections (STIs)*. Acedido em 10-01-2017. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>

# 4ª Sessão de Educação para a Saúde (1ª parte)

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

**Cuidar+**  
CENTRO DE ATUALIZAÇÃO E INOVAÇÃO  
EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

## Saúde Sexual e Reprodutiva

### Gravidez não planeada

Helena Borges Manuel

9 fevereiro 2017


## Filme

### Será que estou grávida?



### Suspeito que estou grávida. O que devo fazer?

- ▶ Deves, em primeiro lugar, fazer um teste à urina, 5-7 dias após a falta da menstruação ou 3 semanas após a relação de risco.
- ▶ O teste pode ser realizado na farmácia, em casa (se for comprado na farmácia ou no supermercado) ou num laboratório de análises clínicas, se for prescrito pelo médico.



## IVG ou aborto induzido

### Aborto - O que é?

Um **aborto** consiste na interrupção de uma gravidez com menos de 20-22 semanas de gestação.

- ▶ **Aborto espontâneo:** Interrupção de uma gravidez devido a uma ocorrência acidental ou natural.
- ▶ **Aborto induzido:** Procedimento usado para interromper uma gravidez, também chamado **Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)**. Quando realizado precocemente, em serviços de saúde legais e autorizados, é um procedimento médico seguro e com reduzidos riscos para as mulheres.

(APF, 2017)

## Interrupção da gravidez legislação

Em Portugal, com a Lei nº 16/2007, a interrupção da gravidez pode ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos nas seguintes situações:

- ▶ Se a gravidez puder ocasionar risco de vida ou de grave lesão para a saúde física ou mental da mulher e a interrupção for realizada até às 12 semanas de gravidez;

## Interrupção da gravidez legislação

- ▶ Se se confirmar que o recém-nascido virá a sofrer de uma doença grave ou malformação congénita e a interrupção for realizada até às 24 semanas de gravidez;
- ▶ Se a gravidez resultar de um crime sexual (uma violação, por exemplo) e a interrupção for realizada até às 16 semanas de gravidez;
- ▶ Por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez.

## Tipos de interrupção da gravidez

### Interrupção da gravidez cirúrgica



- ▶ Consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração e/ou curetagem, e dura apenas alguns minutos. Pode ser realizada com anestesia local ou geral.

### Interrupção da gravidez medicamentosa



- ▶ Consiste na administração de dois medicamentos com intervalo de 48 horas.

### Como proceder para interromper a gravidez?

- ▶ A mulher deve dirigir-se ao Centro de Saúde a que pertence e pedir uma consulta para interrupção de gravidez.
- ▶ Nesta primeira consulta serão esclarecidas dúvidas e pedidos exames (geralmente análise ao sangue) para determinar o tempo de gravidez.
- ▶ Após confirmação da gravidez, o médico referencia para o hospital, e posteriormente recebe um contacto para levantar o termo de responsabilidade (que isenta de taxa moderadora).

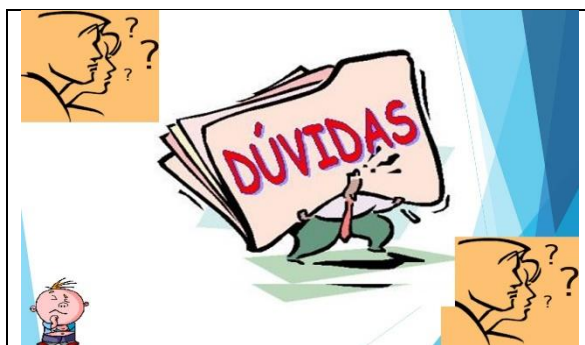


- ▶ O hospital informa o local onde será realizada a IVG.
- ▶ É necessário ler e assinar o documento "Consentimento Livre e Esclarecido".
- ▶ No caso de se tratar de uma jovem menor de 16 anos, este consentimento será dado pelo pai, mãe ou representante legal.
- ▶ Entre a primeira consulta e a interrupção da gravidez, é necessário um período de reflexão de 3 dias.
- ▶ A IVG é gratuita, se for feita através do Serviço Nacional de Saúde.

## Atenção!

▶ A IVG não é um método contraceptivo e não deve ser utilizada como tal.

Mais vale prevenir...

## Jogo

### Verdadeiro ou falso



### Verdadeiro ou falso?

Em Portugal a lei só permite a IVG em caso de violação e malformação fetal Falso

Em Portugal a IVG é permitida, por vontade da mulher, até às 10 semanas de gravidez, em caso de violação, risco de vida para a mãe e malformação fetal Verdadeiro

Na maior parte das vezes, a mulher que faz uma IVG em Portugal pela via legal corre riscos de saúde Falso

A IVG só pode ser feita com medicamentos Falso

### Verdadeiro ou falso?

Uma jovem de 15 anos pode dar sozinha consentimento para fazer uma IVG Falso

A IVG é gratuita se forem seguidos os procedimentos do Serviço Nacional de Saúde Verdadeiro

Geralmente é necessário internamento para fazer uma IVG Falso

Para fazer uma IVG é necessário começar por recorrer a uma primeira consulta no Centro de Saúde Verdadeiro

## Obrigada pela participação!




### Bibliografia

APF (2009). Será que estou grávida? In *Cenas e contracenas*. DVD, 8 minutos.

APF - Associação para o Planeamento da Família (2017). *Aborto e Interrupção da Gravidez*. Acedido em 20-01-2017. Disponível em <http://www.apf.pt/aborto-e-interrupcao-da-gravidez>

Araújo, S. (2012). *Programa de Educação Sexual no Ensino Profissional*. Lisboa: APF - Associação para o Planeamento da Família.

## 4ª Sessão de Educação para a Saúde (2ª parte)



### Saúde Sexual e Reprodutiva: Recursos

Helena Borges Manuel  
9 fevereiro 2017

### Saúde Sexual e Reprodutiva Recursos



### Saúde Sexual e Reprodutiva Recursos

Onde é que te podes dirigir para:

- Esclarecer dúvidas e pedir aconselhamento sobre SSR?
- Obter métodos contraceptivos?
- Fazer despiste de IST?




### Centro de Saúde de Carnaxide

- **Consulta de Planeamento Familiar**
  - Ambos os sexos; idade reprodutiva
  - Gratuita
- **Chat Carnaxide Jovem**
  - Jovens entre os 12 e os 24 anos
  - Consultas gratuitas
  - Com abertura geográfica



R. Manuel Teixeira Gomes - Carnaxide  
T: 21 017 1519/21 417 0700



### Sexualidade em Linha 800 222 003

Gratuita, anónima e confidencial  
IPDJ - Instituto Português do Desporto e Juventude  
APF - Associação para o Planeamento da Família


**Horário:**  
Dias úteis das 11H00 às 19H00  
Sábados das 10H00 às 17H00

**Linha que informa, orienta, encaminha e esclarece dúvidas sobre Saúde Sexual e Reprodutiva: sexualidade, desenvolvimento, relações de namoro, amizade, conjugalidade, contraceção; gravidez e gravidez não desejada, violência sexual, infeções sexualmente transmissíveis, orientação sexual, entre outras.**

**Gratuita, confidencial, anónima**

### Consulta de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

- ▶ **Centro de Saúde da Lapa**
  - Consultas gratuitas, confidenciais




R. de São Ciro, 36  
Lisboa

T: 21 393 01 51/2  
Horário: 2ª a 6ª feira das 9:00h às 16:00h

### Recursos Internet

- ▶ Portal da Juventude  
[www.juventude.gov.pt](http://www.juventude.gov.pt)
- ▶ Saúde e sexualidade juvenil
- ▶ Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, DGS  
[www.saudereprodutiva.dgs.pt/](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/)
- ▶ Espaço Jovem




## Obrigada pela participação!



## Jogo Verdadeiro ou falso

### Verdadeiro ou falso?

Só as raparigas sexualmente ativas é que devem ir a consultas de Planeamento Familiar **Falso**

As consultas de Planeamento Familiar são gratuitas **Verdadeiro**

Um/uma adolescente necessita de consentimento dos pais para pedir aconselhamento sobre métodos contracetivos **Falso**

O único local onde os jovens podem pedir aconselhamento sobre SSR é na consulta de Planeamento Familiar do Centro de Saúde **Falso**

### Verdadeiro ou falso?

Só posso adquirir preservativos nas farmácias e nos supermercados **Falso**

Existe uma linha telefónica de apoio à SSR **Verdadeiro**

Só posso adquirir gratuitamente métodos contracetivos nas consultas de Planeamento Familiar do Centro de Saúde **Falso**

Se precisar de pedir esclarecimentos sobre SSR posso dirigir-me ao Centro de Saúde e a espaços de atendimento a jovens como o Chat de Carnaxide **Verdadeiro**

**Apêndice XV** – Questionários de avaliação das atividades  
pelos participantes

**Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde  
sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**

Pretendo saber se gostaste desta sessão. Assinala com um X a resposta que melhor exprime a tua opinião.

	Não gostei	Gostei	Gostei muito
Gostaste da sessão?			

	Sim	Não
Os conteúdos responderam às tuas dúvidas?		
A forma como os conteúdos foram apresentados foi adequada?		
As atividades realizadas contribuíram para a compreensão do tema?		

	Excessiva	Adequada	Curta
A duração da sessão face aos temas abordados foi adequada?			

	Entusiasmado	Interessado	Aborrecido	Outro
Como te sentiste durante a sessão?				

Sugestões/críticas:

---

---

---

---

---

**Avaliação da Atividade**  
**Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide**

Pretendo saber se gostaste desta atividade. Assinala com um X a resposta que melhor exprime a tua opinião.

	Não gostei	Gostei	Gostei muito
Gostaste da atividade?			

Porquê?

---

---

---

	Sim	Não
A forma como a atividade se realizou foi adequada?		
As atividade realizada contribuiu para ficares mais esclarecido/a sobre os serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva existentes no Centro de Saúde de Carnaxide?		

A duração da atividade foi adequada?	Excessiva	Adequada	Curta

Sugestões/críticas:

---

---

---

---

## **Apêndice XVI – Indicadores de satisfação**

## Indicadores de Satisfação

1º Indicador:

Nº de jovens que gostaram/gostaram muito da atividade X 100

Nº total de jovens participantes

### Avaliação do 1º indicador de satisfação

<b>Atividades</b>	<b>Avaliação do 1º indicador de satisfação</b>
Atividade Nº1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que gostaram/gostaram muito da atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{11}{11} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº2: Sessão de EpS sobre contraceção	$\frac{\text{Nº de jovens que gostaram/gostaram muito da atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{8}{8} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº3: Sessão de EpS sobre IST	$\frac{\text{Nº de jovens que gostaram/gostaram muito da atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que gostaram/gostaram muito da atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	$\frac{\text{Nº de jovens que gostaram/gostaram muito da atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$

2º Indicador:

$$\frac{\text{Nº de jovens cujas dúvidas ficaram esclarecidas com a atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} \times 100$$

### Avaliação do 2º indicador de satisfação

Atividades	Avaliação do 2º indicador de satisfação
Atividade Nº1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens cujas dúvidas ficaram esclarecidas com a atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{11} \times 100 = 81\%$
Atividade Nº2: Sessão de EpS sobre contraceção	$\frac{\text{Nº de jovens cujas dúvidas ficaram esclarecidas com a atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{8}{8} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº3: Sessão de EpS sobre IST	$\frac{\text{Nº de jovens cujas dúvidas ficaram esclarecidas com a atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens cujas dúvidas ficaram esclarecidas com a atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	$\frac{\text{Nº de jovens cujas dúvidas ficaram esclarecidas com a atividade}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$

3º Indicador:

$$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos}}{\text{Nº total de jovens participantes}} \times 100$$

### Avaliação do 3º indicador de satisfação

Atividades	Avaliação do 3º indicador de satisfação
Atividade Nº1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{10}{11} \times 100 = 91\%$
Atividade Nº2: Sessão de EpS sobre contraceção	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{8}{8} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº3: Sessão de EpS sobre IST	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada aos conteúdos}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$

4º Indicador:

$$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema}}{\text{Nº total de jovens participantes}} \times 100$$

#### Avaliação do 4º indicador de satisfação

Atividades	Avaliação do 4º indicador de satisfação
Atividade Nº1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{11}{11} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº2: Sessão de EpS sobre contraceção	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{8} \times 100 = 88\%$
Atividade Nº3: Sessão de EpS sobre IST	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a atividade adequada à compreensão do tema}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$

5º Indicador:

$$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a duração da atividade adequada}}{\text{Nº total de jovens participantes}} \times 100$$

**Avaliação do 5º indicador de satisfação**

<b>Atividades</b>	<b>Avaliação do 5º indicador de satisfação</b>
Atividade Nº1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a duração da atividade adequada}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{4}{11} \times 100 = 36\%$
Atividade Nº2: Sessão de EpS sobre contraceção	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a duração da atividade adequada}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{4}{8} \times 100 = 50\%$
Atividade Nº3: Sessão de EpS sobre IST	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a duração da atividade adequada}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a duração da atividade adequada}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº5: Visita ao Centro de Saúde de Carnaxide	$\frac{\text{Nº de jovens que consideraram a duração da atividade adequada}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{7}{7} \times 100 = 100\%$

6º Indicador:

$$\frac{\text{Nº de jovens que se sentiram entusiasmados/interessados}}{\text{Nº total de jovens participantes}} \times 100$$

**Avaliação do 6º indicador de satisfação**

<b>Atividades</b>	<b>Avaliação do 6º indicador de satisfação</b>
Atividade Nº1: Sessão de EpS sobre o conceito de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que se sentiram entusiasmados/interessados}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{8}{11} \times 100 = 73\%$
Atividade Nº2: Sessão de EpS sobre contraceção	$\frac{\text{Nº de jovens que se sentiram entusiasmados/interessados}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{6}{8} \times 100 = 75\%$
Atividade Nº3: Sessão de EpS sobre IST	$\frac{\text{Nº de jovens que se sentiram entusiasmados/interessados}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{9}{9} \times 100 = 100\%$
Atividade Nº4: Sessão de EpS sobre gravidez não planeada e recursos de SSR	$\frac{\text{Nº de jovens que se sentiram entusiasmados/interessados}}{\text{Nº total de jovens participantes}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$