



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no Instituto Politécnico de Bragança

Proponente: Lic. Aracy Soraia Chantre Ferreira

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Mestre Maria da Conceição Tomé da Silva

Bragança, maio de 2019

Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no IPB

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no Instituto Politécnico de Bragança

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Consórcio IPB/IPVC/UTAD, ao abrigo do Despacho n.º 345/2012 do Diário da República, 2.ª série- N.º 8 - 11 de janeiro de 2012.

Proponente: Lic. Aracy Soraia Chantre Ferreira

Orientadoras: Professora Doutora Teresa Isaltina Gomes Correia

Mestre Maria da Conceição Tomé da Silva

Bragança, maio de 2019

Ferreira. ASC. Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no IPB. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2019.

Palavras-chave: Promoção da saúde; saúde sexual e reprodutiva; conhecimentos; comportamentos; estudantes do ensino superior PALOP.

As seguintes partes da presente dissertação foram publicadas (Comunicação):

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no IPB. Semana Internacional de Investigação, NURSID Week 18. 2018, julho 11-13; Porto, Portugal.

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Acesso aos cuidados de saúde, na área da SSR, dos estudantes universitários PALOP. XI Jornada de Obstetrícia e Ginecologia, 2018, novembro 29-30, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Comportamentos sexuais e reprodutivos dos estudantes universitários PALOP. XI Jornada de Obstetrícia e Ginecologia, 2018, novembro 29-30, Vila Nova de Famalicão, Portugal.

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Adesão dos estudantes PALOP do IPB, aos cuidados de saúde na área da saúde sexual e reprodutiva. I Jornada Internacionais de Enfermagem, 2019, janeiro10-11, Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal.

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Conhecimentos sexuais e reprodutivos dos estudantes PALOP. I Jornada Internacionais de Enfermagem, 2019, janeiro10-11, Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal.

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Vivência da Sexualidade dos PALOP que estudam no IPB. I Jornada Internacionais de Enfermagem, 2019, janeiro10-11, Escola Superior de Saúde de Bragança, Portugal.

Ferreira CSA, Correia TIG, Silva MCT. Literacia em Saúde dos estudantes PALOP. NURSID Week 2019, maio 9-10; Porto, Portugal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os estudantes PALOP, que saíram do seu país de origem, com o objetivo de ter uma melhor formação académica, porém têm que enfrentar diversas dificuldades durante o processo de adaptação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente queria agradecer a Deus por ser meu anjo protetor, por dar-me força para chegar até aqui e por nunca me abandonar nos momentos mais difíceis. Em seguida agradeço à minha querida mãezinha Cecília Chantre, que desde sempre me ensinou a lutar, para seguir com os meus sonhos, obrigada por tudo mãe, por ser essa mulher que me inspira todos os dias, a ser um ser humano melhor.

À minha amiga do coração Arlete Fernandes, muito obrigada por me ajudar a realizar meu sonho, minha gratidão será eterna. À Enf.^a Conceição Tomé, obrigada por todo afeto e apoio demonstrando ao longo deste tempo.

À minha orientadora Prof. Doutora Teresa Correia muito obrigada por todo o apoio e carinho. Aos meus queridos amigos de Cabo Verde, Suely Reis, Jerícia Duarte, João Dias, Nivaldo Castro e Marisa Oliveira.

E à minha querida amiga que o mestrado me deu Ana Lúcia Franco, obrigada por todos os sorrisos ao longo desse tempo.

E a todos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste trabalho. Por fim quero agradecer ao Instituto Politécnico de Bragança, em particular à Escola Superior de Saúde.

“Os Direitos Sexuais e Reprodutivos são uma componente dos Direitos Humanos universais, referentes à sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva que emanam de direitos de liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade para todos os seres humanos”⁽¹⁾.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	XIII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	XIV
RESUMO	XV
ABSTRACT	XVI
1.INTRODUÇÃO	1
1.1 Conceito de Saúde/ Saúde Sexual e Reprodutiva.....	1
1.2 Cooperação entre os Países no Setor da Saúde	8
1.3 Perfil dos estudantes PALOP em Portugal.....	12
1.4 Conhecimentos na área da saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior	14
1.5 Saúde Sexual e Reprodutiva dos estudantes do ensino superior	16
1.5.1 Comportamentos Sexuais	18
1.5.2 Risco para a saúde sexual dos jovens estudantes	19
1.6 Infecção sexualmente transmissíveis	21
1.7 Prevenção e educação para a saúde sexual dos jovens estudantes	23
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos.....	26
3. METODOLOGIA	28
3.1 Problema	28
3.2 Hipótese geral.....	28
3.3 Hipóteses específicas.....	28
3.4 Tipo de estudo	28
3.5 População / amostra	28
3.5.1 Caraterização sociodemográfica.....	30
3.6 Variáveis	30
3.6.1 Variável dependente	31
3.6.2 Variáveis independentes.....	33
3.7 Instrumento de colheita de dados	34
3.8 Recolha de dados.....	35
3.9 Procedimentos estatísticos.....	35
3.10 Considerações éticas	36

4. RESULTADOS	38
4.1 Análise descritiva.....	38
4.2 Análise inferencial.....	43
5. DISCUSSÃO	48
5.1. Discussão da metodologia.....	48
5.2. Discussão dos resultados.....	48
6. CONCLUSÃO	59
7. BIBLIOGRAFIA	62
8 ANEXOS	77
Anexo I. Consentimento informado.....	78
Anexo II. Questionário.....	79

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica da amostra.....	31
Tabela 2- Conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva.....	39
Tabela 3- Comportamentos de saúde sexual e reprodutiva.....	40
Tabela 4- Crenças sobre saúde sexual e reprodutiva.....	42
Tabela 5- Grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva consoante país de origem, escalão etário, sexo, meios de obtenção de informação, tempo de residência e grau de ensino.....	44
Tabela 6- Interrupção Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos.....	46
Tabela 7- Número de Interrupções Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos.....	46
Tabela 8- Perceção de dificuldades no acesso a cuidados de saúde consoante ter médico de família e utilização do serviço de urgência.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACM-Alto Comissariado para as Migrações

ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde

ARS-Administração Regional de Saúde

APS-Atenção Primária à Saúde

DGS-Direção Geral da Saúde

DSR-Direitos à Saúde Sexual e Reprodutiva

ESMO-Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

ESA- Escola Superior Agrária de Bragança

EsACT -Escola Superior de Comunicação, Administração e Turismo

ESE- Escola Superior de Educação de Bragança

ESSa-Escola Superior de Saúde de Bragança

ESTIG - Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Bragança

IPB-Instituto Politécnico de Bragança

IST- Infecção Sexualmente Transmissíveis

IOM-International Organization for Migration

IVG-Interrupção Voluntária da Gravidez

CIPD-Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CPLP-Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

OE-Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

ONU-Organização das Nações Unidas

PALOP-Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SSR-Saúde Sexual e Reprodutiva

SIDA-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS-Statistical Package for the Social Sciences

SEF-Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

ULSNE-Unidade Local de Saúde do Nordeste

VIH-Vírus da Imunodeficiência Humana

UNFPA-United Nations Population Fund

WAS-World Association for Sexology

WHO-World Health Organization

RESUMO

Introdução: A promoção da saúde dos jovens estudantes do ensino superior é um fator primordial para poder melhorar a sua saúde, em geral, e a saúde sexual e reprodutiva em particular. Os cuidados de saúde são um direito universal, existindo necessidades diferentes conforme a cultura. **Objetivo Geral:** Identificar a situação de saúde sexual e reprodutiva dos jovens oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que estudam no Instituto Politécnico de Bragança (IPB) e implementar estratégias de promoção da saúde. A escolha do tema deve-se ao fato de a investigadora pertencer aos PALOP, e o tema também fazer parte da sua área de formação que é a saúde sexual e reprodutiva. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal com uma amostra de 285 estudantes PALOP que estudam no IPB. A colheita de dados foi feita através da aplicação de um questionário adaptado e *online* destinado exclusivamente a estes estudantes. Após a colheita, os dados foram submetidos a tratamento e análise descritiva através do *software* de análise estatística da IBM SPSS 22.0. **Resultados:** A maioria dos estudantes situa-se entre os 17-22 anos de idade (61,4%), sendo (58,2%) do sexo feminino. Nesta amostra (21,8%) dos estudantes já esteve “grávida ou engravidou a namorada” pelo menos uma vez (46,3%). Quanto à vigilância pré-natal (66,7%) não fez e apontam como razão o facto de terem realizado abortamento. Dos estudantes (62%) tem médico de família, cerca de (22,6%) não fez nenhuma consulta ao longo do ano. Aproximadamente (62%) dos estudantes considera que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, apresentando como principais obstáculos, o medo de perguntar (41,3%), o tempo de espera no atendimento (37,5%), a dificuldade de comunicação (27,4%), os custos da consulta (25,9%), a má interpretação da informação (19,7%) e sentirem-se discriminados (19,3%). A grande maioria (88,4%) destes estudantes acha importante ter um serviço/estrutura de saúde que os apoie. **Conclusões:** Apesar de grande parte dos estudantes ter médico de família, poucos são os que recorrem aos cuidados de saúde primários. É pertinente e urgente investir na promoção da saúde nesta população em estudo e, apoiá-la tendo em conta as suas necessidades e características específicas.

Palavras-chave: Promoção da saúde; saúde sexual e reprodutiva; conhecimentos; comportamentos; estudantes do ensino superior.

ABSTRACT

Introduction: Promoting the health of young university students is a key factor in improving their health in general and sexual and reproductive health in particular. Health care is a universal right, and there are different needs depending on the culture.

General Objective: To identify the sexual and reproductive health situation of young people from Portuguese-speaking African Countries who study at the IPB (Polytechnic Institute of Bragança) and implement health promotion strategies. The choice of the theme is due to the fact that the researcher belongs to the PALOP, and also to be part of her area of training that is sexual and reproductive health.

Methodology: Cross-sectional epidemiological study with a sample of 285 PALOP students studying at IPB. Data collection was done through the application of an adapted online questionnaire intended exclusively for these students. After collection, the data were subjected to treatment and descriptive analysis using the statistical analysis software of IBM SPSS 22.0.

Results: The majority of the students were between 17-22 years old (61.4%), being (58.2%) female. In this sample (21.8%) students were "pregnant or impregnated their girlfriend" at least once (46.3%). Regarding prenatal surveillance (66.7%), they did not and state that they had abortion. Of the students (62%) have a family doctor, about (22.6%) did not make any inquiries throughout the year. Approximately (62%) of the students consider that there are difficulties in accessing health care, presenting as main obstacles, the fear of asking (41.3%), the waiting time in care (37.5%), the difficulty of communication (27.4%), consultation costs (25.9%), misinterpretation of information (19.7%) and discrimination (19.3%). The vast majority (88.4%) of these students find it important to have a health service / structure that supports them.

Conclusions: Although a large part of the students have family doctors, few are those who resort to primary health care. It is pertinent and urgent to invest in health promotion in this population under study and to support it taking into account their specific needs and characteristics

Keywords: Health promotion; sexual and reproductive health; knowledge; behaviors; students of higher education.

1.INTRODUÇÃO

1.1 Conceito de Saúde/ Saúde Sexual e Reprodutiva

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades, sendo um direito fundamental da pessoa humana” ⁽²⁾. Esta definição não se limita ao funcionamento do organismo do indivíduo (saúde como ausência de doença), dá uma visão muito mais ampla e multidimensional de todos os fatores que podem influenciar a saúde do ser humano, alargando-se a todos os outros aspetos que a saúde representa: estilos de vida, condições sociais, sexualidade, económicas, ambientais e, de forma mais vasta, a qualidade de vida.

Assim, a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) “representa também uma das principais preocupações da área da Saúde, potenciais problemas nesta área afetam, direta ou indiretamente, a saúde e o bem-estar de indivíduos e de comunidades, além de representarem as principais causas de enfermidades e de morte das mulheres” ^(3,4).

Deste modo surge o conceito de SSR, como “um componente da saúde geral dos indivíduos e tem sido alvo de crescente interesse nos países desenvolvidos” ⁽⁵⁾.

Assim, a SSR tem que ser entendida como o resultado de um processo de construção psicossocial, em função do qual os comportamentos mais elementares, como as dimensões estritamente fisiológicas da sexualidade, ou mais elaborados, como as sociais e culturais, tornam -se significativos e fazem parte da saúde geral do indivíduo ^(5,6).

Define SSR como “um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença ou enfermidade, em todas as questões relacionados com o sistema reprodutivo” ⁽⁷⁾. Este conceito considera-se holístico visto que inclui, para além da reprodução, as questões da saúde sexual e das relações pessoais, englobando vários temas, como sexualidade, reprodução, direitos humanos e bem-estar, e exige uma reflexão sobre a forma como estes temas se inter-relacionam ^(8,9,10). Sendo assim, pressupõe-se a possibilidade/ necessidade de as pessoas terem uma vida sexual segura e com prazer, com capacidade de reprodução e liberdade de decisão ⁽¹¹⁾.

As leis e os conceitos sobre SSR diferem entre países devido a sua cultura, comportamentos e estilos de vida. Esta situação repercute-se também no desconhecimento e nas práticas efetivas dos jovens estudantes, dificultando o conhecimento sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva a nível mundial. Estas diferenças,

inter e intra países, podem ser compreendidas através da especificidade de características pessoais, sociais e culturais das populações⁽¹²⁾.

Os estilos de vida estão interligados a questões específicas pessoais (valores humanos, atitudes e oportunidades) e a aspetos sociais, culturais e económicos, estando as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) fundamentalmente relacionadas com práticas, crenças sociais e culturais, do foro íntimo, pessoal e privado⁽¹³⁾.

A saúde sexual e reprodutiva dos jovens, é um tema que ao longo das últimas décadas tem merecido a atenção de diversos autores das ciências sociais e humanas, uma vez que é uma área de grande importância no desenvolvimento do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos.

Sobre Saúde Sexual a *Internacional Planned Parenthood Federation* (IPPF) partilha da definição da Organização das Nações Unidas (ONU) ao reforçar que a saúde sexual pressupõe uma abordagem positiva à sexualidade humana, não se restringindo apenas à prevenção da IST⁽¹⁴⁾.

Inicialmente, o domínio da saúde sexual foi definido de modo restrito, valorizando-se, sobretudo, os aspetos diretamente relacionados com a reprodução, nos quais se incluíam a gravidez, o parto e a contraceção. Por isso, nas últimas décadas, a atenção dos serviços e dos profissionais centrava-se nesses temas, em geral, sob a designação de Saúde Materna e Planeamento Familiar, dirigindo-se, em particular, para a população feminina⁽¹⁵⁾. A mudança social, as necessidades expressas pelos indivíduos em relação às suas vivências, a reflexão dos profissionais e também algumas medidas das organizações de saúde vieram reforçar a importância de enquadrar a problemática da reprodução num contexto mais vasto. Assumiu-se, assim, que esse domínio está intimamente relacionado com a expressão e o prazer sexual, as relações conjugais, os papéis sociais atribuídos a cada um dos sexos, ao bem-estar e à autodeterminação na vivência da sexualidade⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

O conceito de saúde sexual corresponde, hoje, a uma forma alargada de pensar e agir ativamente na promoção de vivências gratificantes, informadas e seguras no domínio da sexualidade de ambos os sexos^(20,21).

A saúde sexual é definida pela OMS “um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade. Ela não consiste somente em ausência de doença ou de disfunção. A saúde sexual precisa de uma abordagem positiva e respeitadora perante a sexualidade e as relações sexuais, bem como, perante a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coação, de discriminação e/ou de violência.

Neste domínio da saúde todas as pessoas têm o direito a serem respeitadas, protegidas e asseguradas ⁽²²⁾.

Outro aspeto a ser considerado em relação à saúde sexual e reprodutiva é a enorme disparidade existente sobre esta temática em cada país, entre países e entre géneros ^(23;24). Neste caso, a diferença dos papéis sociais de género (e suas variáveis socioeconómicas e culturais) reflete-se muitas vezes em uma desigual exposição das mulheres a riscos para a saúde, quando comparadas com os homens ^(25,26). Segundo o Banco Mundial ^(27,28), as desigualdades de género comprometem a eficácia das políticas de desenvolvimento e de saúde; logo, a promoção da igualdade de género pode aumentar as oportunidades de desenvolvimento humano e eliminar sérios obstáculos à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio ^(29,30).

Por sua vez, o crescente aumento da imigração feminina tem acentuado a preocupação em relação às questões de saúde sexual e reprodutiva nesta população. Dados de organizações internacionais e de estudos epidemiológicos têm apontado para uma maior vulnerabilidade em saúde sexual e reprodutiva nas mulheres imigrantes ⁽³¹⁾. Investigações na área da saúde reprodutiva apontam para a existência de piores indicadores de saúde associados à população imigrante, concretamente no que se refere à mortalidade perinatal, baixo peso ao nascer e menor utilização de métodos contraceptivos ⁽³²⁾. Os estudos científicos têm verificado que a reduzida e inadequada utilização desses métodos está frequentemente associada à ocorrência de gravidezes não desejadas e interrupções voluntárias. A perceção de que muitos dos problemas da sexualidade e reprodução são particularmente acentuados nos grupos socialmente mais desfavorecidos, como por exemplo a população imigrante, colocou as questões da saúde sexual e reprodutiva no contexto do desenvolvimento de políticas de inclusão social e de luta contra a pobreza. Assim, é atualmente reconhecido que investir na saúde sexual e reprodutiva é vital para a diminuição da pobreza e melhoria das condições de vida dos indivíduos, em particular, dos imigrantes e suas famílias. O desenvolvimento de programas efetivos em saúde requer que os comportamentos sexuais e reprodutivos sejam contextualizados na realidade em que a comunidade está inserida, determinada pela situação epidemiológica, mobilidade e dinâmicas socioculturais e económicas criadas pelos fatores demográficos (imigração e etnicidade) ⁽³³⁾.

A saúde sexual é uma abordagem da sexualidade fundada em conhecimento preciso, consciência pessoal e auto-aceitação, em que o comportamento de alguém, os seus valores e emoções são congruentes e integrados dentro de uma estrutura de

personalidade e de autodefinição⁽³⁴⁾. Esta envolve a capacidade de ter intimidade com o parceiro, de comunicar explicitamente as suas necessidades e desejos sexuais, de ser sexualmente funcional (ter desejo, estar excitado, e obter satisfação sexual) de atuar de forma deliberada e responsável, e de estabelecer limites sexuais⁽⁴⁴⁾. Inclui ainda, um aspeto comunitário, que reflete também o respeito e a valorização pelas diferenças individuais e a diversidade, e um sentimento de pertença e de envolvimento numa determinada cultura sexual^(34,35).

De uma forma geral, a revisão da literatura⁽³⁶⁾, menciona a saúde sexual como a capacidade de desfrutar e experimentar a sexualidade de forma livre, sem risco de infeções sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, interrupções voluntárias de gravidez, coerção, violência e discriminação. Desta forma, para se ser sexualmente saudável é necessário que os indivíduos tenham relações sexuais de uma forma segura, agradável e informada, baseadas numa auto-estima positiva e respeito mútuo, desta forma, as experiências sexualmente saudáveis podem melhorar a qualidade de vida e o prazer, as relações pessoais, a comunicação e a expressão de uma identidade⁽³⁶⁾. Não se limitando à ausência de doença ou de disfunção, pois ela inclui a capacidade de compreender e medir os riscos, as responsabilidades, os resultados e os impactos das práticas sexuais, assim como abrange a competência de integrar a sexualidade na vida de cada um, de sentir prazer, e de reproduzir-se, se o indivíduo assim o entender⁽³⁷⁾.

Sendo que nas conferências internacionais de População e Desenvolvimento, organizadas pela ONU que se alcançou a definição dos conceitos de direitos de saúde sexual e reprodutiva, nomeadamente na Conferência

Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994^(11,12). Estas conferências ocorreram num ambiente de alto crescimento demográfico, sob influência do pensamento neomalthusiano (que aceita e receita os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade), sob conjunturas internacionais distintas e sob a influência de múltiplos atores sociais⁽³⁸⁾. Também se estabeleceram acordos internacionais, proporcionando mudanças essenciais das políticas populacionais, premissas dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade do género e do planeamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos⁽³⁹⁾. Esta definição inclui uma abordagem multidimensional da sexualidade humana e salienta a importância dos direitos sexuais. Estes, por sua vez estão relacionados com os direitos humanos universais, referentes à sexualidade, que derivam dos direitos de liberdade, igualdade, privacidade, autonomia, integridade e dignidade, e como tal

devem ser reconhecidos, respeitados, promovidos e defendidos por todos. Os direitos reprodutivos estão inseridos em uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica em saúde, que é a saúde sexual e reprodutiva ⁽⁴⁰⁾.

Esta se configura como uma área complexa, pois envolve o cuidado dos indivíduos e famílias inseridos em contextos diversos, o que significa lidar com aspetos que vão além do biológico, tais como: sociais, culturais, económicos, emocionais e ambientais. Esse fato ressalta a importância da qualificação e postura dos profissionais de saúde, bem como de estratégias e materiais educativos que promovam conhecimentos significativos ^(41,42).

Os Direitos à Saúde Sexual e reprodutiva (DSR) foram reconhecidos recentemente e são considerados uma conquista histórica, advinda da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos. Abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da anticoncepção auto decidida. Estes direitos devem ser percebidos para que sejam pensadas estratégias governamentais eficazes, uma vez que o atendimento das demandas por cuidado à saúde sexual e reprodutivas (SSR) relacionadas às vivências de homens e mulheres deve ser um compromisso das políticas públicas na perspectiva da integralidade ⁽⁴³⁾.

Neste sentido foram formalmente aprovados os direitos sexuais pela Assembleia Geral da *World Association for Sexology* (WAS), em 1999, no 14º Congresso Mundial de Sexologia, realizado em Hong Kong, na República Popular da China, e são os seguintes:

- 1. Direito à liberdade sexual.** A liberdade sexual diz respeito à possibilidade de os indivíduos expressarem o seu potencial sexual, excluindo-se todas as formas de coação, exploração e abuso.
- 2. Direito à autonomia sexual,** integridade sexual e à segurança do corpo sexual. Este direito envolve a capacidade de uma pessoa tomar decisões autónomas sobre a própria vida sexual num contexto de ética pessoal e social. Também inclui o controlo e a obtenção de prazer do próprio corpo, livre de qualquer tipo de tortura, mutilação e violência.
- 3. Direito à privacidade sexual.** É o direito de cada ser humano tomar decisões e comportamentos sobre a sua intimidade, desde que, não interfiram com os direitos sexuais dos outros.

4. Direito à igualdade sexual. É o direito de cada ser humano ser livre de todas as formas de discriminação, independentemente do seu sexo, género, orientação sexual, idade, raça, classe social, religião e debilidade física ou mental.

5. Direito ao prazer sexual. O prazer sexual, incluindo autoerotismo, é uma fonte de bem-estar físico, psicológico, intelectual e espiritual.

6. Direito à expressão sexual. A expressão sexual é mais do que um prazer erótico ou atos sexuais. Cada indivíduo tem o direito de expressar a sexualidade através da comunicação, toques, expressão emocional e amor.

7. Direito à livre associação sexual. Significa a possibilidade de casamento ou não, do divórcio, e do estabelecimento de outros tipos de associações sexuais responsáveis.

8. Direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis. É o direito de decidir ter ou não ter filhos, o número e o tempo entre cada um, e o direito total aos métodos de regulação da fertilidade.

9. Direito à informação baseada no conhecimento científico. A informação sexual deve ser efetuada através do conhecimento científico, eticamente desenvolvido, bem como a divulgação apropriada dessa informação, e a todos os níveis sociais.

10. Direito à educação sexual integral. Este é um processo que dura a vida toda, desde o nascimento e ao longo da vida, e deveria envolver todas as instituições sociais.

11. Direito à saúde sexual. É o direito a cuidados de saúde sexual, que deverão estar disponíveis para a prevenção e tratamento de todas as preocupações, problemas e disfunções sexuais.

Desta forma a promoção da saúde é definida como um processo que deve capacitar os indivíduos a aumentar o controlo sobre a sua saúde, para assim conseguir melhorá-la, isto é, os indivíduos deverão ser capazes de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e alterar o ambiente ou adaptar-se a ele ⁽²⁰⁾. Também tem contribuído para melhorias neste setor e refere-se a um vasto número de ações dirigidas à população, delineadas com o objetivo de promover o desenvolvimento saudável de todos os indivíduos. Estas ações baseiam-se na promoção de comportamentos de saúde, estilos de vida saudáveis e modificações no meio envolvente, permitindo o desenvolvimento de melhores indicadores de saúde nas populações ⁽²¹⁾.

Contudo, a maioria dos programas de intervenção e das investigações no âmbito da promoção da saúde sexual limitam-se a tentar encontrar soluções para problemáticas como as IST, o Vírus da Imunidade Humana (VIH), as disfunções sexuais e a violência, o que de alguma forma corresponde apenas ao campo da epidemiologia clínica ^(44,45).

Por conseguinte, a promoção da saúde sexual visa essencialmente o desenvolvimento de competências, quer individuais, quer sociais, através de métodos diversos, mas complementares, que incluem não apenas a informação, mas também a educação para que os indivíduos possam ter um papel ativo no controlo da sua saúde sexual ⁽⁴⁶⁾.

Sendo que o conceito de saúde apresenta, assim, à semelhança do conceito de sexualidade, uma visão integral e holística do indivíduo, apontando para a necessidade das estratégias de promoção da saúde contemplarem o desenvolvimento ativo da qualidade de vida e do bem-estar dos indivíduos ^(47,48). De acordo com a OMS ⁽⁵⁰⁾, a sexualidade é uma dimensão essencial do ser humano ao longo do seu ciclo de vida, que inclui as capacidades individuais e sociais e as condições desenvolvimento emocional/amor, erotismo, sexo e reprodução.

Ainda assim, alguns autores já têm em consideração questões do tipo relacional e emocional, muito por conta da evolução que o conceito de sexualidade tem sofrido ao longo das décadas, particularmente no que respeita às significações sociais e psicológicas da sexualidade e da dinâmica das relações entre parceiros ⁽⁵¹⁾.

A competência ao nível afetivo-relacional, nomeadamente competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, de comunicação, assertividade e negociação, por forma a incrementar quer a prática de comportamentos sexuais seguros, quer os níveis de prazer e de bem-estar dos indivíduos nos seus relacionamentos sexuais ⁽⁵²⁾.

Segundo OMS, a sexualidade é considerada um aspeto importante da vida humana e abrange áreas como o sexo, as identidades e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, o prazer, a intimidade e a reprodução. É vivida e se expressa através de pensamentos, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relações, podendo ser influenciada pela interação de fatores biológicos, emocionais, intelectuais, socioeconómicos, culturais, históricos, religiosos, éticos, legais e políticos ^(53,54).

Integra aspetos relacionados com a sexualidade, de forma que esta seja positivamente enriquecedora e promova não só a comunicação, como também a relação entre os indivíduos ^(55,56,57).

É ancorada em pensamentos, fantasias, desejos, crenças e valores e expressa-se através de uma identidade, atitudes, valores, papéis, comportamentos e relacionamentos.

A definição proposta pela OMS ⁽²⁰⁾, frequentemente citada, versa o seguinte:

“A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” ⁽²⁰⁾.

Assim, a sexualidade é o resultado da interação dos fatores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturais e éticos ⁽²⁰⁾. Esta definição é integradora de múltiplas facetas e dimensões, apresentando a particularidade de enfatizar o carácter sistémico e holístico dessa “energia motivacional” que é a sexualidade. Não se centra, exclusivamente, no ato sexual, acrescentando-lhe componentes cognitivos, emocionais, relacionais e éticos. Por isso, sexo e sexualidade são conceitos diferentes, embora profundamente relacionados. O termo “sexo” pode ser utilizado para designar o género biológico, feminino ou masculino, para fazer referência aos órgãos genitais, ou ainda, para referir uma série de comportamentos humanos relacionados com a genialidade, nomeadamente, a cópula e a masturbação ⁽⁵⁸⁾. O termo “sexualidade” tem, frequentemente, uma conotação mais genérica pois, para além, da dimensão comportamental e biológica, engloba aspetos referentes à personalidade, que incluem, a sensualidade, o erotismo, os afetos e as emoções, e as interações sociais, entre outros. Neste contexto, fazem uma distinção entre a noção de ato sexual ⁽⁵⁹⁾, entendido como uma manifestação de carácter essencialmente genital e o comportamento sexual, que compreende, não somente os atos sexuais, como também todo o sistema de valores, atitudes e conduta que a pessoa possui em relação à sua sexualidade. Assim, a sexualidade pode ser estudada segundo várias dimensões, entre as quais se destacam a biológica, a psicológica, a comportamental, a clínica, a histórico-cultural e a ética. Atendendo ao papel que desempenham no desenvolvimento e comportamento humanos, não podemos valorizar uma em detrimento de outra, porque todas interagem em simultâneo criando uma realidade de natureza bio-psico-social ⁽⁵⁹⁾.

1.2 Cooperação entre os Países no Setor da Saúde

A Cooperação em Saúde desenvolvida pela Direção Geral da Saúde (DGS), enquanto órgão organizativo das Relações Internacionais e da Cooperação do Ministério da Saúde Português, bem como com as orientações de Camões em matéria de cumprimento dos princípios básicos internacionais de Ajuda ao Desenvolvimento, tem como objetivo fortalecer os sistemas públicos de saúde dos países em desenvolvimento, em particular dos Países Africanos de Língua oficial Português (PALOP) e Timor Leste, enquanto elemento fundamental nas estratégias de redução da pobreza ⁽⁶⁰⁾.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde, regulada pela Lei nº 48/90, de 24 de Agosto ⁽⁶¹⁾, são igualmente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos nacionais dos Estados-membros da União Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis. Assim, os cidadãos dos Estados-membros da União Europeia e do Espaço Económico Europeu gozam dos mesmos direitos de acesso aos cuidados de saúde que os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, no âmbito de uma estada, temporária ou de fixação de residência, no território nacional, aplicando-se-lhes, com as necessárias adaptações, a legislação comunitária que regulamenta o acesso aos cuidados de saúde.

Através do Despacho nº 25 360/2001, de 16 de novembro de 2001 ⁽⁶²⁾, do Ministério da Saúde, foi regulamentado o direito de acesso a todos os cidadãos estrangeiros, incluindo os PALOP, a cuidados de saúde e de assistência medicamentosa prestados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estabelece as seguintes condições de acesso:

- Os estrangeiros que residem legalmente em Portugal podem utilizar, tal como os portugueses, os serviços de saúde oficiais e têm direito aos medicamentos.
- Para isso, é necessário obter no Centro de Saúde o “cartão de utente” que será dado a quem apresente a “autorização de permanência ou residência” ou o “visto de trabalho”.
- O pagamento dos cuidados realizados aos estrangeiros (ou suas famílias) que descontem para a Segurança Social é efetuado tal como a lei indica para os portugueses.
- Os estrangeiros que não tenham “autorização de permanência ou residência” ou “visto de trabalho” têm acesso aos serviços de saúde se apresentarem um documento da Junta de Freguesia indicando que residem em Portugal há mais de 90 dias.
- Excetuando as situações que ponham em perigo a Saúde Pública em que os cuidados são gratuitos, a estes estrangeiros poderão ser cobradas os cuidados prestados segundo as tabelas em vigor, atendendo a cada caso concreto, nomeadamente a situação económica e social da pessoa aferida pelos serviços de segurança social.
- Entendem-se por situações que “ponham em perigo a Saúde Pública” aquelas relacionadas com as doenças transmissíveis e a vigilância da saúde, nomeadamente a saúde materna, infantil e planeamento familiar.

Deste modo a 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 os PALOP ⁽⁶³⁾.

Sendo assim 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 ⁽⁶⁴⁾.

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 Administração Regional de Saúde (ARS), Alto Comissariado para as Migrações (ACSS) e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACM) levou a Entidade Reguladora da Saúde ⁽⁶⁵⁾, 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 imigrante tem aumentado nos últimos anos, o que introduz preocupações, pois frequentemente as imigrações no feminino representam maiores riscos e vulnerabilidades ^(67,68). 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 ⁽⁶⁹⁾. 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 ^(67,70).

Em Portugal ⁽⁷¹⁾, 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 DGS ⁽⁷²⁾, 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 da 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 é uma garantia para a autonomia dos cidadãos. De acordo com a DGS ⁽⁷³⁾, o acesso universal a consultas de planeamento familiar e a métodos contraceptivos constitui uma forma privilegiada de diminuir as gravidezes indesejadas.

Nos últimos anos o número de estudantes no ensino superior tem vindo a aumentar cada vez mais, de acordo com o sistema de ensino superior em Portugal ⁽⁷⁴⁾, no ano de 2018 apresentou-se um total de (372.753 mil) estudantes a nível privado e público, sendo estes (172.235 mil) do sexo masculino, e (200.518 mil) do sexo feminino.

Vivemos atualmente na era de maior mobilidade humana registada na história, 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 ⁽¹³⁾. De acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), o número total de estudantes PALOP em Portugal, são a maior comunidade dos cabo-verdianos cerca de (68 mil), seguindo-se os angolanos (35 mil), guineenses (25 mil), são-tomenses (12 mil) e moçambicanos (6 mil).

Sendo que em Bragança o total de estudantes PALOP que estão a estudar no IPB é de 1085, na maioria os oriundos de Cabo Verde, em seguida os de Angola, Guineenses, são-tomenses e Moçambicanos.

Desta forma a promoção da saúde dos PALOP visa respeitar alguns princípios, nomeadamente evitar disparidades no estado de saúde e no acesso aos cuidados de saúde entre os PALOP e assim garantir o direito à saúde reduzindo a discriminação e as barreiras no acesso às intervenções de saúde; reduzir a mortalidade e a morbilidade das populações imigrantes; minimizar o impacto negativo do processo de imigração ⁽⁷⁵⁾.

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 ⁽⁷⁵⁾.

1.3 Perfil dos estudantes PALOP em Portugal

Conforme mencionado anteriormente, os estudantes PALOP são oriundos de Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe, que decidem vir estudar em Portugal para melhorarem a sua formação académica, porém quando chegam deparam-se com uma realidade completamente diferente, à qual têm de se adaptar. Relativamente aos cuidados de saúde, o estudante quando chega e só tem direito a ter médico de família, depois de obter o cartão de residência, fornecido pelo SEF. Para ter acesso aos cuidados de saúde é através de uma consulta aberta (Cuidados de Saúde Primários) ou no serviço de urgências. Considerando a acessibilidade aos cuidados de saúde um aspeto fundamental para a promoção da saúde e prevenção da doença, diversos estudos revelam a existência de desigualdades, barreiras estruturais e discriminação no acesso dos PALOP aos serviços de saúde ^(77,78,79,801).

Segundo estudos ⁽⁸²⁾ 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.

Os jovens de origem cabo-verdiana ^(31,83) 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. 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 ⁽³¹⁾.

Há evidências de que o comportamento sexual é condicionado pelos preceitos/normas sociais do país de origem ^(31,84). A situação de imigração também leva, por seu lado, a modificações nas representações e práticas de saúde sexual e reprodutiva ^(85,86).

Desta forma consideram ser fundamental ^(87,88), 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 sentido é da responsabilidade dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) agir como promotores e educadores para a saúde, sendo a importância do seu desempenho realçada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) ⁽⁸⁹⁾.

Neste contexto, a natureza interpessoal subjacente aos comportamentos sexuais e reprodutivos deve ser considerada, assim como os papéis tradicionais associados ao género, às diferenças de poder nas relações e à 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 socio-emocionais), mas também na ativação dos recursos de apoio nos contextos em que os imigrantes estão inseridos.

As intervenções devem, assim, adequar-se às diferenças e às necessidades específicas de cada grupo, adotando uma abordagem holística da SSR ^(31,86,87,88,89).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata ⁽⁹²⁾ a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, considerando que, para que se possa atingir, é necessário existirem políticas de saúde que promovam ações que enfatizem o envolvimento dos estados e dos indivíduos. Recomenda que os cuidados de saúde primários sejam a componente chave na aquisição de “Saúde para todos” e que incorporem a educação como uma forma de promoção e proteção da saúde, da participação comunitária e da promoção da autoconfiança dos indivíduos.

Na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ⁽⁸¹⁾, que se realizou em Ottawa, o conceito de promoção da saúde foi definido como:

“... o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio”⁽⁸¹⁾.

Sendo a saúde compreendida como um meio para se obter melhores condições de vida e como uma apreciação positiva que salienta a importância do desenvolvimento das aptidões sociais e individuais no seu controlo.

A promoção da saúde e as atividades a si inerentes continuaram a ser discutidas ao longo dos anos em diversas conferências realizadas em Sundsvall, 1991, Jacarta, 1997, México, 2000, Bangkok, 2005, Nairobi, 2009 e Helsínquia, 2013. Foram consolidados os princípios fundamentais: a saúde é um direito fundamental e a equidade em saúde manifestação de justiça social.

Melhores condições de vida e um maior envolvimento dos indivíduos e dos grupos de uma comunidade na obtenção e manutenção da sua saúde são, então, objetivos da promoção da saúde. O campo de atuação da promoção da saúde centra-se no desenvolvimento de competências pessoais, como forma de fortalecimento comunitário, expondo a educação em saúde como um meio de melhorar a auto-estima, aumentar os conhecimentos e ajudar os indivíduos e comunidades a serem responsáveis pelos seus comportamentos de procura de saúde⁽⁹³⁾.

Para atingir estes objetivos, com êxito, os enfermeiros podem adotar uma prática baseada em teorias ou modelos de promoção de saúde que ajudam a perceber os determinantes de saúde, promovem o conhecimento e orientam para uma ação eficiente de resposta às necessidades detetadas⁽⁹³⁾.

Nos últimos anos, muitos investigadores têm estudado a importância da sexualidade no desenvolvimento dos indivíduos, bem como o bem-estar e a qualidade de vida que a sexualidade pode promover. Várias áreas do conhecimento tais como a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, as ciências biomédicas e as ciências da educação têm fornecido contributos importantes para a clarificação desta. Porém, as alterações atitudinais e comportamentais no domínio da sexualidade têm acontecido de forma relativamente rápida, tornando obsoletas as concepções que eram validadas até há pouco tempo na nossa sociedade. Por exemplo, a idade da primeira relação sexual alterou-se bastante nas últimas duas décadas, quer nos rapazes quer nas raparigas, evidenciando uma tendência de antecipação^(94,95).

Outro aspeto que tem sofrido modificações, ao longo dos últimos anos, diz respeito ao nível de conhecimentos que os jovens revelam sobre assuntos relacionados com a saúde sexual ^(96,97). Igualmente, os diversos valores que hoje influenciam o comportamento sexual também não são os mesmos que os verificados há uns anos atrás ^(98,99).

1.4 Conhecimentos na área da saúde sexual e reprodutiva dos estudantes do ensino superior

A abordagem do conhecimento em saúde sexual e reprodutiva tornou-se importante tema de saúde pública e tema de debates com necessidades de estratégias intersectoriais para o enfrentamento desta problemática ⁽⁵⁾. Sendo que os conhecimentos e comportamentos sexuais inseguros dos jovens, impulsionados por conjunturas sociais têm contribuído para a fragilização de toda uma geração.

Ao mesmo tempo, são escassos os estudos sobre os conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos na área da sexualidade e da reprodução realizados em comunidades imigrantes, tornando difícil retirar conclusões acerca das diferenças culturais e étnicas que poderão existir nos determinantes dos comportamentos de risco.

Diante disso, o planeamento de intervenções eficientes também encontra dificuldades, pois o desconhecimento da cultura e dos sistemas de crenças nas minorias étnicas, em particular alguns mitos, tabus e práticas culturais que envolvem os comportamentos sexuais, prejudicam a abordagem da questão da sexualidade junto às populações migrantes ⁽¹⁸⁾.

Esta pressuposição está diretamente relacionada às questões dos direitos humanos, reconhecendo-se que todos os casais e indivíduos têm o direito à decisão livre e responsável nos aspetos relacionados com a reprodução (número de filhos, local e momento), sem discriminação, coerção ou violência, bem como o direito à informação e meios para tal ^(100,101,102). Nesta última condição, está implícito o direito das mulheres e dos homens à informação e ao acesso a métodos de planeamento familiar de sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis; tal direito se estende a serviços de saúde adequados, que permitam às mulheres ter gravidez e parto em segurança e ofereçam aos casais as melhores oportunidades de ter crianças saudáveis ⁽³²⁾.

De acordo com alguns autores ^(103,104,105) em muitos casos, as mulheres africanas acreditam que têm muito pouco controle sobre o comportamento sexual de seus parceiros e oportunidades limitadas para adotar medidas de prevenção da infecção pelo

HIV (como o uso do preservativo). De fato, no que diz respeito à adoção de medidas preventivas, parecem existir diferenças na capacidade da mulher e do homem de se protegerem ⁽¹⁰⁶⁾, pois as normas socioculturais colocam, muitas vezes, a mulher em posições mais vulneráveis em relação à proteção das IST ⁽⁶⁶⁾.

Por este motivo, segundo alguns autores ⁽¹⁰⁷⁾ é essencial considerar a influência das questões de género e as diferenças de poder na tomada de decisão sobre o uso de preservativo, na medida em que, muitas vezes, esta é uma decisão unilateral do homem. Segundo um estudo ⁽⁷⁾ efetuado entre mulheres africanas e brasileiras, aponta diferenças no nível educacional entre esses dois grupos, apontado que um maior conhecimento sobre planeamento familiar, métodos de contraceção e IST está associado a níveis educacionais mais elevados ^(9,20,110). Afinal, segundo ^(67,111), os indivíduos que apresentam níveis maiores de conhecimento tendem a perceber a doença como um risco pessoal e a reconhecer a importância de tomar medidas protetoras. As mulheres africanas, além de demonstrarem desconhecimento em relação a esta temática, argumentam frequentemente que a sua vulnerabilidade às IST está associada ao comportamento sexual adotado pelos seus parceiros ⁽⁶⁶⁾.

1.5 Saúde Sexual e Reprodutiva dos estudantes do ensino superior

O aumento de pressões para a iniciação cada vez mais cedo da atividade sexual leva a que, muitas vezes, o jovem que ainda não teve a primeira experiência sexual representa a exceção e não a regra ⁽³²⁾. A confiança que existe no grupo permite a transmissão de informação num contexto menos ameaçador, funcionando como uma base importante de aprendizagem, apesar da informação partilhada, nem sempre ser a mais precisa. Os grupos de pares são percecionados como o lugar de interações sociais da vida afetiva. O grupo oferece ao jovem novos objetos de identificação, além do espaço de segurança, de expressão e de comparação de comportamentos, ajudando-o na redefinição da sua identidade. Também, de acordo com os *media* funcionam como uma importante fonte de informação informal ⁽⁵⁰⁾. Ora, o que se verifica, são as vivências sexuais demasiado precoces, influenciadas não só pelos colegas, como também pelo deslumbre que os *media* lhes transmitem.

A ideia de que a informação/educação sexual promove a iniciação sexual precoce é contrariada por algumas investigações cujos resultados apontam no sentido de uma

contribuição positiva, ao nível da intervenção escolar, com uma diminuição de comportamentos de risco e o aumento de comportamentos preventivos ⁽¹¹³⁾.

O discurso do sexo seguro tem subjacente a suposição de que o prazer e o desejo podem ser reorganizados como resposta a imperativos baseados no risco de saúde. Este discurso assume e defende a capacidade dos procedimentos disciplinados na construção de um corpo capaz de obter prazer nesta nova forma de disciplina. O discurso do risco e do sexo seguro falha ao considerar que o comportamento sexual, tal como qualquer outro comportamento, não surgem isolados, mas sempre socialmente contextualizados ⁽²⁵⁾. Os jovens vão progressivamente substituindo a influência da instituição família pela influência do grupo de pares passando a emanar normas de conduta e de estatuto. Face às relações por vezes conflituosas com os seus pais, ou de menor abertura, o grupo de amigos parece surgir como espaço de encontro, na medida em que ajuda o indivíduo a adquirir uma representação de si, do seu valor enquanto pessoa. O grupo representa uma fonte informal muito importante de permuta de informação ⁽¹¹¹⁾.

Por sua vez, as doenças de transmissão sexual lideraram, desde o início da epidemia da SIDA, as preocupações de risco associadas à sexualidade. A maior vulnerabilidade dos jovens ao risco de contágio, associada à instabilidade relacional, impôs a necessidade de implementar campanhas preventivas e informativas no sentido de encarar o comportamento sexual a partir de um sentimento de precaução e de insegurança. Também, as estatísticas referentes à maternidade em Portugal nos remetem para outra realidade preocupante o elevado índice de mães adolescentes ⁽¹¹²⁾.

A gravidez representa um risco para a saúde das jovens mães cujo impacto ultrapassa, muitas vezes, a importância da dimensão biológica. Podem resultar menos oportunidades sociais e educacionais, dificuldades económicas e relacionais ^(112,113).

A SSR, como expressão de várias dimensões (biopsicossocial, cultural e ética), não só do indivíduo, mas também da sociedade, precisa em todo o seu processo de investigação e educação de equipas multiprofissionais. Não são demais os estudos que procuram compreender e aprofundar os conhecimentos da sexualidade. São esses estudos que, divulgados nas comunidades científicas, profissionais e mesmo nos meios de comunicação social, preparam os diferentes atores para intervirem no campo da saúde e da educação. A Organização Mundial de Saúde tem chamado a atenção da importância da sexualidade no equilíbrio da saúde "Uma sexualidade harmoniosa e satisfatória passa a ser uma valência fundamental no moderno conceito de saúde. Não faz realmente

sentido, conceber, hoje, um estado de bem-estar físico, psíquico e social sem uma vida sexual gratificante" ⁽¹¹⁴⁾.

As sociedades que negam a informação sexual aos jovens identificando as relações sexuais pré-matrimoniais como nefastas e imorais, expõem-nos com mais facilidade às doenças sexuais e às gravidezes indesejadas, para não se falar nos sentimentos de vergonha e culpa. Os sentimentos de culpa e vergonha da maternidade não desejada, quase sempre são agravados pelas condenações expressas da família e da comunidade.

A sexualidade tem uma dimensão fundamental em todo ciclo de vida de homens e mulheres, e envolve práticas e desejos ligados à satisfação, à afetividade, ao prazer, aos sentimentos, ao exercício da liberdade e à saúde. Desta forma, é uma construção histórica, cultural e social, e se transforma conforme mudam as relações sociais. Infelizmente, em nossa sociedade ocidental, foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder ⁽¹¹⁵⁻¹¹⁸⁾.

A primeira legislação portuguesa sobre educação sexual surge em 1984, incorporada na Lei nº 3, de 24 de Março ⁽¹¹⁹⁾, sobre planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez e proteção à maternidade. Embora essa Lei fosse bem-recebida pelos profissionais de saúde e pelas organizações envolvidas, as associações de pais e a igreja católica contestaram a sua aplicação a menores. Por sua vez, a Portaria nº 52/85 do Ministério da Saúde regulamenta as consultas de planeamento familiar para jovens. Posteriormente, a Associação para o Planeamento da Família e as então designadas Administração Regional de Saúde criaram, em vários pontos do país, Centros de Atendimento para Jovens (CAJ), garantindo consultas gratuitas com confidencialidade e anonimato ⁽¹²⁰⁾.

1.5.1 Comportamentos Sexuais

Os indivíduos têm ideias e crenças sobre a saúde e os riscos que correm. Estas são-lhes essenciais para poderem optar por comportamentos que favoreçam o seu estado de saúde pessoal. No entanto, a variedade de comportamentos que são observados comumente permite verificar que estas definições variam de pessoa para pessoa. Noções como a de risco, fatores de risco, fatores de proteção e comportamentos de saúde assumem alguma importância na perspetiva científica para compreender as escolhas comportamentais dos indivíduos.

Deste modo, o comportamento sexual é uma área potencial de risco para os jovens devido à iniciação sexual precoce, muitas vezes, sem a necessária ponderação das consequências possíveis, como contrair doenças sexualmente transmissíveis ou gravidezes indesejadas. Esta questão prende-se com padrões de atividade sexual típicos deste grupo, desde logo, o ser sexualmente ativo, o uso irregular do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros ^(19,45,47,52,66,68,69).

Numa perspetiva epidemiológica, diferenciando «risco» de «fator de risco» e «fator de proteção» de «comportamento de saúde». Enquanto o risco se entende como sendo “a probabilidade de ocorrência de um acontecimento, por exemplo, da doença ou falecimento de um indivíduo, no decurso de um dado período de tempo, ou idade a probabilidade de um acontecimento [geralmente] desfavorável na vida de um indivíduo, ou população” fator de risco já é um “qualquer aspeto do comportamento individual, de uma exposição ambiental ou de uma característica herdada que se sabe estar associada a ocorrência de uma ou mais doenças ⁽⁶⁸⁾.

Da mesma forma que o indivíduo poderá estar exposto a aspetos que se sabem estar associados à ocorrência de doenças ou ao seu agravamento, poderá igualmente deter características ou estar exposto a condições ambientais que estejam associadas à prevenção ou redução de condições de doença. Na presença comum de fatores de risco e de proteção em comum, os comportamentos de saúde revelam-se como sendo a operacionalização de um conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas pessoais que contribuem para motivar as ações que se consideram saudáveis ⁽⁹³⁾.

1.5.2 Risco para a saúde sexual dos jovens estudantes

Os riscos associados à saúde sexual situam-se fundamentalmente ao nível da gravidez não desejada, da interrupção voluntária da gravidez (IVG), do VIH/SIDA e de outras IST, que podem comprometer o projeto de vida ou até mesmo a própria vida dos jovens ⁽¹²¹⁾. A prevalência destes riscos tem vindo sistematicamente a aumentar, em particular nos jovens adultos constituindo um problema importante de Saúde Pública, sendo consequentemente o foco de muitos trabalhos de investigação ^(122,123).

Para além destes riscos significativos descritos anteriormente, existem outros problemas que constituem atualmente o padrão comportamental de risco característico dos jovens e que colocam em causa a saúde sexual destes, nomeadamente a antecipação da idade da

primeira relação sexual ^(41,114). O uso inconsistente de métodos contraceptivos e de preservativos, o número de parceiros, a existência de parceiros ocasionais e a associação entre o consumo de álcool e/ou drogas e o comportamento sexual ⁽¹⁷⁾.

Deste modo, torna-se fundamental compreender os fatores subjacentes aos comportamentos sexuais de risco nos jovens, bem como analisar os diversos estudos realizados no âmbito dos comportamentos sexuais que têm considerado os jovens como um grupo social prioritário de intervenção ^(17,83,84,124).

A gravidez não desejada prende-se diretamente com a capacidade de regulação da fertilidade. Por sua vez, a ausência de desejo relativo à gravidez constitui o principal motivo pelo qual mulheres em todo o mundo procuram a sua interrupção ^(57,81).

Assim a IVG, é uma situação que se encontra repleta de implicações legais e morais numa série de países, constitui ela própria uma situação de risco para a saúde da mulher, sendo a causa desconhecida de diversas complicações, principalmente quando realizada na clandestinidade ^(33,119).

Em Portugal, de acordo com a Lei nº16/2007, a interrupção voluntária da gravidez é legal ⁽¹²⁵⁾ 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;

A maneira mais apropriada para evitar a gravidez não desejada, à exceção da abstinência, é a utilização eficaz dos métodos contraceptivos. De acordo com a opinião de alguns autores a utilização de qualquer método contraceptivo constitui-se acima de tudo como um processo de tomada de decisão tendo em consideração a consciência do tipo de relação existente, das vivências associadas à gravidez e do conhecimento explícito e operacional da utilização de métodos contraceptivos, neste sentido se a contraceção não é uma tarefa fácil para um adulto, torna-se ainda mais difícil para o jovem ^(59,68,86).

São vários os motivos que levam a gravidez não desejada a ser considerada uma questão de urgência social epidemiológica e como um fator que pode ter um forte impacto negativo ao nível da saúde ⁽³⁷⁾ sendo que:

- A maioria dos jovens engravida fora da situação de uma relação afetiva estável;

- Os jovens que levam a sua gravidez a termo, pertencem na sua maioria a níveis socioeconómicos baixos;
- As profundas modificações a nível social e laboral que ocorreram exigem uma escolaridade superior às mulheres e uma intensa vida profissional, o que é inibidor da procriação;
- No contexto da saúde pública, a prevenção da gravidez não desejada especialmente em idades mais novas, combate efetivamente a morbilidade e mortalidade, quer das mães, quer dos recém-nascidos. Neste contexto, a gravidez não desejada é, acima de tudo, um importante problema de saúde pública, em grande parte evitável, estando associada as sequelas negativas, tanto para as jovens que engravidam como para os seus filhos ^(37,68).

Desta forma propôs um modelo de tomada de decisão contraceptiva ao longo de três fases que sugere uma maior probabilidade de uso de contraceptivos à medida que o indivíduo progride ⁽¹²⁶⁾:

- 1) **Fase natural** – nesta fase as relações sexuais são relativamente inesperadas e os indivíduos não se encaram como seres sexualmente ativos. Por esta razão o uso da contraceção é pouco provável.
- 2) **Fase de prescrição pelos pares** – nesta fase, os indivíduos pedem conselhos sobre o uso de contraceptivos aos amigos, as relações sexuais são mais frequentes e a maior parte da contraceção envolve métodos pouco seguros.
- 3) **Fases do perito** – nesta fase, os indivíduos já incorporaram a sexualidade no seu autoconceito, procuram conselhos de profissionais e planeiam o uso da contraceção.

De uma forma geral podemos considerar que os adolescentes e jovens adultos se encontram algures entre estas três fases. Não obstante, quando se tornam sexualmente ativos, a decisão de utilizar e obter o contraceptivo, é influenciada por muitos outros fatores entre os quais, o conhecimento ⁽⁵²⁾.

A decisão de utilizar contraceção, bem como a eleição do método, depende fundamentalmente de dois condicionamentos práticos: a operacionalidade e os riscos que os mesmos comportam a saúde. Os jovens devem, ainda, ser informados dos vários métodos existentes, modos de ação, vantagens e desvantagens de cada um, para que tenham a possibilidade de realizar uma escolha livre e consciente do método mais adequado à sua situação ⁽⁵³⁾. Para tal, é necessário atuar ao nível de ações de planeamento familiar, no sentido de promover continuamente a capacidade técnica e o uso sistemático, e na avaliação contínua da eficácia das ações desenvolvidas, junto da

população alvo. Também as atitudes face à utilização de contraceção são importantes fatores que influenciam o seu uso. Possuir atitudes negativas em relação à sexualidade ou à contraceção é suficiente para a sua não utilização, uma vez que estas podem ser as primeiras a modelar o comportamento ⁽⁶⁶⁾. É fundamental possuir atitudes positivas em relação à sexualidade, ou seja, é essencial que o jovem esteja disposto a aprender sobre sexualidade, IST e contraceção, discutir a escolha ou a utilização de contracectivos com o parceiro e pensar como adquirir métodos contracectivos; aumentando a sua capacidade de auto-eficácia contracectiva. Assim, a facilidade em comunicar sobre aspetos sexuais, a capacidade de negociação e a auto-eficácia para exigir, por exemplo, o uso do preservativo, e as atitudes face à utilização dos métodos contracectivos, são importantes fatores preditores do uso ^(53,66,69).

1.6 Infecção sexualmente transmissíveis

Segundo a definição proposta pela WHO entende-se por IST todas aquelas infeções possíveis de serem transmitidas de pessoa a pessoa por via do contacto sexual, estando identificados mais de 30 agentes infecciosos entre bactérias, vírus e parasitas responsáveis por essas patologias. As infeções transmitidas por via sexual ocorrem em relações heterossexuais e homossexuais e resultam do contacto íntimo com órgãos genitais, boca ou reto. ⁽⁸¹⁾. As cinco IST mais referidas são a sífilis, a gonorreia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e o granuloma inguinal, não obstante, considera-se ainda como IST, infeções por herpes genital, a uretrite inespecífica, a tricomoníase, a candidíase, a pediculose púbica, a escabiose, as verrugas genitais ou venéreas, o vírus da hepatite B, o condiloma subcutâneo e a vaginose bacteriana. O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é o exemplo clássico das IST de nova geração ^(127,128).

Os jovens são particularmente vulneráveis às IST ⁽⁶⁶⁾ e consequentes problemas de saúde devida á:

- Falta-lhes conhecimentos sobre como prevenir as IST;
- Têm menos capacidade para procurar informação adequada ou tratamento devido à ignorância, medo, timidez ou inexperiência;
- A experiência sexual anterior à completa maturação do tecido vaginal pode resultar num traumatismo para o mesmo, aumentando a vulnerabilidade das jovens às IST;

- Quanto mais cedo os jovens iniciarem a atividade sexual, maior a probabilidade estatística de terem um número de parceiros sexuais mais elevado ao longo da vida, aumentando também consequentemente a possibilidade de contrair IST.

Outros fatores de elevado risco ⁽⁶⁶⁾ para os jovens são:

- Ter relações sexuais desprotegidas (sem preservativo);
- Ter vários parceiros sexuais (ou alteração de parceiros sexuais);
- Ter um parceiro que tem outros parceiros sexuais;
- Ter antecedentes pessoais de uma qualquer IST;
- Ter um parceiro com antecedentes de IST;
- Consumir drogas ou álcool numa relação sexual ocasional.
- Ter um parceiro que consome drogas ou álcool.

Desta forma surge orientações estratégicas e intervenções ^(4,31,32,66) necessárias para reduzir as IST nos jovens:

- Aumentar o conhecimento sobre as IST em geral (por exemplo: promover estudos epidemiológicos em populações específicas classicamente relacionadas com a aquisição das IST: Imigrantes, sem-abrigo, toxicodependentes, trabalhadores do sexo, homossexuais, adolescentes, jovens adultos e reclusos; incentivar e apoiar a colaboração de cientistas portugueses com os seus pares de outros países, assim como a sua participação em redes internacionais);
- Promover o conhecimento sobre IST por parte dos profissionais de saúde e do cidadão (por exemplo: disponibilizar informação sobre IST a nível do ensino básico, secundário e universitário, e consultas de planeamento familiar adequadas a idade e ao nível educacional dos indivíduos a que se destinam);
- Identificar áreas prioritárias de intervenção (por exemplo: avaliar a eficácia das diversas práticas utilizadas na vigilância e controlo das IST e uniformizá-las);
- Aumentar o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva (por exemplo: sensibilizar todos os prestadores de cuidados de saúde que o atendimento aos jovens deve ser abrangente, deve incluir uma informação clara e adequada sobre saúde sexual e prevenção das IST, bem como garantir a confidencialidade de todos os casos clínicos).

1.7 Prevenção e educação para a saúde sexual dos jovens estudantes

Prevenir vem da expressão latina “*prevenire*” (antes de vir). Isto é, agir antes de surgir uma determinada situação, neste caso, antes de uma gravidez não desejada, IVG, IST e/ou da infeção pelo VIH/SIDA. Prevenir significa desenvolver atividades que impeçam ou dificultem a apresentação de determinadas condições. À valorização da prevenção nem sempre foi consensual e o próprio conceito de prevenção continua a dividir os especialistas em relação à terminologia a adotar. A tipologia mais antiga considera a prevenção primária (intervenção anterior ao problema, de forma a evitar o seu aparecimento), secundária (destinada a tratar o mais breve possível o problema, após a sua identificação) e terciária (intervenção de reabilitação, cujo objetivo é recuperar qualidade de vida)^(44,45,66).

Em síntese, a tipologia de prevenção primária, secundária e terciária refere-se essencialmente ao momento em que as estratégias preventivas são implementadas, enquanto a tipologia de prevenção universal é a mais recomendada porque se centra na população alvo, a quem as intervenções preventivas se destinam.

Refira-se, ainda, a prevenção ser eficaz, tem de estar sinalizado o que se quer diminuir ou anular - fatores de risco - bem como o que se quer incrementar - fatores protetores. Porém, a relação entre os fatores de risco e o desenvolvimento de uma gravidez não desejada, uma IVG, IST e o VIH/SIDA não é linear, mas mediada por contextos e momentos diferentes. A família, a escola, os professores, a comunidade, os técnicos de prevenção e o avanço dos conhecimentos são elementos que interagem silenciosamente no desenvolvimento da vulnerabilidade ou resiliência dos indivíduos. Todos os indivíduos estão em risco, pelo que as intervenções preventivas, além de acompanharem o desenvolvimento do indivíduo, deverão ser dirigidas, preferencialmente, a toda a população⁽⁴⁵⁾. Convém realçar que, tal como os fatores de risco, os fatores protetores não devem ser encarados de uma forma linear, pois a presença de um único fator de proteção não é sinónimo de imunidade aos riscos. O efeito de proteção resulta da ação de vários fatores^(55,56).

No entanto, a prevenção não deve constituir um conjunto de estratégias que se implementem apenas num determinado momento. Deve assumir-se a prevenção como desenvolvimental, pois as medidas preventivas, limitadas a determinados momentos, não permitem resultados satisfatórios e podem pôr em causa todos os esforços da

mesma. A prevenção da saúde sexual exige um programa global de atividades que englobe a saúde e a educação, bem como a política, o sector económico e os domínios jurídicos ^(5,6,7). Em cada área de ação é necessário eliminar os fatores de risco e promover os fatores protetores. Estes cinco domínios de intervenção (saúde, educação, política, economia e direito) deverão basear-se nos seguintes princípios fundamentais: tomada de consciência sobre a importância do género na dinâmica de saúde sexual; reconhecimento da diversidade de papéis e orientações sexuais; c) promoção do respeito pelos direitos individuais; d) participação de todos, incluindo os mais vulneráveis e marginalizados, em atividades para promover a saúde sexual; tomada de consciência da necessidade de resolver os problemas associados ao risco e à vulnerabilidade; e criação de políticas e normas sociais propiciadoras de um bom ambiente de saúde e bem-estar ⁽¹⁴⁾.

Os dados objetivos acerca do número de comportamentos sexuais de risco e o grande número de fatores envolvidos no desempenho de comportamentos sexuais seguros aumentam a importância da implementação de programas e campanhas de prevenção orientadas especificamente para a alteração de comportamentos e, no geral, para a promoção da saúde sexual ^(8,48,131). A maior parte dos programas tem como população alvo os adolescentes, independente do género, e são criados para serem desenvolvidos exclusivamente em contexto escolar. Em alguns casos, os professores e os pais são envolvidos na mudança de comportamentos, e os pares são usados como líderes de opinião ⁽⁸⁾.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo principal identificar a situação de saúde sexual e reprodutiva dos jovens oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que estudam no IPB e implementar estratégias de promoção da saúde.

2.2 Objetivos específicos

No sentido de alcançar o objetivo geral traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer o quadro da cooperação entre os vários países no domínio da saúde, e as especificidades na área da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP do IPB.
- Identificar os conhecimentos, os comportamentos e as necessidades dos jovens PALOP do IPB sobre a saúde sexual e reprodutiva e determinar fatores associados.
- Desenhar um quadro de intervenção que responda às necessidades dos jovens PALOP no IPB.
- Sensibilizar os jovens PALOP através da aquisição de conhecimento/competências que visem a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

3. METODOLOGIA

3.1 Problema

Identificar a situação de saúde sexual e reprodutiva dos jovens oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que estudam no IPB e implementar estratégias de promoção da saúde.

3.2 Hipótese geral

Identificar a situação de saúde sexual e reprodutiva dos jovens oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que estudam no IPB e implementar estratégias de promoção da saúde.

3.3 Hipóteses específicas

- **H1-** Haverá relação entre os conhecimentos na área da SSR e o país de origem.
- **H2-** Haverá relação entre os conhecimentos na área da SSR e o tempo de residência em Portugal.
- **H3-** Haverá relação entre os conhecimentos na área da SSR e o género.
- **H4-** Haverá relação entre os conhecimentos na área da SSR e a idade.
- **H5-** Haverá relação entre os conhecimentos na área da SSR e os meios de obtenção de informação.
- **H6-** Haverá relação entre os comportamentos na área da SSR e a IVG.
- **H7-** Haverá relação entre o acesso aos serviços de saúde e a frequência com que o estudante recorre às consultas.

3.4 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal.

3.5 População / amostra

A população alvo do estudo é constituída pelos estudantes oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Português que estudam no IPB, no total de 1085 estudantes. Desta população foi calculado o número mínimo necessário de estudantes PALOP para que a

amostra fosse representativa, correspondendo a 285 estudantes. Para o cálculo do tamanho da amostra recorreu-se ao *software* estatístico *Raosoft* – site:

<http://www.raosoft.com/>.

Foi definido como critério único de inclusão: ser estudante PALOP (oriundo de São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Moçambique, Angola, Cabo-Verde) do IPB.

Foram excluídos os questionários (10) que fizeram parte da adaptação/validação cultural e os questionários (20) que foram aplicados como pré-teste numa turma onde havia 20% de estudantes PALOP. Desta forma, restaram para análise final 285 questionários.

3.5.1 Caraterização sociodemográfica

Numa breve caraterização da amostra e pela análise da Tabela 1 verificou-se que a média de idade dos estudantes PALOP que constitui a amostra é 22,28 anos (Desvio Padrão 3,33); Mín: 17; Max: 37, sendo que (58,2%) é do sexo feminino e (41,8%) do sexo masculino. Quanto ao estado civil (90,2%) é solteiro (a).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra dos estudantes PALOP

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	166	58,2
Masculino	119	41,8
Idade (anos)		
17 a 22	175	61,4
23 a 27	91	31,9
28 a 32	14	4,9
33 a 37	5	1,8
Média das Idades: 22,28 anos (Desvio Padrão: 3,33); Mín: 17; Max: 37		
Estado Civil		
Solteiro	257	90,2
Casado	6	2,1
União de Facto/Namoro	22	7,7
Tempo de Residência em Portugal		
Menos de 1 ano	84	29,5
1-2 anos	95	33,3
3 anos ou mais	106	37,2
País de origem		
Angola	16	5,6
Cabo Verde	196	68,8
Guiné-Bissau	15	5,3
Moçambique	9	3,2
São Tomé e Príncipe	49	17,2
Com quem vive?		
Parceiro/a	26	9,1
Colegas/amigos	218	76,5
Residência estudantil	8	2,8
Familiares	33	11,6
Escola		
ESA	23	8,1
EsACT	15	5,3
ESSa	73	25,6
ESSE	40	14,0
ESTIG	134	47,0
Grau de ensino que frequenta		
CTeSP	7	2,5
Licenciatura	232	81,4
Mestrado	46	16,1

3.6 Variáveis

3.6.1 Variável dependente

A variável dependente neste estudo é a situação de saúde sexual e reprodutiva considerada como os conhecimentos e comportamentos na área da SSR dos PALOP que estudam no IPB.

O conhecimento dos estudantes foi avaliado através de questões sobre saúde sexual e reprodutiva considerando corretas as respostas mais abrangentes e completas das alternativas apresentadas pelas perguntas relativamente a cada conceito.

Para o conceito de planeamento familiar foram apresentados três conceitos possíveis, em que os estudantes iam escolher a melhor definição.

Para as doenças sexualmente transmissíveis foi apresentada uma lista de doenças de entre as quais os estudantes deveriam reconhecer corretamente as que eram sexualmente transmissíveis.

Para os métodos de contraceção foi apresentada uma lista em que os estudantes iam reconhecer os métodos de contraceção numa listagem de onze respostas; Pílula anticoncepcional; preservativo masculino; preservativo feminino; diafragma; Anel vaginal; injetáveis; adesivo; implante; DIU de cobre; DIU de hormonas; métodos naturais.

Para os métodos de barreira foi apresentada uma lista em que os estudantes iam reconhecer somente os métodos de barreira numa listagem de onze respostas; Pílula anticoncepcional; preservativo masculino; preservativo feminino; diafragma; Anel vaginal; injetáveis; adesivo; implante; DIU de cobre; DIU de hormonas; métodos naturais.

Para a satisfação da sexualidade foi apresentada uma lista de quatro respostas; muito satisfeito; satisfeito; pouco satisfeito; não sabe (aquele que ainda tem dúvida sobre a sua sexualidade). E quanto ao nível de conhecimento sobre SSR que acham que têm foram consideradas três respostas: pouco esclarecido; esclarecido e muito esclarecido.

O comportamento sexual foi avaliado retrospectivamente através de um conjunto de questões relacionadas com atividades praticadas, pelos estudantes.

Para a ocorrência da situação da primeira relação sexual, foram consideradas seis respostas: no namoro; planeada; não planeada e imposta (aquela em que o estudante foi obrigado a praticá-la ou aquela em que estava sob o efeito de drogas ou álcool). Sendo que estas respostas foram depois categorizadas em duas possibilidades: sem risco e com risco.

Para a IST, se alguma vez teve alguma, consideraram-se duas respostas: sim ou não.

Quando questionado sobre qual é o método contracetivo que usava, foram considerados dois grupos: métodos naturais/nenhum e todos os restantes métodos de contracetivo/barreira.

Para a IVG, foram consideradas duas respostas: sim ou não.

3.6.2 Variáveis independentes

As variáveis sociodemográficas foram operacionalizadas com a finalidade de desenhar o perfil do estudante PALOP que estuda no IPB.

Sexo:

A variável foi operacionalizada considerando-se duas categorias: feminino e masculino.

Idade:

A variável foi operacionalizada em 4 categorias entre os 17 e os 37 anos.

Estado civil:

A variável foi operacionalizada considerando-se quatro categorias: solteiro/a; casado/a; união de fato; viúvo/a.

País de origem:

A variável foi operacionalizada considerando-se cinco categorias: Angola; Cabo Verde; Guiné-Bissau; Moçambique; São Tomé e Príncipe.

Tempo de residência em Portugal:

A variável foi operacionalizada considerando-se três categorias: Menos de 1 ano; ≤ 2 anos; ≥ 3 anos.

Com quem vive:

A variável foi operacionalizada considerando-se quatro categorias: Parceiro/a; colegas/amigos; residência estudantil; familiares.

Escola em que estuda:

A variável foi operacionalizada considerando-se as cinco escolas que integram o IPB: ESA; EsACT; ESSa; ESE; ESTIG.

3.7 Instrumento de colheita de dados

Após a pesquisa bibliográfica efetuada foi encontrado um questionário ⁽¹³²⁾ que se adequava parcialmente aos objetivos definidos para o presente estudo. Assim, a parte II nas questões 9;10;10.1;11;11.1;11.2;14;15;15.1;16.2;19;21, foram retiradas e adaptadas desse questionário.

Depois de construído o questionário final para o presente estudo, este foi sujeito a validação cultural, porque iria ser aplicado a estudantes que falam português, contudo de diferentes países e culturas. Foram escolhidos 2 elementos de cada país, ou seja 10, nascidos e alfabetizados em país de língua igual ao do questionário a ser adaptado tendo domínio linguístico e cultural do idioma original e dominando a língua para a qual o instrumento está a ser adaptado. Estes estudantes foram recrutados através do representante/tutor, no IPB, de cada um dos países de origem dos estudantes PALOP, sendo ele próprio um desses elementos.

Avaliaram-se as equivalências, semântica e idiomática, que correspondem ao significado das palavras e ao uso de expressões nos respetivos idiomas; equivalência conceitual analisando a coerência dos itens aos seus respetivos grupos e equivalência cultural.

Numa primeira fase os sujeitos responderam ao questionário e depois foram entrevistados para verificar se eles entenderam o significado das questões e responderam adequadamente.

Existiram pequenas dúvidas no sentido e significado de algumas expressões (nas perguntas nº18, 22 e 23), que foram reajustadas aos entrevistados e consensuais por todos os elementos.

Sendo assim a linguagem foi adaptada e perceptível para todos, e responderam de forma consciente.

Foi aplicado o questionário como pré teste em estudantes PALOP no IPB, sendo que estes não fizeram parte da amostra final para a investigação. O questionário foi disponibilizado *online* numa plataforma específica dos estudantes para acesso somente aos PALOP.

O questionário final (Anexo II) foi dividido em duas partes, a primeira parte diz respeito às variáveis independentes onde constam os elementos sociodemográficos.

A segunda parte diz respeito aos conhecimentos e comportamentos dos PALOP que estudam no IPB.

3.8 Recolha de dados

A colheita de dados foi realizada pela investigadora no período de outubro a dezembro de 2018, disponibilizando-se o questionário, para os estudantes, numa plataforma *online*, onde foi preenchido através da *Internet*, o que não implicou a presença da investigadora. O acesso foi somente para os estudantes PALOP. O questionário demorava a preencher, em média, cerca de 5 minutos. Antes de responder ao questionário os estudantes eram informados acerca dos objetivos do estudo através duma nota introdutória bem como da necessidade de dar o seu consentimento informado para poder fazer participar no estudo, sem o qual não lhes era permitido continuar a responder ao questionário.

3.9 Procedimentos estatísticos

Os dados obtidos pelo questionário foram devidamente codificados e inseridos numa base de dados no programa de tratamento estatístico utilizado, do programa SPSS *Statistical Package for Social Sciences* versão 22, de forma a proceder à análise dos mesmos. Procedeu-se a uma análise descritiva da amostra através de tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média, desvio padrão, mínimo e máximo (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas no grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva perspetivou-se a aplicação de testes paramétricos (t de *student* para comparação de duas amostras independentes e 1-way ANOVA[‡] em caso de validação do pressuposto da normalidade populacional.

Em alguns cruzamentos foi possível invocar o teorema do limite central e existiram condições em prosseguir com a realização desses testes. Aquando da violação do pressuposto da normalidade populacional para a realização do teste 1-way ANOVA adotou-se a alternativa não paramétrica do teste *Kruskal-Wallis*[§].

Nos restantes cruzamentos a opção metodológica foi a averiguação de relações de dependência através de múltiplos testes de Independência do Qui-Quadrado[£].

Todas estas análises foram obtidas através do *software* de análise estatística da IBM SPSS 22.0. O nível de significância utilizada foi de 0,05.

[‡]H₀: $\mu_1 = \mu_2$, H₁: $\mu_1 \neq \mu_2$.

[§]Quando amostras de grande dimensão ($n > 30$), invoca-se o teorema do limite central, afirmando-se que a distribuição das médias amostrais pode ser aproximada satisfatoriamente por uma distribuição normal.

[£]H₀: As duas variáveis são independentes.

- **Teste *One-Way* ANOVA ou teste U de *Kruskall-Wallis*** – compara médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Este teste é uma extensão do teste *t* de *Student* que permite comparar mais de dois grupos em estudo.
- **Teste do Qui-Quadrado** – estuda relações entre variáveis nominais. Aplica-se numa amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir a relação entre as variáveis.
- **Teste *t* de *Student* ou teste de *U-Mann Whitney*** – estes testes são usados quando se pretende comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais.

3.10 Considerações éticas

Para a concretização deste estudo foram efetuadas as diligências necessárias no sentido de respeitar os requisitos éticos tanto a nível administrativo como a nível individual conforme já explicado anteriormente. Foi pedido o consentimento informado (ANEXO D) aos estudantes no próprio questionário *online*. Foram respeitadas as regras de conduta da Declaração de Helsínquia e a legislação nacional em vigor.

4. RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados, procedendo à sua análise e interpretação. Está dividido em dois subcapítulos. O primeiro diz respeito à análise descritiva e o segundo à análise inferencial dos resultados.

4.1 Análise descritiva

Embora já se tenha feito anteriormente uma breve apresentação da amostra, importa pormenorizar as características destes estudantes.

Verifica-se através da Tabela 1 que para além de pertencerem maioritariamente ao sexo feminino, (58,2%) são também praticamente todos solteiros (90,2%).

Em relação ao tempo de residência em Portugal (37,2%) residem há 3 anos ou mais, (33,3%) entre 1 a 2 anos e (29,5%) tem menos de um ano a residir em Portugal.

Quanto ao país de origem (68,8%) são de Cabo Verde, (17,2%) de São Tomé e Príncipe, (5,6%) de Angola, (5,3%) de Guiné Bissau os restantes (3,2%) são de Moçambique.

Dos 285 estudantes (76,5%) vivem com colegas/amigos, (11,6%) com familiares, (9,1%), com parceiro (a) e em residência estudantil (2,8%). Dos estudantes PALOP (47%) estudam na ESTIG, (25,6%) na ESSa, (14%) na ESSE, (8,1%) na ESA e (5,3%) na EsACT. No respeitante ao grau de ensino (81,4%) frequentam a licenciatura, (16,1%) o mestrado, CTeSP cerca de (2,1%) e curso profissional (0,4%).

Dos estudantes PALOP (70,5%) consideram-se esclarecidos relativamente aos conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, como apresentado pela Tabela 2, pela média de esclarecimento de 1,06 (desvio padrão 0,54), de uma escala de 0 – Pouco Esclarecido a 3 – Muito Esclarecido. Destes conhecimentos (59,6%) são adquiridos junto da família, amigos, escola e internet e (40,4%) são obtidos através dos técnicos de Saúde.

Tabela 2. Conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva da amostra dos estudantes PALOP

	<i>n</i>	<i>%</i>
Como consideras o teu conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva?		
Pouco Esclarecido	33	11,6
Esclarecido	201	70,5
Muito Esclarecido	51	17,9
Conhecimentos sobre SSR (0 - Pouco esclarecido a 3 – Muito esclarecido); Média: 1,06 (Desvio Padrão: 0,54); Mín: 0; Max: 2.		
Onde adquiriste esses conhecimentos?		
Outras fontes (Família, Amigos, Escola, Internet)	170	59,6
Técnicos de Saúde	115	40,4
Número de doenças sexualmente transmissíveis corretamente Identificadas		
0	22	7,7
1	39	13,7
2	40	14,0
3	86	30,2
4	98	34,4
Número de IST's corretamente identificadas: Média: 2,7 doenças (Desvio Padrão: 1,28); Mín: 0; Max: 4.		
Número de métodos de contraceção corretamente identificados		
Menos de 5 métodos	156	54,7
Mais de 5 métodos	129	45,3
Métodos de barreira bem identificados		
Não	112	39,3
Sim (preservativos masculino e feminino)	173	60,7
Qual a resposta que melhor define o planeamento familiar?		
Ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável	216	75,8
Outras respostas	69	24,2

Foi solicitado aos inquiridos para identificar o número máximo das IST, numa listagem sugerida em que apenas quatro (Gonorreia, HIV/Sida, Herpes Genital, Hepatite C) eram a resposta completa. Destes (34,4%) deram a resposta completa referente as IST, apresentando uma média de 2,7 com um (desvio padrão) 1,28. Quando chamados a identificar os métodos de contraceção, mais de metade dos inquiridos (54,7%) identificaram corretamente menos de 5 métodos de contraceção. Quanto ao método de barreira dos estudantes PALOP, (60,7%) identificaram corretamente estes métodos. No que toca à definição de planeamento familiar, mais de dois terços da amostra (75,8%) responderam que ‘ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável’. Os

restantes 24,2% deram outras respostas (controlo de nascimento e identificar doenças sexualmente transmissíveis).

Tabela 3. Comportamentos de saúde sexual e reprodutiva da amostra dos estudantes PALOP

	<i>n</i>	%
Já efetuaste uma consulta de planeamento familiar?		
Não	172	60,4
Sim	113	39,6
Quais os recursos da comunidade que utilizaste para fazer o planeamento familiar?		
Outro	24	12,8
Centro de Saúde	150	80,2
Clinica Privada	13	7,0
Em que situação ocorreu a primeira relação sexual?		
Obrigado/efeito de drogas ou álcool/aconteceu (com risco)	45	39,2
Planeada/Namoro (Sem risco)	240	60,8
Já tiveste alguma doença sexualmente transmissível?		
Não	252	88,4
Sim	33	11,6
Se sim, como resolveste o problema?		
Farmácia	7	18,4
Serviço de urgência	9	23,7
Centro de Saúde	21	55,3
Outro	1	2,6
Tem médico de família?		
Não	109	38,2
Sim	176	61,8
Se Sim com que frequência recorres às consultas anualmente?		
Até 3 vezes	105	52,8
Entre 4 e 7 vezes	37	18,6
Mais de 7 vezes	12	6
Recorres ao serviço de urgência do hospital?		
Não	152	53,5
Sim	132	46,5
Se Sim, com que frequência anual?		
Até 3 vezes	102	65
Entre 4 e 7 vezes	26	16,6
Mais de 7 vezes	8	5,1
Alguma vez já engravidaste/ ou a tua namorada engravidou?		
Não	223	78,2
Sim	62	21,8
Se sim, quantas vezes?		
1 Vez	37	61,7

2 Vezes ou mais	23	38,3
Fizeste/fizeram consultas durante a gravidez?		
Não	88	66,7
Sim	44	33,3
Alguma vez fizeste/ou tua namorada fez IVG?		
Não	247	86,7
Sim	38	13,3
Se Sim quantas vezes?		
1 Vez	24	66,7
2 Vezes	8	22,2
3 Vezes ou mais	4	11,1

Apenas 39,6% dos estudantes inquiridos fizeram consulta de planeamento familiar, tendo utilizado essencialmente o Centro de Saúde 80,2% para o efeito. Quando questionados da primeira relação sexual para 39,2 % dos estudantes ocorreu com risco (obrigado, efeitos de álcool/drogas e aconteceu).

Verifica-se que 11,6% responderam afirmativamente a um historial de doenças sexualmente transmissíveis, em que 55,3% resolveram o problema no Centro de Saúde.

Verifica-se também que 38,2% dos inquiridos não tem médico de família, e que 53,5% não recorrem ao serviço de urgência.

Quando questionados se já alguma vez engravidou ou a se a sua parceira engravidou, 21,8% responderam afirmativamente, em que 61,7% disseram ter engravidado pelo uma vez. Em que 33,3% dos inquiridos dizem ter recorrido as consultas durante a gravidez. No que diz respeito a interrupção voluntária gravidez, 13,3% da amostra respondeu que já optou por esse procedimento, em que 66,7% diz já ter feito pelo menos uma vez.

Tabela 4. Crenças e conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva da amostra dos estudantes PALOP

	<i>n</i>	%
No teu país é normal ter uma doença sexualmente transmissível?		
Não	67	24,3
Sim	116	42,0
Raramente	93	33,7
No teu país é normal engravidar/ou engravidar a namorada antes dos 18 anos?		
Não	42	15,6
Sim	189	70,0
Raramente	39	14,4
Alguma vez sentiste necessidade da ajuda de um profissional de saúde na área de saúde sexual e reprodutiva?		
Não	101	35,4
Sim	184	64,6
Consideras que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (Centro de saúde; Serviço de urgência)?		
Não	111	38,9
Sim	174	61,1
Achas importante existir algum serviço/estrutura de saúde que apoie os jovens PALOP na área de saúde sexual e reprodutiva?		
Não	33	11,6
Sim	252	88,4
Se Sim, onde achas que deveria funcionar?		
Num gabinete próprio na Escola	95	38,0
No Centro de Saúde num gabinete próprio	136	54,4
No IPDJ (Instituto Português do Desporto e Juventude)	18	7,2
Outro	1	0,4
Estás satisfeito com a tua sexualidade?		
Não Sei	15	5,4
Pouco Satisfeito	17	6,1
Satisfeito	99	35,5
Muito Satisfeito	148	53,0
Orientação sexual		
Não sei	8	2,9
Heterossexual	243	87,1
Bissexual	27	9,7
Homossexual	1	0,4
No teu país como é visto a relação entre pessoas do mesmo sexo?		
Nada aceitável	162	56,8
Comum	32	11,2
Aceitável	82	28,8
Outro	9	3,2

Segundo a perspectiva de 42,0% dos inquiridos, é normal, no seu país, ter uma doença sexualmente transmissível. Mais normal é a perspectiva de haver gravidez antes dos 18 anos (na ótica de 70,0% dos inquiridos). Sendo que 64,6% alguma vez já sentiu a necessidade da ajuda de um profissional de saúde na área de SSR.

Verifica-se que 61,1% dos inquiridos manifestaram a existência de dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, desta forma 88,4% dos inquiridos acham que deveria existir algum serviço/estrutura de saúde que apoie os jovens PALOP na área de saúde sexual e reprodutiva, em que 54,4% pensam que deveria funcionar no centro de saúde num gabinete próprio. Dos estudantes 53% consideram-se muito satisfeitos com a sua sexualidade. Apenas 10,1% dos inquiridos são homossexuais/bissexuais, e 2,9% ainda não sabe definir a sua orientação sexual. Quando questionados sobre a forma como são vistas as relações entre pessoas do mesmo sexo no seu país de proveniência, 56,8% dos inquiridos responderam que são vistas de forma inaceitável.

4.2 Análise inferencial (Teste de hipóteses)

Apresenta-se agora os resultados da análise da normalidade populacional para a utilização de testes paramétricos. Este procedimento será dispensável quando se está perante amostras de grande dimensão ($n > 30$). Nas tabelas seguintes segue a identificação do teste estatístico utilizado e o respetivo valor de prova de forma a inferir sobre os resultados para cada hipótese.

Na Tabela 5 encontra-se a relação do grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva consoante país de origem, idade, sexo, meios de obtenção de informação, tempo de residência e grau de ensino.

Tabela 5. Correlação entre o grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva consoante país de origem, idade, sexo, meios de obtenção de informação e tempo de residência da amostra dos estudantes PALOP.

	Média	Desvio Padrão	Teste utilizado	<i>p</i>	Hipótese operacionalizada
País de origem					
Angola	0,69	0,70	Kruskal-Wallis	<0,05	H1
Cabo Verde	1,11	0,49			
Guiné-Bissau	0,93	0,70			
Moçambique	0,89	0,78			
São Tomé e Príncipe	1,08	0,53			
Tempo de residência em Portugal					
Menos de 1 ano	0,98	0,56	1-way ANOVA	<0,05	H2
1 a 2 anos	1,01	0,49			
Mais de 2 anos	1,18	0,55			
Sexo					
Feminino	1,11	0,55	t de <i>student</i> para duas amostras independentes	0,095	H3
Masculino	1,00	0,52			
Idade (anos)					
17 a 22	1,03	0,53	Kruskal-Wallis	0,539	H4
23 a 27	1,10	0,56			
28 a 32	1,21	0,58			
33 a 37	1,00	0,90			
Meios de obtenção do conhecimento					
Outras fontes	1,03	0,49	t de <i>student</i> para duas amostras independentes	0,092	H5
Técnicos de Saúde	1,11	0,60			

Nota: Tratamento quantitativo: 0 – Pouco esclarecido a 2 – Muito Esclarecido

Pela análise da Tabela 5 e relativamente às variáveis país de origem, e o tempo de residência em Portugal: recorreu-se ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* em relação ao país de origem e 1-way ANOVA para saber o tempo de residência em Portugal, sendo que existem diferenças estatisticamente significativas no grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, confirmando as hipóteses de investigação 1 e 2.

Assim, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o nível de conhecimento e o país de origem ($p < 0,05$). Os estudantes provenientes de Cabo-Verde e São Tomé e Príncipe têm um nível de conhecimento mais esclarecido sobre saúde

sexual e reprodutiva, contrastando com os estudantes de Moçambique a Angola que se perfilam com menor esclarecimento.

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de residência em Portugal e o nível de conhecimento ($p < 0,05$). Quanto maior o tempo de residência em Portugal maior o nível de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva ($p < 0,05$).

Embora sem significância estatística, verifica-se que os inquiridos do sexo feminino têm maior conhecimento em relação à SSR.

Muito embora não se tenha confirmado a hipótese 5, as diferenças observadas estão muito próximas da significância estatística, uma vez que é notório que os estudantes que buscam conhecimento sobre SSR junto de técnicos de saúde têm um nível de conhecimento mais esclarecido que os estudantes que buscam conhecimento em outras fontes (amigos, família, internet).

Na Tabela 6 Encontra-se relação da Interrupção Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos.

Tabela 6. Correlação entre a Interrupção Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos da amostra dos estudantes PALOP.

	Alguma vez fizeste/ou tua namorada fez IVG?				Hipótese operacionalizada	
	Nenhum/métodos naturais		Sim			<i>p</i>
Uso de métodos contraceptivos	n	%	n	%		
Nenhum/métodos naturais	96;	84,2	18;	15,8%	0,375	H6
Sim	151;	88,3	20;	11,7%		

Não se confirma a hipótese 6 neste cruzamento (Tabela 6), uma vez que não se detetou qualquer relação estatisticamente significativa. Foi utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado.

Na Tabela 7 encontra-se relação entre o Número de Interrupção Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos.

Tabela 7. Correlação entre o Número de Interrupção Voluntaria da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos da amostra dos estudantes PALOP.

Uso de métodos contraceptivos	Se Sim, quantas vezes?						Hipótese operacionalizada	
	1 Veza		2 Veza		3 Veza ou mais			p
	n	%	n	%	n	%		
Nenhum/métodos naturais	12	70,6	5	29,4	0	0,0	0,222	H6
Sim	12	63,2	4	21,1	3	15,8		

Para os estudantes que responderam afirmativamente à realização da IVG no passado, foi também avaliado o número de vezes que esse evento ocorreu consoante o uso de métodos contraceptivos, sendo que também não se verificou relação estatisticamente significativa. Foi utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado.

Na Tabela 8 encontra-se relação entre o acesso aos cuidados de saúde consoante ter médico de família e utilização do serviço de urgência.

Tabela 8. Correlação entre a perceção de dificuldades no acesso a cuidados de saúde consoante ter médico de família e utilização do serviço de urgência da amostra dos estudantes PALOP.

	Consideras que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (Centro de Saúde; Serviço de Urgência)?				p	Hipótese operacionalizada
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Tens médico de família?						
Não	32	29,4	77	70,6	<0,05	H7
Sim	78	44,8	96	55,2		
Recorres ao serviço de urgência do hospital?						
Não	59	38,8	93	61,2	1,000	
Sim	52	39,1	81	60,9		

Nota: Percentagens em linha

Confirma-se parcialmente a hipótese 7, uma vez que quem não tem médico de família tem uma perceção significativamente superior de dificuldades no acesso aos cuidados

de saúde. Foi utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado para saber o acesso aos cuidados de saúde consoante médico de família/ serviço de urgência.

5. DISCUSSÃO

5.1. Discussão da metodologia

A discussão da metodologia aplicada é efetuada considerando a escolha do tipo de amostra e o instrumento de recolha de dados utilizado.

A seleção desta amostra foi fundamentada na necessidade de conhecer os conhecimentos, comportamentos e crenças dos estudantes PALOP que estudam no IPB.

A aplicação do questionário foi a maneira escolhida que melhor atendia aos objetivos do estudo, tendo em vista a fácil aplicação e menor interferência da investigadora ⁽¹⁴⁶⁾.

Relativamente ao questionário poderia ter sido colocado uma questão sobre o uso da contraceção de emergência, a fim de identificar a frequência do seu uso, e se os estudantes a utilizam, em situação de emergência ou fazem dela um “método contraceptivo”. Deste modo seria relevante que esta variável fosse investigada em estudos futuros.

5.2. Discussão dos resultados

5.2.1 O perfil sociodemográfico dos estudantes PALOP que estudam no IPB

O sexo dos estudantes PALOP neste estudo é na sua maioria feminino 58,2%. Segundo dados ⁽⁷⁴⁾ os estudantes matriculados no ensino superior portugueses, a maioria é do sexo feminino num total de 200 518 mil, superior ao número de estudantes do sexo masculino 172 235 mil. As estatísticas relativas à idade dos estudantes oscilam entre os 17 e os 37 anos, com uma média de idades de 22,28 anos e um desvio padrão de 3,33 anos, sendo que a média de idade dos alunos no ensino superior em Portugal ⁽⁷⁴⁾ é de 22 anos.

Quanto ao estado civil, a prevalência de estudantes PALOP solteiros é de 90,2%, no que concerne ao estado civil dos portugueses ⁽¹⁸⁾, existem dados estatísticos que comprovam que estes apresentam maior número de indivíduos estudantes casados. Dentro dos PALOP aqueles que detêm a maior percentagem de indivíduos que “nunca casaram” são: Angola 35% das mulheres e 49% dos homens, (IIMS 2015-2016, 2017) e Cabo-verde 55% homens e 46% mulheres, (IDSR-II 2005,2008). Não foram encontrados dados referentes a São Tomé e Príncipe, Moçambique e Guiné-Bissau.

Dado que são os indivíduos com níveis de rendimento económico mensal superior aqueles que apresentam uma maior frequência de indivíduos casados, pode admitir-se que a estabilidade financeira nesta amostra é um fator associado à conjugalidade ⁽¹⁸⁾.

O tempo de residência em Portugal destes estudantes aproxima-se dos 3 ou mais anos, uma vez que muitos preferem começar a vida profissional aqui, quanto maior o tempo de residência, maior é o conhecimento em SSR. A maioria destes estudantes PALOP são de Cabo Verde 68,8%, sendo que são estes em maior representação a estudar no IPB, a maioria 76,5% está a viver com amigos/colegas. O grau académico destes estudantes 81,4% é de licenciatura, sendo que quase metade, 47% estuda na ESTIG e 25,6% estuda na ESSa.

5.2.2 Conhecimentos dos estudantes sobre SSR

A maioria dos estudantes PALOP considera que têm conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva “esclarecido” e informam que este conhecimento foi obtido através de Família/Amigos/Escola/Internet, 59,6%, e cerca de 40% através dos técnicos de saúde.

O modo como as instituições e as práticas de saúde se organizam, reproduzem este contexto, pois menos de metade procura os técnicos de saúde para obter a informação. A atenção de saúde é fragmentada e de baixa resolução, com o cuidado dirigido a queixas clínicas e ainda muito direcionadas ao público feminino, cujos serviços ainda apresentam características predominantes curativas, com poucas ações de prevenção e promoção na Saúde Sexual e Reprodutiva ⁽¹³³⁾.

Neste sentido, torna-se importante, para propiciar o diálogo entre os sujeitos envolvidos com o cuidado, que exista uma proposta educativa que não considere apenas o modelo biomédico, mas que pondere questões relativas ao sexo, à sexualidade, à autonomia e à liberdade para a construção de práticas não discriminatórias que garantam a promoção, a proteção e o exercício da sexualidade e da reprodução como um direito, pautadas na integralidade da atenção, como norteadoras das práticas assistenciais no âmbito da atenção à saúde ^(133,134).

5.2.2.1 Infecção Sexualmente Transmissíveis

No questionário foi pedido aos estudantes para indicarem somente as infeções que consideravam sexualmente transmissíveis, em que 34,4% acertou o número total das IST, respondendo corretamente. Dos estudantes 7,7 % não sabe identificar nenhuma IST. Os jovens do ensino superior são uma população altamente exposta a contrair os agentes destas infeções , muitas vezes sendo portadores de forma assintomática.

Quando questionados se alguma vez tiveram alguma IST, 88,4% diz nunca ter tido. Porém os que responderam já ter tido, foram questionados como é que resolveram o problema, e 55,3% responderam que para resolver o problema foram ao Centro de Saúde.

5.2.2.2 Métodos de contraceção e métodos de Barreira

Foi também solicitado aos estudantes para identificarem somente os métodos de contraceção, em que 45,3% identificaram corretamente, e noutra questão para identificarem os métodos de barreira em que 60,7% alistou corretamente referindo o preservativo (feminino/masculino).

A contraceção é um dos pilares do planeamento familiar, permite evitar a gravidez indesejada e possibilita aos casais viver a sexualidade de uma forma mais gratificante e segura. Em Portugal, e de acordo com a legislação em vigor, tanto as consultas de planeamento familiar como os métodos contracectivos são gratuitos para os utilizadores dos serviços públicos de saúde. Ainda assim, continua a ocorrer um número significativo de gravidezes não planeadas que poderão estar relacionadas com a falta de informação sobre contraceção, com a baixa frequência de consultas de planeamento familiar ou de consultas de ginecologia ou ainda com o deficiente uso dos métodos contracectivos escolhidos ⁽³⁾.

Geralmente é da responsabilidade da mulher a escolha do método, a busca por informações e a sua utilização, e de acordo com a sua cultura, individualidade e o contexto social em que vive. Também é notável uma prevalência de métodos contracectivos femininos, com escassa participação masculina no planeamento familiar, apontando assim para uma sociedade ainda machista ⁽¹³⁷⁾.

Os métodos contracectivos dividem-se em reversíveis e definitivos. Os reversíveis são: métodos comportamentais, métodos de barreira, métodos hormonais, dispositivo intra-uterino (DIU) e método de contraceção de emergência (pílula do dia seguinte). Já os

definitivos são os métodos cirúrgicos ou esterilização (ligadura das tubas e a vasectomia)⁽⁶⁹⁾.

5.2.2.3 Planeamento familiar

Foram apresentadas aos estudantes, 3 respostas corretas para a definição de planeamento familiar, em que só poderiam escolher a melhor definição, sendo que cerca de 75,6% responderam corretamente. Quando questionados se alguma vez já fizeram o planeamento familiar 60,4% diz nunca o ter feito.

O planeamento familiar é um componente fundamental quando se fala em prestação de cuidados em saúde sexual e reprodutiva. Os objetivos do planeamento familiar englobam a promoção da sexualidade saudável e segura, a regulação da fecundidade segundo o desejo do casal, a preparação de uma maternidade e paternidade responsáveis, a redução da mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil, a redução da incidência de doenças sexualmente transmissíveis e suas consequências, para o melhoramento da saúde e bem-estar dos indivíduos e da família. Logo, as consultas que envolvem orientações acerca do planeamento familiar devem assegurar atividades de promoção da saúde, como a informação e o aconselhamento sexual, a prevenção e o diagnóstico precoce das IST, entre outras coisas⁽⁶⁶⁾.

Porém, estudos indicam que os imigrantes têm um conhecimento limitado sobre os serviços de planeamento familiar disponíveis nos países de acolhimento e, por isso, tendem a ter menor acesso a estes serviços em comparação⁽⁶⁶⁾ com os nacionais.

5.2.2.4 Médico de família

Dos estudantes 61,8% tem médico de família, e recorre às consultas anualmente até 3 vezes 52,8%. Independente de ter ou não o médico de família, em situações de enfermidades preferem recorrer aos serviços de urgência 46,5% seja o problema de saúde, urgência ou não, mas sim para o resolverem o mais rápido possível. E recorrendo aos serviços de urgência até 3 vezes 65%.

Prevenir significa, neste contexto, que deve haver uma vigilância do estado de saúde, o que passa por consultas médicas periódicas – na ausência de sintomas de doença ou de doença crónica, uma consulta anual é a periodicidade recomendada pela medicina familiar. Esta é a ocasião para uma avaliação do estado geral de saúde, para identificação de eventuais fatores de risco e, caso se justifique, para a correção desses

mesmos fatores. Essa avaliação é feita pelo clínico, através do diálogo com o utente e da observação. O médico avalia igualmente indicadores como peso e pressão arterial, esta avaliação é complementada com exames que permitem aferir alguns parâmetros vitais, entre eles os valores de glicemia e de colesterol, importantes para a deteção precoce de doenças do foro cardiovascular. Assim, são prescritas análises laboratoriais ao sangue, mas também à urina.

O direito à saúde está estreitamente vinculado a outros direitos e depende de sua efetivação, em particular aos direitos à vida, à alimentação, à moradia, ao trabalho, à educação, à participação, ao desfrute dos benefícios do progresso científico e suas aplicações, a estar livre de todas as formas de discriminação, à igualdade, a não ser submetido a torturas, à vida privada, ao acesso à informação e à liberdade de associação, reunião e circulação ⁽⁶²⁾.

5.3 Comportamentos

5.3.1 Primeira relação sexual

A resposta desta questão foi dividida em duas categorias; em que a primeira era os sem risco cerca 60,8% diz ser no namoro/foi planeada e a segunda era os com risco com cerca de 39,2%, diz que aconteceu/foste obrigado /a; sob efeito de droga/álcool).

A primeira relação sexual, considerada como um marco na vida dos jovens, tem iniciado cada vez mais precocemente. As mulheres priorizam o sentimento de “entrega e amor” na primeira relação sexual, ao mesmo tempo em que existe o desejo de se descobrir, impõe-se a necessidade de se “preservar”. Em contrapartida, a experiência sexual masculina é vista como um ganho, sustentando o poder da masculinidade. Um estudo revela que jovens tendem a não usar preservativo no início de sua vida sexual e definem esta relação como casual ⁽⁵⁾. Ademais, investigações indicam que a iniciação sexual precoce está associada a um maior risco de contaminação de uma IST ou uma gravidez indesejada. A literatura científica sugere que os fatores associados à iniciação sexual dependem de aspetos culturais. O uso de substâncias apresenta associação significativa com iniciação sexual precoce dos jovens. O mesmo estudo indica que a escolaridade do jovem também apresenta relação inversamente proporcional com a idade da primeira relação sexual. Já em pesquisa realizada em países africanos, a escolaridade e o uso de álcool apresentaram relação significativa com a iniciação sexual precoce apenas entre as meninas, enquanto o consumo de tabaco esteve associado à

iniciação sexual precoce somente entre a população masculina, Desta forma a elaboração de estratégias educacionais que visem à minimização de desfechos negativos em saúde relacionados com a iniciação sexual precoce depende da identificação de características dos jovens que iniciam sua vida sexual mais cedo ^(5,139,140).

5.3.2 Dificuldades no acesso aos cuidados de saúde /Ajuda de um profissional de saúde na área de saúde sexual e reprodutiva

Os estudantes consideram que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde 61,4% e isso faz com que eles sintam falta de ajuda de um profissional de saúde na área de saúde sexual e reprodutiva 64,6%.

Os imigrantes apresentam diferentes padrões de mortalidade, doenças, estado de saúde e padrões de utilização dos serviços de saúde. Em relação à saúde dos imigrantes, alguns padrões foram identificados na literatura. No entanto, também diversos trabalhos enfatizam que a imigração pode ser um processo stressante, com os indivíduos sujeitos a muitas pressões e incertezas, que podem ter um impacto negativo na sua saúde mental, particularmente em indicadores tais como ansiedade, nervosismo e depressão. Por outro lado, com melhores condições de vida e serviços no país de destino, a imigração pode ser associada a uma melhoria dos indicadores de saúde mental. Também se verifica a subutilização da prevenção e promoção, e a sobre utilização dos serviços de urgência, situação que pode estar relacionada com os vários fatores que influenciam a acessibilidade ^(140,141,142,143).

5.4 Crenças

5.4.1 Infecção Sexualmente Transmissível (normal no país de origem)

Os estudantes responderam no seu país de origem cerca de 42% diz que, é normal contrair uma IST. 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 é 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 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 ^(144,145). Em Portugal, tem ocorrido um aumento de algumas IST. Segundo a DGS ⁽³⁾, 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 ⁽²⁵⁾, 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 correspondeu 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 ⁽³⁾, a questão da infeção por VIH nas populações migrantes, sobre tudo 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.

5.4.2 Gravidez antes dos 18 anos/Interrupção Voluntária da Gravidez

Dos estudantes 70% referiram no seu país de origem é normal engravidar/engravida a namorada antes dos 18 anos. Em que 21,8% já ficou grávida/namorada ficou, em que 61,7 % já aconteceu pelo menos uma vez e quando questionados sobre a gravidez, e 13,3% informaram que acabaram por abortar, e assim não deram seguimento a esta gravidez.

Em Portugal, com a Lei nº 16/2007 ⁽¹²⁵⁾, a interrupção da gravidez 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.

Segundo a DGS ⁽³³⁾, em 2015 foram realizadas em Portugal 16454 interrupções de gravidez (IG) ao abrigo da Lei nº 16/2007 ⁽¹²⁵⁾, 96,5% das quais por opção da mulher nas primeiras 10 semanas. O grupo etário dos 20-24 anos é aquele em que ocorreram mais Interrupção da gravidez cerca de 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).

5.4.3 Sexualidade dos estudantes PALOP

Em relação à sua sexualidade 53% dizem estar muito satisfeitos. A sexualidade não se reduz ao sexo e tampouco pode ser confundida com o ato sexual reprodutivo, pois este tanto pode estar inserido num relacionamento afetivo quanto indiferente a qualquer ligação amorosa. Teremos que diferenciar sempre ato sexual da sexualidade, o ato sexual ou uma união sexual genital pode acontecer por atração, desejo, prazer, como pode ser uma manifestação de poder, violência-prazer e opressão de uma ou mais pessoas sobre outrem ^(37,42,143).

A sexualidade “engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas, assim, a sexualidade, o sexo e a vida sexual são necessários ao amor e ao equilíbrio emocional dos indivíduos ⁽³⁷⁾. A Organização Mundial de Saúde define sexualidade em 1975, como sendo “uma energia que motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ser-se sexual. Influencia pensamentos e, por isso, influencia também a saúde física e mental”. Vivemos ainda num mundo machista, existindo a ideia de que cabe ao homem a responsabilidade do funcionamento sexual eficiente e se tal não acontece ele menospreza-se. Por outro lado, a mulher é vista como aquela que deve satisfazer o homem, deve ser romântica e saber reprimir os seus impulsos sexuais naturais. Prevalece, ainda, a ideia de que uma mulher deve ser delicada, meiga e frágil, as experiências sexuais precoces são bem vistas nos rapazes, enquanto nas raparigas é valorizada a castidade, pretendendo-se, durante muitos anos, com esta repressão ligada à sexualidade feminina, evitar a prática sexual até ao casamento ⁽¹⁴³⁾.

A falta de conhecimento sobre a sexualidade humana é uma realidade muito presente na nossa sociedade, sendo essa precariedade de informação independente do nível

socioeconómico e cultural dos indivíduos. A ignorância em relação a muitos assuntos relacionados com a sexualidade humana contribui para perpetuar mitos e crenças erróneas, herdadas das gerações anteriores. Fornecer informação adequada e desconstruir essas ideias infundadas é tarefa de qualquer educador. Uma educação sexual assente nestes princípios contribuirá para que os jovens possam atuar de um modo crítico e responsável e vivenciar a sua sexualidade de forma mais saudável e gratificante ⁽¹¹¹⁾.

5.4.4 Orientação sexual/Relação entre pessoas do mesmo sexo

Relativamente à orientação sexual dos estudantes 87,1% considera-se heterossexual, 9,7% bissexual, 2,9 % não sabe qual a sua orientação sexual, e 0,4% é homossexual. Dentro das relações entre pessoas do mesmo sexo 56,8% considerara que no seu país de origem ainda é visto como algo nada aceitável.

A identidade sexual refere-se às características biológicas, que no desenvolvimento normal do indivíduo, formam um padrão coeso, de modo a que a pessoa não tem dúvidas quanto ao seu sexo ^(17,19). A identidade de género refere-se ao sentimento que a pessoa tem da sua masculinidade ou feminilidade. A orientação sexual descreve o tipo dos impulsos sexuais de uma pessoa relativamente aos outros e subdivide-se em: heterossexual, homossexual e bissexual ^(17,19).

6. Relação entre o grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva consoante país de origem, idade, sexo, meios de obtenção de informação, tempo de residência e grau de ensino

As hipóteses confirmadas, H_1 e H_2 , permitem verificar que existem diferenças estatisticamente consideráveis no grau de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva conforme o país de origem, tempo de residência em Portugal. Entre os estudantes PALOP, há diferenças conforme o país. Os alunos provenientes de Cabo-Verde e São Tomé e Príncipe têm um nível de conhecimento mais esclarecido sobre saúde sexual e reprodutiva, contrastando com os estudantes de Moçambique e Angola que se perfilam com menor esclarecimento. Quanto maior o tempo de residência em Portugal maior o nível de conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva dos estudantes.

Muito embora não se tenha confirmado a H_5 , as diferenças observadas estão muito próximas da significância estatística, uma vez que é notório que os estudantes que

buscam conhecimento sobre SSR junto de técnicos de saúde têm um nível de conhecimento mais esclarecido que os estudantes que buscam conhecimento em outras fontes (amigos, família, internet).

Embora sem significância estatística, verifica-se que os inquiridos do sexo feminino têm maior conhecimento em relação à SSR.

7. Perceção de dificuldades no acesso a cuidados de saúde consoante ter médico de família e utilização do serviço de urgência.

O acesso aos cuidados de saúde adequado, é um dos determinantes da saúde potenciador da redução das desigualdades. A utilização dos cuidados de saúde é mediada por fatores predisponente se de capacitação ^(50,65).

Confirma-se parcialmente a H₇, uma vez que quem não tem médico de família tem uma perceção significativamente superior de dificuldades no acesso a cuidados de saúde. De acordo com a Constituição da República Portuguesa, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” ^(50,65).

A literatura não é unânime sobre os padrões de uso dos serviços de saúde: alguns artigos relatam que os imigrantes tendem a ter mais visitas aos médicos, mas outros não encontram um efeito significativo. No entanto, o consenso geral é que os imigrantes tendem a usar mais serviços de urgência, quer devido a situações urgentes, ou um acesso mais fácil nestas instalações ⁽¹⁸⁾. Se por um lado os novos imigrantes são muitas vezes mais saudáveis do que a população em geral à chegada, também sentem observado que os imigrantes experimentam um declínio na sua saúde durante a primeira década de imigração, devido a mudanças de estilo de vida resultantes da imigração, e a aculturação a um sistema de vida diferente, a condições sociais a que não estão acostumados, doenças infecciosas, ou acesso restrito aos serviços de saúde ⁽³¹⁾.

8. Interrupção Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos.

Não se confirma a H₆, uma vez que não se detetou qualquer relação estatisticamente significativa. Dos estudantes PALOP, 66,7% já tiveram uma IVG seja ela espontânea

ou provocada. Num estudo ⁽³³⁾ referiu que 61,3% dos estudantes portugueses no ensino superior concordam com a IVG.

8.1 Número de Interrupções Voluntária da Gravidez consoante uso de métodos contraceptivos

Para os estudantes que responderam afirmativamente à realização da IVG no passado, foi também avaliado o número de vezes que esse evento ocorreu consoante o uso de métodos contraceptivos, sendo que também não se verificou relação estatisticamente significativa. Segundo o estudo sobre a sexualidade dos jovens portugueses ⁽⁶⁶⁾ desenvolvido pela Equipa da Aventura Social, existe um nível desconhecimentos insatisfatório nesta população em relação à pílula contraceptiva, à pilula do dia seguinte, mas razoável face às IST e aos modos de transmissão do VIH/SIDA. Apenas 69,8% dos jovens considera o preservativo o melhor método de prevenção contra as doenças sexualmente transmissíveis, com as raparigas a evidenciarem níveis mais elevados de conhecimentos em todas as áreas.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo, enquanto investigação pioneira dos estudantes PALOP que vivem em Portugal, e estudam no IPB, veio demonstrar que existem diferenças significativas em alguns indicadores nos conhecimentos e comportamentos na área da saúde sexual e reprodutiva de acordo com cada cultura/nacionalidade.

Considerando os resultados obtidos no estudo e o cumprimento dos objetivos propostos para o seu desenvolvimento é possível concluir que a maior parte dos estudantes que se considera informado na área da SSR são os estudantes provenientes de Cabo-Verde e São Tomé e Príncipe. No que diz respeito à relação entre os conhecimentos na área da SSR e o tempo de residência em Portugal, foi possível constatar que quanto maior o tempo de residência, maior o nível de conhecimento na área. Por sua vez, embora sem significância estatística, verifica-se que os inquiridos do sexo feminino têm maior conhecimento em relação a SSR que os do sexo masculino.

Quanto ao método de obtenção desses conhecimentos verifica-se que os estudantes que procuram conhecimento sobre SSR nos técnicos de saúde apresentam um grau de conhecimento mais esclarecido que os que o procuram noutras fontes (amigos, família, internet).

A maioria destes estudantes considera que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, sendo que apontam alguns obstáculos, nomeadamente o medo de perguntar, o tempo de espera, a comunicação, entre outros, que interferem na frequência da ida às consultas aos serviços de saúde.

Sendo a saúde um direito universal é da competência dos profissionais de saúde a disponibilização de informação e meios para que as pessoas tenham conhecimento e autonomia na tomada das suas decisões. Ao intervirem nesta área, os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica 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 possibilita reduzir as desigualdades em saúde em contextos de disparidade, assegurando cuidados de enfermagem que vão ao encontro dos desejos, valores e necessidades dos PALOP, proporcionando efetivos ganhos em saúde. Desta forma a promoção da saúde dos PALOP pode evitar disparidades na sua situação de saúde e facilitar o acesso aos cuidados nos países de acolhimento de forma a garantir o direito à saúde diminuindo a distinção e as barreiras no acesso às intervenções de saúde.

Conclui-se que é pertinente e urgente investir na promoção da saúde nesta população em estudo e, apoiá-la tendo em conta as suas necessidades e características específicas de estudantes com culturas diferentes.

6.1 Estratégias:

Os resultados desta investigação fornecem evidência científica que sustenta: a necessidade da promoção da saúde, nomeadamente na saúde sexual e reprodutiva dos estudantes PALOP, uma vez que esta temática ainda é entendida por muitos como um tabu, devido à falta de esclarecimento ou desinformação, provavelmente.

Neste sentido os profissionais de saúde, tendo por base os resultados encontrados, devem criar estratégias de intervenção, para que os estudantes tenham acesso aos cuidados de saúde primários.

Assim, propõe-se:

- Integrar/cooperar no gabinete de apoio aos estudantes do IPB, onde existe uma equipa multidisciplinar;
- Realizar palestras e Workshops semanais/mensais sobre diversas temáticas.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Associação para o Planeamento da Família e ICS – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. A educação sexual dos jovens portugueses - conhecimentos e fontes; 2014. (cited 30-10-2018). Available from http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/artigo_versao_final_para_site.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Final Report. Geneva: Programa de Cooperação Internacional em Saúde da OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde: Termo de Cooperação nº 41 para a rede de PORTUGUÊS. 2011.
3. Direção Geral da Saúde. Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar. Ed. revista e atualizada. Lisboa; 2008. Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 010/2015 de 29/10/2015. Disponibilidade de métodos contraceptivos; 2015 (cited 29-05-2018). Available from: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-fa>
4. Organización Mundial De La Salud. Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del joven. Ginebra; 2008.
5. Correa S, Alves J, Jannuzzi P. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico- conceptual e sistema de indicadores. Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Rio de Janeiro/Brasília: Apoio do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA; 2006.
6. DeSantis L, Thomas JT, Sinnott K. *Intergenerational Concepts of Adolescent Sexuality: Implications for Community-Based Reproductive Health Care with Haitian Immigrants: Public Health Nursing*; 1999, 16 (2), 102–113.
7. Bonan Claudia. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Jan [cited 2019 Feb 25] ; 16(1): 361-363. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100038&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100038>.
8. Bennett P, Murphy S. *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa, Portugal; 1997.

9. Butler P. Sexual health a new focus for World Health Organization. *Progress in Reproductive Health Research*; 2004 (cited 26-04-2018). Available from: <http://www.who.int/mediacentre>.
10. Loeber O. Sexual and reproductive health issues of Turkish immigrants in the Netherlands. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2008 13 (4), 330–338.
11. Rocha, CMF, Darsie C, Gama A, Dias S. 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* 2012; 8 (15), 190-200.(cited o em 16-04-2018). Available from: www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/17881.
12. Medeiros Robinson Dias de, Azevedo George Dantas de, Maranhão Técia Maria de Oliveira, Gonçalves Ana Katherine, Barros Yasha Emerenciano, Araújo Ana Cristina Pinheiro Fernandes. Impacto da inserção da temática saúde wor e reprodutiva na graduação de Medicina. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Feb 23] ; 36(3): 107-112. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000300107&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000300003>.
13. Serviço Nacional de saúde. Doenças sexualmente transmissíveis .2018 (cited 20 Feb. 2019). Available from :<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/03/21/doencas-sexualmente-transmissiveis/>.
14. International Planned Parenthood Federation . Direitos sexuais: uma declaração da IPPF / IPPF – *International Planned Parenthood Federation*; Edição em Português de BEMFAM.– Rio de Janeiro, Brasil: BEMFAM. ISBN: 978-85-99332-27-6; 2009.
15. World Health Organization .Sexual and reproductive health 2016. (cited 03-04-2016). Available from:www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/.
16. Gabriela PB, Oliveira AP, Burci LM. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planeamento familiar 2016; (cited 25-02-

- 2019). Available from:
<http://www.herrero.com.br/files/revista/fileffb43b6252282b433e193bacf91d43f7.pdf>.
17. Alferes V. *Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento; 1997.
18. Barroso A. Sexualidade num Portugal Multicultural – Estudo transcultural entre Portugueses e Imigrantes 2018; Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Escola de Psicologia e Ciências da vida. (cited 25-11-2018). Available from:
<http://recil.grupolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/9194/1/SEXUALIDADE%20ONUM%20PORTUGAL%20MULTICULTURAL%20E2%80%93%20Estudo%20transcultural%20entre%20portugueses%20e%20imigrantes.AnaM.Barroso.pdf>
19. Abdo CHN. Ciclo de Resposta Sexual Neuropsicofisiologia e Neuropsicopatologia da Função Sexual. In: C. Abdo (Eds), *Sexualidade humana e seus transtornos*. 5ª th. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2014.p. 29-47.
20. Ferreira P, Cabral M. *Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos*. Lisboa: Bizâncio; 2010.
21. Butler P. Sexual health a new focus for World Health Organization. *Progress in Reproductive Health Research*; 2004 (cited 26-04-2018). Available from:
<http://www.who.int/mediacentre>.
22. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G. Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reproductive Health Use the "Insert Citation" button to add citations to this document*; 2015.p.79-89
23. World Health Organization. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization; 2006.
24. Telo Shana Vieira, Witt Regina Rigatto. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2018 Nov [citado 2019 Fev 24] ; 23(11): 3481-3490. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

- [81232018001103481&lng=pt.](http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018001103481&lng=pt) [http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016.](http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016)
25. faSilva H, Ferreira S, Águeda S, Almeida AF, Lopes A, Pinto F. Sexualidade e risco para os jovens: Desafios de uma nova realidade dos jovens. 2012; 43, 8-15, (cited 28-05-2018). Available from: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/631>.
 26. Fagundes M. *Sexualidade Humana e Orgasmo Sexual. Psicologia em Foco*; 2009 2(1): 102-109.
 27. Souza LM, Morais RLGL, Oliveira JS. Direitos sexuais e reprodutivos: influências dos materiais educativos impressos no processo de educação em sexualidade. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 683-693, Sept. 2015, (cited 18 Feb. 2019). Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300683&lng=en&nrm=iso.
 28. Travis CBE, White JW. *Sexuality, society, and feminism*. American Psychological Association. 2000.
 29. Gascón, ML. *El abordaje de la salud sexual y reproductiva en mujeres inmigrantes desde un enfoque de género. Cultura de los Cuidados*; 2011; 30, 45-51.
 30. Fundo das Nações Unidas para a População. *A situação da população mundial 2005. A promessa de igualdade: equidade em matéria de gênero, saúde reprodutiva e objetivos de desenvolvimento do milênio*. New York: Fundo das Nações Unidas para a População; 2005.
 31. Andrade IM. *Geografia da saúde da população imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural ;2008.
 32. Dias SF, Rocha CF, Horta R. *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI), 2009.
 33. Direção-Geral da Saúde. *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2015*. Lisboa; 2016. DGS. Acedido em 15-01-2018. Disponível em www.DGS.pt.

34. Janssens K, Bosmans M, Temmerman M. Sexual and reproductive health and rights of refugee women in Europe. Ghent: International Centre for Reproductive Health/World Health Organization/ Ghent University; 2005.
35. World Health Organization. Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on Sexual Health. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2006.
36. Smith H, Qian X. Migration and Women's Reproductive Health. In S. Malarcher (Ed.). *Social determinants of sexual and reproductive health: informing future research and programme implementation*. Geneva: World Health Organization 2010; pp. 93-111.
37. Roque O. *Semiótica da cegonha: Jovens, sexualidade e gravidez não desejada*. Lisboa, Portugal: Associação para o Planeamento da Família. 2001.
38. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Programa de Ação do Cairo; 1996.
39. Lemos A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Saúde Debate* 2014;38 (101):244-253.
40. Woollett A, Marshall H, Stenner P. Young women's accounts of sexual activity and sexual/reproductive health. *J Health Psychol* 1998; 3:369-81.
41. Rojas C, Eleonora Soledad M, Sara Alejandra PE. Progreso e desafios no exercício do direito à saúde sexual e reprodutiva na Argentina nos últimos 40 anos. Uma aproximação da informação relacionada com "a primeira vez". *Sex., Saúde Soc.* (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 25, p. 49-67, abr. 2017; (cited 18-02-2019). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.25.03.a>.
42. Tavares GM. Sexualidade dos jovens. 2015 (cited 15-05-2018). Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15002/1/ESSTFC573.pdf>.
43. Matos MG, Reis M, Ramiro L, Ribeiro JP, Leal I. Educação sexual em Portugal: legislação e avaliação da implementação em Portugal. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2014; 15, 335- 355, doi:[10.15309/14psd150203](https://doi.org/10.15309/14psd150203).
44. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. Los Jóvenes y El VIH/SIDA-Una Oportunidad En Un Momento Crucial. Ginebra; 2002.
45. Évora I. Comportamento de prevenção ao HIV/SIDA entre jovens de origem cabo-verdiana em Portugal. II Encontro Internacional, Migrantes Subsaharianos

- na Europa – SociNova, Odivelas, 25 de Maio de 2007. Lisboa: CEsa – Centro de Estudos sobre África e do Desenvolvimento; 2007. (cited em 26-03-2018). Available from: <http://pascal.iseg.utl.pt/~cesa/files/publicacoes/OP5.pdf>.
46. Buysse A, Van Oost P. ‘Appropriate’ male and female safer sexual behavior in heterosexual relationships. *AIDS Care* 1997; 9:549-61.
47. Alferes V. Encenações e Comportamentos Sexuais. Para uma Psicologia Social da Sexualidade. Porto, Portugal: Edições Afrontamento; 1997.
48. Bennett P, Murphy S. Psicologia e Promoção da Saúde. Lisboa, Portugal; 1997.
49. World Health Organization . The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.1986.
50. Plano nacional de saúde. Eixo estratégico - equidade e acesso aos cuidados de saúde 2016; (cited 24-05-2018). Available from: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Acesso_e_Equidade_2013_003_04.pdf.
51. Macedo SR, Miranda FA, Pessoa Júnior JM, Nóbrega VK. sexualidade: scripts sexuais a partir das representações sociais. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(1):103-9.
52. Dias S, Matos M, Gonçalves A. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doença* 2002; 3:89-102.
53. Águas Fernanda, Bombas Teresa, Silva Daniel Pereira. Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port* [Internet]. 2016 Set [citado 2019 Fev 25] ; 10(3): 184-192. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000300002&lng=pt.
54. Burns F, Mercer C, Copas A, Johnson A, Morison L, Wellings K, et al. Factors associated with HIV testing among black Africans in Britain. *Sex Transm Infect* 2005; 81:494-500.
55. Cashman R, Eng, E., Simán, F, Rhodes, SD. Exploring the sexual health priorities and needs of immigrant Latinas in the Southeastern United States: a community-based participatory approach. *AIDS Education and Prevention* 2011; 23 (3): 236-248.

56. Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Surveillance United States; 2010 Surveillance Summaries. Department of Health and Human Services. MMWR; 59.
57. Robinson B, Scheltema K, Cherry T. Risky Sexual Behaviour in Low-Income African American Women: The impact of sexual health variables. *The Journal of Sex Research* 2005; 42(3): 224-237.
58. Castro Eneida Lazzarini de, Caldas Tânia Alencar de, Morcillo André Moreno, Pereira Elisabete Monteiro de Aguiar, Velho Paulo Eduardo Neves Ferreira. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 June [cited 2019 Feb 25] ; 21(6): 1975-1984. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601975&lng=en.
59. Last JM. *Um dicionário de epidemiologia (2ª Ed.)*. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. 1998.
60. Direção geral de estatísticas da educação e ciência. Os estudantes estrangeiros provenientes de países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa no ensino superior em Portugal 1998-2012: contributo para uma caracterização. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde; 2012.
61. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde. A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, 1990.
62. Departamento de Estudos e Planeamento. As metas de saúde para todos. Direcção Geral da Saúde. Lisboa; 2016.
63. [Coutinho GNS, Perreira C](#). Acesso aos cuidados de saúde das comunidades imigrantes em Portugal; 2016. (cited 15-06-2018. Available from: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26721/1/GoncaloNPCoutinho.pdf>.
64. Sebo P, Jackson Y, Haller DM, Gaspoz JM, Wolff H. *Sexual and Reproductive Health Behaviors of Undocumented Migrants in Geneva: A Cross Sectional Study*. *Journal of Immigrant Minority Health* 2011; 13, 510-517.
65. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso a Cuidados de Saúde por Imigrantes. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2015. (cited 26-05-2018). Available from: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1473/Estudo_ERS_-_Acesso_a_Cuidados_de_Saude_por_Imigrantes.pdf.

66. Rocha Cristianne, Maria Famer Dias, Sonia Ferreira, Gama Ana Filipa. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de IST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.5 (cited 2019-02-16) p.1003-1012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102.
67. Williams S, Gardos P, Ortiz-Torres B, Toss S, Ehrhardt A. Urban women's negotiation strategies for safer sex with their male partners. *Women Health* 2001; 33:133-48.
68. Gonçalves H, Machado E, Soares A, Camargo-Figueira F. Início da vida sexual e comportamentos em saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):25–41.
69. Dias S, Gama A, Rocha C. Perspectives of African and Brazilian immigrant women on sexual and reproductive health. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* ; 2010 , 255-263.
70. International Organization for Migration . *International Migration, Health and Human Rights*; 2013.
71. Lei nº 3/84 de 24 de Março (1984). Educação Sexual e Planeamento Familiar. *Diário da República I Série, N°71 (24-03-2018)*, 981-983.
72. Direção Geral de Saúde. *Orientações estratégicas. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde; 2004.
73. Jackson S. Constructions of sexual health problems and sexual identities in letters to a teenage magazine. *Sexualities* 2005; (8): 282–305, Available from: [10.1177/1363460705049577](https://doi.org/10.1177/1363460705049577).
74. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Alunos matriculados no ensino superior: total e por subsistema de ensino 2018; (cited 18-02-2019). Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+total+e+por+subsistema+de+ensino-1017> .
75. Pereira J, Furtado C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Alto Comissariado da Saúde. 2010.
76. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2015. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. 2016 (cited em 23-05-2018). Available from: [em www.sef.pt](http://www.sef.pt).
77. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. 1978; (cited 26-10-2018).

- Available from: <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.
78. Diaz, D, Blanco A, Horcajo J, Valle C. *La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. Psicothema*; 2007. 19(2): 286-294.
79. Eaton, S.B., Cordain, L., & Lindeberg, S. Evolutionary health promotion: a consideration of common counterarguments. *Preventive Medicine*; 2002; 34(2):119-123.
80. Edwards WM, Coleman E. *Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. Archives of Sexual Behavior*; 2004; 33(3): 189-195.
81. Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa. 1ª Conferência internacional sobre promoção da saúde. Canadá 1986; (cited 25-07-2018). Available from: <http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>.
82. Matos MG, Gonçalves A, Gaspar T. Jovens estrangeiros em Portugal: Uma questão de saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 75-85; 2004.
83. IGordon CM, Carey MP, Carey KB. Effects of a drinking event on behavioural skills and condom attitudes in men: implications for HIV risk from a controlled experiment. *Health Psychology*; 1997; 16(5): 490-495.
84. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2006 Report on the global AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2006.
85. Kaplan H, Sadock BJ, Geeb JA. *Compêndio de Psiquiatria Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
86. Koelen MA, Vaandrager L, Colomé C. Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001; 55(4): 257 -262.
87. Machado Aurora. *A educação sexual na escola*. Planeamento Familiar. Nº 40; 1991, pp. 2-4.
88. Matos MG, Simões C, Camacho I, Reis M, Equipa Aventura Social (2015). *A Saúde dos jovens 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; 2015. (cited 15-06-2018). Available from:
89. Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. 2009; (cited 29-05-2018). Available from:

www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_111-09_16_Setembro_EstatutoOE.pdf

90. Dias S, Matos MG. Educação Sexual em Meio Escolar: percepção dos estudantes. 2013; 4 (2). (cited 30-10-2018). Available from: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/viewFile/419/399>.
91. Dias S, Matos M, Gonçalves A. AIDS-related stigma and attitudes towards AIDS-infected people among adolescents. *AIDS Care* 2006; 18:208-14.
92. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários. 1978; (cited 26-10-2018).
93. Ramiro L, Reis M, Matos MG, Diniz JA. Educação Sexual, Conhecimentos, Crenças, Atitudes e Comportamentos nos jovens. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2011; 29(1):11-21.
94. Maternowska MC, Withers M, Brindis C. Gender, masculinity and migration: Mexican men and reproductive health in the Californian context. *Culture, Health & Sexuality* 2014; 16 (8), 989-1002.
95. Matos MG, Simões C, Camacho I, Reis M, Equipa Aventura Social.: *Dados nacionais do estudo HSBC de 2014*. Lisboa: Universidade de Lisboa 2015; (cited 15-06-2018). Available from: http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_relatorio%20hbsc%202014e.pdf.
96. Matos MG, Ramiro L, Reis M, & Equipa Aventura Social. Sexualidade dos jovens portugueses: Relatório do estudo *online* sobre sexualidade nos jovens (Online Study of Young People's Sexuality (OSYS) - Universidade Técnica de Lisboa, 2013.
97. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *Amour sexualite: Mieux vivre sa vie sexuelle dans le monde d'aujourd'hui*. Paris, França: InterEditions.1987.
98. Matos, M., & Equipa do Aventura Social (2006). *A saúde dos jovens portugueses– Relatório Preliminar do estudo HBSC 2006*; (cited 26-08-2018). Available from: <http://www.aventurasocial.com>
99. World Health Organization . *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p.100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.1948.

100. World Health Organization . Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Department of Making Pregnancy Safer. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.2010.
101. Rodrigues IT. A Educação Sexual na Escola: um caso de insucesso educativo. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Educação Para a Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.2013.
102. World Health Organization. Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: World Health Organization; 1975. (Technical Report Series, 572).
103. Santos SS, Barlem EL, Silva BT, Cestari ME, Lunardi VL. Promoção da saúde: compromisso da enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem 2008; 21 (4), 649-653. doi.org/10.1590/S0103-21002008000400018
104. World Health Organization . Facts on Induced Abortion Worldwide.2011.
105. Wall K, Nunes C, Matias A. Immigrant women in Portugal: migration trajectories, main problems and policies. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa; 2005.
106. Weeks R, Schensul J, Williams S, Singer M, Grier M. AIDS prevention for African American and Latina women: Building culturally and gender appropriate intervention. AIDS Educ Prev 1995; 7:251-63.
107. Lauby J, Semaan S, O'Connell A, Person B, Vogel A. Factors related to self-efficacy for use of condoms and birth control among women at risk for HIV infection. Women Health 2001; 4:71-91.
108. Mendes F. Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2002; 2, 53-62.
109. Nodin N. Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. Lisboa: Associação para o Planeamento da Familiar; 2001.
110. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2012.
111. Norman L, Gebre Y. Prevalence and correlates of HIV testing: an analysis of university students in Jamaica. Med Gen Med 2005; 7:70.
112. Reis M, Matos MG, Equipa Aventura Social. Educação Sexual na Actualidade: Perspectivas e Caminhos. In J. Bonito (Coord.) *Educação para a*

- Saúde no século XXI –Teorias, Modelos e Práticas* (Vol, II, pp. 899-914) Évora: Universidade de Évora. 2009.
113. Moreira P. *Para uma prevenção que previna*. (Psicologia Clínica e Psiquiatria, nº 10). Coimbra, Portugal: Quarteto Editora; 2001.
114. Hugo Tairana Dias de Oliveira, Maier Vanessa Teixeira, Jansen Karen, Rodrigues Cristine Eliane Gomes, Cruzeiro Ana Laura Sicca, Ores Liliane da Costa et al . Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Nov [cited 2019 Feb 26] ; 27(11): 2207-2214. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-.
115. UNAIDS report on the global AIDS 2013. (cited 5-05-2018). Available from:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf
116. UNAIDS Global Report: UNAIDS *report on the Global Aids epidemic 2010*. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. WHO Library Catalogue-in-Publication Data.2010.
117. United Nations. Report on the world social situation 2003. Social vulnerability: sources and challenges. New York: Department of Economic and Social Affairs, United Nations; 2003.
118. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic.2011.
119. Lei nº 3, de 24 de Março, sobre planeamento familiar, interrupção voluntária da gravidez e proteção à maternidade. *Diário da República 1ª série*, Nº 75 (17-04-2007), 2417-2418; 2007.
120. Matos MG, Simões C, Tomé G, Camacho I, Ferreira M, Ramiro L, Reis M, Equipa Aventura Social. *A Saúde dos jovens Portugueses - Relatório do Estudo HBSC 2010*. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.2011.
121. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *Human sexuality*. New York, EUA: Harper Collins College Publishers.1995.
122. Robinson B, Bocking W, Rosser B, Miner M, Coleman E. *The Sexual Health Model: Application of a Sexological Approach to HIV Prevention*. *Health Education Research: Theory and Practice* 2002; 17(1): 43-57.

123. Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare region. *BMC Public Health* 2010; 10, 379-390. 67 .
124. Shangase P, Egbe CO. *Barriers to accessing HIV services for Black African communities in Cambridgeshire, the United Kingdom. Journal of Community Health* 2015; 40 (1), 20-26.
125. Lei nº 16/2007 de 17 de Abril. Exclusão da ilicitude nos casos da interrupção voluntária da gravidez. Diário da República 1ª série, Nº 75 (17-04-2007), 2417-2418; 2007.
126. Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. *Contraceptive use by 15 year-old students at their last sexual intercourse results from 24 countries. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 2008; 162(1): 6673.
World Health Organization . *Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections. Fact sheet Nº 243*. 2000; (cited 7-07-2018). Available from: <http://www.who.int/mediacentre>.
127. World Health Organization . *Sexually transmitted infections (STIs): Fact sheet*.2016.Acedido em 06-12-2018. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.
128. UNFPA. *A state of the world population: A passage to hope*. New York.2006. Acedido em 29-05-2018. Disponível em www.unfpa.org.br/Arquivos/sowp06-en.pdf.
129. United Nations Population Fund. *Programme of action of the International Conference on Population and Development*. New York: United Nations Population Fund; 1996.
130. Welling K, Cleland J. *Surveys on sexual health: recent developments and future directions. Sex Transm Infect* 2001;77: 238-41.
131. World Health Organization .*Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland*. 2001.
132. Correia TIG. *Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar Conhecimentos e Comportamentos Sexuais Dos Adolescentes Portugueses*; 2004 (cited 25-06-2018. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7091/3/Teresa%20Correia%20>

[282004%29.%20Sa%3%bade%20Reprodutiva%20%e2%80%93%20Planeamento%20Familiar%20Conhecimentos%20e%20Comportamentos%20Sexuais....pdf](#)

133. Sebo P, Jackson Y, Haller DM, Gaspoz JM , Wolff H. Sexual and Reproductive Health Behaviors of Undocumented Migrants in Geneva: A Cross Sectional Study. *Journal of Immigrant Minority Health* 2011; 13, 510-517.
134. World Health Organization .Sexual and reproductive health, core competencies in primary care. Department of reproductive health and research.2011.
135. Wingood G, DiClemente R. Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors, and effective interventions for women. *Health Educ Behav* 2000; 27:539-65.
136. Wingood G, DiClemente R. The theory of gender and power. In: DiClemente RJ, Crosby RA, Kegler MC, editors. *Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.p. 313-45
137. Riske A, Razum O. 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. 2011; (cited 28-05-2018). Available from: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf.
138. Worthington C, Myers T. Factors underlying anxiety in HIV testing: risk perceptions, stigma, and the patient-provider power dynamic. *Qual Health Res* 2003; 13:636-55.
139. Menard A, Offman A. *The Interrelationships Between Sexual Self-Esteem, Sexual Assertiveness and Sexual Satisfaction*. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2009; 18(1-2): 35-45.
140. Minnis AM, Doherty I, van Dommelen-Gonzalez E, ChengH, Otero-Sabogal R, Padian NS. Immigration and Sexual Partner Risk Among Latino.2010.
141. Ogden J. *Psicologia da saúde*. 2ª Edição. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.2004.
142. Wong F, Campsmith M, Nakamura G, Crepaz N, Begley E. HIV testing and awareness of care-related services among a group of HIV-positive Asian

- Americans and Pacific Islanders in the United States: Findings from a supplemental HIV/AIDS surveillance project. *AIDS Educ Prev* 2004; 16:440-47.
143. World Health Organization . Health of migrants: The way forward – report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March. Geneva: WHO 2010. (cited 15-05-2018). Available from: www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf
144. Sawleshwarkar S, Kakar SR, Jones R, Lagios K, Mindel A, Hillman R J. *Indian-born patients attending a sexual health clinic in Australia have differing characteristics to their Australian-born counterparts. Internal Medicine Journal* 2013; 43 (12), 1327-1330.
145. Schoevers MA, Van Den Muijsenbergh METC, Lagro-Janssen ALM. *Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2010; 31 (4), 256–264.
146. Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu; 2003.

8. ANEXOS

Anexo I. Consentimento informado



Consentimento Informado

Aracy Soraia Chantre Ferreira, mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do consórcio IPB/IPVC/UTAD, está a desenvolver a sua dissertação intitulada: Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva nos Jovens PALOP que estudam no IPB para o que necessita da sua colaboração.

Para a realização deste estudo, que tem como objetivo identificar a situação de saúde sexual e reprodutiva dos jovens oriundos de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa que estudam no IPB e implementar estratégias de promoção da saúde, necessita de fazer a aplicação de um questionário *online*.

O questionário é anónimo e confidencial e todas as informações fornecidas apenas serão usadas para a investigação, e se estiver interessado terá livre acesso aos resultados do estudo.

Fica disponível para qualquer esclarecimento durante e após a colheita de dados, através do e-mail aracyferreira93@gmail.com

Conhecedor destas informações, concordo em participar neste estudo.

Agradece a sua colaboração.

Anexo II. Questionário



I PARTE : ELEMENTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Dados Sociodemográficos

Responde a cada uma das questões, clicando no botão, conforme consideres:

1. Idade (em anos):

2. Sexo:

- Feminino
- Masculino

3. Estado civil:

- Solteiro/a
- Casado/a
- União de Fato
- Viúvo/a
- Outro:

4. Tempo de residência em Portugal:

- Menos de 1 ano
- ≤ 2 anos
- ≥ 3 anos

5. País de Origem:

- Angola
- Cabo Verde

- Guiné-Bissau
- Moçambique
- São Tomé e Príncipe

6. Com quem vives?

- Parceiro/a
- Colegas/amigos
- Residência estudantil
- Familiares

7. Escola em que estudas?

- ESA
- EsACT
- ESSa
- ESE
- ESTIG

8. Grau de ensino que frequentas:

- Cursos Técnicos Superiores Profissionais (CTeSP)
- Licenciatura
- Mestrado
- Outro:



II PARTE: CONHECIMENTOS/COMPORTAMENTOS/CRENÇAS

Responde a cada uma das questões, clicando no botão, conforme consideres:

9. Como consideras o teu conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva?

- Pouco esclarecido
- Esclarecido
- Muito esclarecido

9.1. Onde adquiriste esses conhecimentos?

- Família
- Escola
- Amigos
- Internet
- Técnicos de Saúde
- Outro:

10. Da(s) doença (s) a seguir indica (s) a (s) qual (ais) as que consideras sexualmente transmissível (eis) ?

- Gonorreia
- HIV/sida
- Herpes Genital
- Hepatite B
- Sarampo
- Varicela
- Rubéola
- Todas

11. Quais os métodos que consideras de contraceção?

- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- Pílula anticoncecional
- Diafragma
- Anel Vaginal
- Injetáveis
- Adesivo
- Implante
- DIU de Cobre
- DIU Hormonal
- Métodos naturais

11.1 Quais os métodos que consideras de Barreira?

- Preservativo masculino
- Pílula anticoncecional
- Preservativo feminino
- Diafragma
- Anel Vaginal
- Injetáveis
- Adesivo
- Implante
- DIU de Cobre
- DIU Hormonal
- Métodos naturais

11.2. Quais é que usas?

12. Qual a resposta que melhor define o planeamento familiar?

- Controlo de nascimento
- Ajuda para uma vida sexual e uma reprodução mais saudável

- Identificar doenças sexualmente transmissíveis

12.1. Já efetuaste uma consulta de planeamento familiar/ ou tua namorada?

- Sim
- Não

12.2. Quais os recursos da comunidade que utilizaste para fazer o planeamento familiar?

- Centro de Saúde
- IPDJ (Instituto Português do Desporto e Juventude)
- IPB (Instituto Politécnico de Bragança-Gabinete de Saúde)
- Clinica privada
- Outro:

13. Em que situação ocorreu a tua primeira relação sexual (podes dar mais que uma resposta)?

Marca todas as que se aplicam.

- No namoro
- Foi planeada
- Aconteceu
- Foste obrigado/a
- Estavas sob efeito de álcool
- Estavas sob efeito de drogas

13.1. Já tiveste alguma doença sexualmente transmissível?

- Sim
- Não

13.2. Se Sim como resolveste o problema?

- Na farmácia
- No serviço de urgência do hospital
- No centro de saúde
- Outro:

13.3. No teu país é normal ter uma doença sexualmente transmissível?

- Sim
- Desconhece/raramente
- Não

14. Tens médico de família?

- Sim
- Não

14.1 Se Sim, com que frequência recorres às consultas anualmente?

- < a 3
- Entre 4 a 7
- > a 7
- Nunca

15. Recorres ao serviço de urgência do hospital?

- Sim
- Não

15.1 Se Sim, com que frequência recorres às consultas anualmente?

- < a 3
- Entre 4 a 7
- > a 7
- Nunca

16. Alguma vez já engravidaste/ ou a tua namorada engravidou?

- Sim
- Não

16.1. Quantas vezes? _____.

17. Fizeste/fizeram consultas durante a gravidez?

- Sim
- Não

17.1. Se Não, porquê?

17.2. No teu país é normal engravidar/ ou engravidar a tua namorada antes dos 18 anos?

- Sim
- Raramente
- Não
- Outro:

18. Alguma vez fizeste/ou tua namorada fez IVG (Interrupção voluntária da gravidez)?

- Sim
- Não

18.1. Se Sim, quantas vezes?

19. Alguma vez já sentiste necessidade da ajuda de um profissional de saúde na área de saúde sexual e reprodutiva?

- Sim
- Não

19.1. Se Não, porquê?

19.2. Recorreste a:

- Família
- Escola
- Amigos
- Internet
- Técnicos de saúde
- Outro:

20. Consideras que existem dificuldades no acesso aos cuidados de saúde (Centro de saúde; Serviço de urgência)?

- Sim
- Não

20.1. Quais?

- Medo de perguntar
- Comunicação
- Acessibilidade
- Informação
- Tempo de espera
- Custos
- Acolhimento
- Discriminação
- Outro

21. Achas importante existir algum serviço/estrutura de saúde que apoie os jovens PALOP na área de saúde sexual e reprodutiva?

- Sim
- Não

21.1. Se Sim, onde achas que deveria funcionar?

- Num gabinete próprio na Escola
- No Centro de Saúde num gabinete próprio
- No IPDJ (Instituto Português do Desporto e Juventude)
- Outro:

22. Consideras-te satisfeito com a tua sexualidade?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Pouco satisfeito
- Não sei

23. Consideras - te como:

- Heterossexual (Gostar do sexo oposto)
- Bissexual (Gostar de ambos sexos)
- Homossexual (Gostar do mesmo sexo)
- Não sei

23.1. No teu país como é visto a relação entre pessoas do mesmo sexo?

- Comum
- Nada aceitável
- Aceitável
- Outro

