



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Saúde Sexual e Reprodutiva das populações imigrantes em Portugal: a perspetiva
de profissionais de medicina e enfermagem.

Bruno Miguel Santos Duarte

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA E
DESENVOLVIMENTO.**

(JULHO, 2024)



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Saúde Sexual e Reprodutiva das populações imigrantes em Portugal: a perspetiva
de profissionais de medicina e enfermagem.

Autor: Bruno Miguel Santos Duarte

Orientador: Tiago Correia

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento.

Agradecimentos

Aos meus pais, Ana e Carlos, à minha irmã Isanett, às minhas avós e avôs e toda a minha família, pelo suporte incondicional, valorização pela educação e os múltiplos momentos compartilhados, além das referências da vida.

Ao meu orientador, professor Tiago Correia, pelos ensinamentos, motivações e direcionamentos ao longo de todo esse processo e sua disponibilidade prestada ao longo da elaboração dessa dissertação.

À minha prima Rosi e Davidson, minha tia Marisia, Humberto, minhas primas e todas as pessoas ao redor pelo suporte, acolhimento, motivação e momentos de descontração.

Ao meu tio-amigo Elvis, pelos tantos desabafos e ensinamentos mútuos, pela disposição e todo e qualquer momento ao longo da vida e dessa trajetória em especial.

Às minhas amigas Maribel e Djamila, pelo suporte incondicional e motivação para superar qualquer momento, amizade e companheirismo de profissão e inspiração mútua.

A todas as pessoas que participaram no projeto e também a todas as outras que possibilitaram, direta e indiretamente, que esse trabalho fosse possível.

Obrigado a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que esse trabalho fosse feito, bem como, pela motivação ou referência ao longa minha jornada.

Resumo

Os movimentos migratórios são processos contínuos e constantes, à nível mundial, tendo sido registado um aumento considerável no número de populações imigrantes residentes em Portugal nos últimos anos. Vários fatores influenciam a vida das pessoas imigrantes, independentemente de como o processo migratório ocorre, seja legal ou não. A saúde das pessoas e o acesso a cuidados também são impactados diretamente, nos quais as suas vivências são atravessadas por diversas vulnerabilidades. A Saúde Sexual e Reprodutiva dessas populações demonstra ser um labirinto, no qual as políticas de saúde nem sempre conferem o foco de atuação necessário, o que contribui para os piores indicadores de saúde quando comparadas à população nacional.

O objetivo do estudo visa compreender em que medida profissionais de enfermagem e medicina lidam com a saúde sexual e reprodutiva das populações imigrantes em Portugal e consideram que a sua formação de base e contínua os habilita a adequar a prática profissional tendo em vista o aumento da adesão destas populações aos serviços de saúde.

Foi realizado um estudo qualitativo por meio do método de bola de neve, no qual foram entrevistadas dezessete pessoas profissionais de saúde em diferentes pontos do país, com diferentes faixas etárias e anos de atuação. Observa-se que profissionais de saúde reconhecem que os aspectos socioculturais não são contemplados, oportunamente, na discussão de estratégias de saúde de populações imigrantes. Ademais, há uma lacuna significativa de fontes que possam contribuir para a conscientização do tema, como também a superficialidade da discussão no âmbito académico, tanto em instituições de ensino-saúde quanto em órgãos fomentadores de estratégias de saúde. É necessário incluir este tema no currículo académico, o aperfeiçoamento profissional por meio das entidades empregadoras e incentivo ao desenvolvimento de políticas de saúde inclusivas. A combinação das táticas do cuidado centrado na pessoa-paciente, competência cultural, educação antirracista e Educação Permanente em Saúde são sugestões a serem incorporadas na discussão de Saúde Sexual e Reprodutiva das pessoas imigrantes, estratégias fundamentais nesta construção de práticas e cuidados no processo saúde-doença da pessoa imigrante em Portugal.

Palavras-chaves: Saúde sexual e reprodutiva, Populações imigrantes, Educação em saúde, Profissionais de Saúde, Portugal.

Abstract

Migratory movements are continuous and constant processes, worldwide, with a considerable increase in the number of immigrant populations residing in Portugal having been recorded in recent years. Several factors influence the lives of immigrant people, regardless of how the migration process occurs, whether legal or not. People's health and access to care are also directly impacted, as their experiences are permeated by various vulnerabilities. The sexual and reproductive health of these populations proves to be a maze, in which health policies do not always provide the necessary focus for action, which contributes to the worst health indicators when compared to the national population.

The aim of the study is to understand the extent to which nursing and medical professionals deal with the sexual and reproductive health of immigrant populations in Portugal and consider that their courses and continuous training enables them to adapt professional practice with a view to increasing adherence of these populations to health services.

A qualitative study was carried out using the snowball method, in which seventeen health professionals were interviewed in different parts of the country, with different age groups and years of experience. It is observed that health professionals recognize that sociocultural aspects are not appropriately considered in the discussion of health strategies for immigrant populations. Furthermore, there is a significant gap in sources that can contribute to raising awareness of the topic, as well as the superficiality of the discussion in the academic field, both in health education institutions and in organizations that promote health strategies. It is necessary to include this topic in the academic curriculum, professional development through employers and encouragement of the development of inclusive health policies. The combination of person-patient-centered care tactics, cultural competence, anti-racist education and Permanent Health Education are suggestions to be incorporated into the discussion of Sexual and Reproductive Health of immigrant people, fundamental strategies in the construction of practices and care in the health-disease process of immigrant people in Portugal.

Keywords: Sexual and reproductive health, Immigrant populations, Health Education, Health professionals, Portugal.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Migração e saúde	2
1.1.1. Aspectos socioculturais no debate da saúde	3
1.1.2. Migração: disparidades na saúde	4
1.1.3. Migração e relações de género	5
1.1.4. Dados sociodemográficos de populações imigrantes em Portugal	7
1.2. Contextualização da Saúde Sexual e reprodutiva em Portugal.....	9
1.2.1. HIV/SIDA e sexualidade no debate sobre Saúde Sexual e reprodutiva.....	13
1.2.2. Aborto: Contextualização em Portugal	15
1.3. Recursos Humanos em Saúde	18
1.3.1. O processo pedagógico de formação de profissionais de saúde	19
1.3.2. A prática profissional em saúde.....	22
1.3.3. A diversidade sociodemográfica: Transculturalidade e assistência em saúde.....	23
1.3.4. Educação Permanente em Saúde.....	25
2. Justificativa	27
3. Objetivos	29
3.1. Objetivos específicos	29
4. Metodologia	30
4.1. Método, materiais e recolha de dados	30
5. Resultados	34
5.1. Análise dos dados quantitativos	34
5.2. Análise dos dados qualitativos	38
6. Discussão	56
7. Considerações finais	69
8. Referências	70
9. Anexos	78

9.1. Termo de Compromisso Livre Consentido	78
9.2. Guião de entrevistas	79

Lista de Abreviaturas

APF - Associação para o Planeamento da Família

BE - Partido Bloco de Esquerda

CC - Competência Cultural

CCP - Cuidado Centrado na pessoa-paciente

CDS - Centro Democrático Social

COE - Contraceptivo Oral de Emergência

EC - Educação Continuada

EFS - Federação Europeia de Sexologia

EP - Educação Permanente

EPS - Educação Permanente em Saúde

ILGA-Portugal - International Lesbian and Gay Association

IVG - Interrupção Voluntária da Gestação

IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis

HPV - Vírus do papiloma humano

HSH - Homens que fazem sexo com Homens

HSHM - Homens que fazem sexo com Homens e Mulheres

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queers, Intersexo, Assexuais, Outras

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PCD - Pessoas portadoras de deficiência

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PCP - Partido Comunista Português

PeP - Profilaxia Pós-exposição

PreP - Profilaxia Pré-exposição

PS - Partido Socialista

PSD - Partido Social Democrata

ONG - Organização Não-Governamental

SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Humana

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPA - Sociedade Portuguesa de Andrologia

SPSC - Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica

SUS - Sistema Único de Saúde

RHS - Recursos Humanos em Saúde

UE - União Europeia

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

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

TCLE - Termo de Compromisso Livre Consentido

WAS - Associação Mundial de Saúde Sexual

WOW - Women on Waves

1. Introdução

Considerada uma das prioridades das estratégias em saúde em Portugal, a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) tornou-se um tema de extrema relevância referente ao delineamento de políticas populacionais e ao desenvolvimento socioeconômico de um dado país (Martins, 2014).

Além de potenciais adversidades na saúde de uma pessoa ou grupo populacional e sua qualidade de vida, a SSR pode acarretar altos custos socioeconômicos, tanto populacionais como para o governo (Santos et al., 2019; Figueira et al, 2019; Santos et al., 2021).

As barreiras associadas à SSR são diversas e com maior acentuação em determinados grupos sociais aumentando o desfavorecimento social e traduzindo-se na não inclusão ou baixa representatividade face à tomada de decisões sócio-políticas de saúde (Darsie et al., 2014).

O planeamento reprodutivo, que anteriormente era chamado de planeamento familiar, foi reconhecido oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1968, como constituinte essencial na assistência à saúde. As iniciativas de apoio ao planeamento familiar eram ilegais devido à supremacia sócio-cultural da Igreja Católica, que considerava a pílula como um método abortivo e o seu uso era considerado ilegal. Dessa forma, o controle de fecundidade focava no homem e as soluções contraceptivas eram reduzidas ao coito interrompido, irrigações vaginais e preservativo (Ferreira et al., 2019).

A ideia de que o planeamento fosse crucial para a disponibilidade e acessibilidade de cuidados em saúde sexual e reprodutiva se consolidou nos anos 70, com o reconhecimento da urgência e relevância da inclusão do direito e liberdade de escolha como partes fundamentais do debate sobre políticas de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a garantia e o acesso ao aborto seguro e contraceptivo. (Nelas et al., 2018; Ferreira et al., 2019)

Com o objetivo de promover o Desenvolvimento Sustentável (ODS), o planeamento reprodutivo estabelece estratégias que visam a manutenção do acesso universal à saúde e serviços de SSR, ampliação de igualdade de gênero e redução de taxas de mortalidade materna (Rodrigues et al. 2023), bem como a promoção de uma educação de qualidade, incluindo atividades físicas e instalações sanitárias e seguras, e a promoção do diálogo entre a educação em ciências e a educação para saúde (Ramos et al., 2023).

O conceito de SSR foi utilizado pela primeira vez durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, que ocorreu no Cairo em 1994 (Martins, 2014; Ferreira et al., 2019), e abrangeu o debate sobre o aborto clandestino e a relação entre população e desenvolvimento. (Ferreira et al, 2019)

Tal conceito tem sofrido múltiplas e consideráveis alterações temporais decorrentes da intersecção de fatores socioculturais, políticos e de evidências científicas (Santos et al., 2019).

Consequentemente, as mudanças na definição permitiram o direito das mulheres pelo controle da sua própria fecundidade e a promoção de igualdade de gênero no conceito da SSR. (Ferreira et al., 2019)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, definiu a Saúde Sexual como “um estado de completo bem-estar físico, emocional, mental e social associado à sexualidade e não apenas à ausência de doença ou enfermidade” (Ferreira et al., 2019). Por outras palavras, remete ao direito de exercer e usufruir de uma vida sexual segura, satisfatória e com garantia de acesso à informação e métodos de planeamento reprodutivo eficazes e seguros - uma ramificação dos direitos humanos - o qual inclui a garantia de serviços de saúde adequados e promotores de uma assistência segura no decorrer do processo gravídico (gestação, parto e pós-parto) (Martins; Darsie et al., 2014).

O acesso e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos independentemente do gênero, idade, orientação sexual, religião e etnia são contemplados pela definição de Saúde Reprodutiva atual, dissociando da versão anterior centrada apenas e unicamente como um promotor reprodutivo, e integra o direito de acesso à informação e serviços de atenção sob uma abordagem interdisciplinar (Darsie et al., 2014; Ferreira et al., 2019). A mudança se deve ao declínio drástico da fecundidade global, o qual já estava abaixo da média de filhos desejados por casais naquele período (Ferreira et al. 2019).

O direito à saúde sexual caracteriza-se como um fomentador de melhores condições de vida e relações interpessoais, viabilizando contribuições importantes para a formação pessoal e social enquanto um mecanismo de promoção em SSR. O debate não se resume apenas a um processo biológico ou medicalizado mas incorpora aspectos psicossociais e culturais (Martins, 2014; Santos et al., 2019).

O alcance de uma saúde sexual saudável é pertinente ao acesso à informação e assistência na saúde sexual e reprodutiva, consciência de exposição, riscos e consequências decorrentes do exercício de atividades sexuais e ações de promoção à saúde (Santos et al., 2019).

No entanto, as discussões sobre educação em SSR permanecem impregnadas de posturas de censura e restrição cuja base é formada de preconceitos, tabus e relações de poder, além de políticas públicas com caráter não inclusivo (Leite et al., 2022).

1.1. Migração e saúde

Pensar em saúde faz com que se integra um conjunto de fatores socioculturais que compõem uma dada pessoa num dado espaço e momento, incluindo também os processos de

movimentação populacional. E é de conhecimento que os movimentos migratórios não são apenas devido à calamidades, conflitos e pobreza, mas também como um percurso renovador e, de certo modo, de sobrevivência (Nielsson et al., 2019).

Consoante as condições pelo qual ocorre, a migração pode ser um fator de risco para a saúde das pessoas, já que é afetada por diversos fatores como cultura, gênero e estereótipos, poder aquisitivo, linguagem e padrões de comunicação. Fatores esses que impulsionam a situação e processo de migração vivenciado pelas pessoas num dado espaço e pode colidir-se em diferentes esferas: do acolhimento à vulnerabilidade (Moraes et al., 2021).

A migração, em intersecção com outros fatores como gênero, idade, raça, etnia, sexualidade, classe social, gera impactos no enfrentamento de riscos específicos ao deslocamento e influencia a tomada de decisão frente à situação (Moraes et al., 2021).

Na ótica de pesquisa, os estudos sobre movimentações populacionais focam majoritariamente no eixo da mão de obra e na economia, excluindo a parte da saúde e pluralidades das vidas imigrantes (Moraes et al., 2021).

1.1.1. Aspectos socioculturais no debate da saúde

Diversos impactos são intensificados pelas barreiras sociopolíticas fomentados no decorrer do processo migratório para com essas mesmas pessoas migrantes. E elementos como papéis sociais de gênero, hábitos, tradições, linguagem e padrões de comunicação são aspectos que devem ser incluídos na estruturação de qualquer política e serviço de saúde promovidos para tais grupos (Nielsson et al., 2019).

Assim, é urgente ponderar que o processo migratório não se constitui do mesmo modo para todas as nacionalidades ou grupos sociais, sendo que as barreiras instituídas se diferenciam mediante à classe social e/ou nacionalidade e/ou gênero, cor/grupo etnicoracial. As vivências e vulnerabilidades são mútuas, mas operam-se de modo diferente e de maior impacto para as mulheres quando comparadas com os homens. Ainda, o modelo de imigração tende a ser mais penalizado quando no formato clandestino (Nielsson et al., 2019).

A precarização ainda intensifica a solidão dessas mesmas pessoas, no âmbito da assistência, mesmo aquelas que migram em grupo familiar ou imigrações solos (Bonan, 2010).

Pontua-se que a vulnerabilidade possa ser transcrita em três versos: o individual - alinhada ao poder de acesso e aquisição de conhecimento sobre dada situação e problema e sua habilidade de assimilação e reação; o social - associado à informações, espaços de cultura e serviços acessados pelas pessoas membros de uma dada sociedade; e o programático - políticas

públicas e serviços de saúde existentes como solução de um dado condição de saúde (Petry et al., 2021).

Assim, dados sobre a situação epidemiológica, à mobilidade, às dinâmicas socioculturais e econômicas consequentes de fatores demográficos - migração e etnicidade, ao acesso aos serviços de saúde, aos tabus, às crenças religiosas e às dinâmicas de gênero são primordiais na fomentação de programas de saúde para que haja, em coerência com a realidade da comunidade abordada, uma contextualização dos comportamentos sexuais e reprodutivos (Darsie et al., 2014)

No mesmo âmbito da necessidade de tais programas, é nítido a falta de estudos na área da sexualidade e reprodução com foco em comunidade imigrantes, abordando conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos desses grupos, o que dificulta o planejamento de quaisquer ações de promoção em saúde eficazes diante das demandas reais da comunidade em específico (Darsie et al., 2014).

1.1.2. Migração: disparidades na saúde

Em Portugal, temos o sistema público de saúde que oferece assistência gratuita, mas é preciso pagar taxas específicas para o atendimento de emergência nos casos em que a pessoa não é indicada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou não resulta em internação de acordo com o Decreto-Lei n.º 37/2022 de 27 de maio. Além de que, os serviços de saúde também podem ser acessados por meio da rede privada (Morais et al., 2021; SNS; DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2022).

No entanto, ainda é notável o desconhecimento de certas especificidades por parte de profissionais frente a determinados grupos sociais, bem como o não-apropriamento por parte da massa migrante sobre o processo do cuidado em si e a adesão contínua ao sistema de saúde (Nielson et al., 2019).

Os dados demonstram que as mulheres imigrantes apresentam os piores indicadores de saúde quando comparadas com as não-imigrantes, principalmente, no que diz respeito à mortalidade materna, perinatal, infantil, de prematuridade, baixo peso ao nascer, incidência de IST e prevalência de violência, menor acesso aos sistemas de informação e alta procura dos serviços de saúde de emergência e estado avançado de doenças (Nielsson et al., 2019; Bonan, 2020; Moraes et al., 2021).

As realidades de pessoas imigrantes são entrelaçadas por inúmeras vivências, dos quais, para as comunidades afrodescendentes se refletem em micro-agressões raciais cotidianas, precariedade de coleta de dados sócio-demográficos que inviabilizam a fomentação de políticas

públicas adequadas para tais comunidades, exclusão social em diversos âmbitos, baixo incentivo para continuação de estudos além do ensino secundário, direcionamento trabalhista compulsivo no primeiro setor e a discriminação no acesso à saúde, justiça e habitação (Costa et al., 2022).

A falta de informação referente ao direitos de saúde sexual e reprodutiva, orientação e tratamento de HIV e ISTs, disponibilidade de serviços de saúde e medicação em Portugal constituem realidades frequentes nos relatos de pessoas imigrantes em decorrência da discriminação e pela omissão de informação por parte de profissionais de saúde. Os próprios serviços de cuidado em planejamento reprodutivo não são ajustados às necessidades das pessoas imigrantes, refletindo a necessidade de adaptação das assistências às realidades sociais dessa população em específico no que toca à confiabilidade dos usuários e também na consciencialização de prestadores de cuidado sobre a temática (Darsie et al., 2014; Moraes et al., 2021; Sobreira et al., 2021).

O poder aquisitivo econômico demonstra ser um diferenciador no acesso e escolha de serviços de saúde, no qual as vivências migrantes são diferentes dentro do sistema de saúde e o acesso é atravessado de preconceitos que prejudicam tal adesão à saúde universal (Moraes et al., 2021; Lopes, Machado, Borges, 2024).

Em tempo, as mulheres imigrantes negras demonstram menor satisfação quanto à assistência prestada quando comparadas com mulheres brancas, cujo componente racial possui uma intercessão com o da migração, e outros fatores. E isso pode ser brevemente exemplificado pelas altas taxas de histerotomia não consentidas em mulheres negras ou mesmo o próprio avanço da medicina obstétrica o qual, e não somente ela, é suportada por estudos experimentais em corpos negros embasados de ideologias raciais de maior resistência à dor e também discursos sobre higiene e saúde pública que eram e continuam sendo divergentes de corpos negros (Costa et al. 2022).

Este cenário ainda é reforçado pela ausência ou pouca presença do debate racial dentro dos cursos da saúde, dificultando o reconhecimento das demandas em saúde da população negra (Costa et al., 2022).

1.1.3. Migração e relações de gênero

A necessidade de debate e fomentação de políticas públicas com foco em vidas imigrantes são incitadas pelos fatores sociais, cujo impacto reflete na menor adesão das mulheres imigrantes aos serviços de saúde e de planejamento reprodutivo e sexual quando comparado com as pessoas nacionais, elevando assim a sua exposição a situações de

vulnerabilidade social, discriminação racial e violência nas suas diversas formas (Nielsson et al., 2019).

No decorrer dos movimentos migratórios, as vivências são diversas cujos aspetos permeiam e dialogam com outros fatores que condicionam a saúde de uma pessoa. Cenários de violência e sua diversidade são realidades cotidianas intensas e produzidas no campo da migração, fortalecida pela desigualdade de género com a qual há grande intercessão e, consequentemente, desencadeia-se impactos significativos na saúde das mulheres migrantes referente à saúde sexual e reprodutiva, e não somente (Nielsson et al., 2019; Sobreira et al., 2021).

Como demonstrado por Carmona e Ramos (2019), a exemplificação alta taxa de gravidez na adolescência em Portugal predominantemente entre jovens imigrantes vai de encontro a sensibilização de que o acesso e promoção em saúde dos jovens são potencializados de acordo com as estratégias de atuação e que devem incorporar elementos biopsicossociais em todas as suas dimensões. E os espaços dentro da comunidade, a que esses jovens e adolescentes pertencem, demonstram ser estratégias eficazes de consciencialização sobre saúde sexual e reprodutiva, suporte profissional e serviços de saúde acessíveis, bem como, a atuação das escolas para com o mesmo objetivos.

Na abordagem de género, a precarização de corpos femininos é fomentada pelo sistema biopatriarcal no quesito direitos e acesso à saúde reprodutiva e sexual e potencializa a baixa autonomia e menor capacidade de decisão sobre a sua mobilidade, menor acesso à informação e preparação para o próprio processo migratório. Além de inúmeros desfechos negativos como subemprego, vulnerabilidade e violência (desde a sexual e social até a política e cultural), sendo que a vulnerabilidade é ainda maior quando confrontada com as estatísticas do género masculino (Darsie et al, 2014; Nielsson et al, 2019).

Em partes, tais condições de sobrevivência são legitimadas e reforçadas pelas próprias jurisprudências locais, sendo refletido pela falta de políticas públicas e mecanismos de efetividade dos direitos humanos.(Nielsson et al., 2019)

A intersecção de género e migração gera-se um paradoxo no qual, por um lado, a migração feminina configura-se como meio de desenvolvimento, recursos para os locais/ países oriundos e, por outro, reflete como o pilar de discriminação socioeconômica, violências e situações de precarização (Nielsson et al., 2019).

Em determinados contextos sócio-culturais, as mulheres não têm acesso à educação e/ou trabalho. A adesão aos serviços de saúde é intrínseco à permissão da parceria e/ou família de

género masculino e, em certas circunstâncias, mulheres não podem ser atendidas por profissionais do género masculino (Darsie et al., 2014; Ayaz et al., 2021).

Ainda, a participação das mulheres dentro do sistema de saúde enquanto profissional, não só como uma pessoa a ser cuidada mas também como provedora do cuidado, como sublinhado por Ayaz et al. (2021), possuem papéis fundamentais na obtenção nos diversos níveis - individual, familiar e comunitário, o que abrange o sistema de saúde visando o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) até 2030 e cobertura universal de saúde.

Contrapondo-se a este fator, o sistema de saúde encontra-se impregnado de desafios, preconceitos de género e desigualdades que dificultam a permeabilidade da força de trabalho de profissionais, o empoderamento, distribuição de oportunidades e recursos. As condições de trabalho são cenários nos quais o acesso, educação e possibilidades de trabalho são afetados e, em alguns casos, negados sócio e politicamente (Ayaz et al, 2021).

Embora o sistema de saúde seja predominantemente ocupado por profissionais de saúde de género masculino em termos de força de trabalho médica, outras áreas são dominadas por mulheres como a enfermagem e obstetrícia, além de serem menores as remunerações e a empregabilidade em cargos de baixo nível (Ayaz et al., 2021).

Essa desproporcionalidade é maior ainda nos países/estados frágeis e afetados por conflitos, o que demanda maior preocupação na fomentação de estratégias para solucionar tais problemas frente às disparidades de género presentes. Tais estratégias devem abordar a equidade de género no planeamento de Recursos humanos em saúde (RHS) e não com ênfase, unicamente, na saúde reprodutiva das mulheres (Ayaz et al., 2021).

1.1.4. Dados sociodemográficos de populações imigrantes em Portugal

No que refere à migração, Portugal ocupa a 18ª posição no ranking dos países da UE em respeito aos fluxos migratórios, com 6 pessoas estrangeiras por cada 100 residentes, totalizando cerca 700 mil imigrantes no território nacional (SEF, 2021) e registou-se a entrada de 67.160 novas pessoas imigrantes em 2021. Esse último dado é o triplo do número de emigrantes, tendo havido 25.886 saídas para o exterior (INE, 2021).

Também verificou-se um total de 1537 pedidos de proteção internacional/Asilo, 68.4% do género masculino sendo 87.3% dessas pessoas tinham menos de 40 anos de idade, sua maioria proveniente do continente Asiático (56.4%) e Africano (36.9%) (SEF, 2021).

No que refere ao género e migração, maioritariamente, são pessoas do género masculino (50.8%), com idade entre 20 e 49 anos (61%) o que configura com um aspeto positivo diante do cenário português, no qual encontra-se como uma das mais envelhecidas a nível mundial (166

idosos para cada 100 jovens portugueses contra 102 idosos para cada 100 jovens estrangeiros). Quanto às nacionalidades, existe alguma diversidade incluindo o Brasil (184 mil), Reino Unido (46 mil), Cabo Verde (37 mil), Roménia (30 mil) e Ucrânia (20 mil). Destes, 66% possuem direito de voto, embora apenas 8% tenham recenseado para votar (INE; SEF, 2021).

Do total das pessoas estrangeiras residentes em Portugal entre 2007 e 2020, 689 mil pessoas estrangeiras adquiriram a nacionalidade portuguesa nesse mesmo período (INE, 2021).

Em termos de empregabilidade, a taxa de desemprego alcançou os 6,1% entre pessoas nacionais e 12,9% entre pessoas estrangeiras, sendo este último grupo ocupando taxas de atividades mais elevadas (75% contra 58% da população nacional), baixa qualidade empregatícia e de maior risco (5 em cada 10) e maior taxa de pessoas com qualificação superior em situação de sobrequalificação (13 em cada 100) e salários 8,2% mais baixos que a população nacional cuja média foi de 924 euros (1007 euros entre nacionais). E referente ao empreendedorismo, as populações imigrantes lideram com 17,4% por conta própria (17 para cada 100) (INE, 2021).

No que tange a Segurança Social, populações estrangeiras demonstraram uma elevada capacidade contributiva no qual alcançou cujo saldo financeiro foi positivo com valores inéditos em 2019 e 2020, de 884 e 802 milhões de euros, respectivamente. É de salientar que apresentaram uma menor proporção de beneficiários de prestações sociais (52 por cada 100 contribuintes) face à proporção de contribuintes (64 por cada 100) (INE, 2021).

Quanto à habitação, as populações imigrantes apresentam baixa aderência à aquisição de habitação própria (37%) e uma significativa caracterização por alojamento sobrelotados (2 em cada 10 (19%)) (INE, 2021).

Na educação, 6,7% das matrículas no Ensino Básico e Secundário eram de pessoas jovens estrangeiras (66 mil), entretanto configura também como o grupo com menor taxa de transição/ conclusão, embora nos últimos anos tenha diminuído (96%) (INE, 2021).

Cerca de 90% das pessoas estrangeiras falam português em nível avançado, 13.179 pessoas frequentaram os cursos do programa *Português para Todos* e outras 12.210 pessoas aprenderam português, em 2020, via a *Plataforma Português Onlinem* (INE, 2021). E 331 menores de nacionalidade estrangeiras se beneficiaram do Programa “SEF vai à escola” em 2021 (SEF, 2021).

No Ensino Superior, o grupo de pessoas estrangeiras nesta categoria no qual ocuparam um total de 16,5% (63 mil estudantes), resultando na obtenção de 7.5 mil diplomas estrangeiros (INE, 2021).

Na saúde, cerca de 6 em cada 10 pessoas imigrantes avaliaram os serviços de saúde como bons ou muito bons (63%), 19% das pessoas imigrantes reportam limitações nas atividades diárias decorrentes a problemas de saúde prolongados e 37% referiram possuir doenças crônicas ou problemas de saúde prolongados (INE, 2021).

Continuando, 67% das pessoas imigrantes afirmaram a ocorrência comum de discriminação e houve um aumento acentuado das queixas de discriminação de base racial e étnica (655 em 2020) (INE, 2021).

Em tempo, referente a processos criminais, foram registrados um total de 354 pessoas arguidas, cuja tipologia de crime se concentrou maioritariamente em casamentos por conveniência (124), auxílio à imigração legal (84) e falsificação de documentos (86). Ainda, houveram 54 casos de tráfico de seres humanos (45 casos de exploração laboral, 1 sexual e 8 categorizadas como outra) (SEF, 2021).

1.2. Contextualização política da saúde sexual e reprodutiva em Portugal

Portugal compõe o grupo de membros da Organização das Nações Unidas (ONU) desde 1955, tendo tal integração influenciado pela Constituição de 1976 (Moura e Ruffo, 2021).

Nos últimos anos, Portugal foi o país europeu que mais alterou suas políticas públicas. Entretanto, ressalta-se que devido à relação entre Portugal e União Europeia (UE), a UE interfere diretamente na tomada de decisão política e no fomento indireto de políticas públicas através de mecanismos de financiamento, como apontado por Moura e Ruffo (2022).

Além disso, apesar dos sistemas de educação e formação estarem sob o encargo dos países membros, ocorrem interferências da UE visando objetivos comuns e partilha de boas práticas através de reuniões regulares entre ministérios nacionais no conselho da União Europeia (Moura e Ruffo, 2021).

A implementação de Educação Sexual decorreu em momentos diferentes nos diversos países, com associação direta aos Órgãos da Educação. Importante ressaltar que a compreensão da conjuntura sócio-política em Portugal, como na Europa em geral, auxilia no entendimento de tal contexto jurídico no qual ocorreu a construção e solidificação do debate sobre SSR (Siqueira e Netto, 2018).

A implementação da comunicação e informação sobre concepção para com a população em Portugal ocorreu após a Revolução de 25 de abril, em 1974, em decorrência das circunstâncias socio-demográficas com altas taxas de mortalidade materna e infantil resultantes de aborto clandestino e empobrecimento em grande massa (Alarcão et al., 2016; Ferreira et al,

2019; Monteiro, 2022). O debate sobre a sexualidade se concentrava no domínio da Igreja Católica com o apoio do Estado Novo e seus regulamentos (Alarcão et al., 2016).

Esse período caracterizou-se como promotor da ideologia de autoridade masculina como pilar da família, atrelado a subordinação feminina - tanto na vida privada como pública, além da iliteracia e más condições de vida e trabalho (Monteiro, 2022).

Ainda no mesmo ano, 1974, a pílula tornou-se acessível por meio da autoridade nacional do medicamento. A comercialização era feita somente nas farmácias desde 1962 e, em geral, era acessada por uma minoria das mulheres portuguesas de classes sociais médias (Alarcão et al., 2016; Monteiro, 2022).

Vale destacar que, anteriormente, houve alguns marcos importantes no mapeamento histórico português referente à sexualidade como “*A Carta à uma jovem portuguesa*” que colaborou na expansão do debate de género (1961); e também a Organização Não Governamental (ONG) “*Associação para o Planeamento da Família (APF)*” (1967), fundada por alguns médicos ginecologistas e ativistas católicos dentro do contexto polêmico ocasionado pelos debates sobre controle de natalidade por Concílio Vaticano II, teve que ser aprovado pelo cardeal patriarca de Lisboa e incluir um consultor eclesiástico (Alarcão et al., 2016; Monteiro, 2022); e a publicação da obra “*Humanae Vitae*” (1967) que impulsionou o debate sobre planeamento familiar na época e que continua sendo referência na fomentação de políticas de saúde sexual e reprodutiva até a atualidade (Alarcão et al., 2016).

Segundo Alarcão et al. (2016), a profissionalização da sexologia em Portugal foi influenciada pelo contexto cultural, religião católica e o interesse de determinadas profissões da saúde e ocorreu em duas fases: a primeira sexologia, que compreende dois grupos e dois caminhos - ginecologia e psiquiatria, posteriormente os andrologistas (1967-1998); a segunda sexologia, dois atores e um caminho - os urologistas e os psicólogos, focado no indivíduo e na fisiologia sexual.

Em 1976, o secretário do Estado de Saúde e membro da APF - Albino Aroso criou as consultas de planeamento familiar em todos os setores nacionais de serviços de assistência à saúde materna e infantil - assegurando o dever do Estado como promotor do direito à planeamento familiar, embora o processo decorreu lentamente e a disponibilidade de tais consultas nos centros de saúde tenha ocorrido apenas no final dos anos 70 com foco exclusivamente nas mulheres, além da baixa adesão populacional (Alarcão et al., 2016; Ferreira et al., 2019; Monteiro, 2022).

Também realça-se a revogação do Código Civil de 67, que alegava a falta de virgindade feminina ante-casamento como fator antagonista legal, por meio da Constituição de 1976. E em

1978, o primeiro número do boletim Planeamento Familiar da APF foi publicado, intitulado “*Sexualidade & Planeamento Familiar*”. Posteriormente, em dezembro de 1979, utilizou-se pela primeira vez o termo *Sexologia* via a publicação do texto “*Do Planeamento Familiar à Sexologia*”, ocorreu o primeiro congresso de andrologia em Lisboa e foi fundada a Sociedade Portuguesa de Andrologia (SPA) (Alarcão et al., 2016).

Na década de 80, com a fomentação de outras leis, das quais potencializaram a saúde reprodutiva de jovens e adolescentes, obteve-se o direito pelo acesso às consultas de planeamento familiar com ênfase em pessoas jovens em idade fértil sem nenhum empecilho (Ferreira et al., 2019).

No ano de 1984, foi implementada a Lei no 3/84, o que originou a primeira legislação intrínseca à Sexualidade e reflexões que permeiam a Educação Sexual e caráter preventivo no âmbito reprodutivo e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (Ferreira et al., 2019; Castro et al., 2020). E no mesmo ano aconteceu o primeiro Congresso Nacional de Sexologia, em Lisboa, e posterior fundação da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) que validou o papel da sexologia como ciência da sexualidade em Portugal (Alarcão et al., 2016).

Até o momento, a SPSC consta como única entidade portuguesa reconhecida pela Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS) e pela Federação Europeia de Sexologia (EFS), habilitada para atribuir títulos de Terapeutas Sexuais. Essa acreditação resume-se apenas a profissionais de medicina e psicologia com prática clínica (Alarcão et al., 2016).

A Lei 3/84, intitulada com “Educação sexual e Planeamento Familiar”, determinou o Estado como responsável pela garantia da proteção da família e cooperação na educação dos filhos, conjuntamente, dos pais. O objetivo consistia em assegurar que a educação sexual fosse uma realidade para os jovens por meio das instituições pedagógicas, organizações sanitárias e meios de comunicação social e também no núcleo familiar (Moura e Ruffo, 2021; Castro et al., 2020). E a abordagem incluía temas como anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humana e planeamento familiar - uma estratégia de consciencialização sobre métodos de contraceção e poder de escolha (Moura e Ruffo, 2021).

Essa mesma lei caracterizava-se como um modelo com caráter higienista que, decorrente de uma escola positivista e amparado pelo extenso poder dos mecanismos de promoção em saúde e epidemiológicos, visava o controle de comportamentos sexuais e tinha o planeamento familiar como pivô para reforço do olhar positivista. Por meio dessa lei buscou-se efetivar uma formação profissional que compartilhasse da mesma perspectiva higienista. Em Portugal, como apontado por Chauí (1992) citado por Siqueira e Netto (2018, p.12), houve a “*doutrina pela*

saúde”, por meio da utilização da informação como mecanismo de arbitrariedade face à coação sexual e comportamental.

A Lei 120/99 incrementou a manutenção da saúde reprodutiva como um direito e amplificação das áreas de atuação, possibilitando uma melhor qualidade da vida sexual e reprodutiva através de maior efetividade dos dispositivos legais e, assim, promovendo medidas de atuação em educação sexual, métodos contraceptivos, prevenção de gravidez não planeada, consciencialização sobre IST's. Tal política foi estruturada em 3 eixos: educação sexual, planeamento reprodutivo e interrupção voluntária da gravidez (Moura e Ruffo, 2021).

O Decreto-Lei no 259/2000 inseriu a educação sexual nos currículos escolares, com carácter obrigatório, sendo acompanhado diretamente pelo Ministério da educação - na área da educação para a saúde. E também foi incluído o termo adolescente como outro foco social de intervenção prioritário dentro do debate sobre a saúde reprodutiva e sexual e prevenção de ISTs, permitindo um maior acesso ao cuidado (centro de saúde e hospitais). Em 2010, com a Portaria 196-A/2010, foram estabelecidas cargas horárias mediante determinado nível de ensino (Moura e Ruffo, 2021) abrangendo o ensino secundário e o ensino primário, com excepção do pré-escolar e universitário (Castro et al., 2020).

Em 2001, com a Lei 12/2001, instituiu-se o direito ao acesso da contracepção de emergência para jovens e, no mesmo ano, foram formuladas medidas de apoio social às mães e pais jovens, decorrente da Lei 90/2001. Posteriormente, com a Lei 16/2007, foi legalizado o aborto - interrupção voluntário da gravidez nas primeiras dez semanas de gestação (Mouro e Ruffo, 2001).

Em 2008 foi implementado o projeto “CUIDA-TE” pela Portaria 655/2008, cujo foco concentra-se na atuação de combate aos índices preocupantes no contexto de Portugal na época, nomeadamente alcoolismo, drogadição, ISTs, entre elas VIH/SIDA, gestação não planeada, tuberculose, cirrose e obesidade. Os grupos de foco foram jovens de 12 a 25 anos, professores e atores na ação educativa, pais e dirigentes associativos juvenis e incluiu atividades educativas através de unidades móveis como meios de ações de formação, teatro, debates, gabinetes de saúde juvenil e suporte específico de determinada demanda em saúde (Mouro e Ruffo, 2021).

As áreas de intervenção do projeto “CUIDA-TE” contemplavam a promoção da saúde, numa perspectiva global e multidimensional, junto à população jovem; a fomentação da prática de exercícios físicos regulares, alimentação saudável e adoção de estilos saudáveis; prevenção do consumo de substâncias nocivas; a promoção da saúde sexual e reprodutiva (Mouro e Zuffo, 2021).

A Portaria 201/2009 viabilizou que o programa nacional de promoção de saúde oral fosse agregado ao Projeto “CUIDA-TE”. Seguidamente, em 2010, foi assegurado o direito à informação e acessibilidade das mulheres no que diz respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos por meio da Resolução 46 pela Assembleia da República (Mouro e Zuffo, 2021). E o direito ao método de contracepção de emergência foi reconhecido pela Lei nº 3, de 24 de março, que abrange o planeamento reprodutivo, interrupção voluntária da gravidez e proteção à maternidade (Monteiro et al., 2019).

No entanto, apesar dos inúmeros avanços, faz-se necessário ressaltar a contextualização da saúde sexual e reprodutiva dentro de um sistema patriarcal como uma estrutura sociopolítica de controle de corpos por meio da gestão de taxas de mortalidade, natalidade, migração, entre outras (Nielsson et al., 2019).

1.2.1. HIV/SIDA e sexualidade no debate sobre saúde sexual e reprodutiva

A pandemia de HIV/SIDA é outro coadjuvante na expansão dos discursos sobre saúde reprodutiva que potencializaram a abrangência dos comportamentos sexuais na fomentação de políticas de saúde (Ferreira et al., 2019).

A pandemia acima referida contribuiu para o avanço do conceito de SSR e possibilitou a abordagem da saúde reprodutiva não focando apenas no cenário obstétrico mas também no âmbito sexual por meio de pautas como a prevenção de HIV/SIDA e comportamentos sexuais de risco. Foram elaboradas diversas campanhas de disseminação e consciencialização sobre transmissão e prevenção, bem como o uso do preservativo como método preventivo de maior eficácia e acessibilidade (Pereira et al., 2019).

Em Portugal, o primeiro caso de infecção pelo HIV foi diagnosticado em 1983. A partir dos anos 1980 foram realizadas diversas pesquisas acerca das ISTs e, simultaneamente, surgiram alguns movimentos sociais de luta à estigmatização de HIV/SIDA face aos discursos de risco associado à sexualidade (Alarcão et al., 2016).

Tal pandemia contestou as certezas que validaram o avanço da medicina referente às infecções infectocontagiosas, possibilitando novas reflexões e parcerias entre atores sociais - ativistas, investigadores da medicina, órgãos de saúde e organizações comunitárias, entre outros (Alarcão et al., 2016).

Esse contexto impulsionou o associativismo da comunidade LGBTQIA+ em Portugal, tendo em conta que na época se detinha fortemente a ideia moralista de que a SIDA/HIV surgiu como uma punição contra a liberação dos bons costumes, nas décadas de 1960 e 1970, e a

comunidade LGBTQIA+ configurava como um dos pivôs ao risco frente ao modelo natural de reprodução (Alarcão et al., 2016).

Consequentemente, em 1995, surgiu a International Lesbian and Gay Association (ILGA-Portugal) pela luta dos direitos humanos que, conjuntamente de outros movimentos sociais em prol de conceitos novos de cidadania sexual e também SIDA/HIV, contribuiu para a conscientização social sobre o tema da SIDA/HIV e também o debate público sobre a sexualidade, desmitificação do sexo e suas nuances (Alarcão et al., 2016).

Em 1990 foi elaborado o programa televisivo “*Sexualidades*”, cujo nome reflete o intuito do mesmo, com o psicólogo Júlio Machado Vaz e outros em seguida, como por exemplo da AB Sexo (TVI em 2005), Aqui há sexo (TVI24 em 2009), 100 Tabus (SIC Mulher desde 2012 com a psicóloga Marca Crawford) (Alarcão et al., 2016).

A luta pelo casamento entre pessoas do mesmo género, ou que diverge do espectro heterossexual e cisgénero, constitui um outro modelo de movimento de luta pelos direitos sociais das pessoas, tendo a união de fato reconhecida em 2001, o casamento em 2010 (Alarcão et al., 2016), a proibição da discriminação com base na orientação sexual e a regulação da Educação Sexual nas escolas por meio do Decreto-Lei n. 60 de 2009 que permite que orientação sexual seja abordada sem discriminação (Santos, 2020).

O direito à procriação medicamente assistida também é uma realidade para pessoas do mesmo género, nesse caso refere-se a casais de mulheres, além de géneros diferentes (PGDL, 2006). Isso demonstra algumas limitações, apesar dos avanços, no qual o reconhecimento de direitos igualitários não abrange a toda comunidade LGBTQIA+ (Alarcão et al., 2016).

Há uma nítida escassez de estratégias pedagógicas que possam abordar temas como sexualidade, identidade de género e orientação sexual nas atividades educativas e/ou currículos escolares. Em contrapartida, os governos e o neoconservadorismo seguem bloqueando os avanços e políticas na área que fomentam a perseguição explícita como o exemplo da alegada “*ideologia de género*” pautada no entendimento da sexualidade como uma pauta de discussão particular e familiar, impulsionadora de comportamentos e identificações não heteronormativas, bem como, contraditória as crenças religiosas (Santos, 2020).

Em virtude dessa nova perspectiva, possibilita-se a estruturação de políticas públicas orientadas para a sexualidade e suas pluralidades. Considerada como um problema sócio-epidemiológico urgente, os comportamentos sexuais destacam-se como elementos essenciais na fomentação das políticas de saúde pública (Pereira et al., 2019).

1.2.2. Aborto: contextualização em Portugal

O aborto é um outro ponto da temática da sexualidade, cuja abordagem na formação de enfermagem e outros cursos da saúde, é explicitamente no mesmo teor da morbilidade do ciclo gravídico-puerperal e poucos são os momentos e espaços de debate em si. O enfoque da discussão dentro da formação não abrange a temática como um direito de acesso à informação, possibilidade de escolha e as várias nuances que permeiam a pauta do aborto: sóciopolíticas, género e emocionais (Schroeter e Pereira, 2019).

O aborto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste “*na interrupção da gestação antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à sua expulsão até às 20-22 semanas gestacionais completas e/ou 500g*” (Palma e Prezado, 2019).

Debates e lutas pela despenalização do aborto/ Interrupção Voluntária da Gestação - IVG já vem decorrendo por décadas em Portugal e permeia as concepções sobre limites do íntimo e público, do comunitário e da intervenção da autoridade pública, do senso científico e juízo ético (Alarcão et al., 2016; Barretto et al.; Monteiro, 2022).

Realça-se o impacto da cultura familista com base em doutrinas da Igreja Católica no molde do sistema político português, de políticas sociais e de igualdade de género, no qual o legado do conservadorismo religioso sobreviveu à revolução de 1974. As mudanças sociais e institucionais ocorreram em carácter lento quando comparado às reformas legais como reflexo do quadro criado após a nova Constituição porém esmagadoramente formado pela elite urbanas escolarizadas e baixo enraizamento social - sistema democrático altamente centralizado e institucionalista dominado por partidos fortemente centralizados, resultando num cenário social débil de movimentos sociais e dos grupos sociais representativos e fomentação de estratégias de *input* frente às questões da igualdade de género (Monteiro et al., 2022).

Vários movimentos compuseram a luta pela descriminação da IVG dos quais dois destacaram: o referendo de 28 de junho de 1998 e o de 11 de fevereiro de 2007. Esse último tendo origem em 2003 decorrente das ações das associações feministas portuguesas em cooperação com a organização não governamental holandesa Women on Waves (WOW) que por meio de campanhas, entrevistas das líderes da WOW, pesquisas de opinião e, conjuntamente, da colaboração do movimento “*Médicos pela Escolha*” e o consenso da esquerda, impulsionaram o desenho do plebiscito de 2007 (Barretto et al.; Monteiro, 2022).

O direito à IVG configura tanto uma conquista política mas também institucional que percorre o período da ditadura, cujas ações incluíam campanhas pró-natalidade e censura de discussões sobre planeamento reprodutivo/ familiar, embasados pela ideologia conservadora do Regime Salazariano e da Igreja Católica (Barrettos et al., 2022; Monteiro, 2022).

Vale realçar que as iniciativas, majoritariamente, incorporaram estratégias de proteção da saúde materna, educação sexual e planeamento familiar, retratando as reivindicações em nome do direito das mulheres à saúde e não à escolha, sendo mais facilmente abordada no ambiente político em decorrência dos casos de julgamento, cobertura mediática e os ecos internacionais (Monteiro, 2022).

Posterior ao término do regime, grupos de feministas realçaram a urgência de políticas de saúde sexual e reprodutiva como um direito a ser garantido pelo Estado via a Constituição, posteriormente reforçado por partidos políticos da Esquerda (Bloco de Esquerda - BE, Partido Socialista - PS e Partido Comunista Português - PCP), embora estes últimos teriam retrocedido à posições mais moralistas nos anos 2000 por receio de confronto com determinados setores da sociedade (Barrettos et al.; Monteiro, 2022).

A prática ilegal permaneceu até 1984 e com a Lei n. 6/84, de 11 de maio, permitiu que a IVG fosse uma possibilidade legal nos casos de perigo para a vida da mulher ou pessoa gestante, lesão física e psíquica grave duradoura, malformação fetal ou resultante de violência (Palma e Presado, 2019; Barretto et al., Monteiro, 22). Posteriormente, com a Lei n. 90/97, de 30 de Julho, foi estendido o prazo para os casos de malformação do feto e o que era conceituado como violência contra a mulher na época (Monteiro, 2022).

Apenas com a Lei 16/2007 é que o Parlamento aprovou a descriminalização da prática de IVG em até 10 semanas gestacionais, por opção da mulher ou pessoa gestante (art 142, alínea e) (Alarcão et al., 2016; Barretto et al.; Monteiro, 2022) com concordância de 2,2 milhões de portugueses (59,2%) e, embora o mesmo já tenha ocorrido em outros países da União Europeia (UE), a IVG permanece criminalizada dentro do território nacional de Malta (Barretto et al., 2022).

O processo em que decorre a IVG compreende a disponibilidade de serviços do SNS (Peixoto et al., 2021; Barreto et al., 2022), consentimento por escrito, acompanhamento por psicólogos e assistente social e também o encaminhamento para o planeamento reprodutivo. Ainda, abrange o direito de sigilo profissional e objeção de consciência (Barretto et al.; Monteiro, 2022).

E procede em três momentos: consulta prévia, solicitação de confirmação da idade gestacional, um período de reflexão com o mínimo de 3 dias, assinatura do consentimento livre e esclarecido ou representante legal; realização do procedimento (medicamentoso ou cirúrgico); prescrição de método contraceptivo, agendamento de consulta de planeamento reprodutivo até no máximo 15 dias após a IVG (Palma e Presado, 2019).

Em tempo, vale ressaltar o movimento ou tático decisivo (coligação do PSD Partido Social Democrata - PSD e do Centro Democrático Social - CDS) que surgiu em 2015, final da legislatura do séc. XX, apresentou o projeto denominado de “*Iniciativa Legislativa de Cidadãos pelo Direito a Nascer*”, com cerca de 38 mil assinaturas válidas e visava a exposição das mulheres que optarem pela IVG, além da realização de ecografias e consentimento obrigatório do pai como pré-requisitos para o acesso à mesma, sob justificativa da crise demográfica, embora o intuito visava a revogação da Lei 16/2007 (Monteiro, 2022).

A convocação feita pela Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias do Parlamento português não incluiu a Direção Geral de Saúde, a qual sempre acompanhou a implementação da Lei. Na reunião estiveram presentes apenas a própria Comissão e o grupo da defesa da iniciativa, organizações da sociedade civil, representantes da direção do Hospital Central de Lisboa e representante do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. E, em 22 de julho de 2015, consequentemente foram aprovadas as seguintes normas pelo Parlamento português: taxas moderadoras obrigatórias; aconselhamento psicológico obrigatório por profissional de psicologia e/ou de serviço social; acompanhamento na assistência às mulheres e pessoas que optarem pela IVG por parte de profissionais de medicina objetores de consciência; consulta de planeamento reprodutivo obrigatório depois da intervenção (Monteiro, 2022).

Com a discriminação da IVG, nos anos seguintes, houve um aumento dos casos que coincide com o aumento das taxas de desemprego e a crise das dívidas soberanas da zona euro - tendo em 2011 havido o maior índice de IVG (Peixoto et al, 2021).

Associado à reorganização da SNS garantindo uma assistência integral para as mulheres e pessoas que optam pela IVG e também da disponibilização de equipas multidisciplinares durante todo o processo, os números expressam uma redução contínua da taxa de abortos realizados no país de 203 para 171,6 abortamentos por mil nados vivos de 2005 a 2008, respetivamente (Barreto et al., 2022).

Em 2018 foram registradas 14899 IVG com recorrência até aos 2 anos de 6,8% e com 29,3% nas que já haviam efetuado anteriormente uma IVG. A recorrência está associada à contraceção e às estratégias de aconselhamento contracetivo (Palma et al., 2021). A média de idade foi de 20 a 34 anos, condição de trabalho não qualificados (19.9%), pouco qualificados (16.9%), desempregadas (16.7%) e tinham o ensino secundário (40.6%). Os maiores registos foram nos centros urbanos: 57,3% em Lisboa , seguida de Porto com 22,8%. Como também, a IVG representa cerca de 96.2% do total de interrupções gestacionais realizadas em Portugal (Palma e Presado, 2019).

Os dados mais recentes, de acordo com o último relatório da DGS (2022), foram realizadas um total de 16471 IGV, no país, em 2022. As características das mulheres e pessoas que realizaram as IGV continuaram as mesmas que em 2018.

As complicações consequentes às IVG como morbilidade (hemorragia, perfuração, infecção, síndrome de Asherman, patologia psicológica) e mortalidade materna diminuíram com o passar dos anos, fatos diretamente proporcionais (Peixoto et al., 2021).

Dentre os motivos que podem influenciar a realização da IVG enquadram-se os aspetos socioeconómicos e emocionais, o não aconselhamento reprodutivo e/ou de falha, descontinuidade ou do uso incorreto do método (Palma et al, 2023), falta de apoio do progenitor/companheiro, os relacionamentos instáveis e abusivos (Palma e Presado, 2019).

Importante ressaltar que cerca de metade dos profissionais (44%) que trabalham com Interrupção Voluntária da Gestação (IVG) relatam não possuírem formação referente à aconselhamento contracetivo e contraceção (Palma et al., 2021).

No entanto, tal redução de abortos reflete ao contexto das mulheres portuguesas, enquanto que entre mulheres imigrantes (majoritariamente de nacionalidade brasileira) houve um aumento significativo (Barreto et al., 2022). Em seguida, as nacionalidades descritas são Angola e Cabo Verde (DGS, 2022). E pouco se sabe no que refere às que se encontram em situação ilegal, culminando no não acesso ao sistema de saúde. (Barreto et al., 2022)

Além disso, Monteiro (2022) destaca a necessidade de reflexão para com movimentos como o *backlash* ocorrido em 2015 que representa uma faceta dos riscos que tais movimentos constituem para com a agenda feminista e dos direitos das mulheres frente à uma virada política. Isto é reforçado, concomitantemente, pela crise sócio-económica e do regime de austeridade sendo traduzido pelos cortes nas despesas, na saúde por exemplo, e da crise demográfica, justificativas legitimadas e aceites para as iniciativas de tais movimentos.

1.3. Recursos Humanos em Saúde

A discussão da sexualidade ainda permanece sendo atravessada de relutante tabu e preconceito, principalmente quando se refere ao cuidado na área da saúde sexual e o entendimento da sexualidade enquanto um conceito de vivência plural, tanto na ação assistencial como no processo de formação profissional (Santos, 2020; Palma; Petry et al., 2021).

Esse contexto indaga uma sequência de desenvolturas e des(re)construções que impregnam, continuo e socialmente, as dimensões de género e sexo, repensando princípios, valores e sensibilizando-se quanto à diversidade sexual. Outras temáticas e diversidades

populacionais vulneráveis acabam sendo abordadas ao longo da formação em enfermagem, no entanto, é numa ótica supérflua (Petry et al., 2021).

1.3.1. O processo pedagógico de formação de profissionais de saúde

No que tange a educação para a sexualidade, realça-se a necessidade de fortalecer as formações de professores em todos os níveis e adequados à fase de desenvolvimento e diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes, jovens, pessoas adultas e idosas) (Anastácio, 2018).

Persiste o entendimento de que esse processo requer uma reflexão que inclua as vértices biológica, humana e social que rodeiam uma pessoa enquanto um corpo social, pensante e integrante de um dado comunidade (Campos, Mianes et Bottan, 2017; Petry et al., 2021).

Não exclui a questão do aspecto biológico, mas sim demonstra que os diversos fatores - biológicos, psicológicos, ambientais e sociais - interferem concomitantemente na vida e saúde das pessoas (Campos, Mianes, Bottan, 2017; Petry et al., 2021).

Para uma prática mais ampla, deve-se levar em conta todos esses fatores e como ocorre o desdobramento da interseccionalidade destes fatores em torno da realidade das populações, de modo que sua prática seja mais ampla e integrativa, com equidade, qualidade e eficácia (Campos, Mianes, Bottan, 2017)

Lembrando que a melhoria da percepção e prática profissional em saúde é proporcional ao grau de consciencialização sobre o diálogo entre o tema da sexualidade, IST e vulnerabilidade na formação enquanto corpo discente (Petry et al., 2021).

Dessa forma, é necessário fazer com que discentes aproximam das realidades populacionais ao longo das formações, na sua pluralidade demográfica, através de serviços primários de saúde e a vivência do processo saúde-doença na comunidade, o que aumenta a qualidade de ensino, autonomia profissional, aproximação com as reais condições de saúde das populações, qualidade de recursos humanos em saúde, cuidado integral, desenvolvimento de trabalho em equipe, aumento da qualidade de vida populacional e capacidade de liderança (Campos, Mianes, Bottan, 2017).

No estudo realizado por Diogo et al. (2018), os relatos de pessoas egressas da graduação e residências em enfermagem referiram satisfação referente a base teoria-prática e uma abordagem humanizada que as possibilitam habilidades propícias para o cotidiano profissional. Porém, foi realçado a carência de determinados conteúdos e restrições na própria atuação profissional, sendo apontado principalmente a hierarquização de cargos presentes do sistema de saúde, havendo maior intensidade dentro dos hospitais - modelos de atuação centralizados no

profissional de medicina e procedimentos de rotina que reforçam uma cultura institucional edificada de violências obstétricas e, também, o conjunto estressante de responsabilidades gerenciais e assistenciais. Concomitantemente, esse contexto é um placar para o enfraquecimento da luta da própria categoria de enfermagem pelo reconhecimento de sua prática e melhores condições de trabalho.

Ainda nesse mesmo estudo discutiu-se muito sobre o gênero e a fomentação de cuidado na perspectiva de estudantes de gênero masculino, no qual observou-se que há e havia uma explícita barreira perante tal processo decorrente de estereótipos e protocolos assistenciais embasadas de leituras sexistas e não inclusivas. Percebe-se que há necessidade de uma assistência focada numa perspectiva mais holística enquanto cuidado e a pessoa a ser cuidada (Diogo et al., 2018).

Apesar da consciencialização clínica e preventiva, lembra-se que as pessoas ao longo da formação, como também já egressas, não estão isentos de comportamentos sexuais de risco uma vez que não se enxergam a associação da temática e o espaço de aprendizado - a sala de aula, hospitais/clínicas de estágio - enquanto um corpo possível de risco também (Petry et al, 2021).

Há necessidade de ponderação sobre a condição real de vulnerabilidade e sensibilização sobre práticas sexuais saudáveis desencadeando um melhor aprimoramento do saber prático e preventivo no que se refere à sexualidade e suas nuances. Esse exercício também abrange a ótica pessoal, além do profissional, de quem irá futuramente prover tal cuidado (Petry et al., 2021).

As mudanças nas formações em saúde e os fundamentos teóricos e pedagógicos são essenciais, com o objetivo de garantir indicadores de saúde, satisfação e valores tanto profissionais quanto sociais, em sua diversidade (Ferreira e Detoni, 2021).

Todavia, deve-se ter em conta determinados entraves presentes nos programas de residência em Saúde e Enfermagem, como a manutenção de determinados conceitos e pareceres conservadores, a hegemonia do modelo biomédico nas metodologias pedagógicas, necessidade de atividades educativas visando capacitar os preceptores, exaustão provenientes de cargas horárias extensas de atividades laborais gerando programas de residência stressantes e fatigantes (Pereira et al., 2018).

Outra questão importante a ser apontada trata-se da má preparação do corpo docente no processo educativo, além de uma visível falta de engajamento no debate e efetivação no currículo de graduação de enfermagem, contraditório ao que é requerido à docência universitária quanto ao ensino e orientação de futuros profissionais, respaldando na atualização

constante sobre a temática ou outra área de trabalho contextualizado numa determinada instituição de ensino - Educação Permanente (EP) (Petry et al., 2021).

No cotidiano das instituições e formações em saúde verificam-se a predominância de assuntos de acordo com maior proximidade intelectual e grau de autonomia da docência no currículo proposto na formação. Disso, fomenta os impactos de um currículo inter e multidisciplinar e atuação frente às demandas populacionais para o qual foi idealizado (Petry et al., 2021).

É imprescindível que docentes sejam formados com consciência crítica sobre as problemáticas, individualidades e pluralidades quanto à sexualidade humana e estratégias para uma melhor articulação discente-docente. É importante ter cautela com o risco da institucionalização e pedagogização da sexualidade - no sentido de evitar que seja monopolizada na binaridade do certo e do errado ou rotulada como mais uma disciplina e não explorada nas suas complexidades. Sendo assim, é crucial compreender as relações de poder e controle frente ao reconhecimento da sexualidade como um meio de comunicação e compreender os seus desdobramentos dentro da pedagogia (Santos, 2020).

Além disso, a inclusão do tema SSR em populações imigrantes se dá por meio de abordagens pouco exploradas nos cursos de saúde em Portugal, o que representa um desafio significativo para as demandas das populações imigrantes. Um reflexo desse contexto é a falta de adesão de uma grande parte dessas populações aos planos reprodutivos e/ou a falta de dados sobre locais de acesso (Martins, 2021).

O foco na migração, seus efeitos na saúde pública e toda a interseccionalidade em torno do tema devem ser incorporados aos currículos de formação de profissionais de saúde, assim como uma maior interação entre os sistemas oficiais de saúde e as escolas de saúde com o contexto da migração, como uma das táticas para com a redução de desfechos como os mencionados acima (Ferreira e Detoni, 2021).

Desse modo, o debruçamento sobre a temática de migração, os impactos na saúde pública e toda a interseccionalidade em torno do tema devem aproximar e integrar-se nos currículos de formação de profissionais de saúde, como também uma maior interação entre os sistemas oficiais de saúde e as escolas de saúde com o contexto da migração (Ferreira e Detoni, 2021).

Entretanto, é importante também destacar a crescente onda de xenofobia contra estudantes em diferentes níveis de ensino, incluindo casos explícitos e passivos de processo como o caso de uma caixa contendo pedras colocada no campus da Faculdade de Direito da

Universidade de Lisboa (2019), onde havia um convite para lançar uma pedra em homenagem à estudantes de nacionalidade brasileira, em específico (Fernandes, Peixoto e Oltramari, 2021).

Além de relatos de assédio moral ou de opiniões sobre a sobreposição de qualidade acadêmica portuguesa em relação à brasileira (Fernandes, Peixoto e Oltramari, 2021), situações que requerem estratégias como a da educação antirracista visando sensibilização social sobre as diversidades socioculturais existentes no país (Lei e Guo, 2022).

1.3.2. A prática profissional em saúde

O trabalho configura-se como sendo um recurso de ação constante e central enquanto processo pedagógico, matriz do saber e com a própria questão a ser transformada. (Pereira et al., 2018).

O cuidado em saúde deve ser de modo integral e compreender equipes multidisciplinares. As discussões sobre sexualidade e promoção da saúde devem ser pautadas dentro do meio acadêmico, ou seja, nas formações das diversas áreas e especialidades em saúde com o objetivo de preparar profissionais para lidar com a diversidade de pessoas e culturas, identidade de gênero, sexualidade e cuidados, linguagem não estigmatizante (Petry et al., 2021).

A Enfermagem, em si, destaca-se como um dos principais protagonistas na assistência em saúde - como agente educador e na prática profissional, e de importante impacto nas suas ações de promoção em saúde como apontam estudos referentes à sexualidade, planejamento reprodutivo e ISTs (Godinho et al., 2020; Petry et al., 2021), além da facilidade adaptativa nos diferentes nichos geopolíticos e demandas do mercado do trabalho por meio de suas habilidades técnicas (Frota et al., 2020).

A enfermagem tem um papel impactante na redução do abandono escolar, da gravidez precoce ou não desejada e da mutilação genital, além de possibilitar a acessibilidade e conscientização sobre planejamento reprodutivo, pré-natal (Palmas e Presado, 2019; Godinho et al., 2020), orientação e acolhimento referente a IVG, complicações pós-realização e serviços de saúde de referência, consolidando a caracterização dessa categoria profissional como agentes potentes na promoção da saúde da mulher quanto à sensibilização e capacidade de tomada de decisão adequada à determinada demanda (Palma et al., 2021).

Além da habilidade técnica, é imprescindível que especialistas em saúde levem em conta aspectos culturais, tais como a compreensão de crenças, costumes e construções sociais sobre saúde, a fim de que as assistências oferecidas sejam inclusivas e adequadas às necessidades reais da população, o que ressalta a capacidade de abordagens e compreensão da complexidade humana (Rodrigues, Pfaffenbach, Zanatta, 2021).

O desconhecimento na saúde é o resultado do modelo biomédico que prioriza o conhecimento científico em detrimento da competência cultural para reconhecer a produção de saúde, concomitantemente com questões relacionadas à diversidade étnica. Assim, a desconsideração dos conhecimentos próprios das populações envolvidas na ação e, conseqüentemente, discrepâncias no diálogo pessoa-utente e profissional resultam em discrepâncias que contribuem para o fracasso terapêutico (Gaspar et al., 2020; Rodrigues, Pfaffenbach, Zanatta, 2021).

A ausência de uma comunicação cultural e capaz, esta que visa a sensibilização sobre estratégias de abordagem do processo de saúde-doenças e a compreensão dos impactos dos fatores socioculturais nos importantes referentes à saúde, ocasiona desfechos como o aumento de ansiedade, sofrimento, insegurança e adversidades na adaptação à doença, gera insatisfação quanto à qualidade da assistência prestada e o comportamento enquanto profissional de saúde, aumenta as dificuldades de avaliação ou de diagnóstico, diminui a adesão a comportamentos preventivos ou medidas protetoras de saúde e a busca pelos serviços de cuidados em saúde além (Matheus et al., 2020), além de reforçar estereótipos e preconceitos (Gaspar et al., 2020)

1.3.3. Diversidade sociodemográfica: Transculturalidade e assistência em saúde

As interações interculturais, enquanto efeitos das deslocções populacionais e a coexistência de múltiplas culturas, fazem com que haja uma articulação de diferentes formas e perspectivas de ser, estar e viver, bem como também estabelecem quais prioridades na assistência em saúde. Em Portugal, apesar do longo histórico associado a diversidade sociocultural que inclui os processos de migração atuais, o processo de colonização e outros demais processos sociohistóricos, constata-se a necessidade de estratégias de cuidado com foco em especificidades culturais particulares da pessoa uma vez que tal contato entre diferentes culturas e suas interações configura um impasse referente ao convívio social como também ao acesso e permanência nos serviços de saúde no que diz respeito às populações imigrantes (Matheus et al., 2020).

Quando refere-se a transculturalidade, interculturalidade e multiculturalidade, o debate não se restringe apenas a diversidade cultural mas também inclui e debruça sobre a dessemelhança e a coexistência com a mesma, sendo que a cultura e o conhecimento constituem respostas cruciais no debate da diversidade cultural e assistência com o objetivo de melhor adequação das práticas de cuidados às demandas atuais e necessárias (Matheus et al., 2020).

O preparo profissional remete não apenas a parte das instituições de ensino-saúde no quesito técnico, inclui também a autorreflexão enquanto pessoa e profissional que, sendo

impossível possuir todo o vasto conhecimento cultural mundial, demanda a necessidade do uso de estratégias como a comunicação intercultural que permitem que a pessoa profissional de saúde possa desprender de preconceitos, estigmas e estereótipos que possam ocasionar discriminações, além de outras diversas formas de comunicação como a não verbal (contacto através do olhar, o toque, o silêncio, a distância entre as pessoas presentes nesse cuidado) levando em conta que as crenças e percepções socioculturais podem divergir e coexistir no mesmo espaço (Matheus et al.; Gaspar et al., 2020; De-María et al., 2024).

As dificuldades enfrentadas pelas pessoas doentes e de culturas diferentes na busca pelo cuidado inicia-se primeiramente na chegada aos serviços de saúde, o desconhecimento de documentos necessários, direitos e outras regras como o das horas de visita, vestuário e os hábitos alimentares decorrentes do internamento e outros desafios diante da situação de doença, sendo necessário o preparo das equipes assistenciais, articulando táticas que abrangem a promoção de um espaço de confiança, sigilo e respeito pela dignidade da pessoa a ser cuidada (Matheus et al., 2020).

O conceito de competência cultural (CC) visa a compreensão da presença de diferentes culturas, com suas crenças, valores e tradições, relações de gênero e papéis sociais, bem como a repercussão da sua interação com fatores como o poder aquisitivo e etnicidade no acesso à saúde e sua percepção, à educação e demais esferas sociais por meio da reflexão da prática profissional, usando como base a experiência e o espaço de atuação (Matheus et al., 2020; De-Mária et al., 2024). Também abrange a promoção de ambientes de trabalho favoráveis nas espaços de saúde e implementação de cuidados inclusivos para todas as pessoas-pacientes, cujos impactos refletem, diretamente, na qualidade da assistência prestada, saúde, segurança, satisfação, confiabilidade, adesão das pessoas e a redução das disparidades em saúde (Teixeira, Gaspar e Lucas, 2022; De-María et al., 2024).

A implementação das competências culturais divide-se em três fases: a disposição da pessoa profissional na busca pela capacitação cultural e adoção de táticas como o respeito, empatia, flexibilidade e aceitação da diversidade que visam tal alcance; o desenvolvimento de táticas e sensibilização sobre as diferentes culturas; e a avaliação cultural, que consiste no método de recolha de informações relevantes sobre as pessoas cuidadas e os elementos essenciais ao cuidado prestado (Matheus et al.; Gaspar et al., 2020).

O comprometimento da organização patronal também impacta na implementação e eficácia das competências culturais, permitindo a avaliação da capacidade de cada profissional e o êxito de serviços culturalmente competentes, sendo este último condicionado não apenas ao nível profissional como também do próprio setor de trabalho, além de possibilitar o aumento da

participação ativa das partes interessadas, parcerias e comunidades, e o aprimoramento profissional por meio de atividades educativas de capacitação, treinamento e atualização (Teixeira, Gaspar e Lucas, 2022).

Em tempo, como resposta aos desafios quanto à acessibilidade, integração e custo-efetividade dos sistemas de saúde consequentes às alterações sociodemográficas e epidemiológicas, o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) configura uma solução assistencial e eficaz, sucessor ao modelo biomédico e com desfechos positivos em saúde, com foco na particularidade, necessidades e recursos de cada pessoa-utente (Ventura et al., 2022).

O CCP compreende os pontos de vista das pessoas-paciente, famílias e comunidades, atuando como participantes no processo de desenvolvimento dos serviços e também como utilizadores (Ventura et al., 2022).

O acompanhamento do SNS para com a agenda europeia na transição para cuidados de saúde centrados na pessoa-cidadã é notório, sendo reconhecido o “SNS + Proximidade” pelo empenho na fomentação gestora dos processo de saúde-doença e seus serviços focados nas demandas e percepções da pessoa (Ventura et al., 2022).

No entanto, desafios se fazem presentes na implementação da estratégia de CCP referente à dois pontos: a necessidade de uma regulamentação específica em Portugal que possa elucidar as normas para com a abrangência da pessoa no percurso do seu cuidado e visa a elaboração de iniciativas promotoras como centros de investigação e implementação de boas práticas, infraestruturas e patrocínios apropriados e pertinentes ao tema; e a sustentabilidade do SNS no que diz respeito à implementação e que inclui estratégias contínuas, sistemáticas e rigorosas que abarcam a reflexão da autoconhecimento da pessoa-paciente, vulnerabilidades e recursos e o estabelecimento de uma relação contínua entre pessoa-paciente e equipe de saúde (Ventura et al., 2022).

De acordo com De-María et al. (2024), a implementação complementar da CCP e CC é impactante para alcançar o entendimento da pessoa-paciente como também para a melhoria dos cuidados de saúde.

1.3.4. Educação Permanente em Saúde (EPS)

A importância de investir e criar estratégias para capacitar profissionais de saúde surge da compreensão de que a formação se estende além das instituições de ensino, com o objetivo de aproximar a população dos serviços de saúde, incluindo dispositivos e instituições de ensino, além de outras parcerias essenciais para a promoção da integralidade do cuidado (Pralon, Garcia e Iglesias, 2021).

Dessa forma, surge a EPS nos anos 80 e que se contrapõe à já conceituada Educação Continuada (EC), uma vez que essa última incluía um modelo fragmentado, disciplinar e previa o ensinamento apenas no âmbito técnico-científico, com a transmissão passiva de dados, pode ser considerada uma estratégia para a qualificação de profissionais da saúde após a conclusão do ensino formal, superior ou técnico, enquanto que a EPS visa o trabalho como modo de transmissão de aprendizado, no qual é possibilitado pela vivência profissional e serviços de saúde (Silva et al., 2020; Pralon, Garcia e Iglesias, 2021).

Esta estratégia possibilita o uso do processo de ensino-aprendizagem e estimula a reflexão crítica, de modo a valorizar tais experiências profissionais na área da saúde e reduzir a distância entre profissional de saúde e a pessoa-utente (Silva et al., 2020). Ainda, compreende qualquer tática, projeto e atividade educativa que inclui instituições de ensino em saúde, serviço de saúde, controle social e gestão em todas as suas etapas, que seja fundamentada nas necessidades de trabalho e/ou de saúde da pessoa-utente de forma a permitir uma análise institucional crítica, assim como, a mudança de uma dada realidade no trabalho em saúde. (Pralon, Garcia e Iglesias, 2021). Consequentemente, há uma maior literacia dos recursos humanos em saúde por sua vez quanto às diversidades e singularidades sociais (Silva et al., 2020).

Por meio da EP são fornecidos instrumentos com habilidades de mudar realidades sociais das pessoas assistidas, como também de repensar práticas profissionais (Silva et al., 2020). A técnica e desempenho profissional é fomentada por meio da prática e, concomitantemente, enriquece a agregação teórico-prática e edificação da identidade profissional (Pereira et al., 2018)

Ao lidar com a EPS, é essencial compreender que se trata de um processo que ocorre em meio às tensões e incômodos, responsáveis pelos deslocamentos que permitem a consolidação de conhecimentos oriundos das diversas áreas de conhecimento que compõem o trabalho em saúde. O caminho para a eficácia está no empenho coletivo e contínuo para planejar e executar suas ações, bem como na avaliação dos resultados e análise de seus impactos nas práticas de saúde (Pralon, Garcia e Iglesias, 2021).

2. Justificativa

No que refere às populações imigrantes, cujos deslocamentos são cotidianos e por múltiplas razões, as suas experiências são diversas mediante o acoplado de fatores e sua sobreposição na construção social enquanto sujeito residente num dado espaço como também impacta na construção da compreensão de saúde. Dentro dessas esferas sociais existem várias nuances de acesso e possibilidades decorrentes de tais fatores e o processo migratório em si.

De acordo com diversos autores já mencionados, as populações imigrantes integram também a base da vulnerabilidade social, já que a maioria dessas pessoas não têm acesso a informações sobre sexualidade/planeamento reprodutivo e, quando o fazem, são repletas de orientações difusas e barreiras sociolinguísticas, com os indicadores de saúde mais desfavoráveis e acesso tardio devido ao estado avançado da doença.

Assim, torna-se crucial refletir sobre as condições sociais em que essas pessoas de origem imigrante estão inseridas em Portugal, a influência do processo migratório em termos de saúde, as políticas que abrangem essas comunidades, a estrutura de serviços e entidades nacionais para atender às suas demandas e, apesar de já haverem pesquisas que debruçam sobre as populações imigrantes nas suas perspetivas, é necessário ampliar mais ainda as referências sobre esse tema visto que não são suficientes diante das pluralidade de populações imigrantes que coexistem no país.

A educação em saúde focada na população é crucial enquanto estratégias de redução das disparidades em SSR, porém pouco se discute sobre as próprias formações de saúde, continuidade acadêmica e como se constroem os aprendizados, e se ocorrem, continuamente na pós-formação, como são estruturadas em relação ao tema e quais impactos podem ter na prática profissional, na qualidade do serviço e na satisfação da oferta. Isso reflete na ausência de bibliografias nacionais que sustentam o debate em torno da percepção profissional quanto ao enquadramento social e desdobramentos das populações imigrantes referentes à SSR.

Portanto, aprimorar a pesquisa e a capacitação em saúde das populações não podem ser os únicos objetivos no desenvolvimento de estratégias de saúde, promoção de saúde, acesso e qualidade, visando diminuir disparidades. Acredito que entender a estrutura das formações e as suas adequações a temas específicos, como a SSR e a migração, é crucial também para superar os obstáculos causados pelas disparidades em saúde.

Desse modo, propôs-se nesse estudo compreender quais as perspetivas de profissionais de saúde sobre o tema da SSR com foco em pessoas imigrantes, como é estruturado processo de saúde-doença e o enquadramento do tema e os aspetos socioculturais nesse debate sobre construção de saúde, políticas públicas, acesso e oferta de saúde.

A reflexão abrange a fomentação de estratégias educativas que promovem a sensibilização quanto ao tema e suas pluralidades cujo enfoque contempla as perspectivas da biologia, humana e social, o preparo do corpo docente e não somente a formação do discente.

Uma assistência qualificada que integra inclusão, acessibilidade e acolhimento promove forte impacto na saúde da pessoa e, também, na adesão contínua aos serviços de saúde e disseminação de informação. Para tal desfecho é necessário que profissionais de saúde tenham acesso à formação e programas de capacitação contínua que permitam uma atuação plena e adequada a demandas específicas a determinados contextos.

Torna-se imprescindível questionar como tal tema tem sido integrada nos programas curriculares e formação de profissionais de saúde bem como a prática profissional desses mesmos profissionais e também o *upgrade* pós formação, reformas curriculares e protocolos assistenciais, políticas de saúde e governamentais visto que os movimentos migratórios têm crescido em grandes números em Portugal.

Esta pesquisa visa contribuir também para o acoplado sobre a temática, cuja abordagem do tema e suas complexidades são limitadas, bem como a ausência de abordagem do tema nos sistemas de ensino em saúde e na atuação de profissionais de saúde, o que impacta negativamente na acessibilidade e no cotidiano das pessoas imigrantes em sua totalidade.

3. Objetivos

Compreender em que medida os profissionais de enfermagem e medicina lidam com a saúde sexual e reprodutiva das populações migrantes em Portugal e consideram que a sua formação de base e contínua os habilita a adequar a prática profissional tendo em vista o aumento da adesão destas populações a estes serviços de saúde.

3.1. Objetivos específicos

- Compreender os efeitos da (não) abordagem do tema migração e saúde sexual e reprodutiva na prática de enfermagem e medicina;
- Interpretar se, em que momento e como são realizadas as abordagens pedagógicas em enfermagem e medicina referentes à saúde reprodutiva e sexual das populações migrantes ;
- Perceber se na perceção dos profissionais de saúde devem ser consideradas especificidades das populações migrantes a respeito da saúde sexual e reprodutiva e, se sim, quais os fatores que mais devem ser considerados (género, país de origem, motivação da migração, fatores sócio educacionais);
- Propor sugestões de alterações pedagógicas na formação base e contínua em enfermagem e medicina tendo em vista o aumento da adesão das populações migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

4. Metodologia

Por meio da pesquisa qualitativa visa-se uma perspectiva multifacetada e compreensiva a respeito de percepções e experiências das pessoas. A sensibilização real de determinado cenário tem como base as vivências individuais, conjuntamente, com a pessoa pesquisadora (Patias e Hohendorff, 2019) e possibilita uma compreensão melhor sobre um dado contexto, sendo um estudo não-estruturado e num formato exploratório (Ana e Lemos, 2018).

Procedendo do particular/específico para o coletivo, a lógica da pesquisa qualitativa é dedutiva, no qual não há uma hipótese singular e intrínseca mas para que possamos alcançar por meio das perspectivas das pessoas participantes da pesquisa (Patias e Hohendorff, 2019).

Na abordagem qualitativa, as técnicas de observação são usadas como principal método de investigação possibilitando o contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado e, conseqüentemente, aproximar-se o mais perto possível da “perspectiva dos sujeitos” (Wallace e Lemos, 2018).

A obtenção de determinada metodologia pode ser por meio do entendimento de padrões, tipologia de realidade, conhecimento e valores. Nenhuma abordagem é melhor que outra, mas há diferentes perspectivas sobre o contexto e objeto de estudo que impactam na distinção dos diferentes instrumentos de pesquisa empregados (Patias e Hohendorff, 2019).

Como mencionado por Busetto, Wick e Gumbinger (2020), a pesquisa qualitativa busca aprofundar a essência dos eventos, incluindo sua qualidade, variedade de manifestações, contexto e percepções que possam ser percebidas, e inclui os dados em formato de palavras em vez de números. É importante lembrar que ambas as abordagens metodológicas possuem suas capacidades e limitações, cuja escolha depende da questão da pesquisa e do contexto.

Dessa forma, a escolha por uma metodologia qualitativa para este estudo se deve ao fato de que, para compreender a visão de profissionais de saúde, seria mais adequado utilizar uma análise qualitativa para perceber mais aprofundadamente e além dos dados quantitativos, buscando responder à pergunta sobre o motivo de algo (não) ser observado e avaliar melhor o impacto do processo de migração como fator determinante em saúde e sua inclusão na construção do debate em saúde, considerando as suas intersecções, e focando em melhorias nas intervenções que possam reduzir disparidades e promover a SSR das pessoas imigrantes.

4.1. Método, materiais e recolha de dados

Trata-se de uma análise qualitativa, descritiva e exploratória, que se baseou numa abordagem documental por meio de entrevistas com profissionais de saúde com formação em

medicina e enfermagem, visando compreender as suas perspetivas relativamente ao tema da SSR e populações imigrantes e os seus impactos nas suas práticas.

Foram elaboradas as seguintes questões da pesquisa: 1) Em que medida as pessoas profissionais de enfermagem e medicina com formação em Portugal estão sensibilizadas para a temática da saúde reprodutiva e sexual das populações migrantes em Portugal? 2) Quais são as suas perspetivas quanto à qualidade da formação na temática da saúde sexual e reprodutiva da população migrante e adequação às exigências da prática profissional? 3) Caso considerem existir lacunas na formação, qual o seu entendimento para a melhor adequação à prática profissional?

E, a partir dessa lógica, foi criado o guião da entrevista (i.e. ver anexo 2), composto por três blocos:

- bloco I - Dados pessoais, que permite traçar um perfil das pessoas entrevistadas referente a idade, grupo étnico-racial, nacionalidade, estado civil, agregado familiar e manifestação religiosa.
- bloco II - Dados profissionais/ estudantis, visa desenhar o perfil académico no que tange a(s) formação(ões) de base, conhecimento de idiomas para conversação e escrita, cargo e local de atuação profissional, tempo de atuação.
- bloco III - SSR e migração, com perguntas incisivas sobre perceção de SSR de populações imigrantes e que inclui o conhecimento de políticas públicas e/ou portarias, características sociodemográficas, acesso e permanência nos serviços de saúde, aspetos socioculturais e sua integração no debate da saúde da pessoa imigrante, currículo das formações de saúde, atividades educativas com foco na SSR das pessoas imigrantes ao longo das formações, pós-graduações e na prática profissional, os impactos da (não) abordagem do tema nas suas formações e sugestões de melhorias.

Assim os blocos I e II permitem traçar um perfil, o enquadramento sociodemográfico e atuação profissional das pessoas entrevistadas. No último bloco, conseguimos traçar a integração do tema nas formações de saúde (Enfermagem e Medicina), as percepções de profissionais acerca das populações imigrantes, a imigração como determinante em saúde e sua inclusão e suas intersecções na fomentação do processo saúde-doenças e estratégias de atuação e promoção em saúde. Além de oferecer sugestões para aprimorar as formações e outras estratégias educacionais com o objetivo de adequar a massa profissional tanto em sua preparação quanto na atuação profissional.

Foram realizadas 17 entrevistas com profissionais de Enfermagem e Medicina, cujo tamanho da amostra foi baseado nos critérios de qualidade, objetivo da pesquisa, tempo e

recursos, e o feedback do orientador. Digo, o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa foram atingidos, assim como todas as questões de pesquisa foram exploradas. O tempo e os recursos reforçaram a importância de aceitar esse número de entrevistas, bem como o feedback do orientador.

As pessoas entrevistadas moram em diversas localidades de Portugal e foram necessárias videoconferências para realizar as entrevistas, sendo que 16 delas foram realizadas por meio de plataformas como WhatsApp, Google Meet e "zoom".

Os autores Villiers, Farooq e Molinari (2022) ressaltam o crescimento global do uso de videoconferências, impulsionado também pelo surto de Covid-19, e a necessidade de adaptar gestores, pesquisadores e profissionais a essas tecnologias. A tecnologia de vídeo auxilia na coleta de dados contextuais, seja por questionamento indireto ou visitas virtuais ao local de trabalho dos entrevistados.

As entrevistas por vídeo são adequadas para pesquisas de campo e novos ambientes de trabalho em rede, permitindo a revisão e reconceitualização de entendimentos existentes, e apresenta vantagens quanto a flexibilidade geográfica, economia dos custos associados à viagens, recolha de dados contextuais por meio de questionamentos diretos ou visitas virtuais, adaptação a novos ambientes de trabalho, potencializa a diversidade e generalização através da inclusão de profissionais em diferentes fases de desenvolvimento, qualidade de informação (Villiers, Farooq e Molinari, 2022).

Em contrapartida, também possui suas desvantagens que incluem dificuldade de construir e manter relações, problemas de técnicos e de comunicação devido à conexões instáveis e limitação visuais referente a linguagem corporal e outros sinais não-verbais importantes na pesquisa qualitativa, iniquidades digitais que podem constituir um viés nos dados devido à pessoas que não possam participar devido a inadequação tecnológica ou literacia (Krouwel, Alegre e Greenfield, 2023; Villiers, Farooq e Molinari, 2022).

Como critério de inclusão apenas participaram profissionais de medicina e enfermagem, com formação em Portugal, independentemente da nacionalidade, com atuação corrente ou não, trabalhando no Serviço Nacional de Saúde, rede privada e Organizações Sociais de Saúde. Enquanto que foram excluídas as pessoas profissionais que não se formaram em Portugal, profissionais de saúde de outras categorias que não sejam Medicina ou Enfermagem e estudantes, profissionais de saúde apenas com pós-graduação feita no país.

O contato com as pessoas participantes da pesquisa ocorreu através do modelo de bola de neve, no qual foram entregues os Termos de Compromisso Livre Consentido (TCLE) (i.e. ver anexo 1) no momento da entrevista. Anteriormente, foi combinado um horário e data para a

realização das entrevistas e também foi desenvolvido um quadro no software Microsoft Office Excel, contendo as informações sobre local de trabalho, nome e horário possível. Esse mesmo software foi utilizado como meio de transcrição das entrevistas.

A transcrição ocorreu no momento oportuno, sendo fieis às entrevistas realizadas, constando erros ortográficos das pessoas entrevistadas e construção frásica das mesmas. Posteriormente, foram organizados numa planilha no software Microsoft Office Excel.

A média da duração das entrevistas foi em torno de 15 a 30 minutos. O entrevistador teve os seguintes passos: organização e disponibilidade dos materiais necessários para a ocorrência das entrevistas (gravador, bloco de notas, caneta); apresentação do TCLE e assinado, após leitura e explicitação de qualquer dúvida; início da entrevista com apresentação do guião e as respectivas perguntas.

De modo a garantir a privacidade da pessoa entrevistada e valer o TCLE, foi elaborado um código para cada entrevista realizada cujo acesso se limitou apenas ao entrevistador.

Quadro 1. Codificação das entrevistas consoante o local de coleta e ordem de ocorrência.

<i>Cidade (atuação/formação)</i>	<i>Código atribuído</i>	<i>Número total de entrevistas</i>
<i>Lisboa</i>	<i>01</i>	<i>10</i>
<i>Covilhã</i>	<i>02</i>	<i>02</i>
<i>Coimbra</i>	<i>03</i>	<i>01</i>
<i>Setúbal</i>	<i>04</i>	<i>01</i>
<i>Porto</i>	<i>05</i>	<i>02</i>
<i>Faro</i>	<i>06</i>	<i>01</i>

5. Resultados

5.1. Análise dos dados quantitativos

Foram realizadas um total de 17 entrevistas, das quais 16 no formato vídeo-chamada por google meet, zoom, whatsapp e apenas 1 ocorreu presencialmente, tendo sido entrevistadas profissionais de medicina e enfermagem em diferentes cidades do país, anteriormente contatadas por meio do próprio entrevistador e, seguidamente, por meio do modelo de bola de neve.

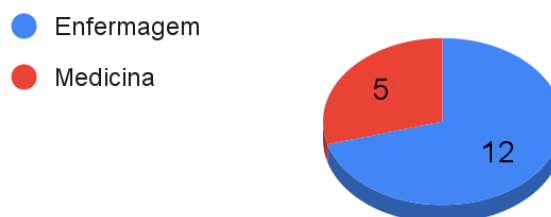


Gráfico 1. Categoria profissional das pessoas participantes na pesquisa.

Do grupo de participantes, obteve-se um total de 12 profissionais de enfermagem e 5 de medicina, como demonstrado na figura 1.

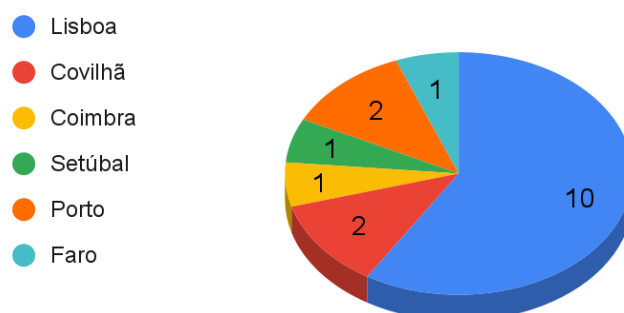


Gráfico 2. Local de atuação profissional.

Cerca de 58.8% das pessoas entrevistadas residem em Lisboa, 11.8% em Porto e Covilhã, respectivamente, e em menor percentagem em Coimbra, Setúbal com 5.9% igualmente distribuído.

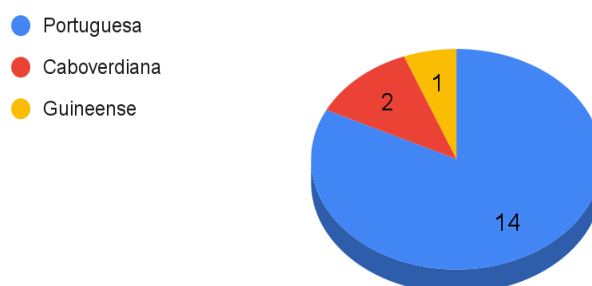


Gráfico 3. Nacionalidade das pessoas participantes.

Resultados

Das 17 pessoas ouvidas, 14 são de origem portuguesa, sendo 4 de dupla nacionalidade cabo-verdiana. As outras 3, no caso, são de origem africana - 2 de nacionalidade cabo-verdiana e outra guineense, apenas.

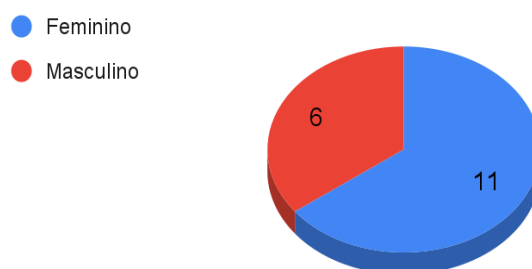


Gráfico 4. Género das pessoas participantes.

O grupo de pessoas entrevistadas foi constituído majoritariamente pelo género feminino com um total de onze pessoas (64.7%). E no que tange a identificação racial, predominantemente, as pessoas entrevistadas identificam-se com brancas/ caucasianas (nove).

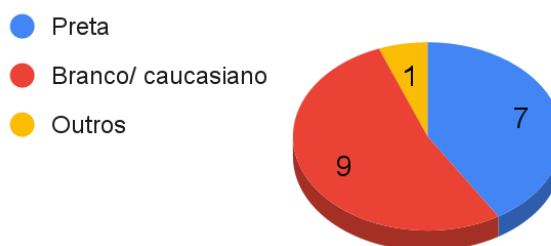


Gráfico 5. Identificação racial.

O restante do grupo, 41.2%, se identificam como pessoas pretas e uma pessoa como outro, no qual não especificou.

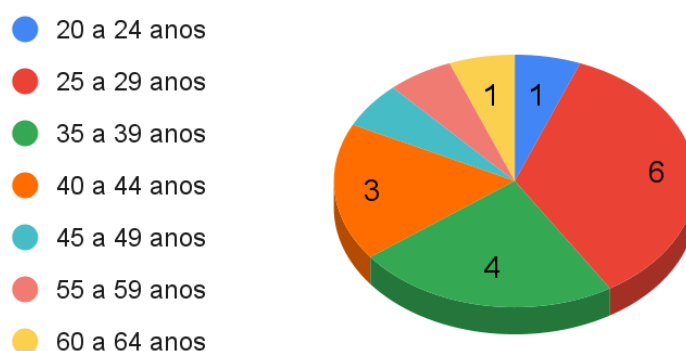


Gráfico 6. Faixa etária das pessoas participantes.

Referente a faixa etária, a maior parte tem entre 25 a 29 anos com 35,3%, equivalente a 6 pessoas, seguida de 4 pessoas com 35 a 39 anos, 3 de 40 a 44 anos.

Resultados

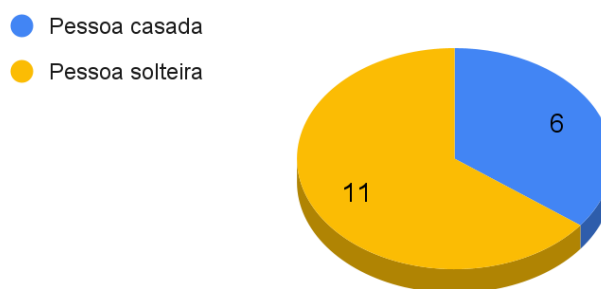


Gráfico 7. Estado civil.

Grande parte das pessoas participantes são pessoas solteiras, correspondendo a 11 pessoas (64.7%) do total das entrevistas, e 35.3% são casadas.

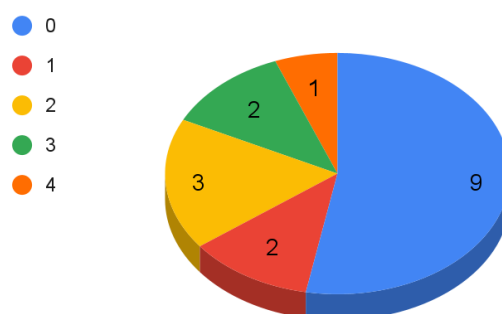


Gráfico 8. Número de filho/a/es.

No que tange ao número de filhos, a grande maioria não tem filho/a/e, totalizando (52.9%), seguida de 2 filhos - 17.6%, como pode-se observar na figura acima demonstrada.

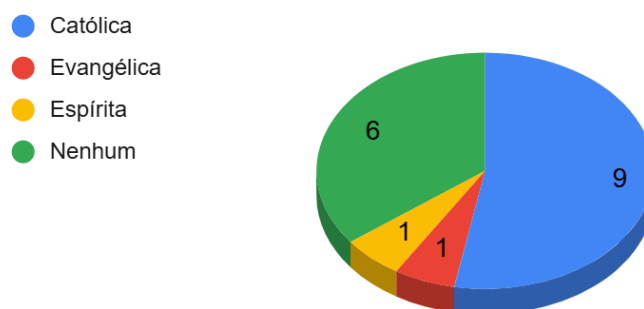


Gráfico 9. Religião ou expressão religiosa.

A maioria das pessoas declararam-se como católicas, 52.9%, enquanto que 35.3% expressaram não terem nenhuma religião no momento e dos restantes, 1 pessoa espírita e uma outra evangélica.

Como anteriormente referido, o grupo de pessoas entrevistadas majoritariamente foram profissionais de enfermagem (11 pessoas), no qual distintas especialidades mencionadas.

Resultados



Gráfico 10. Especialidades das pessoas entrevistadas

Do total das pessoas entrevistadas, 11 (70%) dessas pessoas possuem uma especialidade ou mestrado, no qual a especialidade mais mencionada foi a da Saúde Materna e Obstétrica e em seguida de Mestrado Integrado em Medicina. Das outras especialidades também incluem Enfermagem Comunitária, Consultoria em Lactação, Residência em Psiquiatria e Reumatologia. Como também, algumas das pessoas possuem mais do que 1 pós-graduação.

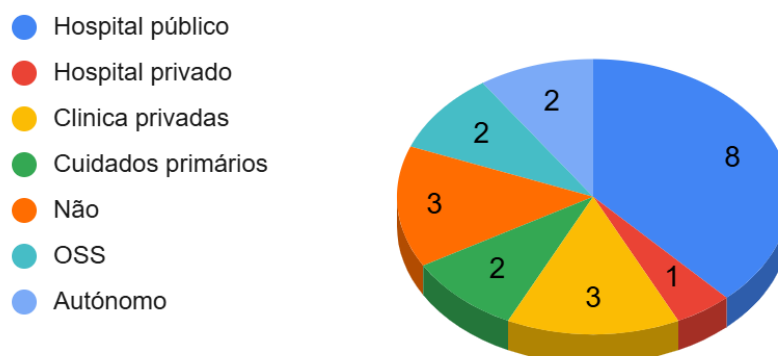


Gráfico 11. Entidade de trabalho das pessoas entrevistadas.

Maior parte das pessoas entrevistadas (38,1%) trabalham em hospitais públicos, ou seja, no Serviço Nacional de Saúde - SNS, seguido de clínicas privadas (14,3%), Cuidados primários (9,5%), Organizações Sociais de Saúde (9,5%), Trabalho Autônomo (9,5%) e apenas 4,8% em hospital privado. Ainda, 38,1% não estavam trabalhando no momento da entrevista. Em tempo, é importante realçar que há pessoas que referiram trabalhar em dois lugares distintos.

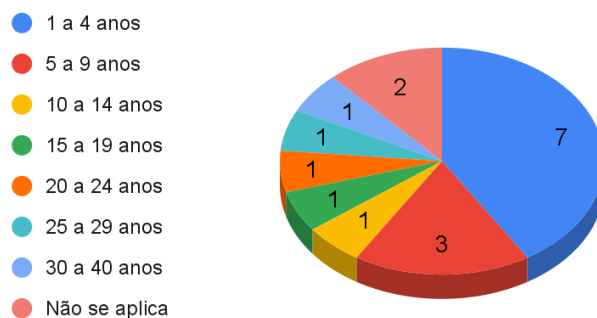


Gráfico 12. Tempo de trabalho na área atual.

O tempo de trabalho com maior incidência entre as pessoas entrevistadas é de 1 a 4 anos, representando cerca de 41.3% dessas pessoas, seguidamente 17.6% com 5 a 9 anos de atuação.

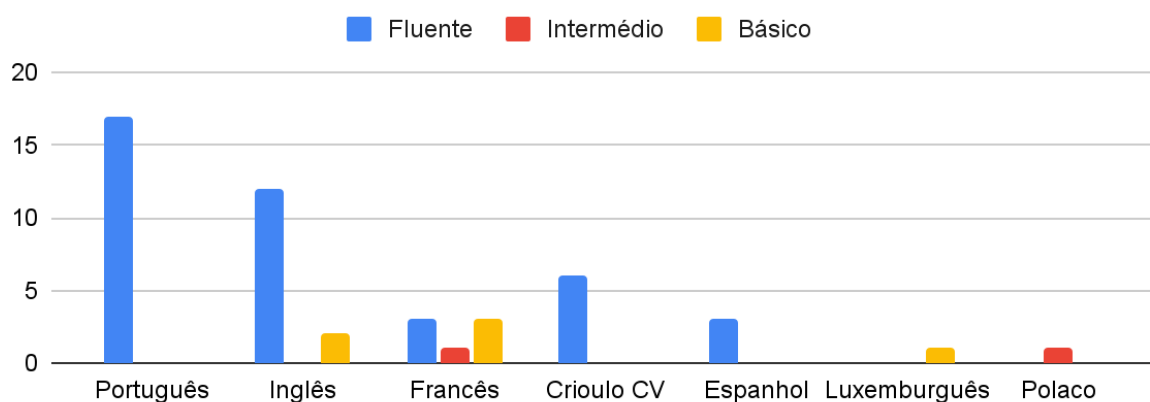


Gráfico 13. Fluência de idiomas para conversação e escrita.

Das 17 pessoas, todas mencionaram fluência com total autonomia para conversação e escrita em português. O segundo idioma mais falado entre as pessoas entrevistadas foi mencionado o inglês, com um média de 41.% falam fluente e 11.7 básico. Outros idiomas mencionados foram o francês, crioulo de cabo-verde, espanhol, luxemburguês e polaco.

5.2. Análise dos dados qualitativos

As pessoas profissionais de saúde entrevistadas, com foco na Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) de populações imigrantes residentes em Portugal, concordam em afirmar que a sua abordagem é um tópico recorrente no quotidiano social. Com o objetivo de aprimorar a compreensão das afirmações feitas pelas pessoas durante as entrevistas, foram criadas categorias para que possamos resumir os resultados.

Literacia em saúde e SSR

Parte dessas pessoas sustentam que a literacia social em torno da temática é equiparável entre a população nacional, digo, portuguesa, e imigrantes, ambas com vasto conhecimento referente a saúde.

“...o conhecimento e orientação durante a maternidade é muito igual a aquilo que é na população portuguesa...Não acho que há propriamente um déficit concretamente à população portuguesa mas também não acho que é superior a tal.” 02002

A maioria concorda que a discussão sobre SSR se concentra no processo de gravídico (gestação, parto e pós-parto) e métodos contraceptivos, sem se aprofundar em uma abordagem mais ampla da educação sexual em saúde, na qual é exaustivo e culturalmente o não debate desse tema, gerando lacunas que juntas conversam com outros fatores que interferem também na vida das pessoas. E, quando isso ocorre, o recorte debruça-se apenas sobre teor biológico reprodutivo, de gravidez não desejada e reportaram a falta de outras abordagens que incluam a educação em saúde centrada na comunidade, com qualidade e adequada aos quotidianos dessas pessoas, bem como a adequação de acordo com a faixa etária com foco a atuar.

“É essencialmente métodos contraceptivos, dar pílula e dar-lhe, colocar.” 01001

“Quando se fala da saúde reprodutiva aqui... é administração ou fornecimento de anovulatórios, portanto são as pílulas e uma explicação do que é ciclo menstrual e como é que se comporta.” 01003

“...funciona com a contraceção, não é por exemplo só contraceção-contraceção-contraceção...parece que há mais de pressionar de contraceção...” 01008

A construção da saúde está, intrinsecamente, atrelado a diversos fatores como a cultura, o acesso, nível de escolaridade. A desenvoltura é sequente do espaço e possibilidades ofertas, com qualidade e eficácia, além de táticas com foco específico, que permitam a circulação das pessoas satisfatória nesses serviços, feedback positivo, a garantia da adesão e mudança de comportamentos saudáveis.

“...as questões socioculturais que são muito heterogéneas consoantes a origem da população mas influenciam muito, muito provavelmente influenciam a procura e o conhecimento sobre o que é...” 01010

Pluralidades sociodemográficas

A realidade de uma diversidade multicultural no país, crescente ao longo das últimas décadas, revela a heterogeneidade de contextos que diferem dos padrões portugueses. As pessoas entrevistadas reconhecem a grande diversidade cultural e sócio-demográfica presente entre as populações imigrantes, sendo sua maioria proveniente dos PALOP e do Asiático Leste, sendo necessário a compressão de diferentes construções sociais que transitam entre tais populações. Também foi realçado a necessidade de um olhar cuidadoso no que refere a políticas e estratégias de atuação para as mesmas, principalmente no que refere a diversidade existente

entre as populações imigrantes, no qual mencionam com afínco os temas da Mutilação Genitália Feminina (MGF) e casamento precoce.

“Ahm, bom, a população imigrante em Portugal é muito heterogénea, não é? Temos pessoas, a população principal estrangeira é do Brasil, não é? Mas depois dos PALOP... da Índia, Paquistão, Bangladesh, portanto é uma população muito heterogénea, sabe?” 01010

“... neste momento, já não apenas pessoas vindas da África... agora falamos de pessoas do Indostão e desses países perto da Índia... há também imigrante os migrantes brancos e que são muito... não tem dificuldade no acesso..., em atingir os seus objetivos de saúde e não vê os seus direitos comprometidos...” 01009

No que tange aos estilos de vida das pessoas imigrantes, as perspectivas são múltiplas referente às realidades vivenciadas, esbarra-se sempre no teor da documentação retratado como um empecilho nas diversas esferas sociais, de saúde e não somente. As vivências do cuidado em saúde diferem de acordo com vários aspectos como o país de origem, grau de literacia, cultura e, conseqüentemente, situações como de condições habitacionais e de trabalho precárias, sedentarismo, barreiras sócio-culturais e linguísticas são cotidianas à essas pessoas.

“...acho que vai variar um pouco dependendo da sociedade que a pessoa vem, da religião, da cultura, vai variar um bocadinho dessas coisas. Portanto não há mas tem que ser adaptado, adaptado à pessoa.” 01006

Há uma diferenciação escancarada entre as populações imigrantes em termos de saúde e estilos de vida: Às populações provenientes de países africanos são descritas como já um público recorrente nos serviços de saúde, profissionais já demonstram ter conhecimentos e estratégias sobre abordagem com as mesmas, embora ainda haja complexidades que abrangem cultura, disponibilidade e permanência nos serviços de saúde, contudo não há uma especificação de quais países exatamente; populações do Asiático Leste que inclui Índia, Paquistão, Nepal e Bangladesh configuram uma real incógnita frente à incidência dessas populações e o seu aumento abrupto nos últimos anos, diferentes níveis de escolaridade, dificuldades linguísticas e culturais; De países da América Latina, mais precisamente do Brasil, demonstram construções mais próximas, maior acessibilidade e proximidade linguística.

“... Consultas de planeamento familiar, marcar uma consulta de planeamento familiar para uma utente de países africanos é um bocadinho complicado...a comunidade asiática que neste momento também está a aumentar e que para nós é muito complicado sobretudo com a barreira linguística... É que depende muito.” 01004

“... tão a trabalhar mas em termos de qualidade vida acho que fica tudo ali tudo num nível muito baixo ... as condições de habitação também são muito difíceis, há muitos que estão a morar num quarto. Tenho muitas famílias que tão a morar num quarto...” 01005

“... normalmente são pessoas com um nível de vida inferior ou que tem condições de vida mais precárias... são pessoas com nível, um estilo de vida mais baixo.” 06001

Outro componente que interfere na caracterização das realidades das pessoas imigrantes em Portugal são as condições sociodemográficas, no qual vivenciam experiências e condições de vida diversas dependendo da região do país onde residem, por exemplo para quem reside em

Lisboa ou Porto e em outras cidades mais interioranas que divergem nas condições de habitação e trabalho, consequentemente, na saúde dessas pessoas.

“...são pessoas com qualidade de vida geralmente ligada ao trabalho na área de agricultura, na área das fábricas principalmente de tecelagem, de polimento... são pessoas que tem qualidade de vida, que vivem com condições de saneamento básico, com todas as condições mínimas que qualquer pessoa ...” 02002

A escolaridade é contextualizada como uma variante dependente do país de origem e género no qual pessoas provenientes de países como do Médio Oriente, amiudadamente, são retratadas com menor literacia. Com foco no Brasil, as pessoas imigrantes são descritas como as com maior nível de escolaridade, enquanto que as pessoas africanas constituem uma condição variável tendo em conta que muitas dessas pessoas migram com o intuito de continuidade dos estudos, nos seus diversos níveis, além dos outros motivos que ocasionam o processo migratório, não podendo assim determinar qual o ponto exato da literacia nessas comunidades visto que trata-se de diversos países quando falamos do continente Africano cujas migrações são recorrentes para o Portugal, e não somente.

“...de um lado imigrantes do Brasil e que eu noto que são imigrantes com mais escolaridades, cada vez mais e que as pessoas vêm e estão procurando trabalho ... os imigrantes do Bangladesh, do Paquistão tem nível de escolaridade mais baixo...” 01005

“...também diria uma escolaridade mais baixa de África mas não diria de toda a gente porque eu já tive mulheres africanas com mais formação que eu, portanto, eu acho que é muito variável...eu associo uma escolaridade mais baixa, Paquistão, Índia, pronto.” 01008

No mesmo tom, denota-se a procura voltada para determinadas faixas etárias, sendo que as pessoas entre 16 a 25 anos são as que mais recorrem aos serviços de saúde e SSR, cujo principal intuito seja a orientação em torno do tema. E as mulheres são apontadas como o género que mais busca pelos serviços de SSR e saúde no geral.

“... entre os 16, 18 anos, depois há ali uma faixa etária dos 18 aos 25 que são mulheres que trabalham mais, uhm mas pra conseguir informação são mais as meninas mais novas, dos 16, 17 anos.” 01007

Relações de género na migração e na saúde

A vulnerabilidade das pessoas do género feminino em relação ao fluxo migratório e o sistema de saúde é ainda mais enfatizada, no qual destaca-se os relatos sobre as condições às quais são submetidas, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Tais condições são reforçadas pelos aspetos culturais, presentes em determinados contextos sociais, em que essas mulheres encontram-se dependentes económica e socialmente de suas parcerias, principalmente dentro das comunidades provenientes do Leste Asiático, no qual denota-se a cultura do acompanhamento, necessário na ótica da parceira e contexto social a qual pertence, a consultas

ou qualquer direcionamento na saúde e a subjetividade dessas mulheres é apagada pelo protagonismo da parceria e outras barreiras como a língua.

Em contrapartida, as mulheres africanas são descritas como as pessoas-utentes as quais demonstram maior autonomia, o qual pode-se ler da solidão no processo de saúde-doença que é atropelado pelas dificuldades de conciliar as consultas e vacinações com o horário e flexibilidade do trabalho.

“...As mulheres também são um grupo mais vulnerável e ainda mais das mulheres imigrantes que para além das dificuldades causados pelo sistema possam também ter dificuldades no acesso causados pela própria necessidade do trabalho, vulnerabilidade económica e que não tem essa facilidade em se ausentar do trabalho para, para aceder aos serviços de saúde, não é?...” 01009

“...eu tenho muita dificuldade com os povos que vem de locais onde a mulher é muito pouco valorizada, ou seja, as mulheres nem podem falar; são os maridos que falam por elas, os maridos que decidem por elas e aí eu associo uma escolaridade mais baixa, Paquistão, Índia, pronto...” 01008

Essa perspetiva evidencia o impacto da migração enquanto determinante em saúde na vida das mulheres independentemente do grupo étnico-racial e nacionalidade, contudo, as repercussões são diversas. Além disso, tais relatos possibilitam o desenho do perfil das pessoas do género feminino no que refere à escolaridade, construções e acesso à saúde.

Políticas de SSR e universalização do cuidado

Referente à SSR de populações imigrantes, assim como reiterado redundantemente ao longo das entrevistas, não há uma portaria ou política pública específica a essas comunidades em Portugal.

“Em concreto não é direcionadamente para saúde sexual dos imigrantes não mas tenho em mente que há um decreto que diz que todos os imigrantes têm direito, a cuidado de saúde cá em Portugal.” 02001

Casos de pessoas não atendidas por detrimento de não usufruírem da legalização ou meios económicos próprios para custear tais cuidados são relatados também que, consequentemente, constitui um dos motivos da não procura dos serviços de cuidados em decorrência de falta de informação sobre como proceder nessas situações.

“...então há uma tendência dos gestores dos centros de saúde em recusar admitir mais pessoas nessas, nesses centros de saúde e acaba por dificultar um bocado o acesso aos serviços...” 05001

A consciencialização da saúde como um direito universal para qualquer pessoa residente no país é retratada assiduamente, além da possibilidade de acesso aos serviços de saúde e SSR que integram o SNS, gratuitamente, e que o governo português atua fortemente no intuito de fomentação de táticas de ação em saúde como o exemplo do acesso gratuito aos métodos contraceptivos, informação e acesso aos centros de saúde. Além disso, os serviços de saúde

Resultados

nacionais são vistos como um dos principais motivações da migração em detrimento de condições precárias nos países de origem de quem imigra.

“Assim, no que diz respeito aos serviços de saúde, os serviços são gratuitos, as pessoas tem mesmo acesso e recorrem a eles, pelo menos do que eu tenho visto recorrem...” 01006

“... normalmente são pessoas que imigraram a procurar melhores condições de saúde e essas pessoas são as pessoas que acedem ao serviço nacional de saúde para conseguirem ter um atendimento na área da saúde sexual e reprodutiva...” 06001

Acesso ao cuidado

O acesso aos serviços de saúde é referido como uma ação recorrente por algumas das pessoas entrevistadas porém a mesma é composta de vários fatores que atravessam, sistematicamente, as realidades das pessoas que procuram por tais serviços, dos quais abrange a documentação, poder aquisitivo de quem procura, a formação e prática profissional de quem assiste, acesso e disponibilidade de serviços.

“... os migrantes brancos e que são muito... são os clientes que tem um poder de compra completamente diferente e acedem a serviços privados e essa comunidade imigrante não tem dificuldade no acesso...” 01009

O acesso pode ser, prontamente, abreviado à palavra “burocracia” na qual a realidade do sistema de saúde português é caracterizada, ao longo dos relatos, por um grande déficit de profissionais, estruturas hospitalares e centros de saúde lotados, filas enormes de espera, reforçando o congestionamento vivenciado pelas pessoas que procuram por tais serviços no geral, quer estas pessoas sejam nacionais ou não, além de condicionar a permanência dessas pessoas nestes serviços.

“... ficam frustradas ou pela dificuldade no acesso ou dificuldade na marcação de uma consulta, dificuldade em atingir o seu objetivo de saúde, é preciso haver persistência, é preciso chegar-se cedo a, estar-se em filas, perder muito tempo e isto nem sempre é prático, exequível....” 01009

“Portugal neste momento atravessa... naquilo que é a parte das políticas de saúde pública, de hospitais lotados, déficit de médicos em algumas regiões e acaba-se por haver consequências em praticamente toda a população, incluindo imigrantes e não imigrantes.” 02002

E com a pandemia da COVID-19 houve um agravamento do cenário acima mencionado, tendo toda a população tenha sido afetada, entretanto, as acentuações são grosseiramente maiores nas populações mais vulneráveis. A preocupação abrange a questão da saturação dos serviços de saúde e, concomitantemente, a incidência preocupante da taxa de aborto no país nesse mesmo período, justificado pela dificuldade de acesso aos serviços de SSR e falta de programas que suprimem tais adversidades.

“...neste momento depois da pandemia...em termos de acesso notou-se que houve um decréscimo no acesso grave... O aborto, nomeadamente, isto teve aqui uma viragem na pandemia. O aborto estava a decrescer

Resultados

mas a partir da pandemia já teves os valores a aumentar, as taxas de aborto...as populações mais vulneráveis, nomeadamente imigrantes que estamos aqui a abordar, tenha sida ainda mais afetado. “ 01009

Há uma preocupação atual em relação às diretrizes políticas do país e aos rumos futuros referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, no qual isso demanda uma reflexão crítica referente à situação sociopolítica do país e também os atores na tomada de decisão de políticas de saúde, maioria e culturalmente, formados por pessoas cis-género masculinas e brancas. Essa percepção realça a necessidade da representatividade e participação social das populações imigrantes, com principal protagonismo direcionado para mulheres e outras pessoas em situação de vulnerabilidade nessas discussões.

“... É com preocupação que olho para essas mudanças de políticas, no entanto, também não posso ser tão negativa, é precisar ver que continuamos a ter coisas boas, estamos na Europa e até termos uma mudança drástica, pronto.” 01009

Barreiras sócio-linguísticas e o processo de legalização

Especificamente as pessoas imigrantes, o acesso à saúde não compõe um retrato fiel ao previsto pelo próprio sistema de saúde, no qual demonstra ser fragilizado por dois impasses que obstruem a adesão e continuidade das pessoas imigrantes aos serviços: o processo da legalização - inclui a aquisição dos documentos de residência, número de identificação fiscal e de inscrição na segurança social - que demonstra ser um desafio no acesso ao cuidado, no qual as pessoas imigrantes vivenciam diversos desafios decorrente da burocratização dos documentos, os quais a legalização é uma das principais preocupações dessas pessoas, senão a mais desafiadora, caracterizando-se como sinónimo de acesso à saúde, habitação e trabalho;

“...sem cartão de residência sem documentos portugueses às vezes é difícil obter um número de utente português e depois isso vai repercutir no atraso de respostas por parte dos cuidados de saúde.” 02002

e as questões sócio-culturais e linguísticos - abrangendo a comunicação entre a população e profissionais de saúde, tradições e entendimento sociais de saúde no contexto de ensino técnico português e a concepção proveniente dos países de origem das pessoas imigrantes, disposição e alcance de informações. Assim, as barreiras linguísticas e culturais fomentam discrepâncias entre profissionais e populações utentes, dificultam a criação de conexões e potencializam os receios na oferta assistencial e na procura do serviço de saúde.

“...há barreira linguística e há barreira cultural. Os ensinamentos que vem de trás, da família, cultura dos países de origem que nós bem podemos falar mas nós não [pausa] não há muita adesão àquilo que nós tentamos. ” 01004

As esferas da dimensão sociocultural e da legalização, concomitantemente e entrelaçadas à falta de informação, intensificam o embaraço que permeia a acessibilidade dos cuidados de saúde. Segue existindo um labirinto entre as pessoas imigrantes, o sistema de saúde

e entidades responsáveis por seus processos de legalização. Da mesma maneira, a continuidade dessas pessoas dentro do sistema de saúde revela-se como um malabarismo social enfrentado por essas pessoas, tanto pela estruturação dos serviços de saúde como pelas possibilidades dessa mesma pessoas no que tange horários de trabalho, agregado familiar, distância residencial, custo de locomoção, satisfação da pessoa-utente.

“... Agora o seguimento dessas pessoas é que, é que complicado... Desde que saem do hospital, nós já não, já é difícil mesmo a partir do centro de saúde conseguir chegar às essas pessoas porque simplesmente não voltam, não vêm a uma consulta de rotina por exemplo, voilá.” 01007

A procura pelos serviços de saúde é retratada, constantemente, como um catalisador terapêutico para situações de adoecimento e/ou urgência e não no caráter preventivo contínuo por parte das pessoas imigrantes, o que estremera a lógica da promoção em saúde em fomentar ferramentas que habilitam as pessoas, permitindo-las efetuar mudanças de comportamentos com vista na melhoria da qualidade de vida. E o acesso ocorre majoritariamente pelo SNS - Urgências e os cuidados primários de saúde.

“...quando recorrem sempre já em situações de limite, ou seja, para tratar alguma coisa que já é urgente... É sempre em situações muito específicas, muito limite. Não é em prevenção, mas sempre já em tratamento.” 01001

O acesso associado ao nível de literacia em saúde configura um fator importante a ser ponderado na deliberação da procura pelos serviços de saúde, também elucidado ao longo das entrevistas, com a associação aos países de origem dessas populações e, concomitantemente, suas manifestações socioculturais atreladas. Pessoas imigrantes provenientes do Brasil e do PALOP são caracterizadas com maior literacia em saúde quando comparadas com as demais populações imigrantes residentes em Portugal.

“...oxalá se as pessoas que recorrem, mas não sei se todas as populações sabem que podem recorrer.” 01010

A comunicação é crucial para o entendimento e na adoção de uma assistência mais abrangente e eficaz, no qual profissionais de saúde referem que a língua torna-se uma barreira na condução de qualquer procedimento de saúde, cujos esforços demonstram eficazes mas não totalmente suficientes para tais demandas, sendo necessário quase exclusivamente ao inglês como língua estrangeira para nesses casos. Contudo uma boa parte das pessoas imigrantes também não falam a língua inglesa.

“... digamos mas como é de oriente é um bocadinho mais difícil se bem que normalmente eles falam o inglês.” 01008

Os serviços de saúde têm adotado estratégias, entretanto, vale destacar que essas barreiras extrapolam a discussão sobre gênero em saúde e cultura. É importante mencionar o constrangimento, ainda que não explícito, mas que ocorre durante consultas com cônjuge de

género masculino em casos de casais heteronormativos, a grande parte das parcerias atendidas nos serviços de saúde, o qual portam-se como intermediários entre suas parceiras e profissionais de saúde. Profissionais demonstram o receio do silenciamento da subjetividade das mulheres nesses episódios, além dos ruídos de comunicação no processo de intermediação e na construção de saúde. Situações recorrentes no cuidado prestado às pessoas oriundas, majoritariamente, do Indostão, Índia, Nepal e Bangladesh, de acordo com os relatos obtidos.

“... a grande maioria das mulheres não fala português, os maridos ou os companheiros que vêm ou que as acompanha arranham um bocadinho do português... eu fico com a sensação de que as perguntas que eu faço e que são traduzidas pelo companheiro para a mulher eu não sei se serão corretamente transmitidas...” 01005

“... é como se ela não pudesse ser ela própria né, portanto são povos em que a mulher está um bocadinho mais oprimida, não é? Não houve assim propriamente uma emancipação feminina, não é?...” 01008

A barreira linguística, uma das principais dificuldades encontradas nos serviços de saúde, requer que profissionais de saúde façam o uso de tecnologias para acessar e garantir a compreensão de ambas partes envolvidas no cuidado prestado devido ao não-domínio linguístico, por meio de tecnologias como o “google tradutor”, QR code contendo informações e consentimentos com tradução nos serviços de saúde.

“...hoje há o google tradutor e vamos lá, conseguimos sempre chegar à um lado e acho que com isso resolve tudo.” 01002

“... através de um QR code, as pessoas faz, tira fotografia e consegue escolher qual língua que quer ver a informação mas muita, muita (risos) é autodidata.” 01005

Aspetos socioculturais na assistência

O entrosamento da saúde, sexualidade e cultura, no cenário das políticas de saúde portuguesas, traduz-se na monopolização de diretrizes assistenciais retroalimentada pela déficit de letramento étnico-racial e cuidados em saúde desajustados às realidades sociais das populações imigrantes, com base nas realidades da população nacional - portuguesa, resultando no afinamento da discussão e não num espectro multicultural, alimentando as disparidades em saúde.

“...digamos que não há uma estrutura que me convença a mim que toda a gente tem a acessibilidade a uma assistência digamos em termos de saúde sexual e reprodutiva que, que as favoreça...” 04001

“...no que diz respeito à isso, à saúde sexual dos imigrantes daqui em Portugal, há uma desinformação enorme, há uma desi, há uma desigualdade racial, há racismo mesmo tanto...” 02001

Os elementos culturais, como as tradições, normas sociais e o idioma, interferem na prestação de cuidados consoante a comunidade e as políticas de saúde a ela destinadas, tornando-se crucial o enquadramento deles nos parâmetros para a fomentação das estratégias, além de fornecer um elemento fundamental para compreender como o conhecimento social em torno de saúde é construído.

“... há ainda muitas mulheres por exemplo têm mitos em relação à pílula, aaah, há muitos mitos em relação ao preservativo por exemplo, métodos contraceptivos...” 01007

“... certas culturas podem influenciar pois lá está a vontade de falar sobre certos assuntos que sejam sexuais ou não... dificultam o acesso dessas pessoas aos cuidados... são muito comuns em várias populações até mesmo na portuguesa em determinados meios” 01010

Todavia, é perceptível a perspicuidade com que profissionais de saúde expõem a não integração da pauta da saúde das pessoas imigrantes na elaboração de estratégias de ação em SSR, cujos aspetos socioculturais não são discurridos no processo ensino-saúde-prática.

“Eu acho que neste momento é quase nenhum, devia ser, mas é quase nenhum.” 01001

“... sinto que há uma grande lacuna. Não há, da minha experiência não abordei nada porque não havia nenhum trabalho.” 01003

Essa realidade não se resume apenas ao campo da saúde mas também retrata uma outra faceta da integração social dessas pessoas no contexto nacional, com estereótipos sociais em torno das populações em geral e outras mais específicas à determinadas populações.

“...[A brasileira que casou com o português! Ah, lá vem a Brasileira] ...assuma-se que é brasileira é porque vêm roubar algum, oh pá, honestamente vou dizer é horrível...” 01008

A compreensão de Portugal livre de preconceitos enquanto um espaço social coexistindo culturas diversas é corriqueira, na qual a diversidade social não é percebida como um agente explícito e impactante nas vivências de saúde por uma fração menor do grupo da pesquisa. Dessa forma, o cuidado em saúde, de acordo com essa perspectiva, é construído na coletividade e não abrange os aspectos individuais das pessoas e determinados grupos populacionais, baseado na ideia de "todos somos iguais, independentemente das nossas origens". Isso evidencia uma falha na promoção de uma assistência sem levar em conta as particularidades, o que reforça a ideia de que o cuidado voltado para o biológico, pautado no modelo biomédico exclusivamente, assim compreensão da fisiologia permite identificar os obstáculos que o afligem, mas não se dedica ao contexto social.

“... as pessoas chegam lá e é tratada da mesma maneira que as outras pessoas, não há cá e se respeita muito isso, a individualidade da vida da pessoa.” 01002

Estruturação dos currículos das formações em saúde

A exiguidade quanto a abordagem da SSR dentro do campus da saúde, associada ao contexto migratório, mostra a discrepância entre os movimentos populacionais no país e as políticas de atuação em SSR, cujo foco limita-se ao modelo de saúde nacional mencionada, e, muitas vezes, como políticas de saúde coletiva.

“...Eu acredito que não sejam específicas mas sim, estavam incluídas.” 01009

A deliberação sobre a SSR é tênue dentro das entidades de ensino-saúde cuja padronização do ensino têm sido mantido, mesmo com as dissemelhanças coexistentes no cenário social e do sistema de saúde português, é reforçado pela resistência populacional e a estrutura académica que demonstram reforçarem essa pouquidade no debate. Estigmas fazem-se presentes nas assistências oferecidas, além da sensação de falta de preparo na descrição de profissionais nesse teor. A própria sensibilização demonstra ser um tópico no qual é regido por cunho próprio, não pela orientação académica, e, dependendo, alguns lugares de estágios podem fornecer uma perspetiva crítica no desenvolvimento de conhecimento, isto é, no carácter construtivo do aprendizado.

Mas estas últimas são e foram pouco relatadas, descritas como “a sorte de ter tido ou passado por tal espaço” e, majoritariamente, as pessoas tiveram apenas essa possibilidade da construção de um olhar sobre cuidado além do modelo assistencial implementado corriqueiramente nas instituições de ensino-saúde, no qual é apontado as dimensões estruturais, enquanto instituição e os programas coletivos de ensino, e as dimensões pessoal-científico, no qual as demandas e orientações dependem, especificamente, da direção de pesquisa e percepção de quem orienta, do corpo docente.

“...eu acho que há uma resistência da população à esses aspectos culturais, isso traduz para dentro da academia, pronto. Eu acho que com o passar dos anos isso pode melhorar mas agora ainda não.” 03001

“...provavelmente pode haver estigmas por parte dos profissionais de saúde... Eu acho que sim, acho que há sempre estigmas também.” 01010

Diante disso surge a indagação em relação à conscientização profissional em formações de bases no que tange a saúde, sexualidade e cultura, com programas de formação que seguem a mesma linha pedagógica e que não debruçam sobre o tema da SSR nos cursos de enfermagem e medicina no que refere às populações imigrantes.

“...Eu acho que é algo que é bastante ignorada, marginalizada e posto à parte. É algo que não é abordado durante a formação, os profissionais de saúde..” 02001

O tópico da SSR está presente nos currículos dos cursos de saúde, mas sua abordagem é linear e focalizada no modelo biomédico. Relatos de frustrações foram relatados ao tratar do tema com ênfase às populações imigrantes, reforçando a falta de sensibilização sobre as diversidades de corpos e as culturas que carregam, digo, não somente pela questão de serem imigrantes, mas por todo o conjunto que possuem, o que contradiz a preparação técnica de qualidade que é relatada nesses mesmos relatos no que diz respeito à SSR.

“... Do ponto de vista de formação sobre saúde sexual reprodutiva, eu acho que todos nós temos um bom conhecimento técnico, os nossos cursos deixam-nos bem preparados nesse sentido mas depois da capacidade de adaptação às especificidades acho é que, acho nem tanto...” 01005

Conforme referido anteriormente, a abordagem do tema de SRR em cursos de saúde dentro do âmbito acadêmico é categorizado em tópicos específicos e de caráter opcional ao longo da sua prática-formação, no qual foram citadas as disciplinas no qual se aprende a anamnese, mas ainda assim é superficial tal abordagem.

“...A parte de anamnese, explicam que tem determinadas perguntas que temos que fazer em função da, das cultura das pessoas mas mais do que isso nem por isso...” 03001

“...para explorar esse campus nós é que temos que decidir e nós que temos que escolher essa área, voilá.” 01007

Assim, emergem inquietações sobre essas mesmas abordagens e que demonstram a necessidade de debate sobre saúde que, mesmo no âmbito fisiológico, diverge mediante grupo étnico-racial como o exemplo de doenças de maior prevalência na população preta como anemia falciforme, a predisposição aos distúrbios hipertensivos. Ou em áreas específicas, como a Dermatologia, na identificação de lesões cuja literatura científica aborda especificamente pessoas de pele branca/caucasiana, deixando de lado as outras populações que não integram tal fenótipo.

“...um aspecto cultural de ter em conta é a raça, saber distinguir quais os tipos de raça, quais as abordagens que devemos ter...considera-se que quase todos os pacientes são de raça caucasiana... há uma certa negligência nesse aspecto.” 03001

Destaca-se que não foram identificadas nenhuma atividade educativa que viabilizasse a conscientização de profissionais de saúde no decorrer das suas formações de base - medicina e enfermagem, no que se refere aos cuidados de populações em contextos multiculturais.

“Deixa-me pensar mas acho que não. Eu estou aqui a tentar lembrar mas eu tenho quase certeza que não.” 01001

““Não, nunca. Para ser sincero eu acho que nunca houve, não está no plano curricular e nem tem pretensão de ter.” 02001

Das atividades educativas que abordassem o tema da migração e/ou aspectos sócio-culturais, apenas foram nomeadas atividades complementares - trabalhos voluntários, revistas acadêmicas - porém não nenhuma focou especificamente sobre a temática da SSR das pessoas imigrantes, mas num contexto geral. Quando mencionado aulas ou disciplinas, foi no sentido generalizado, ou seja, com foco na população nacional como já descrito.

O desfalque de atividades educativas - palestras, exposições, aulas, seminários, cursos de extensão - nos currículos de cursos de medicina e enfermagem é baseado na standardização tática de temas abordados dentro das esferas acadêmicas.

Além disso, é possível enumerar outras lógicas como o senso comum de aceitação referente multi-diversidade sócio-demográfica mas que não consideram os entrelaçamentos que permeiam as dinâmicas sociais num dado espaço. Em outras palavras, trata-se de uma distorcida

elucidação quanto às ferramentas de acareamento e às demandas reais da diversidade sócio-demográfica existente no país em termos de sistemas de educação-saúde.

“E eu acho que na academia isso é refletido, ou seja, não preciso tocar porque todos nós sabemos que há uma diversidade cultural, eu acho que há uma certa (pausa) desculpa o terno, uma certa arrogância em termos do conhecimento de diferentes culturas, ou seja, eu já sei e não preciso abordar sobre esse tema, as pessoas já sabem.” 03001

Durante a formação inicial, as pessoas expuseram a ideia pedagógica de consciencialização do tema por meio da experiência, mas sem qualquer suporte teórico ou inclusão do assunto no currículo, cujo conhecimento técnico-científico generalista e demanda de debruçamento especificamente às populações imigrantes diante do aumento avulso nos serviços de saúde.

“...tu vais conhecer isso na prática e aí vais saber lidar com isso...” 03001

Atividades educativas com foco na SSR de populações imigrantes

A ponderação de uma atividade educativa é apontada como uma brisa complementar dentro dos cursos de saúde, com destaque para a construção do processo de cuidado em saúde para além do biológico, o que requer um esquadramento científico nas instituições de ensino, o que, conseqüentemente, facilita a sensibilização de profissionais e estudantes quanto à saúde e SSR das pessoas imigrantes, bem como as respostas às suas necessidades.

““Eu acho que era muito positivo. Só ia acrescentar. ...Ia ser um ponto a mais para nós também nos poder preparar para a vida profissional.” 01001

“...a saúde não existe só para tratar o que é biológico, a saúde transcende o biológico... se nós formamos profissionais que possam abordar esses temas desde a faculdade nesse caso esses problemas serão, não na sua totalidade, mas parte deles resolvidas.” 01003

A deliberação do grupo participante foi que, majoritariamente, essas atividades educativas, nomeadamente módulos, seminários, disciplinas opcionais, poderiam ser integradas nos últimos anos dos cursos de medicina e enfermagem, com a fundamentação de serem períodos de maior contato, consciencialização com a prática profissional e amadurecimento acadêmico.

“...Em que momento, se calhar numa fase final? ... do momento que vamos tornar realmente profissionais, começamo-nos a preocupar com outros, outros pormenores.” 01001

“... estão demasiados focados em aprenderem as coisas básicas da profissão e não têm essa capacidade de olhar para a diversidade, pronto.” 01005

Sob outra perspetiva, a abordagem do tema poderia ser integrada em diversas disciplinas e diferentes momentos da formação de base, com a construção do cuidado numa possibilidade

mais ampla e inclusiva, considerando os diferentes aspetos que impactam na procura, a demanda e a solução terapêutica mediante a área da saúde.

“...em cada uma das disciplinas que vai sendo lecionadas na, na licenciatura... no meu entender, acho que deveria ser transversal...Eu acho que é urgente e deveria ser transversal a todas as disciplinas.” 01008

O tema da migração e SSR pode ser correlacionado com outros tópicos, como a Igualdade de género e direito da pessoa-utente, temas de grande relevância na comunidade académica e sócio-política e que articulam, direta ou indiretamente, na construção social e de saúde das pessoas.

“... ligado ao direito do utente e, das, das, da igualdade de género é uma coisa que não está tão clara como por exemplo eu gostaria de ver, ok?...” 04001

Das pessoas entrevistadas e com pós-graduação, apenas 1 pessoa referiu ter abordado especificamente o tema, contudo, uma situação apenas possível devido ao local de estágio ocorrido em um centro de saúde com grande fluxo de pessoas imigrante, uma situação isolada. A pessoa demonstrou que o cenário lhe proporcionou diversos aprendizados adquiridos e que focavam na saúde de pessoas imigrantes, além do entusiasmo em aprender ainda mais sobre tais pluralidades culturais e a diversidade de temas que podem ser desenvolvidas com o intuito de fomentação do cuidado.

“... Eu fiquei, fiquei positivamente admirada com o trabalho das colegas porque, fiquei mesmo motivada para fazer bem também...” 01009

Não obstante a formação de base, a probabilidade de haver atividades educativas que atravessam a SSR e migração em cursos de pós-graduação e/ou de atualização/capacitação/treinamento é também ponderada com grande expectativa e em qualquer momento do curso, com uma abordagem transversal de grande impacto na formação de profissionais com foco nessas demandas.

“...No curso de especialidade, acho que em qualquer momento, acho que em qualquer momento...acho que deveria ser transversal...” 01005

Quando já na pós-formação, digo, na prática profissional, os cursos inerentes à SSR de populações imigrantes foram realçados pelas pessoas e suas participações se deram por busca autónoma, em virtude de aprofundamento e preparo profissional, e também pelas instituições empregadoras consequente ao acréscimo populacional imigrante no local de atuação, como em todo o país.

“...que também me pudesse preparar melhorar para essas questões. Depois quando eu estivesse a atender as pessoas, os imigrantes, não ficar né com mais perguntas do que respostas para dar.”01001

“É por interesse pessoal e esforço pessoal. A não ser que haja algum chefe de enfermagem fantástico...” 01008

Destaca-se também a atribuição da responsabilidade às instituições de ensino enquanto precursoras de profissionalização em saúde, sendo importante a contextualização do tema por meio de setores voltados para pesquisas assertivas ao tema, por exemplo, e de outras ferramentas que possam auxiliar na assimilação desse debate dentro e fora do cenário acadêmico.

“Bom, os, os programas de formação de profissionais de saúde devem ter essa preocupação...devemos lá colocar exatamente os possíveis cenários que existem com os possíveis utentes dos serviços nacionais de saúde.” 04001

Das pessoas que afirmaram ter participado de atividades educativas pós-formadas, apenas uma relatou que essas atividades abordaram o contexto da SSR e migração e foram proporcionadas pela organização empregadora, que participou de seminários.

As restantes pessoas referiram cursos e congressos, também por busca própria, cuja abordagem foi específica ao tema *“Mutilação Genitália Feminina”*.

“...Tudo que eu fiz em relação a outras palestras ou informações que eu possa ter isso, já foi numa fase em que eu já era profissional e que eu procurei por iniciativa própria.” 01001

Impactos na prática profissional com a (não) abordagem do tema

Ainda, profissionais de saúde relataram impactos consequentes à agregação ou não do tema nas suas vidas académicas e pós-formação, no qual as repercussões são expressadas em momentos distintos: a não abordagem durante a formação - o enfrentamento na prática com as demandas associadas, sensação de déficit de aptidão técnica, receios e necessidade de cursos de complementação;

“... a informação que nos foi dada, a informação e formação que me foi dada, aquela informação que eu sinto que não foi suficiente...” 01003

“...No momento que eu comecei a perceber este, esta situação, obviamente tive que adequar a minha área assistência à isso e a dos meus colegas...” 04001

“...nunca abordei esse tema, para mim é mais difícil lidar com essas questões...” 05001

Por outro lado, é possível notar mudanças nas práticas profissionais, conscientização e proximidade com as populações, em específico, após a participação em atividades educativas, permitindo uma atenção mais inclusiva e aprimorada. Isso demonstra que a criação e implementação de atividades educativas, sejam elas na formação de base ou na prática profissional, têm um impacto significativo tanto na qualidade de vida e saúde das pessoas que recebem tais cuidados, quanto na oferta dessas oportunidades. As mudanças são percebidas em ambos os lados dessa relação, influenciadas principalmente pelo modo como esses cenários são construídos e a sua manutenção, em termos de políticas de saúde, espaços de cuidados e formação profissional.

Resultados

“... o cuidado passa a ser muito mais holístico e a muito mais integrado na pessoa.” 01001

“...eu estou muito atenta a essas situações, ahm, e a falar com as próprias mulheres sobre isso e a levantar questões que eu não fazia antes...” 01004

“...dando acesso aos cuidados, dando acesso ao cuidado de saúde... isso faz com que nós consigamos dar às pessoas uma nova oportunidade... se um de nós não está bem então não podemos dizer que todos estamos bem.” 01009

“Sim, certeza... me torna mais consciente disso, das diferenças culturais, mais tolerante talvez.” 01010

É tangível a necessidade de sensibilização dos recursos humanos em saúde em geral, como também da sociedade como um todo, alusivo às diversas realidades que atravessam o cotidiano comum da população existente em Portugal, e não somente. E tal sensibilização deve ocorrer nas diferentes esferas sociais e não apenas na saúde..

Ressalta-se o forte sentimento de preparo técnico de profissionais de saúde para fins assistências em cuidado no geral, evidente ao longo das entrevistas e no que refere às formações em Saúde em Portugal com a habilidade de promover respostas, de modo eficaz, às demandas populacionais.

“...Do ponto de vista de formação sobre saúde sexual reprodutiva, eu acho que todos nós temos um bom conhecimento técnico, os nossos cursos deixam-nos bem preparados nesse sentido...”01005

“...graças a Deus, em Portugal nós somos formados para atuar em muitas áreas e eu acho que a formação de um enfermeiro em Portugal é muito boa...” 01007

Entretanto, menos da metade das pessoas se sentem aptas para atuar com alguma demanda com foco na SSR no contexto da migração. Tal aptidão é colocada como uma aquisição posterior à formação e em decorrência da experiência profissional, ocorrendo por meio de cursos de complementação e procura de cunho pessoal, embora sempre haja barreiras como a língua e as tecnologias.

“... eu daria conta sim... Mas só pela formação, não.” 02001

“Vou te responder assim considero que estou apto para trabalhar com qualquer situação...” 04001

A maioria das pessoas alegaram não se sentirem preparadas visto que a formação base é redundante em torno da temática, além das adversidades existentes como a de género associado ao contexto cultural, embora no que refere a saúde e SSR geral, digo, formações cujo foco não é específico a pessoas imigrantes mas às realidades das populações autóctones, já enquadraria no modelo assistencial lecionadas ao longo dos cursos.

“.. não foi uma coisa que ... foi dada durante a minha licenciatura sim mas lá que está, foi dada a saúde sexual e reprodutiva, não foi especificamente à imigrantes, à imigrantes...” 01002

“Não é que eu não me sinta apto... No que concebe à cuidados gerais que se aprende nos quatros anos de licenciatura em enfermagem, sim.” 01003

“Penso eu que pelo conhecimento geral de medicina ...penso que sim...mas não acho que seja eu a pessoa mais indicada para isso.” 02002

Aprimoramentos: língua, atividades educativas e pesquisas

Dos pontos a serem aprimorados na formação base, cujo foco seja a SSR no contexto da migração, compreende a inserção e acessibilidade linguística, atividades extracurriculares, trabalhos de conclusão que abraçam a multiculturalidade na saúde e sócio-demográfica, sensibilização sobre a saúde como direito básico, complementação de disciplinas já existentes versus a remodelação de cursos e cimentar a responsabilidade da Academia junto ao debruçamento do tema.

“...quais são as diferenças entre as culturas, podemos nos adequar um bocadinho mais e falar com, com cada pessoa e encontrar as melhores opções para cada pessoa, eu acho.” 01007

“A comunicação, portanto, eventualmente as línguas, aprender mais línguas, também a questão da religião, perceber as diferenças das religiões...” 01008

“...eu acho que primeiro investir para dentro da academia, investir por exemplo nas grades normais... fomentar mais teses de mestrados, licenciatura ou doutoramento acerca desses assuntos...” 03001

Enquanto que na pós-formação, tanto na continuidade acadêmica como na prática atualizada, há também aprimoramentos a considerar referente a formação contínua de profissionais e responsabilidade das entidades de ensino em prover planos curriculares que contemplam a área que inclui atividades educativas, adaptação aos contextos das pessoas assistidas e projetos de pesquisas.

“... perceber o que é tem à volta, quais são as necessidades das pessoas à volta e como aptar pelo menos na minha perspetiva é o que faz mais sentido.” 01006

“Eu acho que poderiam ser feitos mais projetos, poderiam ser feitos mais sensibilizações da população imigrante, também os profissionais de saúde...” 02001

Aprimoramentos: Instituições de saúde

A incumbência também recai para com a entidade empregadora, no intuito de instigar a sensibilidade de profissionais de saúde referente ao tema com a pretensão de promover cursos de atualização para profissionais, fomentar o desenvolvimento de pesquisas e capacitação em termos de tecnologias e línguas, maior participação social na tomada de decisões e adequação às suas demandas, incentivar práticas que permitam compreender e como a saúde é construída ao longo migratório, levando em conta diversos fatores que influenciam em diferentes níveis a sua disseminação.

“... sair no terreno, fazer projetos que abordam esses casos e levar as informações às pessoas, é isso que deveria ser feito...” 02001

“...depois à nível do, do hospital, à nível por exemplo dos cuidados de saúde, tentar capacitar os próprios profissionais de saúde...” 03001

Outro ponto é a articulação dos serviços de saúde com outras organizações, como Juntas Médicas e Direcção Nacional de Saúde, para compreender a burocracia em torno da

legalização e como os protocolos assistenciais podem incluir essas populações. Além disso, a comunicação mais robusta, entre essas entidades, sobre o mapeamento da saúde das pessoas imigrantes facilita o traçado dos indicadores de saúde e táticas de atuação em saúde.

“... ajudava a perceber as suas necessidades, as suas dificuldades e isso iria facilitar todo o processo e, e, ahm todo o acesso...” 01003

A última questão abordada é a questão social, que diz respeito às estratégias para aumentar a literacia em saúde da população, desmistificar crenças em torno do SSR e adequar as abordagens de acordo com a faixa etária do grupo de foco, aumentar o debate e as nuances em torno da sexualidade, participação social na tomada de decisão, adotar as redes sociais e outras tecnologias como ferramentas de disseminação de informações e de uma educação em saúde com suas devidas adequações nos mais diversos contextos.

“... deixar de pensar que tratar esses temas é incentivar à práticas sexuais ou não mas sim entender é de forma mais saudável o que é sexualidade, sexualidade não é só sexo...” 03001

“Eu acho que seria importante que houvesse uma organização ...haver um representante na sociedade civil e ouvir, ouvir estas pessoas quais são as suas dificuldades...” 01009

“...uma forma de aumentar a literacia é também aumentando a literacia daqueles mais velhos, nos adultos e também das crianças.” 03001

Não menos relevante, vale salientar a subjetividade de profissionais de saúde em torno das suas experiências que mesclam a esfera pessoal e profissional, revelado como um reflexo identitário ao longo do processo de cuidado. Frequentemente, as discussões se concentram em profissionais de saúde apenas na prestação de cuidados, deixando de lado que essas pessoas também procuram por serviços e fazem, por vezes, parte das populações imigrantes, enquanto pessoa imigrante ou por descendência familiar.

“....uma pessoa que pode até ter nascido aqui em Portugal mas que tenha familiares por exemplo provenientes de uma região específica da África e são mulçumanos e tem esse tipo de crença, se calhar aí faz sentido essa abordagem, não é?” 01001

“...por experiência própria, por ser uma pessoa negra, por presenciar coisas que talvez eu não gostasse que fosse comigo eu atuaria de forma diferente, levaria isso em conta...” 02001

6. Discussão

A compreensão da saúde para além das barreiras sociais presentes no dia a dia das pessoas é crucial para alcançar uma saúde sexual e reprodutiva sadia, assim como o fomento de políticas de saúde efetivas para determinadas demandas populacionais.

Não obstante, as experiências das populações imigrantes são afetadas por questões que também impactam a sua qualidade de vida, saúde e social. Estratégias de promoção da saúde, participação social e cursos que tratam desses temas, abrangendo aspectos socioculturais e os desmembramentos em torno da imigração, são fundamentais para o alcance das populações imigrantes no caso.

Na discussão dos resultados achados, evidencia-se a necessidade de debruçarmos em dois pontos que incluem a percepção de profissionais de saúde sobre as realidades das pessoas imigrantes e as possíveis adequações nas formações em saúde.

A realidade da população migrante a respeito da SSR pela experiência dos profissionais de saúde.

Segundo as opiniões das pessoas entrevistadas, o conceito de SSR e sua aplicação na área de educação e saúde focam em serviços obstétricos e na disseminação do planeamento reprodutivo, com ênfase na pílula, para ambas as populações - imigrantes e nacionais.

Essa perspetiva reflete as possibilidades de assistência, porém limitadas em relação à sexualidade, SSR e o acesso.

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva, como discutido por Martins, Darsie et al. (2014) e Ferreira et al., Santos et al. (2019), vai muito além do bem-estar saúde-social e ausência de conformidades, abrangendo o direito de ser, estar e acessar serviços de saúde que garantam esse bem-estar, com acesso direto à informação e poder de decisão. A discussão ultrapassa o âmbito do processo gestacional e abrange a questão do planeamento reprodutivo como um direito fundamental de todas as pessoas, furando a bolha biológica e aderindo também os aspectos psicossociais e culturais.

Na elaboração de estratégias de saúde, especificamente SSR de populações imigrantes, é fundamental que os aspetos sociodemográficos e culturais estejam no centro das discussões em torno do tema diante dos movimentos migratórios dentro da realidade portuguesa.

Segundo o INE e SEF (2021), Portugal ocupou o 18º lugar no ranking de países europeus com maiores fluxos imigratórios, registrando quase 700 mil pessoas imigrantes no país e o triplo de novas entradas quando comparadas com a emigração, com múltiplas realidades e culturas coexistindo no país.

De acordo com o INE (2021), a maioria das populações imigrantes são de origem brasileira e outras proporções remetem a países como Cabo Verde, Angola, Roménia, Ucrânia, Reino Unido, Guiné e outros países do Leste Asiático, como Bangladeche, Índia e Paquistão, além de outros países.

É perceptível que há uma grande variedade cultural no país, onde profissionais de saúde demonstram-se conscientes da diversidade sociodemográfica das populações imigrantes e que as realidades dessas populações são impactadas por diversos fatores que mesclam a documentação, língua e cultura. (Darsie et al., 2014; Nielsson et al., 2019; De-María et al., 2024).

As vivências e características quotidianas das populações imigrantes em Portugal nos serviços de saúde, de acordo com as pessoas entrevistadas, divergem mediante o poder de acesso, documentação de entrada e permanência, nacionalidade e género que, consequentemente, é refletida em diferentes perspectivas de cuidado, grau de escolaridade, habitação, bem-estar e integração sócio-cultural.

A taxa de desemprego entre as pessoas imigrantes alcançou os 12.9% (o dobro da população nacional) (INE, 2021), menor qualidade empregatícia, maior risco e taxa de pessoas com formação superior em situação de sobrequalificação, menores salários em comparação com a média nacional, maior prevalência de patologias como alcoolismo, tuberculose (Brito et al., 2018; Nielsson et al., 2019; Costa et al., 2022) e patologias cardiovascular, hipertensão, diabetes, doença respiratória crónica e cancro, diagnosticado tardiamente (Machado, 2011).

Além disso, essas populações são caracterizadas por superlotação de alojamentos e baixa adesão à moradia própria (INE, 2021), além de casos de xenofobia como relatado por Fernandes, Peixoto e Oltramari (2021) ou representações estereotipadas como apontado por Queiroz, Cabecinhas e Cerqueira (2020), de acordo com alguns relatos apresentados nas entrevistas.

Apesar de ser a proporção populacional com maior número de contribuintes para com a Segurança Social, conforme o INE (2021), são os detentores de menos ações sociais ao que se refere à mesma entidade. Em tempo, ainda realça-se a elevada taxa de gravidez na adolescência em Portugal, com maior incidência entre adolescentes imigrantes (Carmona e Ramos, 2019).

Parte das pessoas entrevistadas considera que a literacia em saúde seja equiparável entre a população nacional e as populações imigrantes, no entanto, relatam que as realidades são distintas no que diz respeito às experiências no sistema de saúde, o que torna indispensável compreender como ocorre o acesso e os efeitos, além das interações que permeiam a migração,

saúde e fatores como cultura, classe social, raça-etnia e língua, determinantes estes que influenciam a procura e permanência nos serviços de saúde, como também foi apontado por Nielsson et al (2019).

De acordo com Darsie et al. (2014), Moraes et al. (2021) e Sobreira et al. (2021), os relatos de falta de informação, orientação de ISTs, acesso à saúde e os desdobramentos no sistema de saúde são episódios recorrentes entre as pessoas imigrantes no que diz respeito à SSR e à saúde em geral. Nielson et al. (2019), Bonan (2020) e Costa et al. (2022) demonstraram que essas populações têm os piores índices de saúde quando se fala de mortalidade materna, perinatal, infantil, prematuridade, incidência de ISTs, violência, procura dos serviços de emergência e estado avançados de doenças.

O debate agrava-se diante do recorte racial no qual, conforme Costa et al. (2022), as mulheres imigrantes negras apresentam menor satisfação em comparação às mulheres brancas no que diz respeito às assistências às quais têm acesso, tanto pelo componente racial como também pelo histórico e avanço da medicina cujo base se reveste em experiências em corpos negros. Em geral, as populações afrodescendentes descrevem micro-agressões em vários âmbitos, quer seja da saúde, da educação, da justiça, da habitação ou do trabalho.

Fatos esses reforçados pelos estereótipos sobre culturas não europeias, que, como apontado por Queiroz, Cabecinhas e Ortamari (2021), permanecem no imaginário social. A raça é uma construção social-histórico baseada em dois elementos: a diferença e o poder, os quais sustentam o discurso de corpos classificados, inferiorizados, essenciais e naturalizados de acordo com suas características físicas e culturais, em detrimento de outros corpos que estão na outra margem, considerada racional, superior ou moderna. Consequentemente, tal conceito foi utilizado como base de justificativa da escravisão, imposição do cristianismo, objetificação social e sexual de corpos não brancos.

Quando se fala de saúde e migração, não há como desconsiderar os desdobramentos de fatores que limitam a capacidade de acesso e vivência das pessoas. Torna-se fundamental compreender o quão diferentes cultural e sociodemograficamente são as populações imigrantes que residem em Portugal para pensar em saúde e as suas políticas. É importante destacar que a migração pode variar conforme o nível de renda, nacionalidade e etnia, resultando numa ampla gama de experiências (Nielsson et al., 2019; Queiroz, Cabecinhas e Ortamari, 2021). A interação desses fatores tende a ser mais intensa na imigração de origem clandestina ou irregular de grupos específicos como pessoas refugiadas, requerentes de asilo (Machado, 2011; Nielsson et al., 2019).

Como relatado aos longo das entrevistas, não há uma portaria ou política de saúde sexual e reprodutiva específica à populações imigrantes, no entanto o acesso à saúde no geral é respaldado pelo artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto e números 1 e 2 da Base 21 da Lei de Bases da Saúde (LBS) no qual prevê que qualquer pessoa portuguesa de nacionalidade ou com residência permanente ou temporária, natural de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional e migrantes, cuja situação esteja ou não regularizada nos termos jurídicos aplicáveis, tem o direito ao cuidado em todas as esferas assistências do Sistema de Saúde Nacional (SNS) (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2022).

Por mais que os serviços de saúde sejam gratuitos e universais, uma realidade reforçada ao longo das entrevistas, vale lembrar que os cuidados em Urgência acarretam um custo variável de acordo com o espaço provedor desse serviço que por meio da Segurança Social, com a devida situação normalizada e pagamentos correntes, a cobrança dos serviços de saúde no SNS torna-se equivalente a das pessoas nacionais, incluindo todo o agregado familiar dessa pessoa imigrante. Não podendo arcar com os custos dos cuidados de saúde, existe a possibilidade de recorrer com a aquisição do “atestado de carência”, obtido junto a Segurança Social e a Junta de Freguesia, consagrado no Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro, no qual ocorre uma avaliação para averiguar se a situação e, caso cumprir os requisitos previstos na lei, a pessoa pode ter à isenção do pagamento de taxa moderadora (ODSF, [2012]; DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2022; SNS 24, [2023]).

O acesso aos serviços de saúde, em Portugal, ocorre por meio do SNS e por iniciativa privada e, sob perspectiva das pessoas profissionais de saúde entrevistadas, é caracterizado como uma rotina preventiva no qual a sua busca ocorre, majoritariamente, pelas urgências, casos avançados da doença e acompanhamento gestacional. Fato também mencionado por Nielsson et al. (2019), Bonan (2020) e Morais et al. (2021).

Essa procura se sustenta no nível de literacia em saúde, um conceito que varia consoante as compreensões sociais de saúde e SSR que, segundo as pessoas entrevistadas, diverge entre as populações imigrantes conforme o país de origem e o género. A causa também é atribuída aos aspectos culturais em que as pessoas optam primeiramente por receitas caseiras, automedicação e procura de farmácias sem prescrição, outras práticas de cuidados que não integram o biomédico e são decorrentes de limitações económicas, socioculturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, horários de funcionamento dos serviços, déficit de profissionais de saúde, tempo de espera, falta de programas e políticas de promoção em saúde com foco na imigração

(Machado, 2011; Brito et al., 2018). Os fatos também relatados nas entrevistas e que mostram um impacto significativo na saúde das populações imigrantes.

Ao longo das entrevistas foi reiterado o quanto os atravessamentos concernentes ao acesso à saúde traduzem em processos burocratizados pela documentação e legalização no país (documentos de residência, NIF, NISS, número de utente), as barreiras sócio-linguísticas na comunicação profissional-utente, formação profissional e poder financeiro.

A obstrução no sistema de saúde causada pela burocracia na legalização das pessoas em Portugal por meio da AIMA - Agência para a Integração, Migração e Asilo (substituto do Serviços de Estrangeiros e Fronteiras - SEF) é significativa (Brito et al., 2018) e a situação piorou ainda mais com a extinção do antigo SEF no dia 29 de outubro de 2023, dividido em 7 áreas de atuação, na qual a AIMA está inserida (OBSERVADOR, 2023), o que aumentou as dificuldades no processo de legalização diante da nova reestruturação. Dificuldades que ainda precisam ser solucionadas, de acordo com a SIC NOTÍCIAS (2024), mas vale salientar que a agência já tem mais de mil queixas no Portal da Queixa (SIC NOTÍCIAS, 2024).

A permanência nos espaços de cuidados é também influenciada por inúmeros fatores sendo o próprio espaço por vezes são caracterizados como antagonistas ao acesso e assistência integral, no qual tais fatores atravessam, violentamente, género, raça-etnia e religião. Dessa forma, de acordo com Petry et al. (2021), favorece o aumento da vulnerabilidade das pessoas imigrantes, que pode ser dividida em três esferas: individual, social e política.

Outro ponto apontado e que causa inquietação são os rumos decorrentes das novas e futuras circunstâncias políticas, o que leva a questionamentos sobre o caminho que se pode tomar em relação aos direitos reprodutivos e sexuais nesse contexto, além de questionar a representação na escolha de políticas e estratégias sociais e de saúde. Conforme destacado por Monteiro (2022), é importante prestar atenção a iniciativas como o *Backlash* de 2015 - o projeto "Iniciativa Legislativa de cidadãos pelo direito de nascer".

A língua também é um outro fator que interfere no acesso e permanência nos serviços de saúde, como mencionado pelas pessoas ouvidas, também por Brito et al. (2018), Nielsson et al. (2019), Queiroz, Cabecinhas e Cerqueira (2020), Fernandes, Peixoto e Ortomari (2021).

Além das barreiras linguísticas, a saúde-doença dessas pessoas é afetada pelas relações de género e que são, constantemente, de submissão das mulheres e agravadas pela baixa escolaridade, especialmente, das mulheres do Leste Asiático de países como Paquistão, Índia, Bangladeche e Nepal.

As pessoas entrevistadas afirmaram que as mulheres são as que mais procuram os serviços de saúde, como também apontado por Darsie et al. (2014), Brito et al., 2018, Nielsson et al., 2019 e Ayaz et al., 2021), quando comparada com os homens.

Quanto à faixa etária, profissionais apontam que jovens de 16 a 25 anos são as pessoas que mais procuram os serviços. Autores como Brito et al. (2018) e INE (2021) apontam que as pessoas que mais imigram possuem idade compreendida entre 20 e 49 anos.

Como apontado por Darsie et al. (2014) e Ayaz et al. (2021), são várias situações nas quais a adesão das mulheres aos serviços de saúde, tomada de decisão de um tratamento ou acompanhamento clínico como nos casos de métodos contraceptivos é mediante o consentimento dos maridos ou o não acompanhamento por um profissional de saúde masculino em detrimento de normas culturais.

As desigualdades de género oportuna disparidades e violências que retratadas, corriqueiramente, pelas populações imigrantes com carácter negativo para as mulheres no que toca a SSR e outras instâncias do quotidiano como menor poder de decisão, subemprego (Nielsson et al., 2019; Sobreira et al., Ayaz et al., 2021) ou aceitação de trabalho sem contrato, longas jornadas de trabalhos de 12 horas, classificação de mão de obra barata e precária, assédio laboral. (Queiroz, Cabecinhas e Cerqueira, 2020; Fernandes, Peixoto e Ortamari, 2021).

As violências pautadas no género são diversas, como apontado nos estudos de Campos et al. (2019), as mulheres imigrantes brasileiras vivenciam diversos tipos de violência ao longo do processo migratório no qual foram descritas violência psicológicas, moral, física, sexual, financeira, tortura e tráfico, cujos autores são variáveis e compreendem suas parcerias e ex parcerias, empregador, agente da lei. Situações acima referidas podem desencadear vários desfechos na saúde destas mulheres decorrentes do sofrimento psíquico e outros acometimentos físicos e mentais. Mas trata-se, infelizmente, de uma realidade não apenas das brasileiras mas de toda mulher em situação de imigração (Darsie et al., 2014; Nielsson et al., 2019; Fernandes, Peixoto e Oltramari; 2021).

Como motivos da perpetuação dessas violências cotidianas pode-se nomear o receio de represálias, sentimento de vergonha e risco de perda dos filhos ou dependência econômica em casos de violência do parceiro. Ainda, a dificuldade em lidar com a adaptação aos padrões socioculturais pode agravar a vulnerabilidade dessas mulheres (Campos et al., 2019) cujos relatos são pontuados em sentimento de solidão, ausência de laços profundos, insegurança em relação ao envelhecer, hipersexualização (Bonan, 2010; Queiroz, Cabecinhas e Cerqueira, 2020).

Dessa forma, a contextualização das realidades das populações imigrantes e a compreensão da interseccionalidade que abriga a cultura, género, etnia, classe social, o processo de legalização e outros elementos, bem como as consequências dessa interação nas suas vidas, são fundamentais para a fomentação de qualquer prática assistencial em saúde dessas pessoas, uma vez que as vivências são diversas e são impactadas em diferentes instâncias por tais fatores.

Entretanto, as respostas sobre a posição dos aspetos socioculturais na discussão da SSR e da saúde em geral demonstram que este tema é relevante e de grande relevância para os profissionais de saúde e para a sociedade, mas não é considerado na elaboração de estratégias em SSR, assim como o processo migratório não é considerado um fator de saúde relevante. E os modelos de assistência são limitados e embasados na população nacional, unicamente.

Como já apontava Darsie et al. (2014) e Martins (2021), a escassez de programas voltados para SSR de populações imigrantes continua sendo uma realidade sócio-política até a atualidade em Portugal.

Contudo, é notório que Portugal apoia e incentiva estratégias que visam o acesso adequado e a integração das populações imigrantes, incluindo a saúde. Dentre os planos já elaborados, são possíveis mencionar cinco: Plano Estratégico para as Migrações que atua na inclusão social, confronto à discriminação e sensibilização da pluralidade cultural e religiosa, cuja prioridade visa a fomentação de políticas de integração de imigrantes, integração de novas cidadanias, gestão dos fluxos migratórios, fortalecimento da legalidade migratória e suporte ao retorno de emigrantes nacionais; Rede de Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante (CNAI), assistência em várias áreas que inclui saúde, emprego, habitação e educação; Planos Municipais para a Integração de Migrantes, estratégias locais que atuam na melhoria ao acesso à saúde e outros serviços; Alto Comissariado para as Migrações, coordenação de iniciativas e políticas de integração à imigrantes, articulação com entidades públicas e privadas na prestação de serviços; e a Linha de Apoio ao Imigrante, suporte telefónico que opera ofertando informações e apoio imediato para diversas áreas que inclui a saúde (Reis et al., 2020; ACM, 2024).

Essas diretrizes expressam o compromisso de Portugal em fomentar uma integração efetiva dos imigrantes, reconhecendo a relevância de prover acesso adequado aos serviços de saúde como uma parte essencial desse processo. No entanto, tais ações não se debruçam sobre a SSR de pessoas imigrantes, em específico, não havendo assim estratégias que atuam nos âmbito político e social como também na esfera de educação-saúde que inclui a formação de recursos humanos em saúde.

Adequação da formação dos profissionais de saúde em SSR em relação à população migrante.

No que diz respeito à educação em saúde, o processo envolve a capacitação tanto profissional quanto pessoal de todas as pessoas especialistas da área, a fim de adquirir conhecimentos técnicos e éticos ao longo dessa jornada. (Anastácio, 2018)

As instituições acadêmicas, enquanto provedoras de recursos humanos em saúde, capacitação e formação de base e contínua, detém uma influência incomensurável na sensibilização social. É essencial que estas mesmas instituições estejam sensibilizadas quanto à temática e que a capacitação de profissionais seja adequada às demandas sociais de cada população, a fim de que as políticas de saúde sejam eficazes e proativas (Campos, Mianes e Bottan, 2017; Petry et al., 2021)

As pessoas afirmaram que não houve nenhuma atividade educativa - seminário, aula, disciplina, seminário, palestra - durante suas formações acadêmicas, Medicina e Enfermagem, que abordasse a SSR em um contexto migratório, passando despercebida em sala de aula ou em atividades extracurriculares ou estágios/internato.

Referente a pós-graduação, apenas uma pessoa mencionou ter discutido sobre o assunto durante o estágio, uma situação oportuna já que se tratava de um local com grande número de imigrantes, mas não era um tópico obrigatório no currículo das formações.

É perceptível um alinhamento acadêmico com uma adequação pedagógica sócio-cultural incongruente às realidades migratórias nos cursos de saúde - medicina e enfermagem, assim como também na pós-graduação, como evidenciado nas entrevistas, no qual o modelo de assistência foca apenas na saúde da população nacional quando o assunto é sobre SSR e o embasamento referente à SSR e migração não existe. Como realçado por Pereira et al. (2018) e Ferreira e Detoni (2021), as mudanças nos currículos de saúde são essenciais para garantir indicadores de saúde e satisfação profissional. Contudo, programas de ensino enfrentam desafios como conceitos conservadores, hegemonia do modelo biomédico, necessidade de capacitação de preceptores e exaustão devido a cargas.

Os relatos da maioria dos entrevistados evidenciam a sensação de falta de preparo, uma vez que a formação de base não os oferece o tema dentro do contexto da migração, mas sim sob uma perspectiva geral, ou seja, fundamentada nas demandas da população autóctone. Essa percepção enfatiza o reflexo do direcionamento acadêmico no qual projeta, continuamente, suas pedagogias em controverso com a realidade multicultural e migratória crescente no país.

De acordo com Martins (2021), a abordagem do tema SSR e migração ocorre raramente nas formações em saúde e os desafios para com as necessidades das pessoas imigrantes é

significativo e, apesar da disponibilidade e gratuidade dos serviços de planeamento reprodutivo, metade das mulheres imigrantes em Portugal admitem não terem participado de uma consulta de planeamento reprodutivo e boa parcela desconhece onde e como acessar métodos contraceptivos gratuitamente.

Em tempo, as pessoas mencionaram com entusiasmo a possibilidade de incluir o debate sobre a SSR das população imigrantes em cursos de saúde, tanto nas formações de base quanto nas pós-graduações, com uma abordagem mais ampla no qual se discute a SSR e os aspectos que afetam a saúde, que inclui os socioculturais, além da perspectiva biológica apenas. Essas atividades educativas seriam mais propícias no final dos cursos de formação de base e em qualquer estágio da pós-graduação, considerando todo o processo de formação e amadurecimento estudantil e proximidade com a prática profissional.

Ao longo da vida profissional, profissionais relataram as suas participações em cursos e congressos que trataram da temática e ocorreram por demanda própria para a aquisição de novos conhecimentos diante dos desafios nos locais de trabalho e também pelo contexto laboral, como incentivo da entidade empregadora.

Mas é importante salientar que, em geral, os cursos focaram quase exclusivamente no tema da Mutilação Genitália Feminina, ponto significativo no debate da SSR de pessoas imigrantes diante do grande número de pessoas que vêm de países onde a prática é uma realidade vivida por meninas, mulheres e toda pessoa com genitália feminina, e também em Portugal, mesmo que a prática seja penalizada desde 2011 no território nacional e as várias estratégias de sensibilização e erradicação da prática, como aponta DW (2023).

O questionamento é que, apesar dos avanços que envolvem o tema, não deve ser o único direcionamento da discussão sobre SSR de pessoas imigrantes como estratégias pedagógicas. Esse seria o ponto inicial do ‘Iceberg’ na discussão, considerando a diversidade de populações que existem no território português.

Os impactos da abordagem do tema são percebidos de forma positiva, as pessoas realçaram as mudanças de perspectivas em relação às populações imigrantes, cultura e visões sobre saúde que, consequentemente, permitiu ampliar sua visão de cuidado e adaptação às demandas populacionais, maior proximidade e laços mais sólidos, além do crescimento pessoal.

Como apontado por Ladak et al. (2020), Livingstone et al. (2023) e De-Mária et al. (2024), o aprofundamento em torno dos fatores sócio-culturais na saúde, a compreensão das suas interações e seus impactos, permite com que a conexão profissional de saúde e utente seja maior, bem como a sua adesão aos serviços, melhores resultados de saúde e satisfação. Caso

contrário, estratégias que não considerem estes fatores em decorrência de intervenções de saúde em determinadas populações ou grupos, podem aumentar ainda mais as iniquidades em saúde.

Assim, visando à integração do tema na construção do processo saúde-doença e à prestação de assistência eficaz, bem como à melhor adequação profissional às demandas das populações imigrantes, foram feitas recomendações às esferas da educação - desde a formação básica até a pós-graduação. Essas recomendações incluem a reformulação dos currículos pedagógicos e a realização de pesquisas específicas com o objetivo de conscientizar sobre a multiculturalidade presente no país e capacitar especialistas em saúde para lidar com as demandas dessas populações, bem como em saúde e integração social em geral.

Além disso, foi apontado também a atuação das organizações empregadoras na implementação efetiva da Educação Permanente em Saúde, da articulação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outras instituições de saúde, como as juntas médicas e outras categorias profissionais, além da promoção da participação social e do aumento da literacia em saúde. O que vai de encontro ao que é apontado por Teixeira, Gaspar e Lucas (2022) referente ao papel importante das organizações na implementação de estratégias de sensibilização sociocultural.

A discussão sobre saúde e sexualidade é alvo de diversas relutâncias conservadoras (Santos et al., 2020; Palma, Petry et al., 2021). É necessário repensar como as escolas de saúde devem se adaptar a esses contextos (Petry et al., 2021), considerando os modelos pedagógicos que fomentam o conservadorismo e o modelo biomédico hegemônico (Pereira et al., 20218), bem como as assistências com cunho estereotipado (Diego et al., 2019).

A falta de sensibilização do corpo docente em relação ao tema também indica a necessidade de investimentos em pesquisa científica e consciencialização acadêmica e social, da aplicação efetiva da Educação Permanente em Saúde na Academia, e não somente nos locais de saúde, e que a discussão seja discorrida além da biologia, compreendo o contexto sociocultural no qual as pessoas estão inseridas como determinantes que impactam a sua saúde (Petry et al., 2021). No entanto, é controverso lidar com populações multiculturais existentes no mesmo espaço sem acesso ao básico teórico e com assistências focadas exclusivamente na população nacional ou que não abrangem valores culturais dessas mesmas populações.

Assim, com o objetivo de sensibilizar as pessoas docentes e também aquelas que já estão na prática, ou seja, pessoas formadas, uma das orientações para a conscientização dessas pessoas é a Educação Permanente em Saúde que, conforme Silva et al. (2020), repensa a antiga Educação Continuada e enfatiza o aprendizado através da aplicabilidade do trabalho - vivência

profissional e serviços de saúde, com ferramentas que possam desencadear o remodelando de estilos de vida e críticas profissionais.

A sensibilização dos aspectos socioculturais e capacitação de recursos humanos em saúde, como demonstrado por Ladak et al. (2020), é fundamental na fomentação de políticas de saúde, o qual impacta diretamente a saúde das pessoas imigrantes.

De acordo com De-María et al. (2024), o alcance de uma sociedade mais justa e que compreende à multiculturalidade e aos serviços de saúde como um todo são necessárias duas estratégias complementares cruciais: o cuidado centrado na pessoa-paciente e a competência cultural, ambas permitem o reconhecimento das diversidades socioculturais, no entanto, divergem em relação ao objetivo, sendo que o CCP tem como foco a pessoa-utente e o contexto social da mesma, estimulando a autonomia, participação ativa, satisfação e empoderamento, além de reparar os limites do modelo biomédico tradicional quanto à rigidez e insensibilidade à diversidade cultural; e a competência cultural (CC) atua na sensibilização de profissionais sobre a interseccionalidade de diversos determinantes de saúde e o contexto sociocultural num sistema e a consciencialização das próprias atitudes.

Em decorrência à estigmas e perspectivas singulares por parte de profissionais de saúde, vale também propor abordagens com mais interculturais para assim possam rever as suas práticas e particularidades, permitindo uma melhor adaptação entre todas as pessoas envolvidas no processo de cuidado - a pessoa prestadora de cuidados e a pessoa-utente, maior adesão aos serviços de saúde, satisfação, melhor qualidade e eficácia das assistências disponibilizadas e, consequentemente, a diminuição de disparidades (Gaspar et al.; Matheus et al., 2020; De-María et al., 2024).

Além disso, ressalta-se a subjetividade de profissionais que também estão envolvidos nesse processo, configurando uma dualidade de vivência enquanto a pessoa que provém e que também pode ocupar o espaço de ser cuidado. Há também inúmeros imigrantes profissionais, tanto por motivações de formação como outros tantos como descendência de imigrantes, também apontado por Ayaz et al. (2021).

Outra abordagem que pode ser adicionada às outras duas estratégias é a Educação Antirracista, cujo objetivo é combater o racismo, a xenofobia e possibilita identificar as disparidades entre diferentes espaços e sistemas, incluindo educação e saúde. Análogo à CC, é possível expandir o conhecimento, incentivar o reconhecimento e o respeito às diferenças, promover mudanças sociais e educacionais relacionadas à equidade, acesso e justiça social, além do empoderamento social na tomada de decisões na fomentação de políticas (Lei e Guo, 2022).

Essas táticas, com os dados apresentados por Queiroz, Cabecinhas e Cerqueira (2020), Fernandes, Peixoto e Oltramari (2021), INE (2021), Costa et al. (2022), em relação às diversas violências e disparidades ao longo do processo de migração, e considerando a diversidade cultural presente no território nacional português, mostram-se de grande relevância no processo de repensar sobre saúde e SSR, a reorganização do sistema de educação e saúde para atender às necessidades das populações imigrantes, o olhar social e de integração para essas populações, uma vez que as existentes não são específicas para a imigração. E essas estratégias devem ser implementadas de forma complementar e contínua, promovendo mudanças sistêmicas e rigorosas.

Portanto, é fundamental que as estratégias de atuação em educação-saúde e social de profissionais de saúde com foco nas populações imigrantes sejam orientadas pelas suas necessidades, integrar as dinâmicas socioculturais aos sistemas de ensino-saúde a fim de reduzir as disparidades existentes, garantir uma assistência de qualidade e profissionais conscientes da diversidade e capacitados tecnicamente. Além disso, é importante que essas populações estejam envolvidas na discussão de qualquer política de saúde voltada para elas.

Precisa-se rever os serviços de saúde SSR no país, considerando a diversidade cultural que habita o território nacional e a adaptação às suas demandas e contextos socioculturais, debruçando sobre como os atravessamentos e seus impactos se estruturam na vida e nos sistemas de saúde de forma a mitigar as possíveis diferenças em todo o processo social, incluindo a migração, e, assim, promover espaços de acolhimento e táticas efetivas e de qualidade em saúde.

Estratégias têm sido elaboradas em Portugal, não com foco específico à SSR de pessoas imigrantes, mas que buscam a inclusão de toda e qualquer população. Profissionais de saúde demonstraram disposição para aprender e adquirir novos conhecimentos que possam auxiliar na sua atuação e adequação da sua prática às demandas das populações imigrantes, no entanto, é importante salientar que o caminho ainda é longo.

Logo, em relação ao objetivo geral conclui-se que profissionais de medicina e enfermagem atuam, corriqueiramente, nos quais relatos são feitos atravessados de barreiras sociolinguísticas e além de todo o contexto que o processo migratório impacta na vida das pessoas imigrantes. Com as inadequações que se verificam nas suas formações de base e contínua, revelam não se sentirem que suas práticas aptas para as demandas específicas das populações imigrantes e expressam o forte interesse na complementação de cursos e outras atividades educativas que permitem a aquisição de conhecimentos e preparos diante dos grandes movimentos migratórios no país. Em tempo, apontam que a adequação das práticas e dos

serviços não lhes compete apenas a si, as instituições de ensino também possuem um peso importante na habilitação técnica-científica enquanto fonte fomentadora de recursos humanos em saúde, no qual estratégias educativas visam ser necessárias serem implementadas nos currículos das formações em saúde, além da capacitação do corpo docente também. E as entidades empregadoras também possuem um papel fundamental na manutenção da capacitação de profissional e o contato direto com as populações, no qual ressalta-se que os serviços de saúde precisam ser estruturados para atender as demandas das populações imigrantes em todas suas complexidades.

Por fim, a respeito das limitações salienta-se a necessidade de mais estudos para debater o tema, uma vez que são poucas as referências bibliográficas que tratam da saúde sexual e reprodutiva no contexto da migração e, notoriamente, nenhuma que abordasse a perspectiva de profissionais e a construção de estratégias em saúde no cenário português.

Levando em conta a metodologia do estudo, é importante destacar que a amostragem pode ter limitações, uma vez que a mesma é bastante limitada para cobrir a diversidade de perfis e características dos recursos humanos em saúde.

A seleção de participantes foi muito desafiante por se tratar de uma pesquisa com profissionais de saúde, no qual as principais razões de recusa se concentraram na falta de disponibilidade para participar, dificultando o acesso. Além disso, apesar de não ser explícito, é importante considerar o receio para críticas ao sistema de saúde de forma aberta, tendo em vista as consequências profissionais.

Esse modelo utilizado também limita o número de pessoas entrevistadas, o que resulta em dificuldades para acessá-las para entrevistas. As redes sociais das pessoas que participaram também apresentaram limitações, limitando as indicações e a ampliação da variedade de perfis.

7. Considerações finais

Ao longo do estudo, foram demonstradas as perspectivas de profissionais de saúde que atuam nos diferentes contextos de cuidados possíveis em Portugal, com formação académica de base e contínua dentro e fora do contexto do tema, em diferentes lugares do país. Os direcionamentos quanto à saúde sexual e reprodutiva, tanto da população nacional como imigrantes, ainda continuam sendo limitadas referentes aos pontos de abordagem e focos de atuação, cujo acesso é refletido quase que exclusivamente à métodos contraceptivos e o processo gestacional (gestação, parto e pós parto).

Apesar da valorização do nível técnico nas áreas de formação na abordagem geral do cuidado, bem como o reconhecimento da diversidade sociocultural das populações imigrantes presentes no país, ficou evidente que a maioria das pessoas entrevistadas não se sente capacitada para lidar com o assunto em questão. São necessários que cursos e atividades educativas sejam desenvolvidos com esse objetivo, além da inclusão do tema nos currículos dos cursos de formação ou atividades que permitam a consciencialização de profissionais também ao longo da prática.

Mesmo com os progressos significativos na promoção de políticas de saúde em Portugal ao longo dos anos, há lacunas em relação a estratégias específicas para populações imigrantes, as quais enfrentam dificuldades para acessar e permanecer no sistema de saúde devido a obstáculos como língua, poder aquisitivo, processo de legalização e violências sociais que afetam seus cotidianos.

Os aspectos socioculturais são considerados fatores de influência direta na vida e saúde das populações imigrantes, o que deve ser crucial para qualquer tática e estratégia educativa com foco nestas pessoas. No entanto, profissionais consideram que não sentem que os mesmos aspectos estejam presentes nas discussões de saúde, SSR e imigração. São necessárias atividades educativas que permitam a inclusão do tema nos espaços de ensino e saúde do país.

Dessa forma, as sugestões de melhoria são que estratégias como o cuidado centrado na pessoa, a competência cultural e a educação antirracista sejam aderidas nas instituições de ensino e saúde, demonstrando serem fundamentais para compreender o contexto e, consequentemente, promover cuidados de qualidade e inclusivos para essas populações, além de agregar no geral. A Educação Permanente em Saúde surge como uma possibilidade de aplicação contínua dessas táticas na sensibilização da docência, prática de profissionais e da sociedade como um todo.

8. Referências bibliográficas

- Alto Comissariado para as Migrações - ACM. Políticas de atuação em saúde de populações imigrantes em Portugal. [Acesso em 15 de jun 2024]. Disponível em: <<https://www.acm.gov.pt>>
- Ana W, Lemos G. Metodologia Científica: A pesquisa qualitativa nas visões de Lüdke e André. Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar. 2018; 4(12) 531-541.
- Alarcão V, Machado FL, Giami A. Emergência e institucionalização da sexologia em Portugal: processos, atores e especificidades. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2016.
- Anastácio Z. Os professores e educação sexual no ensino básico: necessidade de formação e sua importância na evolução conceptual. Florianópolis: UDESC. Projeto WebEducação Sexual: a educação no espaço escolar. 2018; p. 93-108.
- Ayaz B, Martimianakis MA, Muntaner C, Nelson S. Participation of women in the health workforce in fragile and conflict-affected countries: a scoping review, 2021.
- Barretto RS, Duarte M, Figueiredo AEB. 13 anos depois: diálogos sobre a Interrupção Voluntária da Gestação em Portugal. Ciência & Saúde Coletiva, 2022.
- Belo I A, Lemos AP, Gaspar P, Fernandes M, Moleiro P. Abordagem Sindrômica de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Adolescentes: das Recomendações às Práticas. Artigo original, 2022.
- Bonan C, Dias SF, Rocha CF, Horta R. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Ciência & Saúde Coletiva: Resenhas Books Reviews, 2010.
- Borges C, Geraldo G, Escada G, Nunes I, Mendes R, Fonseca C. Comportamentos sexuais de risco associados ao VIH/SIDA nos jovens dos 15 aos 24 anos: contributos para a prática de enfermagem. Journal of Aging And Innovation, 2018.
- Brandão SSC, Gonçalves BIC, Muniz MJB, Freitas ASF, Junior ARF, Anjos SJSB. Legislação trabalhista internacional e sua interface com a saúde materno-infantil. Enfermagem Foco, 2020.
- Brito D, Belkis M, Vilela I, Vilela N, Brito A. Obstáculos no Acesso à Saúde pelos imigrantes: Análise de Género. 2018; RIIS, vol. 1(1), 67 - 73.
- Busetto L, Wick W, Gumbinger C. How to use and access qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*. 2020; 2, 14(2).

- Campos MP, Lima GF, Moreira RMM, Oliveira LSO, Oliveira, EN. As tramas da violência no cotidiano de mulheres brasileiras em Portugal. ReTEP|Revista Tendências da Enfermagem Profissional, 2019.
- Campos L, Mianes SJ, Bottan ER. Autopercepção de acadêmicos de odontologia sobre o desenvolvimento de competências para atuar no Sistema Único de Saúde. *Revista Unimontes Científica*. Montes Claros. 2017; v. 19, n.1.
- Carmona AP, Ramos MN. Gravidez desejada na adolescência: Determinante étnico-cultural ou sociocomportamental? Atas CIAIQ: Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, 2019.
- Carvalho CP, Pinheiro MRM, Gouveia JAP, Vilar DGR. Perspectivas dos pais portugueses sobre a educação sexual em casa e na escola: implicações para a intervenção. Naviraí: Revista de Educação e Sociedade: Perspectivas em Diálogo. 2019; v. 6, n. 11, p. 5-40.
- Castro JF, Almeida CMT, Rodrigues VMCP. A (des)educação contraceptiva dos jovens universitários. *A Acta Paul Enfermagem*. 2020; n. 33, p. 1-7.
- Chauí M. O que é ideologia. *Brasiliense*, 1992. citado por Siqueira, T. C. B. Netto, A. M. L. Análise da educação sexual do Brasil e Portugal a partir de documentos oficiais. *São Leopoldo: Protestantismo em Revista*. 2018; v. 44, n. 02, pág. 176-195.
- Costa KAO, Brito LEF, Coimbra CVS, Lopes NCC, Depuydt DOS, Correia RN. Racismo Obstétrico em Portugal: Relato de experiência de um coletivo antirracista. *Fórum sociológico*. 2022; n. 41, p. 7-14.
- Cruz LZ, Andrade MS, Paixão GPN, Silva RS, Maciel KMN, Fraga CDS. Conhecimento dos adolescentes sobre contracepção e infecções sexualmente transmissíveis. Rio de Janeiro: Adolescência Saúde. 2018; v. 15, n. 2, p. 7-18.
- Darsie C, Rocha CF, Silva VC, Koetz APM, Gama A, Dias S. Saúde Sexual e Reprodutiva e Planejamento Familiar no contexto de imigrantes brasileiras e africanas que vivem em Portugal. Sobral: Sanare. 2014; v. 13, n. 2, p. 8-17.
- De-María B, Topa G, González MA. Cultural competence interventions in European Healthcare: A scoping review. *Saúde (Basiléia)*. 2024; 12(10):1040.
- Deutsche Welle (DW). Portugal: A luta contra a mutilação genital prossegue; 2023 [Acesso em 15 jun 2024]. Disponível em: <Portugal: A luta contra a mutilação genital prossegue – DW – 06/02/2023>.
- Duarte F, Rua N, Gomes D, Peixoto VR, Azevedo D, Graça D, Teixeira I, Fernandes I, Frutuoso J, Carvalho M, Redondo M, Silva A, Faria A, Lopes A, Varino F, Gomes J,

- Tomaz M, Figueiredo V, Almeida A, Ribeiro B, Oliveira C, Pinto D, Santana M, Araújo R, Ribeiro S. Profilaxia Pré-Exposição para o Vírus da Imunodeficiência Humana no Currículo Médico em Portugal: Uma Análise Transversal. *Acta Medicina Portugal*; 2022.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio; 2022 [Acesso em. 15 jul. 2024]. Disponível em WWW: <URL: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>>.
 - Diogo P, Oliveira M, Baltar P, Martins H. As experiências dos estudantes rapazes em ensino clínico de enfermagem na área da saúde sexual e reprodutiva: competência emocional e género. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. 2019; v. 3.
 - Entidade Reguladora de Saúde - ERS. Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde; 2023 [acesso em 08 de julho de 2023. Disponível em: <ERS - Acesso de imigrantes à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS)>.
 - Fernandes D, Peixoto J, Ortamari AP. A quarta onda da imigração brasileira em Portugal: uma história breve. *RELAP - Revista Latinoamericana de Población*. 2021; v. 15, n.29: 34-63.
 - Ferreira DGS, Detoni PP. Saúde e migrações no Sul do Brasil: demandas e perspectivas na educação em saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2021; v. 31(4), e310405.
 - Ferreira E, Santos MJ, Figueiredo A, Ferreira M. Desenvolvimento das Políticas e dos Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *História da Ciência e Ensino*. 2019; v. 20, pág 303 - 315.
 - Gaspar AMFCC, Branco CB, Pedro CFS, Nunes DF, Alves NSA, Reis A. As estratégias de Enfermagem Adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas - Uma scoping review. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 2020, v. 8, nº 1, pág. 215-222.
 - Godinho AM, Florentino DMN, Violante FF, Dias H, Coutinho E. O enfermeiro promotor da saúde sexual e reprodutiva na adolescência: O caso do planeamento familiar. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 2020; v. 8, n. 1, pág. 358-370.
 - Krouwel M, Alegre K, Greenfield S. Comparing Skype (video calling) and in-person qualitative interview modes in a study of people with irritable bowel syndrome - an exploratory comparative analysis. *BMC Medical Research Methodology*. 2019; n. 219.

- Ladak LA, Gallagher R, Hasan BS, Awais K, Abdullah A, Gullick J. Exploring the influence of socio-cultural factors and environmental resources on the health related quality of life of children and adolescents after congenital heart disease surgery: parental perspectives from a low middle income country. *Journal of Patient Reported Outcomes*, 2020.
- Ladrões GML, Bennett LR, Spagnoletti BRM, Wilopo SA. Facilitators and barriers for the delivery and uptake of cervical cancer screening in Indonesia: a scoping review, 2021.
- Leite PL, Torres FAF, Pereira LM, Bezerra AM, Machado LDS, Silva MRF. Construção e validação de podcast para educação em saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, 2022.
- Levy MS, Finch L, Lindsay KA, Jeudin P, Huang M. Leveraging teachable moments in cancer prevention by improving HPV vaccination in health professional students (HPS): A systematic review, 2022.
- Lei L, Guo S. Beyond multiculturalism: revisioning a model of pandemic anti-racism education in post-Covid-19 Canada. *International Journal Of Anthropology and Ethnology*. 2022; 6, Article number 1.
- Livingstone KM, Amor P, Mathers JC, Kirkpatrick SI, Olstad DL. Cultural adaptations and tailoring of public health nutrition interventions in Indigenous peoples and ethnic minority groups: opportunities for personalized and precision nutrition. 2023.
- Machado RS. Migração em Portugal e na Europa: determinantes e impacto na saúde. LEIASS – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde, 2011.
- Marques P, Madeira T, Gama A. Ciclo menstrual em adolescentes: percepção das adolescentes e influência da idade de menarca e excesso de peso. *Rev Paul Pediatr*. 2022;40:e2020494.
- Martins AJM. Necessidades e Acesso ao Planeamento Familiar e Satisfação com a Saúde Sexual e Reprodutiva em Mulheres Imigrantes em Portugal. Estudo Geral: Repositório científico da UC, 2021.
- Martins MFS. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014.
- Matheus C, Oliveira E, Marante S, Capucho S, Ladeira S, Cordeiro R, Calha A. Transculturalidade: Uma realidade nos cuidados de saúde. *Saúde & Sociedade*, 2020.
- Miranda P, Moleiro P, Gaspar P, Luz A. Contraception for Adolescents: Knowledge and Practices in Portugal. *Acta Medicina Portugal*, 2019.

Referências bibliográficas

- Monteiro AMPC, Pires ZAN, Pimentel MH, Mata MAP. Contraceção Oral de Emergência em Estudantes do Ensino Superior de uma Escola de Saúde. 2019; ISSN 2182-6277, v. 6 (1).
- Monteiro R. (2022). A agenda portuguesa da descriminalização do aborto à luz do backlash sob as forças políticas liberais e conservadoras. Cadernos pagos(64). 2022; e226416 ISSN 1809-4449.
- Morais MS, Padilla B, Rossetto CM, Almeida MSS. Human migration: reproductive health and stereotypes. Cadernos Saúde Coletiva, 2021.
- Mouro EPG, Zuffo S. Políticas Públicas e Juventudes: Percursos no Brasil e em Portugal. Porto Alegre: Cadernos de aplicação, Pesquisa e reflexão em Educação Básica. 2021; v. 34, n. 1.
- Nelas P, Coutinho E, Chaves C, Amaral O, Cruz C. Conhecimentos sobre planeamento familiar em estudantes do ensino superior. International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2018; vol. 2.
- Nielsson JG, Sturza JM, Wermuth MAD. O Direito ao acesso à saúde reprodutiva de mulheres migrantes: Desvelando processos de precarização da vida. 2019; n. 3, pág 109 - 119.
- OBSERVADOR. SEF extinto, agência para migrações em funções. O que muda em 15 perguntas e respostas; 2023 [Acesso em 10 jun 2024]. Disponível em: <SEF extinto, agência para migrações em funções. O que muda em 15 perguntas e respostas – Observador>.
- ODSF - O Direito Sem Fronteira. O direito à saúde do imigrante em Portugal. [Acesso em 08 jul 2023]. Disponível em: <O direito à saúde do imigrante em Portugal ODSF - O Direito Sem Fronteiras. Estreite seus laços com Portugal>.
- Palma SEC, Presado MHCV. “Motivos que levam as mulheres a optarem por uma interrupção voluntária da gravidez: uma scoping review”. Pensar Enfermagem. 2019; v. 23, n. 1.
- Palma S, Presado MH, Ayres-de-Campos D. Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contraceptiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal. Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios. 2021; v. 8.
- Patias ND, Hohendorff JV. Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicologia em Estudo. 2019; v. 24, e43536.

- Peixoto J, Lascasas LR, Cruz MM, Ferreira A, Pinheiro P. Abortion by women request: 11 years of experience in a Local Health Unit. *Acta de Obstetria e Ginecologia Portuguesa*. 2021; 15(2):99-105.
- Pereira ALF, Guimarães JCN, Nicácio MC, Batista DBS, Mouta RJO, Prata JA. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. *REME: Revista Min Enfermagem*, 2018.
- Petry S, Padilha MI, Bellaguarda, MLR, Vieira AN, Neves VR. O dito e o não dito no ensino das infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enfermagem*, 2021.
- PGDL: Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Procriação Medicamente Assistida: Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho. [Acesso em 02 fev 2023]. Disponível em: <::: Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho (pgdlisboa.pt)>.
- Powell RM, Parish SL, Mitra M, Rosenthal E. Role of family caregivers regarding sexual and reproductive health for women and girls with intellectual disability: A scoping review, 2019.
- Pralon JA, Garcia DC, Iglesias A. Educação permanente em saúde: uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*. 2021; v.10, n. 14, e355101422015.
- Presado MH, Palma S, Cardoso M. Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2018; vol. 2.
- Queiroz CC, Cabecinhas R, Cerqueira C. Migração feminina brasileira e a experiência do envelhecimento em Portugal: sexismo e outros “ismos”. *Dossiê: Gênero, Deslocações e fronteiras no/ do mundo contemporâneo. Equatorial: Natal*. 2020; v.7, n. 12, jan/jun.
- Ramos ACN, Mota MLP, Guerra CV, Sá CM. A educação para a saúde nos primeiros anos de escolaridade em Portugal: Uma perspetiva a partir dos documentos curriculares oficiais portugueses. *Investigações em Ensino de Ciências*. 2023; v. 28 (1), pág. 176-189.
- Reis A, Spínola A, Chaves C, Santiago C, Coutinha E, Karimo E, Denis T. Mediação Intercultural em contextos de cuidados de saúde - Projeto MEiOs. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 2020; v. 8, n. °1, pp. 3-16.
- Rodrigues GA, Alves VH, Rodrigues DP, Pereira AV, Marchiori GRS, Oliveira MLB, Costa DDAS. Planejamento Reprodutivo e inserção de Dispositivo Intrauterino realizada por médicos e enfermeiras no Brasil. *Cogitare Enfermagem*. 2023; v. 28: e86717.

Referências bibliográficas

- Rodrigues MP, Pfaffenbach G, Zanatta A. Iniquidades raciais em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista da ABPN*. 2021; v. 13, n. 37.
- Santos H. Abordagens e práticas LGBTQ inclusivas nas escolas em Portugal: entre a marginalização, a desorientação e o assimilacionismo. *Revista Diversidade e Educação*. 2019; v. 8, n. 1, p. 259-283.
- Santos MJ, Almeida C, Figueiredo A, Castro J, Cardoso F, Raimundo F, Sousa MC. Sexualidade e Saúde: estudo de comportamentos sexuais e de vigilância da saúde em jovens adultos. *Motricidade*. 2019; v. 15, n. 4, pág. 2-7.
- Santos MJ, Nelas P, Ferreira M. Conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva em estudantes do ensino superior. *Revista de Psicologia*. 2021; n. 2, vol. 2, pág. 257-266.
- Santos MJO, Ferreira MMC, Ferreira EMS. Comportamentos de risco para a saúde sexual e reprodutiva: percepções dos estudantes do ensino superior. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2022.
- Schaefer R, Barbiani R, Nora CCRD, Viegas K, Leal SSC, Lora PS, Ciconet R, Micheletti VD. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018.
- Schroeter MS, Pereira ALF. Abordagem do tema do aborto no ensino de graduação na perspectiva das enfermeiras recém-graduadas. Rio de Janeiro: *Revista de Enfermagem UERJ*, 2019.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteira - SEF. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo; 2021 [Acesso em 02 ago 2023]. Disponível em: <RIFA2021 vfin2.pdf (sef.pt)>
- Silva, E. A. Oliveira, R. Andrade, D. Viude, A. Análise das atividades de educação permanente para profissionais da atenção primária à saúde. *UniGranRio*. 2020; v. 7, n. 2.
- SIC NOTÍCIAS. AIMA: ambiente mais calmo após resolução de problemas no site e alargamento do horário. [Acesso em 10 jun 2024]. Disponível em: <AIMA: ambiente mais calmo após resolução de problemas no site e alargamento do horário - SIC Notícias (sicnoticias.pt)>.
- SIC NOTÍCIAS. AIMA soma mais de mil reclamações no Portal da Queixa. [Acesso em 10 jun 2024]. Disponível em: <AIMA soma mais de mil reclamações no Portal da Queixa - SIC Notícias (sicnoticias.pt)>.
- Siqueira, T. C. B. Netto, A. M. L. Análise da educação sexual do Brasil e Portugal a partir de documentos oficiais. São Leopoldo: *Protestantismo em Revist*. 2018; v. 44, n. 02, pág. 176-195.

Referências bibliográficas

- SNS 24 - Serviços Digitais SNS 24. Isenção de taxa moderadora. [Acesso 13 jul 2023]. Disponível em: <Isenção de taxa moderadora (sns24.gov.pt)>.
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. Fim das taxas moderadoras no SNS. [Acesso em 05 jul 2024]. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/06/01/fim-das-taxas-moderadoras-no-sns-2/>>.
- Sobreira JVB, Sousa EG, Lima LSF, Carvalho CAF. Migração, refúgio e saúde sexual e reprodutiva de mulheres na América Central, Sul e EUA: revisão integrativa. Research, Society and Development, 2021.
- Teixeira G, Gaspar F, Lucas P. Nurse manager's role in promoting culturally competent work environments in nursing: An integrative review. New Trends in Qualitative Research, 2022.
- Thompson KMJ, Rocca CH, Stern L, Morfesis J, Goodman S, Steinauer J, Harper CC. Training contraceptive providers to offer intrauterine devices and implants in contraceptive care: a cluster randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2018 ;218(6):597.e1-597.e7.
- Ventura F, Moreira IMPB, Raposo V, Queirós PJP, Mendes A. A prática centrada na pessoa: da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2022.
- Villiers C, Farooq MB, Molinari M. Qualitative Research Interviews Using Online Video Technology - Challenges and Opportunities. Meditari Accountancy Research. 2022; 30(6), 1764-1782.
- Vilaça T. Metodologias de Ensino na Educação em Sexualidade: Desafios para a formação contínua. Araraquara: Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação. 2019; v. 14, n. 2, p. 1500-1537.
- Wallace PS, Lemos GC. Metodologia Científica: a pesquisa qualitativa nas visões de Lüdke e André. Mossoró: Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar. 2018; v. 4, n. 12.

9. Anexos

9.1. Termo de Compromisso Livre Consentido

Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Universidade Nova de Lisboa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Olá! Estou convidando-o(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das populações imigrantes em Portugal: a perspectiva de profissionais de medicina e enfermagem”. O objetivo deste estudo é compreender em que medida estes profissionais que lidam com a saúde sexual e reprodutiva das populações migrantes em Portugal e consideram que a sua formação de base e contínua os habilita a adequar a prática profissional, tendo em vista o aumento da adesão destas populações a estes serviços de saúde.

Para realizar nosso estudo, você terá que responder algumas perguntas que estão no nosso guião, as quais serão feitas pelo aluno mestrando Bruno Duarte e são referentes à saúde reprodutiva e sexual, migração, sua formação e perspectiva de cuidados. Para responder o questionário, levará cerca de 30 a 40 minutos.

Não é obrigado(a) responder às questões que não se sentir à vontade. Não haverá identificação nas entrevistas, ou seja, o seu nome não irá aparecer em nenhum momento. Todas as informações que nos der não poderão ser ligadas diretamente a si. Pode recusar participar na pesquisa inteira, em qualquer parte ou desistir em qualquer tempo, sem nenhum constrangimento. Se desistir de participar e quiser que todas suas respostas sejam apagadas deve apenas avisar o/a entrevistador/a.

Se aceitar participar da pesquisa, não terá nenhum tipo de despesa nem ganho financeiro. Não há qualquer problema ou dano pessoal decorrente da sua participação na pesquisa, durante ou após a entrevista..

Os resultados desta pesquisa serão analisados e irão edificar a estrutura da dissertação do aluno acima referido e também, posteriormente, e se possível, divulgados em artigos e outras participações académicas, sem quebrar o sigilo de sua identidade.

Espera-se que a divulgação dos resultados da pesquisa ajude a entender melhor as situações e questões de saúde vivenciadas por pessoas imigrantes nos mais variados contextos sociais.

A divulgação dos resultados não comporta custos nem compensações. Caso tenha qualquer dúvida sobre a pesquisa, esteja à vontade para entrar em contacto com o pesquisador Bruno Miguel Santos Duarte - aluno do mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa - IHMT UNL, pelo telefone: +351 926 211 824, e-mail duarte.brunoms@gmail.com/ bruno17duarte97@alumni.usp.br e também pelo orientador Prof. Dr. Tiago Correia. Ainda, podem contactar a coordenação do Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento do instituto IHMT para quaisquer dúvidas quanto à origem da pesquisa e inscrição do aluno.

Este termo serve para comprovar que está de acordo em participar da pesquisa. Deverá ser assinado duas vias do documento, sendo que uma via ficará consigo e a outra ficará com o pesquisador.

Assinatura da pessoa voluntária _____

_____, ____ de _____ de 20____.

9.2. Guião de entrevistas

Guião de entrevista

Pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva das populações imigrantes em Portugal: a perspetiva de profissionais de medicina e enfermagem.”

O objetivo deste estudo é compreender em que medida os profissionais de enfermagem e medicina que lidam com a saúde sexual e reprodutiva das populações imigrantes em Portugal consideram que a sua formação de base e contínua os habilita a adequar a prática profissional tendo em vista o aumento da adesão destas populações a estes serviços de saúde.

Antes de responder as perguntas, seguem algumas informações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões levantadas;
- Responda às questões com sinceridade;
- Em nenhum momento será identificado(a), sendo que cada questionário irá receber uma codificação garantindo o sigilo e confidencialidade das pessoas participantes na pesquisa.

Bloco I: Dados pessoais

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Identificação racial: Branca () Preta () Indígena () Asiática () Cigano () Outro ()

4. Nacionalidade: _____
5. Estado civil: Solteiro () Casado () Divorciado () União de facto ()
6. Filhos: sim () Não (). Caso sim, quantos? _____
7. Religião: Católica () Evangélica () Testemunha de Jeová () Mulculmano () Nenhum () Outros: _____

Bloco II: Dados profissionais/ estudantis:

1. Formação (Estudante/ curso/ mestrado/ doutorado): qual a sua formação completa?
2. Conhecimento fluente de idiomas para conversação e escrita com total autonomia: Inglês () Português () Francês () Outros () _____
3. Atuação atual/ estudante: qual o seu cargo atual?
4. Local de atuação: onde trabalha? (Hospital público/cuidados de saúde primários/Hospitais privados/clínicas privadas)
5. Tempo de atuação: quanto tempo de atuação na área? Trabalhou em outra área?

Bloco III: Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e migração

1. Qual é a sua percepção sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de populações imigrantes?
2. Conhece alguma portaria/ política pública voltada para SSR das populações imigrantes em Portugal? Se sim, quais?

3. Com base na sua experiência, como caracteriza a situação das pessoas imigrantes que recorrem aos serviços de saúde em Portugal? (estilo de vida, aspectos culturais, hábitos alimentares, escolaridade, saúde no geral, entre outros).
4. Qual a sua percepção sobre o acesso das populações imigrantes aos serviços de SSR em Portugal como também o aproveitamento (contínuo ou não) desses mesmos serviços? Porquê?
5. Na elaboração do processo de cuidado em SSR de pessoas imigrantes em Portugal, do seu ponto de vista, como os aspectos socioculturais estão inseridos nesse debate? São realçados como pontos essenciais? Se sim, como e porque?
6. Qual a sua opinião quanto ao embasamento referente à SSR e migração durante a formação de profissionais de medicina e enfermagem? E na prática profissional, ocorre esse embasamento? Se sim, como?
7. Durante a sua formação, houve alguma atividade educativa (palestras, exposições, aulas, seminários, cursos de extensão, outros) sobre SSR de populações imigrantes?
Se sim, qual foi? Por que é que participou? Qual é a sua perspetiva sobre a(s) disciplina(s)/ atividade educativa que participou?
Se não, por que motivo não o fez? Como avaliaria a possibilidade de integrar uma disciplina ou outra atividade educativa que abordasse tal temática? E em que momento ocorreria?
8. No decorrer da sua prática profissional participou em alguma atividade educativa (treinamento, capacitação ou curso) sobre SSR e/ou que abordasse migração? Se sim, qual foi a demanda para elaboração de tal curso?
9. A abordagem ou não da SSR focando na migração tem(ve) impacto na sua formação e, consequentemente, na sua atuação profissional? Se sim, como?
10. Considera-se apto(a) para atuar com alguma demanda voltada para SSR e migração? Ou que a sua formação lhe fornece uma base plena para atuar com a temática? Se não, quais os pontos a serem melhorados?
11. Quanto ao tema de SSR, como e quais elementos devem ser aprimorados para melhor adequar às demandas das pessoas imigrantes durante a formação de profissionais de saúde?
E no decorrer do exercício profissional, visando à atualização contínua em saúde, quais estratégias a serem abordadas ou aperfeiçoadas?