



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pensar Sexualidades ...Pensar Vulnerabilidades...

Intervenção de Enfermagem na Unidade Local Santa Casa Vale de Alcântara e no Projecto Saúde Pa Nos Bairro da Organização Não Governamental Médicos do Mundo

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Catarina Inês Costa Afonso Rodrigues

LISBOA, Março 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pensar Sexualidades ...Pensar Vulnerabilidades

Intervenção de Enfermagem na Unidade Local Santa Casa Vale de Alcântara e no Projecto Saúde Pa Nos Bairro da Organização Não Governamental Médicos do Mundo

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária

Por Catarina Inês Costa Afonso Rodrigues

Sob orientação de Amélia Maria da Fonseca Simões Figueiredo

LISBOA, Março 2011

Resumo

O presente relatório visa compreender a sexualidade em contextos de vulnerabilidade, pelo que este propósito é transversal no decorrer dos três módulos de estágio.

O Módulo I caracteriza-se pelo diagnóstico de saúde realizado no Vale de Alcântara, que teve como objectivo conhecer o comportamento sexual de um grupo de mulheres em idade fértil, inscritas na Unidade de Saúde Santa Casa Vale de Alcântara (USSCVA) face à predisposição para a prática do sexo seguro. A abordagem que se utilizou foi a quantitativa e a qualitativa. Recorreu-se ao uso de dois métodos, nomeadamente à aplicação de um questionário e à execução de um grupo focal. O questionário foi aplicado a 82 mulheres em idade fértil e a técnica de grupo focal a um grupo de 4 mulheres. Destacam-se as necessidades de esclarecimento dos sinais e sintomas do Cancro do Colo do Útero (CCU), bem como da prevenção (vacinação e promoção de redução de comportamentos de risco) e adesão ao rastreio; discussão de representações da sexualidade, desmistificando os motivos para a não adesão à prática do sexo seguro e discussão de escolhas associadas a factores de risco; promovendo reflexão nas diferentes vivências da sexualidade, em diferentes contextos de multiculturalidade.

No Módulo II partiu-se do objectivo de desenvolver um projecto de Intervenção com vista a envolver as mulheres do Vale de Alcântara, promovendo a vivência da sexualidade de forma saudável e segura através da adopção hábitos de prevenção, nomeadamente, o uso do preservativo potencializando ganhos em saúde. Na implementação do projecto adoptou-se a metodologia de Roteiro com envolvimento dinâmico e activo de parceiros sociais significativos para a comunidade, tendo-se incidido na prevenção face ao Cancro do Colo do Útero. No decorrer das actividades desenvolvidas contaram-se cerca de 154 participantes. A continuidade de cuidados foi assegurada através da formalização e desenvolvimento de uma consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar na USSCVA.

No Módulo III foi feito o diagnóstico de saúde na unidade territorial do Projecto Saúde Pa Nos Bairro (SPNB) dos Médicos do Mundo (MDM) e feito o planeamento da intervenção recorrendo novamente à Metodologia de Roteiro, tendo-se incidido na prevenção face ao VIH. No decorrer do período de intervenção contou-se como envolvimento de 545 participantes. A continuidade de cuidados foi assegurada através da formalização de uma Consulta de Enfermagem de Comportamentos Saudáveis.

No decorrer do projecto de estágio foram mobilizadas e aprimoradas competências no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que interferiram positivamente no processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

O presente relatório fornece informação relevante no âmbito da sexualidade, e na abordagem da educação da sexualidade pela ética em contextos de vulnerabilidade e de multiculturalidade. O planeamento e execução de projectos de promoção/educação sexual e para a saúde, fortaleceu a reflexão na vivência da sexualidade, nas escolhas e nos riscos associados. Através da metodologia de Roteiro foi possível envolver parceiros significativos para as comunidades e promover a divulgação e a reflexão da prática do sexo seguro.

Palavras Chave:

Sexualidade; Vulnerabilidade; Metodologia de Roteiro; Consulta de Enfermagem; Educação sexual; Prática do sexo seguro, Ética

Abstract

This report aims to understand sexuality in contexts of vulnerability, and this purpose is to cross over the three modules of training.

Module I is characterized by health diagnosis performed in the Valley of Alcantara, which aimed to understand the sexual behavior of a group of women of childbearing age, enrolled in the Health Unit of Santa Casa de Alcantara Valley (USSCVA) compared with the predisposition to the practice of safe sex. The approach used was the quantitative and quantitative. Resorted to the use of two methods, namely the application of a questionnaire and the implementation of a focus group. The questionnaire was administered to 82 women of childbearing age and focus group techniques to a group of four women. It is noted the need for clarification of the signs and symptoms of Cervical Cancer (CCU) and prevention (vaccination and promotion of reduction of risk behaviors) and adherence to screening, discussion of representations of sexuality, demystifying the reasons for non-adherence to safer sex and discussing choices associated risk factors, promoting reflection on the different experiences of sexuality in different contexts of multiculturalism.

Module II started with the aim of developing an intervention project aimed at involving women in the Alcantara Valley, promoting the experience of sexuality in a healthy and

safe habits through the adoption of prevention, including condom use boosting earnings health. In implementing the project has adopted the methodology of the Roadmap with dynamic and active involvement of social partners significant to the community, having been focused on prevention in the face of Cervical Cancer. In the course of activities is told about 154 participants. Continuity of care was assured by the formalization and development of nursing appointments in Family Planning USSCVA.

In Module III was diagnosed health in the territorial unit of the Project Health In the Neighborhood Pa (SPNB) of Médecins du Monde (MDM) and made the planning of the intervention using the back Methodology Roadmap, and it was focused on the face of HIV prevention . During the intervention period was counted as involving 545 participants. Continuity of care was assured by formalizing a Nursing Consultation for Healthy Behaviors.

During the draft stage were mobilized and enhanced powers under the Community Nursing and Public Health, which interfered positively in the process of personal and professional development.

This report provides relevant information concerning sexuality, and the approach of sexuality education in ethics in contexts of vulnerability and multiculturalism. The planning and execution of projects for the promotion / education and sexual health, strengthened the reflection on the experience of sexuality, choices and risks. Through the Roadmap methodology could involve significant partners for the communities and promote the dissemination and discussion of safer sex.

Keywords:

Sexuality; Vulnerability; Methodology Roadmap; Nursing Consultation, Sex Education, Practice safe sex, Ethics

Saber que hoje encerro este trilha, sei que o faço a muitos que no anonimato, colaboraram generosamente na execução deste projecto de intervenção.

A todos os meus amigos, porque me atenderam a gritos de ajuda... Obrigada Marina e Gustavo (mesmo longe, obrigada).

Agradeço profundamente à Enf^a Anabela Santos e a todos na USSCVA, que me fizeram sentir família.

À equipa do Projecto SPNB, deixo um beijo de ternura e um até já.

À Professora Beatriz Araújo agradeço com um abraço fraterno, por todo o apoio que me deixa sem palavras.

À Professora Amélia Simões Figueiredo, olho com ternura e gratidão, curvo-me humildemente, pela sabedoria e pertinência, que nos momentos sempre certos, me estendeu a mão e caminhou ao meu lado.

À minha família, a minha retaguarda, que continua a acreditar nestes rasgos de impertinência de voar mais além. Obrigada por tudo.

Bruno, porque o amor e o compromisso de fidelidade crescem a cada dia que passa.

Obrigada pela profunda partilha.

Aos meus filhos, obrigada pelo vosso sorriso...

Lista de Abreviaturas e Siglas

USSCVA	Unidade de Saúde Santa Casa Vale de Alcântara
PNS	Plano Nacional de Saúde
ENPSIS	Estratégia Nacional para a Protecção Social e Inclusão Social
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CCU	Cancro do Colo do Útero
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MDM	Médicos do Mundo
LINADEM	Liga para o Estudo e Apoio à Inserção Social
TA	Tensão Arterial
GC	Glicémia Capilar
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
Eng ^a	Engenheira
Enf ^a	Enfermeira
APF	Associação Planeamento Familiar
DGS	Direcção Geral de Saúde
CNIVS	Comissão Nacional para a Infecção pelo VIH
VIH	vírus da imunodeficiência humana
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
PNPCI	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA
ONG	Organização Não Governamental
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CPR	Conselho Português para os Refugiados
SPNB	Saúde Pa Nos Bairro (Projecto)
OMS	Organização Mundial da Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
SCML	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

Índice

0. Introdução	9
1. Pensar Sexualidades... Pensar Vulnerabilidades	11
2. Parte I Vulnerabilidade e Risco... Diagnóstico de Saúde no Vale de Alcântara	13
2.1. Vale de Alcântara... Contexto de vulnerabilidade e risco	13
2.2. Unidade Local de Saúde Vale de Alcântara	14
2.3. Sexualidades no Vale de Alcântara	16
2.3.1. Objectivos	16
2.3.2. As mulheres preenchem um questionário, Dinâmica da Sexualidade	17
2.3.2.1. População Alvo e Amostra	17
2.3.2.2. Instrumento	18
2.3.2.3. Procedimentos Legais e Éticos	19
2.3.2.4. Análise Estatística e de Conteúdo	19
2.3.2.5. Caracterização Sociodemográfica	20
2.3.2.6. Conhecimentos sobre CCU	21
2.3.2.7. Perspectivas de Sexualidade e Dinâmica das Práticas Sexuais	22
2.3.2.8. Factores de Risco que possam influenciar o uso ou não do preservativo	24
2.3.3. Mulheres em discussão, Sexualidades e Vulnerabilidade	29
2.3.3.1. Metodologia e Instrumento	29
2.3.3.2. Grupo de Mulheres	30
2.3.3.3. Apresentação e Análise de dados	30
2.4. Sexualidades e Necessidades de Saúde	32
2.4.1. Necessidades Identificadas	32
2.4.2. Prioridades	33
3. Parte II Vulnerabilidade e Risco... Projecto de Intervenção	34
3.1. Objectivos de Intervenção	34
3.1.1. Objectivo Geral	34
3.1.2. Objectivos Específicos	34
3.2. Estratégias de Intervenção	34
3.3. Design de Intervenção	35
3.4. Metodologia de Intervenção	35
3.4.1. Metodologia de Roteiro	36

3.4.2. Consulta de Enfermagem de Planeamento familiar	37
3.5. Roteiro Caminhos de Sexualidade	38
3.5.1. Projecto de Intervenção e Construção da Rede de Parceria	38
3.5.2. Semana de actividades ... produtos de criatividade	41
3.5.3. Festa de Encerramento	42
3.5.3. Avaliação e partilha de resultados	43
3.6. Avaliação do Projecto de Intervenção	44
4. Parte III Vulnerabilidade e Culturas... Diagnóstico e Projecto de Intervenção	46
4.1. Vulnerabilidade e VIH	46
4.2. Projecto saúde Pa Nos Bairro, Médicos do Mundo	47
4.3. Objectivos e Estratégias de Intervenção	48
4.4. População Alvo	49
4.5. Consulta de Comportamentos saudáveis	49
4.6. Roteiro Caminhos de Sexualidade	50
3.5.1. Projecto de Intervenção e Construção da Rede de Parceria	50
3.5.2. Semana de actividades ... produtos de criatividade	52
3.5.3. Festa de Encerramento	54
3.5.3. Avaliação e partilha de resultados	56
4.7. Avaliação do Projecto de Intervenção	57
5. Ser enfermeiro em Contextos de Vulnerabilidade	58
5.1. Mobilizar Competências... Contributos de Leininger e Meleis	58
6. Reflexão ética das acções de saúde...	
Liberdade de escolha ou Condicionamento	60
7. Conclusão	63
8. Bibliografia	65
9. Anexos	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição da amostra por faixas etárias	20
Gráfico 2- Já ouviu falar de CCU?	22
Gráfico 3- Como é possível prevenir o CCU?	22
Gráfico 4- Usa Método Contraceptivo?	23
Gráfico 5- Qual o Método Contraceptivo que usa?	23
Gráfico 6- Acha importante o uso de preservativo?	25
Gráfico 7- Usou preservativo na última relação sexual?	25

Índice de Tabelas

Tabela 1- Distribuição da amostra segundo as frequências relativas à atitude fase ao uso do preservativo	26
Tabela 2- Grupo etário segundo o uso de preservativo na última relação sexual	27
Tabela 3- Nível de escolaridade segundo o uso de preservativo na última relação sexual	27
Tabela 4- Frequência das consultas de planeamento familiar segundo o uso de preservativo na última relação sexual	28
Tabela 5- Prática de relações sexuais sobre o efeito de álcool segundo o uso de preservativo na última relação sexual	29
Tabela 6- Prática de relações sexuais com parceiro sob efeito de álcool segundo o uso de preservativo na última relação sexual	29

0. Introdução

O ano 2010 foi o ano Europeu de Luta contra a pobreza e exclusão social, no entanto, a pobreza e a vulnerabilidade estão na ordem do dia das agendas políticas. Assim, é fundamental intervir em contextos de vulnerabilidade, no sentido de reduzir as desigualdades sociais que se tornam colossos entre diferentes comunidades e grupos vulneráveis. O estigma de viver num bairro de realojamento social ou de génese ilegal, associado a contextos de pobreza e exclusão social, acresce a vulnerabilidade e potencia, em muitos casos, a adesão de comportamentos de risco.

No desejo de trabalhar a educação/promoção para a saúde em cenários de vulnerabilidade, desenhei um esquema de intervenção a desenvolver no decorrer dos três módulos de estágio, que teve como propósito, comum e transversal, compreender a sexualidade em contextos de vulnerabilidade.

Direccionando para a pobreza e a vulnerabilidade, numa luta contra as desigualdades (Programa nacional de Luta Contra as desigualdades), a intervenção terá como foco a promoção da saúde em populações de risco. Será dado especial enfoque na capacitação da população alvo para as escolhas face à sua sexualidade (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva), promovendo a diminuição de comportamentos de risco (Programa nacional de Luta Contra o VIH/SIDA). O eixo da inclusão social e do combate à pobreza e à vulnerabilidade será transversal a todo o projecto de intervenção.

Para implementar o projecto de estágio foram identificadas zonas geográficas, correspondentes a contextos de vulnerabilidade, onde fosse possível desenvolvê-lo. Foi escolhida a região de Lisboa, especificamente o Vale de Alcântara (Freguesia de Alcântara e Santo Contestável) e a região de Loures, especificamente as Freguesias da Apelação, Prior Velho, Camarate e Zambujal

No Módulo I e II o cenário de vulnerabilidade está relacionado com o risco, visto que o local de estágio, a USSCVA se localiza no Vale de Alcântara, mais especificamente nos Bairros de realojamento do antigo Casal Ventoso, contexto caracterizado pela toxicoddependência e por comportamentos desviantes ou de risco. Assim, este período foi denominado de “Vulnerabilidade e Risco”.

No Módulo III o cenário de vulnerabilidade está relacionado com a cultura, visto que o local de estágio, Projecto SPNB da ONG, MDM, desenvolvido no Concelho de Loures, mais especificamente em bairros de realojamento social ou de génese ilegal,

corresponde a contextos de multiculturalidade. Deste modo, este período foi denominado de “Vulnerabilidade e Culturas”.

São prioridade do PNS (2004/2010), os grupos menos privilegiados de alto risco e consequentemente em maior situação de vulnerabilidade (doentes crónicos, dependentes de terceiros, em situação de maior pobreza e de exclusão social). Em 2003, a OMS definiu grupos da população vulneráveis à pobreza, mulheres chefes de família, minorias e grupos socialmente excluídos, pessoas com doença mental e física, refugiados, deslocados e jovens. Intersectando o foco do PNS e a categorização realizada pela OMS em 2003 relativa a grupos populacionais vulneráveis à pobreza, são alvo desde projecto de intervenção mulheres (Vale de Alcântara), minorias e grupos socialmente excluídos (jovens imigrantes e de comunidades ciganas envolvidos pelo Projecto SPNB) e Refugiados (residentes no Centro de Acolhimento ao Refugiado).

Na construção do projecto de intervenção foi definido como meta promover nas mulheres, jovens imigrantes e refugiados envolvidos no projecto de intervenção, a discussão de vivências face à sexualidade (num plano de consciencialização através da educação pela ética), reflectindo a prática do sexo seguro, nomeadamente, o uso do preservativo e abstinência sexual, potencializando ganhos em saúde.

Assim, o presente relatório é caracterizado por seis capítulos integrando três partes estruturantes relativas ao Módulo I, Vulnerabilidade e Risco... Diagnóstico de Saúde no Vale de Alcântara; ao Módulo II, Vulnerabilidade e Risco... Projecto de Intervenção e ao Módulo III Vulnerabilidade e Culturas... Diagnóstico e Projecto de Intervenção. A anteceder toda esta parte estruturante, é feita uma abordagem dos assuntos transversais a toda a intervenção.

Depois da terceira parte, é feita uma relação acerca do exercício de enfermagem em contextos de vulnerabilidade, e por fim é lançado uma reflexão entre a intervenção no âmbito da sexualidade e a educação pela ética.

A sexualidade inscrita no corpo é sentida, vivida e interiorizada de maneira diferente?

O relatório seguidamente apresentado é o reflexo do percurso, reflecte a sexualidade humana, expressa em diferentes contextos de vulnerabilidade.

Que atitudes e comportamentos? Que ideias acerca do CCU e do VIH? Que ideias acerca do uso do preservativo? No desfolhar do presente relatório estas questões vão sendo desvendadas nos resultados de uma abordagem de enfermagem adaptada a contextos de vulnerabilidade.

1. Pensar Sexualidades ... Pensar Vulnerabilidade...

Quando se pensa acerca da sexualidade inúmeras ideias, conceitos e imagens invadem o pensamento. De facto, a sexualidade desde sempre acompanha a existência humana, tendo-se desenvolvido na distinção entre o ser masculino e o ser feminino. Esta ideia primária, de diferenciação do género humano, faz com que ainda hoje, na maioria dos casos, se associe sexualidade à índole corpórea mais sexual.

No entanto, a sexualidade é algo tão intrínseco que assenta/engloba/influencia, o que pensamos, a forma como agimos e sentimos o mundo em redor. O elemento corporal da sexualidade deve ser distinguido do aspecto fisiológico. Para NUTTIN (1985) o corpo é a forma sobre a qual a pessoa aparece a outra como aparência física e comportamento manifesto, em certa medida é através do corpo que a pessoa se apresenta a si própria. Deste modo, o objecto sexual é infinitamente mais rico que o corpo objectivo; é a própria pessoa revestida do mistério e da atracção que a personalidade íntima exerce (NUTTIN, 1985: 179).

Para KINSEY (1948) a sexualidade caracterizava-se por duas componentes, a resposta psicosexual, ou sentimento de atracção, e o efectivo comportamento sexual que se empreende. FOUCAULT (1994) perspectivava que a sexualidade era o conjunto de resultados verificados nos corpos, nos comportamentos, nas relações sociais influenciado por um dispositivo político complexo. As relações sexuais dão resposta às necessidades individuais e sociais, segundo o mesmo autor.

As atitudes são elementos básicos das relações sociais, segundo ALLPORT (1998 cit in ANTUNES, 2007). As atitudes não nascem com o indivíduo, são adquiridas durante o seu desenvolvimento, processo de integração num determinado contexto social e cultural.

A importância da descoberta dos métodos contraceptivos no planeamento familiar, possibilitou que os homens e as mulheres tivessem um maior controlo e domínio da sua sexualidade. Ter filhos passou a ser, efectivamente, uma opção. Paralelamente, a preocupação política face ao investimento de protecção da sexualidade e do planeamento familiar implicou, em Portugal, nos últimos 30 anos uma evolução jurídica que procura responder às necessidades dos cidadãos. No entanto, a sexualidade e o planeamento familiar numa perspectiva *“de pensar e viver, aceite voluntariamente pelos indivíduos e pelos casais, com conhecimentos das atitudes e decisões tomadas, a fim de promover a saúde e o bem-estar do grupo familiar”* (OMS, cit in PINTO, 2001:

82), tem sido empobrecida, especialmente na segunda metade do séc XX, pela ênfase da contracepção (PINTO, 2001).

No entanto contracepção não implica em absoluto a prevenção face às IST's. O preservativo entra na linguagem corrente na década de 70. Importa acrescentar que surge associado a um contexto de liberdade sexual em paradoxo com a moral do pensamento higienista e médico (oliveira, 2008). LEVY (cit in OLIVEIRA, 2008) identificou num estudo realizado com adolescentes, que a baixa adesão ao uso do preservativo estava associado à diminuição da sensibilidade e do prazer. *“Parece necessário autonomizar o preservativo em relação à sua função preventiva e torna-lo parte integrante de uma sexualidade moderna, responsável e civicamente evoluída”* (OLIVEIRA, 2008: 135). Efectivamente a prática do sexo segura entende-se através do uso de preservativo. No entanto, importa reflectir na mensagem que chega às pessoas *“estão a ser cometidos erros graves de perspectiva, e um deles é dizer às pessoas que podem fazer tudo prevenindo-se (...) não se percebe que esta questão tem que se resolver com a dimensão cultural e ética”* (D. JOSÉ POLICARPO cit in OLIVEIRA, 2008: 135).

Vulnerabilidade num sentido lato substitui o conceito clássico de factor de risco, sendo definido como *“o conjunto de factores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interacção amplia ou reduz o risco ou protecção de uma pessoa frente a uma determinada doença risco ou dano”* (GUILHEM, 2001 cit in MENEGHEL, 2003: 957). Amplificando o conceito para uma determinada comunidade, depreende-se que será tanto mais vulnerável conforme a intersecção de factores biológicos, epidemiológicos, sociais e culturais que a caracterizam. O desinteresse de uma comunidade para a situação de perigo, dificuldade no acesso a serviços e/ou informação, aumenta a vulnerabilidade face à saúde e ao bem-estar. Comunidades multiculturais com padrões socioculturais específicos de saúde experienciam muitas vezes dificuldades no acesso aos serviços (por barreiras, discriminação social ou cultural entre outras), o que implica na expressão e procura de bem-estar. Paralelamente comunidades multiculturais caracterizam-se, muitas vezes, por contextos de pobreza, associados a sentimentos comunitários de falta de confiança e descrença no sucesso social, agravando o risco, agravando a vulnerabilidade da comunidade.

2. Parte I Vulnerabilidade e Risco... Diagnóstico de Saúde no Vale de Alcântara

2.1. Vale de Alcântara... Contexto de vulnerabilidade e risco

Ao descer pelo eixo Norte-Sul em direcção ao Tejo, atravessa-se a Avenida de Ceuta, que rasga o Vale de Alcântara. Os dois sentidos da via separam os três bairros de realojamento do antigo Casal Ventoso. A história do Casal Ventoso remonta ao séc XIX, por ter sido uma área de concentração de alojamento operário, no entanto, é no início do Séc XX que toma forma. Até aproximadamente 1910, decorre o processo legal de construção do Casal Ventoso, a partir de então o processo de crescimento do bairro passará pela clandestinidade. No final da década de 40 o Casal Ventoso apresenta-se num formato que na generalidade se manteve até ao processo de realojamento, Casal Ventoso de Cima, de Baixo e viúva Teles. Pelo facto de se situar numa colina, expondo o tecido residencial, assemelhava-se às favelas Brasileiras do Rio de Janeiro (CHAVES, 1999). Nos anos 90, a crescente clandestinidade aliada à marginalidade tornou o Casal Ventoso um marco no narcotráfico lisboeta (CHAVES, 1999). A toxicoddependência caracterizava o dia a dia no Casal Ventoso, que passou a ser conhecido como o centro do tráfico de droga.

No final de 1998 começou o processo de realojamento, num plano integrado de reconversão, financiado pelo Programa Urban da Comunidade Europeia, que findou em 2002. O Vale de Alcântara foi convertido numa malha residencial extensa de 3 bairros, Bairro do Loureiro, Bairro Quinta do Cabrinha e Bairro Ceuta-Sul, num total de 71 lotes referentes a 1152 fogos para 3162 habitantes. Actualmente, sem barracas ou ruas apertadas, a memória do Casal Ventoso mantém-se viva entre os habitantes. Paralelamente, mantém-se *“um contexto em que a toxicoddependência, o tráfico de droga continua a manifestar-se (embora em menor dimensão do que no Casal Ventoso), questões associadas a comportamentos de risco, desviantes ou mesmo tendencial ou em acto de criminalidade”* (PEREIRA, e tal, 2008).

Passados 9 anos, o Casal Ventoso permanece na memória, décadas de subdesenvolvimento e de estigma transportam vários problemas desde o período da gandaia (década de 50) ao período de narcotráfico (década de 90). *“O que distingue o estigma do Casal ventoso é a sua antiguidade, que se aproxima da própria origem do bairro (...) não se iniciou com o tráfico de drogas, nem sequer com a convicção de que o bairro possui uma tradição endémica de actividades marginais e criminosas”*

(CHAVES, 1999: 81). Efectivamente, quando o vale de Alcântara é reportado é caracterizado como o *antigo Casal Ventoso*. O estigma clássico de narcotráfico e marginalidade mantém-se nos bairros de realojamento social, a população do Bairro Quinta do Cabrinha, Bairro do Loureiro e Ceuta Sul mantém-se em situação de vulnerabilidade e risco.

Em suma, *“o tráfico de droga e a toxicodependência, volvidos os tempos do Casal Ventoso, continuam a estar presentes no Vale de Alcântara, sendo apontados como um dos principais problemas do bairro por parte significativa da população (...)”* (PEREIRA, e tal, 2008: 29).

2.2. Unidade Local de Saúde Vale de Alcântara

No Decreto-Lei n.º 235/2008, de 3 de Dezembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social são descritos os estatutos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no preâmbulo do referido Decreto-Lei é feita alusão ao papel da Santa Casa da Misericórdia na sociedade portuguesa *“ao longo dos seus mais de cinco séculos de existência tem sido evidente a preocupação de manter a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa na vanguarda do combate à pobreza e à exclusão social(...)”* No Capítulo I, artigo 4º do Decreto-Lei a cima descrito é identificado como fim da SCML a melhoria do bem-estar das pessoas. Este objectivo de intervenção é alusivo ao conceito clássico de saúde da OMS. Para concretização dos seus fins de intervenção a SCML, realiza diversas intervenções. Destaca-se, no mesmo artigo, no ponto 3º alínea c *“desenvolve e prossegue actividades de promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença, de reabilitação e prestação de cuidados continuados”*.

A saúde é uma área de intervenção da SCML, dispondo de um sistema integrado de prestação de cuidados, que se caracteriza pelo Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão; Hospital Ortopédico de Sant’Ana; Escola Superior de Saúde do Alcoitão e USSC.

Deste sistema destacam-se as USSC, que têm como missão assegurar à população alvo da SCML, os cuidados de saúde essenciais e adequados a uma melhoria de estado global de saúde da população, em particular das famílias em risco.

Numa lógica de proximidade e de saúde comunitária, estão localizadas nas zonas de maior pobreza e/ou exclusão social da cidade de Lisboa, tais como bairros problemáticos com populações vulneráveis (destacando-se as crianças, os jovens e os

idosos), tais como Bairros do Vale de Alcântara, Armador, Boavista, Padre Cruz, Castelo e Marvila.

Nas USSC pretende-se que exista apoio em todas as fases do ciclo de vida, nomeadamente, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e Saúde Adulto/Idoso. Acrescenta-se ainda o Apoio Domiciliário (que recentemente tem sido uma grande aposta em resposta ao aumento da população idosa) e em algumas USSC Planeamento Familiar. Decorrente da necessidade de intervenções específicas, são ainda disponibilizados serviços no âmbito da Saúde Mental, Oftalmologia, Otorrino e Estomatologia.

A USSCVA localiza-se na Quinta do Loureiro e abrange as freguesias de Sta. Isabel; Sto. Condestável; Santos-o-Velho; Alcântara; Ajuda; Sta. Maria de Belém; S. Francisco Xavier; Campolide; Lapa e Prazeres. Dispõe das seguintes valências: Saúde Infantil e Juvenil; Saúde Adultos/Idosos; Saúde Mental Infantil e Juvenil; Saúde Mental de Adultos; Saúde Materna/Planeamento Familiar/Ginecologia e Apoio Domiciliário. A Equipa de Saúde é constituída por 10 enfermeiros, 4 médicos, 5 assistentes operacionais e 3 administrativos. Os diferentes elementos da equipa multidisciplinar articulam entre si a prestação de cuidados. Nesta USSC, há um apoio na área da Podologia, implementada por uma enfermeira com formação específica na área. De referir que na Saúde Infantil e na Saúde Adulto/Idoso, as consultas médicas e de enfermagem têm uma dinâmica de complementaridade e reforço, especialmente na Saúde Infantil, onde ocasionalmente a consulta é simultânea. No que respeita o Apoio Domiciliário, é caracterizado pela dinâmica de acompanhamento e continuidade de cuidados gerido por um grupo de 8 enfermeiros, que respondem a necessidades em contexto de domicílio, de residências assistidas e de lares de idosos. A articulação com os administrativos e os assistentes operacionais decorre num equilíbrio dinâmico com o propósito de promover respostas de saúde adequadas.

Segundo os Censos de 2001, residem nas referidas freguesias 112183 habitantes, no entanto apenas 3.389 estão inscritos na USSCVA. É preciso clarificar que para proceder á inscrição é necessária uma avaliação da situação social, seguidamente e mediante aprovação é atribuído um cartão de utente. Somente através da atribuição de cartão o utente poderá usufruir dos serviços da USSCVA.

2.3. Sexualidades no Vale de Alcântara

“O objecto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina” (FORTIN, 1999: 26).

Em 2003 a OMS, definiu grupos da população vulneráveis à pobreza, mulheres chefes de família, minorias e grupos socialmente excluídos, pessoas com doença mental e física, refugiados, deslocados e jovens

Tendo em conta a categorização da OMS em 2003 (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004) e o contexto da USSCVA, onde crescia a necessidade de criar uma Consulta de Planeamento Familiar, o grupo escolhido para realizar um diagnóstico de necessidades e posterior intervenção, foi o das mulheres.

2.3.1. Objectivos

Objectivo Geral

Realizar um diagnóstico de situação de um grupo de mulheres, habitantes no vale de Alcântara, inscritas na USSCVA, relativo à dinâmica do comportamento sexual e às vivências da sexualidade face à predisposição para a prática do sexo seguro e à prevenção do CCU.

Objectivos Específicos

- Identificar conhecimentos sobre o CCU através da aplicação de um questionário;
- Identificar perspectivas de Sexualidade e a dinâmica das práticas sexuais através da aplicação de um questionário;
- Conhecer factores de risco que possam influenciar ou não o uso do preservativo, através da aplicação de um questionário e da Escala de Atitudes Face ao Uso de Preservativo;
- Identificar vivências de saúde e de sexualidade em contexto de vulnerabilidade, nomeadamente, no Bairro do Loureiro (um dos bairros de realojamento do Casal Ventoso) num grupo de mulheres, através da realização de um grupo focal.

2.3.2. Mulheres ... Perspectivas de Sexualidade

2.3.2.1. População Alvo e Amostra

A população alvo é constituída por 224 mulheres em idade fértil inscritas na USSVA. Foi estabelecido o período de idade fértil dos 15 aos 55 anos, a referida faixa etária foi identificada aquando a reunião com a Direcção Clínica e de Enfermagem. Esta decisão teve em conta as orientações da Direcção Geral de Saúde (Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, 2008) e, bem como a vontade Clínica de que as mulheres dessa faixa etária fossem as envolvidas na Consulta de Planeamento Familiar a desenvolver na USSCVA.

A necessidade de obter uma amostra significativa (30% da população alvo) levou a criação de uma base de dados da população alvo, e à opção pelo método de amostragem não probabilística de natureza accidental (amostra por conveniência) (MAROCO, 2007). Neste sentido, fazem parte da amostra 82 mulheres que correspondem a 36,6% da população alvo.

A recolha de dados decorreu no período de 19 de Maio a 6 de Junho. Dos 82 questionários, 40 foram preenchidos nos Gabinetes de Enfermagem da USSCVA, imediatamente antes ou depois das Consultas de Saúde Infantil. Os restantes 42 foram preenchidos nas ruas ou nas estruturas comunitárias, em espaços recatados para proporcionar concentração nas respostas, nos Bairros do Loureiro, Quinta do Cabrinha e Ceuta-Sul.

No que diz respeito à natureza e à recolha dos dados a metodologia é de abordagem quantitativa e qualitativa.

2.3.2.2. Instrumento

O pluralismo metodológico procura construir um percurso mais completo e flexível que inclua a identificação de padrões (tipologia quantitativa) e incorpore a complexidade da diversidade, significados subjacentes, abrangendo várias perspectivas da comunidade (tipologia qualitativa) (ORNELAS, 2000).

Foi construído um instrumento de recolha de dados, um questionário, que integra perguntas fechadas (questões de resposta múltipla e questões dicotómicas), algumas questões abertas e a Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo. Esta escala é da autoria de DEHART e BIRKIMER (1997) e foi traduzida e adaptada por CUNHA-OLIVEIRA, CUNHA-OLIVEIRA, JRUI PITA e MASSANO CARDOSO (2006).

O questionário é composto por uma parte inicial de caracterização sóciodemográfica e posteriormente por 3 partes: parte I relativa aos conhecimentos sobre o CCU (6

questões); parte II relativa às perspectivas de sexualidade e à dinâmica das práticas sexuais (18 questões); e parte III relativa às atitudes que possam influenciar ou não a utilização do preservativo (Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo) (Anexo I).

De referir que a I e a II Parte do questionário foram construídas sob orientação tutória, tendo como princípio os objectivos definidos, sendo que as questões elaboradas foram amplamente discutidas. No sentido de testar possíveis problemas de aplicação, compreensão e preenchimento do instrumento construído, foi realizado um Pré-teste.

O Pré-teste foi realizado no dia 17 de Maio com 4 mulheres do Bairro de Realojamento Social do Alto do Lumiar, com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos (Anexo II). Este procedimento permitiu a identificação de reformulações necessárias de algumas questões específicas e ainda, o cálculo do tempo médio de preenchimento do questionário (cerca de 8 minutos).

A Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo está concebida para ser usada no âmbito da prática do sexo seguro, entenda-se por sexo seguro o uso do preservativo (Oliveira, 2008). É de referir que a escala original é composta por 38 itens, com um formato de resposta tipo Likert de 5 alternativas de resposta que vão desde: discordo fortemente até concordo fortemente. Tem 5 subescalas. No entanto, no presente estudo foi utilizada a subescala de atitudes constituída por 13 itens. Os itens 1,3,5,6,7,8,9,11,12,13 foram pontuados de forma inversa. As pontuações mais altas são indicadoras de uma pré-disposição mais favorável a práticas de sexo seguro (OLIVEIRA, 2008:88). A pontuação varia entre 13 e 65 pontos, sendo o ponto médio 39. Com isto, pontuações entre ao 13 e os 39 são consideradas menos favoráveis à prática de sexo seguro, e pontuações entre 40 e 65 pontos indicam uma predisposição mais favorável à prática de sexo seguro (GASPAR, 2009).

No estudo o coeficiente alpha de Cronbach da Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo foi de 0,73. Ou seja, valor idêntico ao encontrado por OLIVEIRA (2008), 0,72, numa amostra de estudantes universitários, bem como no estudo de GASPAR (2009) numa amostra de mulheres toxicodependente de 0,79; contra 0.88 da escala original.

2.3.2.3. Procedimentos Legais e Éticos

Foi solicitada autorização dos autores da Escala Face ao uso do Preservativo, na pessoa da Professora Doutora Aliete Cunha-Oliveira.

Aos participantes foi facultado o consentimento informado (presente na página inicial do questionário) e assegurado anonimato e confidencialidade das respostas.

2.3.2.4. Tratamento dos dados

Na transcrição e processamento da recolha de dados foi utilizado o programa de software SPSS, versão 17,0.

Os métodos estatísticos utilizados foram a Estatística Descritiva (frequências absolutas, medidas de tendência central: média, mediana e moda; e a medida de dispersão: desvio-padrão) e a Estatística Inferencial, nomeadamente a correlacional.

O número de elementos da amostra, face à população alvo, garante minimização de erros de amostragem e uma maior aproximação dos parâmetros da população (FORTIN, 1999).

Relativamente ao tratamento da informação obtida por meio das questões abertas efectuou-se o tratamento do respectivo conteúdo recorreu-se ao *Método Comparativo Constante* de GLASER e STRAUSS (1987), descrito por BOGDAN e BIKLEN (1992 cit in TUCKMAN, 2000), e à Técnica de Codificação Teórica de GLASER e STRAUSS (1987), mobilizando contributos de OLIVEIRA et al (2004).

BOGDAN e BIKLEN (1992), descrevem o *Método Comparativo Constante* como uma forma de o investigador procurar nas dimensões subjectivas recolhidas, conclusões chave, acontecimentos periódicos ou actividades susceptíveis de se tornarem categorias de interesse. GLASER e STRAUSS (1976) descrevem o procedimento de análise de conteúdo através da Codificação Teórica, partindo do pressuposto que na análise de dados o investigador mobilize a sua experiência e conhecimentos na identificação de códigos, para proceder à codificação e categorização dos dados recolhidos, estabelecendo relações que permitam estabelecer relações entre as categorias encontradas.

OLIVEIRA et al (2004) no que respeita à análise de conteúdo de relatos expressos por indivíduos, quando descrevem experiências ou significados pessoais sugere, “*no processo e análise de conteúdo o investigador refere as ideias que lhe parecem estar subjacentes à elaboração das respostas, construindo conceitos e modelos, isto é, categorias de respostas, sendo estas discutidas e testadas com base no material empírico*” (OLIVEIRA, 2008:91). Posteriormente, a análise de conteúdo torna-se numa análise quantitativa, transferindo os dados para o sistema de categorias identificado.

No sentido de assegurar a consistência interna da análise foi ainda discutida a categorização realizada com a Tutora e com a Orientadora de Estágio.

2.3.2.5. Caracterização Sociodemográfica

O diagnóstico incluiu mulheres na faixa etária dos 15 aos 55 anos. A idade média da amostra foi de 28,3 anos com um desvio padrão de 10,53; embora 42,7% das participantes se posicionem na faixa etária dos 15 aos 24 anos (Gráfico 1).

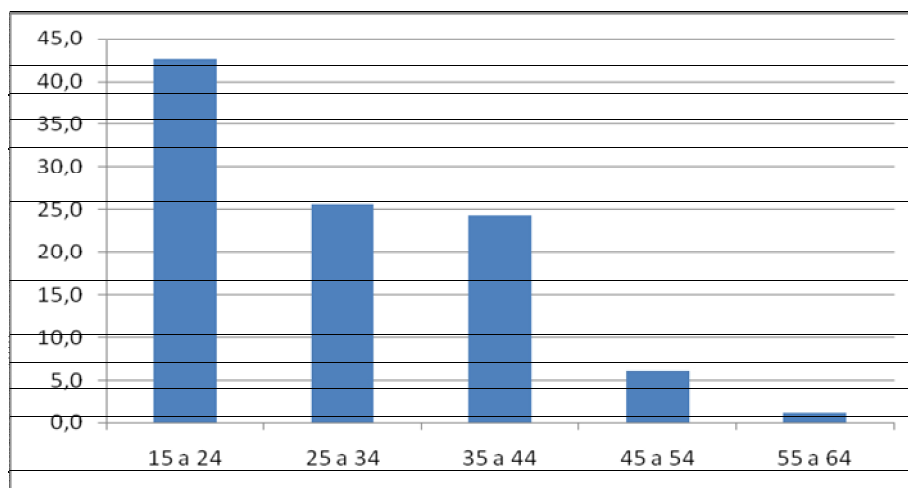


Gráfico 1- Distribuição da amostra por faixas etárias

A maioria das mulheres inquiridas reside na Freguesia de Campolide (50%) e na Freguesia de Alcântara (40,2%). As mulheres são maioritariamente solteiras (45%), embora cerca de 41,5% sejam casadas ou vivam em união de facto (respectivamente 19,5% e 22%). Relativamente ao nível de escolaridade 32,9% tem o 2º Ciclo e 30% o 3º Ciclo. Quanto à condição face ao trabalho é de referir que 42,7% estão desempregadas e 32,9% empregadas maioritariamente em profissões de prestação de serviços - empregadas de café, de limpeza, de restaurantes ou de outros estabelecimentos comerciais. Estes resultados são idênticos aos obtidos por Pereira *et al.* (2008:10) “(...) as baixas qualificações desta população (Vale de Alcântara), as profissões mais comuns entre os indivíduos que referiram estar empregados são geralmente também profissões pouco exigentes do ponto de vista das qualificações e da especialização e com baixos índices de remuneração, geralmente pessoal dos serviços e vendedores.”

2.3.2.6. Conhecimentos sobre CCU

Quando questionadas se já tinham ouvido falar de CCU, 98,8% das mulheres respondem que sim. Das inquiridas, 28% diz que o CCU pode ter sintomas, no entanto 23,2% diz que não e 47,6% refere não saber. Ainda, acerca das mulheres que já ouviram

falar de CCU, 80,5% refere que é possível prevenir a doença, embora 14% refira não saber como e 6,1% refira que não. (Gráfico 2). Relativamente à prevenção, as mulheres que responderam que era possível prevenir o CCU, foi-lhes questionado como. No tratamento de dados desta questão aberta, recorreu-se às orientações da Comissão Técnica de Vacinação (DGS, 2008), para o controlo das infeções e doenças causadas pelo cancro do colo do útero: “*Prevenção Primária – através de programas apropriados para incentivar comportamentos saudáveis, tendo em atenção os factores e co-factores de risco e através da vacinação; Prevenção Secundária – detecção precoce de lesões pré-malignas, através de rastreio (...) com ligações entre todos os níveis de cuidados; Prevenção Terciária – diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos (...)*”(COMISSÃO TÉCNICA DE VACINAÇÃO, DGS, 2008: 19).

Assim, as respostas das mulheres foram agrupadas nos três níveis de prevenção. No entanto, dentro da prevenção primária fez-se a distinção da referência à vacinação da adopção de comportamentos preventivos. Foram assim, criadas 4 categorias: Primária (vacinação); Primária (comportamentos preventivos); Secundária (rastreio e acompanhamento médico/consulta) e Terciária (tratamento cirúrgico). Houve ainda necessidade de acrescentar mais 3 categorias, uma referente às mulheres que referiram a Prevenção Primária e Secundária - Primária (vacinação) e Secundária (acompanhamento médico). Outra para as mulheres que responderam que não sabiam – não sei. E por fim, uma categoria para mulheres que apontaram outras formas de prevenção – outros.

Como se pode observar no Gráfico 3, as mulheres inquiridas relativamente à prevenção, 43,1% apontam a Prevenção Secundária, 26,2% a Prevenção Primária e 6,2% a Prevenção Terciária. No que diz respeito à Prevenção Primária, 18,5% refere a vacinação e 7,7% refere comportamentos preventivos, denotando-se maior concentração na vacinação. Acrescenta-se ainda, que 3,1% aponta para a Prevenção Primária (vacinação) e Secundária (acompanhamento médico).

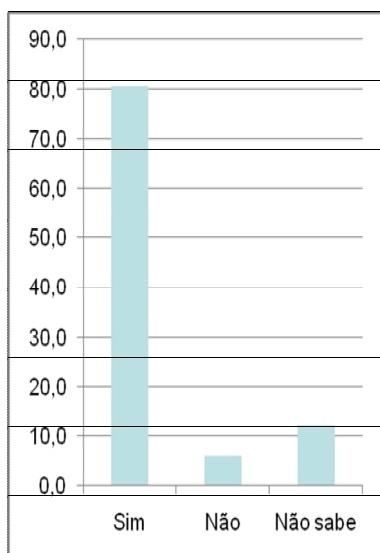


Gráfico 2- Já ouviu falar em CCU?

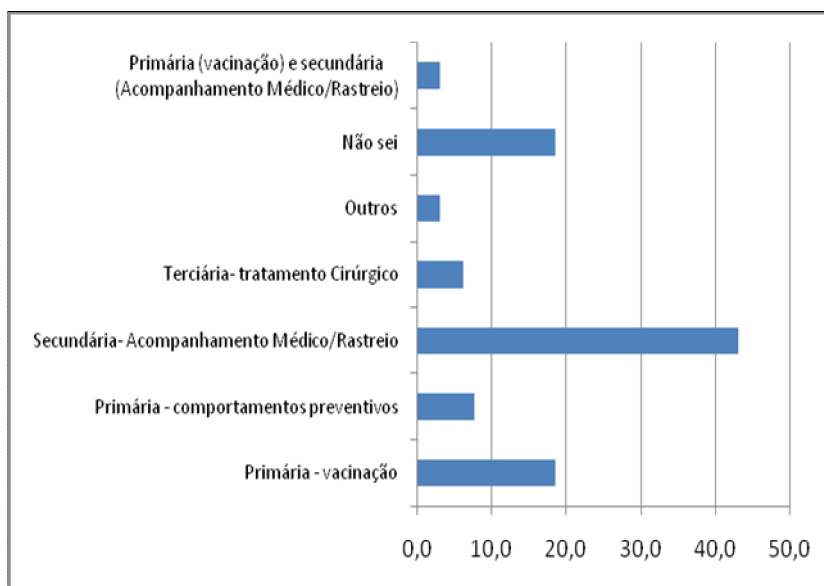


Gráfico 3- Como é possível prevenir o CCU?

Tendo em atenção que 18,5% refere não saber e 3,1% refere outros (“não sendo maluca” e “usando pílulas”).

No que respeita à realização de rastreio, importa dizer que apenas 37,1% das mulheres diz já ter feito, sendo que 20,7% aponta a USSCVA como local de realização do rastreio.

2.3.2.7. Perspectivas de Sexualidade e Dinâmica das Práticas Sexuais

A iniciação da actividade sexual é referida pela maioria das mulheres (91,5%), verificando-se que 8,5% da amostra não iniciou actividade sexual. Quanto ao acompanhamento em consulta de Planeamento Familiar, 51,2% refere frequentar, embora 48,8% diga que não frequenta. Das mulheres acompanhadas, 13,4% refere a USSCVA e 36,6% aponta o Centro de Saúde, das quais 19,5% em Santo Contestável. Relativamente ao uso de métodos contraceptivos (Gráfico 4), 64,6% refere usar. Na questão aberta referente ao tipo de métodos contraceptivos, as respostas das mulheres foram categorizadas à luz da tipologia dos métodos contraceptivos do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (DGS, 2008): Hormonais (oral, transdérmico, injectável e implante), de Barreira (Preservativo, Espermicida e Diafragma), DIU (Dispositivo Intra-Uterino), Naturais (Método de Calendário) e Cirúrgicos (laqueação de trompas). Foram definidas 5 categorias, nomeadamente, Cirúrgico, Hormonal+Barreira, Barreira, DIU e Hormonais. Esta última categoria foi dividida em três sub categorias, Hormonais-injecção, Hormonais- implante, Hormonais- pílula.

As mulheres que referem usar método contraceptivo (Gráfico 5), 71,7% opta pelos métodos contraceptivos hormonais (injecção, implante e pílula), verificando-se que a pílula é a escolha da maioria (52,8%). É de referir que apenas 3,8% das mulheres opta pela conjugação da pílula e do preservativo.

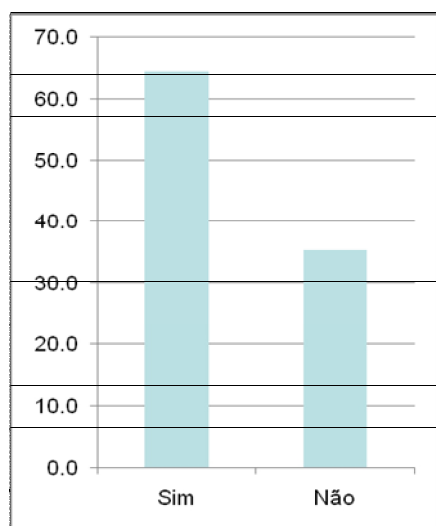


Gráfico 4 - Uso Método Contraceptivo?

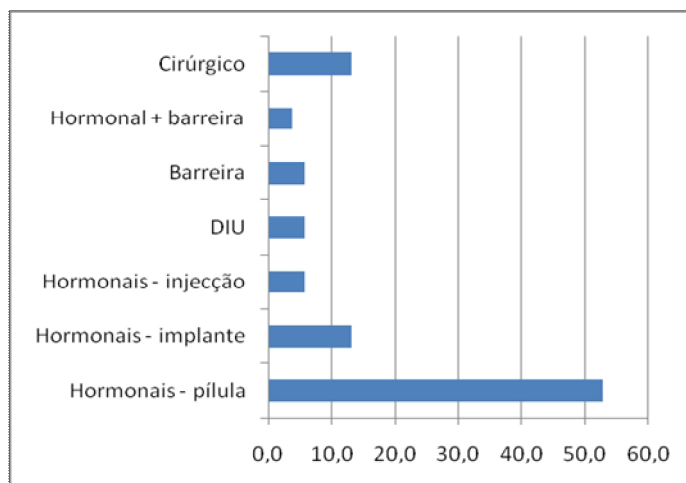


Gráfico 5- Qual o Método Contraceptivo que usa?

Relativamente ao facto de 35,4% das mulheres dizer não usar método contraceptivo, importa sublinhar os motivos: estar na menopausa (8%), não ter iniciado a actividade sexual (7,3%), não ter actualmente actividade sexual (6,1%), ter um só parceiro (4,9%) e não gostar de usar o preservativo (3,7%).

Quanto às fontes de esclarecimento relativas à sexualidade, as mulheres podiam escolher várias opções, tantas quantas fossem as suas fontes de esclarecimento. Ainda assim, verifica-se que 22% diz não ter dúvidas ou nunca ter procurado informação. As mulheres que procuram respostas e/ou dúvidas referem como fonte: os amigos 23,2%, os pais 29,3% (25,6% a mãe e 3,7% o pai), os livros 11%, a internet 11%, os profissionais de saúde 22% (7,3% enfermeiros, 11% médicos e 3,7% ambos enfermeiro e médico), o parceiro sexual 12,2% e os meios de comunicação social 4,9%.

Quanto às representações sobre a sexualidade as respostas foram categorizadas com base na definição de sexualidade da OMS (1990) “*É a energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor*”. Constituíram-se deste modo, 3 categorias, visão fisiológica/reprodutiva (expressão física – referência ao corpo, ao sexo, às práticas e actos sexuais); visão afectiva/emocional (expressão psicológica – referência ao amor, à partilha e ao afecto) e por fim a visão social/preventiva (expressão social – referência à família, às relações

sociais, às doenças e à prevenção de comportamentos de risco). A maioria das mulheres, 37,2%, tem uma visão afectiva/emocional da sexualidade, 26,9% uma visão fisiológica/reprodutiva, e por fim 11,5% numa visão social/preventiva. É de acrescentar que 12,8% não sabe o que dizer e 11,5% referiu outras representações tais como: “*várias coisas, mas não me ocorre nada*”; “*um alívio de stress*”, “*uma coisa que não me diz muito, tenho, não tenho não tenho*”, “*não penso sobre isso*”, “*nada*”, “*bom*”, “*bem-estar das pessoas*”.

2.3.2.8. Factores de Risco que possam influenciar o uso ou não do preservativo

A média de idades da amostra de iniciação da actividade sexual é de 16,4 anos, localizando-se a moda nos 14 anos. Salienta-se que 39% das mulheres iniciou a actividade sexual entre os 12 e os 15 anos. Também, OLIVEIRA (2008) num estudo realizado com estudantes universitários, encontrou uma idade média de iniciação sexual de 17,34 anos para uma amostra referente a ambos os sexos, verificando-se para o sexo feminino um ligeiro aumento, face à média, 17,55. O mesmo autor refere, “*de notar que 14,6% dos estudantes da amostra tiveram as suas primeiras relações sexuais aos 15 anos ou menos (22,8% dos rapazes e 11,2% das raparigas)*” (OLIVEIRA, 2008:94). ALFERES (2002) encontrou a idade média de início da actividade sexual de 17,67 para uma amostra de ambos os sexos, também numa amostra de estudantes universitários (OLIVEIRA, 2008). No estudo HBSC/OMS (2010) de MATOS, relativo a adolescentes do 6º, 8º e 10º anos, com uma média de idade de 14 anos, verificou-se, em ambos os sexos, que a idade da primeira relação sexual era, na grande maioria aos 14 anos ou mais. 82,5% dos jovens que já tiveram relações sexuais tinham usado preservativo na última relação sexual, percentagem que tem vindo a aumentar desde 2002 (MATOS, 2010).

De forma significativa, 96% das mulheres refere a importância do preservativo (Gráfico 6). Das 92,5% que já iniciaram actividade sexual, 73,2% já usou preservativo, no entanto destas, 51,2% não usou na última relação sexual (Gráfico 7).

Os motivos apontados pelas mulheres para o não uso do preservativo foram agrupados em categorias (OLIVEIRA, 2004). As categorias identificadas são: um só parceiro, o uso de outro método contraceptivo, não gostar do preservativo e outros motivos (tais com: “*porque não*”, “*porque não tinha*”, “*porque não me apetecia*”). Assim, 70,7% das mulheres alegam um só parceiro, 12,2% o uso de outro método contraceptivo, 4,9% não gostar e 12,2% outros motivos.

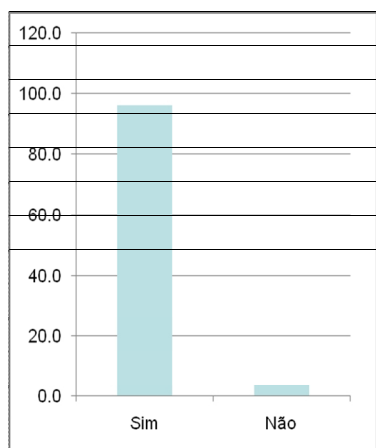


Gráfico 6- acha importante o uso de preservativo?

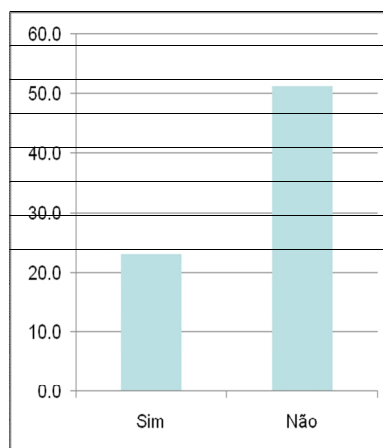


Gráfico 7- Usou preservativo na última relação sexual?

Da percentagem de mulheres que já usou preservativo (73,2%), 69,5% diz ter utilizado só o preservativo masculino, sendo que apenas 3,7% usou o preservativo masculino e feminino.

Ainda, relativamente às mulheres que já iniciaram actividade sexual, 18,3% nunca usou preservativo. Quando questionado o porquê as respostas foram agrupados em categorias de respostas (OLIVEIRA, 2004). Foram identificadas 6 categorias: 40% das inquiridas refere que só tem um parceiro; 26,3% das inquiridas diz que usa outros métodos contraceptivos, 13,3% das inquiridas afirmam que não gostam, 6,7 % das inquiridas dizem fazer alergia ao preservativo, 6,7% das inquiridas não responde e 6,7% menciona outros motivos tais como: “não calhou” e “nunca foi necessário”.

Os motivos alegados são idênticos aos referidos pelas mulheres que já usaram preservativo mas que não usaram na última relação sexual.

O facto de ter um só parceiro é o motivo mais expressivo em ambas as situações, o que parece implícito e significativo na relação de confiança relativa ao parceiro sexual. Este resultado é coincidente com o estudo de OLIVEIRA (2008:99) “questionados sobre os motivos de o uso do preservativo não ser uma prática sistemática entre os jovens, apesar de saberem que o seu uso é fundamental para prevenir IST/VIH/SIDA 55,9% referiram a confiança no parceiro”. Segundo estudos de Matos (2010) o número de jovens que não usam preservativo tem descido progressivamente desde 2002, no referido ano 30% dos jovens não usavam protecção, em 2006 eram 18% e em 2010 desce para 10%.

Quanto à satisfação sexual, 61,7% das mulheres refere estar satisfeita e 25,9% muito satisfeita. No entanto, 8,6% refere-se nem satisfeita nem insatisfeita, 2,5% insatisfeita e

1,2 % muito insatisfeita. Acrescenta-se ainda, que as mulheres que já iniciaram actividade sexual 69,5% têm filhos, das quais 24,4% tem 2 filhos.

Relativamente à prática de relações sexuais sob efeito de álcool e droga, 17,3% menciona ter praticado relações sexuais sob efeito do álcool e 10,7% sob efeito de droga. Acrescenta-se que 33,3% refere já ter praticado relações sexuais com um parceiro sob efeito de álcool e 13,3% com um parceiro sob efeito de drogas, verificando-se ainda neste aspecto que 1,3% das mulheres diz não saber se o parceiro sexual estava sob efeito de drogas.

A Escala de Atitudes Face ao Uso do Preservativo foi aplicada a 82 mulheres mas duas não preencheram a escala. Como já foi referido, as pontuações entre 13 e 39 pontos são indicadoras de uma predisposição menos favorável à prática de sexo seguro, face às pontuações entre 40 e 65 pontos que indicam predisposição mais favorável. Na presente amostra de 80 mulheres, verifica-se que a pontuação mínima é de 25 e que a pontuação máxima é de 58. A média de respostas foi de 43,4 e o desvio padrão de 6,06. Acrescenta-se que 25% tem pontuação igual ou inferior a 39, enquanto 75% tem pontuação superior a 39 (Tabela 1).

N	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
80	43,4	25	58	6,06

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo as frequências relativas à Atitude Face ao Uso do Preservativo

Pode-se dizer que a maioria desta amostra apresenta maior predisposição para a prática de sexo seguro. Importa acrescentar que das 41 mulheres que não usaram preservativo na última relação sexual, 75% (N=30) têm pontuação superior a 39, isto é, têm uma atitude positiva face ao preservativo. No entanto, as 18 mulheres que usaram preservativo na última relação sexual apresentam na totalidade, pontuações superiores a 39, uma atitude positiva face ao preservativo.

Foi feito o cruzamento das variáveis grupo etário, nível de escolaridade, frequência em consultas de Planeamento Familiar, satisfação Sexual e Prática de relações sexuais sob efeito de álcool e drogas com o uso de preservativo na última relação sexual (Anexo III).

Da observação da Tabela 2, verifica-se que a faixa etária que corre mais riscos pelo não uso de preservativo, é a dos 25 aos 44 anos (52,5%). A faixa etária dos 15 aos 24 anos é a que regista maior adesão ao preservativo.

Grupo etário	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
15 a 24 Anos	11	18,0	15	24,6	26	42,6
25 a 34 Anos	5	8,2	15	24,6	20	32,8
35 a 44 Anos	3	4,9	9	14,8	12	19,7
45 a 54 Anos	0	0,0	3	4,9	3	4,9
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Tabela 2 – Grupo etário segundo o uso de preservativo na última relação sexual

Quanto ao grau de escolaridade importa referir que a maioria das inquiridas (68,9%) não usou preservativo na última relação sexual. Para esta amostra parece que o grau de escolaridade não interfere com a prática sexual de risco, ou seja o não uso do preservativo (Tabela 3).

Nível de escolaridade	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	2	3,3	3	4,9	5	8,2
1º ciclo	5	8,2	4	6,6	9	14,8
2º ciclo	4	6,6	17	27,9	21	34,4
3º ciclo	7	11,5	14	23,0	21	34,4
Secundário	1	1,6	4	6,6	5	8,2
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Tabela 3 – Nível de escolaridade segundo o uso de preservativo na última relação sexual

Como se pode observar no Tabela 3 são as mulheres com menos escolaridade que referem ter usado o preservativo na última relação sexual, 18,1% (1º ciclo, 2º ciclo e sabe e escrever sem grau de ensino).

Estes resultados são opostos aos obtidos no estudo ‘Comportamentos Sexuais e a infecção HIV/Sida em Portugal’, que compreendeu a realização de 3643 inquéritos num universo de indivíduos com idades entre os 16 e os 65 anos, residentes em Portugal Continental, entre 2007/2008 (estudo levado a cabo por um grupo de investigadores do ICS, financiado pela CNLSH). *“Embora, a maioria da população (75 por cento) diga que usa ou usou no passado preservativo, há um conjunto de pessoas que nunca recorreu ao método. Neste grupo encontram-se sobretudo os menos escolarizados - mais de metade dos que dão esta resposta têm o 1.º ciclo do básico. Refira-se que o*

escalão etário com a percentagem mais expressiva nesta resposta é o que se refere ao intervalo dos 25 aos 34 anos” (PÚBLICO, 7 de Dez. 2010).

Quanto à satisfação sexual, verifica-se que o uso do preservativo é mais significativo nas mulheres satisfeitas e muito satisfeitas sexualmente. No que respeita ao acompanhamento em Consultas de Planeamento familiar, é de referir que se pode considerar um factor protector, entenda-se por factor protector que aumenta a predisposição para o uso do preservativo. De facto verifica-se que as mulheres que frequentam Consulta de Planeamento Familiar e usaram preservativo na última relação sexual têm uma percentagem mais significativa (19,7%) que as mulheres que não frequentam consulta de Planeamento Familiar e usaram preservativo na última relação sexual (11,5%). No entanto é de salientar o elevado número de mulheres que não usaram preservativo, quer tenha frequentado ou não a consulta de Planeamento Familiar (Tabela 4).

Frequência das consultas de planeamento familiar	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Frequente	12	19,7	21	34,4	33	54,1
Não frequente	7	11,5	21	34,4	28	45,9
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Tabela 4 – Frequência das consultas de planeamento familiar segundo o uso de preservativo na última relação sexual

Por fim, as mulheres que tiveram relações sexuais sob efeito de álcool e de droga ou com parceiros sexuais sob efeito de álcool ou droga, apresentam elevadas percentagens de não uso de preservativo na última relação sexual. Destacam-se, os dados relativos à prática sexual sob efeito de álcool. Respectivamente, 18% das mulheres que já praticou relações sexuais sob efeito de álcool, não usou preservativo na última relação sexual (Tabela 5).

A percentagem de não uso de preservativo, 32,8%, aumenta no que diz respeito ao parceiro sexual sob efeito de álcool (Tabela 6).

Praticou relações sexuais sobre o efeito do álcool	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sim	1	1,6	11	18,0	12	19,7
Não	18	29,5	31	50,8	49	80,3
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Tabela 5 – Prática relações sexuais sobre o efeito de álcool segundo o uso de preservativo na última relação sexual

Praticou relações sexuais com parceiro sexual sob efeito de álcool	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sim	2	3,3	20	32,8	22	36,1
Não	17	27,9	22	36,1	39	63,9
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Tabela 6 – Prática relações sexuais com parceiro sob efeito de álcool segundo o uso de preservativo na última relação sexual

2.3.3. Mulheres em discussão, Sexualidade e Vulnerabilidade

2.3.3.1. Metodologia e Instrumento

O grupo focal ou *focus group* é decorrente de uma entrevista semi-estruturada, que envolve uma discussão de grupo “*utiliza respostas simultâneas no sentido da obtenção de informação sobre determinado assunto, foco, o objectivo é a aproximação às opiniões, crenças, valores, discurso e compreensão dos participantes sobre o assunto da investigação, partindo do princípio que é válida toda a informação dada pelos participantes.*” (MATOS, 2007:45)

O guião da entrevista foi elaborado previamente, constituído por 13 questões, centrando-se em 5 assuntos a saber: pobreza, saúde, vida sexual, planeamento familiar e afecto. As questões foram construídas e discutidas com a Tutora e Orientadora de Estágio, tendo em vista a melhor interpretação dos dados obtidos na aplicação do questionário e das perspectivas das mulheres face às vivências da sexualidade (Anexo IV). A metodologia é de abordagem qualitativa, recorrendo-se à aplicação da técnica de recolha de dados, grupos focais ou grupos de discussão centrados num tema, “vivência da sexualidade em contextos de vulnerabilidade e pobreza”.

2.3.3.2. Grupo de Mulheres

O grupo de mulheres foi constituído por 4 mulheres inscritas na USSCVA, escolhidas de forma aleatória (recorreu-se à base de dados da USSCVA), com idades compreendidas entre os 30 e os 46 anos. As 4 mulheres são do Vale de Alcântara, habitantes do bairro do Loureiro. Nesta abordagem, o objectivo da realização do grupo focal, foi a obtenção de diferentes pontos de vista e opiniões sobre a sexualidade, saúde, afectividade, comportamentos sexuais e contextos de pobreza no sentido de aprofundar estratégias de intervenção na promoção da saúde.

A entrevista foi gravada em vídeo, com a prévia autorização das mulheres envolvidas e transcrita, posteriormente, em ficheiro Word. A aplicação do grupo focal decorreu no dia 27 de Maio, no gabinete de enfermagem da USSCVA, com a duração de 60 minutos.

2.3.3.3. Apresentação e Análise de Dados

Após a transcrição do grupo de discussão, foi feita a análise de conteúdo do discurso produzido pelas participantes. A informação foi organizada por categorias e subcategorias representativas e ilustrativas do tema em debate (GLASER e STRAUSS, 1987; BOGDAN e BIKLEN, 1992). “*As abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando (...)*” (BOGDAN e BIKLEN, 1994: 50).

Os relatos das mulheres foram alvo de análise, definição de categorias, codificação e registo de exemplos ilustrativos de cada categoria identificada. Foram definidas duas categorias: *Casal Ventoso, contexto de pobreza e ou de vulnerabilidade, e Sexualidade*. Sendo que a categoria Sexualidade é composta por três subcategorias: *afectividade, negociação sexual e satisfação sexual; Planeamento familiar e predisposição para a prática do sexo seguro; e Prevenção, comportamentos de risco e atitudes face à sexualidade*.

Na categoria, *Casal Ventoso, contexto de pobreza e ou de vulnerabilidade*, as mulheres revelam nostalgia do Casal Ventoso anterior ao realojamento. As mulheres partilham o facto de terem vivido em barracas e o sentimento de perda da partilha vivenciada pelos antigos moradores. Apesar do realojamento ter trazido melhores condições de vida, segundo as mulheres, os hábitos de falta de higiene, a delinquência e o tráfico de droga mantêm-se. “*Tenho muita pena que o Casal Ventoso tenha ido abaixo. Podiam ter feito as casas que temos mas sem ser em andares, porque esta gente não sabe morar em andares. (...) se soubesse o que sei hoje era preferível deixar-nos ficar no Casal Ventoso nas condições que morávamos do que vir aqui para baixo(...) a pobreza vem por causa da droga*” (M.J.).

Em relação à categoria *Sexualidade*, subcategoria *afectividade, negociação sexual e satisfação sexual*, as mulheres referem diferentes contextos de intimidade e de satisfação sexual, focando algumas experiências de negociação e sedução com o parceiro sexual actual, o marido. De referir, a perspectiva corpórea da sexualidade numa linha fisiológica/reprodutiva, sendo que num caso a ausência de relação sexual anula a

sexualidade. “*Em relação ao acto sexual estamos sempre de acordo um com o outro, nunca nenhum de nós faz por favor. Amizade, conversas, não há melhor...*” (M.J). “*Sexualidade? Se o meu marido não insistir comigo, não existe. Eu não tenho necessidade de ter relações sexuais*” (R.).” “*Têm que se procurar tudo, não se chega ali e pronto... às vezes começa, a pessoa não está com vontade, mas vai começando e continua e depois já está no papo*” (A.).

Relativamente, à categoria *Sexualidade*, subcategoria *Planeamento familiar e predisposição para a prática do sexo seguro*, as mulheres revelam desconhecimento e alguma ambivalência relativa à importância da Consulta de Planeamento Familiar. A função da Consulta é associada à contraceção, embora se revele pouco útil, visto que não identificam necessidade de acompanhamento. A fidelidade e confiança na relação (um só parceiro) são preponderantes na justificação. “*Mas o que é uma consulta de planeamento familiar? Uma consulta de planeamento familiar é para quê (...) a mulher quando escolhe um parceiro é aquele parceiro, só e acabou*”(M.). “*A médica vai lá falar (...) até oferecem preservativos (...) Mas eu tomo a pílula e nunca fui ao planeamento familiar*” (S.).

No que diz respeito à categoria *Sexualidade*, subcategoria *Prevenção, comportamentos de risco e atitudes face à sexualidade* as mulheres são unânimes na importância da informação no comportamento sexual. No entanto, é de referir que o factor confiança, de se ter um só parceiro sexual, parece afastar preocupações face ao risco. “*Mais informações, apesar de haver muito mais informação que havia antigamente as pessoas têm de estar mais informadas. Tem muito a ver com a mentalidade da pessoa*” (S.). “*Eu só tenho o meu marido, não preciso de ter cuidado nenhum com o meu marido*”(R.).

2.4. Sexualidades e Necessidades de Saúde

“*O diagnóstico de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população.*” (IMPERATORI, 1993: 45) A capacitação das pessoas deve ter subjacente a definição de necessidades, não só expressa (através da auscultação da população) mas também das necessidades sentidas e normativas. (IMPERATORI, 1993)

Porque a saúde não é “*um estado deve ser estudada ao longo da vida identificando-se fases importantes de transição e períodos críticos, capacitando as pessoas para atravessar esses momentos da melhor forma possível*” (PNS, 2004:3).

2.4.1. Necessidades identificadas

Necessidades Expressas

Tendo em conta os resultados obtidos através do Diagnóstico de Situação, identificam-se necessidades de: esclarecimento dos sinais e sintomas do CCU, bem como da prevenção (vacinação e promoção de redução de comportamentos de risco) e adesão ao rastreio; discussão das escolhas e das representações face à sexualidade, desmistificando os motivos para a não adesão à prática do sexo seguro; desmitificação de mitos e de preconceitos face ao uso do preservativo (nomeadamente relacionados com a confiança no parceiro sexual); esclarecimento acerca da importância do Planeamento Familiar e da escolha relativa à contraceção, promovendo reflexão nos factores de risco.

Para Oliveira (2008:135), “*a liberdade sexual é um pressuposto da civilização ocidental democrática, é necessário fazer sentir os jovens que (...) usar preservativo nas relações sexuais é uma questão civilizacional e que o uso do preservativo é o contraponto da liberdade sexual.*”

Necessidades Sentidas

O facto de integrar a equipa técnica do Projecto Crescer em Rede a intervir no Vale de Alcântara desde 2005, permitiu um contacto próximo com a população. O desenvolvimento de um trabalho continuado na área da promoção da saúde, levou à constatação de necessidades de saúde na população feminina, especialmente na área da sexualidade: discussão do papel da mulher nas relações de intimidade; esclarecimento de aspectos da fecundidade feminina, do planeamento familiar (nomeadamente gravidez) e da contraceção; discussão de comportamentos de risco (nomeadamente o cuidado com o corpo e consumo de drogas).

2.4.2. Prioridades

“*A definição de prioridades tem, pelo menos, duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos. A dimensão temporal deriva do facto de as necessidades serem recorrentes, pelo que há satisfazer as do presente sem esquecer as do futuro (...) a outra deriva da impossibilidade de satisfazer as necessidades de todos*” (IMPERATORI, 1993: 64).

Tendo em conta a gestão de tempo e dos recursos disponíveis, foi definido como prioridade, o desenvolvimento da Consulta de Planeamento Familiar da USSCVA e de um projecto de intervenção comunitária que fosse de encontro às necessidades identificadas e, paralelamente, promovendo a divulgação da Consulta. É imperativo o envolvimento de um maior número de mulheres possível na Consulta de Planeamento Familiar da USSCVA, de forma a regular a fecundidade do casal (segundo o desejo do mesmo, promovendo a redução da incidência de IST's, nomeadamente o CCU), melhorando a saúde e o bem-estar da população do vale de Alcântara.

“Não adianta falar em DST e AIDS se não falar de sexualidade como um todo e, mais do que isso, não adianta tratar a sexualidade apenas sob viés do risco, porque não é só risco, mas também prazer. A sexualidade (...) não é percebida a partir do seu aspecto positivo, como fonte de prazer e auto-estima, como um domínio importante para o processo de autonomização dos jovens (...) não se pode ver a sexualidade apenas sob o viés do risco, o risco tem de ser inserido numa discussão mais ampla, porque a sexualidade também é prazer”(KNAUTH, op. Cit. In OLIVEIRA, 2008:115).

3. Parte I Vulnerabilidade e Risco... Projecto de Intervenção no vale de Alcântara

3.1. Objectivos de Intervenção

3.1.1. Objectivo Geral

Desenvolver um projecto de Intervenção com vista a envolver as mulheres do Vale de Alcântara, promovendo a vivência da sexualidade de forma saudável e segura através da

adoção hábitos de prevenção, nomeadamente, o uso do preservativo potencializando ganhos em saúde.

3.1.2. Objectivos Específicos

- Estruturar e desenvolver uma consulta de Planeamento Familiar direccionada para mulheres inscritas na USSCVA;
- Realizar o “Roteiro Caminhos de Sexualidade”, caracterizado por actividades direccionadas a mulheres e à comunidade em geral, em parceria com estruturas comunitárias existentes no Vale de Alcântara

3.2. Estratégias de Intervenção

- Envolvimento da equipe de saúde da USSCVA, nomeadamente, a Enfermeira e a Médica a responsabilizar pela Consulta de Planeamento Familiar;
- Execução de uma Campanha em contexto Comunitário através da Metodologia de Roteiro - “Roteiro Caminhos de Sexualidade”;
- Envolvimento de entidades, tais como associações ou organizações sociais significativas para os habitantes do Vale de Alcântara, com vista à constituição de uma rede de parceria;
- Divulgação das actividades a desenvolver junto da comunidade, através da distribuição de folhetos e posters;
- Apresentação de resultados das actividades desenvolvidas aos parceiros, através da partilha de contributos e benefícios, com vista à continuidade da intervenção.

3.3. Design de Intervenção

No panorama político de planeamento “*o primeiro objectivo estratégico do ACS direcciona-se para a construção de instrumentos de planeamento da política de saúde, nomeadamente através do PNS*” (PNS, 2009: 9). No estabelecimento de linhas de actuação estratégica é necessário conhecer as necessidades de saúde da população, para definir indicadores e estabelecer metas quantificáveis. Integra-se na integra o primeiro

objectivo estratégico do PNS “*obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença*”(PNS, 2009: 10).

JAKAB, Directora da OMS-Euro, (JAKAB, OMS, 2010) refere “*Portugal has reached many challenging health goals over the last years and is commendable for the focus of the government on achieving health gains; the next frontier for Portugal as for many other European Countries will be to address sustainability concerns and health inequalities as part of the next National Health Plan.*”

As desigualdades no âmbito da saúde são indissociáveis de contextos de vulnerabilidade. O desenho do projecto de intervenção cruzou orientações estratégicas do PNS e da ENPSIS. Assim, tendo em conta as necessidades encontradas no diagnóstico de situação do Vale de Alcântara o projecto de intervenção cresceu em duas vertentes. A primeira, numa abordagem de proximidade à população ao encontro das necessidades expressas e sentidas, através da metodologia de roteiro. A Segunda, numa abordagem, de consolidação e trabalho contínuo, através do desenvolvimento da Consulta de Planeamento Familiar.

3.4. Metodologia de Intervenção

O investimento na saúde potencia o bem-estar das populações, implicando no desempenho económico e social das comunidades. O impacto a longo prazo revela-se no desenvolvimento humano, em sociedades prósperas na igualdade de oportunidades. Os CSP são a estrutura de proximidade das populações. A sua associação a políticas ambientais, sociais e de saúde pública “*constituem-se como factor determinante para se alcançar qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades*” (PISCO, 2010).

A Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece que “*a saúde é um objectivo social de primeira importância (...) instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade*” (SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1998). Posteriormente, na Carta de Ottawa (1986), a perspectiva de promoção de saúde aproxima-se da capacitação das pessoas, enquanto actores activos na modificação de determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida. Na Declaração de Jacarta (1997) e na Carta de Bangkok (2005) decorre a

expansão da importância das parcerias enquanto instrumento de empowerment das comunidades.

A metodologia de trabalho assentará no Método de Envolvimento da Comunidade (ORNELAS, 2008), promovendo-se o envolvimento da comunidade do vale de Alcântara. Os objectivos traçados pretendem-se flexíveis e negociáveis, com vista a promover a saúde, numa exploração e negociação constante com os grupos comunitários e parceiros formais e informais. Assentando no envolvimento da comunidade, recorrer-se-á à Metodologia de Roteiro como forma de contacto a trabalhar com e para a comunidade, com vista a consolidar a vigilância da saúde sexual através da Consulta de Planeamento Familiar.

3.4.1. Metodologia de Roteiro

A Metodologia de Roteiro é a concentração de forças num compromisso de definição de objectivos no sentido de melhorar a saúde das populações. Numa visão estratégica de planeamento é feito um diagnóstico de necessidades de determinada população, identificando as organizações/instituições de apoio à população. Através de um envolvimento das estruturas comunitárias identificadas como determinantes é criada uma rede de parceria. A rede parceria, permite uma intervenção alargada sustentada na ponte entre as necessidades diagnósticas e as necessidades sentidas e expressas pelos parceiros. Como refere ANDRÉ, as parcerias, numa colaboração em rede, devem ser incluídas e priorizadas nos projectos de desenvolvimento local (ANDRÉ, 2008).

O trabalho em parceria potencia as acções desenvolvidas, porque a rede de instituições e projectos de apoio à população luta e trabalha com um mesmo fim e muitas vezes com meios semelhantes. A abordagem de roteiro constitui uma estratégia de intervenção na implementação de projectos de saúde. *“Os roteiros de saúde constituem um conjunto de acções desenvolvidas numa determinada unidade territorial que visa activar a rede de parceiros locais como forma de abordagem às necessidades de saúde identificadas”* (ANDRÉ, 2008).

O Roteiro constitui-se como projecto comunitário para a saúde, que reúne a vontade (desejos da população) e o possível (contributos e responsabilização dos parceiros). Insere-se na perspectiva da Prevenção Primária numa linha *“de redução do surgimento de novas problemáticas numa população, durante um determinado período de tempo, ou seja, antecipa a problemática tendo como meta a saúde óptima.”* (ORNELAS, 2008: 286)

3.4.2. Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar

A vulnerabilidade da mulher deve ser tida em conta até porque, muitas estão mal informadas, mal orientadas, sob influência de mitos ou de crenças e que temem parecer ignorantes se fizerem algum tipo de perguntas como, por exemplo, sobre a actividade sexual ou a capacidade reprodutora (MARTINS, 2003).

Segundo o nº 2 do artigo 1º da Lei nº 3 de 24 de Março de 1984, “*incumbe ao Estado promover a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar estruturas jurídicas e técnicas que permitem o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.*” No decorrer de 10 artigos é descrito o Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para Jovens. Destaca-se o artigo 2º da referida lei onde se pode identificar o âmbito das consultas de Planeamento Familiar.

Tendo em conta, a pertinência do Planeamento Familiar e a harmonia jurídica dos deveres do Estado, bem como o papel da SCML face à população desfavorecida é fundamental o desenvolvimento da Consulta de Planeamento Familiar na USSCVA.

O objectivo geral da consulta é a promoção da saúde da mulher através da vivência de uma sexualidade saudável e segura. Em acordo com a Direcção Clínica e de Enfermagem, foi acordado acompanhar 10% das mulheres inscritas na USSC de Alcântara durante 1 ano de intervenção (objectivo a rever ao fim de um ano de intervenção).

Em concertação com a equipa de Enfermagem da USSCVA, foi elaborado o Protocolo da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar da USSCVA (Anexo V).

Tendo em conta a necessidade da identificação precoce de situações e factores de risco, bem como o encaminhamento através de uma prática em colaboração com outros membros da equipa de cuidados de saúde, foi proposta uma intervenção interdisciplinar. Assim, o protocolo prevê uma Consulta Médica e de Consulta de Enfermagem, bem como uma reunião bimensal de equipa. Uma vez que para muitas mulheres, o medo, a ansiedade e o pudor tornam a consulta uma experiência angustiante, foi proposto a realização de encontros trimestrais com as mulheres envolvidas na consulta para partilha de experiências e discussão de temáticas no âmbito da sexualidade.

Aquando a realização do Protocolo, foi elaborado um Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem, uma Folha de Acta a usar nas reuniões de equipa, bem como o Inquérito de Satisfação a realizar ao fim de um ano de intervenção (VI).

No dia 1 de Junho, Dia da Criança, foi desenvolvida a actividade “*Ser Criança*” na Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil para promover momentos lúdicos às crianças e ao mesmo tempo, procurar uma aproximação às mulheres divulgando a consulta de Planeamento Familiar.

A apresentação do Protocolo da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar à equipa de enfermagem da USSCVA, realizou-se a 3 de Junho. Compareceram, à apresentação, 7 elementos da equipa, a Enfermeira Responsável da USSCVA, e uma estudante de enfermagem a realizar estágio na USSCVA.

Seguiu-se o período de divulgação da consulta, através da colocação de posters na USSCVA e de contactos directos com as mulheres. A 17 de Junho arrancou a primeira consulta, tendo-se iniciado a aplicação do Instrumento de Colheita de Dados. Foi possível acompanhar o desenvolvimento da Consulta no primeiro mês de execução. Não se verificaram dificuldades na aplicação do Instrumento, no entanto, verificou-se que a Consulta de Enfermagem tinha um agendamento sobreposto ao da Consulta médica, o que implicava directamente na dinâmica da intervenção. Isto é, em algumas situações teve que ser interrompida, para não atrasar o agendamento Médico, e ser retomada posteriormente. Como alternativa pensou-se iniciar um agendamento independente.

3.5. Roteiro Caminhos de Sexualidade

3.5.1. Projecto de Intervenção e Construção da Rede de Parceria

A participação das pessoas no seu processo/projecto de saúde é fundamental, de facto a participação social nas decisões e escolhas implica a reflexão crítica/percepção das capacidades e potencialidades. Para ORNELAS “*a participação das pessoas no seu próprio processo de empowerment é essencial para a compreensão do seu significado que só é operacionalizado na relação entre os indivíduos, as organizações e a comunidade*” (ORNELAS, 2008:19). Importa ainda referir que o empowerment é um processo que pode ocorrer ao nível individual, organizacional e comunitário (RAPPAPORT e ZIMMERMEN, 2000 cit in ORNELAS, 2008). Destaca-se o empowerment comunitário visto que implica a “*participação dos indivíduos, das organizações locais na identificação das necessidades da comunidade, no desenvolvimento e implementação das estratégias que resolvam essas necessidades e promovam qualidade de vida*” (ORNELAS, 2008:53)

A integração no Projecto Crescer em Rede a intervir no Vale de Alcântara desde 2006, permitiu a consciencialização da necessidade de intervir no âmbito da sexualidade. Simultaneamente, o conhecimento das diferentes organizações existentes no Vale de Alcântara, e das suas potencialidades num trabalho de parceria, permitiu definir em articulação com a Direcção de Enfermagem da USSCVA as organizações/associações a envolver na realização do Roteiro.

As organizações/associações escolhidas foram o Projecto Alcantara; a Associação Crescer na Maior; a LINADEM; a Ajuda de Mãe; a Ajuda de Berço; o Projecto Escolhas 'Fazer a Ponte'; a ONG MDM; a Colectividade Águias Recreativo Clube e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Com o esboço dos parceiros a envolver, foi feito contacto com cada um em particular e feita uma proposta de intervenção, com objectivo de auscultar as necessidades que cada um identificava no contacto diário com a população do Vale de Alcântara, no âmbito da sexualidade.

Estes contactos decorreram entre 22 de Abril e 3 de Maio. Com os referidos momentos de partilha com cada parceiro, foi possível confirmar a pertinência de intervir no âmbito da sexualidade, bem como a importância de ter como foco as mulheres em idade fértil, adicionando-se a necessidade de fazer convergir e adequar o projecto de intervenção, aos contextos próprios de cada organização.

A 3 de Maio todos os parceiros tinham sido contactados e mostrado interesse em integrar o projecto pelo que foi constituída a rede de parceria. Nesta altura foi entregue a todos os parceiros o projecto de intervenção "*Roteiro Caminhos de Sexualidade*" (Anexo VII).

Paralelamente decorria o diagnóstico de situação através da aplicação do questionário e da realização do grupo focal. A 9 de Junho terminava a aplicação do questionário, tendo-se seguido o tratamento e análise dos dados.

No período de 14 a 18 de Junho foi feito novo contacto com os parceiros e apresentados os resultados do diagnóstico de situação. Nesta altura, foi feita proposta de cronograma de actividades e discutidas disponibilidades. A aposta seria a prevenção do Cancro do Colo do Útero através de discussões amplas no âmbito da sexualidade promovendo a vivência de uma sexualidade saudável através da predisposição para a prática do sexo seguro.

O público-alvo seria a Comunidade do Vale de Alcântara, especialmente mulheres dos 15 aos 55 anos. Especificamente para o projecto de intervenção, foi criada a *série de*

folhetos sexualidades e os cartazes “*Roteiro caminhos de Sexualidade*” para divulgação do evento (Anexo XXI). Ainda foi construída a *mala sexualidades* como recurso a usar transversalmente em todas as actividades.

A 18 de Junho, o cronograma foi fechado (Anexo XX) e na semana seguinte foram feitos contactos para financiamento dos materiais necessários ao decorrer das actividades, para financiamento da reprodução de folhetos e cartazes e para financiamento de um lanche na festa de encerramento.

Após contactos com a rede de parceria foi possível conseguir os financiamentos necessários: a Crescer na Maior disponibilizou materiais (cartolinas, tintas, canetas, lápis, tesouras e fita cola); a LINADEM e os Médicos do Mundo financiaram o lanche no valor de 100 euros, a Colectividade Águias Recreio Clube financiou a reprodução de folhetos e cartazes num total de 200 folhetos e 50 cartazes, a USSCVA disponibilizou materiais no âmbito do Planeamento Familiar (pílulas, preservativos e espéculos para demonstração) e o Projecto Alcantara e o Projecto Escolhas fazer a Ponte (cuja entidade promotora é o Projecto Alcantara) disponibilizaram o espaço (uso de materiais, música e tendas para serem montadas no bairro) e a equipa técnica para a realização da festa de encerramento. A Ajuda de berço e Ajuda de Mãe fizeram divulgação das actividades no site oficial.

Na semana de 22 a 25 de Junho foi feita divulgação no Vale de Alcântara através de colocação de cartazes nas ruas e contactos directos com a população. Na divulgação toda a rede de parceria colaborou activamente. Para o Roteiro foi criada uma *mala sexualidades* - com matérias diversos, preservativos masculinos, femininos, pílulas, DIU; diafragma; anel vaginal; pénis de esferovite; espéculo vaginal e folhetos e uma apresentação Sexualidades, CCU e IST's.

3.5.2. Semana de actividades ... produtos de criatividade

No período de 28 de Junho a 3 de Julho decorreu no Vale de Alcântara o *Roteiro Caminhos de Sexualidade*, que teve como temática a Sexualidade e a Prevenção do Cancro do Colo do Útero. Importa dizer que as actividades decorreram em espaços comunitários dos parceiros, tendo sido dinamizadas em colaboração estreita com os diversos profissionais da rede de parceria a intervir no terreno.

Através das actividades - “Sexualidade e corpo ... Prevenção do CCU”; “Percurso de Saúde” e “Campanhas de Rua”- promoveram-se momentos únicos de partilha na comunidade. No decorrer do Roteiro foi criado um diário de campo, que *“tem como objectivo ser um instrumento em que o investigador vai registando as notas retiradas das suas observações, é o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados (...)”* (BOGDAN e BIIKEN, 1994. 150). (Anexo IX)

Dos encontros de reflexão e debate relativo à sexualidade e ao CCU, com grupos de mulheres, jovens e idosas, no Vale de Alcântara, emergiram reflexões de diferentes perspectivas face à sexualidade. A diferença de gerações revela-se no fluxo de informação, as idosas sublinham o desconhecimento e a negociação sexual submissa à vontade masculina. *“Antigamente, o namoro era na presença dos pais; sempre quis às escuras; só vi o meu marido nu de relance; ele fazia xixi sem eu ver; eu só tirava a parte de cima dormia de cuecas, ele se queria tirava-as; era quase sempre quando ele queria; eu gostava mais do esfrega do namoro do que da penetração; antigamente não se falava, quando me apareceu o período chorei porque pensava que ia morrer; eu fui a correr para casa com vergonha não contei a ninguém”*(Diário de Campo, Projecto Alcantara).

As jovens partilharam experiências de descoberta de sexualidade, numa amálgama de sentires. Da comunicação, ao corpo, ao prazer latente, à vontade crescente, destacam-se algumas perspectivas: *“sexualidade é um meio de comunicação, pode ser físico ou psicológico, que se inicia muitas vezes na adolescência (...)”**“sexualidade é prazer; borboletas; risco; carência; perigo; violência; fogão; amor; descobrimentos; vício; dor”* (Diário de Campo, Projecto Alcantara).

Relativamente à prática do sexo seguro, nomeadamente, ao uso do preservativo, é de salientar o desconhecimento de algumas jovens, no que toca a colocação do preservativo masculino, e as práticas das idosas no que refere ao uso. Relativamente ao preservativo feminino o desconhecimento é transversal a todas as gerações *“Eu nem sei colocar, ele é que tem de saber”* (Diário de Campo, Ajuda de Mãe). *“Esse (preservativo masculino) conheço, antigamente lavávamos; esse (preservativo feminino) é novo credo menina, isso cabe lá dentro?”* (Diário de Campo, Projecto Alcantara). Acrescenta-se ainda, a referência de algumas jovens à dificuldade de negociação do uso do preservativo com parceiro sexual, com partilha de algumas experiências de coação: *“às vezes é uma chantagem não usar preservativo; penso que*

também tem haver com o facto de interromper a coisa” (...) “a negociação não é fácil; o meu namorado disse-me que não usar preservativo era uma prova de amor; é verdade não falamos disso, mas o não usar é uma prova de confiança; se pedimos para esperar corremos o risco de ficar sozinhas, e depois acontece” (Diário de Campo, Ajuda de Mãe).

3.5.3. Festa de Encerramento

A Festa de Encerramento aconteceu a 3 de Julho no Bairro da Quinta do Cabrinha, com a colaboração estreita da Equipa Técnica do Projecto Alkantara.

Foram montadas 3 tendas de forma a dinamizar 3 espaços de actividades a decorrer simultaneamente.

A Tenda da Saúde, onde decorriam Rastreios (Espaço dinamizado por estudantes de enfermagem a realizar estágio na USSCVA que realizavam avaliações de TA; GC e Colesterol) e o Workshop de Sexualidade (Espaço dinamizado por uma enfermeira com folhetos, a mala sexualidade e um cartaz a ser realizado no momento em que cada participante dizia o que para si é sexualidade). A Tenda Infantil, onde decorriam pinturas faciais e balões (Espaço dinamizado por uma monitora do Projecto Alkantara). A Tenda dos Jovens, onde decorria uma quermesse (Espaço dinamizado pelos jovens do Projecto Escolhas Fazer a Ponte).

Importa referir algumas afirmações do Cartaz Colectivo. *Sexualidade é “mais que sexo; é uma relação de amor; é muita coisa; não é nada; é uma relação entre duas pessoas com sentimento, já ando no planeamento; tem que se viver na altura certa com a pessoa certa; é uma brincadeira; parece que já morreu; nada, gosto muito do meu marido mas já não fazemos nada; tenho vergonha; sexo; descobri com o marido; é uma coisa que depois dá coiso; passo bem sem isso; tenho ou não tenho; já não tenho isso fiz laqueação; não é nada...tenho a impressão que não sinto nada.”*

No decorrer da festa, contaram-se 70 participantes (dos 4 aos 90 anos de idade), registaram-se 62 participações na Tenda da Saúde (32 participantes realizaram rastreios e 30 participaram no Workshop de Sexualidade- distribuição de 50 preservativos e 100 folhetos); 15 crianças realizaram pinturas faciais na Tenda Infantil e 40 pessoas passaram na Tenda dos Jovens.

Durante a Festa houve música e um lanche ao ar livre que promoveu o convívio comunitário.

3.5.3. Avaliação e partilha de resultados

“ A avaliação tem como propósitos gerais, por um lado, saber como os projectos ou programas podem ser melhorados à medida que se desenvolvem e por outro, determinar o seu grau de eficácia depois de terem tido a oportunidade de produzir resultado (...) podemos identificar duas tipologias principais de avaliação de programas, a avaliação formativa, também designada como sendo de processos, e a avaliação sumativa, também designada como sendo de resultados.” (ORNELAS, 2008: 334)

Pode-se dizer, relativamente à avaliação formativa do *Roteiro caminhos de Sexualidade*, que as actividades implementadas corresponderam congruentemente ao cronograma de actividades planeado. O Roteiro envolveu 154 participações (cerca de 130 indivíduos) 43 participantes do sexo masculino e 111 participantes do sexo feminino, com Idades compreendidas entre os 4 e os 80 anos. Foram distribuídos um total de 200 folhetos e facultados 80 preservativos.

No que toca a avaliação sumativa é importante referir que a operacionalização do Roteiro aconteceu com o financiamento da rede de parceria, tendo-se gasto estritamente os orçamentos estipulados. Acrescenta-se, ainda ao nível dos resultados uma avaliação bastante positiva dos participantes (uma participação significativa da população com relatos de grande satisfação); aumento da sensibilização para a prevenção do CCU; aumento da sensibilização e divulgação do preservativo masculino e feminino e promoção da discussão de escolhas no âmbito da sexualidade saudável e segura.

“Estes momentos são importantes, a vida faz-se a correr, não há tempo para pensar” (M. Bairro do Loureiro); *“Gostei nunca se está totalmente esclarecida, aprendemos sempre alguma coisa. Fica-se com novas ideias”* (D. Bairro Quinta do Cabrinha); *“Nem sei como agradecer, foi tão bom, este momento aqui consigo não vou esquecer.”* (M. Bairro Ceuta-Sul).

Pode-se dizer que entre o que foi estruturado (objectivos traçados) e o que o foi operacionalizado (actividades desenvolvidas) há um equilíbrio, que corresponde ao facto de se terem cumprido todos os propósitos estabelecidos. O projecto *Roteiro Caminhos de Sexualidade* foi desenvolvido com sucesso.

No dia 15 de Julho foi feito um convite aos parceiros da Rede de parceria para partilhar os resultados do Roteiro, o convite estendeu-se à Gebalis; APF e DGS.

Acederam ao convite o Coordenador do Projecto Alkantara, e uma representante da Gebalis, tendo-se juntado a estes, os estudantes de enfermagem a realizar estágio na USSCVA.

Na sala da USSCVA, onde decorreu a apresentação de resultados, foi feita uma pequena exposição dos trabalhos realizados no decorrer de toda a semana de actividades.

A apresentação dos resultados do Roteiro Caminhos de Sexualidade promoveu um debate de ideias entre os participantes (Anexo X). Nesta conformidade, foi sublinhada os benefícios da dinâmica da Rede de parceria, e a necessidade do seu fortalecimento através da realização de outras actividades em parceria. Paralelamente reforçou-se a continuidade de cuidados relativamente à Saúde Reprodutiva através da Consulta de Planeamento Familiar na USSCVA.

No final os participantes receberam uma pasta com um CD com fotos de toda a semana de actividades, um poster fotográfico e a impressão da apresentação realizada.

Na semana de 19 a 22 de Julho, os parceiros da rede de parceria que não compareceram à apresentação de resultados foram contactados directamente, e foi feita devolução directa dos resultados, das recomendações e divulgação da Consulta de Planeamento familiar. No dia 20 de Julho foi feita a apresentação dos resultados à equipa de enfermagem da USSCVA, tendo comparecido 5 enfermeiros, 3 assistentes operacionais e 1 médica.

3.6. Avaliação do Projecto de Intervenção

Segundo WANDERSMAN (1999) e FETTERMAN (2001) (cit in ORNELAS, 2008) a avaliação de programas/projectos na área da saúde pública deve percorrer um percurso de seis etapas designadamente o envolvimento dos intervenientes, a descrição do programa/projecto, a constituição do design de avaliação, a recolha de evidência, justificação de consequências e a utilidade e partilha de recomendações. Todo este percurso, deve reger-se por padrões de qualidade (utilidade, realismo, adequação e rigor).

É de referir que o projecto de intervenção desenhado teve como ponto de partida um levantamento de necessidades resultante do diagnóstico de situação. O envolvimento dos participantes foi uma preocupação constante, procurando-se a integração de vários organizações e associações significativas para a comunidade (rede de parceria), bem como um ajuste constante nas actividades desenvolvidas. O enquadramento do projecto

foi sempre explicado e feita uma avaliação global com os participantes em cada actividade. A recolha de evidência decorreu na auscultação das pessoas e descrição das actividades onde se pode encontrar relatos/testemunhos. *“Cada vez que falamos de sexualidade parece que me sinto mais segura de mim”* (C. Bairro do Loureiro); *“Na verdade já não faço nada, mas continuo a sentir-me mulher, e a falar ainda me sinto mais.”* (S. Bairro Quinta do Cabrinha); *“Agora vou à Unidade para marcar consulta quero ficar mais acompanhada”* (M. Bairro do Loureiro); *“Tens de vir cá mais vezes para continuarmos estas conversas”* (A. Ajuda de Mãe) Por fim a partilha decorrente do trabalho em parceria (nomeadamente através da divulgação da Consulta de Planeamento Familiar) potencia boas práticas, reproduzindo-se em ganhos em saúde para a população em geral.

4. Parte III Vulnerabilidade e Culturas... Diagnóstico de Saúde e Projecto de Intervenção

4.1. Vulnerabilidade, Cultura e VIH

A diferença manifesta-se na aparência física, nos comportamentos, nas representações sociais, na mentalidade, na forma de viver os costumes e as tradições, no fundo a diferença é intrínseca às particularidades e especificidades do indivíduo e das comunidades, na sociedade. A diversidade, é característica do ser humano levantando inúmeras questões quanto se reflecte nas necessidades de saúde, educação e sociais.

Efectivamente o trabalho na diversidade reveste-se de criatividade e respeito, sobretudo no tempo do outro. A diversidade cultural diluída na vasta população portuguesa, reflexo da convivência de várias culturas num só espaço, confere à sociedade uma dimensão multicultural. Os obstáculos vivenciados pelas minorias, bem como a fraca aposta e investimento na vulnerabilidade, agravam as disparidades na saúde, na educação e serviço social.

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) são responsáveis pela causa de doença e morte de muitos indivíduos, ao longo dos últimos vinte e cinco anos, especialmente jovens adultos. O impacto em populações pobres e desfavorecidas é flagrante, afectando o desenvolvimento demográfico e social, constituindo-se globalmente numa ameaça ao equilíbrio internacional e à segurança das populações (CNIVS, 2007).

Segundo a CNVS as populações vulneráveis e susceptíveis ao risco são: jovens; mulheres; trabalhadores de sexo; utilizadores de drogas; reclusos; migrantes e minorias étnicas, minorias sexuais e populações móveis (camionistas e militares entre outros). (CNIVS, 2007) A OMS sublinha que jovens entre os 15 e os 24 anos representam 45% das novas infecções pelo VIH, muitos dos jovens continuam sem aderir ao uso do preservativo, e sem dispor de informação acerca da transmissão e risco de exposição ao vírus (CNIVS, 2007). Relativamente aos conhecimentos e atitudes face ao VIH na população portuguesa em geral, é de referir o estudo de AMARO (2004 cit in CNIVS, 2007:13). No referido estudo é apontado que *“68% da população percebe o seu risco de infecção como elevado, 48% considera-se em risco maior que a generalidade da população e 37% já sentiram receio de se terem infectado. No se refere às vias de infecção o (Eurobarómetro, 2003 cit in CNIVS, 2007:14) é referido que “ (...) entre os jovens portugueses escolarizados, de 15-19 anos, apenas 15% demonstraram ter conhecimentos correctos sobre os modos de transmissão do VIH e 30% referiram não ter usado preservativo na última relação sexual”*. PNPCI/ VIH/SIDA 2007/2010 definiu três estratégias diminuir o risco de infecção; diminuir a vulnerabilidade à infecção e diminuir o impacto da epidemia.

Visto que a pobreza e a marginalização social são determinantes face à infecção, sublinha-se a segunda estratégia, na implementação de acções em populações vulneráveis, sendo fundamental investir em políticas de promoção de comportamentos preventivos.

4.2. Projecto SPNB... Contexto de Vulnerabilidade e Cultura

Segundo a Rede Social de Loures “a ausência de planeamento e respostas sociais adequadas, aquando da construção de bairros sociais multiplica o fenómeno da pobreza. (...) Problemáticas como a educação, segurança, ocupação de tempos livres e até mesmo pobreza e exclusão social são transversais e interligam-se. (...) A imigração clandestina e por conseguinte os bairros de génese ilegal são elementos caracterizadores das freguesias de Loures”(REDE SOCIAL DE LOURES, 2006).

O Projecto SPNB, desenvolvido no Concelho de Loures pela ONG, MDM, tem como área de intervenção a prevenção e combate do VIH/SIDA, em bairros de realojamento social ou de génese ilegal incidindo em populações vulneráveis, nomeadamente Migrantes e Minorias Étnicas. Populações Oriundas de Países de Língua Oficial Portuguesa e dos Países de Leste. A localização geográfica de intervenção do Projecto corresponde, fundamentalmente, ao Bairro Quinta da Serra (Freguesia do Prior Velho); ao Bairro Quinta da Fonte (Freguesia da Apelação); ao Bairro Quinta das Mós (Freguesia de Fetais/Camarate) e ao Bairro CAR Zambujal (Freguesia do Zambujal). A Entidade Financiadora é a CNIVS (75%) e MDM (25%).

A equipa técnica do Projecto SPNB é constituída por uma Coordenadora, um Enfermeiro, uma Técnica de serviço social e uma animadora sociocultural, com colaboração periódica de voluntários. Das actividades desenvolvidas, destaca-se a prestação de cuidados de saúde primários e as actividades de informação e educação para a saúde.

Tendo em conta, o sucesso da execução da metodologia de Roteiro no Vale de Alcântara, foi sugerido à Coordenadora do Projecto SPNB, o recurso à mesma metodologia, mantendo o nome *Roteiro Caminhos de Sexualidade* e a área de intervenção, a sexualidade, embora com ênfase no VIH/SIDA.

Com vista à continuidade de cuidados no âmbito do VIH/SIDA, foi ainda proposto, a construção de uma consulta especializada em VIH, a ser levada a cabo pelo Enfermeiro do Projecto.

4.3. Objectivos e Estratégias de Intervenção

Objectivos

- Realizar o *Roteiro Caminhos de Sexualidade*, no âmbito do VIH/SIDA caracterizado por actividades direccionadas a jovens imigrantes, grupos socialmente excluídos

(comunidades ciganas) e Refugiados (residentes no Centro de Acolhimento ao Refugiado) em parceria com a comunidade escolar, bem como com estruturas comunitárias existentes na comunidade.

- Estruturar um protocolo de Consulta de Prevenção do VIH/SIDA no Projecto SPNB.
- Desenvolver um protocolo de acompanhamento de saúde entre o Agrupamento de Centros de Saúde de Loures e o Projecto SPNB.

Estratégias

- Execução da Consulta Prevenção do VIH/SIDA e envolvimento do Enfermeiro a responsabilizar;
- Envolvimento do Enfermeiro do Projecto SPNB na elaboração do Protocolo da Consulta;
- Execução do protocolo de acompanhamento de saúde entre o Agrupamento de Centros de Saúde de Loures e o Projecto SPNB;
- Execução de uma Campanha em contexto Comunitário através da Metodologia de Roteiro -*Roteiro Caminhos de Sexualidade*;
- Envolvimento da equipa do Projecto SPNB na execução das actividades a desenvolver no Roteiro, nomeadamente a Animadora Sociocultural;
- Envolvimento de entidades, tais como associações ou organizações sociais significativas para a população envolvida pelo Projecto SPNB, com vista à constituição de uma rede de parceria;
- Levantamento de necessidades da população a envolver, identificadas individualmente por cada parceiro da rede de parceria;
- Divulgação das actividades a desenvolver junto da comunidade, através da distribuição de folhetos e posters;
- Apresentação de resultados das actividades desenvolvidas aos parceiros, através da partilha de contributos e benefícios, com vista à continuidade da intervenção.

4.4. População Alvo

Recorrendo, à categorização da OMS (2003), o projecto de intervenção desenhado inclui a população alvo do Projecto SPNB, com especial enfoque em jovens imigrantes, grupos socialmente excluídos (comunidades ciganas) e refugiados (residentes no Centro de Acolhimento ao Refugiado).

4.5. Consulta de Enfermagem de Comportamentos Saudáveis

Tendo em conta a meta da OMS, face ao VIH, para 2011-2016 (OMS, 2010;5), um mundo livre de infecções pelo VIH e todas as pessoas infectadas a viver com saúde e bem-estar, otimizando a prevenção, tratamento e cuidados de continuidade; a implementação de um projecto de intervenção neste âmbito é fundamental no contexto do Projecto SPNB. Deste modo, foi proposto à Coordenadora do Projecto SPNB a construção de uma Consulta de Enfermagem especializada na prevenção do VIH. A proposta foi acolhida com entusiasmo na medida em que respondia a uma necessidade já identificada pela equipa.

Em concertação com a equipa do Projecto SPNB, foi elaborado o Protocolo da Consulta, tendo como objectivo promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura, tendo como foco os jovens dos 15 aos 25 anos (Anexo XI).

O protocolo prevê uma Consulta de Enfermagem, a realizar-se no primeiro atendimento do mês em cada local de intervenção, uma reunião bimensal de equipa e um encontro trimestral com os jovens dinamizado pela equipa com vista à promoção da saúde.

A apresentação do protocolo à equipa aconteceu a 15 de Setembro, tendo-se discutido o nome a atribuir à Consulta. Ficou acordado designa-la por Consulta de Enfermagem de Comportamentos Saudáveis, de forma a poder abarcar outras problemáticas da sexualidade e/ou da saúde, nomeadamente relacionadas com os estilos de vida saudáveis, e assim envolver um maior número de pessoas. Como forma de divulgação da Consulta e continuidade da intervenção no âmbito da sexualidade, ficou definido recorrer-se ao *Roteiro Caminhos de Sexualidade*.

É de referir que foi realizada uma reunião com o a Enf^a Directora do ACES de Sacavém e com a Enf^a Responsável do Centro de Saúde de Sacavém, com vista a desenvolver um protocolo de acompanhamento de saúde entre o ACES de Sacavém e o Projecto SPNB. À data da reunião, 9 de Setembro, a Enf^a Directora do ACES de Sacavém e a Enf^a Responsável do Centro de Saúde de Sacavém referiram que o ACES estava numa fase de reestruturação e com redução de recursos humanos, nomeadamente enfermeiros. Assim, não foi possível concretizar uma articulação formal, ficou definido manter o envio da carta de encaminhamento já protocolada pelo Projecto SPNB, e subscrever na carta um pedido de feedback.

4.5. Roteiro Caminhos de Sexualidade

4.5.1. Projecto de Intervenção e Construção da Rede de Parceria

A integração na equipa técnica do Projecto SPNB entre 2007 e 2009, permitiu a consciencialização da necessidade de intervir no âmbito da sexualidade e da prevenção face ao VIH. Simultaneamente, o conhecimento das diferentes organizações existentes na unidade territorial do Projecto, das suas dinâmicas de intervenção e potencialidades num trabalho de parceria, permitiu definir, em articulação com a Coordenadora do Projecto SPNB, as organizações/associações a envolver na realização do Roteiro. Em reunião de equipa do Projecto SPNB foi apresentado todo o desenho de intervenção e amplificada a discussão dos parceiros a envolver.

Os parceiros escolhidos para constituir a rede de parceria incluem parceiros formais do Projecto SPNB: o Gabinete de Saúde de Loures, o Gabinete de Acção Social de Loures e o Agrupamento de Escolas da Apelação; e informais: a Ajuda de Mãe, Divisão Municipal de Habitação de Loures, a Pastoral dos Ciganos, o Projecto Escolhas “Projectar Lideranças”, a Associação Juvenil da Apelação, o Clube Cidadania, o Projecto “Consolidar”, o Grupo de Jovens Quinta da Serra, a Associação de Moradores do Bairro do Zambujal, a Junta de Freguesia da Apelação, a APF e o CPR.

Com o esboço dos parceiros a envolver, foi feito contacto com cada um em particular e feita uma proposta de intervenção, com objectivo de auscultar as necessidades que cada um identificava no contacto diário com a população envolvida.

Estes contactos decorreram entre 1 e 15 de Setembro. Com os referidos momentos de partilha com cada parceiro foi possível confirmar a pertinência de intervir no âmbito da sexualidade tendo como ênfase o VIH/SIDA.

O Agrupamento de Escolas da Apelação, a Pastoral dos Ciganos, o Projecto Escolhas “Projectar Lideranças” e o Projecto “Consolidar”, sublinharam a importância de focar a intervenção nos jovens. Todos, ainda acerca dos jovens, referiram como problemática os comportamentos de risco, nomeadamente, o início precoce da actividade sexual (mais frequente nas raparigas africanas), o uso inconsistente do preservativo, a duração volátil dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Regista-se ainda, a identificação da falta de higiene, transversal à população envolvida pela maioria dos parceiros. O CPR, relativamente, aos refugiados refere a prática de

relações sexuais de risco com recurso à prostituição, com fraca adesão ao preservativo, registando inclusivamente casos de VIH/SIDA.

No contacto com os parceiros, tal como no Vale de Alcântara, verificou-se a necessidade de fazer convergir e adequar o projecto de intervenção, aos contextos próprios de cada organização. A 15 de Setembro todos os parceiros tinham sido contactados e mostrado interesse em integrar o projecto pelo que foi constituída a rede de parceria. Nesta altura foi entregue a todos os parceiros o projecto de intervenção *Roteiro Caminhos de Sexualidade*. (Anexo XII).

No período de 10 a 15 de Novembro foi feito novo contacto e feita proposta de cronograma de actividades e discutidas disponibilidades. A aposta seria a prevenção do VIH/SIDA através de discussões amplas no âmbito da sexualidade promovendo a vivência de uma sexualidade saudável através da predisposição para a prática do sexo seguro.

Para este projecto de intervenção, foi criada a *série de folhetos sexo seguro* (em português, crioulo e inglês) e os cartazes “*Roteiro caminhos de Sexualidade*” para divulgação do evento (Anexo XIII). Ainda foi construída a *mala sexualidades* como recurso a usar transversalmente em todas as actividades (o mesmo instrumento já utilizado no *Roteiro Caminhos de Sexualidade* no Vale de Alcântara).

A 20 de Novembro o cronograma foi fechado, e na semana seguinte foram feitos contactos para financiamento dos materiais necessários ao decorrer das actividades, para financiamento da reprodução de folhetos e cartazes e para financiamento de um lanche na festa de encerramento.

Após contactos com a rede de parceria foi possível conseguir os financiamentos necessários. O Agrupamento de Escolas da Apelação, a Pastoral dos Ciganos, o Projecto Escolhas “Projectar Lideranças” e o Projecto “Consolidar” responsabilizaram-se por reunir nos seus espaços matérias necessários ao desenvolvimento das actividades (cartolinas, tintas, canetas, lápis, tesouras e fita cola). A APF disponibilizou materiais, nomeadamente folhetos (200) e preservativos femininos (50); o Gabinete de saúde de Loures, financiou a reprodução de folhetos e cartazes num total de 1060 folhetos e 80 cartazes. A Associação de Moradores do Bairro do Zambujal disponibilizou o espaço da associação, música e responsabilizou-se por realizar o transporte de grupos de música para a festa. O Agrupamento de Escolas da Apelação e o Projecto Escolhas “Projectar Lideranças” (cuja entidade promotora é o Agrupamento de Escolas da Apelação) disponibilizaram o espaço (Ginásio da Escola da Apelação, música e palco) e a equipa

técnica para a realização da festa de encerramento. A ONG MDM financiou o lanche da festa no Bairro do Zambujal (no valor de 50 euros) e financiou o lanche da festa de encerramento (no valor de 50 euros).

Na semana de 15 a 19 de Novembro foi feita divulgação, promovida pela rede de arceria e pela equipa do Projecto SPNB nos locais de intervenção, através da colocação de cartazes nas ruas e contactos directos com a população. Na divulgação toda a rede de parceria colaborou activamente.

Para a execução das actividades a desenvolver no Roteiro Caminhos de Sexualidade foram criados instrumentos únicos Acções "Sexualidade e VIH"; "Viredo" (teatro infantil que explica o VIH às crianças baseado na história do Cuquedo de Clara Cunha, 2008); Torneio de Futebol "Vamos jogar para vencer o VIH" e Campanhas de Rua "Juntos vamos vencer o VIH" (levadas pelos jovens das demais comunidades juvenis) e a apresentação Sexualidades, VHI e IST's (Anexo XIV)

4.5.2. Semana de actividades ... produtos de criatividade

No período de 22 de Novembro a 1 de Dezembro decorreu o *Roteiro Caminhos de Sexualidade*, na unidade territorial de intervenção do Projecto SPNB, que teve como temática a Sexualidade e a Prevenção do VIH/SIDA. Importa dizer que as actividades decorreram em espaços comunitários dos parceiros, em colaboração estreita com a Animadora Sociocultural do Projecto, bem como com os diversos profissionais da rede de parceria a intervir no terreno. Embora os objectivos fossem os mesmos, as actividades foram adaptadas e ajustadas à população alvo de cada parceiro, bem como aos espaços onde decorreram.

Através das actividades – “Acção Sexualidade e VIH”; “Acção Sexualidades”; “Campanha de Rua, Juntos vamos vencer o VIH”; “Torneio de Futebol e Festa, Vamos jogar para vencer o VIH” - promoveram-se momentos únicos de partilha na comunidade. No decorrer do Roteiro foi criado um diário de campo (Anexo XV).

Nos encontros de reflexão e debate relativo ao VIH/SIDA, com grupos de jovens, que incluíram jovens imigrantes e de etnia cigana, emergiram vivências e sentires de diferentes perspectivas face à sexualidade. Num misto de corporeidade, ingenuidade, busca de prazer e preocupação, os jovens revelaram perspectivas profundas de sexualidade, transversais aos diferentes contextos culturais. *“Sexualidade é sexo, ter relações sexuais, posições, muito calor, descoberta da novidade, namorar, beijar, sexualidade do amor e do curtir, ser homem, ser mulher, compaixão, paraíso,*

liberdade, prazer, timidez, curiosidade, prevenção, é um desejo que temos, é dar o nosso corpo, homossexualidade, é a forma como interagimos fisicamente e psicologicamente, a energia que nos motiva a procurar o amor, sentimentos entre dois seres, protecção” (Diário de Campo, Agrupamento de Escolas da Apelação).

Relativamente ao VIH/SIDA, os jovens dividiram-se, a maioria partilhou sentir medo e mitos relativos à transmissão do VIH, embora alguns se tenham mostrado seguros face ao perigo, visto que tomam precauções e actualmente há tratamento. Esses, referiram outras preocupações, mais presentes que se sobrepõe ao VIH/SIDA. *“A SIDA é uma preocupação, porque pode levar à morte. É preciso ter consciência do que fazemos”* (...) *“Tenho mais ou menos medo, porque apesar da SIDA não ter cura tem tratamento e podemos nos proteger dela. É um risco porque muitos jovens interagem a sua vida sexual muito cedo sem higiene e sem condições. Traz muitas dificuldades, significando o fim da vida”* (Diário de Campo, Agrupamento de Escolas da Apelação). *“A SIDA não é uma preocupação, porque outras coisas preocupam mais. Não devemos ter medo de doenças porque depois não conseguimos enfrentá-las. Não tenho medo da SIDA, porque tenho cuidado e uso protecção”* (Diário de Campo, Agrupamento de Escolas da Apelação). Acrescenta-se ainda o relato de uma refugiada no debate de partilha de experiências, *“A SIDA não é uma preocupação porque não se fala”* (Diário de Campo, CPR).

Ao reflectir acerca da prática do sexo seguro, isto é o uso de preservativo masculino e feminino, os jovens revelaram desconhecimento, sobretudo em relação ao preservativo feminino, as jovens revelaram ainda resistência à alternativa de protecção. No entanto, é de referir por parte de algumas jovens, tal como no Vale de Alcântara, o relato de chantagem na negociação do uso do preservativo. *“Se tu me amas não vamos usar o preservativo, os jovens ficam loucos. Ter vontade de fazer sem pensar.”* (Diário de Campo, Apelação) Apontam-se ainda, alguns motivos para a não adesão ao preservativo *“Esquecer o mundo em que estamos e viver num mundo de fantasia. Uns não querem usar. Para se sentir melhor, sabe bem. Os jovens não se sentem bem. Problemas com a família, não querem pensar no futuro, pressão dos amigos, pobreza.”* (Diário de Campo, Agrupamento de Escolas da Apelação)

Importa revelar que o teatro infantil “Viredo”, foi globalmente interiorizado pelas crianças. O alerta do perigo relativo a comportamentos de risco, tais como brincar com o vidro e/ou o lixo, foram explorados e captados pelas crianças. Ficam alguns relatos: *“A Catarina disse cuidado! Não é para mexer no lixo, que os vidros estão no lixo, pode*

aleijar e ficar doente. Se mexer uma coisa que tem sangue o Viredo entra na barriga deles.” “O Cuquedo foi assustar os animais. O Viredo chegou, e disse para não pôr sangue na barriga. O Viredo apanhou um susto. O coração bate muito, o sangue sai da barriga porque tá mexer no lixo.” “O Viredo está aqui na barriga. O Viredo entra se os meninos mexem no vidro e nas picas do lixo. Os meninos ficam doentes.” (Diário de Campo, Agrupamento de Escolas da Apelação).

4.5.3 Festa de Encerramento Dia de Luta contra a SIDA

A preparação desta actividade começou antes de arrancar o Roteiro. Como forma de envolver a comunidade juvenil da Apelação foram feitos contactos com os grupos juvenis e feita proposta de intervenção. A proposta caracterizava-se por uma campanha de rua a ser concretizada pelos jovens, sendo para isso necessário a realização de uma acção de sensibilização/formação. Os representantes dos jovens mostraram muito interesse tendo sugerido associar à proposta a realização de um torneio de futebol.

No dia 20 de Novembro realizou-se uma acção de formação para jovens para discutir o VIH e formas de prevenção. Na acção de formação compareceram 16 jovens dos 14 aos 20 anos. O encontro decorreu no Ginásio da Escola da Apelação e durou cerca de 2h, no fim houve um pequeno lanche convívio. Destacam-se algumas reflexões emblemáticas *“A SIDA é uma preocupação porque a população jovem é mais vulnerável (drogas, sexo inicial e irresponsabilidade). Correm riscos pela adrenalina e actos inflectidos”* (A. Apelação). *“A SIDA não é uma preocupação, porque os jovens hoje em dia estão mais preocupados com a parte prática do que com a sua saúde. O desinteresse da saúde dos companheiros, leva-os a correr riscos. Ou seja, não querem saber se os companheiros têm alguma doença. É a vergonha, porque têm vergonha de perguntar”* (P. Apelação).

Os jovens participantes nesta acção ficaram incumbidos e passar informação aos restantes elementos dos grupos de jovens, recorrendo à metodologia de formação de pares.

No dia 1 de Dezembro, no início da tarde foi marcado o encontro no Ginásio da Escola da Apelação, Aí foi organizado o espaço, montado o palco, o lanche e um pequeno espaço com folhetos, cartazes e preservativos. Nesse espaço, foi feito um pequeno encontro com os jovens antes de arrancarmos com a campanha. Por fim, em acordo com os jovens dividimos tarefas, (cada um iria incidir em aspectos específicos) distribuiu-se os folhetos e os preservativos para facultar a quem pedisse. Acordou-se o que dizer,

tendo como pano de fundo a prevenção do VIH. Todos vestiram uma t-shirt do Grupo AJA, e depois, com a equipa do Projecto SPNB, mais 6 estudantes de enfermagem, o Departamento de Comunicação MDM e um fotógrafo convidado, fomos para o Bairro Quinta da Fonte.

O impacto foi memorável, ver uma mancha de jovens de t-shirts brancas, a entrar na rua principal do bairro à volta da Unidade Móvel MDM. Os jovens espalharam-se pelo bairro aproximando-se das pessoas, em grupo ou individualmente, promovendo momentos de partilha únicos. Só na campanha foram distribuídos 520 preservativos masculinos, 192 lubrificantes, 15 preservativos femininos e 300 folhetos (em português e em crioulo).

Ao chegar ao fim da rua principal do bairro, voltámos para o Ginásio da Escola, tendo decorrido o Torneio com participação de 8 equipas.

Depois ao fim da tarde começou a festa com a participação de um grupo de Danças Africanas, seguido de um Teatro Fórum. O teatro aconteceu com a participação do Presidente da Associação Juvenil, tendo-se discutido de forma interactiva e dinâmica com o público jovem, a prevenção face ao VIH.

No dia de encerramento do Roteiro Caminhos de Sexualidades, contou-se com 100 participantes, 30 na campanha de rua, 70 no Torneio e 70 na festa de encerramento (sendo que os 70 participantes da festa tinham participado na campanha ou no Torneio).

. 3.5.3. Avaliação e partilha de resultados

Pode-se dizer, relativamente à avaliação formativa do Roteiro caminhos de Sexualidade, que as actividades implementadas corresponderam congruentemente ao cronograma de actividades planeado. O Roteiro envolveu 545 participantes, com Idades compreendidas entre os 4 e os 80 anos. Foram distribuídos 1260 folhetos, 80 cartazes, 100 autocolantes viredo, 120 preservativos femininos, 1000 Preservativos Masculinos e 500 lubrificantes. No que toca a avaliação sumativa é importante referir que a operacionalização do Roteiro aconteceu com o financiamento da Rede de parceria, tendo-se gasto estritamente os orçamentos estipulados. Acrescenta-se, ainda ao nível dos resultados uma avaliação bastante positiva dos participantes; aumento da sensibilização para a prevenção do VIH; aumento da sensibilização e divulgação do preservativo masculino e feminino e promoção da discussão de escolhas no âmbito da sexualidade saudável e segura.

Pode-se dizer que entre o que foi estruturado (objectivos traçados) e o que o foi operacionalizado (actividades desenvolvidas) há um equilíbrio, que corresponde ao facto de se terem cumprido todos os propósitos estabelecidos. O projecto Roteiro Caminhos de Sexualidade foi desenvolvido com sucesso.

No dia 10 de Janeiro foi feita a apresentação dos resultados à equipa do Projecto SPNB. No dia 11 de Janeiro foi feito um convite aos parceiros da Rede de parceria para partilhar os resultados do Roteiro, o convite estendeu-se à DGS.

Acederam ao convite representantes da Pastoral dos Ciganos, do Projecto Consolidar, da Ajuda de Mãe, do Agrupamento de Escolas da Apelação, dos MDM, bem como o Presidente e a Responsável do Gabinete de Saúde de Loures, e a equipa técnica do Projecto SPNB.

Numa sala do Centro Comunitário da Apelação, decorreu a apresentação de resultados. Inicialmente foi feita uma introdução do Presidente do Gabinete de Saúde de Loures do trabalho realizado pela CM Loures, seguidamente a Coordenadora do Projecto SPNB fez uma apresentação das actividades desenvolvidas e por fim, foram apresentados os resultados do Roteiro (Anexo XVI).

A apresentação dos resultados do Roteiro Caminhos de Sexualidade promoveu um debate de ideias entre os participantes. Nesta conformidade, foram sublinhados os benefícios da dinâmica da Rede de parceria e a necessidade do seu fortalecimento através da realização de outras actividades em parceria. Paralelamente, reforçou-se a continuidade de cuidados através da Consulta Comportamentos Saudáveis a realizar-se pelo Enfermeiro do Projecto SPNB.

No final, os participantes trocaram informações e planearam actividades de continuidade. Na semana de 15 a 18 de Janeiro, os parceiros da Rede de parceria que não compareceram à apresentação de resultados foram contactados directamente, e foi feita devolução directa dos resultados, das recomendações e divulgação da Consulta Comportamentos Saudáveis.

3.6. Avaliação do Projecto de Intervenção

O Roteiro Caminhos de Sexualidade, enquanto projecto de intervenção desenhado teve como ponto de partida um levantamento de necessidades. Paralelamente, foi tido em conta a avaliação de programas/projectos na área da saúde pública (cit in ORNELAS, 2008).

Destacam-se duas avaliações feitas por jovens participantes “o tema em questão, *Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA*, serviu para desmistificar certas questões bem como aprimorar a forma como fazer passar a mensagem. É de salientar o modo interactivo e dinâmico da própria formação, que permitiu que se criasse um clima mais propício e favorável aos jovens que estavam presentes. A campanha pelo bairro correu muito bem, pois não é todos os dias que se vêem os adolescentes do bairro, movimentando-se em prol de um tema ainda sensível como este, ainda mais fazendo-se acompanhar pelos Médicos do Mundo, credibilizando mais a acção.” (P. Bairro Quinta da Fonte)

“A Enfermeira Catarina leu-nos um livro sobre o cuquedo. Depois desenhámos num papel muito grande. Fizemos um cuquedo para colarmos na parede. Para começar desenhámos uma bola, mas essa bola ficou mal desenhada e desenhámos outra, depois desenhámos os olhos, o nariz etc. (...) Depois escrevemos as coisas que podem acontecer a nós.” (C. Bairro Quinta das Mós)

5. Ser enfermeiro em Contextos de Vulnerabilidade...

5.1. Mobilizar Competências... Contributos de Leininger e Meleis

A intervenção comunitária é, para diversos autores, um trabalho a desenvolver com os grupos comunitários. Para Matos (2007: 39) “é um trabalho que deve partir das pessoas (necessidades e expectativas, saberes e opiniões), aceitar que as pessoas conhecem melhor a sua situação que os técnicos; valorizar raízes culturais; trabalhar com as pessoas como iguais, validar a experiência das pessoas e a partilha como forma de aprendizagem; partilhar conhecimentos, explorar atitudes e treinar competências; aceitar e reconhecer as implicações da diversidade; reconhecer as influências políticas e sociais na mudança de comportamentos e estilos de vida; identificar o que as pessoas podem fazer para se proteger e desenvolver.” Perkins e Zimmerman (1995) com base na filosofia do empowerment sublinham a importância dos profissionais trabalharem com as comunidades, como colaboradores ou facilitadores, “num processo de aprendizagem mútua que promove o desenvolvimento de conhecimentos e o fortalecimento das competências dos cidadãos no sentido da sua autonomização”(cit in ORNELAS, 2008: 55). Promover o empowerment das populações, desenha um fio condutor ao encontro das sugestões da Carta de Ottawa (1986), Declaração de Jacarta (1997) e Carta de Bangkok (2005), face á Promoção de Saúde.

Efectivamente, a Promoção de Saúde como instrumento de capacitação das pessoas e comunidades para modificar determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida, requer o desenvolvimento de competências dos profissionais.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública é um elemento chave na aproximação à comunidade e na identificação de diagnósticos de saúde. De facto o exercício dos cuidados de enfermagem, têm como âmbito a relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoas, ou um grupo de pessoas (família ou comunidade). Através da relação interpessoal os enfermeiros promovem projectos de saúde, “*a aprendizagem de forma a aumentar os recursos, pessoais, familiares e da comunidade para lidar com os desafios relacionados com a saúde*” (NABAIS, 2011:48).

Segundo disposto no artigo 4º do regulamento nº 1281, publicado no Diário da República 2ª Série nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011, relativo ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, são competências específicas “*estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde e realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.*”

A mobilização das competências a cima descritas permite a aproximação efectiva aos grupos e à comunidade, o entendimento profundo do diagnóstico centrado nas necessidades de saúde identificadas, o encontro de respostas adequadas, num exercício contínuo de capacitação de processos de tomada de decisão das populações face à sua saúde.

A proximidade à população corresponde a uma preocupação efectiva e sentida, estar com as pessoas em diversos contextos, associações ou organizações comunitárias, cafés e ou outros espaços de encontro. Este envolvimento torna o enfermeiro a par das pessoas, tornando-o parte integrante da comunidade, estando numa posição estratégica de acompanhar a construção do projecto de saúde individual e ou comunitário. O sentimento de que o enfermeiro faz parte do grupo aproxima as pessoas que informalmente requerem apoio/mediação nas escolhas de saúde.

MATTOS (2001) define vulnerabilidade social, relacionando vulnerabilidade com “*processos de exclusão, discriminação e enfraquecimento de grupos sociais ou comunidades*” (cit in SANCHEZ, 2007: 5).

Neste sentido, o investimento no diagnóstico de saúde com vista a minimizar aos factores de vulnerabilidade das comunidades, potencia uma intervenção concertada e centrada nas necessidades. O investimento no empowrment comunitário, potencia mudanças reais no bem-estar das populações, implicando no seu desempenho económico e social, com impacto a longo prazo no desenvolvimento humano, em sociedades prósperas na acessibilidade e igualdade de oportunidades.

Efectivamente, ao nível da gestão operacional, no planeamento e construção de projectos de intervenção, em contextos de vulnerabilidade o desafio à enfermagem, prende-se na gestão da diversidade multicausal, no encontro de reais motivações face à saúde. O enfermeiro pelo facto de acompanhar o decorrer do projecto de saúde de cada indivíduo/grupo ou comunidade é um elemento por excelência para mediar escolhas de saúde. O enfermeiro é quem, por eleição, caminha com as pessoas, partilha necessidades, desvenda motivações e participa na tomada de decisão, do projecto de saúde a definir, a construir.

Na intervenção de enfermagem em contextos de vulnerabilidade e de multiculturalidade é indispensável referir LEININGER e o seu *Modelo Sunrise*, enquanto guia orientador na prestação de cuidados culturalmente adaptados. O modelo, surge como “*mapa cognitivo, que explica a interacção entre as estruturas culturais e sociais, o meio ambiente, a linguagem e a etnicidade*”(ABREU, 2008: 75). Os contributos de LEININGER no planeamento de intervenções de promoção de saúde em contextos multiculturais são fundamentais, nomeadamente na percepção das interacções das estruturas que caracterizam as comunidades. Estas interacções, que resultam muitas vezes em processos de vulnerabilidade social, implicam na visão da promoção de saúde. Efectivamente, o empowerment das comunidades é na generalidade a aposta adaptada que conduz à mudança, a processos de transição. Esta perspectiva intersecta contributos do Modelo de LEININGER e de MELEIS. De facto, trabalhar a vulnerabilidade social é trabalhar/negociar a mudança/ a transição, é uma vasta área de intervenção para a enfermagem, porque assistir a processos de transição é participar no projecto de saúde. “*Nurses deal with people who are experiencing transition, anticipating transition, or completing the acto f transition (...)Transition requires the person to incorporate new knowledge, to alter behavior, and therefore to change the definition of self in social context*” (MELEIS, 2005: 108). Em cenários de vulnerabilidade, a Promoção de Saúde como instrumento de capacitação das pessoas e comunidades para modificar determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida, implica não só a parceria das

ciências e dos profissionais das áreas humanas e da saúde na prática diária, mas também na aposta e investimento na educação e desenvolvimento de competências culturais dos profissionais e estudantes. Ser culturalmente competente, permite uma prestação de cuidados adaptada, permite uma resposta efectiva às necessidades reais das comunidade.

6. Reflexão ética das acções de saúde... Liberdade de escolha ou Condicionamento

O corpo, unidade complexa que é atravessado pela consciência, é a expressão da consciência num processo de dentro para fora. O corpo reside em si o enigma “*na ligação entre várias facetas, uma faceta virada para dentro (o meu corpo para mim), (...) uma implicando os outros (o meu corpo para os outros tal como os outros o apreende dentro de mim) e uma virada para fora (o meu corpo para o outro ou para os outros, tal como os outros o apreendem)*” (RENAUD, 2001: 266).

O ser humano, ser dotado de consciência, capaz de reflexão, autónomo, decide comportamentos e atitudes. O ser humano, corpo animado, embebido em sexualidade é ser de desejo, dignidade e liberdade, realizando-se na e em relação (MAGALHÃES, 2010). O ser humano, “*não inventa a seu bel-prazer o bem colhendo o que apetece, mas é desafiado a identificar o bem que o torna quem é, elegendo-o comprometendo-se com ele (...) a pessoa pode perder-se no amor e tornar-se espiritual se se arriscar a dar de si e perder-se por amor*” (MAGALHÃES, 2010: 203).

Mas como viver o desafio de identificar o bem? E como identificar o bem na sexualidade?

Para RENAUD (20019) a proposta é abrir caminhos com vista à felicidade. Assim, o mesmo autor sugere, que se evite a banalização da sexualidade, procurando provir de sentido a vivência da sexualidade. Paralelamente, acrescenta a dimensão da responsabilidade, adiantando que tudo isto deve ser integrado na construção da identidade. “a sexualidade pode ser a porta que abre à felicidade; mas também é, e não raras vezes, um lugar de fracasso, a meditação sobre o fracasso na vivência da sexualidade pode ser um momento valioso” (RENAUD, 2001:45).

Pensar sexualidade, é ir mais além que a mera genitalidade, é pensar em autonomia, é lembrar responsabilidades em si, para si, num compromisso com e para os outros, é chamar a liberdade, é elevar a dignidade numa amalgama de sentires, é chamar a felicidade.

Para OSSWALD (2010: 284) *“a educação é um dever a um direito (...) através dele ambicionamos a depuração da imperfeição, o dissolver da ignorância e a floração das virtudes humanas.”* Educar a e para a sexualidade poderia ser a ambição de dissolver as imperfeições, a correcção de comportamentos de risco. Mas educar não é mais que instruir, educar é procurar enraizar atitudes. *“Numa palavra, a instrução ensina-se e aprende-se, ao passo que a educação se comunica de modo personalizado, como se ela fosse um segmento de ética vivida”* (ROSA RENAUD, 2001:34).

A diversidade, é característica do ser humano levantando inúmeras questões quanto se reflecte nas necessidades de saúde, educação e sociais. Efectivamente o trabalho na diversidade reveste-se de criatividade e respeito, sobretudo no tempo do outro.

Porque intervir no âmbito da sexualidade não é ensinar, ou instruir para determinadas escolhas afectas à contracepção ou regulação da fecundidade. Intervir na sexualidade é partilhar expressões de consciências, é encontrar desejos de felicidade, desenvolvendo instrumentos de exercício de autonomia e liberdade. Pensar como integrar o corpo, enquanto mapa de sexualidade, registando memórias de afectos capazes de elevar o desenvolvimento da identidade. O processo de encontro com a sexualidade através de uma educação pela ética permite um encaixe único e individual dando suporte ao sentimento de si para si e de si para e com os outros.

De facto, o entendimento de cada um acerca do que é bem-estar é variável. Na verdade, as perspectivas, os desejos, os projectos, as escolhas, etc., são diferentes para cada pessoa. Desta forma, a conceptualização de sexualidade, também é variável. É o reflexo do conceito pessoal de liberdade, do conceito que a pessoa faz de si, da sua auto-estima e do modo como se relaciona com os outros. O enfermeiro é o profissional de saúde da relação, do diálogo e da adaptação, é o elo de ligação entre a satisfação e o sucesso, isto é, entre o que cada um sente e o que projecta para a sua vida.

A discussão e educação sexual face à prática do sexo seguro têm de entrar neste equilíbrio individual e único para cada ser. Educar para sexualidade é diferente de informar ou esclarecer. Neste sentido, em contextos de vulnerabilidade, a intervenção na sexualidade de um grupo ou comunidade tem de ser adequada à população alvo e às suas necessidades, trilhando um caminho com vista à felicidade. *“Cuida de tal forma que as tuas acções preservem a dignidade e liberdade da pessoa humana”* (VIEIRA, 2009: 101).

Em contextos de vulnerabilidade pode-se ainda desencadear uma aposta na resiliência *“que pressupõe autonomia e uma coerência do caminho para a liberdade.”* PEDRO,

2010: 18). Esta aposta será essencial na gestão de processos de frustração face à sexualidade.

O enfermeiro, fonte de informação, enfermeiro mediador de recursos e necessidades. Elemento da equipa de saúde que, redirecciona e articula os diferentes contextos que a pessoa, família ou comunidade faz parte. Em contextos de multiculturalidade ou de vulnerabilidade o enfermeiro é o profissional de saúde de excelência.

“O labirinto da liberdade é complexo, porém clarificado em função da coerência de cada um” (PEDRO, 2010: 25).

Intervir no âmbito da sexualidade implica intervir no labirinto, mas é fundamental procurar a coerência, encontrar o que está para lá das escolhas, pois só assim, é possível clarificar a complexidade do labirinto. Só assim, será possível trilhar com a comunidade o labirinto, num percurso de felicidade.

7. Conclusão

Para desenhar um plano de intervenção é fundamental enquadrar no âmbito do PNS, mantendo a premissa de capacitar as pessoas para a tomada de decisão face à sua saúde. Foram definidos 31 Programas Nacionais, sendo que muitos ainda estão em desenvolvimento. No presente desenho de intervenção recorreu-se ao Programa de Luta contra as Desigualdades, ao Programa de Saúde Reprodutiva e ao Programa Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA.

A pobreza é indissociável à saúde, educação, justiça e segurança. Efectivamente o ciclo de pobreza envolve as pessoas em contextos de dificuldade ou não acesso à saúde, sendo que o potencial de cada pessoa é influenciado pela saúde. O paradigma da pobreza enfraquece potenciais humanos.

No nº 1 do Artigo 4º, de 4 de Setembro do Decreto-Lei nº 161/96, encontra-se a definição jurídica de enfermagem, que centra a sua acção na promoção da saúde, na prevenção da doença e ainda no cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou num estadio terminal da sua vida. Destaca-se a promoção de projectos de saúde, enquanto foco de enfermagem. Para HANCOCK, a pobreza deve ser alvo de atenção dos enfermeiros no sentido de trabalhar com comunidades e grupos vulneráveis, tratando das suas necessidades exclusivas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004).

Educar para sexualidade é diferente de informar ou esclarecer. Neste sentido a educação sexual tem de ser adequada à população alvo e às suas necessidades tendo em conta o seu bem-estar.

Segundo Matos, *“uma maior atenção deve ser dada a grupos de alto risco, ou seja, que apresentem disparidades em saúde em relação à população em geral. (...) A promoção de saúde em bairros e comunidades de minorias étnicas é deveras complexa e multifactorial”* (MATOS, 2007). A mesma Autora acrescenta que a situação de pobreza e exclusão social dificulta o acesso à saúde à maioria das crianças e jovens, sendo potencializada a adesão a comportamentos de risco (MATOS, 2007).

Com o presente relatório pretende-se fazer avançar no contexto nacional a investigação na área da sexualidade em populações vulneráveis e de risco.

O diagnóstico de Saúde realizado através do estudo da vida sexual das mulheres em idade fértil do Vale de Alcântara, revelou aspectos fundamentais que permitiram a identificação de necessidades. Da aplicação do questionário destaca-se o facto da escolaridade, ao contrário do que seria de esperar, influenciar a prática do sexo seguro, embora de forma inversa, isto é, as mulheres com maior grau de escolaridade revelam uma menor adesão ao uso do preservativo. Acrescenta-se ainda os motivos alegados para o não uso do preservativo, numa expressão de auto-domínio da sexualidade. Do grupo Focal destaca-se a importância da abordagem da sexualidade e dos obstáculos encontrados para a prática do sexo seguro, nomeadamente o factor confiança no marido, ou relação estável. Para o desenho de intervenção tomou-se como pano de fundo a abordagem da sexualidade e da prática do sexo seguro através da educação pela ética.

A Metodologia de Roteiro, instrumento de intervenção no II e III Módulo revelou-se um recurso de sucesso. De facto a construção da rede de parceria constitui em si mesma a garantia de continuidade no trabalho com e para a comunidade. É de referir a importância de um dos elementos da Rede de parceria funcionar como elo e de referência para o aspecto trabalhado, neste caso a sexualidade. No Módulo I a USSCVA foi o elo de referência e continuidade de cuidados, através da Consulta de Planeamento Familiar e no III Módulo foi o Projecto SPNB dos MDM, através da Consulta Comportamentos Saudáveis. Ainda durante o período de estágio regista-se a participação no X Encontro de Psicologia Clínica “Doenças Infecciosas Medos e Mitos de Ontem e Hoje” com um poster “A Metodologia de Roteiro” e a participação no Encontro Nacional de Enfermagem da Universidade Católica “Olhares sob a praxis”, com um poster e uma comunicação livre “Metodologia de Roteiro”.

Ao escrever estas últimas linhas, lembro o caminho até percorrido.

Inevitavelmente, lembro como a participação na construção de evidência na prática de enfermagem, permitiu reconhecer o espaço que a enfermagem oferece no seu exercício.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é a especialidade que vive de perto com as pessoas, que as escuta, que identifica suas angústias e necessidade, e partilha com elas perspectivas de saúde, com vista a potencializar ganhos em saúde.

O projecto de estágio agora findado foi uma experiência marcante, precisamente porque buscou evidência e agora com os resultados obtidos, poder-se-á pensar em decalcar o projecto noutros contextos, fortalecendo a educação sexual e a adopção de comportamentos preventivos.

8. Bibliografia

ABREU, Wilson Correia. Transições e Contextos Multiculturais- Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais. Coimbra: Formasau, 2008

ALTO COMISSÁRIO DA SAÚDE, Estratégias de Saúde em Portugal 2004-2010- O Plano Nacional de Saúde; Lisboa 2009 pp5-13 <http://www.dgs.pt/>

ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann .Teóricas de Enfermagem e a sua obra. 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2003

ANDRÉ, Rui. Novos Caminhos de Saúde: o Caso dos Roteiros de Saúde. Cidade Solidária. 2008. Julho, 18-27

ANTUNES, Maria Terese. Atitudes e comportamentos sexuais de estudantes do ensino Superior. Coimbra: Formasau; 2007

BOGDAN. R., BIKLEN. S., Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à teoria e aos Métodos, Lisboa: Porto Editora, 1994

CARTA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS 1999, Resolução do Conselho de Ministros N° 7/99

CHAVES; Miguel; Casal Ventoso: da gandaia ao narcotráfico; Lisboa; Imprensa de Ciências Sociais; 1999

CONCEIÇÃO, Susana Cristina. Infertilidade no Feminino. IV Congresso Português de Sociologia

COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECCÃO VIH/SIDA (CNIVS). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção VIH/SIDA 2007-2010 Um compromisso com o Futuro. Março, 2007

COMISSÃO TÉCNICA DE VACINAÇÃO, DGS, Vacinação contra Infecções por Vírus do Papiloma Humano, Maio 2008

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Saúde Reprodutiva, Planeamento familiar, Orientações técnicas, nº 9, 1998

ESTRATEGIA NACIONAL PARA A PROTECCAO SOCIAL E INCLUSAO SOCIAL, 2008 /2010

FORTIN, Marie-Fabienne; O processo de investigação da concepção à realização;Loures; Lusociência; 2000

FOUCAULT, M. História da Sexualidade II: o uso dos prazeres. Lisboa: Relógio d'água Editores; 1994.

GLASER, G. B., STRAUSS, A. L. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing, 1976

GODEFROID, J. Les Fondements de la psychologie, Science humain et science cognitive. Québec: Études Vivants; 1993

GOMES, Mónica Araújo ; PEREIRA, Maria Lúcia. Família em Situação de Vulnerabilidade Social : uma questão de políticas sociais. Ciências e Saúde Colectiva, 2005vol. 10 nº 2

GASPAR, Ana Marta, Atitude das mulheres toxicodependentes face à utilização do preservativo, faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Set, 2009

GALVÃO, Joaquim José. Um olhar sobre a sexualidade humana. Lisboa. Paulinas. 2000

HENDRICK, S. & HENDRICK, C. (1987). Multidimensionality of sexual attitudes. The Journal of Personality and Social Psychology, 1987. 50 (2), 392-402

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário; Metodologia do Planeamento da Saúde;Lisboa; Escola Nacional de Saúde Publica;1993

JAKAB, OMS, 2010 <http://www.acs.min-saude.pt/2010/03/17/oms-eur/>

KINSEY, A. C.; Pomeroy, W.B.; Martin, C.E. Sexual behavior in the human mal. Philadelphia: Saunders; 1948

MAGALHÃES, P. Vasco Pinto de, O espírito e a Alma caminhos ou obstáculos à verdadeira liberdade, in Revista Portuguesa de Bioética Coimbra, Gráfica de Coimbra, Jun 2010, n.º 11, p.201-206

MAROCO, João; Análise Estatística, com utilização do SPSS 3ªedição;Lisboa, Edições Sílabo, 2007

- MATOS, António Coimbra de; Construção da identidade sexual, in Novos desafios à Bioética, Porto, Porto Editora, 2001
- MATOS, Margarida Gaspar de; SIMÕES, Celeste. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana – Programa de Educação para Todos; 2000. p. 21
- MATOS, Margarida Gaspar; Gaspar, Tânia. Comportamentos de saúde de adolescentes migrantes e o efeito protector da relação com os avós. Revista de Estudos Demográficos. 2007. Junho 41, 37-51
- MATOS, Margarida Gaspar de; SIMÕES, Celeste; (et al) A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional Preliminar da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana–Aventura Social; 2010. P. 121-131
http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1293756243.pdf
- MELEIS, Afaf. Theoretical Nursing: Development e Progress; 3ª Edition, U.S.: Lippincott Williams e Wilkings, 2005
- MENEGHEL, Stela e tal. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de género. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2003 vol.19 nº 4 pp955-963
- NABAIS, António; Padrões de Qualidade. Avaliação da disseminação e apropriação do projecto in Ordem dos Enfermeiros, Set. 2010 ,nº 35, p. 46-51
- NUTTIN, Joseph. Theorie de la Motivation Humaine. 2ª ed. Paris: PUF; 1985
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Dia Internacional do Enfermeiro. Revista n.º 13, Julho 2004 p.39-40;
- OLIVEIRA, Aliete; Preservativo, Sida e Saúde Pública; Coimbra; Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008
- OLIVEIRA, L; PEREIRA, A. ; SANTIAGO, A., Investigação em Educação- Abordagens conceptuais e práticas, Colecção Cidine, nº16, Porto: Porto Editora, 2004
- ORNELAS, José; Psicologia Comunitária; Lisboa; Fim de Século Edições; 2008
- OSSWALD, W; Mais uma lei sobre educação sexual na Escola, in Revista Portuguesa de Bioética, Coimbra, Gráfica de Coimbra, Dez. 2009, nº9, p283-290
- PATANÉ, Rosana. As Políticas de Educação Sexual existentes no Brasil e em Portugal como sistema de estudo comparativo. Cit in BONITO, Jorge. Educação para a Saúde no Século XX. VolIII, Évora, 2009 pp 865- 877
- PEDRO, João Gomes; Resilência e Educação in Revista Portuguesa de Bioética, Coimbra, Gráfica de Coimbra, Abr. 2010, nº10, p.17-32

PEREIRA, Gustavo; BASÍLIO, José e tal. Diagnóstico Sociodemográfico e Económico do Vale de Alcântara, CIDATER Novembro 2008

PINHEIRO, Joaquim; A autonomia na pessoa com doença crónica, in Revista Portuguesa de Bioética, Coimbra, Gráfica de Coimbra, Dez. 2009, nº9, p. 291-305

PINTO, P. Vitor Feytor; Contracepção- Problemas Éticos, in Novos desafios à Bioética, Porto, Porto Editora, 2001, p.81-86

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE (PNS); Implementação do Plano Nacional de Saúde. Um Roteiro Estratégico para a Fase II – 2004/2006; Direcção Geral de Saúde; Lisboa, 2005 <http://www.dgs.pt/>

PROGRAMA DE SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR, 2008, <http://www.dgs.pt/>

PISCO, Luis. Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados. cit in 3º Forum de Nacional de Saúde “Para um Futuro com Saúde”, 9 Março, 2010, <http://www.acs.min-saude.pt/>

PÚBLICO, 2010 http://www.publico.pt/Sociedade/um-quarto-dos-portugueses-nunca-usou-preservativo_1327826

RACHELS, James; Elementos de filosofia Moral; Lisboa; Gradiva;2004

REDE SOCIAL NO CONCELHO DE LOURES (RSCL); Loures: Comissão Social de Inter Freguesias Apelação, Frielas, Unhos, 2005 http://www.cm-loures.pt/redesocial/diag_comissoes_2005.aspx?seccao=comissoes

ROSA RENAUD, Isabel Camelo; A educação para os afectos, in Novos desafios à Bioética, Porto, Porto Editora, 2001, p. 33-38

RENAUD, Michel; Sexualidade e ética, in Novos desafios à Bioética, Porto, Porto Editora, 2001, p.39-45

SAMPAIO, Daniel; GAMEIRO, José. Terapia Familiar. 6ª Edição, Porto. Biblioteca das Ciências do Homem, Edições Afrontamento, 2005 Janeiro. P. 99-107

SANCHEZ, Alba Munoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. Ciências e Saúde Coletiva vol12 nº 2, Rio de Janeiro, 2007 pp 5-11

SAKELLARIDES, Constantino. De Alma a Harry- Crónica de Democratização da saúde, Coimbra, Almedina, 2005

SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Adelaide (Austrália), 1998 – Recomendações sobre Políticas Públicas Saudáveis. Lisboa: Escola Superior Calouste Gulbenkian de Lisboa

SILVA, Miguel Oliveira da. *Biologia dos Afectos*. In: Pedro, João Gomes; Barbosa, António editores. *Sexualidade*. Lisboa: FML; 2000. p.27-33

STRATHERN, Marilyn. Parentesco por iniciativa: a possibilidade de escolha dos consumidores e as novas tecnologias da reprodução. *Análise Social*, vol.XXXVI (114), 1991. P. 1011

TUCKMAN, Bruce, *Manual de Investigação em Investigação*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000

VIEIRA, Margarida, *Ser Enfermeiro- da compaixão à proficiência*, Universidade Católica Editora, 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *A Sustainable Health Sector Response to HIV- Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2011-2015*; 15 July 2010

1ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde* , Ottawa, Canadá, 1986

4ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - *Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI* , Jacarta, República da Indonésia, 1997

6ª CONFERÊNCIA GLOBAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE - *Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado* , Bangkok, Tailândia, 2005

<http://www.dgs.pt/>

<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/?cpp=1>

<http://www.cpr.pt/>

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/ConstituicaoRepublicaPortuguesa>

[http://www .scml.pt](http://www.scml.pt)

<http://www .ine.pt>

“O verdadeiro prazer e a verdadeira satisfação não se traduzem por frequências, medidas, tempos. Porque a sexualidade é uma linguagem do corpo para exprimir mais do que o corpo. Por isso ela permanece um mistério mesmo no fim da vida.”

(Neto, 2002)

ANEXOS

Anexo I Questionário aplicado às mulheres em idade fértil inscritas na USSCVA

Anexo II Pré-Teste

Anexo III Quadros das correlações das variáveis

Anexo IV Guião do Grupo Focal

Anexo V Protocolo da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar na USSCVA

Anexo VI Folha de Colheita de dados de Enfermagem e Instrumento de Avaliação da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar da USSCVA

Anexo VII Projecto Roteiro caminhos de Sexualidade e Cronograma Final de Actividades

Anexo VIII Cartazes de divulgação do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Série de Folhetos sexualidades

Anexo IX Diário de Campo, Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do CCU

Anexo X Diapositivos da apresentação dos resultados do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do CCU

Anexo XI Protocolo da Consulta de Enfermagem de Comportamentos Saudáveis do Projecto SPNB

Anexo XII Projecto Roteiro caminhos de Sexualidade e Cronograma Final de Actividades

Anexo XIII Cartazes de divulgação do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Série de Folhetos Sexo Seguro

Anexo XIV Acções "Sexualidade e VIH"; "Viredo" (teatro infantil que explica o VIH às crianças baseado na história do Cuquedo de Clara Cunha); Torneio de Futebol "Vamos jogar para vencer o VIH" e Campanhas de Rua "Juntos vamos vencer o VIH"

Anexo XV Diário de Campo, Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do VIH

Anexo XVI Diapositivos da apresentação dos resultados do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do VIH

Anexo I Questionário aplicado às mulheres em idade fértil inscritas na USSCVA



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

Cara Sr^a., sou enfermeira e estou a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Área de especialização em Enfermagem Comunitária.

O presente inquérito destina-se a recolher dados para a elaboração de um trabalho de investigação, no âmbito do estágio que estou a desenvolver na Unidade Local de saúde Vale de Alcântara, cujo o tema é: *“Contextos de Vulnerabilidade e Pobreza”*.

Venho por este meio convida-la a participar no estudo. Peço-lhe a melhor compreensão e sinceridade. O preenchimento do questionário demora cerca de 8 min.

Não há respostas certas ou erradas. O preenchimento é individual, as suas respostas são confidenciais.

Obrigada pela Colaboração,

Catarina Afonso

Nº

Data de preenchimento: _____

1. Nome: _____

2. Idade __ anos

3. Escolaridade

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e escrever sem grau de ensino

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

Secundário

Bacharelato

Licenciatura

Outro

Qual: _____

4. Estado Civil

Solteira

Casada

Divorciada

União de Facto (solteira, mas vivendo conjugalmente)

Viúva

5. Condição perante o trabalho

Estudante

Doméstica/ocupa-se das tarefas do lar

Empregada

Reformada

Desempregada

Incapacitada permanente para o trabalho

À procura do 1º emprego

6. Profissão 6.1. Se está empregada, qual a profissão que exerce: _____

6.2. Se está desempregada, qual a última profissão que exerceu: _____

Parte I

7. Já ouviu falar do Cancro do Colo do Útero (CCU)?

Sim 1

Não 2

Não sabe 3

Não responde 9

8. Se sim, o CCU pode ter sintomas?

Sim 1

Não 2

Não sabe 3

Não responde 9

9. É possível prevenir o aparecimento do CCU?

Sim 1

Não 2

Não sabe 3

Não responde 9

9.1. Se sim, como: _____

10. Já fez Rastreio do CCU?

Sim 1

Não 2

Não sabe 3

Não responde 9

11. Se sim, em que local?

11.1 Centro de Saúde 1 Qual? _____

11.2 Unidade de Saúde Santa Casa 1 Qual? _____

11.3 Clínica Privada 1

11.4 Outra 1 Qual? _____

Parte II

12. Frequenta Consultas de Planeamento Familiar

- Sim 1
- Não 2
- Não responde 9

13. Se sim, em que local?

- Centro de Saúde 1 Qual? _____
- Unidade de Saúde Santa Casa 2 Qual? _____
- Clínica Privada 3
- Outra 4 Qual? _____

14. Usa Método Contraceptivo?

- Sim 1
- Não 2
- Não responde 9

15. Se sim qual ou quais? _____

15. 1. Se não, porquê: _____

16. Quando tem dúvidas em relação à sexualidade procura respostas:

- | | | |
|---|--|-------------|
| 16.1 Livros <input type="checkbox"/> 1 | 16.7 Profissionais de Saúde <input type="checkbox"/> 1 | Qual? _____ |
| 16.2 Amigos <input type="checkbox"/> 1 | 16.8 Irmão/Irmã <input type="checkbox"/> 1 | |
| 16.3 Pai <input type="checkbox"/> 1 | 16.9 Internet <input type="checkbox"/> 1 | |
| 16.4 Mãe <input type="checkbox"/> 1 | 16.10 Parceiro Sexual <input type="checkbox"/> 1 | |
| 16.5 Professores <input type="checkbox"/> 1 | 16.11 Outro <input type="checkbox"/> 1 | Qual? _____ |
| 16.6 Meios de Comunicação Social
(televisão, revistas, etc) <input type="checkbox"/> 1 | 16.12 Não tive dúvidas/Nunca procurei <input type="checkbox"/> 1 | |

17. Sexualidade (dizer o que acha numa palavra ou frase)

Sexualidade é _____

18. Acha importante o uso do preservativo? 1

Sim

Não 2

Não responde 9

19. Actividade Sexual

19.1. Já iniciou actividade sexual?

Sim 1

Não 2

Não responde 9

19.2. Se sim, com que idade iniciou a vida sexual (1ª relação sexual): _____

Se já iniciou vida sexual,

20. Tem filhos?

Sim 1

Não 2

Não responde 9

21. Se tem filhos, quantos: _____

22. Já usou preservativo?

Sim 1

Não 2

Não responde 9

22.1. Se sim, usou:

Preservativo Feminino 1

Preservativo Masculino 2

Os dois 3

Não responde 9

22. 1.2. Se não, porquê: _____

22.2. Usou preservativo na última relação sexual?

Sim 1

Não 2

Não responde 9

Qual? _____

23. Em que medida está satisfeita com a sua vida sexual?

Muito insatisfeita

Insatisfeita

Nem satisfeita nem insatisfeita

Satisfeita

Muito satisfeita

Não responde

24. Já praticou relações sexuais sob efeito de álcool?

Sim

Não

Não responde

25. Já praticou relações sexuais com parceiro que estava sob efeito de álcool?

Sim

Não

Não sabe

Não responde

26. Já praticou relações sexuais sob efeito de drogas?

Sim

Não

Não responde

27. Já praticou relações sexuais com parceiro que estava sob efeito de drogas?

Sim

Não

Não sabe

Não responde

Parte III

ESCALA DE ATITUDES FACE AO USO DO PRESERVATIVO

(SRSA) (DeHart e Birkimer, 1997)

(traduzido e adaptado por A. Cunha-Oliveira, J. A. Cunha-Oliveira, J. R. Pita e S. Massano Cardoso, 2006)

Os itens que se seguem procuram medir as opiniões das pessoas a respeito do uso do preservativo. Nenhuma das frases tem resposta certa ou errada. Por favor responde, **mesmo que não sejas sexualmente activo/a** ou nunca tenhas usado (ou não tenhas parceiro/a que use) preservativos. Nestes casos, responde pelo que achas que sentirias na situação descrita.

Lê, por favor, cada uma das seguintes frases e anota na folha de resposta a hipótese que melhor descreve o que sentes a respeito de cada uma, de acordo com a seguinte graduação:

1-discordo fortemente; 2-discordo; 3-estou indeciso; 4-concordo; 5-concordo fortemente

28.1 Usar preservativos é uma chatice	1	2	3	4	5
28.2 As pessoas podem tirar tanto prazer do sexo protegido como do sexo desprotegido	1	2	3	4	5
28.3 O uso de preservativos interrompe o jogo sexual	1	2	3	4	5
28.4 O uso adequado de um preservativo pode aumentar o prazer sexual	1	2	3	4	5
28.5 Os preservativos podem causar irritação	1	2	3	4	5
28.6 Eu acho que o sexo "seguro" acaba por aborrecer depressa	1	2	3	4	5
28.7 O sexo protegido diminui o prazer mental do sexo	1	2	3	4	5
28.8 A ideia de usar um preservativo não me atrai	1	2	3	4	5
28.9 Os preservativos dão cabo do acto sexual natural	1	2	3	4	5
28.10 Geralmente sou a favor do uso de preservativo	1	2	3	4	5
28.11 Os preservativos interferem com o romance	1	2	3	4	5
28.12 Os aspectos sensoriais (cheiro, tacto, etc.) tornam o preservativo desagradável	1	2	3	4	5
28.13 Com o preservativo não te podes entregar completamente ao (à) teu (tua) parceiro(a)	1	2	3	4	5

29. Quer acrescentar alguma coisa que não lhe foi questionada?

Anexo II Pré-Teste

Pré Teste

No dia 17 de Maio pelas 16h dirigi-me ao Bairro de Realojamento Social do Alto do Lumiar para realizar o Pré-teste do questionário desenvolvido. Apliquei o questionário a quatro senhoras com idades compreendidas entre os 15 e os 45 anos.

1ª Aplicação

A primeira senhora questionada tinha 45 anos, a resposta ao questionário demorou cerca de 7 minutos, seguindo-se uma conversa acerca da constituição e dificuldades de resposta ao questionário que durou cerca de 15min.

Na questão 9, relativa à prevenção do CCU referiu que sabia que era possível, sugerindo que ir ao médico seria o mais indicado. Com isto percebi que seria importante perceber o que se considera como prevenção, de forma a construir o conteúdo das actividades do roteiro caminhos de sexualidade, de acordo com as necessidades da população alvo.

Na questão 16 referiu que quanto às dúvidas relativas à sexualidade procurava um médico, com isto considerei importante colocar profissional de saúde, mas deixar em aberto qual, de forma distinguir os grupos profissionais.

Na abordagem das questões relativas ao preservativo, a Sr^a referiu que nunca tinha usado. Por esse motivo considerei fundamental acrescentar uma questão referente ao uso corrente do preservativo na actividade sexual.

No final do questionário a Sr^a. referiu que não tinha sentido dificuldades em responder às questões levantadas “*não achei complicado nem difícil*”(sic) e acabámos por conversar acerca da prevenção do CCU.

2ª Aplicação

A segunda senhora questionada tinha 39 anos, a resposta ao questionário demorou cerca de 10 minutos, seguindo-se uma conversa acerca da constituição e dificuldades de resposta ao questionário que durou cerca de 10min.

Na questão 5 referiu ser desempregada, e quando questionei qual a profissão perguntou-me se queria a última. Esta questão obrigou à reformulação da questão 6, no sentido de quem está empregado e no caso de estar desempregado, qual a última profissão desempenhada.

Na questão 16 a Sr^a referiu que nunca tinha procurado respostas, tendo-se detectado uma lacuna na presente questão. Por esse motivo acrescentou-se o item de nunca tive dúvidas.

No final do questionário a Sr^a. referiu que não tinha sentido problemas nas questões levantadas “*nem demorou muito*”(sic) e acabámos por conversar acerca de métodos contraceptivos e da prevenção do CCU.

3ª Aplicação

A terceira senhora questionada tinha 15 anos, a resposta ao questionário demorou cerca de 7 minutos, seguindo-se uma conversa acerca da constituição e dificuldades de resposta ao questionário que durou cerca de 15min.

Na questão 16 respondeu de imediato duas fontes de resposta às dúvidas relativas à sexualidade. O facto de pediu que escolhesse a mais importante, deixou-a indecisa. Com isto depreendeu-se que seria preferível deixar em aberto a questão e permitir duas ou mais escolhas.

A jovem não revelou qualquer dificuldade na resposta às questões. Nas questões de abordagem ao preservativo demonstrou bastante interesse, referindo “*o preservativo é muito importante*” (sic). No final algumas amigas acabaram por se juntar à conversa revelando disponibilidade na abordagem de questões relativas ao uso do preservativo.

4ª Aplicação

A quarta senhora questionada tinha 30 anos, a resposta ao questionário demorou cerca de 8 minutos, seguindo-se uma conversa acerca da constituição e dificuldades de resposta ao questionário que durou cerca de 20min.

Na questão 16 referente às dúvidas face à sexualidade referiu que procurava a mãe e a irmã. Motivo pelo qual se acrescentou p item irmã nesta questão.

Na abordagem do preservativo referiu que nunca tinha experimentado, perguntando posteriormente se se referia ao preservativo masculino ou ao feminino “até tenho alguma curiosidade, nunca vi um preservativo feminino”. Neste sentido sentiu-se necessidade de acrescentar uma questão no caso de uso de preservativo, qual tinha sido o escolhido, o feminino, o masculino, ou os dois.

Na questão 23 relativa à satisfação sexual referiu “nem sim, nem não, acho que mais ou menos”. Isto obrigou à alteração desta questão sendo dada como hipótese de resposta uma escala: muito insatisfeita, insatisfeita, nem satisfeita nem insatisfeita, satisfeita ou muito satisfeita.

No final do questionário a Sr^a. referiu que não tinha sentido dificuldades em responder às questões levantadas “*não achei nada difícil, nem houve nenhuma questão que me deixasse desconfortável*” (...) “*aliás estas questões são muito importantes e devem ser discutidas*”.(sic). Na conversa posterior à aplicação discutimos os sintomas do cancro do colo do útero, os métodos contraceptivos e como tinha comigo um preservativo feminino, facultei-o à senhora explicando-lhe o modo de utilização.

Anexo III Quadros das correlações das variáveis

Quadro

Grupo etário	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
15 a 24 Anos	11	18,0	15	24,6	26	42,6
25 a 34 Anos	5	8,2	15	24,6	20	32,8
35 a 44 Anos	3	4,9	9	14,8	12	19,7
45 a 54 Anos	0	0,0	3	4,9	3	4,9
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Quadro

Nível de escolaridade	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	2	3,3	3	4,9	5	8,2
1º ciclo	5	8,2	4	6,6	9	14,8
2º ciclo	4	6,6	17	27,9	21	34,4
3º ciclo	7	11,5	14	23,0	21	34,4
Secundário	1	1,6	4	6,6	5	8,2
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Quadro

Estado civil	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Solteira	11	18,0	15	24,6	26	42,6
Casada	3	4,9	10	16,4	13	21,3
Divorciada/separada	1	1,6	5	8,2	6	9,8
União de facto	3	4,9	11	18,0	14	23,0
Viúva	1	1,6	1	1,6	2	3,3
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Quadro

Frequência das consultas de planejamento familiar	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Frequenta	12	19,7	21	34,4	33	54,1
Não frequente	7	11,5	21	34,4	28	45,9
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Quadro

Praticou relações sexuais sobre o efeito do álcool	Usou preservativo na última relação sexual?				Total	
	Sim		Não			
	N	%	N	%	N	%
Sim	1	1,6	11	18,0	12	19,7
Não	18	29,5	31	50,8	49	80,3
Total	19	31,1	42	68,9	61	100,0

Anexo IV Guião do Grupo Focal

Guião Grupo Focal

1. Como foi viver no Casal Ventoso?
2. O que entendem por pobreza?
3. O que pensam de saúde?
4. O que é importante para ser saudável?
5. Quando se fala em sexualidade o que fez à cabeça?
6. O que pensam de afecto e actividade sexual?
7. O que entendem por planeamento familiar?
8. Qual pensam ser a idade ideal para iniciar a actividade sexual?
9. Quais as condições para que tenham satisfação sexual/ prazer sexual?
10. Como é tratada a sexualidade na convivência familiar e social (bairro)?
11. Quais as diferenças entre as mulheres e os homens na vivência da sexualidade?
12. Será que a sexualidade traz preocupações? Quais?
13. O que é preciso mudar na vida sexual?

Assuntos centrais: Pobreza; Saúde; Sexualidade (actividade sexual e vida sexual);

Planeamento Familiar; Afecto

Sara Garcia, 31 anos, sou natural do Campo grande, neste momento dona de casa; sou desempregada.

O meu Nome é **Maria José Duarte**, tenho 34 anos, estou desempregada e sou da freguesia de S. Sebastião da Pedreira

Rute, 36 anos, estou desempregada e nasci em S. Jorge de Arroios

Sou a **Alexandrina Oliveira**, 46 anos, nasci em Mafra.

ENFª CATARINA – Como foi viver no Casal Ventoso?

Rute – Para mim foi bom.

Sara – E sempre que ouvia falar do Casal Ventoso, ouvia dizer que era isto e aquilo, e quando comecei a frequentar por causa do meu marido não era nada daquilo que diziam e que mostravam, sinceramente fiquei muito desapontada, quer dizer desapontada no bom sentido, diziam que era isto e que era aquilo, a minha mãe dizia que tinha pena de vir para cá mas a primeira vez que vim cá disse-lhe “ Mas oh mãe! Não é nada daquilo que dizem!”

ENFª CATARINA – Mas o que é que diziam?

Sara – Que isto era mau, eram só casas roubadas, que se matavam uns aos outros, houve casas até que havia drogados em todos os cantos... Sim é verdade havia drogados mas não era da maneira como diziam e aparecia na televisão.

Maria José - Eles na televisão marcavam hora e local com eles, às tantas horas estás ali... e pimba! Aquilo não era assim tão mau como diziam.

Eu fui nascida e criada no Casal Ventoso e sinceramente tendo muita pena em o Casal Ventoso ter ido abaixo. Podiam ter feito as casas que temos mas sem ser em andares, porque esta gente não sabe morar em andares, uns tem a mania que os prédios são deles, há outros que não limpam, quer dizer, depois sujam e não limpam e dizem que são os outros, isto assim é uma desordem autêntica, que é mesmo assim, se tivessem feito as casas lá em cima no Casal conforme as casas que a gente têm aqui, eu preferia estar lá em cima. As pessoas lá em cima eram unidas, eram amigas, se houvesse um problema contigo, você até podia não ser do casal, mas se fosse conhecida ali as pessoas

defendiam-se uns aos outros, e aqui... aqui?! Isto aqui é a selva, aqui em baixo é que se pode dizer que é a lei da selva, como eu costumo dizer... as casas cá em baixo subiram-lhes á cabeça... As pessoas mudaram muito, e depois são do estilo... lá em cima havia, mas não era com tanta clareza como aqui, com tanta clareza como aqui, existem para aí umas lagartixas que fartam-se de apanhar banhos de sol que falam da vida deste e daquele e que se esquecem da vida que têm, lá em cima não era nada disto. Lá em cima, falávamos, sorriamos e toda a gente nos falava e não era nada disto que agora se vê aqui, digo-lhe sinceramente, se soubesse o que sei hoje era preferível deixar-nos ficar no Casal Ventoso nas condições que morávamos do que vir aqui para baixo.

ENFª CATARINA – Em que condições é que moravam?

Maria – Eu por exemplo sempre vivi em barracas.

Sara - Mas havia outras casas

Maria – Sim mas eu sempre vivi em barracas, a casa não tinha casa de banho, não tinha água, tínhamos logo o balneário cá em baixo, era preferível do que isto aqui.

Sara – Quer dizer, em relação á higiene é melhor..

Maria - Sim em relação á higiene sim, mas o resto eu preferia aquiulo

Rute – Sim, o casal ventoso tinha imensas famílias e todas se conheciam, acontecia alguma coisa a alguém, acontecia a todos, aqui em baixo, podem vir, cortar cabeça a alguém que ninguém quer saber..

Maria - Eram mais unidos, eram mais ...

ENFª CATARINA – Mas o que é que as pessoas diziam?

Rute – Eu tenho uma caso comigo, por exemplo a minha sogra. Eu quando conheci a minha sogra, ela olhou para mim e não disse nada, depois o meu marido disse onde eu morava e ela disse que não gostava de mim, e como eu era do casal ventoso ela não gostava de mim, quando começou a convivência, aí é que ela começou a gostar de mim. Tive 6 anos com o meu marido lá em cima e ela nunca veio á minha casa e agora que vim cá para baixo está cá sempre connosco.

Alexandrina - Mas és a mesma pessoa...

Rute - Somos a mesma pessoa mas como morava no Casal Ventoso e mesmo em questões de emprego, eu podia dar duas moradas.

Alexandrina - Eu realmente não sei o que era, porque tive a viver ali cerca de seis meses e era ali mais perto da Ajuda de Mãe.

Rute - Eu podia dar duas moradas, eu vou-me inscrever ao centro de emprego se eu escrever que moro no Casal Ventoso mesmo para a entrevista não nos chamam. As pessoas eram discriminadas. Eu tive a trabalhar num restaurante com empregados, passado dois anos de lá estar eu disse ao meu chefe que era do Casal Ventoso, e ele disse-me que só porque tinha escrito que não era do Casal Ventoso é que fiquei porque de outro modo, não ficava.

Maria - As pessoas eram discriminadas, as pessoas que estavam de fora não sabiam o que se passava e discriminavam, as pessoas que viviam dentro do Casal são as mesmas que estão cá em baixo.

ENFª CATARINA – E viver aqui em baixo é diferente?

Rute – Sim, aqui criticam se andamos de chinelos, de pijama para a rua, como estamos, como somos, inventam problemas... claro que lá em cima também se falava, mas aqui fala-se para provocar a maldade mesmo, eu preferia muito mais morar no Casal Ventoso a morar aqui, a minha casa não tinha água...

Maria - As pessoas aqui não valem mesmo a pena. Existem pessoas que conheci lá em cima e que vieram aqui para baixo e parece que agora já não as conheço. É verdade que saio de casa mas é para ir para casa da Rute, porque de outra forma não estava aqui, estava por fora a fazer outras coisas que também preciso. As pessoas aqui não valem nada. Passamos e começam logo a dizer isto e aquilo, chamamos-lhes lagartixas, passam o dia inteiro ao sol a dizer mal desta e daquela.

ENFª CATARINA – O que pensam de pobreza?

Maria – Pobreza no Casal Ventoso era os que não eram de lá, e começaram a ir para lá. Como já disse aquilo tudo da droga e etc.. Se aquilo fosse assim tão mau o pessoal do

Casal Ventoso não deixava ficar lá. A pobreza vêm por causa da droga, quer dizer riqueza e pobreza, uns tinham muito e outros tinham muito pouco. Ninguém os obrigava a lá ir, ninguém os obrigava a ficar lá. Eu não sou contra os traficantes, não sou porque eles não eram obrigados, eles não ameaçavam para que tu consumisses. Eu se consumisse ia lá porque queria, eu se consumisse ficava lá porque queria. Se fosse assim tão mau eles consumiam e iam-se embora, não ficavam. Ficavam porque não eram maltratados, as pessoas davam-lhes comida, roupa, sal.

Havia muita pobreza no Casal também...

Rute – Eu acho que não... Acho que existe muita pobreza cá em baixo, no casal ventoso não há pobreza, precisamos de alguma coisa e abrem-nos a porta. Aqui em baixo só se vê as portas a fechar. Lá em cima não havia pobreza, pobreza de espírito, não estamos a falar de pobreza de dinheiro...

ENFª CATARINA – Então o que é para vocês pobreza?

Sara - Pobreza, assim do lado económico. Pobreza é uma pessoa querer ter dinheiro e não ter, para comprar o essencial, comida e não ter. Dinheiro é essencial porque sem dinheiro ficamos sem casas, sem água, sem luz.

Alexandrina - Exacto, nesse sentido é querer ter dinheiro para dar comida aos filhos e não ter.

ENFª CATARINA – E em relação á pobreza de espírito que estavam a dizer?

Rute - Acho que é pior que a pobreza económica, porque por exemplo eu sou uma pessoa que depende muito dos outros, não estou a falar de dinheiro, poder falar e coisas assim.

Sara – Mas não vês que isso era normal acontecer. Tu vivias numa barraca, a tua porta dava para a das tuas vizinhas.

Rute – Mas agora eu moro num andar com mais 3 pessoas e em nenhuma delas posso confiar

Sara – Mas é diferente as pessoas agora moram num prédio, num andar, é diferente. Mudaram de estilo de vida, mudaram de estilo de viver. Vocês estão a falar mas até na

própria casa acontece isso, com a própria família, antigamente era tudo muito bonito e apoiavam-se todos, e agora não, é normal.

Rute – é não dar confiança

Sara - ainda falam da musgueira...

Maria – Fui lá á musgueira, mas aquilo é pior que o Casal Ventoso. Namorei com um rapaz de lá e morei com ele, a família dele morava nas barracas e eu disse que me queria vir embora. A sara morava do lado das pré-fabricadas não era do lado das barracas, aquilo era 30 vezes pior que o Casal Ventoso.

ENF^a CATARINA – **O que acham que é Saúde e porque é importante ser saudável?**

Sara - Saude é uma pessoa sentir-se bem tanto fisicamente com espiritualmente. Em principio para termos saúde no corpo, se mentalmente não estivermos bem não estamos saudáveis, se não estivermos a 100% bem mentalmente não há nada que nos valha.

ENF^a CATARINA –**E quando pensam em sexualidade o que vêm á cabeça?**

TODAS - risos...

ENF^a CATARINA – **e o afecto na actividade sexual?**

Sara – O meu marido gosta muito de estar em casa com todos, com os filhos e comigo, ver um filme... mas em relação ao carinho especial, ao afecto... não. Em relação ao acto sexual, quando não estamos assim a 100% é sempre muito trabalhoso.

Maria - O afecto é a amizade, atenção, carinho, a compreensão numa relação com o meu marido. Em relação ao acto sexual estamos sempre de acordo um com o outro, nunca nenhum de nós faz por favor. Damo-nos bem em todos os aspectos. Amizade, conversas, não há melhor...

Rute – Afecto tenho muito pouco em relação ao que eu dou para as outras pessoas. Afecto é gostar de alguém e alguém gostar de mim. Tirando o meu marido não tenho mais ninguém.

Sexualidade?... Se o meu marido não insistir comigo, não existe. Eu não tenho necessidade de ter relações sexuais.

ENFª CATARINA – Quais as condições para satisfazer numa relação sexual? Para que exista prazer.

Alexandrina – Têm que se procurar tudo, não se chega ali e pronto... às vezes começa, a pessoa não está com vontade, mas vai começando e continua e depois já está no papo. Quer dizer ele às vezes até diz, dizias que não mas depois és pior que eu...

Rute - Concordo contigo plenamente. Chegar ali e abrir, isso para mim não dá. Têm que ter mais alguma coisa.

Maria - Conversa, vais estimulando e depois beijo aqui e mão e depois ali... carinho suave e depois a pessoa transpira e vai disso...

Rute - Isso para mim não interessa. Vocês não estão a perceber, não ligo a isso se não tiver que ter não tenho, não me preocupa...

Sara – Estou numa fase em que estou um bocado em baixo, basta estar abraçado e já basta.

ENFª CATARINA – O que pensam do planeamento familiar?

Sara - É muito bom para certas pessoas, atenção!

Maria – Não sei o que é isso?

Sara – Então atenção, tu que tens filhos e estás casada deverás ter planeamento familiar, eu tenho rapazes mas falo com eles a esse respeito, eu neste caso tenho de falar! A minha mãe sempre me explicou desde o período até ao acto. Se tu tiveres uma boa conversa com os teus filhos, para o futuro, vais ter de marcar uma consulta para esclarecer problemas que possa vir a ter.

Rute – Mas o que é uma consulta de planeamento familiar? O que é? Eu não sei. Ginecologia têm haver com a minha sexualidade. Psiquiatria com a cabeça. Uma consulta de planeamento familiar é para quê?

Alexandrina – Preservativos, Sexo, Pilula

Sara – uma consulta para seres seguida nestes aspectos, para prevenir uma gravidez

Maria – Mas eu tomo a pílula e nunca fui ao planeamento familiar

Sara – mas foste a uma consulta de ginecologia pelo menos uma vez.

Alexandrina – A médica vai lá falar com a tua filha, se já começou a ter relações sexuais;parceiros;gravidez;preservativos; e eles até oferecem preservativos.

ENF^a CATARINA – **Como é a vivência da sexualidade aqui no bairro?**

Rute - Oh enfermeira Catarina, isso não se fala faz-se!

Maria – é nas escadas, nos carros

Alexandrina – Eu já vi ali atrás pela minha janela, entre os carros

ENF^a CATARINA – **Qual a diferença da vivência da sexualidade entre os homens e as mulheres?**

Maria - As mulheres são mais intensas, porque agarram-se mais propriamente que o Homem, a mulher quando escolhe um parceiro é aquele parceiro, só e acabou.

Sara – As mulheres trabalham para, mas o homem fica com mais vontade, um homem basta olhar que fica logo com vontade e a mulher precisa de outras coisas

ENF^a CATARINA – **Será que a sexualidade traz preocupação?**

Sara – Muitas

Maria – Olhe as miúdas que andam aí a “brincar”

Sara – As doenças, as preocupações, depois ficam grávidas e não têm cabeça, a gravidez é um dos problemas mas outros ainda piores tanto nela como nele, se não houver higiene como deve ser

Alexandrina – Também acho que têm mais haver com doenças e higiene

Rute – Pronto, eu só tenho o meu marido, não preciso de ter cuidado nenhum com o meu marido.

ENFª CATARINA – O que é preciso mudar na sexualidade?

Sara - Mais informação, apesar de haver muito mais informação que havia antigamente as pessoas têm de estar mais informadas. Têm muito haver com a mentalidade da pessoa.

Alexandrina – A minha filha pergunta como é feito isto e aquilo e eu explico tudo

Sara – Não vale a pena esconder

Alexandrina – Mas eu não escondo

Rita – Nem eu

Sara – Eles ás vezes aparecem em casa com aquelas perguntas que eu até fico chocado, mas a verdade é que eles têm informação em todo o lado.

Rute – Mas a minha filha pergunta e porquê? porquê? Como?

Alexandrina – Eu expliquei tudo, como é que ele nasceu, que nasceu pela barriga porque fiz cesariana, se não tinha nascido pela vagina. Disse-lhe que o pai pôs o pénis dentro da vagina da mãe e foi assim que foi feito. Agora quando ele vê um casal na televisão, ele ignora e diz que estão a fazer amor. Eu expliquei á minha filha que têm 11 anos o que é um 69.

Maria – Há umas que dá para responder agora há outras que não dá para responder.

Sara – mas o meu filho chegou a casa no outro dia a perguntar se tinha nascido pelo cu ou pela barriga

ENFª CATARINA – A questão é o que é mais importante na actividade sexual?

Rute – Explicar mais

ENFª CATARINA – A idade ideal para iniciar relações sexuais?

Alexandrina - A partir dos 17

Sara - Não dá para ter uma idade, têm de estar preparado.

Maria - Não há idade para isso, têm é de ter cabecinha... deve estar dentro do assunto

Anexo V Protocolo da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar na USSCVA

Enquadramento Jurídico da Consulta

No Decreto-Lei n.º 235/2008, de 3 de Dezembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social são descritos os estatutos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no preâmbulo do referido Decreto-Lei é feita alusão ao papel da Santa Casa da Misericórdia na sociedade portuguesa *“ao longo dos seus mais de cinco séculos de existência tem sido evidente a preocupação de manter a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa na vanguarda do combate à pobreza e à exclusão social, não só através da sua particular propensão para o efeito, mas também pela dinâmica que sempre foi imprimida às suas acções inovatórias e de elevada qualidade, comumente reconhecidas pelas pessoas apoiadas e pela própria comunidade. “*

No Capítulo I, artigo 4º do Decreto-Lei a cima descrito é identificado como fim da SCML a melhoria do bem-estar das pessoas. Este objectivo de intervenção é alusivo ao conceito clássico de saúde da Organização Mundial de Saúde. Para concretização dos seus fins de intervenção a SCML, realiza diversas intervenções. Destaca-se, no mesmo artigo, no ponto 3º alínea c *“desenvolve e prossegue actividades de promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença, de reabilitação e prestação de cuidados continuados”*.

A saúde é uma área de intervenção da SCML, dispondo de um sistema integrado de prestação de cuidados, que se caracteriza pelo Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão; Hospital Ortopédico de Sant’Ana; Escola Superior de Saúde do Alcoitão e Unidades de Saúde Santa Casa (USSC).

Deste sistema destacam-se as USSC, que têm como missão assegurar à população alvo da SCML, os cuidados de saúde essenciais e adequados a uma melhoria de estado global de saúde da população, em particular das famílias em risco.

Numa lógica de proximidade e de saúde comunitária, estão localizadas nas zonas de maior pobreza/ou exclusão social da cidade de Lisboa, tais como bairros problemáticos com populações vulneráveis (destacando-se as crianças, os jovens e os idosos), tais como Bairros do Vale de Alcântara, Armador, Boavista, Padre Cruz, Castelo e Marvila.

Em todas as USSC pretende-se que existam como valências-base a Materno-Infantil (que inclui a Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, e Planeamento Familiar), Saúde Adulto/Idoso a Apoio Domiciliário. Decorrente da necessidade de intervenções específicas, são ainda disponibilizados serviços no âmbito da Saúde Mental (Infantil e Juvenil e Adulto), Oftalmologia, Otorrino e Estomatologia. Para além dos serviços de saúde disponibilizados em ambulatório, são também

prestados cuidados de saúde no domicílio de acordo com as necessidades dos utentes, garantindo uma continuidade de cuidados.

Segundo o nº 2 do artigo 1º da Lei nº 3 de 24 de Março de 1984, “incumbe ao Estado promover a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar estruturas jurídicas e técnicas que permitem o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.”

No decorrer de 10 artigos é descrito o Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para Jovens.

Destaca-se o artigo 2º da referida lei onde se pode identificar o âmbito das consultas de Planeamento Familiar.

Tendo em conta a pertinência do Planeamento Familiar, e a harmonia jurídica dos deveres do Estado e do papel da SCML face à população desfavorecida é fundamental o desenvolvimento da Consulta de Planeamento Familiar da USSC de Alcântara.

População Alvo

Mulheres/Casais inscritos na USSC da Alcântara com idades compreendidas entre os 15 e os 50 anos.

Objectivo Geral

- Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura
- Acompanhar 10% das mulheres inscritas na USSC de Alcântara durante 1 ano de intervenção (objectivo a rever ao fim de um ano de intervenção)

Objectivos Específicos

- Facultar informação no âmbito do Planeamento Familiar às mulheres e casais que lhes permita uma decisão livre e responsável no que respeita ao nascimento de filhos e intervalo de nascimentos;
- Regular a fecundidade segundo desejo das mulheres/casais
- Facultar acesso a métodos contraceptivos
- Realizar rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis

- Realizar Rastreio Oncológico do Cancro do Colo do Útero nas mulheres incluídas na consulta na faixa etária dos 20 aos 50 anos
- Realizar encontros trimestrais no âmbito da sexualidade saudável e segura

Estratégias

Estratégias

Estratégias de Intervenção

- Formalização da Consulta de Planeamento Familiar
- Vigilância periódica das mulheres em idade fértil de acordo com as normas da Direcção Geral de Saúde;
- Entrega de contraceptivos em horário pré-estabelecido à população acompanhada em consulta
- Identificação de mulheres para realização de Rastreio Oncológico de Cancro de Colo do Útero
- Identificação de mulheres inscritas que não frequentam a Consulta para posterior convocação
- Identificação de jovens de risco que não frequentam a Consulta para posterior convocação

Estratégias de Formação

- Informação e Divulgação da importância do Planeamento Familiar
- Execução de encontros trimestrais no âmbito da sexualidade saudável e segura

Estratégias de Acompanhamento

- Realização de reuniões bimensais da equipa técnica
- Realização de questionários de satisfação às mulheres/casais ao fim de 1 ano de intervenção

Actividades

Consulta Médica

Consulta de Enfermagem

Consulta Programada

- acolhimento
- colheita de dados
- avaliação das necessidades de informação no âmbito do Planeamento Familiar
- avaliação de sinais vitais
- esclarecimento de dúvidas e angústicas face à sexualidade

- construção de um projecto de fecundidade flexível face ás necessidades sentidas e identificas

Consulta Não Programada

- atendimento e distribuição de contracepção nomeadamente pílula e preservativo

Metologia de Trabalho

A metodologia de trabalho é a Consulta Médica e de Enfermagem.

Os encontros trimestrais pretendem-se flexíveis e negociáveis com a população alvo, com vista a promover a saúde, numa exploração e negociação constante das temáticas a desenvolver. As técnicas utilizadas serão diversas, nomeadamente, a observação; dramatização; dinâmicas de grupo; expressão corporal (uso do corpo, expressividade, vivências); rolle playing e relaxamento.

Planificação de actividades

Apresentação do protocolo à equipa- 24 a 28 de Maio

Divulgação da consulta- Maio e Junho

Início da consulta- 17 de Junho

Periodicidade

Consulta semanal- 5ª Feira

Recursos Humanos

Equipa Médica

- Drª Ana Paula

Equipa de Enfermagem

- Enfª Lígia

Indicadores

Indicadores de Recurso

- % de consultas médicas
- % de consultas de enfermagem (% de consultas programadas e % de consultas não programadas)
- % de população acompanhada em consulta
- % de mulheres que procura contraceção
- % de pílulas distribuídas
- % de preservativos distribuídos
- % de mulheres que realizam Rastreio Oncológico do Cancro do Colo do Útero

Indicadores de Processo

- Nº de encontros realizados
- % de mulheres/casais presentes nos encontros

Indicadores de resultado

- % de mulheres acompanhadas na consulta
- % de mulheres satisfeitas com a consulta ao fim de 1 ano de intervenção

Impacto Previsto

Mudanças efectivas na população alvo no sentido de uma sexualidade saudável e segura. Pretende-se para isso, o envolvimento de cerca de 10% das mulheres incritas.

Acompanhamento e Controle

Monitorização da Consulta:

- realização de um dossier técnico (registo de actividades, relatórios e avaliação interna da equipa técnica);
- reuniões bimensais da equipa técnica – planeamento e avaliação das actividades;

Entidades de Referencia

- Projecto Alkântara
- Associação Crescer na Maior
- LINADEM

- Ajuda de Mãe
- Ajuda de Berço
- Projecto Escolhas 'Fazer a Ponte'

Bibliografia

- <http://www.dgs.pt/>
- <http://www.scml.pt>

AVALIAÇÃO DA CONSULTA

Sessão	Critérios	Avaliação				
		1 (insatisfatório)	2 (pouco satisfatório)	3 (satisfatório)	4 (muito satisfatório)	5 (totalmente satisfatório)
	Informação abordada					
	Duração					
	Disponibilidade dos Profissionais					
	Tempo de espera					
	Instalações do local					

A consulta tem interesse para a sua vida?

Muito pouco Pouco Razoável Muito

Está satisfeita com a consulta?

Muito pouco Pouco Razoável Muito

A consulta é importante na escolha do método contraceptivo?

Muito pouco Pouco Razoável Muito

Anexo VI Folha de Colheita de dados de Enfermagem e Instrumento de Avaliação da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar da USSCVA

Lisboa, 2010

Consulta de Planeamento Familiar



Consulta de Planeamento Familiar

Unidade Local de Saúde Vale de Alcântara

Enquadramento Legal

- “Incumbe ao Estado promover a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.”

(n.º 2 do artigo 1.º da Lei n.º 3 de 24 de Março de 1984)

Enquadramento Legal

“Ao longo dos seus mais de cinco séculos de existência tem sido evidente a preocupação de manter a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa na vanguarda do combate à pobreza e à exclusão social, não só através da sua particular propensão para o efeito, mas também pela dinâmica que sempre foi imprimida às suas acções inovatórias e de elevada qualidade, comumente reconhecidas pelas pessoas apoiadas e pela própria comunidade.” (Lei n.º 235/2008, de 3 de Dezembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social)

Objectivo Geral

- Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura
- Acompanhar 10% das mulheres inscritas na USSC de Alcântara durante 1 ano de intervenção (objectivo a rever ao fim de um ano de intervenção)

Objectivos Específicos

- Facultar informação no âmbito do Planeamento Familiar às mulheres e casais que lhes permita uma decisão livre e responsável no que respeita ao nascimento de filhos e intervalo de nascimentos;
- Regular a fecundidade segundo desejo das mulheres/casais
- Facultar acesso a métodos contraceptivos
- Realizar rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Realizar Rastreio Oncológico do Cancro do Colo do Útero nas mulheres incluídas na consulta na faixa etária dos 20 aos 50 anos
- Realizar encontros trimestrais no âmbito da sexualidade saudável e segura

Actividades

- Consulta Médica
- Consulta de Enfermagem

Periodicidade da Consulta

- Consulta Semanal
 - 5°F

Recursos Humanos

- Equipa Médica
 - Dr^a Ana Paula
 - Dr^a Fernanda
- Equipa de Enfermagem
 - Enf^a Lígia

Consulta de Enfermagem

- Consulta Programada
 - acolhimento
 - colheita de dados
 - avaliação das necessidades de informação no âmbito do Planeamento Familiar
 - avaliação de sinais vitais
 - esclarecimento de dúvidas e angústicas face à sexualidade
 - construção de um projecto de fecundidade flexível face às necessidades sentidas e identificas
- Consulta Não Programada
 - atendimento e distribuição de contracepção nomeadamente pilula e preservativo

Planificação de Actividades

- Divulgação da consulta- Maio e Junho
- Início da consulta- 17 de Junho

Impacto Previsto

- Mudanças efetivas na população alvo no sentido de uma sexualidade saudável e segura. Pretende-se para isso, o envolvimento de cerca de 10% das mulheres incritas.

Acompanhamento e Controle

Monitorização da Consulta:

- realização de um dossier técnico (registro de atividades, relatórios e avaliação interna da equipa técnica)
- reuniões bimensais da equipa técnica – planeamento e avaliação das actividades



“O verdadeiro prazer e a verdadeira satisfação não se traduzem por frequências, medidas, tempos. Porque a sexualidade é uma linguagem do corpo para exprimir mais do que o corpo. Por isso ela permanece um mistério mesmo no fim da vida.”¹³

(Neto, 2002)



Obrigada pela atenção!

Identificação Pessoal

Nome	
Morada	
Data de Nascimento	
Estado Civil	
Profissão	
Escalão	

Antecedentes Pessoais

Doenças Anteriores	
Doenças Trombólicas	
Hipertensão	
Cardiopatias	
Varizes acentuadas	
Epilepcia	
Doenças Fibroquística da Mama	
Doenças Hepáticas	
Diabetes	
Cefaleias/Enxaquecas	
Alergias	
Obesidade	
Doença Oncológica	
Diabetes	

Antecedentes Familiares	Mãe	Pai	Irmãos
Doenças Trombólicas			
Hipertensão			
Cardiopatias			
Varizes acentuadas			
Epilepcia			
Doenças Fibroquística da Mama			
Doenças Hepáticas			
Diabetes			
Cefaleias/Enxaquecas			
Alergias			
Obesidade			
Doença Oncológica			
Diabetes			

Hábitos /Dependências	
Acool	
Drogas Leves (inalatória)	
Drogas Pesadas (endovenosa)	
Tabaco	

História Ginecológica

Doenças Ginecológicas	
Tensão Pré Mestrual	
Leucorreia	
Infecção Pélvica	
Amenorreia	
Quistos Ováricos	
Neoplasia do Colo do útero	
Mioma Uterino	
Nódulos Mamários	
Outras	

Disfunções Sexuais	
Vaginismo	
Dispareunia (dor no acto sexual)	
Anorgasmo	
Frigidez	
Desejo Sexual Inibido	
Disfunção do Orgasmo	
Orgasmo Múltiplo	
Outras	

História Obstétrica	
Partos de Termo	
Partos Pré-Termo	
Abortos Espontâneos	
Abortos Provocados	
Gravidez Ectópica	
Filhos vivos	
Eclâmpsia	

Ciclo Menstrual	
Regular	
Irregular	
Duração da Menstruação	

Actividade Sexual	
Início	
Regularidade	
1ª Menstruação	

Vacinação/Imunização

Tétano		
Rubéola		
HPV		

Hepatite A		
Hepatite B		
Outras		

Anexo VII Projecto Roteiro caminhos de Sexualidade e Cronograma Final de Actividades

Roteiro

Caminhos de Sexualidade

Elaborado por:

Enf^a Catarina Afonso (Estágio da Especialidade de Enfermagem Comunitária)

Maio de 2010

Enquadramento teórico

Promoção de Saúde em Contexto de vulnerabilidade

O investimento na saúde potencia o bem-estar das populações, implicando no desempenho económico e social das comunidades, o impacto a longo prazo revela-se no desenvolvimento humano, em sociedades prósperas na igualdade de oportunidades. Os Cuidados de Saúde Primários são a estrutura de proximidade das populações. A sua associação a políticas ambientais, sociais e de saúde pública *“constituem-se como factor determinante para se alcançar qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades.”* (PISCO, 2010)

A Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece que *“a saúde é um objectivo social de primeira importância (...) instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade.”* (SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1998). Posteriormente, na Carta de Ottawa (1986), a perspectiva de promoção de saúde aproxima-se da capacitação das pessoas, enquanto actores activos na modificação de determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida. Na Declaração de Jacarta (1997) e na Carta de Bangkok (2005) decorre a expansão da importância das parcerias enquanto instrumento de emponderamento das comunidades.

A concentração de forças num compromisso de definição de objectivos no sentido de melhorar a saúde das populações. As parcerias, numa colaboração em rede, devem ser incluídas e priorizadas nos projectos de desenvolvimento local. (ANDRÉ, 2008) A abordagem de roteiro constitui uma estratégia de intervenção na implementação de projectos de saúde. *“Os roteiros de saúde constituem um conjunto de acções desenvolvidas numa determinada unidade territorial que visa activar a rede de parceiros locais como forma de abordagem às necessidades de saúde identificadas.”* (ANDRÉ, 2008)

O diagnóstico revela *“um contexto em que a toxicodependência, o tráfico de droga continua a manifestar-se (embora em menor dimensão do que no Casal Ventoso), questões associadas a comportamentos de risco, desviantes ou mesmo tendencial ou em acto de criminalidade.”* São definidos como grupos de risco as crianças, os jovens e os idosos. (PEREIRA, e tal, 2008)

Segundo Matos, *“uma maior atenção deve ser dada a grupos de alto risco, ou seja, que apresentem disparidades em saúde em relação à população em geral. (MATOS, 2007). A mesma Autora acrescenta que a situação de pobreza e exclusão social dificulta o acesso à saúde à maioria das crianças e jovens, sendo potencializada a adesão a comportamentos de risco. (MATOS, 2007) Educar para sexualidade é diferente de informar ou esclarecer. Neste sentido a educação sexual tem de ser adequada à população alvo e às suas necessidades tendo em conta o seu bem-estar.*

Local de Intervenção:

Vale de Alcântara, nomeadamente Bairro do Cabrinha, Loureiro e Ceuta Sul.

População Alvo:

Comunidade do Vale de Alcântara, especialmente mulheres dos 15 aos 50 anos

Temática a desenvolver:

Sexualidade e Rastreio Oncológico do Cancro da Colo do Útero

Período de Divulgação:

Divulgação de folhetos e posters no período de 9 a 20 de Junho.

Período de desenvolvimento:

28 de Junho a 2 de Julho (ver anexo 1)

Encerramento:

Festa a 3 de Julho

Apresentação de Resultados:

12 de Julho na Unidade Local de Saúde de Alcântara (data a confirmar)

Objectivo Geral:

Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura

Objectivos Específicos:

- Divulgar a Consulta de Planeamento Familiar da USSC de Vale de Alcântara e o Rastreio Oncológico do Cancro da Colo do Útero;
- Desmontar conceitos de sexualidade;
- Identificar as três dimensões da sexualidade (psicológica, física e social);
- Identificar a relação sexual como forma de expressão de afectividade;
- Explicar a importância do Rastreio Oncológico do Cancro da Colo do Útero;
- Discutir escolhas no âmbito da sexualidade saudável e segura.

Actividades

- Sessões de esclarecimento no âmbito da sexualidade e Rastreio Oncológico do Cancro da Colo do Útero
- Actividades lúdicas promovidas nos espaços dos parceiros envolvidos
- Campanhas de rua
- Distribuição de folhetos e flyers no âmbito da sexualidade saudável e segura

Materiais e equipamentos a utilizar:

- Cartazes e folhetos
- Projecção de slides explicativos (sessões de esclarecimento)
- Unidade Móvel dos Médicos do Mundo

Metodologia:

- Campanhas de rua- Distribuição de cartazes e folhetos
- Sessões de Esclarecimento
- Festa de encerramento

Parceiros Envolvidos:

- Projecto Alkântara
- Associação Crescer na Maior
- LINADEM
- Ajuda de Mãe
- Ajuda de Berço
- Projecto Escolhas 'Fazer a Ponte'

Responsabilidades:

Parceiros- divulgação das actividades

A dinamização de actividades fica a cargo da Enf^a Catarina Afonso

Bibliografia:

- PISCO, Luis. *Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados*. cit in 3º Forum de Nacional de Saúde "Para um Futuro com Saúde", 9 Março, 2010, <http://www.acs.min-saude.pt/>
- MATOS, Margarida Gaspar de; Simões, Celeste. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana – Programa de Educação para Todos; 2000. p. 21
- SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Adelaide (Austrália), 1998 – *Recomendações sobre Políticas Públicas Saudáveis*. Lisboa: Escola Superior Calouste Gulbenkian de Lisboa
- ANDRÉ, Rui. *Novos Caminhos de Saúde: o Caso dos Roteiros de Saúde. Cidade Solidária*. 2008. Julho, 18-27
- PEREIRA, Gustavo; BASÍLIO, José e tal. *Diagnóstico Sociodemográfico e Económico do Vale de Alcântara*. Novembro 2008

Anexo 1

Cronograma de actividades Roteiro “Caminhos de Sexualidade”						
Temática Proposta: Sexualidade e Rastreio do Cancro do Colo do Útero						
	28 de Junho	29 de Junho	30 de Junho	1 de Julho	2 de Julho	3 de Julho
10h-11h	Campanha de Rua	Ajuda de Mãe	Consulta de PF	Campanha de Rua Unidade Móvel MDM-Bairro Ceuta Sul	Campanha de Rua Unidade Móvel MDM-Bairro Ceuta Sul	
11h-12h	Unidade Móvel MDM-Bairro Ceuta Sul					
12h-13h						
13h-14h						Festa de Encerramento
14h-15h	Unidade Local de Saúde Santa Casa	LINADEM (adultos)	Projecto AlKantara (Bairro do Cabrinha-Idosos)	Colectividade Águias Recreio Clube	Crescer na Maior	
15h-16h						
16h-17h	Projecto AlKantara (Bairro da Liberdade-Jovens)	Projecto AlKantara (Bairro do Cabrinha-Jovens do sexo feminino)	Projecto AlKantara (Bairro do Cabrinha-Jovens do sexo masculino)	LINADEM (jovens)	Projecto AlKantara (Bairro do Loureiro-Jovens)	
17h-18h						
18h-19h						

Semana de Actividades

Parceiros:

Projecto AlKântara

- 3 Encontros com jovens (Tema: Sexualidade)
- 1 encontro com mulheres dos 20 aos 50 anos (Tema: Rastreio do Cancro do Colo do Útero)

Médicos do Mundo (MDM)

- 3 campanhas de rua com utilização da Unidade Móvel no Bairro Ceuta Sul (Sensibilização para comportamentos saudáveis e para o Rastreio do Cancro do Colo do Útero)

LINADEM

- 1 Encontro com jovens (Tema: Sexualidade)
- 1 Encontro com mulheres/casais (Tema: Rastreio do Cancro do Colo do Útero)

Ajuda de Mãe

- 1 Encontro com jovens (Tema: Rastreio do Cancro do Colo do Útero)
- 1 Encontro com mulheres (Tema: Rastreio do Cancro do Colo do Útero)

Crescer na Maior

- 1 Encontro com jovens (Tema: Sexualidade)

Festa de Encerramento: Actividade desenvolvida em parceria com o Projecto Alkântara, MDM e LINADEM

Anexo VIII Cartazes de divulgação do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Série de Folhetos sexualidades



roteiro
camínhos de sexualidade

DE 25 DE JUNHO A 2 DE JULHO

FESTA DE ENCERRAMENTO A 3 DE JULHO ÀS 15 H

BAIRRO DO CABRINHA

**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

Parceiros:





25 de Junho a 3 de Julho

Roteiro Caminhos de Sexualidade

Espaço ALKANTARA— 28, 29, 30 de Junho e 2 de Julho

LINADEM— 29 de Junho e 2 de Julho

Ajuda de Mãe— 25 e 30 de Junho

Colectividade Águias Recreio Clube—1 de Julho

Crescer na Maior—2 de Julho

Percursos de Saúde

Unidade Móvel Médicos do Mundo 28, 29 de Junho e 1 de Julho

Festa de Encerramento no Bairro do Cabrinha 3 de Julho

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



25 de Junho a 3 de Julho

Roteiro Caminhos de Sexualidade

Espaço ALKANTARA— 28, 29, 30 de Junho e 2 de Julho

LINADEM— 29 de Junho e 2 de Julho

Ajuda de Mãe— 25 e 30 de Junho

Colectividade Águias Recreio Clube—1 de Julho

Crescer na Maior—2 de Julho

Percursos de Saúde

Unidade Móvel Médicos do Mundo 28, 29 de Junho e 1 de Julho

Festa de Encerramento no Bairro do Cabrinha 3 de Julho

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.

**Roteiro Caminhos de
Sexualidade**

Endereço da actividade
Linha de endereço 2
Linha de endereço 3
Linha de endereço 4

COLOQUE
SELO
AQUI

Escreva o endereço aqui ou utilize a
Impressão em Série (em 'Ferramentas')
para endereçar automaticamente esta
publicação para múltiplos
destinatários.

**Roteiro Caminhos de
Sexualidade**

Endereço da actividade
Linha de endereço 2
Linha de endereço 3
Linha de endereço 4

COLOQUE
SELO
AQUI

Escreva o endereço aqui ou utilize a
Impressão em Série (em 'Ferramentas')
para endereçar automaticamente esta
publicação para múltiplos
destinatários.

Não esquecer

- Construir um projecto de vida saudável;
- Desenvolver uma vivência saudável da sexualidade;
- Procurar aconselhamento e acompanhamento médico;
- Escolher a contraceção adequada tendo em conta o projecto de fecundidade pessoal;

A escolha da contraceção é pessoal.

Ao escolher a **contraceção adequada** e adoptar **comportamentos de segurança** conseguimos um equilíbrio físico, social e espiritual. Estamos bem connosco, com o nosso corpo e com os outros. **Conquistamos uma vida mais saudável.**



roteiro
caminhos de sexualidade

SEXUALIDADE



Cada caminho de sexualidade é único...

**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



Elaborado por Enfa Catarina Afonso
Rodrigues

Consulta de Planeamento Familiar

Tel: 213 600 611

Sexualidade

“É a energia que encontra a sua expressão **física, psicológica e social** no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.” (OMS, 1990)

Sexualidade e Afectividade

Termo mais amplo que inclui o amor, o carinho, a busca de prazer e companhia... uma forma de comunicar entre duas pessoas.

Iniciar a actividade Sexual

Pensar em iniciar a vida sexual é pensar no desejo (vontade partilhada em casal) e na responsabilidade (respeito mútuo na procura de prazer e protecção).



A decisão de ter relações sexuais é pessoal e íntima. Implica com a forma única e própria que cada pessoa/casal vive a sua sexualidade.

Sexualidade Saudável

- Cuidar do corpo;
- Gostar de si e do seu corpo;
- Respeitar o corpo;
- Estabelecer relações saudáveis.



A protecção é essencial para a vivência de uma sexualidade saudável. O uso do preservativo é essencial.

Como Prevenir

- Uso correcto do preservativo;
- Abstinência Sexual;
- Desenvolver uma vivência saudável da sexualidade;
- Procurar aconselhamento e acompanhamento médico.



INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



**Cada caminho de
sexualidade é único...**

Ao escolher a contracepção adequada e adoptar comportamentos de segurança conquistamos um equilíbrio físico, social e espiritual. Estamos bem connosco, com o nosso corpo e com os outros. Conquistamos uma vida mais saudável.

**SANTA
CASA**
Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



Elaborado por Enfª Catarina Afonso
Rodrigues

Consulta de Planeamento Familiar

Tel: 213 600 611

O que são Infecções Sexualmente transmissíveis (IST's)?

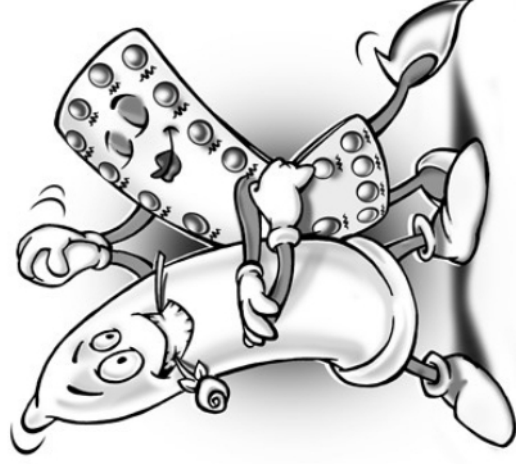
São doenças infecciosas que se transmitem essencialmente pelo contacto sexual.

Comportamentos de Risco

- Relações sexuais sem preservativo;
- Relações com múltiplos parceiros sexuais.

Sinais e Sintomas

- Feridas ou úlceras nos órgãos genitais ou em qualquer parte do corpo;
- Corrimento;
- Verrugas nos órgão genitais;
- Comichão ou ardor nos órgãos genitais;
- Dor ou desconforto no baixo ventre;
- Manchas na pele.



Tipos de IST's

Vírus

- Herpes Genital
- Vírus do Papiloma Humano (HPV)
- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
- Hepatites

Bactérias

- Infecções Clamídia
- Gonorreia
- Sífilis
- Granuloma Inguinal

Outros

- Pediculose Púbrica
- Escabiose

Como escolher?

- Construir um projecto de vida saudável;
- Desenvolver uma vivência saudável da sexualidade;
- Procurar aconselhamento e acompanhamento médico;
- Escolher a contracepção adequada tendo em conta o projecto de fecundidade pessoal;

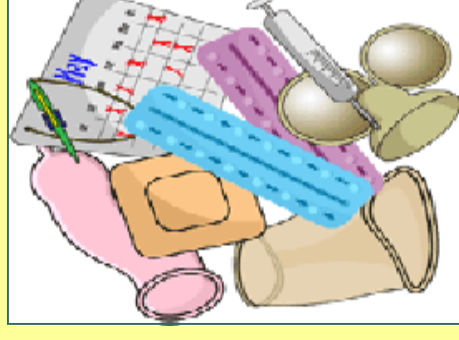
A escolha da contracepção é pessoal.

Ao escolher a **contracepção adequada** e adoptar **comportamentos de segurança** conseguimos um equilíbrio físico, social e espiritual. Estamos bem connosco, com o nosso corpo e com os outros. **Conquistamos uma vida mais saudável.**



roteiro
caminhos de sexualidade

ESCOLHER A CONTRACEPÇÃO



**Cada caminho de
sexualidade é único...**

**SANTA
CASA**

Misericórdia de Lisboa. Por boas causas.



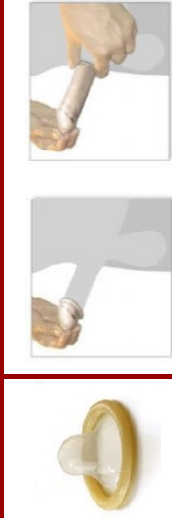
Elaborado por Enfa Catarina Afonso
Rodrigues

Consulta de Planeamento Familiar

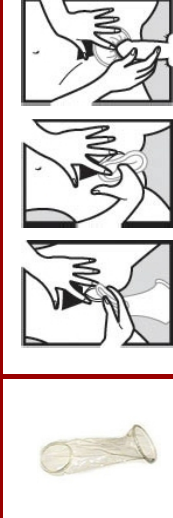
Tel: 213 600 611

Contraceção de Barreira

PRESERVATIVO MASCULINO



PRESERVATIVO FEMININO



DIAFRAGMA



ESPERMICIDA

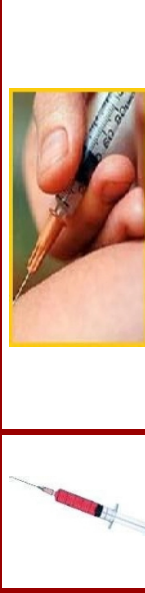


Contraceção Hormonal

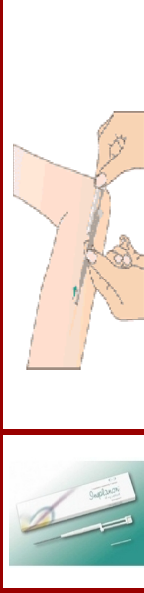
PÍLULA



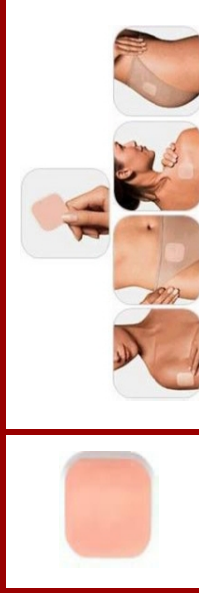
INJEÇÃO



IMPLANTE



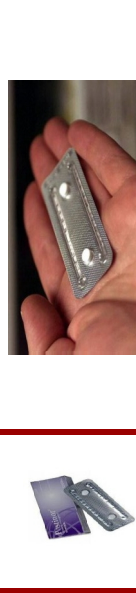
ADESIVO



ANEL

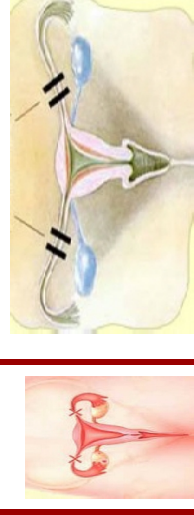


CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

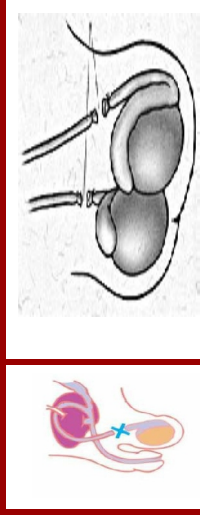


Contraceção Cirúrgica

LAQUEÇÃO DE TROMPAS



VASECTOMIA



Métodos Naturais

CALENÁRIO

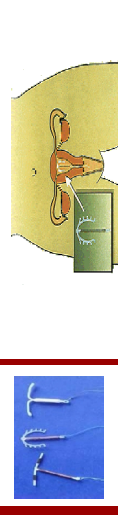


COITO INTERROMPIDO

ABSTINÊNCIA SEXUAL

Dispositivo Intra-Uterino

DIU



Anexo IX Diário de Campo, Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do CCU

Diário de Campo Roteiro Caminhos de Sexualidade, Vale de Alcântara

USSCVA, 28 de Junho – Prevenção do CCU

Para esta actividade foi feito contacto telefónico com 40 mulheres inscritas na USSCVA, tendo comparecido 7.

Com o grupo de 7 mulheres foi criada uma dinâmica de apresentação de forma a tornar o ambiente mais informal e propício à troca de experiências.

Foi promovida a reflexão da importância do corpo, sugerindo-se às mulheres que dissessem qual a parte do corpo que gostavam mais. As respostas foram variadas, nomeadamente a “*cara, os cabelos, o rabo ou as mamas*”. Seguidamente, fizeram-se grupos de 2 para discutirem em pares o que é a sexualidade. As discussões resultaram em respostas como “*sexo, relações, amor e doenças*”. Na apresentação ao grupo e discussão ampla das respostas fez-se a desconstrução do conceito de sexualidade, bem como na indissociação ao corpo e à pessoa. Depois, através de uma apresentação de power point foi explicitado o risco das IST's, nomeadamente o CCU, e as formas de prevenção. O recurso a imagens foi importante para o debate em grupo e colocação de dúvidas.

Por fim, todas as mulheres puderam mexer na *mala sexualidades*.

Médicos do Mundo, 28 e 29 de Junho e 1 de Julho – Percursos de Saúde

Os Médicos do Mundo têm uma vasta experiência de intervenção em contextos de vulnerabilidade, inclusive no Vale de Alcântara. Tendo em conta a experiência de intervenção da Rede de Parceria no Vale de Alcântara, foi identificado o Bairro Ceuta-Sul como o mais difícil de envolver em actividades comunitárias. Deste modo, a forma de intervir foi adaptada, tendo-se sugerido uma actividade de rua recorrendo à Unidade Móvel dos Médicos do Mundo. A proposta foi amplamente discutida com a Dr^a Carla Fernandes, Coordenadora de Projectos Nacionais MDM, que acolheu a sugestão de intervir no Ceuta-Sul, com vista a que dar continuidade caso se verificasse pertinente.

Assim, foi feita uma aposta de intervenção individual através de realização de avaliação de TA, GC e Colesterol e paralelamente de educação para a saúde individual (com foco na sexualidade e prevenção do CCU).

Nos dias 28 e 29 de Junho e 1 de Julho, a Unidade Móvel MDM esteve aberta à comunidade no Bairro Ceuta Sul.

Regista-se a 28 de Junho- 5 participantes (1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino dos 10 aos 60 anos); 29 de Junho – 14 participantes (4 do sexo masculino e 10 do sexo

Diário de Campo Roteiro Caminhos de Sexualidade, Vale de Alcântara

USSCVA, 28 de Junho – Prevenção do CCU

Para esta actividade foi feito contacto telefónico com 40 mulheres inscritas na USSCVA, tendo comparecido 7.

Com o grupo de 7 mulheres foi criada uma dinâmica de apresentação de forma a tornar o ambiente mais informal e propício à troca de experiências.

Foi promovida a reflexão da importância do corpo, sugerindo-se às mulheres que dissessem qual a parte do corpo que gostavam mais. As respostas foram variadas, nomeadamente a “*cara, os cabelos, o rabo ou as mamas*”. Seguidamente, fizeram-se grupos de 2 para discutirem em pares o que é a sexualidade. As discussões resultaram em respostas como “*sexo, relações, amor e doenças*”. Na apresentação ao grupo e discussão ampla das respostas fez-se a desconstrução do conceito de sexualidade, bem como na indissociação ao corpo e à pessoa. Depois, através de uma apresentação de power point foi explicitado o risco das IST's, nomeadamente o CCU, e as formas de prevenção. O recurso a imagens foi importante para o debate em grupo e colocação de dúvidas.

Por fim, todas as mulheres puderam mexer na *mala sexualidades*.

Médicos do Mundo, 28 e 29 de Junho e 1 de Julho – Percursos de Saúde

Os Médicos do Mundo têm uma vasta experiência de intervenção em contextos de vulnerabilidade, inclusive no Vale de Alcântara. Tendo em conta a experiência de intervenção da Rede de Parceria no Vale de Alcântara, foi identificado o Bairro Ceuta-Sul como o mais difícil de envolver em actividades comunitárias. Deste modo, a forma de intervir foi adaptada, tendo-se sugerido uma actividade de rua recorrendo à Unidade Móvel dos Médicos do Mundo. A proposta foi amplamente discutida com a Dr^a Carla Fernandes, Coordenadora de Projectos Nacionais MDM, que acolheu a sugestão de intervir no Ceuta-Sul, com vista a que dar continuidade caso se verificasse pertinente.

Assim, foi feita uma aposta de intervenção individual através de realização de avaliação de TA, GC e Colesterol e paralelamente de educação para a saúde individual (com foco na sexualidade e prevenção do CCU).

Nos dias 28 e 29 de Junho e 1 de Julho, a Unidade Móvel MDM esteve aberta à comunidade no Bairro Ceuta Sul.

Regista-se a 28 de Junho- 5 participantes (1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino dos 10 aos 60 anos); 29 de Junho – 14 participantes (4 do sexo masculino e 10 do sexo

feminino dos 12 aos 81 anos); 1 de Julho – 22 participantes (8 do sexo masculino e 14 do sexo feminino dos 28 aos 81 anos).

Durante estes dias, registaram-se 41 atendimentos de enfermagem, tendo sido detectadas algumas situações de risco, nomeadamente, 5 pessoas com hipertensão arterial, 2 pessoas com hipotensões e 4 pessoas com glicémias capilares alteradas. Neste âmbito foi necessário realizar 3 encaminhamentos para o hospital de referência (Hospital S. Francisco Xavier).

Projecto Alcantara, 28, 29 e 30 de Junho – Sexualidade e Corpo

O Projecto Alcantara intervém no Vale de Alcântara desde 1999, tendo acompanhado o realojamento de muitas famílias provenientes do Casal Ventoso. O objectivo desta associação é intervir junto da população de forma a minimizar a exclusão social, são beneficiários do projecto indivíduos em risco ou em situação de exclusão social.

Fazendo convergir o âmbito do Projecto Roteiro Caminhos de Sexualidade e os objectivos do Projecto Alcantara, em concertação com o Dr. Filipe Santos, foram delineadas 4 acções a desenvolver em espaços do Projecto, nomeadamente no Bairro da Quinta do Cabrinha. Uma dirigida para idosas, outra para jovens do sexo feminino e por fim, duas para jovens de ambos os sexos.

No dia, 28 de Junho a acção foi realizada para 11 participantes, no entanto esta acção deverá ser entendida em duas partes.

A primeira realizada para 8 pré-jovens (2 do sexo feminino e 6 do sexo masculino dos 4 aos 12 anos) onde foi proposto pensar o corpo. Isto é, cada jovem tinha uma cartolina e desenhava o seu corpo, decorando-o posteriormente com materiais diversos, lã, tecido, pedaços de papel e cartolina. Seguidamente, os trabalhos foram afixados na parede e todos reflectiram e debateram em grupo as diferenças e as semelhanças. O conceito de sexualidade foi desconstruído através do corpo e depois discutido em grupo os cuidados e as escolhas a fazer para ter um corpo mais saudável. No fim da actividade houve um pequeno lanche.

A segunda realizada com 3 jovens do sexo masculino dos 14 aos 16 anos, este momento surgiu de forma inesperada com a aproximação destes jovens ao espaço de actividade. Aproveitando o interesse e curiosidade, os jovens foram convidados a participar. No entanto, e face às diferenças de idades foi criado um pequeno momento de partilha, num espaço recatado da sala, enquanto os pré-jovens desenhavam o corpo. A certa altura aconteciam duas acções paralelas, pelo que enquanto a atenção esteve focada nos jovens

rapazes foi pedido à monitora do Projecto Alkantara para permanecer junto dos pré-jovens. Durante cerca de 20 minutos, foram discutidos conceitos de sexualidade, tendo surgido questões relativas às relações de intimidade, *“a minha namorada toma a pílula, mas nem sei o que faz”, “isso (métodos contraceptivos) não é para mim é para elas”; “eu já sei tudo sobre isso”* (e paralelamente os olhos estavam focados nas imagens dos folhetos como que a absorver tudo o que era dito). Foram facultados folhetos e promovida a manipulação dos materiais da mala sexualidades.

No dia 29 de Junho, decorreu a actividade dirigida a jovens do sexo feminino, participaram 9 jovens com idades entre os 9 aos 16 anos. Esta actividade aconteceu num ambiente muito íntimo, inicialmente cada jovem disse o que era para si sexualidade *“prazer; borboletas; risco; carência; perigo; violência; fogão; amor; descobrimentos; vício; dor”*. Com isto foi promovida a reflexão acerca das escolhas relativas à sexualidade *“se eu tomar a pílula não me acontece nada”; “às vezes estou sozinha a ver televisão e vejo aquelas cenas e fico meia esquisita, sinto borboletas na barriga”; “o problema é que eles só pensam naquilo”; “quer dizer há para aí muitas que também só querem isso”*. Em grupo discutiu-se a diferença da sexualidade aos olhos dos homens e das mulheres, pensaram-se escolhas face à sexualidade. Esclareceu-se diversas questões no âmbito da saúde reprodutiva. Fez-se alusão à apresentação em power point relativa à sexualidade, IST's e CCU e recorreu-se à *mala sexualidades*.

No dia 30 de Junho deu-se continuidade à actividade do dia anterior, embora com jovens do sexo feminino e masculino. Participaram 8 jovens (3 Jovens do sexo masculino e 5 do sexo feminino dos 11 aos 17 anos), de referir que todas as jovens tinham participado na actividade do dia anterior. Nesta actividade fez-se uma dinâmica interactiva entre rapazes e raparigas. Os jovens foram separados por sexos e em grupo reflectiram nas seguintes questões: *“O que os rapazes procuram nas raparigas? E as raparigas o que procuram nos rapazes? O que pensam de sexualidade?”*

Depois cruzaram-se as respostas. Os rapazes disseram *“sexualidade é um meio de comunicação, pode ser físico ou psicológico, que se inicia muitas vezes na adolescência.” “Durante a adolescência gostamos das mudanças físicas e psicológicas das raparigas”*. As raparigas disseram *“sexualidade é a expressão do que pensamos e fazemos (enquanto raparigas) ”. “Os rapazes só pensam sexo, nem todos, mas só olham para o corpo das raparigas”*. Ao cruzar as respostas o grupo discutiu as expectativas que os sexos (feminino e masculino) têm um em relação ao outro.

Nesta actividade promoveu-se uma reflexão de grupo acerca do conceito de sexualidade, que o grupo definiu como “ *ter força; amor; alegria; desejo; carinho; ter vontade; sem homem não se faz; amizade*”. De seguida, foi feita a apresentação em power point, com discussões diversas, relativas aos comportamentos de risco, às IST’s e ao CCU. O grupo foi colocando questões e o ambiente de intimidade foi crescendo com alguns elementos a partilharem momentos especiais das suas vidas “*pensando agora sei que com ele me sentia mais eu, desde que não o tenho, porque morreu, ajo que já não tenho, que isso morreu; “com o meu primeiro marido acho que nem percebi que era possível ter prazer, foi com o meu segundo marido que aprendi tanto; hoje as pessoas não esperam nem estão à espera de aguentar, eu e a minha mulher passámos por muito, mas ainda hoje nos respeitamos a sentimento muda, cresce hoje somos companheiros e fazemos muita companhia um ao outro.*” No final houve um pequeno lanche onde a partilha continuou, por fim foram facultados folhetos e pequenas lembranças, que a LINADEM tinha preparado (lápiz, régua, porta-chaves e auto-colantes).

A actividade direccionada para crianças decorreu no dia 1 de Julho, participaram 18 crianças (13 do sexo masculino e 5 do sexo feminino dos 4 aos 13 anos de idade).

Para esta actividade foi pensado pedir a cada criança que desenha-se o seu corpo em papel de cenário e o decorasse com materiais diversos, nomeadamente tecido, lá, pedaços de jornais, cartolina e papel. À disposição tinham ainda lápis, canetas, cola e tesouras. Inicialmente a actividade tinha sido pensada para 10 crianças, mas como apareceram mais, foi ajustada. Assim, foram criados 9 grupos de dois, que para aumentar a partilha e diminuir a o risco de desconcentração, tinham um elemento mais novo e outro mais velho. Esta dinâmica criou um clima de ajuda entre os diversos grupos, os mais velhos preocuparam-se, na generalidade, em trabalhar no tempo dos mais novos e os mais novos pediam ajuda para concretizar alguns aspectos do trabalho “*ajuda-me a fazer os olhos, mas assim; espera não assim que quero; vai ali pedir a eles as canetas.*”

O grupo construiu 9 corpos, com características diversas. Todos os trabalhos foram afixados na parede e cada grupo falou do seu corpo. Depois foi negociado um momento de escuta, onde foi feita a ponte entre o corpo e a sexualidade e feito um alerta acerca das escolhas que fazemos e implicam com a saúde, nomeadamente a alimentação, a higiene e o exercício físico.

Por fim foi preparado um lanche para as crianças, enquanto decorria o lanche, inesperadamente as crianças foram chamar os pais para verem os seus trabalhos. Pelas

Nesta actividade promoveu-se uma reflexão de grupo acerca do conceito de sexualidade, que o grupo definiu como “ *ter força; amor; alegria; desejo; carinho; ter vontade; sem homem não se faz; amizade*”. De seguida, foi feita a apresentação em power point, com discussões diversas, relativas aos comportamentos de risco, às IST’s e ao CCU. O grupo foi colocando questões e o ambiente de intimidade foi crescendo com alguns elementos a partilharem momentos especiais das suas vidas “*pensando agora sei que com ele me sentia mais eu, desde que não o tenho, porque morreu, ajo que já não tenho, que isso morreu; “com o meu primeiro marido acho que nem percebi que era possível ter prazer, foi com o meu segundo marido que aprendi tanto; hoje as pessoas não esperam nem estão à espera de aguentar, eu e a minha mulher passámos por muito, mas ainda hoje nos respeitamos a sentimento muda, cresce hoje somos companheiros e fazemos muita companhia um ao outro.*” No final houve um pequeno lanche onde a partilha continuou, por fim foram facultados folhetos e pequenas lembranças, que a LINADEM tinha preparado (lápiz, régua, porta-chaves e auto-colantes).

A actividade direccionada para crianças decorreu no dia 1 de Julho, participaram 18 crianças (13 do sexo masculino e 5 do sexo feminino dos 4 aos 13 anos de idade).

Para esta actividade foi pensado pedir a cada criança que desenha-se o seu corpo em papel de cenário e o decorasse com materiais diversos, nomeadamente tecido, lá, pedaços de jornais, cartolina e papel. À disposição tinham ainda lápis, canetas, cola e tesouras. Inicialmente a actividade tinha sido pensada para 10 crianças, mas como apareceram mais, foi ajustada. Assim, foram criados 9 grupos de dois, que para aumentar a partilha e diminuir a o risco de desconcentração, tinham um elemento mais novo e outro mais velho. Esta dinâmica criou um clima de ajuda entre os diversos grupos, os mais velhos preocuparam-se, na generalidade, em trabalhar no tempo dos mais novos e os mais novos pediam ajuda para concretizar alguns aspectos do trabalho “*ajuda-me a fazer os olhos, mas assim; espera não assim que quero; vai ali pedir a eles as canetas.*”

O grupo construiu 9 corpos, com características diversas. Todos os trabalhos foram afixados na parede e cada grupo falou do seu corpo. Depois foi negociado um momento de escuta, onde foi feita a ponte entre o corpo e a sexualidade e feito um alerta acerca das escolhas que fazemos e implicam com a saúde, nomeadamente a alimentação, a higiene e o exercício físico.

Por fim foi preparado um lanche para as crianças, enquanto decorria o lanche, inesperadamente as crianças foram chamar os pais para verem os seus trabalhos. Pelas

proposta às jovens da Escola móvel. Foram feitos 3 grupos, 1 de duas jovens e 2 de três jovens. Na discussão em grupo, foi definida sexualidade *“a maioria das pessoas faz sexo por ser bom, logo vira desporto; todos temos que usar preservativo; gosto de sexo; o sexo é fundamental na vida do ser humano e temos de saber proteger de doenças transmissíveis; é importante proteger; não é só sexo temos de ter a pessoa certa; ter confiança; lembra-me o homem; é bom e gostoso; faz parte da vida; gostava de viver com o pai da minha filha; gosto da maneira de fazer sexualidade; a primeira vez que vi senti no coração que era o homem da minha vida.”* Quanto à parte do corpo que gostam mais *“não gosto da minha barriga, gosto das mamas e do rabo; gosto do meu corpo e do meu peito; gosto do meu cabelo, não gosto da minha barriga; não gosto do rabo, mas gosto do meu peito; não gosto da minha barriga porque é grande; gosto da minha maneira de ser”*.

Durante a apresentação relativa às IST's e CCU foram colocadas diversas questões e promovida o debate no grupo, especialmente no uso do preservativo. *“Sabemos que temos de usar, mas depois não calha; eu simplesmente não gosto; às vezes é uma chantagem não usar preservativo; penso que também tem haver com interromper a coisa”*. A mala sexualidades foi manipulada por todas.

Crescer na Maior 2 de Julho– Sexualidade e corpo ...

A Crescer na Maior, é uma associação de intervenção comunitária que tem desenvolvido um amplo trabalho no âmbito da toxicod dependência no Vale de Alcântara. As instalações da Crescer na Maior, localizam-se no Bairro da Quinta do Cabrinha. Em acordo com a Dr^a Selma Santos, foi pensado abrir o espaço da associação e realizar uma actividade direccionada para mulheres. A proposta era dirigida especialmente a mulheres do Bairro Quinta do Cabrinha ou utentes do Centro Ocupacional, no entanto, embora a divulgação, não houve inscrições e não era espectável que aparecessem participantes. Recorrendo à Rede de Parceria, foi feita uma articulação entre parceiros, foi proposto realizar mais uma actividade com o grupo do Espaço Mãe da Ajuda de Mãe nas instalações da Crescer na Maior. Caso aparecessem participantes seriam envolvidas no grupo.

No dia 2 de Julho o grupo Espaço Mãe compareceu nas instalações da Crescer na Maior, não tendo aparecido participantes do bairro ou outras.

A actividade envolveu 12 jovens (11 do sexo feminino e 1 do sexo masculino dos 18 aos 27 anos), sendo que 6 já tinham participado na actividade realizada na Ajuda de Mãe.

proposta às jovens da Escola móvel. Foram feitos 3 grupos, 1 de duas jovens e 2 de três jovens. Na discussão em grupo, foi definida sexualidade *“a maioria das pessoas faz sexo por ser bom, logo vira desporto; todos temos que usar preservativo; gosto de sexo; o sexo é fundamental na vida do ser humano e temos de saber proteger de doenças transmissíveis; é importante proteger; não é só sexo temos de ter a pessoa certa; ter confiança; lembra-me o homem; é bom e gostoso; faz parte da vida; gostava de viver com o pai da minha filha; gosto da maneira de fazer sexualidade; a primeira vez que vi senti no coração que era o homem da minha vida.”* Quanto à parte do corpo que gostam mais *“não gosto da minha barriga, gosto das mamas e do rabo; gosto do meu corpo e do meu peito; gosto do meu cabelo, não gosto da minha barriga; não gosto do rabo, mas gosto do meu peito; não gosto da minha barriga porque é grande; gosto da minha maneira de ser”*.

Durante a apresentação relativa às IST's e CCU foram colocadas diversas questões e promovida o debate no grupo, especialmente no uso do preservativo. *“Sabemos que temos de usar, mas depois não calha; eu simplesmente não gosto; às vezes é uma chantagem não usar preservativo; penso que também tem haver com interromper a coisa”*. A mala sexualidades foi manipulada por todas.

Crescer na Maior 2 de Julho– Sexualidade e corpo ...

A Crescer na Maior, é uma associação de intervenção comunitária que tem desenvolvido um amplo trabalho no âmbito da toxicod dependência no Vale de Alcântara. As instalações da Crescer na Maior, localizam-se no Bairro da Quinta do Cabrinha. Em acordo com a Dr^a Selma Santos, foi pensado abrir o espaço da associação e realizar uma actividade direccionada para mulheres. A proposta era dirigida especialmente a mulheres do Bairro Quinta do Cabrinha ou utentes do Centro Ocupacional, no entanto, embora a divulgação, não houve inscrições e não era espectável que aparecessem participantes. Recorrendo à Rede de Parceria, foi feita uma articulação entre parceiros, foi proposto realizar mais uma actividade com o grupo do Espaço Mãe da Ajuda de Mãe nas instalações da Crescer na Maior. Caso aparecessem participantes seriam envolvidas no grupo.

No dia 2 de Julho o grupo Espaço Mãe compareceu nas instalações da Crescer na Maior, não tendo aparecido participantes do bairro ou outras.

A actividade envolveu 12 jovens (11 do sexo feminino e 1 do sexo masculino dos 18 aos 27 anos), sendo que 6 já tinham participado na actividade realizada na Ajuda de Mãe.

Campanhas de Rua

No dia 30 de Junho e no dia 2 de Julho foram realizadas campanhas de rua dirigidas à população em geral do vale de Alcântara, em locais centrais dos Bairros (cafés e colectividades) de forma a divulgar a festa de encerramento e paralelamente realizar momentos individuais de promoção de saúde. Foram envolvidos 80 participantes (30 e 50 participantes) e distribuídos 100 folhetos (respectivamente 40 e 60 folhetos). No desenvolvimento das campanhas de rua foi possível contar com a participação de estudantes de enfermagem a realizar estágio na USSCVA.

Anexo X Diapositivos da apresentação dos resultados do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do CCU



MESTRADO DE ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA



Contextos de Pobreza e Vulnerabilidade

Roteiro Caminhos de Sexualidade

Catarina Afonso, 15 de Julho 2010

Apresentação dos Resultados

Roteiro Caminhos de Sexualidade



Projecto de Estágio

Contextos de Pobreza e Vulnerabilidade

- I e II Módulo – Vulnerabilidade e Risco
- III Módulo – Vulnerabilidade e Culturas



Objectivo Geral

Estudar comportamentos de risco em mulheres e jovens de contextos de vulnerabilidade/pobreza, potenciando ganhos em saúde

Objectivos Específicos

- Identificar comportamentos de risco face à sexualidade numa população feminina inscrita na Unidade de Saúde Santa Casa Vale de Alcântara/ Tapada através da aplicação de um questionário
- Estruturar uma consulta de Planeamento Familiar direccionada para mulheres inscritas na Unidade de Saúde Santa Casa Vale de Alcântara/ Tapada
- Realizar "O Roteiro Caminhos de Sexualidade", caracterizado por actividades direccionadas à comunidade em geral, em parceria com estruturas comunitárias existentes no Vale de Alcântara.



Estudo

Pertinência do estudo

- Incumbe ao Estado promover a **divulgação dos métodos de planeamento familiar** e organizar estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.²¹
(n.º 2 do artigo 1.º da Lei n.º 3 de 24 de Março de 1984)
- Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), definiu grupos da população vulneráveis à pobreza, **mulheres** chefes de família, minorias e grupos socialmente excluídos, pessoas com doença mental e física, refugiados, deslocados e jovens.

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2004)

Estudo

Objectivo

- Conhecer a dinâmica do comportamento sexual de um grupo de mulheres inscritas na Unidade Local de Saúde Santa Casa Vale de Alcântara através da aplicação de questionário e realização de um grupo focal.

Objectivos Específicos

- Avaliar conhecimentos sobre o Cancro do Colo do Útero (parte I do questionário);
- Conhecer perspetivas de sexualidade e a dinâmica das prática sexuais (parte II do questionário);
- Identificar factores (atitude, embaraço, conhecimentos) que possam influenciar ou não a utilização do preservativo (parte III do questionário).



Estudo

Tipologia

- Estudo transversal, exploratório, descritivo-correlacional.
- Método de amostragem não probabilística, de natureza accidental – amostra por conveniência.

População Alvo

- Mulheres em idade fértil (15 aos 55 anos – população abrangida na Consulta de Planeamento familiar da Unidade Local Santa Casa)
- Pré teste (17/5/2010) 4 mulheres do Bairro do Alto do Lumiar;
- Universo de mulheres inscritas na USSC (30%- 68 mulheres)



Estudo

Amostra

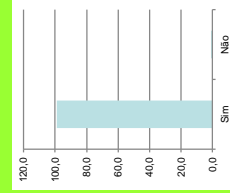
- Aplicados 82 questionários a mulheres inscritas na Unidade Local Santa Casa (no período de 19 de Maio a 9 de Junho)
- Idades compreendidas entre os 15 e os 55 anos
- Idade Média: 28,3



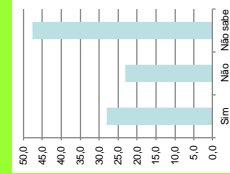
Estudo

Principais Resultados

Já ouviu falar do Cancro do Colo do Útero?



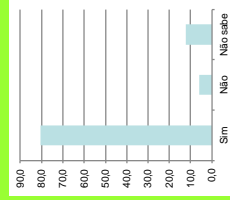
Se sim, acha que pode ter sintomas?



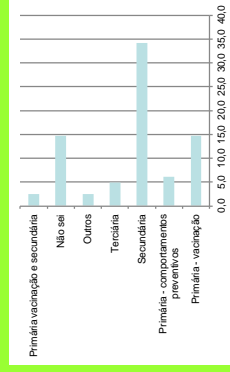
Estudo

Principais Resultados

É possível o Cancro do Colo do Útero?



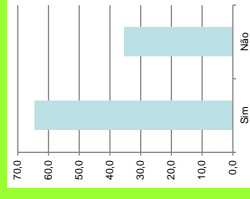
Se sim, como?



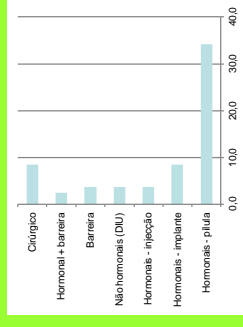
Estudo

Principais Resultados

Usa Método Contraceptivo?



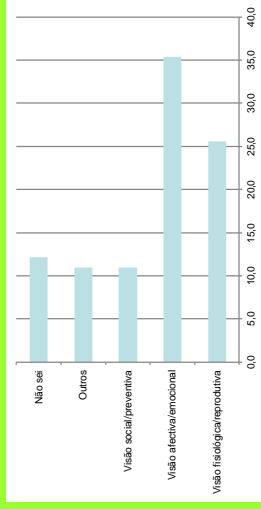
Se sim, qual?



Estudo

Principais Resultados

Representações de sexualidade

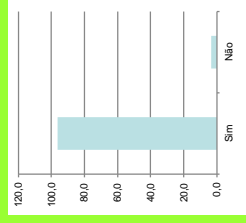


Estudo

Principais Resultados

Idade média de início da actividade sexual: 16,1

Acha importante o uso do preservativo?



Já usou o preservativo?

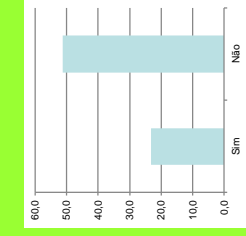


Estudo

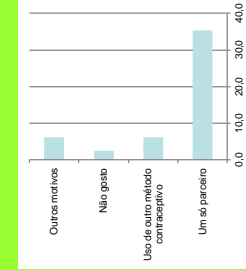
Principais Resultados

Idade média de início da actividade sexual: 16,1

Usou na última relação sexual?



Se não, porque?

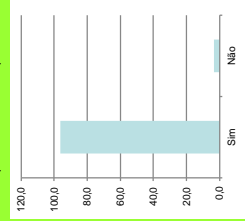


Estudo

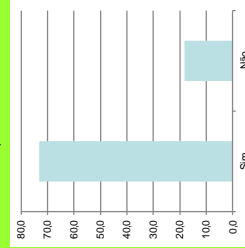
Principais Resultados

Idade média de início da actividade sexual: 16,1

Acha importante o uso do preservativo?



Já usou o preservativo?

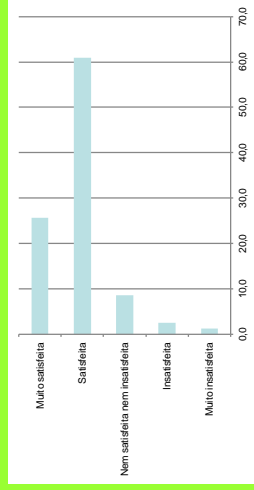


Estudo

Principais Resultados

Idade média de início da actividade sexual: 16,1

Em que medida está satisfeita com a sua vida sexual?

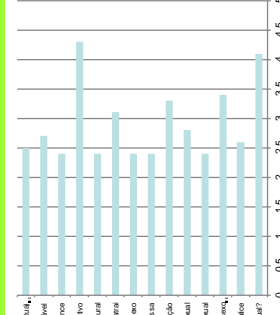


Estudo

Principais Resultados

Acha importante o uso do preservativo?

Com o preservativo não se pode engravidar completamente ao 100% (100%).
 O respeito sensorial (cheiro, tacto, etc.) durante o preservativo desagrada.
 Os preservativos interferem com o orgasmo.
 Gostaria de não usar o preservativo.
 Os preservativos são difíceis de usar.
 A ideia de usar um preservativo não me atrai.
 O sexo protegido destrói o prazer mental do sexo.
 Os preservativos podem causar irritação.
 Eu acho que o sexo protegido vai acabar por causar depressão.
 O uso frequente de um preservativo pode aumentar o prazer sexual.
 As pessoas podem ter tanto prazer do sexo protegido como do sexo.
 Usar preservativos é uma opção.
 Em média está satisfeita com a sua vida sexual?



Questões a trabalhar



Sexualidade

- Representações de sexualidade vs relações de intimidade
- Atitudes face ao preservativo vs uso do preservativo

Cancro do Colo do Útero

- Sinais e sintomas
- Prevenção

Roteiro Caminhos de Sexualidade



- A abordagem de roteiro constitui uma estratégia de intervenção na implementação de projectos de saúde
- As parcerias, numa colaboração em rede, devem ser incluídas e prioritizadas nos projectos de desenvolvimento local. (ANDRÉ, 2008)
- "Uma maior atenção deve ser dada a grupos de alto risco, ou seja, que apresentem disparidades em saúde em relação à população em geral." (MATOS, 2007)
- Educar para sexualidade é diferente de informar ou esclarecer.



roteiro
caminhos de sexualidade



Rede de Parceria

- Projecto Alkantara
- Associação Crescer na Maior
- LINADEM
- Ajuda de Mãe
- Ajuda de Berço
- Projecto Escolhas 'Fazer a Ponte'
- Médicos do Mundo
- Colectividade Águias Recreio Clube
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa



Rede de Parceria

- Reuniões de Parceria (proposta de participação e comunicação de resultados do estudo)
- Projecto "Roteiro Caminhos de Sexualidade" (enviado a todos os parceiros em Maio)
- Definidas Responsabilidades:
 - Parceiros- Divulgação das actividades
 - Enrª Catarina Afonso- Dinamização de actividades
- Organização e financiamento da Festa- Actividade desenvolvida em parceria com o Projecto Alkantara, Médicos do Mundo, LINADEM e Colectividade Águias Recreio Clube
- Financiamento na reprodução de folhetos- Colectividade Águias Recreio Clube



DE 25 DE JUNHO A 2 DE JULHO
FESTA DE ENCERRAMENTO A 3 DE JULHO às 15H
BAIRRO DO CABRINHA

Parceiros:



Cronograma de actividades ROTEIRO "CAMINHOS DE SEXUALIDADE"
 Temática Proposta: Sexualidade e Rastreio do Cancro do Colo do Útero

	28 de Junho	29 de Junho	30 de Junho	1 de Julho	2 de Julho	3 de Julho
10h-11h	Percursos de Saúde - Unidade Móvel MDMA Bairro Ceuta Sul	Percursos de Saúde - Unidade Móvel MDMA Bairro Ceuta Sul	Ajuda de Mãe - Campanha de Rua Avenida de Ceuta	Percursos de Saúde - Unidade Móvel MDMA Bairro Ceuta Sul	Campanha de Rua Avenida de Ceuta	Festa de Encerramento 15h-19h
11h-12h						
12h-13h						
13h-14h						
14h-15h	Unidade Local de Saúde Santa Casa	LINADEM (adultos)	Projecto Alkantara (Bairro do Cabrinha - Idosos)	Colectividade Águas Recreio Clube	Crescer na Maior	
15h-16h						
16h-18h	Projecto Alkantara (Bairro da Liberdade - Jovens)	Projecto Alkantara (Bairro do Cabrinha - Jovens do sexo feminino)	Projecto Alkantara (Bairro do Cabrinha - Jovens)	LINADEM (jovens)	Campanha de Rua Avenida de Ceuta	

Unidade Local Santa Casa



Prevenção do Cancro do Colo do Útero... para mulheres

- 28 de Junho – 7 participantes

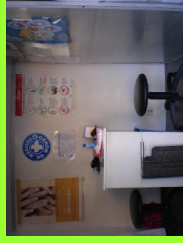


Médicos do Mundo



Percursos de Saúde rastreios de HTA e Glicémia Capilar alterada

- 28 de Junho - 5 participantes (1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino dos 10 aos 60 anos);
- 29 de Junho – 14 participantes (4 do sexo masculino e 10 do sexo feminino dos 12 aos 81 anos)
- 1 de Julho – 22 participantes (8 do sexo masculino e 14 do sexo feminino dos 28 aos 81 anos)
- Feitos 3 encaminhamentos e detetadas 5 hipertensões arteriais, 2 hipotensões e 4 glicémias capilares alteradas



Projecto Alkantara



Sexualidade e corpo... para jovens (Bairro da Liberdade e do Cabrinha)... para idosos (Bairro do Cabrinha)...

- 28 de Junho (Bairro da Liberdade) – 11 participantes (8 pré jovens, 2 do sexo feminino e 6 do sexo masculino dos 4 aos 12 anos e 3 jovens do sexo masculino dos 14 aos 16 anos);
- 29 de Junho (Bairro do Cabrinha) – 9 participantes do sexo feminino (jovens dos 9 aos 16 anos)
- 30 de Junho (Bairro do Cabrinha) – 8 participantes (3 Jovens do sexo masculino e 5 do sexo feminino dos 11 aos 17 anos)
- 30 de Junho (Bairro do Cabrinha) – 12 participantes (idosos do sexo feminino dos 70 aos 80 anos)



LINADEM

Sexualidade e corpo... para jovens (Bairro do Loureiro) Prevenção do Cancro do Colo do Útero... para adultos (Bairro do Loureiro)

- 29 de Junho (Bairro do Loureiro) – 7 participantes (1 sexo masculino e 6 do sexo feminino dos 27 aos 80 anos);
- 1 de Julho (Bairro do Loureiro) – 18 participantes (13 do sexo masculino e 5 do sexo feminino dos 4 aos 13 anos de idade) e 10 participantes adultos

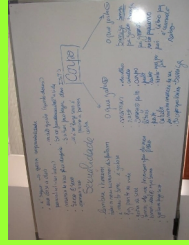


Ajuda de Mãe



Prevenção do Cancro do Colo do Útero...
para jovens (Escola Móvel e Espaço Mãe)
Sexualidade e Corpo...
para jovens (Espaço Mãe)

- 25 de Junho (Escola Móvel) — 10 participantes do sexo feminino (dos 14 aos 16 anos)
- 30 de Julho (Espaço Mãe) — 10 participantes do sexo feminino (dos 18 aos 27 anos)



Crescer na Maior



Sexualidade e Corpo...
para jovens (jovens do Espaço Mãe)

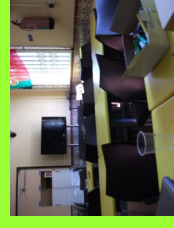
- 2 de Julho — 12 participantes (11 sexo feminino e 1 sexo masculino dos 18 aos 27 anos)



**Colectividade Águias
Recreio Clube**

Prevenção do Cancro do Colo do Útero...
para mulheres

- 1 de Julho — 6 participantes (dos 24 aos 55 anos)



Campanhas de Rua



Prevenção do Cancro do Colo do Útero... Sexualidade e Corpo...

- 30 de Junho (dirigido a locais centrais dos Bairros- cafés e colectividades) – 100 folhetos (envolvidos 30 participantes)
- 2 de Julho (dirigido à comunidade- mulheres e jovens) – 200 folhetos (envolvidos 50 participantes)

Festa de Encerramento



Tenda da Saúde – Rastreios e Workshop de Sexualidade Tenda Infantil - pinturas faciais e balões Tenda dos Jovens - quermesse

- 3 de Julho – 70 participantes (dos 4 aos 90 anos de idade)
- 32 participantes que realizaram rastreios
- 30 participantes no Workshop de Sexualidade (distribuição de 40 preservativos)
- 15 participantes que realizaram pinturas faciais



Resultados



Semana de actividades

- 154 participantes (130 indivíduos)
- 43 participantes do sexo masculino e 111 participantes do sexo feminino
- Idades compreendidas entre os 4 e os 80 anos

Campanhas de rua

- 70 participantes

Festa de Encerramento

- 70 participantes

Resultados



Impacto

- Avaliação bastante positiva dos participantes
- Sensibilização para a prevenção do Cancro do Colo do Útero
- Sensibilização e divulgação do preservativo masculino e feminino
- Arranque de acompanhamento no bairro Ceuta Sul

Recomendações

- Fortalecimento da rede de parceria
- Manutenção de actividades dirigidas na área da sexualidade

Vantagens



Rede de Parceria

- Fortalecimento das relações inter institucionais
- Partilha do trabalho desenvolvido

Continuidade

- Consulta de Planeamento Familiar na Unidade Local Santa Casa
- Condições de acesso- cartão de utente Santa Casa
- Contacto Enif[®] Lígia ou Enif[®] Anabela

Roteiro

Caminhos de Sexualidade

Promoção da vivência de uma sexualidade saudável

“É a energia que encontra a sua expressão física, psicológica e social no desejo de contacto, ternura e às vezes amor.”
(Organização Mundial da Saúde, 1990)



Bibliografia

- PISCO, Luis. *Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados*. cit in 3º Forum de Nacional de Saúde “Para um Futuro com Saúde”, 9 Março, 2010, <http://www.acs.min-saude.pt/>
- MATOS, Margarida Gaspar de; Simões, Celeste. *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana – Programa de Educação para Todos, 2000. p. 21
- SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Adelaide (Austrália), 1988 – *Recomendações sobre Políticas Públicas Saudáveis*. Lisboa: Escola Superior Caluste Gulbenkian de Lisboa
- ANDRÉ, Rui. *Novos Caminhos de Saúde: o Caso dos Roteiros de Saúde*. Cidade Solidária. 2008. Julho, 18-27
- PEREIRA, Gustavo; BASÍLIO, José e tal. *Diagnóstico Sociodemográfico e Económico do Vale de Alcântara*. Novembro 2008



Obrigada

Enfª Catarina Afonso Rodrigues



Anexo XI Protocolo da Consulta de Enfermagem de Comportamentos Saudáveis do
Projecto SPNB

Protocolo da Consulta de Prevenção VIH/SIDA



Elaborado por:

Enfª Catarina Afonso (Estágio da Especialidade de Enfermagem Comunitária)

Setembro de 2010

Enquadramento Teórico

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) são responsáveis pela causa de doença e morte de muitos indivíduos, ao longo dos últimos vinte e cinco anos, especialmente jovens adultos. O impacto em populações pobres e desfavorecidas é flagrante, afectando o desenvolvimento demográfico e social, constituindo-se globalmente numa ameaça ao equilíbrio internacional e à segurança das populações. (CNIVS, 2007)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) *“a epidemia portuguesa é do tipo concentrado. A prevalência na população geral portuguesa é inferior a 1% mas pelo menos em dois grupos vulneráveis (utilizadores de drogas injectáveis e reclusos) – é superior a 5%”*. (CNIVS, 2007:7)

Segundo a Comissão Nacional para a Infecção pelo VIH (CNVS) as populações vulneráveis e susceptíveis ao risco são: jovens; mulheres; trabalhadores de sexo; utilizadores de drogas; reclusos; migrantes e minorias étnicas, minorias sexuais e populações móveis (camionistas e militares entre outros). (CNIVS, 2007) A OMS sublinha que jovens entre os 15 e os 24 anos representam 45% das novas infecções pelo VIH, muitos dos jovens continuam sem aderir ao uso do preservativo, e sem dispor de informação acerca da transmissão e risco de exposição ao vírus. (CNIVS, 2007)

Relativamente aos conhecimentos e atitudes face ao VIH na população portuguesa em geral, é de referir o estudo de AMARO (2004 cit in CNIVS, 2007:13). No referido estudo é apontado que *“68% da população percepção o seu risco de infecção como elevado, 48% considera-se em risco maior que a generalidade da população e 37% já sentiram receio de se terem infectado. O medo da infecção decorre de ela ser incurável (28%) e pelo elevado risco de a poderem contrair ao frequentarem os serviços de saúde (32%). (...) Apenas 22% dos inquiridos referiram o uso consistente do preservativo no último*

ano e 20% disseram ter utilizado preservativo na última relação sexual". No se refere às vias de infecção o (Eurobarómetro, 2003 cit in CNIVS, 2007:14) é referido que 30% dos inquiridos "consideravam que a infecção se transmite pelo beijo, 30% pelo uso das casas de banho, 30% pela picada de insectos, 23% pela tosse e espirro, 18% pela comida e talheres e 5% pelo aperto de mão. Entre os jovens portugueses escolarizados, de 15-19 anos, apenas 15% demonstraram ter conhecimentos correctos sobre os modos de transmissão do VIH e 30% referiram não ter usado preservativo na última relação sexual".

Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007/2010 definiu três estratégias diminuir o risco de infecção; diminuir a vulnerabilidade à infecção e diminuir o impacto da epidemia.

Visto que a pobreza e a marginalização social são determinantes face à infecção, sublinha-se a segunda estratégia, na implementação de acções em populações vulneráveis, sendo fundamental investir em políticas de promoção de comportamentos preventivos.

Paralelamente, no ano Europeu de Luta contra a pobreza e exclusão social é fundamental intervir em contextos de vulnerabilidade, no sentido de reduzir as desigualdades sociais que se tornam colossos entre diferentes comunidades e grupos vulneráveis.

O Projecto "Saúde Pa Nos Bairro" desenvolvido no Concelho de Loures pela Organização Não Governamental, Médicos do Mundo, em bairros de realojamento social ou de génese ilegal incide o âmbito de intervenção em populações vulneráveis, nomeadamente jovens, imigrantes e ciganos.

Tendo em conta a meta da OMS para 2011-2016, um mundo livre de infecções pelo VIH e todas as pessoas infectadas a viver com saúde e bem-estar, otimizando a prevenção, tratamento e cuidados de continuidade; a implementação de uma consulta especializada em VIH é fundamental no contexto de intervenção do projecto. (OMS, 2010:5)

População Alvo

Jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos envolvidos no Projecto Saúde pa Nos Bairro.

Objectivo Geral

- Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura
- Acompanhar 10% dos Jovens envolvidos no Projecto Saúde pa Nos Bairro durante 1 ano de intervenção (objectivo a rever ao fim de um ano de intervenção)

Objectivos Específicos

- Facultar informação no âmbito do VIH/SIDA;
- Facultar informação no âmbito do Planeamento Familiar aos jovens, nomeadamente do sexo feminino, que lhes permita uma decisão livre e responsável no que respeita ao nascimento de filhos e intervalo de nascimentos;
- Regular a fecundidade segundo desejo dos jovens
- Facultar acesso a métodos contraceptivos
- Encaminhar para o rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis
- Realizar encontros trimestrais no âmbito da sexualidade saudável e segura

Estratégias

Estratégias de Intervenção

- Formalização da Consulta
- Entrega de contraceptivos em horário à população acompanhada em consulta
- Identificação de jovens de risco que não frequentam a Consulta para posterior envolvimento

Estratégias de Formação

- Informação e Divulgação da importância da prevenção face ao VIH/SIDA
- Informação e Divulgação da importância do Planeamento Familiar
- Execução de encontros/campanhas trimestrais no âmbito da sexualidade saudável e segura

Estratégias de Acompanhamento

- Realização de reuniões bimensais da equipa técnica
- Realização de questionários de satisfação aos jovens ao fim de 1 ano de intervenção

Actividades

Consulta de Enfermagem

Consulta Programada

- acolhimento
- colheita de dados
- avaliação das necessidades de informação no âmbito do Planeamento Familiar do VIH/SIDA
- avaliação de sinais vitais
- esclarecimento de dúvidas e angústicas face à sexualidade

Consulta Não Programada

- atendimento e distribuição de contraceção nomeadamente o preservativo masculino e feminino

Metologia de Trabalho

A metodologia de trabalho é a Consulta de Enfermagem.

Os encontros trimestrais pretendem-se flexíveis e negociáveis com a população alvo, com vista a promover a saúde, numa exploração e negociação constante das temáticas a desenvolver. As técnicas utilizadas serão diversas, nomeadamente, a observação; dramatização; dinâmicas de grupo; expressão corporal (uso do corpo, expressividade, vivências); rolle playing e relaxamento.

Planificação de actividades

Apresentação do protocolo à equipa- 15 de Setembro

Divulgação da consulta- Novembro e Dezembro

Início da consulta- Dezembro

Periodicidade

Consulta mensal – Consulta Comportamentos Saudáveis

Recursos Humanos

Equipa Técnica

- Enf^o Armando
- Dr^a Carla (Técnica de Serviço Social)
- Dr^a Mafalda (Animadora Sociocultural)

Indicadores

Indicadores de Recurso

- % de consultas de enfermagem (% de consultas programadas e % de consultas não programadas)
- % de população acompanhada em consulta
- % de jovens que procura contraceção
- % de preservativos distribuídos
- % de jovens encaminhados para consultas no SNS
- % de jovens que realiza teste do VIH/SIDA

Indicadores de Processo

- N^o de encontros realizados
- % de jovens presentes nos encontros

Indicadores de resultado

- % de jovens acompanhadas na consulta
- % de jovens satisfeitos com a consulta ao fim de 1 ano de intervenção

Impacto Previsto

Mudanças efectivas na população alvo no sentido de uma sexualidade saudável e segura. Pretende-se para isso, o envolvimento de cerca de 10% dos jovens incritos.

Acompanhamento e Controle

Monitorização da Consulta:

- realização de um dossier técnico (registo de actividades, relatórios e avaliação interna da equipa técnica);
- reuniões bimensais da equipa técnica – planeamento e avaliação das actividades;

Entidades de Referencia

- ACES Sacavém
- IHMT
- HCC

Bibliografia

- <http://www.dgs.pt/>
- World Health Organization, A Sustainable Health Sector Response to HIV- Global Health Sector Strategy for HIV/AIDS 2011-2015; 15 July 2010
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFECÇÃO VIH/SIDA (CNIVS). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infecção VIH/SIDA 2007-2010 Um compromisso com o Futuro. 2007. Março. P.11-20

Anexo XII Projecto Roteiro caminhos de Sexualidade e Cronograma Final de
Actividades



Roteiro

Caminhos de Sexualidade

Elaborado por:

Enf^a Catarina Afonso Rodrigues

Julho de 2010

Enquadramento teórico

Promoção de Saúde em Contexto de vulnerabilidade

O investimento na saúde potencia o bem-estar das populações, implicando no desempenho económico e social das comunidades, o impacto a longo prazo revela-se no desenvolvimento humano, em sociedades prósperas na igualdade de oportunidades. Os Cuidados de Saúde Primários são a estrutura de proximidade das populações. A sua associação a políticas ambientais, sociais e de saúde pública *“constituem-se como factor determinante para se alcançar qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades.”* (PISCO, 2010)

A Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece que *“a saúde é um objectivo social de primeira importância (...) instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade.”* (SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1998). Posteriormente, na Carta de Ottawa (1986), a perspectiva de promoção de saúde aproxima-se da capacitação das pessoas, enquanto actores activos na modificação de determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida. Na Declaração de Jacarta (1997) e na Carta de Bangkok (2005) decorre a expansão da importância das parcerias enquanto instrumento de emponderamento das comunidades.

A concentração de forças num compromisso de definição de objectivos no sentido de melhorar a saúde das populações. As parcerias, numa colaboração em rede, devem ser incluídas e priorizadas nos projectos de desenvolvimento local. (ANDRÉ, 2008)

A abordagem de roteiro constitui uma estratégia de intervenção na implementação de projectos de saúde. *“Os roteiros de saúde constituem um conjunto de acções desenvolvidas numa determinada unidade territorial que visa activar a rede de parceiros locais como forma de abordagem às necessidades de saúde identificadas.”* (ANDRÉ, 2008)

Segundo a Rede Social de Loures *“a ausência de planeamento e respostas sociais adequadas, aquando da construção de bairros sociais multiplica multiplica o fenómeno da pobreza. (...) Problemáticas como a educação, segurança, ocupação de tempos livres e até mesmo pobreza e exclusão social são transversais e interligam-se. Jovens sem ocupação, sem sentimento de pertença em relação ao local de residência, ausência de relações familiares e de vizinhança,*

Enquadramento teórico

Promoção de Saúde em Contexto de vulnerabilidade

O investimento na saúde potencia o bem-estar das populações, implicando no desempenho económico e social das comunidades, o impacto a longo prazo revela-se no desenvolvimento humano, em sociedades prósperas na igualdade de oportunidades. Os Cuidados de Saúde Primários são a estrutura de proximidade das populações. A sua associação a políticas ambientais, sociais e de saúde pública *“constituem-se como factor determinante para se alcançar qualidade, efectividade e equidade nos serviços de saúde, reduzindo assim as desigualdades.”* (PISCO, 2010)

A Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece que *“a saúde é um objectivo social de primeira importância (...) instituiu uma nova orientação para a política de saúde, conferindo especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade.”* (SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1998). Posteriormente, na Carta de Ottawa (1986), a perspectiva de promoção de saúde aproxima-se da capacitação das pessoas, enquanto actores activos na modificação de determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida. Na Declaração de Jacarta (1997) e na Carta de Bangkok (2005) decorre a expansão da importância das parcerias enquanto instrumento de emponderamento das comunidades.

A concentração de forças num compromisso de definição de objectivos no sentido de melhorar a saúde das populações. As parcerias, numa colaboração em rede, devem ser incluídas e priorizadas nos projectos de desenvolvimento local. (ANDRÉ, 2008)

A abordagem de roteiro constitui uma estratégia de intervenção na implementação de projectos de saúde. *“Os roteiros de saúde constituem um conjunto de acções desenvolvidas numa determinada unidade territorial que visa activar a rede de parceiros locais como forma de abordagem às necessidades de saúde identificadas.”* (ANDRÉ, 2008)

Segundo a Rede Social de Loures *“a ausência de planeamento e respostas sociais adequadas, aquando da construção de bairros sociais multiplica multiplica o fenómeno da pobreza. (...) Problemáticas como a educação, segurança, ocupação de tempos livres e até mesmo pobreza e exclusão social são transversais e interligam-se. Jovens sem ocupação, sem sentimento de pertença em relação ao local de residência, ausência de relações familiares e de vizinhança,*

Local de Intervenção:

Área abrangida pelo projecto Saúde Pa nos Bairro, nomeadamente Bairro Quinta da Fonte, Bairro do Zambujal e Bairro Quinta da Serra.

População Alvo:

Comunidade dos bairros acima referidos, especialmente jovens e imigrantes dos 12 aos 50 anos.

Temática a desenvolver:

Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA

Período de Divulgação:

Divulgação de folhetos e posters Novembro.

Período de desenvolvimento:

Última quinzena de Dezembro

Encerramento:

Festa no último dia de actividades

Apresentação de Resultados:

Janeiro, em instalações a designar

Objectivo Geral:

Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura

Objectivos Específicos:

- Desmontar conceitos de sexualidade;
- Identificar as três dimensões da sexualidade (psicológica, física e social);
- Identificar a relação sexual como forma de expressão de afectividade;
- Explicar a importância da Prevenção do VIH/SIDA;
- Divulgar e promover o uso do preservativo masculino e feminino
- Discutir escolhas no âmbito da sexualidade saudável e segura.

Actividades

- Sessões de esclarecimento no âmbito da sexualidade, Prevenção do VIH/SIDA e divulgação do preservativo masculino e feminino
- Actividades lúdicas promovidas nos espaços dos parceiros envolvidos
- Campanhas de rua
- Distribuição de folhetos e flyers no âmbito da sexualidade saudável e segura
- Festa de encerramento

Materiais e equipamentos a utilizar:

- Cartazes e folhetos
- Projectção de slides explicativos (sessões de esclarecimento)
- Unidade Móvel dos Médicos do Mundo

Metodologia:

- Campanhas de rua- Distribuição de cartazes e folhetos
- Sessões de Esclarecimento
- Festa de encerramento

Organização da Rede de Parceria:

No período de Julho e Setembro, pretende-se envolver parceiros de forma a criar uma rede de parceria. A proposta de parceria será feita em reunião individual com cada parceiro. Será enviado o projecto do evento via email para cada parceiro. A proposta de actividades será discutida com cada parceiro de forma a ir também ao encontro das suas necessidades. Em Setembro será definido o cronograma de actividades final.

Parceiros a Envolver:

- Gabinete de Saúde de Loures
- Gabinete de Acção Social de Loures
- Agrupamento de Saúde de Sacavém
- Ajuda de Mãe
- Agrupamento de Escolas da Apelação
- Divisão Municipal de Habitação
- Pastoral dos Ciganos

Actividades

- Sessões de esclarecimento no âmbito da sexualidade, Prevenção do VIH/SIDA e divulgação do preservativo masculino e feminino
- Actividades lúdicas promovidas nos espaços dos parceiros envolvidos
- Campanhas de rua
- Distribuição de folhetos e flyers no âmbito da sexualidade saudável e segura
- Festa de encerramento

Materiais e equipamentos a utilizar:

- Cartazes e folhetos
- Projectção de slides explicativos (sessões de esclarecimento)
- Unidade Móvel dos Médicos do Mundo

Metodologia:

- Campanhas de rua- Distribuição de cartazes e folhetos
- Sessões de Esclarecimento
- Festa de encerramento

Organização da Rede de Parceria:

No período de Julho e Setembro, pretende-se envolver parceiros de forma a criar uma rede de parceria. A proposta de parceria será feita em reunião individual com cada parceiro. Será enviado o projecto do evento via email para cada parceiro. A proposta de actividades será discutida com cada parceiro de forma a ir também ao encontro das suas necessidades. Em Setembro será definido o cronograma de actividades final.

Parceiros a Envolver:

- Gabinete de Saúde de Loures
- Gabinete de Acção Social de Loures
- Agrupamento de Saúde de Sacavém
- Ajuda de Mãe
- Agrupamento de Escolas da Apelação
- Divisão Municipal de Habitação
- Pastoral dos Ciganos



Cronograma de actividades ROTEIRO “CAMINHOS DE SEXUALIDADE”
Temática Proposta: Sexualidade e VIH/SIDA

	22 de Novembro	23 de Novembro	24 de Novembro	25 de Novembro	26 de Novembro	27 de Novembro	28 de Novembro	29 de Novembro	30 de Novembro	1 de Dezembro
9h-11h	Escola Apelação	Escola Apelação		Escola Apelação	Escola Apelação (I)			Ajuda de Mãe	CPR	
11h-12h										
12h-13h										
14h-15h	Divulgação de actividades									
16h-18h		Campanha de Rua Zambuial	Consolidar (Quinta das Mós) mulheres	Pastoral dos Ciganos crianças	Campanha de Rua BQS	Torneio Zambuial		Pastoral dos Ciganos jovens (sexo feminino)		
			Consolidar (Quinta das Mós) crianças	Consolidar (Quinta das Mós) jovens						Festa de Encerramento Campanha de rua e Torneio BQF

Anexo XIII Cartazes de divulgação do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Série de Folhetos Sexo Seguro





roteiro
camínhos de sexualidade

DE 22 A 30 DE NOVEMBRO

27 de Novembro Torneio de Futebol — Zambujal “*Jogar para vencer o VIH*”

28 de Novembro Campanha de Rua — Apelação “*Juntos vamos prevenir o VIH*”



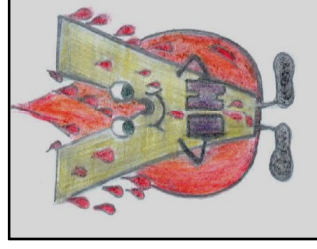
Organização



SAÚDE PA NOS BAIRRO



Cada caminho de sexualidade é único...



**Previne-te....
Usa o preservativo**

Elaborado por Enfª Catarina Afonso
Rodrigues



roteiro
caminhos de sexualidade

Roteiro

A abordagem de roteiro constitui uma estratégia de intervenção na implementação de projectos de saúde. *“Os roteiros de saúde constituem um conjunto de acções desenvolvidas numa determinada unidade territorial que visa activar a rede de parceiros locais como forma de abordagem às necessidades de saúde identificadas.”* (ANDRÉ, 2008)

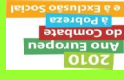
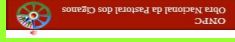


Rede de Parceria

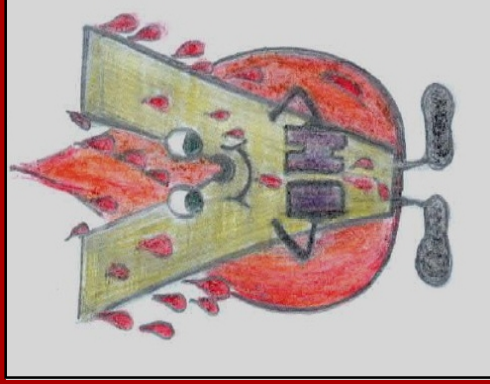
Agrupamento de Escolas Apelação
Agrupamento de Centros de Saúde
de Sacavém
Câmara Municipal de Loures
Conselho Português para os Refugiados
Associação de Jovens da Apelação
Junta de Freguesia da Apelação
ACIDI
Associação para o Planeamento
Familiar
Pastoral dos Ciganos



Dezembro



Libra



Pa pui sempre
camizinha



Elaborado por:
Enfa Catarina Afonso

CAMIZINHA DI
MINJER



Pá Púi Camizinha di Minjer (mulheres)

Púi antis di bú tém cú alguim

Meti camizinha tudo tóki caba na cóno
(vagina)

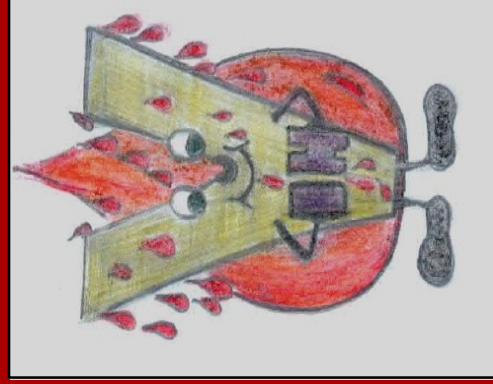
Ká bú junta camizinha di mujer cú camizi-
nha di homi, si minjer pui, homi i ká na pui
di sil (homem)

Pá bú púi óleo di iagú pá i púdi lalú

Tira camizinha óki bu caba tem cú alguém



Libra



Pá Pui Sempre
Camizinha



Camizinha di
Homi



Elaborado por:
Enfa Catarina Afonso

Pá Púi Camizinha di Homi (homens)

Cá bú abri saco cú dintis

Púi antís di bú tém cú outro alguim

Púi camizinha óra ki bú reta (erecto)

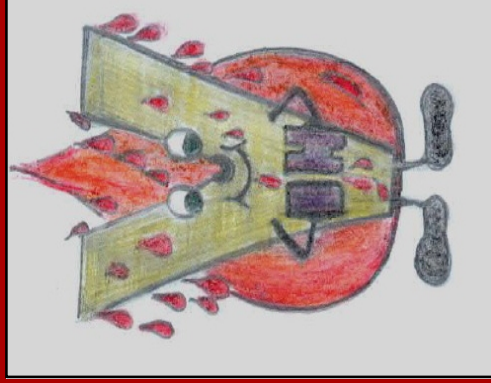
Pá bú manti bico di camizinha filado cú
cabeça di cojón (pénis)

Pá bú púi óleo di iagú pá podi lalu cá
irumpi

Pá tira camizinha óki bú reta inda



Previne-te



Usa o Preservativo

Elaborado por:
Enfa Catarina Afonso

**PRESERVATIVO
FEMININO**





Colocação do Preservativo Feminino

Não abrir embalagem com dentes

Colocá-lo antes do contacto

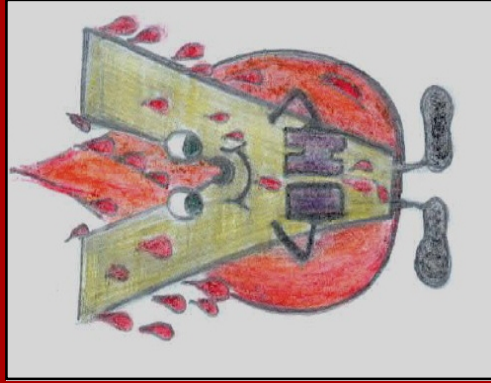
Desenrolar até à base da vagina

Não usar em associação o preservati-
vo masculino

Lubrificantes só de água

Retirar após relação sexual

Previne-te



Usa o Preservativo

Elaborado por:
Enfa Catarina Afonso

**PRESERVATIVO
FEMININO**





Colocação do Preservativo Feminino

Não abrir embalagem com dentes

Colocá-lo antes do contacto

Desenrolar até à base da vagina

Não usar em associação o preservati-
vo masculino

Lubrificantes só de água

Retirar após relação sexual

Anexo XIV Acções "Sexualidade e VIH"; "Viredo" (teatro infantil que explica o VIH às crianças baseado na história do Cuquedo de Clara Cunha); Torneio de Futebol "Vamos jogar para vencer o VIH" e Campanhas de Rua "Juntos vamos vencer o VIH"

Actividade para as Crianças

Jardim de Infância da Apelação

Pastoral dos Ciganos

Projecto Consolidar

(Torneio Zambujal e Festa de Encerramento- Adaptação)

Actividade para as Crianças

Jardim de Infância da Apelação

Pastoral dos Ciganos

Projecto Consolidar

(Torneio Zambujal e Festa de Encerramento- Adaptação)

Animador (susurra aos meninos)- *Não tenham medo, vou ajudar-vos a conhecer melhor este vírus. Oh, Viredo diz lá onde gostas de estar.*

Viredo (com um ar orgulhoso e vencedor)- *Eu só vivo no sangue, escondo-me nas lâminas, vidros, seringas... No lixo às vezes estou onde menos esperam... e adoro dizer aos meus amigos vírus que estejam nas escovas de dentes ou nas tolhas, porque as pessoas gostam de as trocar umas com as outras.*

Muito orgulhoso o viredo fica distraído a admirar-se.

Animador (com um grande sorriso)- *Queridos meninos, ouçam com atenção, não mexam no lixo, em lâminas, em vidros ou seringas. Procurem lugares mais seguros para brincar.*

A escova de dentes e a toalha de banho não troquem com ninguém e se caírem no chão e fizerem uma ferida peçam ajuda a um adulto. Sempre que virem objectos com sangue não mexam, não se esqueçam que o viredo é matreiro.

Agora digam comigo

-não mexemos no lixo, em lâminas, em vidros ou seringas (procurem lugares seguros para brincar).

- a escova de dentes e a toalha do banho não trocamos com ninguém

- se caírem e fizerem uma ferida peçam ajuda a um adulto

Animador- *Agora vamos pregar um susto ao viredo. Afinal não temos medo, pois não!! Viredo, Oh Viredo*

(Um, dois, três!!! Digam todos)

Bu!!!!

O Viredo foge com medo.

Actividade para Jovens

Escola da Apelação (7^a, 8^a e 9^aanos)

Grupo de Mulheres Ciganas

Ajuda de Mãe

CPR (também em inglês)

Actividade para Jovens

Escola da Apelação (7^a, 8^a e 9^aanos)

Grupo de Mulheres Ciganas

Ajuda de Mãe

CPR (também em inglês)

Actividade para Líderes

Associação Juvenil da Apelação, Escolhas, Vitamina C e
ClubeCidadania

Apresentação: 10min

Cada elemento escreve num papel como se imagina daqui a 20 anos

Trabalho de Grupo: 10 min

Grupos de 3 elementos

- O que é a saúde?
- O que é o risco?
- O que pensamos acerca da sexualidade?

Apresentação dos trabalhos e discussão: 20min

Conceitos Chave:

- saúde; risco e sexualidade
- O que nos leva a correr riscos face à saúde ? (métodos contraceptivos)
- O que determina as escolhas que faço em relação à sexualidade? (IST's)
- o que leva os jovens a correr riscos? (VIH)

Power point: 15min

Caixa Sexualidade: 10min

Conclusões: 15 min

Actividade para Jovens

Projecto Consolidar

Actividade para Jovens

Projecto Consolidar

Teatro

“Vou-te dizer o que é o VIH/SIDA”

Tema da actividade: O que é o VIH/SIDA?

Data: a realizar durante o Roteiro Caminhos de Sexualidade

Duração: 10/15min

Público Alvo: Crianças do Pré-Escolar

Objectivo Geral:

Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura

Objectivos Específicos:

- Explicar a importância da Prevenção do VIH/SIDA.

Materiais:

- Tecidos
- Histórias
- Música

Metodologia:

Expressão Dramática- Enfª Catarina e Equipa Técnica do Projecto, nomeadamente a Animadora Sociocultural.

Torneio de Futebol

“Jogar para vencer o VIH/SIDA”

Tema da actividade: O que é o VIH/SIDA?

Data: a realizar durante o Roteiro Caminhos de Sexualidade

Duração: 3/5 horas

Público Alvo: Jovens e Crianças do Bairro do Zambujal

Objectivo Geral:

Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura

Objectivos Específicos:

- Realizar um torneio de futebol com equipas de 5 elementos;
- Realizar um pequeno teatro no âmbito do VIH/SIDA com duração de 10/15min (explicar a importância da Prevenção do VIH/SIDA).

Tarefas:

- Organização das equipas e do Torneio – Jovens do Zambujal (Dina)
- Teatro – Enfª Catarina e Equipa Técnica do Projecto Saúde Pa Nos Bairro
- Lanche – Câmara Municipal de Loures
- Música - Jovens do Zambujal (Dina)

Campanha de Rua

“Juntos vamos prevenir o VIH/SIDA”

Tema da actividade: O que é o VIH/SIDA?

Data Proposta: 28 de Novembro

Duração: 3/5 horas

Público Alvo: Comunidade em geral, especialmente Jovens da Freguesia da Apelação

Objectivo Geral:

Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura

Objectivos Específicos:

- Identificar a relação sexual como forma de expressão de afectividade;
- Explicar a importância da Prevenção do VIH/SIDA;
- Divulgar e promover o uso do preservativo masculino e feminino.

Materiais:

- Cartazes e Folhetos
- Preservativos masculinos e femininos

Tarefas:

- Formação para os jovens – Enf^a Catarina e Equipa Técnica do Projecto Saúde Pa Nos Bairro- a formação a realizar será programada tendo em conta a disponibilidade de todos os envolvidos
- Realização da campanha- Jovens da Apelação (AJA, Clube Cidadania e Vitamina C)
- Realização de um filme que mostre todo o processo e sirva de divulgação de boas práticas



Reunião de parceria

Data: 28 de Outubro

Hora: 10h30

Local: Escola da Apelação

Participantes:	António (Projecto Escolhas Lideranças); Joel (Associação Juvenil da Apelação); Tina (Vitamina C); Papaito (Clube Cidadania); Mafalda (Médicos do Mundo); Catarina (Médicos do Mundo Estagiária)
Duração:	2h
Ordem de Trabalhos:	Apresentação do Projecto Roteiro Caminhos de Sexualidade; Apresentação da proposta de realização de uma Campanha de Rua alusiva ao tema da prevenção do VIH; Discussão da participação dos jovens; Discussão da concretização da actividade.

Acta

Itens em agenda:

Roteiro Caminhos de Sexualidade

Catarina- Faz apresentação do projecto Roteiro Caminhos de Sexualidade e da proposta de actividade a ser levada a cabo pelos jovens, a Campanha de Rua “Juntos Vamos Prevenir o VIH”.

Tina- Refere a importância de reflectir o sentido da actividade junto do grupo, tendo em conta as convicções espirituais dos jovens que representa.

Mafalda- Diz que há diferentes formas de prevenir o VIH.

Catarina- Relembra que o objectivo não é forçar escolhas face à sexualidade (nomeadamente) o uso do preservativo, mas alertar para as diferentes formas de estar face à sexualidade. Propõe que o grupo trabalhe questões favoráveis às suas convicções, nomeadamente a abstinência sexual.

António- Sugere que a Tina leve a proposta ao grupo e que posteriormente reflectam nas possibilidades de participação. Poderá ser uma oportunidade para reflectir na posição do grupo em relação à prevenção do VIH.

Joel- Diz que a partida o grupo que representa deseja participar, sugerindo a realização de um Torneio de Futebol no dia 1 de Dezembro. Sugere utilização da Unidade Móvel (UM) dos Médicos do Mundo (MDM) e a realização de testes do VIH.

António- Refere a importância que a UM teria no Torneio dando visibilidade à actividade.

Catarina e Mafalda- Dizem que o uso da UM terá de ser colocado à direcção Médicos do Mundo. Esclarecem que o teste do VIH não será possível porque os MDM não dispõem dos materiais necessários.

Catarina- Questiona se as duas actividades comunitárias (campanha e torneio) na mesma semana não será exaustivo para a população. Propõe que as duas actividades se realizem no mesmo dia. Caso não seja possível o uso da UM, fala na possibilidade de fazer atendimento de enfermagem numa bancada na rua.

António- Refere que caso chova, a campanha não será realizada, mas o torneio manter-se-á no Ginásio da Escola.

Catarina- Diz que caso chova, manter-se-á o atendimento individual de enfermagem. Acrescenta que para realizar a campanha é necessário haver uma linguagem idêntica, pelo que será necessário realizar-se uma formação na área do VIH com alguns elementos (4/5 de cada grupo) que posteriormente facultavam ao grupo.

Outras informações

Notas especiais:

Formação de Jovens- 20 de Novembro na Escola às 16h
(seguida de lanche partilhado)
Festa de Luta contra o VIH – 1 de Dezembro
Início- 10h- campanha
- 13h- torneio (ver proposta)

Proposta de actividade

Plano A

10h- Encontro de Jovens

10h30- Acerto dos pontos chave para a campanha

11h- Saída para o Bairro

12h30- Fim da Campanha no Ringue

13h- Torneio (durante o Torneio atendimento de enfermagem com aconselhamento individual de prevenção para o VIH)

17h- Fim do Torneio

17h30- Teatro e Entrega de Prémios

Plano B

Em caso de CHUVA

11h- Encontro de Jovens no Ginásio da Escola

12h30- Actividades relativas ao VIH (atendimento de enfermagem com aconselhamento individual de prevenção para o VIH)

12h40-Teatro VIH

13h- Torneio (durante o Torneio atendimento de enfermagem com aconselhamento individual de prevenção para o VIH)

17h- Fim do Torneio

17h30- Teatro e Entrega de Prémios

Responsabilidades

Formação- Catarina

Campanha de rua- Catarina+MDM+Comunidade juvenis (Escolhas, AJA, Clube Cidadania e Vitamina C)

Torneio- Comunidade Juvenil

Atendimento e Teatro- Catarina +MDM

Anexo XV Diário de Campo, Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do VIH

Anexo XV Diário de Campo, Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do VIH

vida sexual muito cedo sem higiene e sem condições. Traz muitas dificuldades, significando o fim da vida.”

No entanto, alguns jovens disseram “*A SIDA não é uma preocupação, porque outras coisas preocupam mais. Não devemos ter medo de doenças porque depois não conseguimos enfrentá-las. Não porque tenho cuidado e uso protecção. Já não é medo é esperar.”*

No que diz respeito aos motivos que levam os jovens a correr riscos “*Os jovens correm riscos porque são imaturos, irresponsáveis. Os rapazes querem engravidar as raparigas. As raparigas não tomam cuidado. As jovens não têm cuidado com o sexo. É melhor bom, pele com pele. Se tu me amas não vamos usar o preservativo, os jovens ficam loucos. Ter vontade de fazer sem pensar. Não conhecer o parceiro. O momento do acto leva os jovens a não usar preservativo, ansiedade. São influenciados pelos amigos. Esquecer o mundo em que estamos e viver num mundo de fantasia. Uns não querem usar. Para se sentir melhor, sabe bem. Os jovens não se sentem bem. Problemas com a família, não querem pensar no futuro, pressão dos amigos, pobreza.”*

A dinâmica de cada turma foi única, em cada uma surgiram dúvidas e angústias específicas, tais como a gravidez e o VIH; a transmissão do VIH (mitos relativos ao toque); a confiança versus prevenção face ao VIH; a homossexualidade; a disfunção sexual ou a diversidade das práticas sexuais. De referir que foi feito um compromisso de confidencialidade com os jovens, de que o que fosse dito em cada turma ficaria entre o grupo, que não seria discutido ou alvo de gozo nos corredores da escola.

O encontro terminava com os jovens a assinar os pequenos papeis iniciais uns dos outros (que só depois descobriam o porquê). Um dos papeis tinha uma cruz que simbolicamente representava um foco de infecção de VIH, as assinaturas representavam a propagação do vírus. No final todos ficavam simbolicamente infectados e depois reflectiam se os desejos a 10 anos seriam os mesmos ou obrigatoriamente seriam diferentes.

No dia 30 de Novembro com o propósito de divulgar a festa de encerramento do Roteiro, foi feita uma pequena campanha escolar com divulgação de folhetos e afixação de cartazes.

Com tudo isto foram envolvidos 150 jovens; 120 jovens de 6 turmas (2 de 7º; 1 de 8º, 1 de 9º e 2 de CEF, com integração de alunos PIEF) e 30 jovens envolvidos na Campanha de divulgação da Festa de Encerramento.

Agrupamento de Escolas da Apelação - “O Viredo” (26 de Novembro)

Com as crianças do Pré-Escolar foi feita uma dinâmica com recurso à expressão dramática. Inicialmente, numa roda com as crianças começava-se por se contar a estória do “Cuquedo” da Clara Cunha. Nesta estória os animais correm sem parar com medo do cuquedo, que não sabem o que é; até que chega o cuquedo que era muito pequenino (do tamanho de uma aranha) e lhes prega um susto. Depois, em colaboração com a Animadora Sociocultural do Projecto SPNB, fazia-se uma dramatização em que a Animadora interpretava o viredo (o vírus da SIDA) e a Enfermeira mantinha o papel de narradora, explicando onde estava o vírus e o que poderíamos fazer para nos defendermos. *O Viredo está no sangue . É preciso ter cuidado... Não mexer em vidros lâminas ou seringas. Sabemos como nos defender... Vamos pegar-lhe um susto!!*

No final, são as crianças que assustam o viredo, num grito de grupo. Posteriormente foi pedido às Educadoras que fizessem um trabalho com as crianças. Uma das Educadoras fez uma história com os relatos das crianças, outra fez um trabalho de grupo com os aspectos chave do teatro e as restantes optaram por fazer desenho livre com as crianças.

“A Catarina disse cuidado! Não é para mecher no lixo, que os vidros estão no lixo, pode aleixar e ficar doente. Se mexer uma coisa que tem sangue o Viredo entra na barriga deles.” “O Cuquedo foi assustar os animais. O Viredo chegou, e disse para não pôr sangue na barriga. O Viredo apanhou um susto. O coração bate muito, o sangue sai da barriga porque tá mexer no lixo.” “O Viredo está aqui na barriga. O Viredo entra se os meninos mexem no vidro e nas picas do lixo. Os meninos ficam doentes.”

No dia 26 de Novembro foram feitas 5 representações do teatro “O Viredo”, para 6 grupos de crianças num total de 100 crianças. No final de cada representação foi oferecido a cada criança um autocolante com a imagem do viredo.

Projecto Consolidar - Acções Sexualidade e VIH (24, 25 de Novembro) e “O Viredo” (24 de Novembro)

O Projecto Consolidar tem como área de intervenção combater a pobreza e a exclusão social, promovendo a inclusão e a equidade social dos cidadãos de forma multisectorial e integrada. A integração do Projecto Consolidar na Rede de Parceria decorreu após discussão da proposta de intervenção com a Dr^a Ana Sousa. Tendo em conta a dinâmica de actividades já estruturadas no Projecto, foram delineadas 3 actividades, uma direccionada a jovens, outra para crianças e por um fim uma para mulheres, numa tentativa de alcançar mulheres ciganas.

Para o desenvolvimento da actividade dos jovens e das crianças recorreu-se ao teatro “O Viredo”. No entanto as abordagens foram diferentes, isto é com as crianças foi feita a

dinâmica da estória do Cuquedo e recriado “OViredo”. Com os jovens também se recorreu à estória do Cuquedo e fez-se a transição para o vírus da SIDA. Depois foi proposto que construíssem um Viredo gigante em papel de cenário, utilizando materiais diversos, nomeadamente lã, tecidos, tintas, pedaços de papel e de cartolina. No final foi pedido que à volta escrevessem os medos que tinham ou não em relação à SIDA e o que poderiam fazer para se defender.

“A Enfermeira Catarina leu-nos um livro sobre o cuquedo. Depois desenhámos num papel muito grande. Fizemos um cuquedo para colarmos na parede. Para começar desenhámos uma bola, mas essa bola ficou mal desenhada e desenhámos outra, depois desenhámos os olhos, o nariz etc. (...) Depois escrevemos as coisa que podem acontecer a nós.”

A actividade direccionada para as mulheres resultou de uma associação de actividades, ou seja, inicialmente seria dinamizada uma parte no âmbito da sexualidade e prevenção do VIH/SIDA e depois continuaria com uma dinâmica de workshop de maquilhagem. O grupo de mulheres que aderiu à actividade era composto por 7 mulheres, das quais 3 de etnia cigana. O ponto de partida de reflexão foram questões lançadas para discutirem em 2 grupos; o que é saúde, risco e sexualidade? A SIDA é uma preocupação? O que é ser mulher?

A mulheres aderiram à proposta, dizendo que *“saúde é vida, é não ter doenças, é ter energia para se fazer o que se quer”*; *“risco é perigo, não saber o que se espera, algo que nos pode acontecer”*; *“A SIDA preocupa porque pode matar; as pessoas deviam usar preservativo porque não se conhecem”*; *“Ser mulher é ser mãe, não há tempo, são os filhos, depois o marido, pouco tempo há para nós, gostava de poder ter mais tempo para mim.”*

Depois em grupo cada mulher apresentou-se e falou se si, este momento foi muito envolvente porque as mulheres ouviam-se apaixonadamente partilhando emoções de forma muito íntima.

De seguida, recorreu-se a uma apresentação em power point para referir aspectos chave da sexualidade, IST's e VIH/SIDA. Esclareceram-se dúvidas relativas à transmissão e prevenção relativa ao VIH/SIDA, (mitos relativos à contracepção hormonal, nomeadamente que chega para prevenir a infecção pelo VIH). Por fim foi feita a demonstração de colocação de preservativo masculino e feminino com o grupo a manipular a mala sexualidades. Seguiu-se então, a parte relativa à maquilhagem com grande adesão e envolvimento das mulheres ciganas.

Nas 3 actividades desenvolvidas no Projecto Consolidar foram envolvidos 26 participantes (7 mulheres; 7 crianças e 12 jovens).

Pastoral dos Ciganos - “O Viredo” (25 de Novembro) e Acção Sexualidades (30 de Novembro)

A Pastoral dos Ciganos tem como meta promover o desenvolvimento da integração social da comunidade de etnia cigana. No Bairro da Quinta da Fonte a Pastoral desenvolve um amplo trabalho com indivíduos de todas as idades. Embora direccionada para a população de etnia cigana, a Pastoral envolve a comunidade em geral, verificando-se um apoio multicultural.

A proposta de inclusão da Pastoral na Rede de Parceria do Roteiro Caminhos de Sexualidade foi levada a cabo após reunião com a Dr^a Aida. Assim foi acordado realizar a actividades, uma direccionada para crianças e pré-jovens e outra para jovens de ambos os sexos.

Assim para as crianças e pré jovens recorreu à estória do Cuquedo e fez-se a transição para o vírus da SIDA, através do Viredo. Depois foi proposto que desenhassem o cuquedo e à volta escrevessem os seu medos.

Com os jovens de ambos os sexos foi feita a acção sexualidades, numa dinâmica de raparigas versus rapazes, em que as raparigas e os rapazes se dividiam em dois grupos e em grupo reflectiam nas seguintes questões

O que os rapazes procuram nas raparigas? O que as raparigas procuram nos rapazes? O que é importante para os rapazes e para as raparigas?

As raparigas escreveram *“As raparigas procuram amor, carinho, beleza, sinceridade, naturalidade e honestidade”*; *“Os rapazes procuram o corpo, uma rapariga bonita, grande rabo, grandes mamas, bem gostosa, bem fofa e pausuda”*; *“Para os rapazes é importante a juventude, o sexo, a adrenalina nas relações.”*

Os rapazes por seu lado escreveram, *“As raparigas procuram amor, sexo, amizade e protecção”*; *“Os rapazes procuram sexo, amizade e carinho”*; e *“O que é importante para as raparigas é dar carinho, segurança, levar a passear e o sexo”*.

Depois em grupo cruzámos as respostas, tendo surgido um confronto nas respostas entre os sexos, levando a um debate intenso e envolvente no grupo.

É de referir um total de 21 participantes (7 pré-jovens e 12 jovens).

Ajuda de Mãe – Acções Sexualidade e VIH (29 de Novembro)

Nas 3 actividades desenvolvidas no Projecto Consolidar foram envolvidos 26 participantes (7 mulheres; 7 crianças e 12 jovens).

Pastoral dos Ciganos - “O Viredo” (25 de Novembro) e Acção Sexualidades (30 de Novembro)

A Pastoral dos Ciganos tem como meta promover o desenvolvimento da integração social da comunidade de etnia cigana. No Bairro da Quinta da Fonte a Pastoral desenvolve um amplo trabalho com indivíduos de todas as idades. Embora direccionada para a população de etnia cigana, a Pastoral envolve a comunidade em geral, verificando-se um apoio multicultural.

A proposta de inclusão da Pastoral na Rede de Parceria do Roteiro Caminhos de Sexualidade foi levada a cabo após reunião com a Dr^a Aida. Assim foi acordado realizar a actividades, uma direccionada para crianças e pré-jovens e outra para jovens de ambos os sexos.

Assim para as crianças e pré jovens recorreu à estória do Cuquedo e fez-se a transição para o vírus da SIDA, através do Viredo. Depois foi proposto que desenhassem o cuquedo e à volta escrevessem os seu medos.

Com os jovens de ambos os sexos foi feita a acção sexualidades, numa dinâmica de raparigas versus rapazes, em que as raparigas e os rapazes se dividiam em dois grupos e em grupo reflectiam nas seguintes questões

O que os rapazes procuram nas raparigas? O que as raparigas procuram nos rapazes? O que é importante para os rapazes e para as raparigas?

As raparigas escreveram *“As raparigas procuram amor, carinho, beleza, sinceridade, naturalidade e honestidade”*; *“Os rapazes procuram o corpo, uma rapariga bonita, grande rabo, grandes mamas, bem gostosa, bem fofa e pausuda”*; *“Para os rapazes é importante a juventude, o sexo, a adrenalina nas relações.”*

Os rapazes por seu lado escreveram, *“As raparigas procuram amor, sexo, amizade e protecção”*; *“Os rapazes procuram sexo, amizade e carinho”*; e *“O que é importante para as raparigas é dar carinho, segurança, levar a passear e o sexo”*.

Depois em grupo cruzámos as respostas, tendo surgido um confronto nas respostas entre os sexos, levando a um debate intenso e envolvente no grupo.

É de referir um total de 21 participantes (7 pré-jovens e 12 jovens).

Ajuda de Mãe – Acções Sexualidade e VIH (29 de Novembro)

A Ajuda de Mãe faz um atendimento semanal do Bairro da Quinta da Fonte, assim foi feita a proposta à Dr^a Catarina Rodrigues, de realizar uma actividade no dia de atendimento de forma a envolver mulheres e ou grávidas.

Na actividades foram envolvidos 6 participantes, 4 mulheres e 2 homens. A dinâmica proposta foi de trabalho de grupo, através da reflexão de algumas questões O que é sexualidade? “*Sexualidade é evitar doença; é a relação entre um homem e uma mulher; é parte da nossa vida; gosto de fazer sexualidade*”

Qual é a importância do nosso corpo? “*o corpo é todo importante; é preciso proteger o corpo e evitar infecções; o corpo não pode estar doente; é preciso guardar o corpo.*”

Temos medo da SIDA? Porquê? “*tenho medo, porque a SIDA é uma doença transmissível, sem cura e é contagiosa; tenho medo porque posso morrer*”

No debate em grupo as mulheres colocaram dúvidas e os homens participaram activamente, questionando também formas de prevenção face ao VIH e desmistificando os obstáculos à prevenção, nomeadamente a confiança no parceiro(a). No final fez-se a demonstração de colocação do preservativo masculino e feminino e o grupo foi convidado a manipular a *mala sexualidade*.

Conselho Português para os Refugiados – Acções Sexualidade e VIH (30 de Novembro)

Após reunião com a Dr^a Isabel Sales, Directora do Centre de Acolhimento ao Refugiado, foi possível convergir a proposta de intervenção às necessidades identificadas, nomeadamente práticas sexuais desprotegidas por parte dos refugiados e alguns preconceitos dos funcionários face ao VIH. Assim, foi planeada uma actividades para mulheres, uma para homens e outra para funcionários.

Foram envolvidos 19 participantes (1 mulher; 11 homens e 7 funcionárias).

Registou-se uma fraca adesão das mulheres tendo comparecido à actividade apenas uma. Por sugestão da Dr^a Dora Estoura (Assistente Social), que conhecia e tinha uma relação de proximidade com a refugiada, a mulher foi envolvida na actividade das funcionárias (de referir que a Dr^a Dora permaneceu sempre junto da mulher) .

A dinâmica partiu da reflexão no conceito de sexualidade, risco e saúde; na preocupação face ao VIH e nos comportamentos de riscos associados.

Destacam-se as seguintes reflexões “*A sexualidade é um acto de proximidade (funcionários).*” “*A SIDA não é uma preocupação porque não se fala (refugiada).*” “*SIDA é sinónimo de menos qualidade de vida, saber que podemos contagiar alguém;*

jovens reluziam, porque conseguiam explicar e sugerir hipóteses face à prevenção. Só na campanha foram distribuídos 380 preservativos masculinos, 100 lubrificantes, 15 preservativos femininos e 200 folhetos (em português e em crioulo).

Associação de Moradores do bairro do Zambujal - Torneio de Futebol e Festa “Vamos jogar para vencer o VIH” (27 de Novembro)

À 3ª Feira, o Projecto SPNB, realiza um atendimento semanal de enfermagem à população do Bariro do Zambujal, no espaço da Associação de Moradores.

A sugestão de actividades seria através de um torneio (para envolver os jovens) seguido de uma festa para aproximar a equipa SPNB aos jovens, e ser o ponto de partida para uma intervenção mais próxima e contínua no âmbito da prevenção do VIH. Através da do Presidente da Associação, o Sr. Júlio, e da Dinamizadora dos grupos de jovens, a D^a Dina, elementos de referência para a comunidade, foi pensada e estruturada a actividade.

Assim, no dia 27 de Novembro, o Espaço da Associação foi limpo e organizado para promover a festa. Para isto elementos da comunidade foram-se aproximando e ajudaram nos preparativos. Criaram-se 3 espaços, um para o palco, outro para o lanche e outro com folhetos e cartazes relativos ao VIH. Neste última, os jovens aproximaram-se e ajudaram a dobrar folhetos, e informalmente começaram colocar dúvidas relativas ao VIH e formas de prevenção. Com isto foi-se criando cartazes com o que diziam. Aos poucos foram-se chegando mais jovens que agarravam em canetas e escreviam slogans relativos aos VIH. Este momento, de grande envolvência, resultou em diversos cartazes que depois foram afixados nas paredes da Associação. *“A SIDA estraga a vida das pessoas. Cuidado com a SIDA. Preservativo, usa sempre. É possível prevenir a SIDA. Se te prevenires estás a salvar outras pessoas. Se tens experiência de vida ensina o teu irmão. SIDA, não escolhe cara nem cor.”*

Seguiu-se o Torneio com participação de 4 equipas, sendo que 2 de jovens de Vialonga. NO final do Torneio arrancou a festa. A apresentação ficou a cargo da Animadora Sociocultural do Projecto SPNB. Participaram 3 grupos de dança, 2 de raparigas “As Estrelas de África” (Grupo de jovens do Zambujal), “Raízes de Cabo Verde” (Grupo de jovens de Vialonga” e 1 de rapazes (Grupo de jovens da Quinta do Mocho).

Depois houve um momento de dramatização do *Viredo*, com ênfase na prevenção do VIH (alertando para os slogans afixados nas paredes) e por fim terminou com o lanche.

Os grupos participantes ofereceu-se um Kit da CNIVS, com um preservativo masculino e feminino, uma caneta, um porta chaves e um bloco de notas.

Participaram no Torneio 20 jovens, nos grupos de dança contaram-se 20 jovens e no decorrer da festa registaram-se 60 pessoas de todas as idades. Em suma nesta actividade contou-se com 100 participantes.

Anexo XVI Diapositivos da apresentação dos resultados do Roteiro Caminhos de Sexualidade e Prevenção do VIH



MESTRADO DE ENFERMAGEM DE NATUREZA PROFISSIONAL
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA



Sexualidade em Contextos de Pobreza e Vulnerabilidade

Roteiro Caminhos de Sexualidade

Catarina Afonso, Janeiro 2011

Apresentação dos Resultados Roteiro Caminhos de Sexualidade



Projecto “Saúde Pa Nos Bairro”

Médicos do Mundo Portugal

Setembro de 2008 a Agosto de 2009

Local de intervenção: Concelho de Loures, bairros de génese ilegal e bairros municipais

Grupo alvo: População imigrante e minorias étnicas

Parceiros: CML, Juntas de Freguesia, IHMT, Centro de Diagnóstico Pulmonar Dona Amélia, CEPAC, Centros de saúde locais, Associação de moradores locais, Rede social de Loures.

Financiamento: ADIS/SIDA e Médicos do Mundo



Projecto Saúde Pa Nos Bairro

Objectivo geral: Diminuir a propagação do VIH/SIDA

OE1 – Aumentar o acesso aos cuidados primários de saúde por parte da população alvo beneficiária

OE2 – Aumentar o acesso às estruturas de saúde de referência e para o diagnóstico do VIH e outras IST

OE3 – Aumentar a adopção de estilos de vida saudáveis

Serviços prestados:

- Prestação de Cuidados Primários de Saúde
 - Actividades de Informação e Educação para a Saúde
 - Actividades Lúdicas e Culturais
 - Actividades de sensibilização quanto a Questões de Género, Discriminação e Direitos Humanos
 - Produção de material informativo
- Equipa multidisciplinar:** Coordenadora, Enfermeiro, Técnica de serviço social, animadora sociocultural e voluntários



Roteiro caminhos de Sexualidade

Metodologia

A metodologia do Roteiro é a concentração de forças num compromisso de definição de objectivos no sentido de melhorar a saúde das populações. Numa visão estratégica de planeamento é feito um diagnóstico de necessidades de determinada população, identificando as organizações/instituições de apoio à população. Através de um envolvimento das estruturas comunitárias identificadas como determinantes é criada uma rede de parceria.

“Os roteiros de saúde constituem um conjunto de acções desenvolvidas numa determinada unidade territorial que visa activar a rede de parceiros locais como forma de abordar as necessidades de saúde identificadas.” (ANDRÉ, 2008)

Roteiro caminhos de Sexualidade

Diagnóstico

"A ausência de planeamento e respostas sociais adequadas, aquando da construção de bairros sociais multiplica o fenómeno da pobreza. (...) **Problemáticas como a educação, segurança, ocupação de tempos livres e até mesmo pobreza e exclusão social são transversais e interligam-se.** Jovens sem ocupação, sem sentimento de pertença em relação ao local de residência, ausência de relações familiares e de vizinhança, podem contribuir para **comportamentos desviantes** e desintegrados da sociedade onde vivem. (...) A imigração clandestina e por conseguinte os bairros de génese ilegal são um elemento caracterizador das freguesias de Loures."

(REDE SOCIAL DE LOURES, 2006)



Roteiro caminhos de Sexualidade

Pertinência

Os adolescentes são classificados como um grupo potencial de risco, nomeadamente pelos seus comportamentos sexuais, incluindo o início precoce, o uso **inconsistente do preservativo, a duração dos relacionamentos e a prática de relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.**

(Centers for Disease Control and Prevention, 2000; DiClemente et al., 2001; Whitaker & Miller, 2000)

Em 2002, segundo o estudo do HBSC, um quarto dos jovens referem não ter utilizado algum método contraceptivo na última relação sexual e em relação os **conhecimentos face aos modos de transmissão do VIH/sida a grande maioria demonstrou falhas.**

(Mares et al., 2003)



Objectivo Geral

Promover a vivência de uma sexualidade saudável e segura

Objectivos Específicos

- Desmontar conceitos de sexualidade;
- Identificar as três dimensões da sexualidade (psicológica, física e social);
- Identificar a relação sexual como forma de expressão de afectividade;
- Explicar a importância da Prevenção do VIH/SIDA;
- Divulgar e promover o uso do preservativo masculino e feminino;
- Discutir escolhas no âmbito da sexualidade saudável e segura.



Rede de Parceria

- Gabinete de Saúde de Loures
- Gabinete de Acção Social de Loures
- Ajuda de Mãe
- Agrupamento de Escolas da Apelação
- Pastoral dos Ciganos
- Projecto Escolhas "Projectar lideranças"
- Projecto Consolidar
- Associação Juvenil da Apelação
- Clube cidadania
- Grupo de jovens Quinta da Serra
- Associação de Moradores do Bairro do Zambujal
- Junta de Freguesia da Apelação
- Associação para o Planeamento Familiar
- Conselho Português para os Refugiados



Rede de Parceria

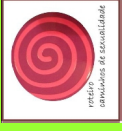
- Reuniões de Parceria (proposta de participação e comunicação de resultados do estudo)
- Projecto "Roteiro Caminhos de Sexualidade" enviado a todos os parceiros
- Definidas Responsabilidades:
 - Parceiros- Divulgação das actividades
 - Ernª Catarina Afonso- Dinamização de actividades
- Organização e financiamento da Festa- Médicos do Mundo
- Financiamento na reprodução de folhetos- Gabinete de Saúde de Loures



Roteiro caminhos de Sexualidade

Actividades

- Ações "Sexualidade e VIH";
- "Viredo" (teatro e a história do Cuquedo)
- Torneio de Futebol "Vamos jogar para vencer o VIH";
- Campanhas de Rua "Juntos vamos vencer o VIH."





"Os jovens correm riscos porque são imaturos, irresponsáveis. Os rapazes querem engravidar as raparigas. As raparigas não tomam cuidado. Ao jovens não têm cuidado com o sexo. É melhor bom, pele com pele. Se tu me amas não vamos usar o preservativo, os jovens ficam loucos. Ter vontade de fazer sem pensar. Não conhecer o parceiro. O momento do acto leva os jovens a não usar preservativo, ansiedade. São influenciados pelos amigos. Esquecer o mundo em que estamos e viver num mundo de fantasia. Uns não querem usar. Para se sentir melhor, sabe bem. Os jovens não se sentem bem. Problemas com a família, não querem pensar no futuro, pressão dos amigos, pobreza." (Apelação RCS, 2010)

O Viredo está no sangue .
É preciso ter cuidado...
Não mexer em vidros
lâminas ou seringas.



Sabemos como nos
defender... Vamos pegar-
lhe um susto!



"A Catarina disse cuidado! Não é para mexer no lixo, que os vidros estão no lixo, pode aleixar e ficar doente. Se mexer uma coisa que tem sangue o Viredo entra na barriga deles."
"O Cuquedo foi assustar os animais. O Viredo chegou, e disse para não pôr sangue na barriga. O Viredo apanhou um susto. O coração bate muito, o sangue sai da barriga porque tá mexer no lixo."
"O Viredo está aqui na barriga. O Viredo entra se os meninos mexem no vidro e nas picas do lixo. Os meninos ficam doentes."
(Apelação RCS, 2010)

Projecto Consolidar

**Acção Sexualidade e VIH- Mulheres
Teatro "Viredo"- Crianças
História Cuquedo e reflexão acerca do VIH-
Jovens**

- 26 participantes (7 mulheres; 7 crianças e 12 jovens)



O que é saúde, risco e sexualidade?
A SIDA é uma preocupação?
O que é ser mulher?



Recebemos a visita do Viredo?





O Cuquedo da SIDA!



“ A Enfermeira Catarina leu-nos um livro sobre o cuquedo. Depois desenhámos num papel muito grande fizemos um cuquedo para colarmos na parede.

Para começar desenhámos uma bola, mas essa bola ficou mal desenhada e desenhámos outra, depois desenhámos os olhos, o nariz etc. (...) Depois escrevemos as coisa que podem acontecer a nós.” (Quinta das Mós, RCS, 2010)

Pastoral dos Ciganos



Acção Sexualidade e VIH- Jovens História Cuquedo e reflexão acerca do VIH- Jovens

- 21 participantes (7 jovens; 12 jovens)



O que importante para os rapazes e para as raparigas?



“Para os rapazes é importante a juventude, o sexo, a adrenalina nas relações.”

“Para as raparigas é importante a segurança, o carinho e o sexo”

(Apelação, RCS, 2010)

Ajuda de Mãe



Acções Sexualidade e VIH- mulheres

- 6 participantes



O que é saúde, risco e sexualidade?
A SIDA é uma preocupação?
O que leva os jovens a correr riscos?



"Sexualidade é evitar o problema.
É preciso guardar o corpo para não apanhar doenças."

"A SIDA é uma doença transmissível porque é uma doença sem cura
e é contagiosa."
(Apelação RCS, 2010)



Conselho Português para os Refugiados

Ações Sexualidade e VIH- mulheres, homens e funcionários

- 19 participantes (1 mulher, 11 homens e 7 funcionários)



"SIDA é sinónimo de menos qualidade de vida, saber que podemos
contagiar alguém."

"Devíamos ter um maior envolvimento na divulgação de informação."

"A sexualidade é um acto de proximidade.
Não é uma preocupação porque não se fala."

(CPR, RCS, 2010)



Médicos do Mundo

Campanha de Rua "Juntos vamos vencer o VIH

- 20 jovens (11 jovens na formação)



O que vamos dar de novo às pessoas?



Associação de Moradores do Bairro do Zambujal

Torneio de Futebol e Festa "Vamos jogar para vencer o VIH"

- 100 participantes



O que sabemos de SIDA?



Dança e teatro.



A SIDA estraga a vida das pessoas.

Cuidado com a SIDA.

Preservativo, usa sempre.

É possível prevenir a SIDA.

Se te prevenires estás a salvar outras pessoas.

Se tens experiência de vida ensina o teu irmão.

SIDA não escolhe cara nem cor.

Comunidade Juvenil da Apelação

Campanha de Rua " Juntos vamos vencer o VIH Torneio de Futebol "Vamos jogar para vencer o VIH"

Festa de Encerramento

- 16 participantes na ação de formação
- 40 participantes no torneio
- 30 participantes na campanha
- 70 participantes na festa



Associação de Jovens da Apelação

"A SIDA não é uma preocupação, porque os jovens hoje em dia estão mais preocupados com a parte prática do que com a sua saúde.

O desinteresse da saúde dos companheiros. Ou seja, não querem saber se os companheiros tem alguma doença. Vergonha porque têm vergonha de perguntar."

(Apelação, RCS, 2010)



Acertar o que dizer e o que levar às pessoas





Encontro em grupo ou individual



Promover a partilha



Torneio... 8 equipas



Fórum SIDA!
Festa



Pessoalmente como agente promotor de acções que visam melhorias sociais, esta formação além de ter servido como complemento de outras com o mesmo tema em questão, Sexualidade e Prevenção do VIH/SIDA, serviu para desmistificar certas questões bem como aprimorar a forma como fazer passar a mensagem. **É de salientar o modo interactivo e dinâmico da própria formação, que permitiu que se criasse um clima mais propício e favorável aos jovens que estavam presentes.** Algo que também considero como muito importante foi a Catarina ter realizado que a campanha que posteriormente iríamos fazer, não seria nenhum incentivo a prática sexual mas sim um conjunto de informações bem como a distribuição de alguns meios de prevenção da SIDA. No dia 1 De Dezembro 2010, tivemos connosco uma grande equipa dos Médicos do Mundo apoiada pela unidade móvel. **A campanha pelo bairro correu muito bem, pois não é todos os dias que se vêem os adolescentes do bairro, movimentando-se em prol de um tema ainda sensível como este, ainda mais fazendo-se acompanhar pelos Médicos do Mundo, creditizando mais a acção.** O torneio de futebol bem como o espectáculo de dança também foram importantes, pois arrastaram as camadas que considero mais vulneráveis "adolescentes", e a pequena representação que foi feita, além de dar caueisado interacção com a plateia com de fizeza que deve ter levado mais conhecimento. (P. 2010)



Resultados

População Envolvida

- 545 participantes

Materiais de Prevenção face ao VIH

- Folhetos 1060
- Cartazes 80
- Autocolantes 100
- Preservativos Femininos 120
- Preservativos Masculinos 1000



Resultados

Impacto

- Avaliação bastante positiva dos participantes
- Sensibilização para a prevenção do VIH
- Sensibilização e divulgação do preservativo masculino e feminino
- Discussão de escolhas no âmbito da sexualidade saudável e segura

Recomendações

- Fortalecimento da rede de parceria
- Manutenção de actividades dirigidas na área da sexualidade

Vantagens

Rede de Parceria

- Fortalecimento das relações inter institucionais
- Partilha do trabalho desenvolvido

Continuidade

- Consulta de Comportamentos Saudáveis do Projecto saúde Pa Nos Bairro
- Contacto Enif^o Armando ou pelo contacto 964444261



Bibliografia

PISCO, Luis. *Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados*. cit in 3^o Forum de Nacional de Saúde "Para um Futuro com Saúde", 9 Março, 2010.

<http://www.fest.unl.pt/saude/pt/>

IMATOS, Margarida Gaspar de; Simões, Celeste. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Faculdade de Medicina Humana - Programa de Educação para Todos, 2000. p. 21;

SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Adelaide (Austrália), 1988 — *Recomendações sobre Políticas Públicas Saudáveis*. Lisboa: Escola Superior Calouste Gulbenkian de Lisboa;

ANDRÉ, Rui. *Novos Caminhos de Saúde: o Caso dos Roteiros de Saúde, Cidade Solidária*. 2008. Julho, 18-27;

PEREIRA, Gustavo; BASÍLIO, José e tal. *Diagnóstico Sociodemográfico e Económico do Vale de Alcântara*. Novembro 2008