

**ANA MARTINS BARROSO**

**SEXUALIDADE NUM PORTUGAL  
MULTICULTURAL – Estudo transcultural entre  
portugueses e imigrantes.**

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal

Co-Orientador: Prof. Doutor Jorge Cardoso

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2018**

**ANA MARTINS BARROSO**

**SEXUALIDADE NUM PORTUGAL  
MULTICULTURAL – Estudo transcultural entre  
portugueses e imigrantes.**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Sexologia – Especialização Sexualidade Humana, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 12 de outubro de 2018, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º207/2018, de 24 de maio de 2018, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Prioste

Arguente: Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa**

**2018**

### Epígrafe

(...) la sexualidad está en todas partes y en todos los tiempos.

(Guasch & Osborne, 2003, p.5)

Construir um olhar sociológico sobre a sexualidade humana constitui sem dúvida um desafio, num contexto social em que as abundâncias de imagens do sexual coexiste com uma concepção de senso comum em que predomina o primado explicativo da biologia e da natureza.

(Policarpo, 2014, p. 23)

O sexo pode ser um impulso biológico, mas também é um conjunto de práticas através das quais homens e mulheres moldam e são moldados pela cultura.

(Garton, 2009, p. 343).

**Dedicatória**

À avó Ana que me ajudou a crescer e que já não está entre nós

À minha mãe, Glória, ao meu pai, João, aos meus irmãos, Maria José, Helena e João, são o  
bem mais precioso que a vida me deu

Aos tios Carlos, Zé e Tónio que partiram cedo

Ao Beni que a vida me apresentou

**Agradecimentos**

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Patrícia Pascoal pela disponibilidade sem limites na sua orientação, pela flexibilidade no modo de orientação e por ter aceite guiar-me neste trabalho, numa fase já avançada. Grata por ter acreditado!

Ao Prof. Doutor Jorge Cardoso pela preciosa co-orientação, pelo entusiasmo no início deste projeto, pela motivação durante os momentos de dúvida, pela disponibilidade e paciência, durante este longo percurso.

Ao Prof. Doutor Nuno Monteiro Pereira pelo entusiasmo e incentivo depositados no mestrado.

Ao Prof. Doutor Manuel de Azevedo Antunes pelo precioso contributo no tratamento estatístico e por tudo o que me permitiu aprender do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Ao Prof. Doutor Pedro J. Rosa, pelo apoio na análise estatística dos dados.

Ao Prof. Doutor Carlos Pereira Leitão pelas noções de análise qualitativa que serão usadas numa próxima aventura.

Ao Prof. Doutor João Cardoso Rosas, pela permissão para citar o artigo do qual é autor.

À Doutora Sónia Dias pelo fornecimento de artigos científicos de estudos por ela coordenados.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisabetta Colla, ao Sheik David Munir e à Comunidade Hindu de Portugal na pessoa da Dra. Dina, o meu muito obrigada pela preciosa informação fornecida, que permitiu adaptar o percurso do estudo.

À minha família por todo o apoio e pela compreensão da minha ausência durante a elaboração da dissertação, e especialmente ao meu pai, João, pela revisão do texto da Parte I.

Ao Beni pelo Amor, força e paciência durante a realização deste trabalho.

Às amigas Carla e Cristiana pelo entusiasmo durante o trabalho de campo. E à Carla por realizar a última revisão do texto da Parte I.

Aos amigos pelo tempo que não estive com eles porque tinha um trabalho para realizar.

À Luz, por toda a energia positiva e pela escuta nos momentos mais difíceis.

Às funcionárias da Biblioteca do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, pela disponibilidade demonstrada na pesquisa bibliográfica realizada presencialmente em Lisboa e disponibilidade para o envio de artigos por e-mail, dada a distância física.

À Associação Amigos da Mulher Angolana [AMMA], na pessoa do Dr. Eduardo Verdades que se disponibilizou a colaborar para a aplicação de questionários.

À Associação Angola de Solidariedade em Portugal [ASAP], na pessoa da Sra. Maria José, que colaborou no aumento dos contactos.

À Associação Solidariedade Imigrante, Associação para a Defesa dos Direitos dos Imigrantes onde os primeiros questionários foram aplicados.

Ao Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI-IP], à Dra. Rita Gonçalves, Gestora do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante [CNAI] do ACIDI-IP, pela autorização da aplicação de questionários no ACIDI; à Dra. Alexandra Ferreira, Gabinete de Acolhimento e Triagem [GAT], pelo acolhimento e apresentação dos locais para aplicação dos e à Dra. Isabel Cunha, Gabinete de Apoio Técnico às Associações de Imigrantes (secção de Lisboa) – [GATAI], pela disponibilização da lista de associações de imigrantes e pela divulgação do estudo junto dos dirigentes das respetivas associações.

À Casa Internacional de São-Tomé e Príncipe, na pessoa de Dr. Danilo Salvaterra, onde apliquei questionários.

Ao Consulado da República de São-Tomé e Príncipe em Lisboa, na pessoa do Dr. João Penetra, pela disponibilização de contactos de associações Santomenses para a aplicação de questionários.

Ao Consulado Geral da Guiné-Bissau em Lisboa, na pessoa do Dr. Adbulai Balde, pela organização, acolhimento e toda a equipa que contribuiu para a aplicação de questionários.

Ao Consulado Geral da República de Angola em Lisboa, na pessoa de Dr. Afonso José, Vice-Cônsul, que me apresentou o Dr. Jerónimo David, presidente da Associação Apoio Sem Limite [ASLI] para a recolha de questionários junto da população Angolana.

Ao Consulado-Geral do Brasil em Lisboa, na pessoa de Dr. Ernando Neves, Vice-Cônsul, Chefe da Administração.

À Embaixada de Cabo Verde em Lisboa, na pessoa da Sra. Embaixadora, Dra. Madalena Neves, pela autorização concebida; ao Dr. Elias Andrade, pelo acolhimento, e à Dra. Marta Andrade, Dra. Marisa Santos e Dra. Edna Marta pela colaboração.

Ao Dr. Luís Amaro, Diretor da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Corroios [UCSPC], pela autorização para a aplicação de questionários na UCSPC.

Aos Utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Corroios, pela participação no estudo.

À Associação Académica de Quadros Guineenses – ASAG, na pessoa de Dr. José Balde, através da colaboração de aplicação de questionários.

À Associação Caboverdiana, na pessoa de Celivone.

À Associação da Comunidade de São Tomé e Príncipe – ACOSP, na pessoa de Dr. Cádio, Presidente.

À Associação das Mulheres de São-Tomé e Príncipe em Portugal [MEN-NON], na pessoa da Dra. Maria Smith.

À Associação de Apoio ao Estudante Africano e Comunidades [AAEAC], nas pessoas de Pedro António e Eduardo Kiese.

À Associação de Reformados de Corroios, na pessoa da Dra. Palmira Cardoso e Sr. Manuel Silva, Presidente.

À Associação dos Estudantes Angolanos em Portugal [AEA-P], na pessoa de Pedro António; Associação dos Residentes Angolanos no Concelho de Odivelas [ARACODI], na pessoa de Dr. Rafael Calandou.

À Associação Guineense de Solidariedade Social – AGUINENSO, na pessoa da Dra Ana Correia, Diretora Técnica da Associação, pela autorização, acolhimento e acompanhamento na aplicação de questionários.

À Associação Apoio Sem Limite [ASLI], na pessoa do Dr. Jerónimo David, Presidente da associação, pela preciosa colaboração para a recolha de questionários junto da população Angolana.

À Associação de Promotores de Saúde Ambiente e Desenvolvimento Sócio Cultural [PROSAUDESC], pela colaboração na participação no estudo.

À Bué Fix – Associação de Jovens, na pessoa de Dynka Amorim, Presidente da associação e restante corpo diretivo.

Ao Centro Cultural e Juvenil de Sto. Amaro “Casa Amarela de Corroios” Almada.

À Casa do Povo de Corroios.

À Casa do Brasil de Lisboa, na pessoa da Dra. Cyntia de Paula.

À Casa Internacional de São-Tomé e Príncipe, nas pessoas de Dr. Danilo Salvaterra e Dr. LudmiloTiny.

Aos senhores Acácio e Percy Santos que colaboraram na recolha de questionários no Encontro Nacional de Habitantes de São-Tomé e Príncipe em Portugal.

Aos Médicos do Mundo de Portugal, na pessoa da Dra. Carla Paiva, Diretora Geral, que aceitou a colaboração no estudo; Dra. Carla Fernandes, do Departamento de Projetos Nacionais, que me indicou o projeto “Projeto SOS”, onde, com a colaboração da Assistente Social Carla Mendonça e da Enfermeira Andreia Gomes (equipa de campo) pude aplicar questionários nos Bairros da Quinta da Serra, no Prior Velho e Bairro da Quinta da Fonte, na Apelação.

Ao Dr. Camilo e Dr. Carlos Malu, que me proporcionaram aplicação de questionários no encontro inscrito no “Dia da Comunidade Guineense em Portugal”, evento realizado no Mercado da Ribeira, dia 10 de novembro de 2012.

Ao Dr. Dautarin Costa, Sociólogo e Mediador Cultural, que contribuiu no aumento de contactos para a aplicação de questionários.

A todas as pessoas, Alípio Morais, Ivanira, Edson Incopte, Louise, Abduley, Dália, Haldame, Caxito, Dacosta; Josemar, Arlito, Kirina, LudmiloTiny, Aldane, Candinha, Jasi, Ortência, Edna, Anilda, Vânia, Irina, Margarida, Kilson, Kesnya, Dominga, Leonel Maquengo, Pedro António, Edna, Nadilsa, Bretilde, Anilda, Irina, Weza, Kilson, Candinha, pela preciosa colaboração na aplicação de questionários no seu meio social e a todas as pessoas que contribuíram para aumentar a amostra e que permaneceram no anonimato.

Resumo<sup>1</sup>

Apesar do multiculturalismo de Portugal, poucos estudos foram realizados para entender se há diferenças relativamente à saúde sexual e reprodutiva entre os portugueses e os imigrantes. Através deste trabalho pretendemos explorar se há diferenças relativamente a certos indicadores de saúde sexual e reprodutiva entre portugueses e imigrantes residentes em Portugal. Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, quantitativo, onde, através de uma amostragem não probabilística, reunimos 935 participantes (50.5% homens e 49.5% mulheres), entre os 18 e 72 anos, vivendo em Portugal. Utilizámos um questionário para recolher dados sociodemográficos e informação sobre indicadores de saúde sexual e reprodutiva. Os resultados demonstraram que existem algumas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes de diferentes países no que diz respeito ao uso do preservativo, frequência de masturbação, história de dor durante a penetração vaginal, falta de desejo sexual, ejaculação atrasada ou ausência de ejaculação e prática de mutilação genital feminina ou de circuncisão. Devido às diferenças encontradas, defendemos um aumento do conhecimento cultural relativamente à sexualidade por parte dos profissionais de saúde bem como uma adaptação cultural dos programas de promoção da saúde sexual. Devem ser realizados estudos qualitativos para entender melhor as representações e comportamentos relacionados à saúde sexual de cada país.

*Palavras chave:* Sexualidade, transcultural, migração, cuidados de saúde, Portugal.

---

<sup>1</sup> As normas usadas para a realização do trabalho são as da American Psychological Association (APA), da sexta edição.

### Abstract

Despite Portugal's multiculturalism, few studies have been done to understand if there are differences in sexual and reproductive health between Portuguese people and immigrants that justify a culturally sensitive approach from health care professionals. We aim to explore if there are differences regarding sexual and reproductive health indicators among the Portuguese and immigrants living in Portugal. This is a cross-sectional descriptive exploratory quantitative study. Across the non-probabilistic sampling, we gathered 935 participants (50.5% men and 49.5% women), aged 18-72 years living in Portugal. We used a questionnaire to collect socio-demographic data as well as information about sexual and reproductive health indicators. The results showed that there are some significant differences between the participants of different countries in what concerns condom use, masturbation frequency, history of pain during vaginal penetration, lack of sexual desire, delayed ejaculation or absence of ejaculation, and practice of female genital mutilation and circumcision. Due to the differences found, we advocate an increase in the cultural specific knowledge of sexuality by health professionals. We also believe sexual health promotion programs need to be adapted to acknowledge and integrate cultural differences. However, qualitative studies must be done to better understand the significations and behaviors related to sexual health of each country.

Keywords: Sexuality, cross-cultural, migration, healthcare, Portugal

### Résumé

Malgré le multiculturalisme du Portugal, peu d'études ont été menées pour comprendre s'il y a des différences en matière de santé sexuelle et reproductive entre les portugais et les immigrantes. Grâce à ce travail, nous avons l'intention d'explorer s'il existe des différences en ce qui concerne certains indicateurs de santé sexuelle et reproductive entre les portugais et les immigrantes vivant au Portugal. Il s'agit donc d'une étude quantitative et exploratoire, transversale, descriptive, où, grâce à un échantillonnage non probabiliste, nous avons réuni 935 participants (50.5% d'hommes et 49.5% de femmes) âgés de 18 à 72 ans vivant au Portugal. Nous avons utilisé un questionnaire pour collecter des données socio-démographiques et des informations sur les indicateurs de santé sexuelle et reproductive. Les résultats ont démontré qu'il existent quelques différences statistiquement significatives entre les participants de différents pays concernant l'utilisation du préservatif, la fréquence de la masturbation, les antécédents de douleur pendant la pénétration vaginale, le manque de désir sexuel, l'éjaculation retardée ou l'absence d'éjaculation et la pratique de mutilation génitale féminine et circoncision. En raison des différences constatées, nous préconisons une augmentation des connaissances culturelles sur la sexualité par les professionnels de la santé ainsi qu'une adaptation culturelle des programmes de promotion de la santé sexuelle. Des études qualitatives devraient être menées pour mieux comprendre les représentations et les comportements liés à la santé sexuelle dans chaque pays.

*Mots clés:* Sexualité, inter-culturel, migration, soins de santé, Portugal.

**Abreviaturas, siglas e símbolos**

% - Percentagem

AAEAC - Associação de Apoio ao Estudante Africano e Comunidades

ACIDI, IP - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Instituto Público

ACIME – Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas

ACM,IP - Alto Comissariado para as Migrações, Instituto Público

ACOSP - Associação da Comunidade de São Tomé e Príncipe

ACSF - Analyse des Comportements Sexuels en France

AEA-P - Associação dos Estudantes Angolanos em Portugal

AGUINENSO - Associação Guineense de Solidariedade Social

AMMA - Associação Amigos da Mulher Angolana

APA - American Psychological Association

APF - Associação para o Planeamento da Família

ARACODI - Associação dos Residentes Angolanos no Concelho de Odivelas

ASAG - Associação Académica de Quadros Guineenses

ASAP - Angola de Solidariedade em Portugal

ASLI - Associação Apoio Sem Limite

CE - Comissão Europeia

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

*cf.* - Conferir, do *latim confer*

CNAI - Centro Nacional de Apoio ao Imigrante

*DP* - Desvio padrão

*e.g.* - Por exemplo

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EMHA - European Health Management Association

EUA - Estados Unidos da América

FAMI - Financiamento pelo Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração

FCSH - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

FSE - Fundo Social Europeu

GAT - Gabinete de Acolhimento e Triagem

GATAI - Gabinete de Apoio Técnico às Associações de Imigrantes

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

ICS - Imprensa de Ciências Sociais

IDSR-II - Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva em Cabo Verde

IIMS - Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde 2015-2016 de Angola

IST - Infecções sexualmente transmissíveis

KS - Kolmogorov-Smirnov

$\chi^2$  - Qui-quadrado

KW - Kruskal-Wallis H

*M* - Média

MEN NON - Associação das Mulheres de São-Tomé e Príncipe em Portugal

MGF - Mutilação Genital Feminina

MICS - Inquérito aos Indicadores Múltiplos de São Tomé e Príncipe

MICS5 - Quinto Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 da Guiné-Bissau

MIGHEALTHNET - Home Health Care and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe

MINPLAN - Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial

MIPEX - Migrant Integration Policy Index

MO - Média das ordens

*n* - Número de casos

*n*<sup>o</sup> - Número

NHSLS - National Health and Social Life Survey

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIM - Organização Internacional para as Migrações

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações Não Governamentais

*p* - Nível de significância estatística (*p*-value)

*p<sub>aj</sub>* - *p*-value ajustado

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

PROSAUDESC - Associação de Promotores de Saúde Ambiente e Desenvolvimento Sócio Cultural

SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

Sida - Síndrome de Imunodeficiência Aquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SSREU - Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários

SSS - Sexual Scripts Scale

T-Share - Transcultural Skills for Health and Care

UCSPC - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Corroios

UE - União Europeia

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNHCR - United Nations High Commissioner for Refugees

UNL - Universidade Nova de Lisboa

$V$  -  $V$  de Cramér

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

$Z_{adj}$  - Valor de  $Z$  ajustado

$\alpha$  - Nível de significância

## Índice Geral

<b>Introdução .....</b>	<b>25</b>
<b>I Parte – Fundamentação teórica .....</b>	<b>29</b>
<b>Capítulo 1 .....</b>	<b>29</b>
<b>1.1 De migrar a globalizar .....</b>	<b>29</b>
<b>1.2 Da cultura à multiculturalidade.....</b>	<b>34</b>
<b>1.3 A questão da aculturação.....</b>	<b>38</b>
<b>1.4 Saúde e migração: Migrantes, uma população de risco?.....</b>	<b>40</b>
<b>1.5 O cuidar cultural .....</b>	<b>44</b>
<b>1.6 Competências culturais .....</b>	<b>47</b>
<b>1.7 Modelos culturais em enfermagem .....</b>	<b>48</b>
<b>Capítulo 2 .....</b>	<b>51</b>
<b>2.1 Fundamentos históricos da sexualidade .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2 Da perspetiva biológica à visão social da sexologia .....</b>	<b>59</b>
<b>2.3 A sexualidade como objeto de estudo da sociologia.....</b>	<b>62</b>
<b>2.4 Estudo da sexualidade de uma perspetiva cultural – Estado de arte nas esferas internacional e nacional .....</b>	<b>62</b>
<b>2.5 Justificação do estudo atual.....</b>	<b>73</b>
<b>2.6 Estudo atual .....</b>	<b>76</b>
<b>2.7 Questões de investigação .....</b>	<b>77</b>
<b>2.8 Tipo de estudo .....</b>	<b>79</b>
<b>II Parte - Estudo empírico: “Sexualidade num Portugal Multicultural” .....</b>	<b>80</b>
<b>1 Amostragem .....</b>	<b>80</b>
<b>2 Caracterização da amostra .....</b>	<b>81</b>
<b>3 Medidas .....</b>	<b>89</b>

<b>3.1 Questionário</b> .....	<b>90</b>
<b>4 Procedimentos</b> .....	<b>90</b>
<b>4.1 A ética do estudo</b> .....	<b>90</b>
<b>4.2 Elaboração do Questionário</b> .....	<b>90</b>
<b>4.2.1 Pré-teste do questionário</b> .....	<b>92</b>
<b>4.2.2 A aplicação do questionário</b> .....	<b>92</b>
<b>4.2.3 A credibilidade do questionário</b> .....	<b>93</b>
<b>4.2.4 Locais de aplicação do questionário</b> .....	<b>94</b>
<b>4.3 Métodos de amostragem não probabilística</b> .....	<b>95</b>
<b>4.4 Plano de análise de dados</b> .....	<b>96</b>
<b>5 Resultados</b> .....	<b>98</b>
<b>5.1 Comparação dos grupos relativamente aos dados sócio-demográficos</b> .....	<b>98</b>
<b>5.2 Comparação dos grupos relativamente ao conhecimento acerca das IST's</b> .....	<b>101</b>
<b>5.3 Comparação dos grupos relativamente à saúde reprodutiva e planeamento familiar</b>	<b>105</b>
<b>5.4 Comparação dos grupos relativamente à Saúde Sexual</b> .....	<b>131</b>
<b>5.5 Comparação dos grupos relativamente às relações amorosas/íntimas</b> .....	<b>141</b>
<b>5.6 Comparação dos grupos relativamente às normas sociais e individuais ligadas à vivência da sexualidade</b> .....	<b>146</b>
<b>6 Discussão</b> .....	<b>158</b>
<b>6.1 Comparação dos grupos relativamente aos dados sócio-demográficos</b> .....	<b>158</b>
<b>6.2 Comparação dos grupos relativamente ao conhecimento acerca das IST's</b> .....	<b>163</b>
<b>6.3 Comparação dos grupos relativamente à saúde reprodutiva e planeamento familiar</b>	<b>165</b>
<b>6.4 Comparação dos grupos relativamente à Saúde Sexual</b> .....	<b>179</b>
<b>6.5 Comparação dos grupos relativamente às relações amorosas/íntimas</b> .....	<b>185</b>

<b>6.6 Comparação dos grupos relativamente às normas sociais e individuais ligadas à vivenciada sexualidade.....</b>	<b>190</b>
<b>6.7 Identificação correta das limitações do estudo .....</b>	<b>198</b>
<b>6.8 Identificação correta das implicações do estudo.....</b>	<b>201</b>
<b>6.9 Apresentação de sugestões pertinentes para estudos futuros.....</b>	<b>202</b>
<b>7 Conclusão .....</b>	<b>204</b>
<b>Referências .....</b>	<b>209</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>235</b>

**Índice de tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Principais nacionalidades estrangeiras em Portugal nos anos de 2012 e 2014.....	32
<b>Tabela 2.</b> População estrangeira residente (Grandes Grupos Etários) em 2012.....	33
<b>Tabela 3.</b> Estatística descritiva socio-demográfica da amostra .....	85
<b>Tabela 4.</b> Estatística descritiva “Já ouviu falar de IST?” por nacionalidade .....	102
<b>Tabela 5.</b> Estatística descritiva “Quais as IST que conhece?” por nacionalidade.....	104
<b>Tabela 6.</b> Estatística descritiva “Onde ou com quem adquiriu conhecimentos sobre os métodos contraceptivos ?” por nacionalidade .....	107
<b>Tabela 7.</b> Estatística descritiva “Qual (quais) o(s) contraceptivos que conhece?” por nacionalidade .....	109
<b>Tabela 8.</b> Estatística descritiva “Qual (quais) o(s) contraceptivos que utiliza?” por nacionalidade .....	112
<b>Tabela 9.</b> Estatística descritiva “Qual (quais) o(s) contraceptivos proibidos por motivos culturais/religiosos?” por nacionalidade.....	116
<b>Tabela 10.</b> Estatística descritiva “Onde adquiriu a contraceção hormonal de emergência?” por nacionalidade.....	119
<b>Tabela 11.</b> Estatística descritiva “Onde a companheira adquiriu a contraceção hormonal de emergência?” por nacionalidade.....	121
<b>Tabela 12.</b> Estatística descritiva “Do seu ponto de vista, qual o principal objetivo do preservativo?” por nacionalidade .....	130
<b>Tabela 13.</b> Estatística descritiva “Qual situação que não pode ter relações sexuais?” por nacionalidade .....	148
<b>Tabela 14.</b> Estatística descritiva “Onde ouviu falar de circuncisão feminina?” por nacionalidade .....	150

**Tabela 15.** Estatística descritiva “Onde ouviu falar de circuncisão masculina?” por

nacionalidade ..... 154

**Índice de gráficos**

<b>Gráfico 1.</b> Pirâmide etária da população estrangeira em portugal em 2012.....	33
<b>Gráfico 2.</b> Pirâmide etária da população estrangeira em portugal em 2014.....	34

**Índice de figuras**

**Figura 1.** Modelo de Purnell referente à competência cultural ..... 50

Sexualidade num Portugal Multicultural - Estudo transcultural entre portugueses e imigrantes.

O interesse pela perspetiva cultural, no papel de profissional de saúde, surge de uma necessidade pessoal de compreensão do outro, enquanto indivíduo detentor de uma cultura diferente. Como enfermeira, esse interesse vai ao encontro do Art. 82º do Código Deontológico do Enfermeiro, onde no ponto b), se encontra explícito o dever de “respeitar a integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa” (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2009, p. 3).

Portugal tem-se revelado um país com uma certa flutuação ao nível da migração (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF], 2013), recebendo e enviando gente de todo e para todo o globo.

A migração e a diversidade cultural que dela emerge obrigam a uma adaptação da sociedade e do seu modo de pensar, requerendo a intervenção do Estado e o desenvolvimento de políticas, nomeadamente ao nível da saúde, “implicando um novo reposicionamento metodológico, epistemológico e político ao nível da teoria, pesquisa e intervenção.” (Ramos, 2009b, p. 9).

A migração tem implicações óbvias no campo da saúde, que têm vindo a ser cada vez mais evidentes (Carballo & Nerurkar, 2001). Quando a saúde é pensada numa perspetiva de prestação de cuidados que pressupõem a atenção a aspetos culturais, verificam-se certas dificuldades. A falta ou desadequada comunicação cultural constitui uma das barreiras no acesso aos serviços de saúde sentida pelos imigrantes (Silva & Martingo, 2007). Muitas vezes estas dificuldades associam-se ao desconhecimento dos profissionais de saúde relativamente às “representações e crenças de saúde e doença do utente/doente e sobre as relações deste com o seu mundo social, espiritual e cultural.” (Ramos, 2009a, p. 71). No entanto, pensar que as organizações de saúde de hoje são instituições monoculturais, remete para uma postura

desenquadrada com a realidade atual (Lopes, 2009). Proporcionar cuidados culturalmente adequados e de qualidade a utentes provenientes de diversos grupos culturais é o objetivo (Abreu, 2009).

Em Portugal, os estudos sobre imigração e saúde começam a ser desenvolvidos, de uma forma mais notória, a partir de 2007. Sendo esta temática recente, a informação recolhida é rara e de difícil acesso. Quem trabalha na área reconhece falhas e sente uma necessidade de encontrar soluções (Fonseca, Silva, Esteves, & McGarrigle, 2009), isto apesar de ser reconhecida a importância dos estudos relativos à imigração e saúde respondendo a uma realidade emergente e contribuindo para a “a coesão das sociedades multiculturais.” (Fonseca & Silva, 2010, p. 19).

Confrontando a multiculturalidade de Portugal com a escassez de estudos transculturais relacionados com a saúde e mais especificamente, de estudos no âmbito da sexualidade, através deste trabalho propomo-nos a discutir a saúde sexual de uma perspetiva cultural traçando como objetivo explorar se existem diferenças em relação aos indicadores de saúde sexual e reprodutiva como conhecimento e uso dos métodos contraceptivos, interrupção voluntária da gravidez, masturbação, sexo pago, histórico de problemas sexuais, mutilação genital feminina e circuncisão entre portugueses e os imigrantes, nomeadamente, os angolanos, os brasileiros, os guineenses, os cabo-verdianos e os santomenses a residir em Portugal.

Os estudos transculturais ao permitirem o conhecimento das minorias constituem um importante contributo para a diminuição de comportamentos de risco (Michaud, 1999) bem como para o aumento da competência cultural dos profissionais de saúde (Fonseca & Silva, 2010), evocando, desta forma, o interesse do ponto de vista da saúde pública para este tipo de trabalhos (Lewis, 2004).

Na esfera internacional as conclusões são distintas. Se por um lado existem estudos que demonstram existência de diferenças estatisticamente significativas (Neto & Pinto, 2015; Davis & Niebes-David, 2010; Cardoso, 2007), outros demonstram similitudes superiores às diferenças (Rocca & Harper, 2012) ou não se encontrando diferenças estatisticamente significativas, as problemáticas são transversais (Jamali, et. al., 2016). Outra temática de interesse é a compreensão da influência da migração nos comportamentos de risco (Mole, Parutis, Gerry, & Burns, 2014; Jung, 2012).

Na esfera nacional, apesar de se realizarem estudos sobre a sexualidade dos portugueses há mais de uma década (Águas, Bombas, & Silva, 2016; Barreira, Rodrigues, & Antunes, 2015; Policarpo, 2014; Aboim, 2012; Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2012; Vieira, 2012; Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011; Ferreira & Cabral, 2010; Cunha-Oliveira A., Cunha-Oliveira, Pita, & Massano-Cardoso, 2009; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008; Almeida, Vilar, André & Lalanda, 2004), verifica-se que ainda é relativamente recente o estudo da sexualidade das minorias.

O presente estudo tem um carácter exploratório, descritivo e transversal, de metodologia quantitativa, usando uma análise descritiva e inferencial de um questionário por nós realizado e aplicado através de amostragem não probabilística, maioritariamente na região metropolitana de Lisboa.

O trabalho divide-se em duas partes. A primeira, subdivide-se em dois capítulos, o primeiro relativo à singularidade de Portugal em matéria de imigração - até ao ano 2012, período da recolha da amostra – cultura e aculturação, migração e suas problemáticas, migração e saúde e o cuidar cultural. O segundo capítulo, é dedicado à história da sexologia, nomeadamente à evolução do interesse de uma perspetiva biológica passando a uma perspetiva social e ao estado de arte internacional e nacional no que concerne aos estudos sobre a sexualidade de um ponto de vista cultural. A segunda parte divide-se na metodologia

do estudo, na exposição e discussão dos resultados, na exposição das limitações e implicações do estudo. Por finalizar, a conclusão, onde expomos os principais resultados, e abordamos sugestões de investigação futura.

## I Parte - Fundamentação teórica

### Capítulo 1

**1.1 De migrar a globalizar.** Nascer, crescer e morrer no mesmo local não constitui mais uma realidade comum no mundo moderno. Vivemos num mundo em mudança e movimentamo-nos constantemente à procura de trabalho, segurança, de coisas diferentes, de mundos imaginados e de vidas mais felizes (Fonseca, Esteves, McGarrigle & Silva, 2007).

Após a 2ª Guerra Mundial, “ (...) a libertação dos fluxos internacionais de comércio, capitais, tecnologias e informação e o aumento da mobilidade das pessoas” evoluiu de maneira drástica, revelando “uma rede de interdependência social e económica global.” (Machado, 2009, p. 3). Assim, a “(...) globalização como a mobilidade das populações e a urbanização” (Ramos, 2009a, p. 67), fomentaram a mistura de gentes, de culturas, de formas de vida “(...), contribuindo (...), para a multi/interculturalidade das sociedades” (...), colocando [desta forma] grandes desafios à comunicação, à saúde e à gestão da diversidade cultural.” (Ramos, 2009a, p. 67). “As forças da globalização, (...), dão lugar à interpenetração de mundos sociais cada vez mais móveis.” (Kirmayer, 2009, pp. 74-75). Berger (2003, p. 37) acrescenta: “a globalização significa um enorme crescimento da comunicação entre um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo.”

A questão da migração “(...), que gera diversas comunidades étnicas, marcadas por diferenças em termos de línguas usos e/ou costumes (...)” (Nunes, 2009, p. 48), reflete-se num “(...) fenómeno configurado pela dinâmica da população, pelos desenvolvimentos regionais, pelo impulso e tracção de factores económicos, políticos, sociais e outros tais como história e cultura.” (Nunes, 2009, p. 48).

Apesar de tudo, a migração não constitui um fenómeno novo. Desde cedo as sociedades migraram (Carballo & Nerurkar, 2001). No entanto, atualmente, deparamo-nos com novos desafios. “As questões da multiculturalidade, da mobilidade das populações e das

relações interculturais (...)” (Ramos, 2009a, p. 67) representam necessariamente assuntos abordados a nível internacional e exigem uma melhor preparação por parte das instituições (Ramos, 2009a; Fonseca et al., 2007). O tópico do movimento das pessoas entre países constitui assunto de debate urgente (Comissão Europeia (CE), 2011).

De acordo com os dados da Nações Unidas, em 2013 estima-se que o número de migrantes internacionais tenha atingido os 232 milhões, 136 milhões no Norte e 96 milhões no Sul. A Europa e a Ásia acolhem 2/3 da população migrante. Em 2013, na Europa viviam 72 milhões de migrantes (Nações Unidas, 2013), número que tem vindo a aumentar consideravelmente.

De acordo com o Eurostat (2016), em 2013 os Estados Membros receberam cerca de 3,4 milhões de imigrantes e viram partir 2,8 milhões de emigrantes. 1.7 milhões de cidadãos são originários de países terceiros, com uma distribuição por sexo superior nos homens, (53%), relativamente às mulheres (47%) (Eurostat 2016). A população imigrante possui uma média de idades mais jovem do que a média da população dos países de acolhimento. Nesse mesmo ano, Portugal constatou a tendência para a mobilidade, vendo partir 69% dos seus emigrantes para os restantes Estados Membros (Eurostat 2016).

Em 2014, com a tendência de aumento da imigração para a Europa dos 28, foram acolhidos 19.6 milhões de imigrantes originários de países subdesenvolvidos. Os Estados Membros que acolhem mais imigrantes são: A Alemanha (7 milhões), Reino-Unido (5 milhões), Itália (4.9 milhões), Espanha (4.7 milhões) e França (4.2 milhões) (Eurostat 2016).

Portugal, até à década de 60, foi considerado um país de carácter emigratório, facto que se metamorfoseou com a Revolução de 25 de Abril de 1974, através da independência das ex-colónias e conseqüente retorno das pessoas daí provenientes (SEF, 2006). Já na década de 90, Portugal assistiu a uma forte imigração originária dos Países Africanos de Língua Oficial

Portuguesa (PALOP) e do Brasil. No início do século além do aumento da população originária do Brasil, iniciou-se a imigração proveniente da Europa de Leste (SEF, 2006).

Atualmente Portugal revela-se um país de “regime misto”, ao confrontar-se a imigração e emigração, verificando-se uma “tendência decrescente da população estrangeira em Portugal, desde 2002 (...)” (SEF, 2015, p. 10). No final de 2012, contabilizaram-se 417.042 cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, sendo que aproximadamente metade era originária dos países de língua portuguesa (48%), destacando-se o Brasil (25.3%), Cabo Verde (10.3%), Angola (4.9%) e Guiné-Bissau (4.3%). As restantes nacionalidades mais significativas eram a Ucrânia (10.6%) e a Roménia (8.4%). São Tomé e Príncipe constituiu uma pequena percentagem de 2.5% (SEF, 2013).

Segundo o SEF (2015), em 2014 contabilizou-se um total de 395.195 cidadãos estrangeiros; uma diminuição de 1.5%. As nacionalidades mais representativas que emigraram neste ano para Portugal foram a brasileira (22.1%), caboverdiana (10.4%) e a angolana (5%), devido a fatores como “a aquisição de nacionalidade portuguesa; a alteração de fluxos migratórios e o impacto da actual crise económico no mercado laboral.” (SEF, 2015, p. 10). No entanto, a nacionalidade brasileira continua a ser a mais representativa em Portugal, contando com cerca de 87.493 cidadãos.

De acordo com o SEF (2015), como se pode verificar na Tabela nº1, entre 2012 e 2014, o ranking das dez nacionalidades mais representativas em Portugal foi sofrendo alterações. A Moldávia perdeu a sua representatividade, cedendo lugar à Espanha. O crescimento de cidadãos estrangeiros é visível nas nacionalidades chinesa, espanhola, britânica e guineense-Bissau, sendo que a nacionalidade chinesa é mais representativa, passando a ocupar o quinto lugar, com um crescimento de 14.8%, contando com cerca de 21.402 cidadãos, seguindo-se da nacionalidade angolana, com cerca de 19.710 cidadãos (SEF, 2015).

Tabela 1

*Principais nacionalidades estrangeiras em Portugal nos anos de 2012 e 2014*

<b>País</b>	<b>Sexo</b>	<b>Total 2014</b>	<b>Total 2012</b>
<b>Brasil</b>	<b>HM</b>	<b>87.493</b>	<b>105.622</b>
	H		44.127
	M		61.495
<b>Ucrânia</b>	<b>HM</b>	<b>37.852</b>	<b>44.074</b>
	H		23.147
	M		20.927
<b>Cabo Verde</b>	<b>HM</b>	<b>40.912</b>	<b>42.857</b>
	H		20.200
	M		22.657
<b>Roménia</b>	<b>HM</b>	<b>31.505</b>	<b>35.216</b>
	H		19.811
	M		15.405
<b>Angola</b>	<b>HM</b>	<b>19.710</b>	<b>20.366</b>
	H		9.639
	M		10.727
<b>Guiné-Bissau</b>	<b>HM</b>	<b>17.981</b>	<b>17.759</b>
	H		9.946
	M		7.813
<b>China</b>	<b>HM</b>	<b>21.402</b>	<b>17.447</b>
	H		9.000
	M		8.447
<b>Reino Unido</b>	<b>HM</b>	<b>16.560</b>	<b>16.649</b>
	H		8.652
	M		7.997
<b>Moldávia</b>	<b>HM</b>	<b>-</b>	<b>11.503</b>
	H		-
	M		-
<b>São Tomé e Príncipe</b>	<b>HM</b>	<b>10.167</b>	<b>10.376</b>
	H		-
	M		-
<b>Espanha</b>	<b>HM</b>	<b>9.692</b>	<b>-</b>

*Nota:* SEF (2015; 2013)

Tal como em 2012, a distribuição territorial da população estrangeira<sup>2</sup> concentra-se no litoral do território nacional, com predominância nos distritos de Lisboa, onde em 2014, registou 176.927 cidadãos, enquanto em 2012, apresentava 181.901 pessoas; Faro, em 2014, registou 57.212 cidadãos em 2012, 62.624 cidadãos; e Setúbal, também com uma diminuição

<sup>2</sup> Termo usado pelo SEF para se referir à população imigrante. Adoptámos a designação de imigrantes.

de cidadãos, registando em 2014 39.763 cidadãos face a 44.197 cidadãos no ano de 2012 (SEF, 2015; 2013).

Ainda de acordo com o SEF (2013), como se pode verificar na Tabela nº2 e no Gráfico nº1, relativamente ao sexo da população imigrante em 2012, reflexo do fenómeno mundial, também em Portugal se verificou uma equivalência entre sexos, fenómeno justificado no reagrupamento familiar.

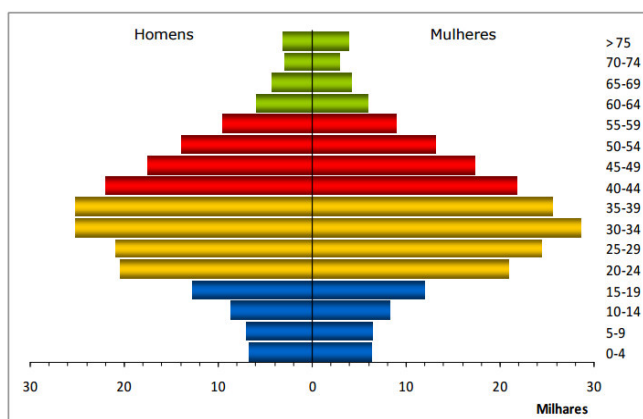
Tabela 2

*População estrangeira residente (Grandes Grupos Etários) em 2012*

População estrangeira em território nacional por grandes grupos etários	Sexo	Grupo Etário				Total
		0-19	20-39	40-64	65 e mais	
TOTAL	<b>Homens e Mulheres</b>	<b>68.270</b>	<b>191.479</b>	<b>136.044</b>	<b>21.249</b>	<b>417.042</b>
	Homens	35.370	91.827	68.936	10.380	206.513
	Mulheres	32.900	99.652	67.108	10.869	210.529

*Nota:* SEF (2013)

Gráfico 1. Pirâmide etária da população estrangeira em Portugal em 2012

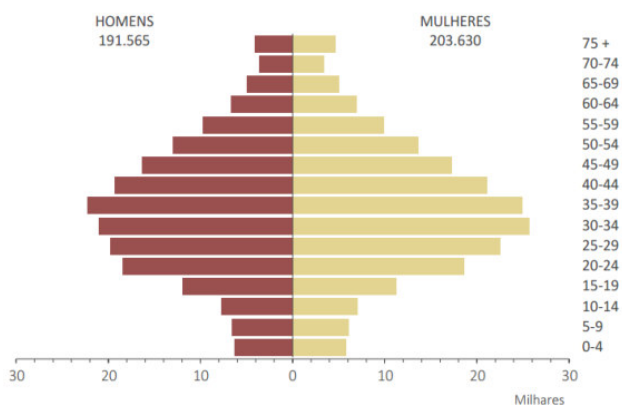


*Nota:* SEF (2013)

No entanto, essa tendência tem vindo a alterar-se, sofrendo uma inflexão com o aumento da diferença para cerca de 3% entre o sexo feminino (51.5%) e o masculino (48.5%), tendo como causa o reagrupamento familiar e a emigração de homens (SEF, 2015).

Em 2014, a população estrangeira residente em idade ativa entre os 15 a 64 anos é de 83.5% (SEF, 2015), menor do que a mesma população em 2012, 84.50%. Contudo, como se observa no Gráfico n.º2, verifica-se a estabilidade do intervalo etário mais dominante, o grupo entre os 20-39 anos (SEF, 2013).

Gráfico 2. Pirâmide etária da população estrangeira em Portugal em 2014



*Nota:* SEF (2015)

**1.2 Da cultura à multiculturalidade.** Mas se a mistura de gentes não colocasse dificuldades a quem recebe e a quem se instala não seria pertinente falar de diferenças; diferenças estas que nos distinguem enquanto seres portadores de culturas próprias ainda que muitos as tentem dissipar. Neste sentido, se há conceito falado, discutido, dissecado é o da cultura.

De acordo com Antunes (2009), o conceito de cultura surgiu no sentido agrícola, foi-se alterando ao longo dos tempos. Explicada por Titiev (2009/1959, p. 390) como “todo o

conjunto de objectos, valores, significados simbólicos e formas de comportamento repetitivas que guiam a conduta dos membros individuais de uma sociedade” ela guarda uma componente hereditária ao nível comportamental, negando por isso uma transmissão biogenética, levando a que “padrões ou configurações de cultura” não terminam com a morte do indivíduo. Neste sentido, mais eterna do que o sujeito humano, a cultura é “a pegada humana na natureza.”(Antunes, 2009, p. 143).

Abreu (2009, p.12), citando Timby, Scherer & Smith (1999), define a cultura resultante de “(...) aprendizagens acumuladas de grupos geracionais de indivíduos no seio de sociedades mais ou menos estruturadas.”

Segundo os mesmos, a cultura é algo partilhável. “(...) A cultura consiste na herança combinada de estilos de linguagem e de comunicação, de crenças em matérias de saúde e assistência, de costumes, de rituais e de práticas religiosas.” (Abreu, 2009, p. 12, cit. Timby, Scherer e Smith, 1999).

Cortis (2003, p.33), afirma que “a cultura faculta ao indivíduo e aos grupos um conjunto integrado e significativo de crenças e valores, que lhes proporciona um sentido de identidade e referências para o comportamento (...).”

Partindo do princípio que existe uma diferença de culturas num mundo globalizado, o confronto cultural é um fenómeno quase inevitável. Olhamos o outro influenciados pelos

“(...) nossos sistemas de valores, as nossas crenças, atitudes, a nossa visão do mundo e dos outros, a nossa organização social e política (...) encontramos representações de saúde, doença, crenças, práticas e rituais de protecção e de saúde que variam, nomeadamente, segundo os indivíduos, os grupos, as classes sociais, as culturas e os contextos de desenvolvimento.” (Ramos, 2009, pp. 69-70).

Lévi-Strauss, explicando a diferenciação cultural afirma que “(...) a diversidade das culturas é de facto no presente, e também de direito no passado, muito maior e mais rica do que tudo o que estamos destinados a dela conhecer.” (Lévi-Strauss, 2010/1952, p. 14) e,

portanto, “(...) não deve ser concebida de uma maneira estática” (Lévi-Strauss, 2010/1952, p. 15). O autor questiona-se sobre o que determinará essa diversidade cultural.

Antes de mais, há que reconhecer a diferença que não sendo positiva nem negativa, se destaca por não ser igual. Desta forma, o mesmo autor salienta que:

“(...) a simples proclamação da igualdade natural entre todos os homens e da fraternidade que os deve unir, sem distinção das raças ou de culturas, tem qualquer coisa de enganador para o espírito, porque negligencia uma diversidade de facto, que se impõe à observação e em relação da qual não basta dizer que não vai ao fundo do problema para que sejamos teórica e praticamente autorizados a actuar como se não existisse.” (Lévi-Strauss, 2010/1952, p. 19).

Numa realidade de diferentes culturas ou subculturas, a atribuição de “significados diferentes às mesmas realidades [induz ao desenvolvimento de] percepções sociais diferentes, o que poderá originar incompreensão mútua, conflitos e dificuldades de comunicação.” (Ramos, 2009. p. 70).

Do ponto de vista da saúde, e assinalando o papel que a cultura nela desempenha, constata-se que esta possibilita compreender as “determinantes da doença, formular o seu diagnóstico e estabelecer padrões terapêuticos aos indivíduos que solicitam cuidados de saúde; permite (...) perceber papéis sociais, padrões de relação e expectativas que marcam (...) as interacções” (Cortis, 2003, p.33) entre utilizadores e prestadores dos serviços de saúde.

Neste âmbito, e lembrando a importância que a cultura exerce no contexto da saúde, é possível verificar que “os sistemas de interpretação da saúde têm uma lógica cultural e organizam as práticas sociais e simbólicas em relação à medicina, à doença, à família, à educação e ao desenvolvimento.” (Ramos, 2009, p. 70)

Da cultura a uma diversidade cultural ou a uma mistura de culturas é-nos impossível não falarmos da multiculturalidade. Mas que conceito é esse?

Segundo Rosas (2007), deparamo-nos com uma confusão concetual e terminológica, quando pensamos que sociedade multicultural e multiculturalismo são conceitos idênticos. Assim, de acordo com o mesmo, o primeiro conceito refere-se a uma realidade, um conceito descritivo, enquanto o segundo designa um modelo ou conjunto de modelos, sendo um modelo normativo.

Desta forma, existe uma sociedade multicultural quando nela coexistem várias culturas (Rosas, 2007). No sentido da concretização do presente conceito e de acordo com a literatura contemporânea, Rosas (2007) aponta três cenários diferentes para o conceito de sociedade multicultural: (1) “a existência de diversas nações históricas, com uma língua própria e com uma história distinta, na mesma comunidade política” (Rosas, 2007, p. 2); (2) “a existência de diversas comunidades étnicas, marcadas por diferenças em termos de línguas, religiões, usos/ou costumes, geradas pela imigração voluntárias ou forçada” (Rosas, 2007, p. 3); (3) “existência de minorias nacionais, imigrantes, sexuais e outras, cujo traço comum é constituírem movimentos sociais, com um passado histórico de vítimas de opressão por parte da sociedade maioritária.” (Rosas, 2007, p. 3).

Focando-se nas duas primeiras aceções, e referindo-se às sociedades europeias o autor classifica-as como tendo sido sempre “multiculturais na primeira aceção, enquanto sociedades multinacionais.” (Rosas, 2007, p. 4). No entanto, e segundo o mesmo autor, a novidade reside no facto “de se terem tornado multiculturais na segunda aceção, enquanto sociedades poliétnicas.” (Rosas, 2007, p. 4).

Mas quando e como surgem estas sociedades poliétnicas ou multiculturais? Segundo André (2009) este fenómeno verifica-se a partir essencialmente da segunda metade do século XX, justificado maioritariamente por fatores económicos e políticos num sentido de dissolução progressiva dos grandes Estados-nação do século XIX originando os “Estados-nação poliétnicos, multinacionais ou multiculturais ou nações poliéstatais (...) que acolhem no

seu seio comunidades fortes de etnias e nacionalidades.” (André, 2009, p. 9) Estes, de acordo com Moreira (1996, p. 54), constituem “sistemas complexos de cultura em que a presença de diversos elementos culturais ou de diferente origem constitui um factor tanto de heterogeneidade social como de heterogeneidade étnica.”

Ora, estes sistemas complexos (Moreira, 1996), esta mistura de gentes e culturas levam-nos a uma discussão delicada, pois, antes de mais, falar de multiculturalidade é falar da “questão da diferença” (Semprini, 1997). Mais, falar de multiculturalidade é também discutir o espaço, discutir direitos, das minorias relativamente às maiorias, abordar a questão identitária e de reconhecimento (Semprini (1997).

A multiculturalidade implica então uma discussão de algo mais complexo, a discussão da adaptação ao outro, ao que é diferente, o confronto de culturas; conduzindo-nos, necessariamente, à questão da aculturação.

**1.3 A questão da aculturação.** De acordo com Ramos (2009b, p. 5), a migração implica uma série de “rupturas espaciais e temporais (...) mudanças psicológicas, ambientais, biológicas, sociais, culturais, familiares, políticas”, requerendo uma “adaptação psicológica e social”, sendo considerada, por isso, como “um processo complexo, com consequências ao nível do desenvolvimento individual, sócio-profissional e da saúde física e psíquica.” (Ramos, 2009b, p. 5).

Portanto, a migração desencadeia um processo de aculturação, fenómeno decorrente de “contactos directos e prolongados entre duas culturas diferentes, caracterizando-se pela modificação ou transformação de um ou dos dois tipos culturais em presença.” (Santos, 2002, p. 102). Implica, assim, “(...) um processo complexo, contraditório, uma experiência de perda, ruptura, mudança” (Ramos, 2009b, p. 5) que pode ser sentida como um luto, “vivenciada pelo indivíduo de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus

recursos psicológicos e sociais, as características da sociedade dominante, as condições de acolhimento e as políticas do país receptor.” (Ramos, 2009b, p.5).

Sendo assim, para que o impacto negativo seja esbatido ou anulado, é importante que aconteça uma integração, isto é, “um processo bilateral que envolve tanto o imigrante como a sociedade de acolhimento.” (Machado, 2009, p. 4). Precisando, ao pensarmos nesta integração, falamos da aculturação, “um processo complexo, multidimensional e multidireccional que envolve os que chegam e os que acolhem, que se relacionam e interrelacionam em diversas dimensões.” (Nunes, 2009, p. 49). Trata-se pois de “uma aprendizagem de uma nova cultura” (Ramos, 2009b, p. 6), de uma escolha, nem sempre simples ou despida de teor sentimental, “entre o que o imigrante gostaria de manter e o que tem de abandonar dos hábitos e da cultura de origem.” (Ramos, 2009b, p. 6). Para Cabral (2000, p. 47) o processo de aculturação significa “a presença de um indivíduo num sistema cultural diferente do seu sistema de origem, o que implica a modificação do seu modelo cultural de base, resultante do contacto directo e contínuo de duas culturas diferentes.” (Cabral, 2000, p. 47), o mesmo autor vê este processo como algo automático e refere “a pessoa em contacto permanente ou prolongado com duas culturas cria automaticamente mecanismos de adaptação a esta situação.” (Cabral, 2000, p. 46).

Deste modo, do diálogo entre duas culturas distintas surge a interculturalidade. Este fenómeno acontece quando se verifica o estabelecimento de “(...) relações de compreensão dos fenómenos objectivos e, através delas, de compreensão mútua entre os seus conceptores e utilizadores.” (Cabral, 2000, p. 50). Fala-se, então de “comunicação intercultural” (Moreira, 1996, p. 70), como um processo que exige “confronto, não entre duas realidades ou dois grupos, mas entre dois modos de imaginar a realidade e de a construir.” (Moreira, 1996, p. 70).

Não obstante, não é raro que surja o conflito de códigos culturais, muitas das vezes incompatíveis, gerador de stresse ao indivíduo migrante (Ramos, 2009b). As condições de vida e laborais precárias, a falta de suporte social e a pobreza também influenciam o estado de saúde ou doença e as desigualdades de oportunidades no acesso aos serviços de saúde (Stronks, Ravelli & Reijneveld, 2001; Scheppers, Dongen, Dekker & Geertzen, 2006; Stampino, 2007).

O migrante, sujeito a distância física, pode vivenciar a solidão, a discriminação, a insegurança, “indiferença da população” e dificuldades comunicacionais, mais evidentes nas mulheres que interagem menos com a população de acolhimento (Coutinho, Ramos & Rodrigues, 2012; Scheppers, Dongen, Dekker & Geertzen, 2006).

Neste sentido, e tendo em conta todos estes fatores causadores de stresse/doença no processo migratório, verifica-se uma necessidade de refletirmos sobre a saúde em contexto migratório.

**1.4 Saúde e migração: Migrantes, uma população de risco?** O interesse pela saúde dos migrantes e o seu estudo é algo relativamente recente. Em 2004, foi assinalada no relatório realizado pela European Health Management Association, a partir de uma análise dos Planos Nacionais de Acção para a Inclusão, uma negligência relativa às “necessidades de cuidados de saúde dos imigrantes ou das minorias étnicas.” (Fonseca et al., 2007, p. 32). Em 2007, constatou-se uma escassez de estudos relacionados com o “acesso efectivo dos imigrantes aos cuidados de saúde em Portugal” (Fonseca et al., 2007, p.33).

Felizmente, o cenário tem vindo a transformar-se. Gradualmente, a migração passou a constituir assunto de interesse para a Saúde Pública (Carballo & Nerurkar, 2001) e para as entidades governantes (Fonseca et al., 2007, 2009). Tem-se constatado uma necessidade de aumentar o “(...) conhecimento dos determinantes de saúde e do estado de saúde dos indivíduos e comunidades de imigrantes.” (Dias & Gonçalves, 2007, p. 15).

Porque a saúde constitui “um bem público global que deve ser gerida de forma independente de fronteiras físicas ou administrativas, de culturas ou língua, em verdadeira diplomacia global da saúde de que a saúde dos imigrantes é paradigmática” (Machado, 2009, p. 5, cit. Chan, 2007), e dado que os imigrantes “podem sofrer de mais problemas de saúde do que a média na sua comunidade de acolhimento (...)” (U.E., 2007, p. 6), a saúde dos migrantes e a sua acessibilidade aos cuidados de saúde passaram a fazer parte das questões relevantes da integração (Machado, 2009, p. 5).

No entanto, apesar dos esforços, verifica-se que os poucos países da UE que possuem dados relativos à saúde dos migrantes dificultam a divulgação de informação fidedigna sobre “a experiência da saúde e as necessidades dos migrantes no domínio da saúde.”(U.E., 2007, p. 8). Tal facto é justificado por recolhas de dados através de métodos pouco uniformes e no receio percebido pelos migrantes, de recorrerem aos serviços de saúde e de fornecerem certas informações (U.E. 2007). Não obstante, através da informação recolhida é possível constatar-se que existe uma falta de conhecimento por parte das “autoridades” e dos “prestadores de serviços de saúde (...) para responder às suas necessidades específicas.”(U.E., 2007, p. 9).

Independentemente da quantidade de estudos realizados, e da sua fidedignidade, a migração em si constitui um fator de risco, uma vez que pode implicar “uma série de eventos que podem ser traumatizantes e podem colocar os migrantes em risco (separação da família e dos valores tradicionais, ser colocado em novas situações sociais e culturais de risco (...).” (Carballo & Nerurkar, 2001, p. 557). Além desses fatores de stress surgidos no choque cultural, outros problemas de saúde são suscetíveis de acontecer. Esta ideia corroborada pela Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS] (2004), ao referir que a mobilidade humana sempre contribuiu para o aumento de doenças infecciosas. Apesar, aqui também, da reduzida informação, os estudos dirigidos para a saúde e migração na Europa,

revelam que a população migrante é considerada como grupo de alto risco, comparativamente com a população autóctone, (Carballo & Nerurkar, 2001; Carballo, Divino & Zeric, 1998), relativamente a doenças como VIH/Sida, tuberculose e hepatites (Dias & Gonçalves, 2007; Coker, 2003).

Assim, à migração associa-se uma elevada vulnerabilidade à infeção pelo VIH (UNAIDS, 2004; UN, 2000). Este fenómeno acontece, possivelmente, devido à imigração de “pessoas oriundas de países com elevadas taxas de VIH (...)”. “Entre 1997 e 2005, 47% das infeções por VIH transmitidas entre heterossexuais na EU foram diagnosticadas em pessoas provenientes de países com uma elevada incidência de VIH.”(U.E., 2007, p. 11). Uma das justificações para tal facto é a imigração de trabalhadores de sexo masculino para muitos países da EU que, deixando as suas parceiras nos países de origem, adotam, por vezes, comportamentos sexuais de risco, contraindo infeções sexualmente transmissíveis (IST) (Carballo & Nerurkar, 2001).

Em 2000, as Nações Unidas propuseram a Declaração do Millenium, assinada por 191 estados, aceitando oito Metas de Desenvolvimento do Millenium. Um dos grandes objetivos é evidenciar o impacto positivo da imigração, lembrando o seu contributo para o desenvolvimento. (Usher,2005). No entanto, e não esquecendo a relação entre a epidemia do VIH/Sida e a migração, em 2001, as Nações Unidas traçaram como objetivo para 2005 a implementação de um programa a nível internacional, de modo a facilitar a informação sobre VIH/Sida para a população migrante (UNAIDS, 2004).

A migração também interfere com a Saúde Reprodutiva, sendo a mulher o grupo mais vulnerável devido a “mudanças sociais e económicas, acesso a cuidados de saúde, mudanças no comportamento sexual e estatuto social” (Carballo & Nerurkar, 2001, p.557). A UE corrobora esta ideia alertando para uma maior mortalidade na gravidez e aborto nas mulheres imigrantes relativamente às mulheres autóctones (U.E., 2007).

Este défice na Saúde Reprodutiva da mulher migrante é justificado no desconhecimento da mulher relativamente aos serviços de saúde e consequente reduzida frequência na sua utilização o que leva a uma escassa utilização dos métodos contraceptivos; gravidezes indesejadas, maior vulnerabilidade às infeções sexualmente transmissíveis; usufruto de cuidados pré-natais tardiamente e taxas significativas de aborto espontâneo ou saúde infantil negligenciada, com nados vivos de baixo peso ou mortalidade perinatal e infantil (Ramos ,2009b, 2008, 2012a, 2012b; Essén, Hanson & Ostengren, 2000; Machado, Santana, Carreiro, Nogueira, Barroso & Dias, 2006; Topa, Neves & Nogueira, 2013; Manuel, 2007).

No entanto, nem sempre a associação entre a migração e o risco para a saúde pode ser estabelecida, por vezes os migrantes possuem melhores indicadores de saúde quando comparados com a população autóctone (McKay, Macintyres & Ellaway, 2003).

Conclui-se assim que o impacto da migração na saúde depende de vários fatores como a regularidade, a livre escolha de migrar, o ambiente global do país de origem, a existência de políticas de integração no país de acolhimento (Jolly & Reeves, 2005; McKay, Macintyres & Ellaway, 2003); dito de uma outra forma, o impacto da migração “no estado de saúde do migrante, bem como os padrões de morbilidade e mortalidade, dependem de quem está a migrar, quando migra, de onde emigra, para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão a ser avaliados.” (Dias & Gonçalves, 2007, p. 18).

Foquemo-nos nos imigrantes que constituem grupo de risco. De acordo com Dias & Gonçalves (2007) estes são frequentemente confrontados com o choque cultural ou outras barreiras administrativas que associados a problemáticas existentes antes da migração constituem potenciais geradores de stresse ou mesmo de doença física ou mental.

A esta realidade soma-se a reduzida acessibilidade aos serviços de saúde justificada pelas barreiras linguísticas; dificuldades económicas; desconhecimento dos seus direitos;

diferentes crenças de saúde e de doença e respetivo tratamento; hábitos restritos da frequência dos serviços de saúde ou falta de contacto com serviços preventivos de saúde; utilização de práticas de medicina tradicionais; vivência de discriminação nos serviços de saúde; reduzida preparação dos profissionais de saúde para o cuidar cultural e falta de conhecimento dos direitos dos imigrantes por parte dos profissionais de saúde (Dias & Gonçalves, 2007; Fonseca et al., 2007; UE).

Neste sentido justifica-se a urgência da formação dos profissionais de saúde no sentido da aquisição de competências de ordem cultural para que respondam às necessidades do outro, culturalmente distinto, de maneira a que a população migrante aceda a cuidados de saúde qualitativamente semelhantes aos da população autóctone garantindo uma saúde física e mental independentemente de ter vivido um processo migratório (Dias & Gonçalves, 2007; Lechner, 2009).

Desta forma, e como refere Lechner, (2009), a migração admite uma dupla confrontação; por um lado, o sofrimento do migrante causado pelo choque cultural; por outro, o desafio do sistema de saúde a uma adaptação a uma população diferente.

**1.5 O cuidar cultural.** De acordo com Ramos (2009a) O “paradigma intercultural” vem diversificar os contactos entre as culturas motivando para uma comunicação entre os diferentes povos, exigindo, desta forma um desprendimento da atitude etnocêntrica. O mesmo autor refere que este paradigma envolve a incrementação de “competências psicológicas, culturais, sociais, pedagógicas, comunicacionais e de cidadania” que permitem o diálogo intercultural.

Para responder a esse desafio, Ramos (2009b) defende a utilização de modelos “sistémicos, multifatoriais e holísticos” capazes de responderem à diversidade numa perspectiva “multidimensional, interacionista e ecológica-cultural” possibilitando compreender a implicação dessa diversidade nas relações de saúde e doença e na utilização dos cuidados de

saúde; nas experiências de adaptação cultural, englobando todo o tipo de vivências que essa implica e na integração social.

Este é o sentido da prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes (Ramos, 2009b). Assim, de acordo com Fonseca et al., (2007), agindo através desta perspetiva, é possível de se observar em diversos países europeus várias iniciativas implementadas para ultrapassar as barreiras existentes no acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. Iniciativas essas que se desenvolvem em três grandes grupos. Do primeiro constam as medidas que sensibilizam à diferença cultural, através de serviços de tradução, de promoção da diferença religiosa, entre outras; o segundo dirige-se para a formação dos profissionais de saúde de modo a adquirirem competências culturais e o terceiro refere-se ao envolvimento da própria comunidade no seu projeto de saúde, envolvendo-se como profissionais de saúde.

Um outro esforço para o cuidar cultural realizou-se entre 2002 e 2004, ao desenvolver-se o projeto Europeu “Hospital Amigo do Imigrante”, no qual doze hospitais de vários países europeus colaboraram com o objetivo de prestação de cuidados de saúde tendo em conta as diferenças da população assinalando as boas práticas. Este projeto veio corroborar os obstáculos, já assinalados, com que os imigrantes se confrontavam no acesso aos serviços de saúde, de entre os quais: Os aspetos culturais e a falta de sensibilidade cultural e de formação por parte dos profissionais de saúde (Fonseca et al., 2007).

Em Portugal, várias foram as iniciativas associadas ao processo de acolhimento de imigrantes. Através do Decreto-Lei n.º 3-A/96, de 26 de janeiro, criou-se o Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas. Em 2007, através do Decreto-Lei n.º 167/2007 de 3 de maio, passou a ser denominado Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Instituto Público [ACIDI,IP]. No sentido de “(...) adequar a orgânica do ACIDI a uma política migratória moderna” (Decreto-Lei n.º 31/2014), surgiu o Decreto-Lei n.º 31/2014 de

27 de fevereiro anunciando a alteração para Alto Comissariado para as Migrações, Instituto Público. [ACM, IP] (Decreto-Lei n.º31/2014).

Em 2008, fruto da contribuição de Portugal para a agenda Europeia da Migração, relativamente à Saúde, chegou-se à conclusão da necessidade de estabelecimento de recursos favorecedores da imparcialidade no acesso aos serviços de saúde; o reconhecimento de lacunas nos próprios serviços de saúde e a partilha de informação e de boas práticas (Machado, 2009).

Portugal demonstrou a sua pro-atividade através da sua participação em projetos como a criação de Unidades Móveis, que permitiu a aproximação à população imigrante, deslocando-se a zonas habitacionais de população desfavorecida onde se realizaram campanhas de educação e promoção da saúde; na participação de projetos europeus como o MIGHEALTHNET (Home Health Care and Social Care for Migrants and Ethnic Minorities in Europe), onde o objetivo estabelecido foi a utilização de boas práticas e a partilha das mesmas entre os países participantes ou mesmo o envolvimento em plataformas virtuais, de índole universitário, onde foi possível a troca de informação relativamente à saúde do imigrante (Fonseca et al, 2009; Machado, 2009).

Este esforço de criação de medidas para o acolhimento permitiu a Portugal, em 2007, alcançar a segunda posição na classificação do Migrant Integration Policy Index (MIPEX), índice composto por mais de 140 indicadores de políticas, baseadas nas melhores prática onde atingiu um índice de 79% (Fonseca & Goracci, 2007), através de políticas de integração mais favoráveis (Machado, 2009).

De 2009 a 2012, Portugal, em colaboração com países como a Itália, França, Eslovénia e Noruega, participou no projeto “T-Share - Transcultural Skills For Health and Care: Standards and Guidelines”, com o objetivo de desenvolver competências transculturais na área da saúde, nomeadamente, saúde mental e saúde da mulher (T-Share, 2012).

Como Estado Membro, através da Agenda Europeia das Migrações de 13 de Maio de 2015, Portugal integrou no projeto de uma nova política de migração legal através da implementação de várias medidas que respondem a uma imigração que vem colmatar a carência de mão de obra especializada ou fugir à pobreza, às crises ou à guerra. Neste sentido, através do Financiamento pelo Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração (FAMI), do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) e do Fundo Social Europeu (FSE), os Estados Membros adotaram, desde 2014 até 2020, medidas de integração que englobam a conclusão do “Sistema Europeu Comum de Asilo”; “Gestão Partilhada de Fronteiras Europeias” e “Um novo Modelo de Migração Legal”. Respeitando estas medidas, e mais especificamente respondendo aos recorrentes de asilo, Portugal participou no Sistema Europeu de Relocalização e de Reinstalação através de uma percentagem chave de 3.89% e de 3.52%, respetivamente (CE, 2015).

**1.6 Competências culturais.** De acordo com Purnell (2010a/2008), a cultura tem um impacto inconsciente e poderoso sobre os profissionais de saúde. Assim, com o intuito de responder à diversidade cultural, verifica-se uma necessidade de intervenção que requer o trabalho de profissionais “culturalmente competentes”.

A “competência cultural” revela-se um conceito que implica trocas, flexibilidade e permeabilidade. É o quebrar com as formas..., formas de agir e de pensar. A “competência cultural” é o “alterar a forma de se olhar para o mundo” apropriando-se cognitivamente das práticas culturais intimamente relacionadas com a saúde e doença, permitindo o desenvolvimento de uma relação de confiança propícia a uma negociação para intervenções apropriadas (Abreu, 2009).

“Uma organização de saúde multicultural deve visar o acolhimento do «diferente» de uma forma global, sem preconceitos e sem juízos de valor do «outro».” (Lopes, 2009, p. 111). A necessidade de aumentar o conhecimento de outras culturas torna-se imperativo, pois é a

partir desta dinâmica que somos capazes de compreender o outro, de “(...)compreender os seus valores, respeitar os seus direitos e opiniões, crenças e religião.” (Lopes, 2009, p. 111).

Mas como ir ao encontro do “outro”?

As intervenções possíveis são várias. Se pensarmos na perspectiva preventiva, dando ênfase à educação para a saúde, ser um profissional de saúde “culturalmente competente” significa conhecer os fatores culturais das populações recetoras de cuidados dado que, a educação para a saúde “não é culturalmente neutra” (Lopes, 2009).

Neste âmbito, aos profissionais de saúde que trabalham na prevenção e promoção da saúde é solicitada uma abordagem consciente dos diferentes comportamentos, valores, crenças e tabus dos indivíduos, famílias e de suas comunidades de modo a “prestarmos cuidados de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios.” (Lopes, 2009, p. 123).

**1.7 Modelos culturais em enfermagem.** No sentido da concetualização do “cuidar cultural” na ciência da Enfermagem surgiram vários modelos e teorias. Madeleine Leininger foi pioneira, ao introduzir o termo da “etno-enfermagem”, enfermagem voltada para as questões culturais. Leininger constatou que haviam aspetos culturais dificultadores das intervenções de enfermagem (Abreu, 2009).

Mais tarde, Campinha-Bacote (1999) introduziu “um modelo de competência cultural” reconhecendo o papel da cultura (Abreu, 2009). Campinha-Bacote (1999) definiu “competência cultural”, como o processo contínuo no qual os profissionais de saúde reúnem ferramentas culturais que lhes permitam a aquisição de competências para responderem às necessidades específicas do contexto cultural dos clientes, indivíduos, famílias e comunidades, alertando para o “desejo cultural” que motiva o profissional de saúde a transformar-se num profissional “culturalmente competente”, necessitando para tal de

“reflectir sobre os próprios valores culturais” (Abreu, 2009, p. 26, cit. Campinha-Bacote (2007)).

Giger e Davidhizar concetualizaram o Modelo de Avaliação Transcultural, que estabelece como objetivo o “acesso a informação susceptível de ser negligenciada devido a barreiras culturais.” (Abreu, 2009, p. 29, cit. Giger & Davidhizar, 2002). Os autores alertaram para o risco de confusão entre o indivíduo e o seu grupo cultural (Abreu, 2009). Este modelo fundamenta-se num conjunto de premissas que mostram que a cultura engloba cognições, comportamentos e atitudes influenciados por instituições sociais e religiosas, mutáveis ao longo do tempo que se transformam em herança cultural; depende de valores e de crenças comuns a um dado grupo e é orientadora do pensamento e da ação e influenciadora da imagem pessoal (Abreu, 2009).

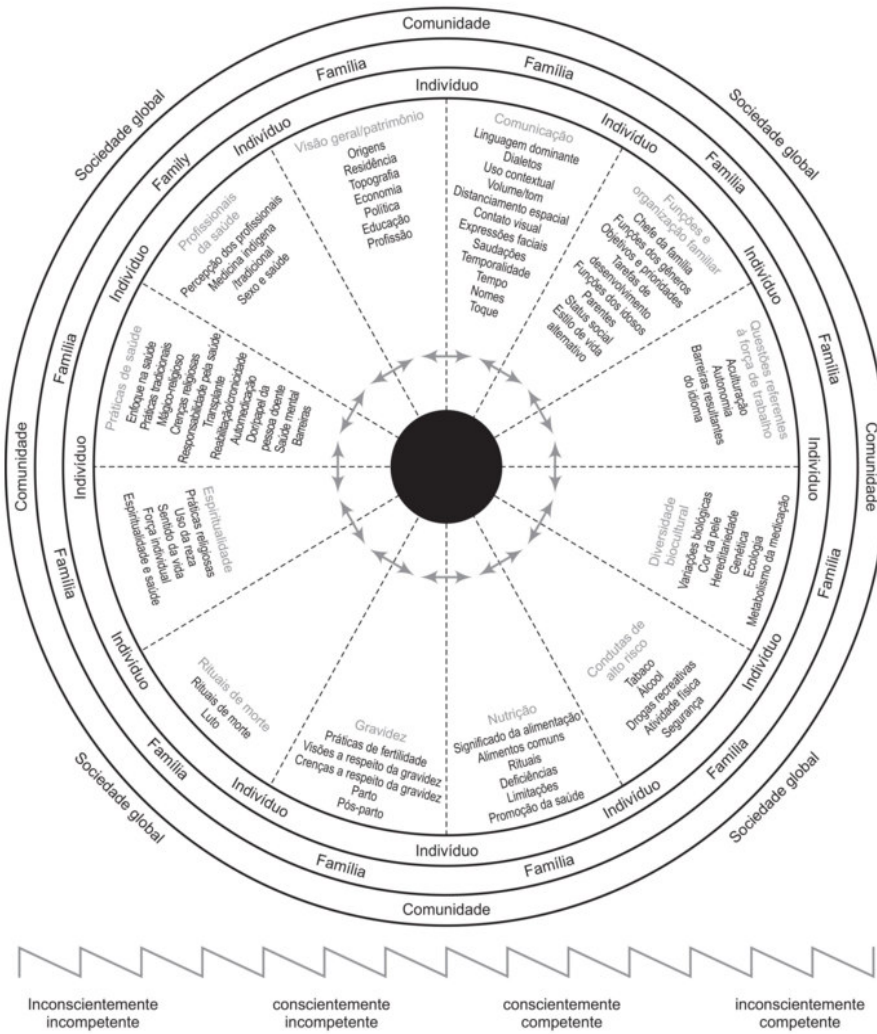
Posteriormente Purnell propôs um modelo holístico, o Modelo das Competências Culturais, cuja utilização pode ser feita por diferentes profissionais de saúde em diversos campos de aplicação, pelo que é classificado de “teoria holográfica” (Purnell, 2010b/2008).

Segundo Abreu (2009), a competência cultural exige o autoconhecimento. Quer isto dizer que o profissional de saúde, antes de mais, terá de estar familiarizado com a sua própria cultura, padrões e valores culturais para depois ser capaz de descobrir outras culturas e de aceitar representações e diferenças culturais desses utentes.

Para a criação do seu modelo, Purnell (2002) baseou-se nos trabalhos de Hage (1972), em que este separa características primárias (nacionalidade, raça, cor, sexo, idade e afiliação religiosa) das secundárias (o status educacional e socioeconómico, ocupações, experiência militar, crenças políticas, residência (em zona rural ou urbana), estado civil, parentalidade, características psíquicas, orientação sexual, questões de género, razões da migração e estatuto de imigrante) de cultura (Purnell, 2002).

Como se pode constatar na figura nº1, modelo de Purnell é baseado em 12 domínios que constituem a dimensão cultural do modelo (Abreu, 2009).

Figura 1. Modelo de Purnell referente à competência cultural



Nota: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000200187&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000200187&script=sci_arttext&tlng=pt)

## Capítulo 2

**2.1 Fundamentos históricos da sexualidade.** A sexualidade tem acompanhado o Homem e os seus diversos modos de a viver de uma forma mutativa e peculiar. Na cultura Greco-Romana o sexo estava associado ao poder e à vida pública. Os cidadãos mais velhos integravam os mais jovens na vida política e sexual (Crawford, 2007).

Como refere Crawford (2007), através do Cristianismo, a Lei Canónica veio regular as práticas sexuais, estabelecendo como o bom sexo aquele que acontecia no seio do casamento e que gerava a vida. A confissão permitia à Igreja o acesso à vida privada das pessoas. E a prática sexual estava, de forma documentada, a fim de evitar que o povo caísse em tentação, através do “pecado da luxúria”, comportamento que incluía a fornicação, o adultério, o incesto, a sodomia, o estupro, sexo com pessoas religiosas, a masturbação, e formas de beijar menos bem intencionadas.

Durante a Idade Média, a Igreja defendia uma sexualidade regrada, onde a abstinência sexual acontecia nos dias Santos e Quaresma, durante o Verão e dias de indisposição feminina (menstruação e pós-parto) (Duby et al., 1991/2009).

De 1500 a 1700 uma mudança de atitude e de comportamento relativamente ao corpo originaram uma “promoção radical da castidade e do pudor” (Duby et al., 1991/2009) fazendo com que “a parte inferior do corpo [se tornasse] um mundo à parte, um território proibido (...)” (Duby et al., 1991/2009, p. 92).

A Idade Moderna permitiu uma vivência da sexualidade ligeiramente diferente. Os teólogos perceberam que tal tempo de abstinência era exigir demasiado aos casais, passando a sexualidade conjugal a ser considerada um mal menor para evitar o adultério e a masturbação<sup>3</sup>. Ao mesmo tempo verificou-se que o casamento acontecia em idade mais tardia,

---

<sup>3</sup> Segundo Brenot (2011, p.48) a masturbação constitui “certamente o ato mais frequente e mais secreto da vida sexual” condenado durante séculos.

levando a um questionamento espantado da castidade Europeia. Nos finais do século XVII e no século XVIII, nas classes mais pobres, o casamento passou a ser baseado no amor e nos afetos, autorizando uma sexualidade pré-conjugal, facto não verificado nas classes mais altas, onde o casamento bebia um interesse de acumulação da riqueza (Duby et al., 1991/2009).

Durante a primeira metade do século XVIII a vida privada foi marcada pela imposição de regras da Igreja e do Estado que censuravam o erotismo e promoviam uma visão natalista da vida sexual “nas quais a sensualidade era considerada como um meio bastante infeliz para um fim necessário.” (Duby et al., 1991/2009, p. 95). Duas condutas sexuais eram possíveis: Uma “aceitável” e a outra “repreensível”; a primeira defendia o casal e a fertilidade, a segunda baseava-se no prazer. As duas, não podiam coexistir. Ao casal era-lhes reprimida a paixão “no interior do matrimónio, pois ameaçava não só a ideia controlada e contratual da afectividade conjugal e a saúde dos filhos concebidos no excesso do calor amoroso, mas também a capacidade do casal amar a Deus (...)” (Duby et al., 1991/2009, p. 96).

O Iluminismo permitiu uma certa aceitação da sexualidade conjugal, verificada em algumas publicações da época, onde se observava uma motivação para diminuir “as inibições cristãs” e demonstrar a vivência sexual como fator promotor de uma conjugalidade feliz (Duby et al., 1991/2009).

No período pós-romântico, a Moral Vitoriana exerceu uma repressão da sexualidade, tendo sido “um período de austeridade, repressão e puritanismo sexuais excessivos” (Garton, 2009, p.159) que prepararam um terreno para o surgimento da “ciência do sexo” ou “sexologia.” (Alferes, 2002/1997) Ideia defendida por Foucault, no sentido em que a proibição de certos comportamentos sexuais e prescrição de condutas através da confissão lançaram o discurso do sexo (Garton. 2009).

A Sexologia surgiu, no final do século XIX e princípios do século XX, a partir dos contributos de Krafft-Ebing (1840-1902), Sigmund Freud (1856-1939), Havelock Ellis (1859-

1939), Magnus Hirschfeld (1868-1935) e Iwan Bloch (1872-1922), através de ideias partilhadas ou contestadas.

No sentido em que “os discursos estão associados a práticas sociais” (Garton, 2009, p. 260, referindo-se a Foucault), no final do século XIX verificou-se a participação do corpo médico, e mais especificamente, de psiquiatras no campo da justiça, para observação e tratamento dos indivíduos acusados de crimes sexuais. Facto que aumentou o contacto destes profissionais com o crime de origem sexual. Foi neste contexto que surgiu, através de Krafft-Ebing (1840-1902), o termo “perversão” (Alferes, 2002/1997, Garton, 2009). Krafft-Ebing inspirando-se na literatura Vitoriana e através da sua experiência na medicina forense participou ativamente na “gênese da sexologia” inventando uma série de outras palavras como “fetichismo, sadismo e masoquismo” para situar a perversão. Autor de “*Psychopathia Sexualis*” (1886), estabeleceu a diferença do normal e do anormal, onde a normalidade era declarada numa relação heterossexual com fins reprodutivos (Rahman & Jackson, 2010). Os seus trabalhos foram seguidos por outros sexólogos na Europa e América, como foi o caso de Iwan Bloch (1872-1922), dermatologista em Berlim, que batizou a “ciência do sexo” (*Sexualwissenschaft*), termo transformado em “sexologia”, respeitando as normas do grego. Bloch interessou-se pela sexologia patológica e o estudo das “aberrações sexuais”. Contribuiu grandemente para a Sexologia através de inúmeras publicações (Garton, 2009).

Contrariando o pensamento biológico, mas também focalizado no tratamento das desordens sexuais (Rahman & Jackson, 2010), Sigmund Freud (1856-1939) “desenvolveu as suas teorias da função mental geral através da análise cuidada de casos individuais de histeria, obsessão, fixação sexual e neurose.” (Gardon, 2009, p.266) Desta forma, Freud introduziu na Sexologia a Psicanálise. Na sua obra “Três Ensaios sobre Teoria da Sexualidade” “(...) afirma a existência de uma pulsão sexual autónoma, considerando-a como factor de motivação, organização e desenvolvimento da sexualidade.” (Alferes, 2002/1997, p. 25). Esta

desencarnação da alma, desculpando o comportamento desviante como motivação do ego foi criticada mais tarde por Gagnon & Simon (2005/1973).

Na Alemanha, em 1911, Magnus Hirschfeld (1868-1935) criou o Instituto da Ciência Sexual. Hirschfeld interessou-se pelo estudo das “aberrações sexuais” e introduziu técnicas como o questionário, melhorando a qualidade dos seus trabalhos. Também desempenhou um papel ativo a favor da descriminalização da homossexualidade na Alemanha (Gardon, 2009).

Esta produção de conhecimento no centro da Europa foi seguida e importada para a Grã-Bretanha por Havelock Ellis (1859-1939), médico e psicólogo, que promoveu o trabalho de Freud e de outros sexólogos europeus. Ellis enriqueceu o vocabulário da Sexologia com termos como o “auto-erotismo, eonismo e inversão sexual” (Gardon, 2009). Através do seu trabalho tornou-se a voz do “liberalismo sexual” defendendo a tolerância relativamente aos comportamentos desviantes, uma vez que se justificavam no determinismo biológico e contestando o lugar da mulher definido pela era Vitoriana (Gardon, 2009). Ao promover uma natalidade controlada, Havelock Ellis permitindo à mulher a vivência do sexo sem medo de engravidar, defendendo “uma intervenção pedagógica no campo da sexualidade.” (Alferes, 2002/1997). Havelock Ellis distanciou-se de Krafft-Ebing ao motivar-se pelo estudo da “sexualidade dita normal e pelas suas variações culturais.” (Alferes, 2002/1997, p. 25).

Seguindo uma abordagem psicanalítica, Wilhelm Reich (1897-1957), como os psicoterapeutas seus contemporâneos, começou por estudar a neurose, a ansiedade e a depressão, modificando o seu objetivo de estudo para a estrutura dos processos mentais, os “fenómenos dos processos coletivos e os tormentos sexuais generalizados” (Gardon, 2009). Reich, colaborou com Freud, mas as ideias diferentes levaram-no a seguir um outro percurso, o de estudar a “sexualidade a partir do conflito entre pulsões sexuais e repressão social.” (Alferes, 2002/1997).

Segundo Garton (2009), o século XX permitiu uma mudança no objeto de estudo da Sexologia. Se alguns sexólogos continuaram interessados no estudo das perversões, outros começaram a focar-se na “sexualidade normal” definindo a anatomia e fisiologia da resposta sexual humana (Garton, 2009). A perversão deu lugar à importância do prazer sexual e à sua influência sobre a felicidade conjugal. Marie Stopes (1880-1958) no Reino Unido e Margarete Sanger (1879-1966) na América, tal como Ellis, defenderam o direito ao prazer sexual sem preocupações da gravidez promovendo o controlo da natalidade. No entanto, a promoção do prazer sexual não foi generalizada. Entre os anos 10 e 30 do século XX desenvolveram-se campanhas contra a prostituição e promoção da pureza social. A necessidade de tratar a insatisfação sexual foi grande e a investigação sexual derivou por vários caminhos. Entre as duas grandes guerras endocrinologistas perceberam o ciclo fértil da mulher e a menopausa e justificaram a homossexualidade através de causa hormonal. Psicanalistas e sexólogos respondiam às necessidades das pessoas e o estudo ginecológico colocaram em causa a origem biológica do orgasmo lembrando que o aspeto cultural podia ter influência no mesmo. O discurso à volta do orgasmo feminino surgiu. Para Freud um só orgasmo acontecia nas mulheres maduras: O vaginal. De repente a mulher era classificada de “frígida”, caso não conseguisse aceder ao orgasmo, mas, no final dos anos 30, Norman Laire, através de uma visão antropológica e tendo em conta a vivência orgásticas nas mulheres “primitivas”, defendeu que a “frigidez” da mulher ocidental se devia à incapacidade dos homens ocidentais estimularem as suas mulheres (Garton, 2009). Neste mesmo período, principalmente na América, a partir de uma cultura de “higiene mental” médicos, criminologistas, sexólogos e investigadores sociais desenvolveram novos métodos de estudo a partir de questionários aplicados aos delinquentes institucionalizados. Este trabalho permitiu-lhes o acesso a informações específicas da vida sexual (início de atividade sexual; idade da primeira relação sexual; número de parceiros sexuais; etc) que conduziu a uma associação rápida entre os seus

comportamentos e a falta de valores morais no lar. De repente, as mulheres da classe trabalhadora estavam associadas à promiscuidade ao passo que as da classe média a uma frigidez. Os estudos cujo objetivo era o conhecimento da vida sexual das pessoas foram-se desenvolvendo através de inquéritos; fotografias e entrevistas em locais como gabinetes de ginecologistas e sexólogos; ou mesmo jornalistas (Garton, 2009).

No entanto, o primeiro grande estudo, que marcou a sexologia moderna aconteceu na América através de Alfred Kinsey (1894 – 1956). Kinsey, entomologista de base interessou-se pela pesquisa do sexo por volta dos anos 30. Realizou dois grandes trabalhos “Sexual Behavior of the Human Male”, publicado em 1948 e “Sexual Behavior of the Human Female”, publicado em 1956. Kinsey obteve uma amostra de 18 mil casos, com uma certa representatividade do espectro social. Desafiou a identidade sexual negando a exclusividade homossexual e heterossexual; revelou que a atividade sexual não seguia a filosofia puritana da época, quer na frequência de sexo, quer no tipo de práticas e opôs-se a Freud, afirmando que o orgasmo vaginal não passava de um mito (Garton, 2009; Alferes, 2002/1997). Ao questionar-se sobre as implicações sociais e culturais Kinsey significou uma mudança na Sexologia quebrando com a tradição médica e psicanalítica (Guasch & Osborne, 2003; Alferes, 2002/1997; Muchembled, 2008). Kinsey contribuiu para a noção do sexo prazeroso como o sexo saudável (Muchembled, 2008).

Apesar do seu trabalho, não esteve livre de críticas de diversos grupos. Grupos religiosos classificaram-no como um “ataque à família”; sociólogos acusaram-no de falta de metodologia quer nas entrevistas, quer no tratamento estatístico. Esta pressão contra Kinsey levou o Congresso a congelar o financiamento aos seus estudos (Garton, 2009).

Posteriormente, entre os anos 60 e 70, William Masters (1915-2001) e Virginia Johnson (1925-2013), continuaram a trabalhar em laboratório, observando a interação sexual em casais heterossexuais, cujo objetivo era “descrever a sequência das alterações fisiológicas,

que eram observadas e medidas no decurso de actividades sexuais, como a masturbação, e o coito, em regime laboratorial, e «em resposta a uma estimulação sexual eficaz».” (Quartilho, 2003). O relatório de Masters e Johnson permitiu a criação do Modelo Sexólogo, originando o modelo do Ciclo da Reposta Sexual Humana (CRSH), descrevendo-a em quatro fases: Excitação, planalto/plateau, orgasmo e resolução (Masters & Johnson, 1966). Através dos seus trabalhos, Masters & Johnson impulsionaram o desenvolvimento de uma indústria de terapia sexual de grande êxito (Garton, 2009). Em 1966, publicam a “Resposta Sexual Humana” (Muehlenbeck, 2008).

Apesar do contributo para a Sexologia, Masters e Johnson foram alvo de críticas pelo facto de terem enfatizado a biologia e a fisiologia nos seus estudos, confundindo “sexo e práticas sexuais com sexualidade.” (Guasch & Osborne, 2003). A metodologia da seleção da amostra (primeiro população do meio da prostituição, mulheres com capacidade orgástica e de classes sociais elevadas) (Masters & Johnson, 1966) também foi apreciada negativamente (Quartilho, 2003).

Nos anos 70, Helen Kaplan (1929-1995) completou o modelo de resposta sexual humana ao introduzir a componente de “desejo sexual” (Quartilho, 2003). Kaplan propôs um modelo trifásico, constituído por: Desejo, excitação e orgasmo. A noção de “normalidade” estava bem presente e eram os modelos de Master e Johnson e de Helen Kaplan que contribuíam para a compreensão da sexualidade, a separação entre o “normal” e o “anormal”, numa corrida em direção a uma “performance genital”, em que todas as disfunções resultam de uma alteração da resposta sexual normal (Quartilho, 2003).

Tiefer (2000, 1995) criticou este paradigma sexológico na medida em que este deu ênfase à genitalização da sexualidade que traduzida no combate à disfunção respondeu a interesses comerciais e excluiu a componente cultural do sexo.

Os anos 60 foram cruciais para a mudança na direção da liberdade sexual na América do Norte e para a Europa. Assim eventos importantes como o surgimento no mercado da pílula contraceptiva em 1960, graças ao cientista americano Gregory Pincus, marcaram a separação entre a sexualidade e a reprodução (Muchembled, 2008). Ao mesmo tempo, o discurso da moral começou a perder força na conduta sexual (Guasch & Osborne, 2003).

Esta rutura ficou conhecida de revolução sexual e durou até aos anos 70. Os impulsionadores deste movimento foram grupos de gays, lésbicas e feministas. Aconteceu o movimento de libertação feminina, reivindicando direitos tal como o do aborto, promoção de métodos contraceptivos, entre outros (Guasch & Osborne, 2003).

No entanto, na Europa coabitavam diferentes níveis de tolerância. A Europa dos países com tradições Protestantes, mais tolerantes relativamente à nudez, pornografia e prostituição. E a Europa com tradição Católica, onde a moral, apesar de ter sido atenuada com o Maio de 1968, ainda exercia uma certa pressão nos comportamentos da sociedade (Muchembled, 2008).

A contraceção veio mudar o modo de pensar relativamente a várias questões do sexo e da sexualidade. A virgindade como virtude passou a ser considerada para muitas jovens como inadequação sexual e o sexo pré-conjugal passou a ser aceite entre os jovens, contrariando os valores dos seus pais (Muchembled, 2008).

Todas estas alterações sociais, questionamento de valores e adoção de novos comportamentos vieram estremecer a tradição. E aconteceu uma mudança social, uma reivindicação de direitos. A ordem “natural“ das coisas foi questionada, e as relações heterossexuais deixaram de constituir a norma (Rahman & Jackson, 2010).

Assim, a sexualidade humana e a sua regulamentarização moral “ (...) foram sendo construídas e modeladas nas transformações sociais mais globais, nas mudanças que se foram

produzindo nas mentalidades e nas instituições com ela mais relacionadas, nomeadamente a conjugalidade e o campo das relações familiares.” (D. Vilar, 2003, p. 159, cit. D. Vilar 2003)

Os anos 80 e 90 significaram um retrocesso, dado que a promiscuidade dos anos anteriores levou ao flagelo do VIH/Sida e outras infeções sexualmente transmissíveis. A liberdade transformou-se no medo, surgindo um novo conservadorismo no mundo ocidental (Muchembled, 2008).

Para Foucault a emergência dada ao sexo não se deveu a uma libertação de algo que até então estava sobre opressão mas ao facto de o mediatizar (Aboim, 2013). “A proposta de Foucault (...) demonstrava que (...) a sexualidade não era um valor universal, vítima, na cultura ocidental, de uma repressão obscurantista. Antes tratava-se de um valor obsessivamente cultivado, na reverência àquilo que ele veio a chamar de “sexo-rei” (L.F.D. Duarte, 2003, p.60) O autor da História da Sexualidade desenvolveu as hipóteses da regulação da sexualidade num contexto de mudança social e política, onde os pensamentos feminino e homossexual influenciam a forma de ver e de viver a sexualidade (Guasch & Osborne, 2003).

Estávamos perante a primeira “análise histórico-cultural precisa e abrangente do processo que venho chamando aqui de “desentranhamento”. A “história” da sexualidade era assim a sua “genealogia” – a demonstração de sua “construção social” (L.F.D. Duarte, 2003, p. 60).

**2.2 Da perspectiva biológica à visão social da sexologia.** O “período sexológico” situou-se entre 1890 e 1980, tempo em que a sexualidade foi submetida à ciência pelos investigadores do sexo e pelos ativistas (Gagnon & Parker, 1995). De acordo com Gagnon & Simon (2005/1973) desde o início até aos anos 60 o estudo da sexualidade seguiu uma perspectiva psicológica e biológica esquecendo a vida social. A tónica atribuiu-se à fisionomia e fisiologia com o intuito de tratar a disfunção (Quartilho, 2003).

No entanto, nos anos 60, esta tendência modificou-se através do construcionismo social e do movimento feminista: Surgiu, um interesse em estudar o social no âmbito sexual (Quartilho, 2003). O construcionismo social significou a presença de “contextos culturais e sociais” na vivência da sexualidade (Gagnon & Parker, 1995).

Foi este o sentido dado por John Gagnon e William Simon ao desenvolverem a teoria dos scripts sexuais, através da publicação da obra “Sexual Conduct” (1973), defendendo que a sexualidade é influenciada por condições económicas, religiosas, políticas familiares e sociais.

Os scripts surgiram como uma metáfora para a compreensão do comportamento sexual, no contexto mais vasto da vida social, na presunção de que o sexual não pode ser visto, nesta perspetiva, como se fosse um aspeto “intrinsecamente independente ou universalmente significativo” do comportamento humano (Simon e Gagnon, 1987). Os mesmos autores defenderam a participação dos scripts na “aprendizagem dos significados de estados internos, na organização das consequências de actos especificamente sexuais, na descodificação de situações novas, no estabelecimento de limites às respostas sexuais e na associação entre significados não sexuais e experiências especificamente sexuais.” (Gagnon & Simon, 2005/1973, p. 13).

Através dos trabalhos de Simon e Gagnon (1973) o “desejo sexual” deixou de surgir de um impulso fisiológico para ser questionado de um ponto de vista social (Plummer, 1982).

Dado que “a experiência sexual do indivíduo pode ser explicada pelo sistema social em que ele se insere, através das lógicas de acção que organizam as suas condutas.” (Policarpo, 2014, p. 29), num contexto cultural, os scripts sexuais indicam: “Possíveis parceiros sexuais; circunstâncias – onde e quando – é apropriado comportarmo-nos sexualmente e que tipo de actividades - o quê e como – nos são “permitidas”; quais os motivos (...) – porquê - que nos levam a comportar de modo sexual.” (Alferes, 2002/1997, p. 35-36, cit. Gagnon, 1977).

Os scripts sexuais foram apresentados a três níveis: Scripts intrapsíquicos, scripts interpessoais e cenários culturais (Simon & Gagnon, 1987).

Os scripts intrapsíquicos simbolizam o conteúdo da vida mental. Constituem a ligação entre os cenários culturais e os scripts interpessoais. Os scripts intrapsíquicos constituem uma encenação privada do desejo e referem-se à “sequência de significações (ligadas a actos, posturas, objectos, gestos) que induz e mantém a ativação sexual, conduzindo eventualmente ao orgasmo” (Simon & Gagnon 1987, p. 366).

Os scripts interpessoais operam a nível da interação social, “evidenciando uma função comunicativa e justificando a manutenção de padrões estruturados de comportamento social.” (Quartilho, 2003, p. 142). Os indivíduos interagem sexualmente respeitando esquemas de respostas socialmente aceites fruto das encenações culturais. Estes scripts estabelecem a ligação entre os scripts intrapsíquicos e as encenações culturais (Simon & Gagnon, 1987). Através deste tipo de scripts, “os indivíduos procuram, reciprocamente, articular os seus desejos e planos sexuais.” (Alferes, 2002/1997, p. 38-39).

As encenações culturais constituem “mapas do comportamento sexual” (Simon e Gagnon, 1987). Elas ditam o comportamento sexual relativamente ao tempo, local e ao modo de agir na esfera sexual (Simon e Gagnon, 1987). São “instruções dadas ao nível macro sobre o que se deve ou não fazer sexualmente. Prescrições colectivas que definem o possível, em matéria de sexualidade. Funcionam como sistemas semióticos.” (Policarpo, 2014, p. 46). As encenações culturais inspiram-se nos media, na vida quotidiana, nas estruturas sociais. Elas são prescritoras dos papeis de género (Simon e Gagnon, 1987).

Apesar do carácter holístico dos scripts sexuais, nem sempre são seguidos a rigor na cultura onde operam. “Mesmo nos contextos sociais mais tradicionais, as encenações culturais raramente são preditivas do comportamento observável.” (Quartilho, 2003, 143).

As teorias construtivistas, nas quais se insere a teoria dos scripts sexuais, expuseram a sua limitação ao negarem a “componente biológico da sexualidade” e ao anularem o “sujeito face às “imposições” decorrentes dos scripts.” (Alferes, 2002/1997, p. 39). No entanto, a teoria dos scripts sexuais de Gagnon & Simon (1973) representa a separação “com as tradições psicanalítica e sexológica, dominantes desde o início do século XX.” (Alferes, 2002/1997, p. 40).

**2.3 A sexualidade como objeto de estudo da sociologia.** O interesse pela Sociologia em estudar a Sexualidade surgiu nos anos 60, a partir da Revolução Sexual, através de grupos feministas e de homossexuais (Guasch & Osborne, 2003; Heilborn & Brandão, 1999). Esse interesse aumentou nos anos 80, originando os “estudos de género” (Horvath, 2009). Nessa mesma década, a epidemia do VIH/Sida foi também impulsionadora deste mesmo interesse da Sociologia pela Sexualidade, mas desta vez, adotando um olhar de estudo sobre “comportamentos de risco” e “representações sociais ligados à sexualidade”, um interesse justificado na saúde pública (Guasch & Osborne, 2003, Heilborn & Brandão, 1999, cit. Giddens, 1992). Estudos, caracterizados por Loyola (1999, p.31) de “delimitados pela noção de risco no sentido epidemiológico do tempo.”

No entanto, para a Sociologia, ocupar-se da Sexualidade como objeto de estudo não é tarefa simples, dado o carácter omnipresente da Sexualidade. (Guasch & Osborne, 2003). Mais, estudar a Sexualidade implica estudar a “interceção da natureza com estruturas sociais” (Guasch & Osborne, 2003, p. 1).

**2.4 Estudo da sexualidade de uma perspetiva cultural – Estado de arte nas esferas internacional e nacional.** Estudar a sexualidade de uma perspetiva cultural pode ser delicado na medida em que colide com a questão do relativismo cultural <sup>4</sup>(Lewis, 2004).

---

<sup>4</sup> Conceito estabelecido pelo antropólogo Franz Boas “como instrumento apreciativo e metodológico para o estudo de grupos sociais a partir da observação das suas manifestações culturais, sem emitir

Aceitar este risco é olhar para o desafio da diferença cultural de um ponto de vista positivo “e não como argumentação para dar margem ao relativismo cultural” permissor de práticas que violam os direitos humanos (Santos, Leão, Araújo, & Ferreira, 2011, p.515). Aceitar a diferença, desde que não colida com os Direitos Humanos, é saber respeitar os Direitos Sexuais revistos em 2013 e publicados em 2014 (Giami, 2015). O interesse dos estudos transculturais reside no facto de através destes, perceber-se a diferença de comportamentos, atitudes, valores e crenças de modo a facilitar a intervenção dos profissionais de saúde nos grupos minoritários, diminuindo, desta forma, comportamentos de risco (Michaud, 1999) ou de modo a formar profissionais culturalmente competentes (Fonseca & Silva, 2010). Quer isto dizer que a realização deste tipo de estudos faz-se numa ótica de saúde pública, no sentido preventivo e de promoção da saúde (Lewis, 2004). O desafio é poder verificar diferenças culturais sem fazer leituras etnocêntricas, e para isso, há que verificar se as diferenças constatadas se devem à diferença cultural ou a uma diferença socioeconómica ou outra (Lewis, 2004). Mais, verifica-se uma necessidade do conhecimento das minorias (Fugère, Escoto, Cousins, Riggs, & Haerich, 2008; Monteiro, 2007). O interesse de conhecer as diferenças culturais permite a realização de estratégias de intervenção mais eficazes, na medida em que é adaptada ao grupo cultural (Becker, Thing, Baezconde-Garbanati, Schwartz, Soto, & Unger, 2014; DeSantis, Thomas & Sinnett, 1999; Dias, Gama, Cortes & Sousa, 2011; Dias, Gama, Severo & Barros, 2010; Dias, Marques, Gama, & Martins, 2014; Gaspar, Matos,

---

juízos de valor ou promover comparações entre grupos com base nos elementos e produtos de suas culturas (...)” (Castro, 2012, p.23). O “relativismo cultural” opõe-se ao “etnocentrismo” que segundo Lévi-Strauss (1995/1952, p.17) é “a atitude mais antiga e que repousa, sem dúvida, sobre fundamentos psicológicos sólidos, pois que tende a reaparecer em cada um de nós quando somos colocados numa situação inesperada, consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais, morais, religiosas, sociais e estéticas mais afastadas daquelas com que nos identificamos.”

Gonçalves, Ferreira & Linhares, 2006; Nodin, Carballo-Diéguez & Leal, 2015; Paiva, Aranha & Bastos, 2008; Salud, Marshad, Natto, & Montgomery, 2014).

O desenvolvimento de estudos transculturais no estrangeiro é uma realidade e o intuito principal é o conhecimento das especificidades do “outro”. As conclusões são divergentes; existem estudos em que estas diferenças são encontradas, outros, em que as semelhanças são superiores às diferenças. Gagnon, Giami, Michaels & Colomby (2001), através do estudo comparativo dos dois estudos nacionais, conduzidos em França (Analyse des Comportements Sexuels en France (ACSF), de 1992) e nos Estados Unidos da América (EUA), National Health and Social Life Survey (NHSLS de 1992), verificaram que haviam similitudes das pessoas a viver em casal, mas diferenças nas pessoas que não viviam em casal. Os franceses foram considerados mais monogâmicos e as diferenças de género foram mais observadas nos EUA.

Cardoso (2007), ao analisar a vida sexual de estudantes universitários provenientes de Israel, Colômbia, Canadá e Brasil e ao compará-los com dados do Relatório (NHSLS), nos EUA, verificou que existem mais semelhanças do que diferenças entre os estudantes dos quatro países e os americanos, muito provavelmente devido ao fenómeno da globalização.

Davis & Niebes-David (2010) ao estudarem as diferenças étnicas, nos EUA, e a influência do “*future certainty*<sup>5</sup>” relativamente aos conhecimentos e atitudes sexuais dos adolescentes ou de jovens adultos hispânicos, afro-americanos e brancos, verificaram diferenças estatisticamente significativas, concluindo que a perceção do futuro incerto estava associada com os conhecimentos e com as atitudes sexuais permissivas.

---

<sup>5</sup> Segundo Davis & Niebes-David (2010, p150), trata-se de um conceito introduzido por Hill et al (1997) que se refere à perceção que um indivíduo tem sobre quão positivo e certo é o seu futuro, de uma outra forma, “é a estabilidade percebida”.

Rocca & Harper (2012), numa amostra representativa nacional nos EUA, sobre reprodução e contraceção, não encontraram diferenças estatisticamente significativas em adolescentes e jovens adultas brancas, hispânicas e afro-americanas relativamente às atitudes associadas ao uso dos métodos contraceptivos. No entanto, verificaram que as afro-americanas e as latinas usavam métodos menos eficazes do que as brancas, facto parcialmente justificado pelo conhecimento inferior dos métodos contraceptivos pelas latinas. Uma das conclusões deste estudo foi a elaboração da hipótese de que o aumento da informação relativa aos métodos contraceptivos pode diminuir as disparidades étnicas e raciais.

Partindo do princípio que os scripts sexuais guiam o comportamento sexual de cada género e de cada cultura, e por isso, constituem guias importantes para a prevenção do VIH e deparando-se com a ausência de estudos quantitativos que abordem essa temática, Bowleg, Burkholder, Noar, Teti, Malebranche & Tschann (2015) realizaram um estudo misto desenvolvido em duas partes: Um estudo qualitativo aplicado a homens heterossexuais afro-americanos, com o intuito de criar a Escala dos Scripts Sexuais (Sexual Scripts Scale (SSS) e um estudo quantitativo, para testar essa mesma escala. Bowleg, et. al. (2015) propuseram a SSS como um instrumento importante na prevenção de comportamentos de risco, mais especificamente, na prevenção do VIH nos homens heterossexuais afro-americanos e nas suas companheiras. Este estudo demonstra que através do conhecimento de comportamentos de risco de um grupo específico, é possível realizar programas preventivos adaptados no sentido de diminuir esses mesmos comportamentos de risco. Neste sentido é importante aprofundar o conhecimentos dos diferentes grupos comunitários.

O estudo das disfunções sexuais também constitui objeto de estudo de ponto de vista transcultural. Assim, Burri & Graziottin (2015) ao realizarem um estudo transcultural para avaliar a perceção e o impacto da ejaculação precoce em mulheres de três países (Itália,

México e Coreia do Sul), verificaram que existem diferenças estatisticamente significativas entre os três países.

Jamali, et. al. (2016), no Irão, estudaram a prevalência das disfunções sexuais femininas e as atitudes relativas à atividade sexual em mulheres na pós-menopausa provenientes de três grupos étnicos diferentes (árabes, persas e luros). Os autores verificaram que a existência de disfunções sexuais na mulher em idade pós-menopausa é transversal, mas as disfunções encontradas não foram as mesmas para os diferentes grupos.

Um outro objetivo do estudo dos imigrantes é o desenvolvimento de programas de integração. Uma das formas de o fazer é através do desenvolvimento de estudos qualitativos que permitem o conhecimento em profundidade. Alvarez-Nieto, Pastor-Moreno, Grande-Gascón, & Linares-Abad (2015), na Andaluzia, através de um estudo descritivo, usando metodologia qualitativa, entrevistaram treze mulheres imigrantes com o intuito de conhecerem as crenças e comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres que poderiam influenciar a forma como elas abordam os serviços de planeamento familiar e saúde sexual. Os autores concluíram que as crenças, opiniões, atitudes e comportamentos dessas mulheres estão fortemente ancoradas nas culturas de origem. Verificaram ainda que, apesar dos conhecimentos acerca dos contraceptivos serem bons, a crença de que o planeamento familiar e a saúde reprodutiva são assuntos exclusivamente da mulher, o que demonstra uma divisão do papel de género, ainda é bastante notório.

A observação da mudança de comportamentos, atitudes e conhecimentos sexuais em grupos de imigrantes levanta a questão da aculturação (Salud, et. al., 2014). Se por um lado interessa estudar adultos imigrantes pela exposição aos comportamentos de risco experienciados durante o próprio processo de migração, por constituírem grupos de risco é também necessário estudar o comportamento de imigrantes de primeira geração. DeSantis, et. al.(1999), ao desenvolverem um estudo qualitativo sobre atitudes e valores acerca da

sexualidade e a reprodução comparando pais e filhos imigrantes haitianos no Sul da Flórida, verificaram a existência de conflito intergeracional relativamente à sexualidade dos adolescentes, mais precisamente acerca das fontes e do tipo de informação no que concerne à reprodução e à contraceção e às expectativas do sexo pré-conjugal. Verifica-se uma oposição de crenças, pois os pais desaprovam o sexo pré-conjugal nas adolescentes, mas nos adolescentes de sexo masculino é aceite por ambos, pais e adolescentes. Estes resultados foram explicados pela internalização de novos valores culturais pelas adolescentes e pelos adolescentes. Os autores sugeriram a intervenção psicoeducativa por parte de enfermagem nos centros culturais com o intuito de diminuir os conflitos intergeracionais e interculturais.

Yahyaoui, Methni, Gaultier & Lakhdar- Yahyaoui (2013), verificaram a influência da aculturação nas representações e nas experiências sexuais de adolescentes imigrantes com influência islâmica relativamente a adolescentes franceses com influência da cultura cristã. Os autores concluíram que nascer ou chegar em criança ao país de acolhimento não modifica a forte influência da cultura islâmica nos adolescentes, principalmente nas raparigas. Este estudo evidenciou a necessidade da integração dos pais na elaboração de programas de integração.

Outros estudos se têm desenvolvido no sentido de perceberem a influência do próprio processo de migração no aumento do comportamentos sexuais de risco. Jung (2012), ao estudar o conhecimento sobre o VIH/Sida e os comportamentos de risco na Coreia do Sul numa amostra de imigrantes não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os trabalhadores imigrantes e autóctones. No entanto verificou que os comportamentos sexuais de risco, o conhecimento sobre o VIH e atitudes discriminatórias variam de acordo com o grupo étnico. Já Mole, Parutis, Gerry, & Burns (2014), verificaram o aumento de comportamentos sexuais de risco, e subsequente risco para a contração de infeções sexualmente transmissíveis e do VIH, em homens gays e bissexuais provenientes da Europa

de Leste que migram para o Reino Unido. Os autores referem que tais comportamentos estão essencialmente relacionados com a mudança de contexto (saída de países ideologicamente mais fechados para um contexto mais permissivo).

O estudo da saúde sexual e reprodutiva, em profundidade, tem um valor incalculável no sentido de obtenção de informação de práticas inerentes à tradição. Sabendo que existem comunidades de imigrantes que realizam práticas modificadoras dos genitais, femininos ou masculinos, por uma questão de perpetuação de tradição, de crenças relacionadas com benefícios para a saúde sexual e de bem-estar (Hilber, Hull, Preston-Whyte, Bagnol, Smit, Wacharasin & Widyantoro, 2010; Martingo, 2009), torna-se necessário aumentar a compreensão das motivações de cada uma das comunidades para que a intervenção seja possível.

Após esta análise da evidência científica internacional verificamos que a controvérsia é grande. Se por um lado existe evidência científica que reforça a existência de diferenças culturais e étnicas (Gagnon, et. al., 2001; Davis & Niebes-David, 2010; Neto & Pinto, 2015; Burri & Graziottin 2015; Jamali, et. al., 2016; Jung, 2012; Mole, et. al., 2014; Brak-Lamy, 2010), outros autores evidenciam uma uniformização (Wood, 2012; Rocca & Harper, 2012) ou uma maior similitude do que diferença (Cardoso, 2007).

Em Portugal entre os estudos realizados no âmbito da sexualidade dirigidos à população portuguesa, salientam-se os dirigidos a questões de saúde pública, para realização de programas de intervenção adaptados: Saúde reprodutiva das mulheres portuguesas (Águas et al., 2016; Almeida et al. 2004); estudo dos comportamentos sexuais de risco, dos conhecimentos e atitudes dos adolescentes (Barreira, Rodrigues, & Antunes, 2015; Ramiro, Reis, Matos, Diniz, & Simões, 2011; Ramos, Eira, Martins, Machado, Bordalo & Polónia, 2008) e dos jovens universitários portugueses (Cunha-Oliveira A., Cunha-Oliveira, Pita, & Massano-Cardoso, 2009; Reis, Ramiro, Matos, & Diniz, 2012); estudo dos comportamentos

de risco dos jovens e adultos portugueses (Ferreira & Cabral, 2010); motivações/padrões de testagem do VIH/Sida e comportamentos de risco de homens portugueses de diferentes orientações sexuais (Nodin, et. al., 2015).

Uma outra grande temática é o estudo da sexualidade de ponto de vista da psicologia social (Alferes, 1997/2002), o estudo do duplo padrão sexual (Ramos, Carvalho, & Leal, 2005); as teorias da socialização (Vieira, 2012); o impacto de fatores de curso de vida sexual sobre os comportamentos e as perceções do risco entre homens e mulheres heterossexuais (Aboim, 2012); a representação social do sexo (Gomes & Nunes, 2013) e a experiência sexual descrita num modelo a partir de lógicas da ação (Policarpo, 2014). O facto de partirem de uma ótica sociológica, não implica uma distanciação com o objetivo da prevenção.

Relativamente à temática da saúde reprodutiva e planeamento familiar, de entre os estudos representativos, de âmbito nacional, salientam-se o de Almeida et. al. 2004, um dos primeiros grandes estudos no âmbito da sexualidade que estabeleceu como objetivo o conhecimento das práticas e representações femininas da Saúde Reprodutiva. Tratou-se de estudo misto, que conjugou a utilização das Estatísticas Demográficas e Inquérito à Fecundidade e à Família de 1997 e as entrevistas realizadas a fim de aceder às representações. Constituiu o estudo através da perspetiva reprodutiva da “sexualidade”, incluindo apenas as mulheres. E o estudo desenvolvido por Águas, Bombas, & Silva (2016), com o intuito de conhecerem as opções contraceptivas das mulheres residentes em Portugal, os seus conhecimentos, as fontes e informação e o impacto na qualidade de vida. Mais uma vez, o estudo do planeamento familiar e da saúde reprodutiva excluiu os homens.

Ao nível de estudos epidemiológicos, salienta-se dois grandes estudos nacionais em colaboração com a OMS: Em 2006, o Estudo Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) “O comportamento Sexual dos adolescentes Portugueses em 2006” (Ramiro, et. al., 2011), avaliando o papel que adolescentes portugueses atribuem à educação sexual, os seus

conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA. E em 2010, na continuidade do primeiro, o HBSC/Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes universitários (SSREU) (Reis, et. al., 2012), avaliando os comportamentos sexuais dos jovens universitários portugueses. Ambos numa perspetiva de implementar políticas educacionais na esfera da sexualidade, visando a orientação dos jovens quanto às práticas sexuais saudáveis.

Em 2007, no seguimento da adoção da Declaração de Compromisso sobre o VIH/Sida, realizou-se o inquérito “Saúde e Sexualidade” (Ferreira & Cabral, 2010) com o intuito de estabelecer indicadores de risco relativos à população portuguesa, a fim de explicar a situação epidemiológica nacional e com o intuito de realização de campanhas preventivas.

O interesse em estudar a sexualidade dos imigrantes residentes em Portugal surge com o intuito de perceber se existem diferenças nos comportamentos, nas atitudes e nos conhecimentos relativamente à população autóctone, e se existem dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Assim, em 2001, Dias, Matos, & Gonçalves (2001) através do estudo qualitativo acerca do comportamento sexual numa comunidade migrante na Grande Lisboa, chegaram à conclusão que é necessário a realização de programas de educação sexual culturalmente adaptados. Após este estudo e numa ótica de conhecer e de compreender os comportamentos de risco, conhecimentos e atitudes face ao VIH/Sida dos adolescentes migrantes na Grande Lisboa outros trabalhos foram desenvolvidos. Gaspar, Matos, Gonçalves, Ferreira & Linhares (2006), através da realização de um estudo recorrendo a metodologia mista, com o intuito de compreender e caracterizar os fatores relacionados ao risco e “factores ligados à protecção e aos cenários que envolvem o adolescente no âmbito dos comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/sida nos adolescentes migrantes”, (Gaspar, et. al., 2006, p.299) dirigido a jovens e pais maioritariamente oriundos dos PALOP, a viverem em bairros carenciados e técnicos de saúde e de educação que trabalham nesses mesmos bairros. Gaspar, et. al.(2006) identificaram comportamentos sexuais

de risco, justificados na cultura (jovens africanos iniciam mais cedo a atividade sexual comparativamente com os portugueses; os adolescentes portugueses apresentam uma frequência superior de uso do preservativo no que concerne à última relação sexual, os adolescentes africanos aceitam mais facilmente a bigamia). Não se observou diferença significativa no que concerne ao conhecimento do modo de transmissão do VIH e às atitudes face a portadores de VIH/Sida. No entanto os jovens portugueses são os que referem falar mais com os pais enquanto meio de informação, enquanto que os jovens estrangeiros/africanos referem informar-se mais através de folhetos e da televisão. Este estudo salienta que uma verdadeira intervenção adaptada à comunidade pode surgir no seio desta indo ao encontro das suas próprias necessidades, tendo em conta fatores culturais e sociais contextualizados. Uma outra conclusão importante é o valor das metodologias qualitativas, técnicas que permitem um diagnóstico das necessidades de cada comunidade. Neto & Pinto (2015), ao estudarem as semelhanças e diferenças relativamente à satisfação sexual em jovens adultos em Angola, Brasil, Macau e Portugal, constataram diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação sexual dos Macaenses (mais baixa) relativamente aos jovens dos outros países.

Brak-Lamy, 2010, através de uma metodologia qualitativa, com o intuito de estudar os comportamentos sexuais, as crenças, as atitudes e os conhecimentos das jovens portuguesas e cabo-verdianas face à vulnerabilidade do risco de infeção do VIH/Sida, observou algumas diferenças relativamente às jovens portuguesas e cabo-verdianas, mais especificamente relacionadas com o início da vida sexual e ao número de relacionamentos eróticos, mas também algumas semelhanças (escasso conhecimento da transmissão do VIH/SIDA).

A discussão relativamente às diferenças da prevalência de infeções sexualmente transmissíveis e VIH nos imigrantes relativamente aos autóctones (portugueses) é grande. Távora-Tavira, Teodósio, Seixas, Prieto, Castro, Exposto, et. al., (2007) ao estudarem a prevalência das IST e da infeção pelo VIH Sida de imigrantes verificaram que não existem

diferenças estatisticamente significativas da prevalência das IST na população imigrante relativamente à portuguesa. No entanto, estudos mais recentes (Dias, Marques, Gama, & Martins, 2014), contradizem esta informação. Dias, et. al., (2014) avaliaram o comportamento sexual de risco, fatores associados e infeção pelo VIH nos imigrantes. Os autores concluíram que um grande número de imigrantes adotam comportamentos sexuais de risco, considerando-os indivíduos com alto risco para o VIH. Este estudo revelou a necessidade de criação de estratégias para a realização do teste do VIH culturalmente adaptadas. A esta informação, é ainda importante de salientar as especificidades dos grupos de imigrantes. Com o intuito de estudarem a adesão dos imigrantes ao teste do VIH, Dias, Gama, Severo, & Barros, 2010, concluíram que o grupo mais vulnerável é o dos homens não documentados. Estes dados são corroborados com outros trabalhos (Dias, Gama, Cortes, & Sousa, 2011; Dias, Severo & Barros, 2008) que estudaram a utilização do sistema de saúde pelos imigrantes, chegando à mesma conclusão: O mesmo grupo, o dos homens e indocumentados, recorre menos aos serviços de saúde, e por isso, constituem grupo de risco. A mesma conclusão foi realizada através de um outro estudo realizado por Dias, Gama, Pingarilho, Simões, & Mendão (2016) relativamente à utilização de serviços de saúde para VIH, testes e prevalência entre os trabalhadores do sexo portugueses e estrangeiros. Dias, et. al., (2016), concluíram que uma grande parte dos trabalhadores do sexo imigrantes desconheciam o seu estado seropositivo e o acesso aos serviços de saúde, sendo que os trabalhadores do sexo indocumentados não recorriam, muitas vezes, por receio ou por desconhecerem os serviços.

Patrão, McIntyre & Costa (2015) num artigo de revisão científica evidenciam a vulnerabilidade da mulher africana subsaariana relativamente ao VIH/Sida. Os autores justificam esta constatação com fatores psicossociais (vitimização, contexto relacional, problemas de saúde mental, história de prisão e de prostituição) e sociocognitivos (nível de conhecimentos acerca do VIH/Sida, crenças e competências relacionadas com a prática do

sexo seguro e a autoeficácia) ligados ao género (masculino ou feminino), cultura (e.g. papéis de género, consumo de droga) e biologia (e.g. depressão). Patrão, et.al. (2015) concluem que a realização de programas de promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/Sida devem ter em conta os fatores psicossociais e sociocognitivos que possam estar a dificultar o trabalho de prevenção, acrescentando que os fatores sociocognitivos podem ser usados como meios preventivos.

Dias & Rocha (2009), através de um estudo qualitativo sobre a saúde reprodutiva e a utilização dos serviços de saúde, dirigido a imigrantes brasileiras e africanas na Grande Lisboa, alertam para a necessidade do conhecimento em profundidade de questões enraizadas na cultura e que podem ser nefastas para a saúde sexual e reprodutiva.

A maior parte dos estudos nacionais têm-se focado nos comportamentos de risco, nomeadamente nos que dizem respeito ao VIH. Este panorama escasso em estudos relativos à sexualidade de forma geral não contribui para o conhecimento mais holístico da expressão sexual nas comunidades de migrantes.

Para a realização de programas de intervenção eficazes há que aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca dessas pequenas diferenças culturais, que são nutridas por crenças e atitudes, (Fonseca & Lucas, 2009) de modo a aumentar as competências culturais desses mesmos profissionais (Topa, Neves, & Nogueira, 2013).

**2.5 Justificação do estudo atual.** Constatando que Portugal estabeleceu “uma relação histórica, afectiva e linguística” com os PALOP, nomeadamente com Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Moçambique, bem com o Brasil, Timor-Leste e Macau (Ribeiro, 2009), constituindo a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) a multiculturalidade está-lhe intrínseca. Aspeto que tem de ser tido em conta nas organizações de saúde (Lopes, 2009). De acordo com Ramos (2009a), os fatores socioculturais são possíveis causadores de sérias dificuldades aos profissionais de saúde quer “pela influência na

forma de perceber a saúde e a doença e o recurso aos cuidados de saúde” (Ramos, 2009a, p. 71) quer “pelas dificuldades que os prestadores de cuidados têm em lidar com as populações que provêm de culturas diferentes, nomeadamente ao nível linguístico e cultural.” (Ramos, 2009a, p. 71). Verifica-se então que “o encontro com a “diferença cultural” nos cuidados de saúde pode levar a fortes reacções emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde (...)” (Ramos, 2009a, pp. 71-72), frequentemente surgidas do desconhecimento “do outro”, (Ramos, 2009a). Para que reacções surgidas no desconhecido possam ser minimizadas ou eliminadas, a formação dos profissionais de saúde, no sentido da promoção e sensibilização cultural, é uma das atitudes, minimizando “problemas decorrentes dos preconceitos contra os que são diferentes.” (Lopes, 2009, p. 108).

De acordo com Lopes (2009), a partir de uma metamorfose da sociedade no sentido da diminuição dos iguais para a mistura cultural, surge uma necessidade de criação de modelos adaptados à sociedade multicultural. Por um lado, as instituições devem estar preparadas para responder ao “outro”. Um “outro” culturalmente distinto. Os profissionais de saúde devem atuar de uma forma culturalmente sensível, dado que a saúde também depende de fatores culturais.

A escassez de estudos relativos ao “conhecimento, crenças, atitudes e comportamentos na área da sexualidade e da reprodução, realizados em comunidades de imigrantes” (Dias & Rocha, 2009, pp. 15-16), é uma realidade, dificultando a realização de “conclusões acerca das diferenças culturais e étnicas que poderão existir nos determinantes de comportamentos de risco e, conseqüentemente, torna difícil o planeamento de intervenções eficientes.” (Dias & Rocha, 2009, pp. 15-16).

De acordo com Quartilho (2003), “muitos estudos tendem (...) a ignorar a construção social e comercial de significados sexuais, o gradiente socio-económico da população, o

carácter interactivo da sexualidade e a elaboração subjectiva da experiência sexual, ao longo da vida.” (Quartilho, 2003, p. 120).

Como indica Lopes et al. (2009), é a partir do conhecimento do outro, e da sua cultura que nos desenvolvemos como sociedade competente no processo de acolhimento. (Lopes et al, 2009). Neste sentido, deparamo-nos com a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de investigação relacionados com a questão da multiculturalidade, área que merece peculiar atenção. (Lopes et al., 2009).

Atendendo a que, a Sexualidade é

“(…) uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.” (OMS, 2001).

E [a Sexualidade] que desempenha um papel importante na saúde pública, levando ao conceito de Saúde Sexual como

“(…) um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é somente a ausência de doença, disfunção ou invalidez. A saúde sexual implica uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter relações sexuais agradáveis e seguras, livres de coersão, discriminação e violência.” (WHO, 2006, p.4).

Atendendo que Portugal é um país multicultural e baseando-nos na necessidade de realização de estudos que englobem a sexualidade e a cultura no âmbito da saúde, propomos estudar se existem diferenças em relação aos indicadores de saúde sexual e reprodutiva entre os portugueses<sup>6</sup>, brasileiros, angolanos, cabo-verdianos, guineenses e santomenses a residir em Portugal.

---

<sup>6</sup> Sempre que mencionarmos “portugueses”, “brasileiros”, “angolanos”, “cabo-verdianos”, “guineenses” e/ou “santomenses” referimo-nos aos participantes, homens e mulheres, de cada

Dado que os estudos nacionais relativos a comunidades migrantes são direccionados, essencialmente, para os comportamentos de risco, através do nosso estudo pretendemos, de forma exploratória, alargar o conhecimento a outras manifestações da sexualidade.

**2.6 Estudo atual.** Às variáveis ligadas ao conhecimento acerca de IST's, acrescentámos variáveis associadas à saúde reprodutiva e planeamento familiar (e.g., gravidez; número de gravidezes; planeamento; interrupção; parentalidade); à saúde sexual (e.g, desejo sexual, masturbação, história de disfunção sexual, satisfação sexual, imagem corporal); às relações amorosas/íntimas (e.g., comunicação sobre sexualidade, vivência da sexualidade antes do casamento, sistemas de organização amorosa); e às normas sociais e individuais ligadas à vivência da sexualidade (e.g., importância atribuída à sexualidade, circuncisão, mutilação genital feminina).

Baseando-nos nos pressupostos teóricos e nos dados empíricos que mostram que as populações migrantes têm comportamentos e vivências ligadas à sexualidade que podem ser díspares da cultura onde estão integrados, e feita a revisão da literatura, desenhamos<sup>7</sup> um estudo misto, quantitativo, com o objetivo de perceber se alguns indicadores da saúde sexual e reprodutiva diferem de acordo com cada cultura/nacionalidade, mais especificamente, se diferem entre portugueses, brasileiros, angolanos, cabo-verdianos, guineenses e santomenses<sup>8</sup>, a residir em Portugal.

---

nacionalidade. À exceção de quando nos referirmos, especificamente, aos homens ou às mulheres de cada nacionalidade.

<sup>7</sup> O projecto inicial foi desenhado pela autora da tese, Ana Martins Barroso e o Professor Doutor Jorge Cardoso, co-orientador do presente trabalho.

<sup>8</sup> Nas páginas 80-81, serão descritos os fundamentos para a seleção das nacionalidades na p.81 será descrita a amostra.

**2.7 Questões de investigação.** Especificamente, pretendemos responder às seguintes questões de investigação:

1. Existem diferenças entre os grupos nas variáveis sociodemográficas? (idade; sexo; tempo médio de residência em Portugal; nível de escolaridade; rendimento mensal; rever-se em religião/filosofia/confissão/igreja; orientação sexual; experiência sexual com alguém do mesmo sexo; estado de saúde).
2. Existem diferenças nos conhecimentos acerca de IST's (já ter ouvido falar de IST; quais IST conhecidas).
3. Existem diferenças na saúde reprodutiva e planeamento familiar? (permissão da cultura/religião para o uso de contraceptivos; fontes de informação relativamente aos contraceptivos; conhecimento dos métodos contraceptivos; métodos contraceptivos usados; métodos contraceptivos proibidos pela cultura/religião; história de recurso à contraceção hormonal de emergência referida pelas mulheres; história de recurso à contraceção hormonal de emergência referida pelos homens; frequência do uso da contraceção hormonal de emergência referida pelas mulheres; locais de aquisição da contraceção hormonal de emergência referidos pelas mulheres e pelos homens; participação na escolha do método de contraceção referida pelas mulheres; participação na escolha do método de contraceção referida pelos homens; escolha do método contraceptivo contra vontade do companheiro referido pelas mulheres; escolha do método contraceptivo contra vontade da companheira referida pelos homens; opinião sobre IVG; posicionamento cultural/religioso relativamente à IVG; suposição de realização de IVG contra a cultura/religião referida pelas mulheres; suposição de apoio das companheiras para a realização de IVG contra a cultura/religião referida pelos homens; história de IVG referida pelas mulheres; história de IVG referida pelos homens; frequência de IVG referida pelas mulheres; frequência de IVG referida pelos homens; locais de realização da IVG referidos pelas mulheres e pelos homens; parentalidade;

número de filhos; história de gravidezes planeadas; número de gravidezes planeadas; história de uso de preservativo; média da percepção do uso do preservativo; conhecimento da função do preservativo).

4. Existem diferenças na saúde sexual? (importância atribuída à vida sexual; caracterização do desejo sexual; caracterização do desejo sexual do(a) companheiro(a); frequência de relações sexuais mensais; posicionamento cultural/religioso relativamente à masturbação; história de masturbação; frequência de masturbação; satisfação sexual; capacidade para proporcionar satisfação sexual ao(à) companheiro(a); história de dificuldades sexuais femininas; história de falta de desejo sexual; história de dificuldade em obter uma lubrificação vaginal adequada; história de dor durante a relação sexual; história de impossibilidade de penetração devido à contração vaginal; história de dificuldade em obter o orgasmo; história de ter recorrido a técnico de saúde para tratar de dificuldade sexual; história de dificuldades sexuais masculinas; história de falta de desejo sexual; história de dificuldade para obter ou manter a ereção, história de ter ejaculado mais rápido do que aquilo que gostaria; história de não ter ejaculado ou ter ejaculado mais tarde do que aquilo que gostaria; história de ter tido dificuldade em obter o orgasmo; história de ter recorrido a um técnico de saúde para tratar de uma dificuldade sexual; apreciação do corpo; desejo de alterar o corpo).

5. Existem diferenças relativamente às relações amorosas/íntimas? (tempo de conhecimento do(a) companheiro(a); idade do(a) companheiro(a); coabitação com o(a) companheiro(a); nacionalidade do(a) companheiro(a); posicionamento cultural/religioso relativamente a relações sexuais pré-maritais; história de relações sexuais pré-maritais; posicionamento cultural/religioso relativamente à poligamia; posicionamento cultural/religioso relativamente à escolha do cônjuge; história de escolha de cônjuge; disponibilidade para falar com o(a) companheiro(a) sobre aspetos da vida sexual).

6. Existem diferenças relativamente às normas sociais e individuais ligadas à vivência da sexualidade? (Vivência de sexo pago; frequência do sexo pago; situação em que não pode ter relações sexuais; impedimentos para ter relações sexuais; conhecimento sobre circuncisão genital feminina; meios de informação relativos à circuncisão genital feminina; conhecimento sobre a posição cultural relativamente à circuncisão genital feminina; experiência pessoal de circuncisão genital feminina; conhecimento de experiência de uma pessoa próxima relativamente à circuncisão genital feminina; conhecimento sobre circuncisão genital masculina; meios de informação relativos à circuncisão genital masculina; conhecimento sobre a posição cultural relativamente à circuncisão genital masculina; experiência pessoal de circuncisão genital masculina; conhecimento de experiência de uma pessoa próxima relativamente à circuncisão genital masculina; importância atribuída à sexualidade).

**2.8 Tipo de estudo.** Para atingir os objetivos a que nos propusemos, desenhamos um estudo descritivo e comparativo entre grupos de natureza quantitativa.

O presente estudo é de caráter exploratório, dada a escassez de estudos nesta área, e transversal, uma vez que examinámos vários grupos de indivíduos, num determinado momento no tempo (Fortin, Côté & Filion, 2009).

## II Parte - Estudo empírico: “Sexualidade num Portugal Multicultural”

### 1. Amostragem

A amostra é uma secção da população sobre a qual se realiza o estudo (Fortin et al., 2009).

Numa fase preliminar de desenho e concetualização do estudo no Projeto de Dissertação de Mestrado pretendeu-se recolher uma amostra de uma população alvo de: homens e mulheres adultos provenientes de Portugal e de países cujas nacionalidades estavam mais representadas em Portugal em 2011 - Ucrânia; Brasil; Guiné-Bissau; Angola; Índia; Paquistão e China. Esta pretensão foi alterada. Tal facto deveu-se às “entrevistas exploratórias<sup>9</sup>”, não dirigidas<sup>10</sup>.

Deste modo, após termos contactado a Embaixada da Ucrânia na República Portuguesa e informadores qualificados como, o Sheik David Munir<sup>11</sup>, Professora Doutora Elisabetta Colla e Comunidade Hindu de Portugal na pessoa da Dra. Dina, chegámos à conclusão que seria mais pertinente realizarmos o estudo a partir de uma população alvo que falasse português, evitando dessa forma o processo de tradução do instrumento de investigação<sup>12</sup>.

Assim, a nossa amostra<sup>13</sup> foi constituída por homens e mulheres adultos provenientes de Portugal, Brasil, Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau e São-Tomé e Príncipe<sup>14</sup>.

---

<sup>9</sup> Segundo Quivy & Campenhoudt (1995/1998) têm como função a obtenção de informação que o investigador não coloca em questão por si mesmo e que podem ser realizadas a: especialistas na matéria, “testemunhos privilegiados” [adotámos o termo “informadores qualificados”, termo usado por Carmo & Ferreira (1998)] ou à população estudada.

<sup>10</sup> Segundo Fortin et al. (2009) trata-se da exploração não metodológica de um tema.

<sup>11</sup> Entrevista feita por telefone.

<sup>12</sup> A esta questão também se juntou a constatação de que o inquérito por questionário, e consequentemente, o método de investigação quantitativo, não seriam o instrumento e tipo de investigação mais adequados para chegar até à população paquistanesa, indiana e chinesa, dada a dificuldade em obter uma amostra e sobretudo em responderem a questões relativas à sexualidade.

<sup>13</sup> Não incluímos indivíduos provenientes de Moçambique por não fazerem parte das principais nacionalidades estrangeiras em Portugal nos anos 2012 (SEF 2013), refletindo-se na dificuldade em obter a amostra (não encontramos associações de Moçambicanos disponíveis para aplicarmos o instrumento de investigação).

<sup>14</sup> Apesar de termos como objetivo inicial realizar a técnica de amostragem probabilística estratificada, tal não foi possível, dada a dificuldade de obter uma amostra tão variada, representativa, inscrita nas seis nacionalidades pretendidas. Graças à disponibilidade de diversas associações, Organizações Não

Por critérios de inclusão entendem-se as características essenciais dos elementos da população (Fortin et al., 2009) ou dos “casos<sup>15</sup>” (Hill & Hill, 2012). Assim, os critérios de inclusão foram: Ser homem ou mulher; com idade a partir de 18 anos, com nacionalidade Portuguesa, Brasileira, Angolana, Cabo-verdiana, Guineense e Santomense, a residir em Portugal Continental. Não escolhemos como critério a “naturalidade” em vez da “nacionalidade” dada a complexidade de análise das nacionalidades estrangeiras. Para garantir a homogeneidade<sup>16</sup> da amostra eliminámos, através da variável “tempo de permanência em Portugal”, os elementos que indicaram nacionalidade Portuguesa e tempo de permanência (indicador naturalidade estrangeira).

## 2. Caracterização da amostra

Obtivemos um total de 1163 questionário respondidos, mas atendendo aos critérios de inclusão, especificamente o da “nacionalidade”, desenvolvemos o nosso estudo a partir de uma amostra final de 935 casos.

A amostra<sup>17</sup> final foi constituída por 935 indivíduos (casos válidos) de ambos os sexos (472 homens [50.5%] e 463 mulheres [49.5%]). A idade dos inquiridos varia entre os 18 e 72 anos ( $M = 30.89$ ;  $DP = 10.09$ ), sendo que, por ordem decrescente, os grupos etários maioritariamente representados foram os dos 20-24 anos ( $n = 239$ ; 25.8%), 25-29 anos ( $n = 225$ ; 24.3%), e dos 30-34 anos ( $n = 139$ ; 15%). De acordo com a nacionalidade, a amostra foi constituída por 13.8% angolanos (71 homens e 58 mulheres), 18.3% brasileiros (82 homens e 89 mulheres), 19.4% cabo-verdianos (89 homens e 92 mulheres), 15.5% guineenses (83

---

Governamentais [ONG], embaixadas, consulados, bairros e pessoas singulares, obtivemos a nossa amostra que não sendo representativa, é indicativa.

<sup>15</sup> Segundo (Hill & Hill, 2012, p.28), são “as entidades sociais que fornecem os dados num estudo empírico.” Podem ser pessoas singulares, família, empresas, etc.

<sup>16</sup> Segundo Fortin et al. (2009, p. 225) é “a qualidade de uma amostra, cujas características susceptíveis de influenciar a variável dependente são uniformes. (...) garante a validade interna de um estudo, mas não a externa”

<sup>17</sup> Ver análise descritiva da caracterização da amostra na Tabela 3.

homens e 62 mulheres), 21.6% portugueses (93 homens e 109 mulheres), e 11.4% santomenses (54 homens e 53 mulheres). O tempo médio de residência em Portugal descrito pela população imigrante foi de 9.01 anos ( $DP = 6.40$ ), variando entre 1 a 52 anos. Em termos de escolaridade, a maioria dos inquiridos referiu possuir o nível secundário ( $n = 390$ ; 42.6%) e o ensino superior ( $n = 365$ ; 39.9%). Dos restantes, 9% referiram possuir o 3º ciclo, 4.8% referiram possuir o 2º ciclo, 2.7% referiram possuir o 1º ciclo e 1% não frequentaram a escola. Os angolanos ( $n = 67$ ; 54%), os portugueses ( $n = 98$ ; 49.5%) e os santomenses ( $n = 50$ ; 48.1%) foram dos inquiridos aqueles que apresentam uma maior percentagem de indivíduos com um nível de escolaridade “superior”. Já os brasileiros ( $n = 88$ ; 52.1%), os cabo-verdianos ( $n = 88$ ; 49.4%) e os guineenses ( $n = 60$ ; 42.3%) apresentaram uma maior percentagem de indivíduos com um nível de escolaridade “secundário”. Os guineenses apresentaram uma maior percentagem no que concerne à “não frequência da escola” ( $n = 4$ ; 2.8%) e ao “1º ciclo” ( $n = 8$ ; 5.6%).

No que concerne ao rendimento mensal, a maioria dos indivíduos (45.5%) reportou auferir “até 485€” mensais, 40.4% reportaram auferir um salário “entre 485 e 1000€” e 14.1% reportaram auferir um salário “superior a 1000€”. Os portugueses ( $n = 43$ ) e os brasileiros ( $n = 41$ ) foram dos inquiridos aqueles que referiram um maior salário, sendo que a maioria destes indivíduos referiram auferir entre 485 e 1000€. A maioria dos angolanos ( $n = 45$ ), cabo-verdianos ( $n = 69$ ), guineenses ( $n = 67$ ) e dos santomenses ( $n = 61$ ) reportaram auferir “até 485€”.

Na amostra total verificou-se que a maioria dos indivíduos (76.1%) se “revê numa religião/filosofia/confissão/igreja”. Por ordem decrescente, as nacionalidades que apresentaram uma maior percentagem de pessoas que se “revêm numa religião/filosofia/confissão/igreja” foram: Os guineenses ( $n = 126$ ; 86.9%), os angolanos ( $n = 108$ ; 84.4%), os santomenses ( $n = 90$ ; 84.1%), os cabo-verdianos ( $n = 126$ ; 75%), os

brasileiros ( $n = 126$  ; 73.7%) e finalmente, os portugueses ( $n = 121$  ; 61.1%). Das religiões/filosofias professadas, a Cristã foi a que revelou possuir mais seguidores ( $n = 614$ ; 94.9%).

Relativamente ao estado civil, 59.2% ( $n = 551$ ) dos indivíduos referiram estar “solteiros”, 20.7% ( $n = 193$ ) referiram estar “casados”, 15.9% ( $n = 148$ ) referiram viverem em “união de facto”, 2.8% ( $n = 26$ ) referiram estar “divorciados”, e 1.4% ( $n = 13$ ) referiram estar “viúvos”. De realçar que a maioria dos indivíduos, de todas as nacionalidades, referiram estar “solteiros”, à exceção dos brasileiros que mencionaram igual percentagem de “casados” e de “solteiros”. Os indivíduos oriundos dos PALOP<sup>18</sup> declararam uma maior percentagem de “solteiros”, sendo que os cabo-verdianos, com 73.9% ( $n = 133$ ) de indivíduos “solteiros”, representaram a nacionalidade com maior número de “solteiros”. Analisando por nacionalidade o segundo estado civil mais referido, o “casamento”, verificámos que os brasileiros ( $n = 62$ ; 36.3%), os portugueses ( $n = 57$ ; 28.4%) e os guineenses ( $n = 28$ ; 19.6%) foram os indivíduos que obtiveram maior percentagem. Já os angolanos ( $n = 23$ ; 17.8%), santomenses ( $n = 17$ ; 15.9%) e os cabo-verdianos ( $n = 25$ ; 15%), obtiveram uma maior percentagem de indivíduos em “união de facto”.

No que concerne à orientação sexual, mais de 96% ( $n = 755$ ) de todos inquiridos, de todas as nacionalidades, referiu ser de orientação sexual “heterossexual”. Os brasileiros foram dos inquiridos aqueles que referiram ter um maior número de indivíduos de orientação sexual “homossexual” ( $n = 9$ ; 5.6%) e “bissexual” ( $n = 4$ ; 2.5%). Os guineenses ( $n = 1$ ; 0.9%) referiram ter menos indivíduos com orientação “homossexual” e os cabo-verdianos ( $n = 1$ ; 0.8%) foram dos inquiridos aqueles com menos indivíduos com orientação sexual “bissexual”.

---

<sup>18</sup> Angolanos, cabo-verdianos, guineenses e santomenses.

A maioria dos inquiridos (94.5%) “não teve contacto com alguém do mesmo sexo”. Dos que “tiveram”, destacaram-se os brasileiros ( $n = 23$ ; 13.8%), os angolanos ( $n = 8$ ; 6.5%) e os portugueses ( $n = 11$ ; 5.7%).

Relativamente ao estado de saúde, dos inquiridos, a maioria das mulheres (85.1%) de todas as nacionalidades [angolanas ( $n = 39$ ), brasileiras ( $n = 63$ ), cabo-verdianas ( $n = 57$ ), guineenses ( $n = 37$ ), portuguesas ( $n = 77$ ) e santomenses ( $n = 29$ )] e a maioria dos homens (88.1%) de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 47$ ), brasileiros ( $n = 56$ ), cabo-verdianos ( $n = 60$ ), guineenses ( $n = 50$ ), portugueses ( $n = 74$ ) e santomenses ( $n = 31$ )] referiram não ter “algum problema de saúde”.

Tabela 3

*Estatística descritiva socio-demográfica da amostra*

	Angolanos	Brasileiros	Cabo-verdianos	Guineenses	Portugueses	Santomenses	Amostra total
<b>n</b>	13.8% (n=129)	18.3% (n=171)	19.4% (n=181)	15.5% (n=145)	21.6% (n=202)	11.4% (n=107)	(N=935) 100%
	♂ 58 ♀ 71	♂ 82 ♀ 89	♂ 89 ♀ 92	♂ 83 ♀ 62	♂ 93 ♀ 109	♂ 54 ♀ 53	472 (50.5%) 463 (49.5%)
<b>Idade</b>							
<i>M</i>	30.46	32.25	27.10	33.13	32.15	30.20	30.89
<i>Min-Max</i>	18-50	18-58	18-56	19-69	18-64	18-72	18-72
<i>DP</i>	9.002	9.544	7.626	11.041	11.594	9.690	10.085
<b>Escolaridade</b>							
Não frequentou a escola	-	-	2	4	1	2	9 (1.0)
1º ciclo	-	5 (3.0)	6 (3.4)	8 (5.6)	5 (2.5)	1 (1.0)	25 (2.7)
2º ciclo	3 (2.4)	9 (5.3)	13 (7.3)	9 (6.3)	10 (5.1)	-	44 (4.8)
	<b>n=124</b>	<b>n=169</b>	<b>n=178</b>	<b>n=142</b>	<b>n=198</b>	<b>n=104</b>	<b>N=915</b> 100%

3º ciclo	8	(6.5)	19	(11.2)	16	(9.0)	12	(8.5)	18	(9.1)	9	(8.7)	82	(9.0)
Secundário	46	(37.1)	88	(52.1)	88	(49.4)	60	(42.3)	66	(33.3)	42	(40.4)	390	(42.6)
Superior	67	(54.0)	48	(28.4)	53	(29.8)	49	(34.5)	98	(49.5)	50	(48.1)	365	(39.9)

**n=98** (%) **n=161** (%) **n=126** (%) **n=104** (%) **n=168** (%) **n=90** (%) **N=747** 100%

#### Rendimento mensal

Até 485€	45	(45.9)	45	(28.0)	69	(54.8)	67	(64.4)	53	(31.5)	61	(67.8)	340	(45.5)
Entre 485 e 1000€	45	(45.9)	75	(46.6)	54	(42.9)	29	(27.9)	72	(42.9)	27	(30.0)	302	(40.4)
Superior a 1000€	8	(8.2)	41	(25.5)	3	(2.4)	8	(7.7)	43	(25.6)	2	(2.2)	105	(14.1)

**n=128** (%) **n=171** (%) **n=168** (%) **n=145** (%) **n=198** (%) **n=107** (%) **N=917** 100%

#### Revê-se religião/filosofia?

Sim	108	(84.4)	126	(73.7)	126	(75.0)	126	(86.9)	121	(61.1)	90	(84.1)	697	(76.0)
Não	20	(15.6)	45	(26.3)	42	(25.0)	19	(13.1)	77	(38.9)	17	(15.9)	220	(24.0)

**n=88** (%) **n=112** (%) **n=131** (%) **n=120** (%) **n=115** (%) **n=81** (%) **N=647** 100%

#### Qual religião/filosofia?

Cristã	88	(100)	110	(98.2)	131	(100)	91	(75.8)	113	(98.2)	81	(100)	614	(94.9)
--------	----	-------	-----	--------	-----	-------	----	--------	-----	--------	----	-------	-----	--------

Não Cristã	-	-	2	(1.8)	-	-	29	(24.2)	2	(1.8)	-	-	33	(5.1)
	<b>n=129</b>	(%)	<b>n=171</b>	(%)	<b>n=180</b>	(%)	<b>n=143</b>	(%)	<b>n=201</b>	(%)	<b>n=107</b>	(%)	<b>N=931</b>	100%
<b>Estado civil</b>														
Solteiro(a)	92	(71.3)	62	(36.3)	133	(73.9)	89	(62.2)	106	(52.7)	69	(64.5)	551	(59.2)
União de facto	23	(17.8)	34	(19.9)	27	(15.0)	15	(10.5)	32	(15.9)	17	(15.9)	148	(15.9)
Casado(a)	14	(10.9)	62	(36.3)	18	(10.0)	28	(19.6)	57	(28.4)	14	(13.1)	193	(20.7)
Divorciado(a)	-	-	11	(6.4)	2	(1.1)	5	(3.5)	4	(2.0)	4	(3.7)	26	(2.8)
Viuvo(a)	-	-	2	(1.2)	-	-	6	(4.2)	2	(1.0)	3	(2.8)	13	(1.4)
	<b>n=108</b>	(%)	<b>n=161</b>	(%)	<b>n=132</b>	(%)	<b>n=117</b>	(%)	<b>n=189</b>	(%)	<b>n=79</b>	(%)	<b>N=786</b>	100%
<b>Orientação Sexual</b>														
Heterossexual	105	(97.2)	148	(91.9)	128	(97.0)	114	(97.4)	183	(96.8)	77	(97.5)	755	(96.1)
Homossexual	2	(1.9)	9	(5.6)	3	(2.3)	1	(0.9)	4	(2.1)	1	(1.3)	20	(2.5)
Bissexual	1	(0.9)	4	(2.5)	1	(0.8)	2	(1.7)	2	(1.1)	1	(1.3)	11	(1.4)
	<b>n=123</b>	(%)	<b>n=167</b>	(%)	<b>n=166</b>	(%)	<b>n=140</b>	(%)	<b>n=192</b>	(%)	<b>n=100</b>	(%)	<b>N=888</b>	100%
<b>Teve contacto com alguém do mesmo sexo?</b>														

Sim	8	(6.5)	23	(13.8)	2	(1.2)	3	(2.1)	11	(5.7)	2	(2.0)	49	(5.5)
Não	115	(93.5)	144	(86.2)	164	(98.8)	137	(97.9)	181	(94.3)	98	(98.0)	839	(94.5)
	<b>n=46</b>	(%)	<b>n=71</b>	(%)	<b>n=69</b>	(%)	<b>n=48</b>	(%)	<b>n=85</b>	(%)	<b>n=36</b>	(%)	<b>N=355</b>	100%

**Mulher: Tem algum problema de saúde?**

Sim	7	(15.2)	8	(11.3)	12	(17.4)	11	(22.9)	8	(9.4)	7	(19.4)	53	(14.9)
Não	39	(84.8)	63	(88.7)	57	(82.6)	37	(77.1)	77	(90.6)	29	(80.6)	302	(85.1)
	<b>n=58</b>	(%)	<b>n=62</b>	(%)	<b>n=69</b>	(%)	<b>n=61</b>	(%)	<b>n=76</b>	(%)	<b>n=35</b>	(%)	<b>N=361</b>	100%

**Homem: Tem algum problema de saúde?**

Sim	11	(19.0)	6	(9.7)	9	(13.0)	11	(18.0)	2	(2.6)	4	(11.4)	43	(11.9)
Não	47	(81.0)	56	(90.3)	60	(87.0)	50	(82.0)	74	(97.4)	31	(88.6)	318	(88.1)

### 3. Medidas

**3.1 Questionário.** Encontrámos várias terminologias propostas para designar o instrumento de medida por nós escolhido para a recolha de dados. Baseando-se no objetivo do instrumento, verificámos uma concordância entre os autores referindo que este existe com o intuito de proceder à recolha de dados de forma sistemática para resolver um problema (Carmo & Ferreira, 1998). Quivy & Campenhoudt (1995/1998), vão mais longe, explicando que esse exercício (o da recolha de dados) dirige-se a um grupo de indivíduos (representativos da população ou não) através da colocação de perguntas de carácter sociodemográfico, sobre opiniões, comportamentos, atitudes e conhecimentos ou outras, de interesse do investigador. Normalmente as respostas são pré-codificadas (Quivy & Campenhoudt, 1995/1998). Fortin et al. (2009) completam a última definição referindo que o objetivo do instrumento é a recolha “informação factual sobre os acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões.” (Fortin et al., 2009, p. 380)

Adicionalmente, Carmo & Ferreira (1998) usam a terminologia de “inquérito por entrevista” e “inquérito por questionário”, distinguindo o primeiro do segundo através presença do investigador. No inquérito por entrevista verifica-se interação direta entre o investigador e o inquirido, enquanto que no inquérito por questionário não. Por sua vez, Quivy & Campenhoudt (1995/1998), propõem os termos de inquérito por questionário de “administração indireta”, em que o investigador completa o instrumento a partir das respostas do inquirido, e portanto verifica-se uma interação, e de “administração direta” onde o próprio inquirido completa o questionário (o inquiridor pode estar presente no espaço e responder a questões do inquirido ou pode enviar o questionário por correio ou através de outros meios). Já Fortin et al. (2009) propõem duas categorias de utilização dos instrumentos em causa: “Questionários auto-administrados”, preenchido pelos próprios participantes, ou “questionários-entrevista”, preenchidos pelo investigador.

No presente trabalho, adotámos a última terminologia, inquirido por “questionário auto-administrado” e inquirido por “questionário-entrevista” dada a facilidade de compreensão que os termos “auto-administrado” e “entrevista” permitem.

#### **4. Procedimentos**

**4.1 A ética do estudo.** Atendendo que a investigação deve respeitar uma ética, garantindo a responsabilidade do investigador e a proteção dos direitos da pessoa (Fortin et al. 2009), aplicámos o “consentimento informado”, apresentado na folha de rosto do questionário (cf. Apêndice 3). Segundo Fortin et al. (2009), um consentimento livre e voluntário reúne uma série de exigências tais como: Uma resposta positiva à participação no estudo por um indivíduo possuidor de todas as faculdades mentais; uma decisão livre de coerção; o fornecimento de informação sobre o estudo, bem como a garantia da confidencialidade da sua participação. Desta forma respeitámos as orientações da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

Como referido anteriormente, também solicitámos autorização das instituições onde o instrumento foi aplicado.

**4.2 Elaboração do Questionário.** O facto de não termos encontrado um instrumento que respondesse às necessidades do nosso estudo, levou-nos à criação<sup>19</sup> de um, ao qual chamámos: “Sexualidade Multicultural” (Barroso, A. & Cardoso, J., 2012) (cf. Apêndice 1), processo que durou de fevereiro a maio de 2012. O nosso questionário foi alterado 12 vezes, não querendo dizer que o facto de ter sido considerado como “concluído” lhe conceda o estatuto de “instrumento perfeito”.

Tomando como fonte de partida o nosso objetivo de estudo e as questões de investigação, após termos realizado uma pesquisa relativamente à forma de trabalhar o tema, a

---

<sup>19</sup> Segundo Hill & Hill (2012), a criação de um instrumento de estudo justifica-se na ausência de um instrumento adaptado ao estudo.

partir dos conceitos “cultura” e “sexualidade” elaborámos uma lista de categorias, dimensões e de indicadores que nos permitiram chegar aos indicadores de saúde sexual e reprodutiva a analisar de acordo com cada nacionalidade, seguindo desta forma a metodologia proposta por Quivy & Campenhoudt (1995/1998).

Realizámos um questionário com questões fechadas com o objetivo de conhecer factos, comportamentos, conhecimentos, graus de satisfação, crenças, histórico de dificuldades sexuais.

As questões fechadas utilizadas foram de tipo: Dicotómicas, de escolha múltipla, de enumeração gráfica (tipo escala de Likert), listas de pontuação<sup>20</sup>; e questões de filtro<sup>21</sup>. As questões de enumeração gráfica, tipo escala de Likert, foram construídas com 5 categorias. Escolhemos um número ímpar para garantir a utilização de valores contínuos, que nos permitiu usar uma escala de intervalos, facto que não é unânime entre os especialistas (Fortin et al, 2009). E escolhemos categorias já que se trata de um número suficiente no caso de perguntas que solicitem opiniões, gostos ou graus de satisfação (Hill & Hill, 2012). Hill & Hill (2012, p. 117) utilizam o termo de “escala de avaliação” referindo que se trata de “uma escala de ordem disfarçada como escala métrica.” Utilizámos escalas de medida nominais, ordinais, de intervalo e de rácio (anos, dias, horas, frequência).

Ordenámos as questões seguindo uma lógica de caracterização da amostra, através de questões sociodemográficas e através dos diferentes indicadores de saúde sexual e reprodutiva.

Tentámos usar um vocabulário mais simples, evitando termos técnicos (exemplo disso pode ser constatado nas questões relativas às “dificuldades sexuais” [*cf.* Apêndice 1]).

---

<sup>20</sup> Segundo Fortin et al. (2009), trata-se da escolha de uma resposta, num grupo de respostas.

<sup>21</sup> Segundo Fortin et al. (2009), são questões que dirigem o participante para questões adequadas à sua situação.

Relativamente ao *layout* optámos por separar as perguntas de uma secção (satisfação sexual) para “minimizar os efeitos indesejados de memória, e os “efeitos de halo” e estilos de resposta”, segundo Hill & Hill (2012) constitui a prática mais adequada quando as perguntas são relativas a opiniões, atitudes ou satisfações. Durante o questionário também foram disponibilizadas instruções (e.g., havia perguntas dirigidas apenas a homens ou apenas a mulheres e estas estavam devidamente assinaladas).

Na página de rosto (*cf.* Apêndice 3) expusemos o carácter académico do estudo e a independência do investigador; a confidencialidade e o facto de não haver respostas certas ou erradas, fatores que, segundo Hill & Hill (2012) aumentam a cooperação. Na folha de rosto foi também exposto o objetivo do estudo e o consentimento informado. Ao contrário do que defendem Fortin et al, (2009), decidimos não colocar as instruções na folha de rosto mas durante o questionário para as situar, simplificando a compreensão.

**4.2.1 Pré-teste do questionário.** Após a elaboração do nosso questionário, e da sua modificação, com o intuito de verificar a eficácia e o valor do questionário e dessa forma garantir a sua aplicabilidade (Carmo & Ferreira, 1998; Fortin et al., 2009, Hill & Hill, 2012), testámo-lo. Realizámos o “pré-teste” aplicando o questionário a um grupo de 12 indivíduos, que após o terem preenchido, criticaram-no, o que no permitiu melhorá-lo. As modificações não foram numerosas, razão pela qual não realizámos um segundo pré-teste (Fortin, et al., 2009).

**4.2.2 A aplicação do questionário.** Pensámos utilizar, apenas, o método de inquérito por “questionário auto-administrado”, para aumentar o “à vontade dos participantes”, mas durante o processo deparámo-nos com pessoas com baixo nível de escolaridade, pessoas que não frequentaram a escola ou mesmo pessoas que preferiram ser entrevistadas (pensámos que o tamanho do questionário motivou estas últimas escolhas), pelo que também usámos o inquérito por “questionário-entrevista”.

No entanto, quando utilizámos a segunda modalidade, tomámos em consideração dois<sup>22</sup> dos três problemas decorrentes do contacto direto entre entrevistador e entrevistado, descritos por Carmo & Ferreira (1998): Influência do entrevistador no entrevistado; diferenças existentes entre eles (género, idade, sociais e culturais) e a sobreposição de canais de comunicação.

Cada um dos métodos de aplicação do instrumento comporta as suas vantagens e desvantagens. O questionário auto-administrado é o mais apropriado para trabalhar questões de ordem íntima, dado o anonimato, mas é de difícil utilização (ou mesmo impossível para pessoas de pouca escolaridade); pode resultar numa “elevada taxa de não respostas”; é de difícil conceção; o investigador não tem garantia de que foi bem preenchido e pode não ser entregue (Carmo & Ferreira, 1998, Fortin et al., 2009).

O questionário-entrevista é garante de ser bem preenchido, a taxa de não respostas é baixa, mas o facto do entrevistador com o entrevistados pode influenciar as respostas (Fortin et al., 2009).

**4.2.3 A credibilidade do questionário.** Segundo Quivy & Campenhoudt (1995/1998), para que o método seja digno de confiança devem-se respeitar diferentes aspetos: Rigor na seleção da amostra; formulação clara e unívoca das perguntas; compatibilidade entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado; relação de confiança no momento da administração do questionário; honestidade e consistência profissional dos entrevistadores.

Segundo Fortin et al. (2009), a taxa de respostas pode influenciar a credibilidade do questionário, podendo situar-se em média entre 25% e 30% quando enviados por correio, ou

---

<sup>22</sup> O primeiro e o último. Quanto à questão da diferença cultural não houve outra possibilidade na medida em que este trabalho é a realização de um projeto de mestrado e não um grupo de investigação.

de uma forma indireta. Não recebemos 187 dos 1350 questionários entregues, o que representa 13.9% de questionários não entregues.

**4.2.4 Locais de aplicação do questionário.** De acordo com Fortin et al. (2009) o meio é o local onde o estudo é conduzido. No nosso caso, o meio foi natural<sup>23</sup> (Fortin et al., 2009). É também importante assinalar que o meio do estudo em causa, transformou-se em “meios”, uma vez que o estudo desenvolveu-se em várias frentes.

A recolha de dados realizou-se do 26 de junho de 2012 a 27 de janeiro de 2013, com algumas interrupções justificadas pela espera de autorização para a aplicação dos mesmos e pela disponibilidade da população acessível<sup>24</sup>. Esta última exigiu uma adaptação reforçada, o que significou aplicação do questionário também durante os fins-de-semana ou feriados.

Dada a pluralidade da população alvo<sup>25</sup> e a dificuldade em chegar até junto da população acessível, o meio de estudo foi diversificado. Com isto queremos dizer que o questionário foi aplicado em instituições públicas, privadas, associações, mas também em estruturas físicas informais, como casas privadas ou locais onde decorriam acontecimentos importantes (festas, encontros nacionais ou locais de culto), para as populações em causa.

Através de uma pesquisa no motor de busca Google, encontrámos um lista de “Associações Representativas dos Imigrantes e Seus Descendentes – (Lei nº115/99, de 3 de Agosto)”. Esta lista permitiu-nos entrar em contacto telefónico ou por e-mail com as associações que se enquadravam no estudo (*cf.* Apêndice 4), trabalho nem sempre fácil, algumas delas não existiam e outras não mostraram receptividade para a participação no estudo.

---

<sup>23</sup> De acordo com Fortin et al, (2009, p. 217) é “um meio, que não dá lugar a um controlo rigoroso como o laboratório (...) [a título de exemplo no] domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou de saúde”.

<sup>24</sup> Segundo Fortin et al, (2009, p. 311) é “a porção da população alvo a que se pode aceder”.

<sup>25</sup> Segundo Fortin et al, (2009, p. 311) é “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.”

No entanto, por intermédio das associações que responderam afirmativamente, chegámos junto a outras associações e a ONG's e a outros informadores qualificados<sup>26</sup> (presidentes de associações, ONG's, organizadores de eventos ou mesmo pessoas responsáveis por espaços de culto), (*cf.* Apêndice 4). De repente, estávamos realmente no epicentro do “meio”.

A solicitação da aplicação do questionário realizou-se por e-mail ou por correio através de requerimento (*cf.* Apêndice 2): “Exemplo de Requerimento para solicitação de aplicação do instrumento”. Após a obtenção da primeira autorização, começámos a aplicação do questionário.

Relativamente à aplicação do questionário por voluntários, explicámos o procedimento para a aplicação do questionário para que a comunicação com os participantes fosse uniforme, já que esta pode influenciar os dados dos estudos (Fortin et al., 2009).

**4.3 Métodos de amostragem não probabilística.** Começámos por utilizar o método de amostragem “acidental” ou por “conveniência” que permite aceder facilmente a indivíduos que respondam aos critérios de inclusão e que dá a amostra por concluída quando se atinge o número desejado (Fortin et al., 2009; Maroco, 2007). Apesar de, através deste método de amostragem não se poder atingir a representatividade da população, pode-se garantir a homogeneidade através de critérios de inclusão mais rigorosos (Fortin et al., 2009).

Progressivamente, ao sentirmos dificuldades para a obtenção de elementos de determinadas nacionalidade e dado o tempo que tínhamos disponível, verificámos que a este método de amostragem deveríamos juntar o método de “amostragem por redes”, “em bola de neve” (Fortin et al., 2009) ou de acordo com Maroco (2007), “amostragem de propagação geométrica”. Este método realiza-se quando se pretende integrar na amostra “sujeitos pouco

---

<sup>26</sup> Segundo Carmo & Ferreira (1998, p. 124) trata-se de “pessoas cujo conhecimento da população em questão (...) poderá vir a ser útil para uma descrição preliminar do grupo e do seu modo de vida.”

acessíveis ou com determinado atributo difícil de encontrar”, baseia-se no recrutamento de participantes através de outros participantes que respondam aos critérios do estudo, apoiando-se nas redes sociais <sup>27</sup>(Fortin et al., 2009).

**4.4 Plano de análise de dados.** Para o tratamento estatístico dos questionários procedemos à introdução da informação dos mesmos utilizando o programa Excel 2010. Depois de constituída a base de dados, procedemos à transferência da informação para o programa de tratamento estatístico SPSS, Versão 20.0, onde foram aplicados os diversos testes.

Para a descrição da amostra, a análise estatística foi feita, inicialmente, através da realização da estatística descritiva. De assinalar que para as perguntas do tipo “respostas múltiplas”, o método estatístico limitou-se ao cálculo de frequências e percentagens.

Posteriormente, para efeitos de comparação entre os grupos das diferentes variáveis, incluindo as sociodemográficas, foi usada a análise inferencial. Para a análise dos dados nominais, dado que as amostras independentes foram as seis nacionalidades, usámos o Teste de Independência do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). As variáveis de interesse foram avaliadas em forma de escalas nominais de dois tipos “sim” e “não” e “sim”, “não” e “desconheço”/“nem concordo/nem discordo”, obtendo assim tabelas de contingência do tipo 2X6 e 3X6, respetivamente. Foram respeitadas as condições de aplicabilidade do teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) - a)  $n > 20$  ; b) não mais de 20% das células com frequência esperada inferior a cinco observações; c) todas as células têm frequência esperada igual ou superior a um (Maroco, 2007) - à exceção de alguns casos, em que a condição b) “não mais de 20% das células com frequência esperada inferior a cinco observações”, não foi respeitada. A este respeito,

---

<sup>27</sup> Quando utilizámos este método de amostragem a confidencialidade dos dados foi assegurada através do fornecimento simultâneo de um envelope (sem janela) onde o questionário, após ter tido preenchido, foi introduzido, fechado e entregue.

seguimos a proposição de Maroco (2007, p.108), realizando o Teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) por Simulação de Monte Carlo (Maroco, 2007, p.108). A fim de decidirmos a existência da independência das variáveis, adotámos a proposição de Laureano (2013, p.122), que refere que, perante um nível de significância de 0.05 e um resíduo estandardizado ajustado com valor inferior a -1.96 ou superior a 1.96, podemos afirmar “afastamento significativo de  $H_0$ ”.

Com o intuito de testarmos a existência de relação entre as variáveis nominais (ou tratada como tal), usámos o teste não paramétrico à medida de associação V de Cramér ( $V$ ), dado que as tabelas de contingência são superiores a 2X2 (Laureano, 2013; Conboy, 2003). Como valor de referência do tamanho do efeito “*effect size*”, adotámos a proposição de Cohen (1988, p.227), em que define a força do efeito de “pequena, de 0.10 a 0.29”; de “média, de 0.30 a 0.49” e de “forte, de 0.50 a 1”.

Relativamente aos dados ordinais, atendendo a que, para a utilização dos testes paramétricos é necessário a verificação simultânea dos pressupostos: Normalidade das variáveis e homogeneidade das variâncias (Maroco, 2007), através do teste Kolmogorov-Smirnov (KS), com correção de Lilliefors, verificámos que as variáveis não seguiam uma distribuição normal, constatando que para todas as variáveis o  $p$ -value=0.00 (<0.05). Com o intuito de avaliar a homogeneidade das variâncias, recorremos ao teste de Levene que nos permitiu observar a falta de homogeneidade da maioria das variáveis. Assim, optámos por usar o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis H (KW), dado que nos permitiu realizar a comparação múltipla das médias das ordens (MO) das seis diferentes nacionalidades, amostras independentes (condição do teste), relativamente às diferentes variáveis de interesse. Nos testes Kruskal-Wallis foi interpretado o valor de probabilidade ajustado ( $p_{aj}$ ) na comparação múltipla das médias das ordens. As variáveis de interesse usadas foram escalas qualitativas ordinais, medidas numa escala tipo Likert [nula (1); pequena (2); média (3); grande (4) e muito grande (5)] ou [raramente ou nunca (1), poucas vezes (2), algumas vezes

(3); bastantes vezes (4) e habitualmente ou sempre (5)]. Quando o teste revelou evidência estatisticamente significativa ( $\alpha \leq 0.05$ ), completámos a análise através da Correção de Bonferroni (teste post-hoc, comparação múltipla de médias), que nos permitiu identificar os pares de nacionalidades com médias de importância significativamente distintas. A probabilidade de erro estabelecida para todos os testes foi de 5%.

Tal como referido anteriormente a amostra final foi constituída por um total de 935 indivíduos (472 homens e 463 mulheres). Pelo que, sempre que o total referido não coincidir com o número total mencionado, isso significa que apenas foi tida em conta a informação fornecida pelos participantes, não procedendo a nenhum método de substituição de dados omissos. Ou seja, as percentagens apresentadas remetem sempre para o total das respostas efetivamente recolhidas e não para o total final da amostra.

## 5 Resultados

### 5.1 Comparação dos grupos relativamente aos dados sócio-demográficos.

Relativamente à idade dos inquiridos, os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas em função do grupo de nacionalidades ( $\chi^2_{KW(5)} = 40.29$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla da média das ordens indicou que os cabo-verdianos (MO = 358.35) são mais novos do que os angolanos (MO=461.76;  $p_{aj}=0.013$ ), os portugueses (MO = 480.36;  $p_{aj}<0.001$ ), os brasileiros (MO=513.53;  $p_{aj}<0.001$ ) e os guineenses (MO = 517.69;  $p_{aj}<0.001$ ).

No que concerne ao tempo de residência em Portugal, os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas em função do grupo de imigrantes ( $\chi^2_{KW(4)} = 38.87$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que angolanos (MO = 370.38) apresentam maior tempo de residência que os guineenses (MO = 293.94;  $p_{aj} = 0.012$ ), os cabo-verdianos (MO = 229.98;  $p_{aj} < 0.001$ ), os santomenses (MO = 272.44;  $p_{aj}=0.001$ ) e os brasileiros (MO=285.21;  $p_{aj}=0.001$ ). Assim como os guineenses (MO

= 293.94) apresentam maior tempo de residência comparativamente com os cabo-verdianos (MO = 229.98;  $p_{aj} = 0.037$ ).

Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e o nível de escolaridade  $\chi^2(25, n = 915) = 64.18, p < 0.000$ , V de Cramer = 0.12, sendo um efeito pequeno de acordo com os critérios de Cohen (1988). Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.1$ ) e angolanos ( $Z_{adj} = 3.5$ ) com o nível de escolaridade de nível “superior” em comparação com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.4$ ) e os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -3.1$ ). Que, em contrapartida, ocupam uma maior proporção no nível de escolaridade “secundário”, brasileiros ( $Z_{adj} = 2.8$ ) e cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 2.0$ ) em comparação com os portugueses ( $Z_{adj} = -3.0$ ).

No que concerne ao rendimento mensal, existe uma associação significativa entre o nacionalidade e rendimento mensal  $\chi^2(10, n = 747) = 105.02, p < .001$ , V de Cramer = 0.27, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 4.7$ ) e portugueses ( $Z_{adj} = 4.7$ ) com rendimentos acima dos 1000€ em comparação com os guineenses ( $Z_{adj} = -2.0$ ), santomenses ( $Z_{adj} = -3.4$ ) cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -4.1$ ). Estas três últimas nacionalidades, guineenses ( $Z_{adj} = 4.2$ ), santomenses ( $Z_{adj} = 4.5$ ) cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 2.3$ ), ocupam maior proporção na classe de rendimentos inferiores a 485€, comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -5.1$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -4.1$ ).

Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “rever-se em alguma religião/filosofia/confissão/igreja” ( $\chi^2(5, n = 917) = 42.89, p < .001$ , V de Cramer = 0.22), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 2.4$ ), guineenses ( $Z_{adj} = 3.3$ ) e santomenses ( $Z_{adj} = 2.1$ ) que “se revêm em alguma religião/filosofia/confissão/igreja” em comparação com os portugueses ( $Z_{adj} = -5.5$ ).

Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e o estado civil ( $\chi^2(20, n = 931) = 105.31, p < .001, V$  de Cramer = 0.17), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 3.0$ ) e de cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 4.5$ ) “solteiros” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -6.8$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -2.1$ ). Por outro lado, verifica-se uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 5.5$ ) e portugueses ( $Z_{adj} = 3.0$ ) “casados”, comparativamente com os angolanos ( $Z_{adj} = -3.0$ ), cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -4.0$ ) e santomenses ( $Z_{adj} = -2.1$ ). Verifica-se uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 3.2$ ) divorciados comparativamente aos angolanos ( $Z_{adj} = -2.1$ ). Os guineenses são de todos os inquiridos aqueles que demonstraram maior proporção para o estado civil “viúvo” ( $Z_{adj} = 3.1$ ).

Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e orientação sexual ( $\chi^2(10, n = 786) = 10.595, p = 0.397, V$  de Cramer = 0.08).

Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e o “ter tido um contacto sexual com alguém do mesmo sexo” ( $\chi^2(5, n = 888) = 33.43, p < .001, V$  de Cramer = 0.19), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 5.2$ ) que “já teve contacto com alguém do mesmo sexo” comparativamente com os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -2.7$ ).

No que concerne às mulheres, não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter algum problema de saúde” ( $\chi^2(5, n = 355) = 6.11, p = 0.296, V$  de Cramer = 0.13). No entanto, relativamente aos homens, existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter algum problema de saúde” ( $\chi^2(5, n = 361) = 11.55, p = 0.041, V$  de Cramer = 0.18), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 2.8$ ) que indicam “não ter algum problema de saúde”.

### **5.2 Comparação dos grupos relativamente ao conhecimento acerca das IST's.**

Relativamente aos conhecimentos sobre IST's, a maioria dos inquiridos (88.4%) de todas as nacionalidades [angolanos (89.3%), brasileiros (85.6%), cabo-verdianos (86.7%), guineenses (85.5%), portugueses (92.6%) e santomenses (90.7%)] “já ouviu falar de IST's”, (*cf.* Tabela 4).

Os inquiridos que obtiveram uma maior percentagem de “não ouviu falar de IST's” são de nacionalidade brasileira (14.4%), cabo-verdiana (13.3%) e guineense (14.5%), (*cf.* Tabela 4). Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “já ter ouvido falar de IST's” ( $\chi^2(5, n = 856) = 6.65, p = 0.248$ , V de Cramer = 0.09).

Tabela 4

*Estatística descritiva “Já ouviu falar de IST?” por nacionalidade*

<b>Já ouviu falar de IST</b>	<b>Angolanos</b>	<b>Brasileiros</b>	<b>Cabo-verdianos</b>	<b>Guineenses</b>	<b>Portugueses</b>	<b>Santomenses</b>	<b>Amostra total</b>
	<b>(n=112)</b>	<b>(n =160)</b>	<b>(n =166)</b>	<b>(n =131)</b>	<b>(n =190)</b>	<b>(n =97)</b>	<b>(n =856)</b>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Sim</b>	100	137	144	112	176	88	757
	(89.3)	(85.6)	(14.3)	(85.5)	(92.6)	(90.7)	(88.4)
<b>Não</b>	12	23	22	19	14	9	99
	(10.7)	(14.4)	(32.7)	(14.5)	(7.4)	(9.3)	(11.6)

Relativamente ao conhecimento das IST's apontado pela amostra total, a hepatite B (68.1%) é a IST mais conhecida, seguida do herpes genital (64.1%), do VIH/Sida (62.7%), da sífilis (60.6%), da gonorreia (56.6%), do Vírus do Papiloma Humano (33.9%), da clamídia (21.3%) e das infeções por tricomonas (18.3%). (cf. Tabela 5) 1.7% dos inquiridos respondeu conhecer "outras" IST's, mas as respostas vêm ao encontro das IST's mencionadas no questionário.

Observando os conhecimentos das IST's por nacionalidade, constatámos que a hepatite B é a IST mais conhecida dos angolanos ( $n = 92$ ), dos cabo-verdianos ( $n = 119$ ) e dos santomenses ( $n = 71$ ) ao passo que o herpes genital é a IST mais conhecida dos portugueses ( $n = 167$ ), a gonorreia é a IST mais conhecida dos brasileiros ( $n = 124$ ) o VIH/Sida é a IST mais conhecida dos guineenses ( $n = 90$ ), (cf. Tabela 5).

A IST menos conhecida pelos angolanos ( $n = 22$ ), pelos brasileiros ( $n = 37$ ) e pelos portugueses ( $n = 39$ ) é a infeção por tricomonas; pelos cabo-verdianos ( $n = 23$ ) e pelos guineenses ( $n = 22$ ) é a clamídia. Os santomenses obtiveram o mesmo número de inquiridos para a clamídia e para as tricomonas ( $n = 22$ ), (cf. Tabela 5).

Tabela 5

*Estatística descritiva “Quais as IST que conhece?” por nacionalidade*

Quais as IST que conhece?	Angolanos		Brasileiros		Cabo-verdianos		Guineenses		Portugueses		Santomenses		Amostra total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
VIIH/Sida	74	(62.7)	101	(62.7)	97	(62.7)	90	(62.7)	162	(62.7)	62	(62.7)	586	(62.7)
Clamídia	26	(21.3)	39	(21.3)	23	(21.3)	22	(21.3)	67	(21.3)	22	(21.3)	199	(21.3)
Gonorreia	85	(56.6)	124	(56.6)	74	(56.6)	61	(56.6)	126	(56.6)	59	(56.6)	529	(56.6)
Herpes genital	87	(64.1)	123	(64.1)	99	(64.1)	66	(64.1)	167	(64.1)	57	(64.1)	599	(64.1)
Hepatite B	92	(68.1)	111	(68.1)	119	(68.1)	89	(68.1)	155	(68.1)	71	(68.1)	637	(68.1)
HPV	31	(33.9)	75	(33.9)	37	(33.9)	30	(33.9)	107	(33.9)	37	(33.9)	317	(33.9)
Sífilis	90	(60.6)	119	(60.6)	78	(60.6)	77	(60.6)	146	(60.6)	57	(60.6)	567	(60.6)
Infeções por tricomonas	22	(18.3)	37	(18.3)	26	(18.3)	25	(18.3)	39	(18.3)	22	(18.3)	171	(18.3)
Outra	1	(1.7)	3	(1.7)	7	(1.7)	1	(1.7)	1	(1.7)	3	(1.7)	16	(1.7)

### 5.3 Comparação dos grupos relativamente à saúde reprodutiva e planeamento

**familiar.** No que concerne à “permissão da cultura/religião relativamente ao uso de contraceptivos”, 65.5% ( $n = 548$ ) dos indivíduos responderam afirmativamente (resposta com maior percentagem junto de todas as nacionalidades), 19.7% ( $n = 165$ ) referiram uma interdição do uso dos contraceptivos e 14.8% ( $n = 124$ ) referiram desconhecer a posição da cultura/religião. Os guineenses ( $n = 46$  ; 35.9%) e os portugueses ( $n = 55$  ; 29.4%) foram dos indivíduos aqueles que apresentaram uma maior percentagem relativamente a “cultura/religião não permitem o uso de contraceptivos”. Os angolanos ( $n = 21$  ; 18.3%) e os cabo-verdianos ( $n = 25$  ; 15.5%) apresentaram uma maior percentagem de indivíduos que “desconhecem o posicionamento cultural/religioso”, relativamente aos que referem que “não permite”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “a cultura/religião permitir o uso de contraceção” ( $\chi^2(10, n = 837) = 65.08, p < .001, V$  de Cramer = 0.20), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 3.2$ ) e cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 2.1$ ) que referiram que a “a cultura/religião permite o uso de contraceção” comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -5.8$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -2.3$ ). De assinalar que os guineenses ( $Z_{adj} = 2.2$ ) foram dos inquiridos aqueles que apresentaram maior proporção para a resposta “desconheço”.

Como se pode observar na Tabela 6, relativamente às fontes que permitiram a aquisição do conhecimento sobre os métodos contraceptivos, a “escola” (51.2%) surge em primeiro lugar, seguido dos “colegas/amigos” (43.3%), da “família” (34.3%), do “médico” (34.2%) de “outros” (12.2%) e dos “enfermeiros” (11.7%). Analisando a “fonte de informação” e a “nacionalidade” dos inquiridos, a “escola” ocupa o primeiro lugar na maioria das nacionalidades [angolanos ( $n = 56$ ), brasileiros ( $n = 83$ ), cabo-verdianos ( $n = 111$ ) e santomenses ( $n = 61$ )]. Os guineenses ( $n = 57$ ) e dos portugueses ( $n = 116$ ) apontaram como a principal “fonte de informação” os “colegas e amigos”. Os angolanos ( $n = 51$ ), os cabo-

verdianos ( $n = 73$ ) e os santomenses ( $n = 55$ ) consideraram os “colegas e amigos” como a 2ª fonte de informação. Já os brasileiros ( $n = 70$ ) consideraram o “médico” como 2ª fonte de informação e os guineenses ( $n = 56$ ) e os portugueses ( $n = 112$ ) a “escola”.

Tabela 6

*Estatística descritiva “Onde ou com quem adquiriu conhecimentos sobre os métodos contraceptivos?” por nacionalidade*

<b>Onde ou com quem adquiriu conhecimentos sobre os métodos contraceptivos?</b>	<b>Angolanos</b>	<b>Brasileiros</b>	<b>Cabo-verdianos</b>	<b>Guineenses</b>	<b>Portugueses</b>	<b>Santomenses</b>	<b>Amostra total</b>
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i> (%)
Colegas/amigos	51	53	73	57	116	55	405 (43.3)
Médico	43	70	42	36	89	40	320 (34.2)
Enfermeiro	12	5	20	18	40	14	109 (11.7)
Escola	56	83	111	56	112	61	479 (51.2)
Família	56	68	41	27	98	31	321 (34.3)
Outros	18	16	23	17	23	17	114 (12.2)

No que concerne aos “conhecimentos” dos métodos contraceptivos, a “pílula contraceptiva” (49.1%) é o método mais conhecido, seguida do “preservativo masculino” (44.1%), do “preservativo feminino” (27.6%), da “injeção” (24.7%), do “anel vaginal” (23.7%), da “laqueação das trompas” (22.6%), do “implante” (21.7%), do “DIU” (19.6%), do “adesivo” (18.2%), dos “métodos de conhecimento do período fértil ou de auto observação” (18%), da “vasectomia” (17%), do “coito interrompido” (15.5%), da “contração hormonal de emergência” (14.7%), do “diafragma” (12.7%) e do “espermicida” (8.9%), (cf. Tabela 7).

Todos os inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 67$ ), brasileiros ( $n=75$ ), cabo-verdianos ( $n = 111$ ), guineenses ( $n = 71$ ), portugueses ( $n = 85$ ), santomenses ( $n = 50$ )] apontaram a “pílula contraceptiva” como o método contraceptivo mais conhecido e o “preservativo masculino” [angolanos ( $n = 60$ ), brasileiros ( $n = 60$ ), cabo-verdianos ( $n = 96$ ), guineenses ( $n = 67$ ), portugueses ( $n = 79$ ), santomenses ( $n = 44$ )] como o segundo método contraceptivo mais conhecido, (cf. Tabela 7). O terceiro método mais conhecido dos angolanos ( $n = 40$ ) e dos brasileiros ( $n = 40$ ) e dos guineenses ( $n = 40$ ) é a “injeção” ao passo que cabo-verdianos ( $n = 70$ ), os portugueses ( $n = 59$ ) e os santomenses ( $n = 31$ ) apontaram o “preservativo feminino” (os portugueses, com um mesmo “ $n$ ” referiram “anel vaginal”), (cf. Tabela 7). O quarto método mais conhecido referido pelos angolanos ( $n = 35$ ) e santomenses ( $n = 29$ ) foi o “implante”, pelos brasileiros ( $n = 37$ ), a “laqueação das trompas”, pelos cabo-verdianos ( $n = 56$ ), a “injeção”, pelos guineenses ( $n = 39$ ) o “anel vaginal” e pelos portugueses ( $n = 58$ ), o “DIU”, (cf. Tabela 7). Todos os inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 10$ ), brasileiros ( $n = 16$ ), cabo-verdianos ( $n = 11$ ), portugueses ( $n = 30$ ), santomenses ( $n = 6$ )] à exceção dos guineenses, apontaram o “espermicida” como o método menos conhecido. Os guineenses ( $n = 9$ ) apontaram a “vasectomia” como o método menos conhecido. Os portugueses obtiveram o mesmo  $n$  ( $= 30$ ) para o método “injeção”, (cf. Tabela 7).

Tabela 7

*Estatística descritiva “Qual (quais) o(s) contraceptivos que conhece?” por nacionalidade*

Qual (quais) o(s) contraceptivos que conhece?	Angolanos		Brasileiros		Cabo-verdianos		Guineenses		Portugueses		Santomenses		Amostra total	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	(%)
Pílula contracetiva	67	75	111	71	85	50	459	(49.1)						
Anel vaginal	33	26	40	39	59	25	222	(23.7)						
Adesivo	34	29	25	18	41	23	170	(18.2)						
Injeção	40	40	56	40	30	25	231	(24.7)						
Implante	35	19	50	28	42	29	203	(21.7)						
DIU	23	34	29	17	58	22	183	(19.6)						
Preservativo feminino	32	33	70	33	59	31	258	(27.6)						
Preservativo masculino	66	60	96	67	79	44	412	(44.1)						
Diafragma	18	21	20	12	36	12	119	(12.7)						
Espermicida	10	16	11	10	30	6	83	(8.9)						
Métodos de conhecimento do período fértil ou de auto-	25	27	32	28	38	18	168	(18.0)						



Já no que concerne ao uso dos contraceptivos, o mais usado é o “preservativo masculino” (40.4%), seguido da “pílula contraceptiva” (21.2%), do “coito interrompido” (3.2%), do “implante” (2.5%), do “preservativo feminino” (2%), do “DIU” (1.5%) e dos “métodos de conhecimento do período fértil ou de auto observação” (1.2%). Com percentagem inferior a 1% encontram-se, a “injeção” (0.9%), a “contraceção hormonal de emergência” (0.7%), a “laqueação das trompas” (0.6%), o “anel vaginal” e o “adesivo” (0.4%), a “vasectomia” (0.2%) e o “diafragma” e o “espermicida” (0.1%, cada). (cf. Tabela 8). Apresentando os dados dos contraceptivos mais usados, por ordem decrescente, e fazendo uma comparação com as nacionalidades, verificámos que o “preservativo masculino” é o método de eleição de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 50$ ), brasileiros ( $n = 46$ ), cabo-verdianos ( $n = 84$ ), guineenses ( $n = 42$ ), portugueses ( $n = 101$ ) e santomenses ( $n = 55$ )], seguido da “pílula contraceptiva”, que ocupa o segundo lugar em todas as nacionalidades [angolanos ( $n=23$ ), brasileiros ( $n = 36$ ), cabo-verdianos ( $n = 48$ ), guineenses ( $n = 10$ ), portugueses ( $n=61$ ) e santomenses ( $n = 20$ )], (cf. Tabela 8). O terceiro método contraceptivo mais indicado por cada nacionalidade é diferente na maior parte dos casos. Assim, os angolanos ( $n = 6$ ) e os guineenses ( $n = 4$ ) apontaram o “implante” como sendo o terceiro método mais utilizado (os guineenses obtiveram o mesmo  $n = 4$  para o “coito interrompido”). Os portugueses ( $n = 9$ ) e os santomenses ( $n = 7$ ) escolheram o “coito interrompido”. Os brasileiros ( $n = 5$ ) indicaram a “laqueação das trompas” e os cabo-verdianos ( $n = 6$ ) o “preservativo masculino”, (cf. Tabela 8).

Tabela 8

*Estatística descritiva “Qual (quais) o(s) contraceptivos que utiliza?” por nacionalidade*

Qual (quais) o(s) contracetivos que utiliza?	Angolanos	Brasileiros	Cabo-verdianos	Guineenses	Portugueses	Santomenses	Amostra total
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i> (%)
Pílula contraceptiva	23	36	48	10	61	20	198 (21.2)
Anel vaginal	1	1	1	1	-	-	4 (0.4)
Adesivo	2	1	-	-	-	1	4 (0.4)
Injeção	1	2	3	2	-	-	8 (0.9)
Implante	6	3	5	4	4	1	23 (2.5)
DIU	3	4	-	1	5	1	14 (1.5)
Preservativo feminino	4	2	6	1	3	3	19 (2.0)
Preservativo masculino	50	46	84	42	101	55	378 (40.4)
Diafragma	1	-	-	-	-	-	1 (0.1)
Espermicida	1	-	-	-	-	-	1 (0.1)
Métodos de conhecimento do período fértil ou de auto-	5	-	3	1	-	2	11 (1.2)



Relativamente à possibilidade de algum dos métodos contraceptivos ser proibido por motivos culturais/religiosos, o “preservativo masculino” (3.4%) surge em primeiro lugar nas nacionalidades [angolanos ( $n = 1$ ), brasileiros ( $n = 4$ ), cabo-verdianos ( $n = 3$ ), guineenses ( $n=8$ ), portugueses ( $n = 13$ ) e santomenses ( $n = 3$ )], seguido da “pílula contracetiva” (2.7%) [angolanos ( $n = 2$ ), brasileiros ( $n = 6$ ), cabo-verdianos ( $n = 1$ ), guineenses ( $n = 6$ ), portugueses ( $n = 7$ ) e santomenses ( $n = 3$ )]. O método contraceptivo menos apontado como sendo “proibido” foi o “coito interrompido” (0.1%) e os métodos de conhecimento do período fértil ou de auto-observação (0%), (*cf.* Tabela 9).



observação									
Coito interrompido	-	-	-	-	-	1	1	1	(0.1)
Vasectomia	2	3	1	1	5	1	12	15	(1.3)
Laqueação das trompas	4	2	2	1	5	1	15	14	(1.6)
Contraceção hormonal de emergência	2	2	1	2	4	3	14	14	(1.5)

---

A maioria das mulheres ( $n = 250$ ; 59.2%) de todas as nacionalidades [angolanas ( $n=27$ ; 50.9%), brasileiras ( $n = 50$ ; 63.3%), cabo-verdianas ( $n = 50$ ; 61.7%), guineenses ( $n=38$ ; 67.9%), portuguesas ( $n = 61$ ; 57.5%) e santomenses ( $n = 24$ ; 51.1%)] nunca recorreu à “contraceção hormonal de emergência”. No entanto, as mulheres de nacionalidade angolana ( $n = 26$ ; 49.1%) e santomense ( $n = 23$ ; 48.9%) foram as que apresentaram uma maior percentagem ao recurso à “contraceção hormonal de emergência”. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a mulher “ter recorrido à contraceção hormonal de emergência” ( $\chi^2(5, n = 422) = 5.41, p = 0.369$ , V de Cramer = 0.11).

Uma vez questionados os homens acerca da possibilidade da companheira ter usado contraceção hormonal de emergência, a maioria (55.7%) dos os inquiridos, referiu que a companheira “não usou contraceção hormonal de emergência”. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a homem referir que a sua companheira “ter recorrido à contraceção hormonal de emergência” ( $\chi^2(5, n = 431) = 5.71, p = 0.335$ , V de Cramer = 0.12).

O número máximo de utilização da contraceção hormonal de emergência referida pelas mulheres é de 20 vezes ( $M = 1.68$ ;  $DP = 1.79$ ). Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres das diferentes nacionalidades, ( $\chi^2_{KW}(5) = 7.64; p = 0.177$ ).

A “farmácia” (16.5%) é o local eleito pelas mulheres para adquirirem a contraceção hormonal de emergência, seguida do “centro de saúde” (2.1%), do “hospital” (0.5%) e de “amigos/familiares” ou de “outros” (ambos com 0.1%), (cf. Tabela 10). Todas as mulheres de todas as nacionalidades [angolanas ( $n = 22$ ), brasileiras ( $n = 28$ ), cabo-verdianas ( $n = 29$ ), guineenses ( $n = 13$ ), portuguesas ( $n = 42$ ) e santomenses ( $n = 20$ )] apontaram a “farmácia” como o local de eleição para a aquisição da “contraceção hormonal de emergência”, (cf. Tabela 10). Há exceção das brasileiras ( $n = 0$ ), todas as mulheres das outras nacionalidades

[angolanas ( $n = 3$ ), cabo-verdianas ( $n = 8$ ), guineenses ( $n = 4$ ), portuguesas ( $n = 2$ ) e santomenses ( $n = 3$ )] referiram recorrer ao “centro de saúde” como o segundo local para a aquisição da contraceção hormonal de emergência. As brasileiras ( $n = 1$ ), responderam recorrer em segundo lugar ao “hospital”, (*cf.* Tabela 10).

Tabela 10

*Estatística descritiva “Onde adquiriu a contraceção hormonal de emergência?” por nacionalidade*

Onde adquiriu a contraceção hormonal de emergência?	Angolanas	Brasileiras	Cabo-verdianas	Guineenses	Portuguesas	Santomenses	Amostra total
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i> (%)
Farmácia	22	28	29	13	42	20	154 (16.5)
Centro de Saúde	3		8	4	2	3	20 (2.1)
Hospital	2	1	-	2	-	-	5 (0.5)
Amigo/Familiar	-	-	-	1	-	-	1 (0.1)
Outro	-	-	-	-	1	-	1 (0.1)

Uma vez questionados os homens relativamente aos locais de aquisição da “contraceção hormonal de emergência” por parte das suas companheiras, eles também indicaram a “farmácia” (16.7%), seguido do “centro de saúde” (3.2%), do “hospital” (0.9%), de “amigos/familiar” (0.7%) e de “outros” (0.1%), (*cf.* Tabela 11). Tal como se verificou com as mulheres, todos os homens de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 29$ ), brasileiros ( $n=33$ ), cabo-verdianos ( $n = 27$ ), guineenses ( $n = 20$ ), portugueses ( $n = 27$ ), e santomenses ( $n = 20$ )], apontaram a “farmácia” como o local de eleição para a aquisição da “contraceção hormonal de emergência”, (*cf.* Tabela 11). O “centro de saúde” foi apontado por todos os homens de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 6$ ), brasileiros ( $n = 3$ ), cabo-verdianos ( $n = 8$ ), guineenses ( $n = 5$ ), portugueses ( $n = 4$ ) e santomenses ( $n = 4$ )] como o segundo local de eleição para a aquisição de “contraceção hormonal de emergência”. Os guineenses, referiram recorrer ao hospital com a mesma frequência que recorreram ao centro de saúde ( $n = 5$ ), (*cf.* Tabela 11). O local menos referido para a obtenção da contraceção hormonal de emergência foi “outro local” e foi apenas referido pelos brasileiros ( $n = 1$ ), (*cf.* Tabela 11).

Tabela 11

*Estatística descritiva “Onde a companheira adquiriu a contraceção hormonal de emergência?” por nacionalidade*

Onde a companheira adquiriu a contraceção hormonal de emergência?	Angolanos		Brasileiros		Cabo-verdianos		Guineenses		Portugueses		Santomenses		Amostra total	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	(%)
Farmácia	29	33	27	20	27	20	20	27	20	27	20	20	156	(16.7)
Centro de Saúde	6	3	8	5	8	5	5	4	4	4	4	4	30	(3.2)
Hospital	2	-	1	5	1	5	5	-	-	-	-	-	8	(0.9)
Amigo/Familiar	-	1	4	2	4	2	2	-	-	-	-	-	7	(0.7)
Outro	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	(0.1)

Mais de metade das mulheres ( $n = 211$ ; 53.3%) referiram que o seu “companheiro participa na escolha do método contraceutivo”. No entanto, apenas se verificou que o “companheiro participa na escolha do contraceutivo” no grupo das angolanas ( $n = 27$ ; 56.2%), das cabo-verdianas ( $n = 45$ ; 59.2%), das portuguesas ( $n = 61$ ; 61.6%) e das santomenses ( $n=24$ ; 58.5%). As brasileiras ( $n = 45$ ; 55.6%) e as guineenses ( $n = 33$ ; 64.7%) referiram escolher, maioritariamente, o contraceutivo sem a participação do companheiro. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e mulher referir que “o companheiro participa na escolha do método contraceutivo ” ( $\chi^2(5, n= 396) = 13.63, p = 0.018$  , V de Cramer = 0.19), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portuguesas ( $Z_{adj} = 1.9$ ) que referiram que “o companheiro participa na escolha do método contraceutivo” comparativamente com as guineenses ( $Z_{adj} = -2.8$ ).

No que concerne à participação dos homens na escolha do contraceutivo, referida por eles, a maioria ( $n = 239$ ; 59%) diz que “participa na escolha do método contraceutivo”. Há exceção dos guineenses ( $n = 28$ ; 42.4%), a maioria dos homens de todas as nacionalidades referiram participar na escolha do contraceutivo [angolanos ( $n = 35$ ; 61.4%), brasileiros ( $n = 37$ ; 52.9%), cabo-verdianos ( $n = 43$ ; 56.6%), portugueses ( $n = 68$ ; 76.4%), santomenses ( $n = 28$ ; 59.6%)]. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e homem referir que “participa na escolha do método contraceutivo ” ( $\chi^2(5, n = 405) = 20.06, p = 0.001$  , V de Cramer = 0.22), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.8$ ) que referiram que “participa na escolha do método contraceutivo ” comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -3.0$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 294$ ; 76.2%) “usaria um método contraceutivo mesmo sem concordância do companheiro”. Este posicionamento é transversal a todas as mulheres de todas as nacionalidades [angolanas ( $n = 33$ ; 70.2%), brasileiras ( $n = 62$ ; 80.5%), cabo-verdianas ( $n = 61$ ; 81.3%), guineenses ( $n = 33$ ; 67.3%), portuguesas ( $n = 73$ ; 76.7%) e

santomenses ( $n = 32$ ; 74.4%)]. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a mulher referir que “usaria um método mesmo que o seu companheiro não concordasse”  $\chi^2(5, n = 386) = 5.02, p = 0.413$ , V de Cramer = 0.11.

Também a maioria dos homens ( $n = 218$ ; 58%) pensa que a sua companheira “usaria um método contraceptivo, mesmo que o companheiro não concordasse”. Se a percentagem dos brasileiros ( $n = 38$ ; 64.4%), cabo-verdianos ( $n = 50$ ; 64.9%) e portugueses ( $n = 53$ ; 67.9%) é claramente superior à média, já os guineenses ( $n = 36$ ; 51.4%) demonstram praticamente uma divisão de opinião. Os angolanos ( $n = 28$ ; 56%) e os santomenses ( $n = 23$ ; 54.8%) pensam que a companheira “não usaria método contraceptivo mesmo que o companheiro não concordasse”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e homem referir que “pensa que a sua companheira usaria um método contraceptivo mesmo se ele não concordasse” ( $\chi^2(5, n = 376) = 13.75, p = 0.017$ , V de Cramer = 0.19), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 2.0$ ) que referem que “pensa que a sua companheira usaria um método contraceptivo mesmo se ele não concordasse” comparativamente com os angolanos ( $Z_{adj} = -2.2$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 343$ ; 42.8%) referiram “concordar” com a interrupção voluntária da gravidez (IVG), 32.5% ( $n = 260$ ) referiram “discordam” e 24.7% ( $n = 198$ ) referiram “nem concordam, nem discordam”. Os inquiridos de nacionalidades cabo-verdiana ( $n = 54$ ; 36.7%), portuguesa ( $n=117$ ; 61.3%) e santomense ( $n = 40$ ; 48.2%), são maioritariamente favoráveis à IVG. Ao passo que os indivíduos de nacionalidade angolana ( $n = 41$ ; 38.3%), brasileira ( $n = 62$ ; 41.3%) e guineense ( $n = 52$ ; 42.3%) são maioritariamente contra a IVG. Os cabo-verdianos são os únicos inquiridos que responderam em segundo lugar maioritariamente “nem concordo, nem discordo” ( $n = 53$ ; 36.1%). Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “concordar com a IVG” ( $\chi^2(10, n = 801) = 56.32, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.19), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados

indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 5.9$ ) que referiram “concordar com a IVG” comparativamente com os angolanos ( $Z_{adj} = -2.1$ ) e os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.2$ ). Os guineenses ( $Z_{adj} = 2.5$ ) e os brasileiros ( $Z_{adj} = 2.6$ ) indicaram uma maior proporção relativamente a “não concordam” comparativamente com os portugueses ( $Z_{adj} = -3.7$ ). Já no que concerne à resposta “nem concordo, nem discordo”, foram os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 3.5$ ) aqueles que indicaram uma maior proporção, comparativamente com os portugueses ( $Z_{adj} = -2.7$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 412$ ; 54.7%) referiu que a sua cultura/religião “não permite a IVG”, 23.1% ( $n = 174$ ) referiram que a cultura/religião “permite” e 22.2% ( $n = 167$ ) “desconhecem a posição da cultura/religião”. Todos os inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 60$ ; 61.9%), brasileiros ( $n = 94$ ; 65.3%), cabo-verdianos ( $n = 52$ ; 38.8%), guineenses ( $n = 86$ ; 73.5%), portugueses ( $n = 87$ ; 47.3%) e santomenses ( $n = 33$ ; 42.9%)] responderam maioritariamente que a cultura “não permite a IVG”. Os portugueses ( $n = 61$ ; 33.2%) e os santomenses ( $n = 27$ ; 35.1%) forneceram como segunda resposta “a cultura permite IVG”. Ao passo que os angolanos ( $n = 21$ ; 21.6%), brasileiros ( $n = 31$ ; 21.5%), cabo-verdianos ( $n = 46$ ; 34.3%) e guineenses ( $n = 16$ ; 13.7%) apresentaram como segunda resposta “desconheço”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “cultura/religião permite IVG” ( $\chi^2(10, n = 753) = 61.70, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.20), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.7$ ) e santomenses ( $Z_{adj} = 2.6$ ) que referiram que a “cultura/religião permite IVG” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.1$ ) e os guineenses ( $Z_{adj} = -2.9$ ). Os guineenses ( $Z_{adj} = 4.4$ ) e os brasileiros ( $Z_{adj} = 2.8$ ) indicaram uma maior proporção relativamente a “cultura/religião não permite IVG” comparativamente com os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -4.1$ ), os portugueses ( $Z_{adj} = -2.3$ ) e os santomenses ( $Z_{adj} = -2.2$ ). Já

no que concerne à resposta “desconheço”, foram os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 3.7$ ) aqueles que indicaram uma maior proporção, comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -2.4$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 222$ ; 58.1%) “faria uma IVG, mesmo sendo proibida pela cultura/religião”. No entanto, analisando por nacionalidade não se verifica esta resposta em todas as mulheres de todas as nacionalidades. Ao contrário das angolanas ( $n = 23$ ; 53.5%), das brasileiras ( $n = 39$ ; 50.6%) das portuguesas ( $n = 77$ ; 77.8%) e das santomenses ( $n = 25$ ; 58.1%), que referiram que o fariam, verificámos que as cabo-verdianas ( $n = 36$ ; 51.4%) e as guineenses ( $n = 26$ ; 52%) responderam maioritariamente que “não fariam”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e as mulheres referirem que “fariam IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião ” ( $\chi^2(5, n = 382) = 22.59, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.24), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 4.6$ ) que referem que “fariam IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião ”

A maioria dos homens ( $n = 209$ ; 59.4%) apoiaria a sua companheira a fazer IVG, mesmo sendo contra a cultura/religião. No entanto, analisando por nacionalidade, não se verifica esta posição em todos os homens de todas as nacionalidades. Desta forma, verificámos que os brasileiros ( $n = 36$ ; 58.1%) e os guineenses ( $n = 37$ ; 56.1%) “não apoiariam as suas companheiras a fazer IVG contra a cultura e religião” opondo-se aos angolanos ( $n = 29$ ; 55.8%), aos cabo-verdianos ( $n = 39$ ; 67.2%), aos portugueses ( $n = 59$ ; 80.8%) e aos santomenses ( $n = 27$ ; 65.9%), que apoiariam as suas companheiras a fazer IVG. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e os homens referirem que “apoiariam a sua companheira a fazer IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião ” ( $\chi^2(5, n = 352) = 30.74, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.30), sendo um efeito médio. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses

( $Z_{adj} = 4.2$ ) que referem que “apoiariam a sua companheira a fazer IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião ” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.1$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 281$ ; 77.8%) referiram “não terem feito IVG”. Esta resposta é transversal à maioria das mulheres de todas as nacionalidades [angolanas ( $n = 40$ ; 83.3%), brasileiras ( $n = 58$ ; 82.9%), cabo-verdianas ( $n = 47$ ; 71.2%), guineenses ( $n = 32$ ; 72.7%), portuguesas ( $n = 80$ ; 85.1%) e santomenses ( $n = 24$ ; 61.5%)]. As inquiridas que apresentaram uma maior percentagem de realização de IVG foram as de nacionalidade santomense ( $n = 15$ ; 38.5%), cabo-verdiana ( $n = 19$ ; 28.8%) e guineense ( $n = 12$ ; 27.3%). As portuguesas ( $n = 14$ ; 14.9%), foram das inquiridas aquelas que apresentaram uma menor percentagem de IVG. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e as mulheres referirem que “já fizeram IVG” ( $\chi^2(5, n = 361) = 13.09, p = 0.023$ , V de Cramer = 0.19), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de santomenses ( $Z_{adj} = 2.6$ ) que referiram que “já fizeram IVG” comparativamente com as portuguesas ( $Z_{adj} = -2.0$ ).

A maioria dos homens de todas as nacionalidades ( $n = 302$ ; 84.8%) referiram que a sua companheira “não fez IVG”, mais especificamente, os angolanos ( $n = 45$ ; 81.8%), brasileiros ( $n = 50$ ; 90.9%), cabo-verdianos ( $n = 53$ ; 82.8%), guineenses ( $n = 50$ ; 86.2%), portugueses ( $n=68$ ; 86.1%), santomenses ( $n = 36$ ; 80.0%)]. Foram os santomenses ( $n = 9$ ; 20%), os angolanos ( $n = 10$ ; 18.2%) e os cabo-verdianos ( $n = 11$ ; 17.2%) aqueles que referiram, proporcionalmente, maior número de IVG realizados pelas companheiras. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a homem referir que “a sua companheira já fez IVG ”  $\chi^2(5, n = 356) = 3.17, p = 0.674$ , V de Cramer = 0.09.

De um total de 76 mulheres que responderam à questão, o número máximo de IVG referido pelas mulheres inquiridas foi de 3 ( $M = 1.24$ ;  $DP=0.54$ ). Os resultados do teste de

Kruskal-Wallis não revelaram diferenças estatisticamente significativas em função do grupo de mulheres das diferentes nacionalidades, ( $\chi^2_{KW}(5) = 10.65; p = 0.059$ ).

Dos 47 homens que responderam à questão, referiram como número máximo de IVG realizado pelas companheiras, 4 ( $M = 1.34; DP = 0.64$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis não revelaram diferenças estatisticamente significativas em função do grupo de homens das diferentes nacionalidades, ( $\chi^2_{KW}(5) = 5.95; p = 0.311$ ).

O “hospital” foi considerado como local escolhido pelas mulheres para fazerem IVG [angolanas ( $n = 8$ ), brasileiras ( $n = 4$ ), cabo-verdianas ( $n = 14$ ), guineenses ( $n = 6$ ), portuguesas ( $n = 10$ ), santomenses ( $n = 11$ )]. De assilantar que as respostas “clínica privada” e “casa de alguém que faz” e não foram mencionadas.

Tal como para as mulheres, o “hospital” foi o local de eleição, referido pelos homens, para a realização das IVG ( $n = 31$ ). No entanto, as companheiras dos angolanos ( $n = 2$ ) e dos portugueses ( $n = 1$ ) também recorreram a “clínica privada”. De assilantar que a resposta “casa de alguém que faz” não foi mencionada.

A maioria dos inquiridos ( $n = 438$  ; 52%) referiram não ter filhos. No entanto, não é transversal a todas as nacionalidades. Os angolanos ( $n = 59$  ; 53.2%), os portugueses ( $n = 119$  ; 61%) e os santomenses ( $n = 52$  ; 55.9%), maioritariamente, referiram que “não têm filhos”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter filhos” ( $\chi^2(5, n = 843) = 13.66, p = 0.018$  , V de Cramer = 0.13), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 2.5$ ) que referiram “ter filhos” comparativamente com as portuguesas ( $Z_{adj} = -2.9$ ).

O número máximo de filhos descrito pelos inquiridos foi de 9 ( $M = 2.07$  ;  $DP = 1.37$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas do número de filhos entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 28.47; p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os cabo-verdianos ( $MO = 170.66$ )

têm menos filhos que os angolanos ( $MO = 291.02$ ;  $p_{aj} = 0.025$ ) e do que os guineenses ( $MO=251.90$ ;  $p_{aj}<0.001$ ). Ao mesmo tempo, também indicou que guineenses ( $MO = 251.90$ ) têm mais filhos do que os santomenses ( $MO = 184.07$ ;  $p_{aj} = 0.021$ ), do que os portugueses ( $MO = 191.62$ ;  $p_{aj} = 0.012$ ) e do que os brasileiros ( $MO = 193.31$ ;  $p_{aj} = 0.017$ ).

A maioria dos inquiridos disseram que a maioria das gravidezes foram planeadas ( $n=237$  ; 59.7%). Tal realidade não é transversal. Os cabo-verdianos ( $n = 45$  ; 56.2%) responderam maioritariamente que as “gravidezes não foram planeadas” e os angolanos obtiveram a mesma percentagem para as duas respostas “foram planeadas” e “não foram planeadas” ( $n = 26$  ; 50%), respetivamente. Todos os outros inquiridos das outras nacionalidades responderam maioritariamente que as gravidezes foram planeadas, verificando-se uma percentagem superior a 60% [brasileiros ( $n = 48$  ; 61.5%), guineenses ( $n=42$  ; 60.9%), portugueses ( $n = 59$  ;79.7%), santomenses ( $n = 27$ ; 61.4%)]. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter gravidez planeada” ( $\chi^2(5, n = 397) = 23.03, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.24), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 2.5$ ) que referem “ter planeado a gravidez” comparativamente com as cabo-verdianas ( $Z_{adj} = -3.3$ ). O número máximo de gravidezes planeadas foi de 9 e a média de gravidezes planeada é de 1.44 ( $DP=1.41$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos das diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 21.00$ ;  $p=0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que cabo-verdianos ( $MO=109.90$ ) apresentam menor número de gravidezes planeadas em comparação com os guineenses ( $MO = 170.29$ ;  $p_{aj} = 0.002$ ) e com os portugueses ( $MO = 169.03$ ;  $p_{aj} = 0.002$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 771$  ; 91.5%) de todas as nacionalidades [angolanos ( $n=98$  ; 90.7%), brasileiros ( $n = 142$  ; 91%), cabo-verdianos ( $n = 153$ ; 92.7%), guineenses ( $n=108$ ; 86.4%), portugueses ( $n = 181$ ; 93.3%), santomenses ( $n = 89$  ; 93.7%)] afirmou “já ter

usado preservativo”. Sendo que a menor percentagem de utilização de preservativo se verifica nos guineenses ( $n = 17$  ; 13.6%). Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter usado preservativo alguma vez” ( $\chi^2(5, n = 843) = 5.99, p = 0.307$  ,  $V$  de Cramer = 0.08). A média da perceção do uso do preservativo preservativo é de 3.22 ( $DP = 1.29$ ). No que concerne “à perceção da frequência do uso do preservativo”, os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos das diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 12.45; p=0.029$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que cabo-verdianos ( $MO = 416.05$ ) apresentam uma maior perceção da frequência do uso do preservativo em comparação com os portugueses ( $MO = 339.32; p_{aj}=0.018$ ).

Relativamente aos conhecimentos dos inquiridos face à “função do preservativo”, a maioria (55.6%) referiu que o preservativo tem a dupla função : De “evitar a gravidez” e “proteger das IST”. No entanto a resposta não obteve unanimidade junto de todos os inquiridos de todo os países. Os angolanos ( $n = 78$ ), os brasileiros ( $n = 103$ ) e os portugueses ( $n = 132$ ) responderam, maioritariamente, que o preservativo tem “dupla função”. Já os cabo-verdianos ( $n = 77$ ), os guineenses ( $n = 65$ ) e os santomenses ( $n = 54$ ), responderam maioritariamente que a “função do preservativo” é a de “proteger das IST”. A resposta “proteger da IST” foi a segunda mais assinalada (42.4%) e a resposta “evitar a gravidez” (28.2%) a terceira mais assinalada. De assinalar que a resposta “nenhuma” ou “outra” foram respondidas, respetivamente, com uma percentagem de 0.1% e de 0.4%. (cf. Tabela 12)

Tabela 12

*Estatística descritiva “Do seu ponto de vista, qual o principal objetivo do preservativo?” por nacionalidade*

Do seu ponto de vista, qual o principal objetivo do preservativo?	Angolanos		Brasileiros		Cabo-verdianos		Guineenses		Portugueses		Santomenses		Amostra total	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	(%)
Evitar a gravidez	31	50	54	36	51	42	264	(28.2)						
Proteger contra as IST	47	72	77	65	81	54	396	(42.4)						
Ambas	78	103	95	59	132	53	520	(55.6)						
Nenhuma	-	-	1	-	-	-	1	(0.1)						
Outras	-	-	4	5	1	3	13	(1.4)						

**5.4 Comparação dos grupos relativamente à Saúde Sexual.** A importância atribuída pelos inquiridos à “vida sexual” é maioritariamente “grande” ( $n = 280$  ; 33.5%), seguida de “média” ( $n = 251$  ; 30%) e de “muito grande” ( $n = 213$  ; 25.5%). A média da “importância atribuída à vida sexual dos inquiridos” é de 3.68 ( $DP = 1.07$ ). Relativamente à “importância atribuída à vida sexual”, os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos das diferentes nacionalidades, ( $\chi^2_{KW}(5) = 6.45$ ;  $p = 0.265$ ).

O “desejo sexual” é maioritariamente caracterizado de “médio” ( $n = 287$  ; 34.2%), seguido de “grande” ( $n = 285$  ; 33.9%) e de “muito grande” ( $n = 196$  ; 23.3%). Verificando-se uma média de 3.69 e um  $DP = 0.99$ . No que concerne “à classificação do desejo sexual”, os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos das diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 28.58$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os guineenses ( $MO = 337.00$ ) classificaram o seu desejo sexual de menor em comparação com os angolanos ( $MO = 437.77$ ;  $p_{aj} = 0.014$ ), com os brasileiros ( $MO = 450.48$ ;  $p_{aj} = 0.001$ ), com os cabo-verdianos ( $MO = 454.80$ ;  $p_{aj} < 0.001$ ) e com os santomenses ( $MO = 458.12$ ;  $p_{aj} = 0.003$ ).

O “desejo sexual do(a) companheiro(a)” foi caracterizado, maioritariamente, de “grande” ( $n = 289$  ; 38.2%), seguido de “médio” ( $n = 229$  ; 30.3%) e de “muito grande” ( $n = 194$  ; 25.6%). O “desejo sexual do(a) companheiro(a)” obteve uma média de 3.81 e um  $DP = 0.95$ . Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à “classificação do desejo sexual do companheiro” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 26.56$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os guineenses ( $MO = 326.63$ ) classificaram o “desejo sexual do(a) companheiro(a)” de menor comparativamente com os cabo-verdianos ( $MO = 422.57$ ;  $p_{aj} = 0.003$ ) e com os santomenses ( $MO = 440.22$ ;  $p_{aj} = 0.003$ ). Ao mesmo tempo, também os

portugueses (MO=343.16) classificam o “desejo sexual do(a) companheiro(a)” de menor comparativamente com os cabo-verdianos (MO = 422.57;  $p_{aj}$ =0.008) e com os santomenses (MO = 440.22;  $p_{aj}$ =0.008).

O número máximo de relações sexuais mensais referidas pelos inquiridos foi de 84. A média de relações sexuais mensais referida pelos inquiridos foi de 11 vezes ( $DP = 11.60$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à “frequência de relações sexuais mensais” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 25.09$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os angolanos (MO = 123.69) apresentam uma menor frequência de relações sexuais mensais do que os brasileiros (MO = 182.05;  $p_{aj} = 0.049$ ), os cabo-verdianos (MO = 186.25;  $p_{aj} = 0.027$ ) e dos que os portugueses (MO = 195.88;  $p_{aj} = 0.001$ ). Ao mesmo tempo, também os guineenses (MO = 128.42) apresentam uma menor frequência de relações sexuais mensais comparativamente com os portugueses (MO = 195.88;  $p_{aj} = 0.006$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 359$  ; 44.1%) referiram desconhecer se a sua “cultura/religião permite a masturbação”. Dos restantes inquiridos, 34.2% ( $n = 278$ ) referiram que a “cultura/religião permitem a masturbação” e 21.7% ( $n = 177$ ) que indicaram que a “cultura/religião não permitem a masturbação”. A maioria dos inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 53$  ; 51.5%), brasileiros ( $n = 66$  ; 41%), cabo-verdianos ( $n=76$  ; 50%), guineenses ( $n = 54$  ; 44.6%) e santomenses ( $n = 39$  ; 42.9%)], à exceção dos portugueses, referiram que “desconhecem” o posicionamento cultural. Os portugueses ( $n = 84$  ; 45.2%) responderam maioritariamente que a “cultura/religião permite a masturbação”. Como segunda resposta mais escolhida, os angolanos ( $n = 26$  ; 25.2%) e os guineenses ( $n = 43$  ; 35.5%) referiram que a sua “cultura/religião não permite a masturbação”. Pelo contrário, os brasileiros ( $n = 53$  ; 32.9%), os cabo-verdianos ( $n = 58$  ; 38.2%) e os santomenses ( $n = 35$  ; 38.5%), referiram que a sua “cultura/religião permite a masturbação”. Da referida análise

salientam-se os portugueses que responderam, maioritariamente, “cultura/religião permite a masturbação” e os guineenses e angolanos que foram os únicos inquiridos a responderem maioritariamente, seguido de “desconheço”, a “cultura/religião não permite a masturbação”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que a “cultura/religião permite a masturbação ”  $\chi^2(10, n = 814) = 45.05, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.17, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.6$ ) que referiram que a “cultura/religião permite a masturbação ” comparativamente com as angolanos ( $Z_{adj} = -2.5$ ) e aos guineenses ( $Z_{adj} = -3.6$ ). Relativamente à resposta “não permite” os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 4.0$ ) comparativamente com os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -3.3$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -1.9$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 455$  ; 58.6%) referiram que se “masturbam”. Esta realidade é transversal à maioria dos inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 55$  ; 51.9%), brasileiros ( $n=93$  ; 60%), cabo-verdianos ( $n = 96$  ; 66.7%), portugueses ( $n = 108$  ; 58.7%), santomenses ( $n = 57$  ; 67.9%)] à exceção do guineenses que, maioritariamente responderam “não se masturbam” ( $n = 58$  ; 55.8%). De realçar que os angolanos, apesar de responderem, maioritariamente, que se “masturbam”, apresentam uma percentagem muito próxima de “não se masturbam”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “mastrubar-se ”  $\chi^2(5, n = 777) = 17.77, p = 0.003$  , V de Cramer = 0.15, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de cabo-verdianos ( $Z_{adj}=2.2$ ) que se “masturbam” comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -3.2$ ).

A frequência de masturbação referida pelos inquiridos foi, maioritariamente, “pequena” ( $n = 206$  ; 36.9%) ou “média” ( $n = 169$  ; 30.2%). De relevar que 19.3% ( $n = 108$ ) dos inquiridos referiram que “não se masturbam”. A média de masturbação referida pelos inquiridos foi de 2.42 ( $DP = 1.03$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram

diferenças estatisticamente significativas relativamente à “frequência da masturbação” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 14.00$ ;  $p = 0.016$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os cabo-verdianos ( $MO = 313.47$ ) apresentam uma maior frequência de masturbação do que os angolanos ( $MO = 236.58$ ;  $p_{aj} = 0.019$ ).

Relativamente à “satisfação sexual”, a maioria dos inquiridos ( $n = 341$ ; 41.2%) referiu ter uma “grande satisfação sexual”, seguida de “média” ( $n = 212$ ; 25.6%) e de “muito grande” ( $n = 207$ ; 25%). 3.5% ( $n = 29$ ) dos inquiridos referem “não terem satisfação sexual” e 4.7% ( $n = 39$ ) têm uma “pequena satisfação sexual”. A média da “satisfação sexual” dos inquiridos foi de 3.79 ( $DP = 0.98$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao “grau de satisfação sexual proporcionado pela vida sexual” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 12.06$ ;  $p = 0.034$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os santomenses ( $MO = 446.86$ ) apresentam uma maior satisfação sexual proporcionado pela vida sexual do que os guineenses ( $MO = 352.25$ ;  $p_{aj} = 0.045$ ).

A “capacidade para proporcionar satisfação sexual ao/à companheiro(a)” referida pelos inquiridos foi maioritariamente “grande” ( $n = 356$ ; 44%) e “muito grande” ( $n = 230$ ; 28.4%) e “média” ( $n = 168$ ; 20.7%). 3.5% ( $n = 28$ ) dos inquiridos referiram “não ter capacidade para satisfazer o(a) companheiro(a)” e 3.5% ( $n = 28$ ) referiram uma “pequena” capacidade para satisfazer o(a) companheiro(a). Sendo que a média da “capacidade de proporcionar satisfação sexual ao/à companheira” foi de 3.90 e o  $DP = 0.97$ . Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à “classificação da capacidade de proporcionar satisfação sexual ao(à) companheiro(a)” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 6.61$ ;  $p = 0.251$ ).

No que concerne à história de dificuldades sexuais femininas, 33.7% ( $n = 135$ ) das mulheres referiram já terem tido dificuldades sexuais. No entanto, a maioria das mulheres

( $n = 266$  ; 66.3%) de todas as nacionalidades [angolanas ( $n = 36$  ; 69.2%), brasileiras ( $n = 47$  ; 58.8%), cabo-verdianas ( $n = 57$  ; 74.0%) guineenses ( $n = 35$  ; 66%), portuguesas ( $n = 66$  ; 67.3%) e santomenses ( $n = 25$  ; 61%)] referiu que “não teve dificuldade sexual”. As brasileiras ( $n = 33$  ; 41.2%), as santomenses ( $n = 16$  ; 39%) e as guineenses ( $n = 18$  ; 34%) foram das inquiridas aquelas que mais referiram já ter tido “dificuldade sexual”. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a mulher “ter tido dificuldade sexual” ( $\chi^2(5, n = 401) = 4.87, p = 0.432$  , V de Cramer = 0.11).

A maioria das mulheres ( $n = 139$  ; 34.6%) referiu que “já teve falta de desejo sexual” “algumas vezes”, 30.6% ( $n = 123$ ) referiu “raramente ou nunca” e 27.6% ( $n = 111$ ) referiu “poucas vezes”. 5.5% ( $n = 22$ ) referiu “falta de desejo sexual” “bastantes vezes” e apenas 1.7% ( $n = 7$ ) referiram ter “falta de desejo sexual” “habitualmente ou sempre”. A média da “falta de desejo sexual” das inquiridas é de 2.20 ( $DP = 1$ ). Apesar da aplicação do teste de Kruskal-Wallis para a variável “já teve falta de desejo sexual” indicar que existe diferença estatisticamente significativa entre as mulheres das diferentes nacionalidades, ( $\chi^2_{KW}(5) = 11.24; p = 0.047$ ), a inspeção do gráfico de distâncias com os pares de categorias (correção de Bonferroni) não permitiu determinar diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres das diferentes nacionalidades.

Uma grande maioria das mulheres ( $n = 159$  ; 40.1%) “raramente ou nunca” “teve dificuldades com a lubrificação vaginal adequada”. 28.2% ( $n = 112$ ) teve “dificuldades com a lubrificação adequada” “algumas vezes” e 24.7% ( $n = 98$ ) referiram ter esta dificuldade “poucas vezes”. 5% ( $n = 20$ ) referiu “bastantes vezes” e 2% ( $n = 8$ ), “habitualmente ou sempre”. A média apontada pelas inquiridas relativamente à “dificuldade em manter uma lubrificação vaginal adequada” foi de 2.04 ( $DP = 1.03$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres

das diferentes nacionalidades no que concerne à história de “dificuldades em obter ou manter uma lubrificação vaginal adequada”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 5.45; p = 0.364$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 147$  ; 36.4%) “já sentiu dor com relação sexual” “algumas vezes”. 28.5 % ( $n = 115$ ) das inquiridas “raramente ou nunca” “sentiu dor na relação sexual”, 27.5% ( $n = 111$ ), sentiu “poucas vezes”, 6.2% ( $n = 25$ ) sentiu “bastantes vezes” e 1.5% ( $n = 6$ ) sente “habitualmente ou sempre”. A média referida pelas mulheres relativamente à “dor associada à relação sexual” foi de 2.25 ( $DP = 0.99$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à história de “dor associada à relação sexual” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 12.88; p = 0.025$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que as cabo-verdianas ( $MO = 236.16$ ) apresentaram maior história de dor associada à relação sexual do que as portuguesas ( $MO = 180.68; p_{aj} = 0.014$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 218$  ; 56%) responderam que “raramente ou nunca” “não foi possível penetração devido à contração da vagina”. 24.2% ( $n = 94$ ) responderam que “poucas vezes” “não foi possível penetração devido à contração da vagina”, 15.7% ( $n = 61$ ) responderam “algumas vezes”, 3.6% ( $n = 14$ ) responderam “bastantes vezes” e apenas 0.5% ( $n=2$ ) responderam “habitualmente ou sempre”. A média da resposta “já não foi possível penetração devido à contração vaginal” foi de 1.68 ( $DP = 0.90$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres das diferentes nacionalidades no que concerne à história de “não foi possível penetração devido à contração vaginal”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 10.76; p = 0.056$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 124$  ; 31.7%) respondeu ter “poucas vezes” “dificuldade em obter o orgasmo”. 29.4% ( $n = 115$ ) responderam ter “algumas vezes”, 29.2 % ( $n = 114$ ) responderam “raramente ou nunca”, 6.4% ( $n = 25$ ) responderam “bastantes vezes” e 3.3% ( $n=13$ ) responderam “habitualmente ou sempre”. A média da resposta “já teve dificuldade em

obter o orgasmo” foi de 2.23 ( $DP = 1.04$ ). As guineenses ( $n = 4$  ; 8.2%) foram as mulheres aquelas que obtiveram maior percentagem para “já teve dificuldade para obter o orgasmo habitualmente ou sempre”. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres das diferentes nacionalidades no que concerne à história de “dificuldade em obter o orgasmo”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 9.95$ ;  $p = 0.077$ ).

A maioria das mulheres ( $n = 363$  ; 93.3%) de todas as nacionalidades [angolanas ( $n=45$  ; 95.7%), brasileiras ( $n = 72$  ; 92.3%), cabo-verdianas ( $n = 73$  ; 93.6%), guineenses ( $n=48$  ; 94.1%), portuguesas ( $n = 90$ ; 93.8%) e santomenses ( $n = 35$  ; 89.7%)] “não recorreu a técnico de saúde para tratar de dificuldade sexual”. Das que recorreram, foram as santomenses ( $n=4$  ; 10.3%) as mulheres que se destacaram. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a mulher “ter recorrido a algum técnico de saúde para tratar de alguma dificuldade sexual ” ( $\chi^2(5, n = 389) = 1.46, p = 0.924$  , V de Cramer = 0.06).

A maioria dos homens ( $n = 298$  ; 72.9%) de todas as nacionalidades [angolanos ( $n=42$  ; 72.4%), brasileiros ( $n = 53$ ; 68.8%), cabo-verdianos ( $n = 59$  ;78.7%), guineenses ( $n=50$  ;72.5%), portugueses ( $n = 60$  ;69.8%) e santomenses ( $n = 34$  ;77.3%)] “não teve dificuldade sexual”. Os brasileiros ( $n = 24$  ; 31.2%) e os portugueses ( $n = 26$  ; 30.2%) foram dos inquiridos aqueles que mais referiram ter tido “dificuldade sexual”. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e o homem “ter tido dificuldade sexual” ( $\chi^2(5, n = 409) = 2.77, p = 0.735$ , V de Cramer = 0.08).

Relativamente às dificuldades sexuais masculinas, 55.7% ( $n = 228$ ) dos homens referiram ter “raramente ou nunca” terem tido “falta de desejo sexual”, 26.2% ( $n = 107$ ) referem terem tido “poucas vezes”, 16.1% ( $n = 66$ ) referiram terem tido “algumas vezes” e 2% ( $n = 8$ ) “bastantes vezes”. De assinalar que nenhum homem respondeu já ter tido falta de desejo sexual “habitualmente ou sempre”. A média da resposta “já teve falta de desejo sexual”

foi de 1.64 ( $DP = 0.82$ ). Foram os cabo-verdianos ( $n = 53$  ; 67.9%) que obtiveram uma maior percentagem para “falta de desejo sexual raramente ou nunca” e os guineenses ( $n = 3$  ; 4.6%) para “falta de desejo sexual bastantes vezes”. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à história de “falta de desejo sexual” entre os homens das diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 11.92$ ;  $p = 0.036$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os guineenses ( $MO = 228.94$ ) apresentam maior história de falta de desejo sexual do que os cabo-verdianos ( $MO = 175.31$ ;  $p_{aj} = 0.039$ ).

A maioria dos homens ( $n = 250$ ; 61.9%) referiu “raramente ou nunca” terem tido “dificuldades em obter ou manter a ereção”, 25.2% ( $n = 102$ ) referiram ter “poucas vezes”, 9.9% ( $n = 40$ ) referiram ter “algumas vezes”, 2.5% ( $n = 10$ ) referiram ter “bastantes vezes” e 0.5% ( $n = 2$ ) referiram ter “habitualmente ou sempre”. A média da resposta “já teve dificuldades em obter ou manter a ereção” foi de 1.54 ( $DP = 0.81$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens das diferentes nacionalidades no que concerne à história de “dificuldades em obter ou manter a ereção”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 9.64$ ;  $p = 0.086$ ).

Mais de um quarto dos homens ( $n = 162$ ; 39.4%) dos homens referiu já ter “ejaculado mais rápido do que gostaria” “algumas vezes”, 33.3% ( $n = 137$ ) referiu “poucas vezes”, 20.2% ( $n = 83$ ) referiu “raramente ou nunca”, 6.3% ( $n = 26$ ) “bastantes vezes” e 0.7% ( $n = 3$ ) “habitualmente ou sempre”. A média da resposta “já ejaculou mais rápido do que aquilo que gostaria” foi de 2.34 ( $DP=0.90$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens das diferentes nacionalidades no que concerne à história de “episódios em que ejaculou mais rapidamente do que aquilo que gostaria”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 1.24$ ;  $p = 0.941$ ).

Mais de um quarto dos homens ( $n = 124$ ; 30.7%) indicaram já terem “não ejaculado ou ejaculado mais tarde do que aquilo que gostariam” “algumas vezes”. 26.5% ( $n = 107$ ) indicaram “raramente ou nunca”, 26.2% ( $n = 106$ ) indicaram “poucas vezes”, 15.1% ( $n = 61$ ) indicaram “bastantes vezes” e 1.5 % ( $n = 6$ ) indicaram “habitualmente ou sempre”. A média da resposta “não ejaculou ou ejaculou mais tarde do que gostaria” foi de 2.39 ( $DP = 1.08$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à história de “não ejacular ou ejacular mais tarde do que aquilo que gostaria” entre os homens das diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 26.39$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os angolanos ( $MO = 250.20$ ) apresentam maior história de ejacular ou ejacular mais tarde do que aquilo que gostaria do que os portugueses ( $MO = 175.03$ ;  $p_{aj} = 0.001$ ), os guineenses ( $MO = 179.04$ ;  $p_{aj} = 0.009$ ) e do que os brasileiros ( $MO = 180.90$ ;  $p_{aj} = 0.005$ ). Assim como os santomenses ( $MO = 236.72$ ) apresentam maior história de ejacular ou ejacular mais tarde do que aquilo que gostaria do que os portugueses ( $MO = 175.03$ ;  $p_{aj} = 0.043$ ).

Quase metade dos homens ( $n = 198$ ; 49.9%) referiram “raramente ou nunca terem tido dificuldades em obter o orgasmo”, 30.5% ( $n = 121$ ) referiram “poucas vezes”, 16.6% ( $n = 66$ ) referiram “algumas vezes”, 2.3% ( $n = 9$ ) referiram “bastantes vezes” e 0.8% ( $n = 3$ ), referiram “habitualmente ou sempre”. A média da respostas à pergunta “já teve dificuldades em obter o orgasmo” foi de 1.74 ( $DP = 0.87$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os homens das diferentes nacionalidades no que concerne à história de “dificuldades em obter o orgasmo”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 4.57$ ;  $p = 0.471$ ).

A maioria dos homens ( $n = 396$  ; 95.9%) de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 60$  ; 95.2%), brasileiros ( $n = 72$  ; 94.7%), cabo-verdianos ( $n = 70$  ; 95.9%), guineenses ( $n = 62$ ; 93.9%), portugueses ( $n = 88$ ; 97.8%) e santomenses ( $n = 44$ ; 97.8%)] “não” “recorreu

a técnico de saúde para tratar de dificuldade sexual”. Dos que recorreram, foram os guineenses ( $n = 4$  ; 6.1%) os que se destacaram. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e o homem “ter recorrido a algum técnico de saúde para tratar de alguma dificuldade sexual” ( $\chi^2(5, n = 413) = 2.18, p = 0.844, V$  de Cramer = 0.07).

Menos de metade dos inquiridos ( $n = 341$ ; 43.1%) referiu “gostar do seu corpo” “habitualmente ou sempre”. 31.1% ( $n = 246$ ) referiu gostar do seu corpo “bastantes vezes”, 16.3% ( $n = 129$ ), referiu “algumas vezes”, 6.1% ( $n = 48$ ) referiu “poucas vezes” e 3.5% ( $n = 28$ ) referiu “raramente ou nunca”. A média das respostas para pergunta “gosta do seu corpo” foi de 4.04 ( $DP = 1.07$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente a “gosta do seu corpo” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 37.73; p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os brasileiros ( $MO = 342.12$ ) gostam menos do seu corpo comparativamente com os angolanos ( $MO = 430.83; p_{aj} = 0.016$ ), com os cabo-verdianos ( $MO = 434.60; p_{aj} = 0.002$ ) e com os guineenses ( $MO = 465.11; p_{aj} < 0.001$ ). Paralelamente, os portugueses ( $MO = 349.13$ ) referiram gostar menos do seu corpo comparativamente com os angolanos ( $MO = 430.83; p_{aj} = 0.029$ ), com os cabo-verdianos ( $MO = 434.60; p_{aj} = 0.004$ ) e com os guineenses ( $MO = 465.11; p_{aj} < 0.001$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 505$  ; 61.9%) referiu que “não” “mudaria algo no seu corpo”. Esta resposta é transversal a todos os inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 76$  ; 68.5%), brasileiros ( $n = 90$  ; 56.6%), cabo-verdianos ( $n = 104$  ; 68%), guineenses ( $n = 86$  ; 74.1%) e santomenses ( $n = 56$  ; 61.5)] à exceção dos portugueses ( $n = 93$  ; 50%) que demonstraram uma total divisão de opinião. Foram os portugueses ( $n = 93$  ; 50%) aqueles que apresentaram uma maior percentagem referindo que “mudariam algo no seu corpo”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e inquiridos que referem que “mudaria algo no seu corpo ” ( $\chi^2(5, n = 816) = 24.85, p < 0.001$  ,  $V$  de Cramer = 0.178), sendo um

efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.8$ ) que se “mudariam algo no seu corpo” comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -2.9$ ).

**5.5 Comparação dos grupos relativamente às relações amorosas/íntimas.** Dos indivíduos que referem manter uma relação íntima, referiram conhecer o seu companheiro entre 1 e 51 anos ( $M = 10.22$ ;  $DP = 9.54$ ). Apesar da aplicação do teste de Kruskal-Wallis para a variável “conheceu o seu companheiro há quanto tempo” indicar que existe diferença estatisticamente significativa entre as nacionalidades, ( $\chi^2_{KW}(5) = 12.42$ ;  $p=0.029$ ), a inspeção do gráfico de distâncias com os pares de categorias (correção de Bonferroni) não permitiu determinar diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes nacionalidades.

Sendo que a “idade do companheiro”, varia entre 15 e 69 anos ( $M = 32.51$ ;  $DP=10.26$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à “idade do companheiro” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 40.63$ ;  $p < 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os cabo-verdianos ( $MO = 342.12$ ) têm companheiros mais jovens comparativamente com os angolanos ( $MO = 310.17$ ;  $p_{aj} = 0.010$ ), com os portugueses ( $MO = 326.52$ ;  $p_{aj} < 0.001$ ), com os brasileiros ( $MO = 335.40$ ;  $p_{aj} < 0.001$ ) e com os guineenses ( $MO = 326.36$ ;  $p_{aj} < 0.001$ ).

Relativamente à coabitação com o companheiro, a maioria dos inquiridos ( $n = 392$ ; 58.8%) “vive com o(a) companheiro(a)”. De entre eles, de destacar, os indivíduos de nacionalidade brasileira ( $n = 99$ ; 77.3%), portuguesa ( $n = 98$ ; 68.1%), com larga percentagem de coabitação. Já angolanos ( $n = 42$ ; 54.5%) e os cabo-verdianos ( $n = 68$ ; 52.7%), apesar de maioritariamente referirem que vivem em coabitação, apresentaram valores próximos com a não coabitação. Os indivíduos de nacionalidade guineense ( $n = 61$ ; 55.5%) e santomense ( $n = 43$ ; 54.4%) foram os que maioritariamente referiram que “não vivem com o(a) companheiro(a)”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “viver com

o seu atual companheiro”  $\chi^2(5, n = 667) = 40.74, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.25, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 2.6$ ) e de brasileiros ( $Z_{adj} = 4.7$ ) que “vivem com o seu atual companheiro” comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -3.3$ ) e com os santomenses ( $Z_{adj} = -2.5$ ).

A maioria dos indivíduos (70.7%) referiu ser da mesma nacionalidade que o(a) companheiro(a). Os portugueses ( $n = 34$ ; 19.3%) e os cabo-verdianos ( $n = 37$ ; 24.2%) foram dos indivíduos aqueles que mais referiram formar casais da mesma nacionalidade. Ao passo que os brasileiros ( $n = 64$ ; 43.2%) e os santomenses ( $n = 30$ ; 33.3%) foram os indivíduos que apresentaram uma maior percentagem de casais mistos. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e ter o companheiro “da mesma nacionalidade”  $\chi^2(5, n = 793) = 25.07, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.18, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.3$ ) com o companheiro da “mesma nacionalidade” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -4.1$ ).

Relativamente ao sexo pré-conjugal, 54% ( $n = 478$ ) dos inquiridos referem que a sua “cultura/religião” “permite”, verificando-se esta opinião nos indivíduos de todas as nacionalidades à exceção dos guineenses que responderam, maioritariamente, que “não” permite ( $n = 66$ ; 47.5%). Os portugueses ( $n = 30$ ; 15.4%) foram dos inquiridos os que apresentaram maior dúvida relativamente ao posicionamento cultural/religioso. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e a “cultura/religião permiterem relações sexuais antes do casamento”  $\chi^2(10, n = 886) = 61.20, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.19, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 5.8$ ) que referem que “a cultura/religião permiterem relações sexuais antes do casamento” comparativamente com os guineenses ( $Z_{adj} = -3.7$ ). No que concerne à resposta “não permite”, resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de

angolanos ( $Z_{adj} = 2.4$ ), brasileiros ( $Z_{adj} = 3.0$ ) e guineenses ( $Z_{adj} = 3.7$ ) comparativamente com os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -5.9$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -1.9$ ).

Uma larga maioria ( $n = 693$ ; 90.7%) referiu ter tido relações sexuais antes do casamento, e este fenómeno é transversal a todas as nacionalidades. Os cabo-verdianos ( $n = 134$ ; 95.7%), os portugueses ( $n = 153$ ; 92.7%), os brasileiros ( $n = 142$ ; 91.6%) e os angolanos ( $n = 94$ ; 91.3%) foram dos inquiridos aqueles que apresentaram uma maior percentagem de indivíduos que “tiveram relações sexuais antes do casamento”. Os santomenses ( $n = 15$ ; 19%), seguidos dos guineenses ( $n = 16$ ; 13.1%) foram dos inquiridos aqueles que apresentaram uma maior percentagem de indivíduos que “não tiveram relações sexuais antes do casamento”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter tido relações sexuais antes do casamento”  $\chi^2(5, n = 764) = 16.07, p = 0.007$ ,  $V$  de Cramer = 0.15, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 2.3$ ) que referem que “ter tido relações sexuais antes do casamento” comparativamente com os santomenses ( $Z_{adj} = -3.1$ ).

Relativamente à poligamia, a maioria dos inquiridos ( $n = 521$ ; 63.8%) referiu que a sua cultura/religião “não permite a poligamia”, 13.4% ( $n = 109$ ) referiram que a sua cultura/religião “permite a poligamia” e 22.8% ( $n = 186$ ) dos inquiridos referiram que “desconhecem” o posicionamento cultural/religioso. Os portugueses ( $n = 148$ ; 82.2%) e os brasileiros ( $n = 116$ ; 75.3) foram dos inquiridos aqueles que respondem maioritariamente que a cultura/religião “não permite”. Ao passo que os guineenses ( $n = 49$ ; 38.6%) foram dos inquiridos aqueles que maioritariamente respondem que a cultura/religião “permite a poligamia”. De destacar que os PALOP, comparativamente aos portugueses e aos brasileiros, referiram maioritariamente que a sua cultura/religião “permite a poligamia”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “cultura/religião permite a poligamia”  $\chi^2(10, n = 816) = 163.14, p < 0.001$ ,  $V$  de Cramer = 0.32, sendo um efeito

médio. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 9.1$ ) que referiram que “cultura/religião permite a poligamia” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -4.1$ ), cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -2.0$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -3.7$ ). Para a resposta a “cultura/religião não permite a poligamia” os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 2.0$ ), brasileiros ( $Z_{adj} = 3.3$ ) e portugueses ( $Z_{adj} = 5.8$ ), comparativamente com os caboverdianos ( $Z_{adj} = -4.6$ ), os guineenses ( $Z_{adj} = -5.2$ ) e os santomenses ( $Z_{adj} = -2.3$ ). Relativamente à resposta “desconheço”, os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 6.9$ ), comparativamente aos angolanos ( $Z_{adj} = -2.8$ ) e aos portugueses ( $Z_{adj} = -3.6$ ).

No que concerne à “escolha do cônjuge”, a maioria dos inquiridos ( $n = 649$ ; 77.7%) de todas as nacionalidades, referiu que a sua cultura/religião o “permite”. De salientar que é nos PALOP [santomenses ( $n = 24$ ; 25.3%), cabo-verdianos ( $n = 37$ ; 24.3%), angolanos ( $n = 27$ ; 23.1%) e guineenses ( $n = 15$ ; 11.6%)] que se verificou uma maior percentagem de indivíduos que referem que a cultura/religião “não permite” a “escolha do cônjuge”. 14.7% ( $n = 14$ ) dos santomenses “desconhecem” o posicionamento cultural/religioso face a menos de 7% dos indivíduos das outras nacionalidades. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “cultura/religião permite a escolha do cônjuge”  $\chi^2(10, n = 835) = 52.96, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.18, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 2.7$ ), guineenses ( $Z_{adj} = 2.0$ ) e de portugueses ( $Z_{adj} = 3.3$ ) que referem que “cultura/religião permite a escolha do cônjuge” comparativamente com os angolanos ( $Z_{adj} = -1.9$ ), cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -2.8$ ) e os santomenses ( $Z_{adj} = -4.4$ ). Para a resposta a “cultura/religião não permite a escolha do cônjuge” os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 2.4$ ), cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 3.3$ ) e santomenses ( $Z_{adj} = 2.8$ ), comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.0$ ), os portugueses ( $Z_{adj} = -3.2$ ). Relativamente à resposta “desconheço”,

os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de santomenses ( $Z_{adj}=3.3$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 618$ ; 91.3%) de todas as nacionalidades referiu que “escolheu o seu cônjuge”. De salientar que os cabo-verdianos ( $n = 19$ ; 14.5%) e os santomenses ( $n = 10$ ; 13.7%) foram dos inquiridos aqueles que revelaram uma maior percentagem para “não escolheu o cônjuge”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter escolhido o companheiro/cônjuge”  $\chi^2(5, n = 677) = 14.28, p = 0.014$ ,  $V$  de Cramer = 0.15, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 2.8$ ) que referiram “ter escolhido o companheiro/cônjuge” comparativamente com os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -2.6$ ).

No que concerne à “disponibilidade para falar com o(a) companheiro(a) sobre a vida sexual”, a maioria dos inquiridos referiu uma “muito grande” disponibilidade ( $n=319$  ; 39.3%) e uma “grande” disponibilidade ( $n = 275$ ; 33.9%). 17% ( $n = 138$ ) dos inquiridos refere uma “média” disponibilidade , 5% ( $n = 41$ ) uma “pequena” disponibilidade e 4.8% ( $n = 39$ ) “não têm disponibilidade”. A média da “disponibilidade para falar com o(a) companheiro(a) sobre a vida sexual” foi de 3.98 ( $DP = 1.10$ ). Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à “disponibilidade para falar com o(a) companheiro(a) da vida sexual” entre as diferentes nacionalidades ( $\chi^2_{KW}(5) = 20.07; p = 0.001$ ). A comparação múltipla das médias das ordens indicou que os guineenses ( $MO = 325.62$ ) apresentam uma menor “disponibilidade para falar com o(a) companheiro(a) da vida sexual” comparativamente com os santomenses ( $MO=421.05; p_{aj} = 0.036$ ), com os brasileiros ( $MO = 425.51; p_{aj} = 0.003$ ), com os angolanos ( $MO = 427.47; p_{aj}=0.009$ ) e com os portugueses ( $MO = 427.05; p_{aj} = 0.001$ ).

**5.6 Comparação dos grupos relativamente às normas sociais e individuais ligadas à vivência da sexualidade.** A maioria dos inquiridos ( $n = 731$  ; 86.4%) de todas as nacionalidades [angolanos ( $n=92$  ; 83.6%), brasileiros ( $n = 133$  ; 85.3%), cabo-verdianos ( $n = 148$  ; 89.7%), guineenses ( $n=99$ ; 79.2%), portugueses ( $n = 175$  ; 90.2%), santomenses ( $n = 84$  ; 87.5%)] respondeu nunca ter recorrido a sexo pago. Dos inquiridos, foram os guineenses ( $n = 26$  ; 20.8%), os angolanos ( $n=18$  ; 16.4%) e os brasileiros ( $n = 23$  ; 14.7%) aqueles onde se verificou uma percentagem mais elevada relativamente a “recorreu a sexo pago”. Não existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “já ter recorrido a sexo pago ”  $\chi^2(5, n = 846) = 10.43, p = 0.064$  , V de Cramer = 0.11. A média da “frequência de sexo pago” foi de 1.39 e o DP = 0.78. Os resultados do teste de Kruskal-Wallis revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes nacionalidades no que concerne à “frequência a sexo pago”, ( $\chi^2_{KW}(5) = 5.30; p = 0.380$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 541$  ; 65.7%) referiram que “existe uma situação em que não podem ter relações sexuais”. Esta resposta verifica-se em todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 79$  ; 74.5%), brasileiros ( $n = 87$  ; 55.1%), cabo-verdianos ( $n = 124$  ;77.5%), guineenses ( $n = 99$  ;79.8%) e santomenses ( $n = 68$  ; 74.7%)] à exceção dos portugueses que responderam, maioritariamente, que “não existe uma situação em que não pode ter relações sexuais” ( $n = 101$  ; 54.6%). Foram os guineenses ( $n = 99$  ; 79.8%) que obtiveram maior percentagem relativamente a “existe situação em que não possa ter relações sexuais” e os portugueses ( $n = 101$  ; 54.6%) aqueles que tiveram maior percentagem relativamente a “não existe uma situação em que não pode ter relações sexuais”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “existe alguma situação em que não pode ter relações sexuais ”  $\chi^2(5, n = 824) = 69.54, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.29, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 2.1$ ), cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 3.5$ ), guineenses ( $Z_{adj} = 3.6$ ) e santomenses ( $Z_{adj} = 1.9$ ) que

referiram que “existe alguma situação em que não pode ter relações sexuais”

comparativamente com os portugueses ( $Z_{adj} = -6.6$ ), e os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.1$ ).

O maior impedimento referido pelos inquiridos para ter relações sexuais foi “durante o período menstrual” (53.3%), seguido de “outra situação” (5.6%), “gravidez” (4.2%) e “época religiosa” (3.3%), (cf, Tabela 13). Todos os inquiridos de todas as nacionalidades responderam maioritariamente que “não podem ter relações sexuais durante o período menstrual” [angolanos ( $n = 73$ ), brasileiros ( $n = 77$ ), cabo-verdianos ( $n = 121$ ), guineenses ( $n=87$ ), portugueses ( $n = 78$ ), santomenses ( $n = 62$ )], (cf, Tabela 13). A segunda maior “situação” para não ter relações sexuais apontada pelos angolanos ( $n = 9$ ), brasileiros ( $n = 9$ ) e santomenses ( $n = 10$ ) foi “outra”. Ao passo que para os cabo-verdianos ( $n = 10$ ) e para os portugueses ( $n = 6$ ) foi a “gravidez” e para os guineenses ( $n = 21$ ) foi “época religiosa”, (cf, Tabela 13).

Tabela 13

*Estatística descritiva “Qual situação que não pode ter relações sexuais?” por nacionalidade*

Qual situação que não pode ter relações sexuais?	Angolanos		Brasileiros		Cabo-verdianos		Guineenses		Portugueses		Santomenses		Amostra total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gravidez	6		3		10		9		6		5		39	(4.2)
Época religiosa	2		4		1		21		1		2		31	(3.3)
Durante o período menstrual	73		77		121		87		78		62		498	(53.3)
Outra	9		9		4		15		5		10		52	(5.6)

A maioria dos inquiridos ( $n = 580$  ; 72.1%) dos inquiridos referiram que “sabem o que é a circuncisão feminina”. Esta resposta verifica-se em todos os inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 88$  ; 77.9%), brasileiros ( $n=94$  ; 61.4%), cabo-verdianos ( $n=86$  ; 57.3%), guineenses ( $n = 104$  ; 90.4%), portugueses ( $n = 147$  ; 78.2%) e santomenses ( $n=61$  ; 71.8%)]. Foram os guineenses ( $n = 104$  ; 90.4%) aqueles que mais demonstraram conhecer a circuncisão feminina e os cabo-verdianos ( $n = 64$  ; 42.7%) aqueles que mais referiram “desconher” este ato. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “sabe o que é a circuncisão feminina” ( $\chi^2(5, n= 804) = 49.51, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.25), sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 4.7$ ) e de portugueses ( $Z_{adj} = 2.1$ ) que “sabem o que é a circuncisão feminina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.3$ ) e os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -4.5$ ).

A “TV” (45.8%) foi o meio eleito pelos inquiridos através do qual “ouviram falar de circuncisão feminina”, seguida dos “colegas e amigos” (26.1%), da “escola” (25.8%), da “família” (17.4%), da “rádio” (13.2%) e de “outros” (8.4%), (cf. Tabela 14). A “TV” foi o meio mais referido para a tomada de conhecimento da “circuncisão feminina” de todo os inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 72$ ), brasileiros ( $n = 71$ ), cabo-verdianos ( $n = 60$ ), portugueses ( $n = 126$ ) e santomenses ( $n = 52$ )] à exceção dos guineenses que ouviram maioritariamente falar da circuncisão feminina através de “colegas/amigos” ( $n = 56$ ), (cf. Tabela 14).

Tabela 14

*Estatística descritiva “Onde ouviu falar de circuncisão feminina?” por nacionalidade*

Onde ouviu falar de circuncisão feminina?	Angolanos	Brasileiros	Cabo-verdianos	Guineenses	Portugueses	Santomenses	Amostra total
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i> (%)
Colegas/amigos	36	26	39	56	52	35	244 (26.1)
TV	72	71	60	47	126	52	248 (45.8)
Rádio	20	8	17	35	16	27	123 (13.2)
Escola	34	35	42	38	62	30	241 (25.8)
Família	34	15	15	53	27	19	163 (17.4)
Outros	11	14	8	19	23	4	79 (8.4)

A maioria dos inquiridos ( $n = 398$  ; 51.3%) respondeu que “a sua cultura não defende a circuncisão feminina”. À exceção dos brasileiros e dos cabo-verdianos, que referiram, maioritariamente, “desconhecer “ [brasileiros ( $n = 71$  ; 49%), cabo-verdianos ( $n = 75$  ; 53.6%)] a posição cultural, todos os outros inquiridos de todas as outras nacionalidades referiram que a cultura “não defende” a circuncisão feminina [angolanos ( $n = 63$  ; 57.8%), guineenses ( $n = 58$  ; 50.4%), portugueses ( $n = 111$  ; 61.3%) e santomenses ( $n = 43$  ; 50%)]. Os guineenses ( $n = 45$  ; 39.1%) destacaram-se pela elevada percentagem relativamente à “cultura defende a circuncisão”. Os portugueses ( $n = 111$  ; 61.3%) foram dos inquiridos aqueles que obtiveram uma percentagem superior relativamente “a cultura não permite a circuncisão feminina”. Os cabo-verdianos ( $n = 75$  ; 53.6%) foram dos inquiridos aqueles que obtiveram uma maior percentagem relativamente ao “desconhecimento”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “sua cultura defende a circuncisão feminina” ( $\chi^2(10, n = 776) = 155.89, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.32), sendo um efeito médio. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 10.9$ ) que dizem que “sua cultura defende a circuncisão feminina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.1$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -3.6$ ). Relativamente à resposta “a cultura não defende a circuncisão feminina”, os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 3.1$ ) comparativamente com os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -3.3$ ).

No que concerne à resposta “desconheço”, os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 2.9$ ) e de cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 4.1$ ) comparativamente com guineenses ( $Z_{adj} = -6.7$ ).

A maioria das inquiridas ( $n = 347$  ; 97.7%) de todas as nacionalidades [angolanas ( $n=44$  ; 97.8%), brasileiras ( $n = 64$  ; 100%), cabo-verdianas ( $n=63$  ; 96.9%), guineenses ( $n=46$  ; 90.2%), portuguesas ( $n = 91$  ; 100%) e santomenses ( $n = 39$  ; 100%)] referem “não terem sido alvo de circuncisão”. As inquiridas com nacionalidade angolana ( $n = 1$  ; 2.2%), cabo-verdiana

( $n = 2$  ; 3.1%) e guineense ( $n = 5$  ; 9.8%) referiram terem sido “alvo de circuncisão”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir ter sido “alvo de circuncisão feminina”  $\chi^2(5, n = 355) = 17.87, p = 0.004$ , V de Cramer = 0.22, sendo um efeito pequeno. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 3.9$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 538$  ; 82.3%) referiu que “não conhece alguém que tenha sido alvo de circuncisão feminina”. No entanto, a percentagem dos que “conhecem alguém que tenha sido alvo de circuncisão” é próxima dos 20% ( $n = 95$  ; 17.7%). À exceção dos guineenses, a maioria dos inquiridos de todas as nacionalidades [angolanos ( $n = 56$  ; 84.8%), brasileiros ( $n=96$  ; 94.1%), cabo-verdianos ( $n = 82$  ; 89.1%), portugueses ( $n = 140$  ; 96.6%) e santomenses ( $n = 46$  ; 88.5%)] referiu que “não conhece alguém alvo de circuncisão”. Os guineenses foram dos inquiridos aqueles que maioritariamente “conhece alguém alvo de circuncisão feminina” ( $n=58$  ; 71.6%). De assinalar que os angolanos ( $n = 10$  ; 15.2%), os cabo-verdianos ( $n = 10$  ; 10.9%) e os santomenses ( $n = 6$  ; 11.5%) apresentaram uma percentagem superior a 10% para a mesma pergunta. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que “conhece alguém alvo de circuncisão feminina”  $\chi^2(5, n = 538) = 196.53, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.60, sendo um efeito forte. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de guineenses ( $Z_{adj} = 13.8$ ) que “conhecem alguém alvo de circuncisão feminina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -3.5$ ), os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -1.9$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -5.3$ ).

A maioria dos inquiridos ( $n = 455$  ; 78.4%) de todas as nacionalidades [angolanos ( $n=67$  ; 94.4%), brasileiros ( $n = 77$  ; 70.6%), cabo-verdianos ( $n = 59$  ; 57.3%), guineenses ( $n=78$  ; 89.7%), portugueses ( $n = 132$  ; 86.3%) e santomenses ( $n = 42$  ; 73.7%)] “sabe o que é a circuncisão masculina”. Os cabo-verdianos ( $n = 44$  ; 42.7%), os brasileiros ( $n = 32$  ; 29.4%) e os santomenses ( $n = 15$  ; 26.3%) destacam-se pela sua elevada percentagem relativamente à resposta “não sabe o que é a circuncisão masculina”. Existe uma associação significativa entre

a nacionalidade e “saber o que é a circuncisão masculina”  $\chi^2(5, n = 580) = 54.64, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.31, sendo um efeito médio. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 3.5$ ), guineenses ( $Z_{adj} = 2.8$ ) e portugueses ( $Z_{adj} = 2.7$ ) que “sabem o que é a circuncisão masculina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -2.2$ ) e os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -5.8$ ).

A “TV” (26.3%) foi o meio eleito pelos inquiridos através do qual “ouviram falar de circuncisão masculina”, seguida dos “colegas e amigos” (25.3%), da “família” (22.9%), da “escola” (19.4%), da “rádio” (7.6%) e de “outros” (4.5%), (cf. Tabela 15). Apesar de ter sido o meio através do qual a maioria tomou conhecimento da circuncisão masculina, tal não se verificou em todos os inquiridos de todas as nacionalidades. Assim, “TV” foi o meio mais referido para a tomada de conhecimento da “circuncisão masculina” para os inquiridos de nacionalidades brasileira ( $n = 47$ ) e santomense ( $n = 30$ ). Os inquiridos de nacionalidade cabo-verdiana ( $n = 34$ ) e portuguesa ( $n = 72$ ) tomaram conhecimento maioritariamente através de “colegas e amigos”. E os inquiridos de nacionalidade angolana ( $n = 61$ ) e guineense ( $n=52$ ) tomaram conhecimento maioritariamente através da “família”, (cf. Tabela 15).

Tabela 15

*Estatística descritiva “Onde ouviu falar de circuncisão masculina?” por nacionalidade*

Onde ouviu falar de circuncisão masculina?	Angolanos		Brasileiros		Cabo-verdianos		Guineenses		Portugueses		Santomenses		Amostra total	
	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	<i>n</i>	(%)
Colegas/amigos	26	35	34	42	72	28	237	(25.3)						
TV	22	47	32	20	95	30	246	(26.3)						
Rádio	7	11	8	16	11	18	71	(7.6)						
Escola	19	32	28	18	55	29	181	(19.4)						
Família	61	27	8	52	50	16	214	(22.9)						
Outros	4	7	7	5	15	4	42	(4.5)						

Apesar da maioria dos inquiridos ( $n = 221$  ; 39.7%) ter respondido que “desconhecem se a cultura defende a circuncisão masculina”, esta foi a resposta com maior percentagem junto dos inquiridos de nacionalidade brasileira ( $n = 56$  ; 53.3%), cabo-verdiana ( $n = 54$  ; 55.7%) e santomense ( $n = 21$  ; 40.4%). Os inquiridos de nacionalidade portuguesa ( $n = 73$  ; 50.3%) foram os únicos a responderem maioritariamente que a “cultura não defende a circuncisão masculina”. Por último, os inquiridos de nacionalidade angola ( $n = 49$  ; 69%) e guineense ( $n = 59$  ; 67.8%) foram, de entre os inquiridos, aqueles que maioritariamente responderam que a “cultura defende a circuncisão masculina”. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e referir que a “cultura defende a circuncisão masculina”  $\chi^2(10, n = 557) = 216.40, p < 0.001$  , V de Cramer = 0.44, sendo um efeito médio. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 8.7$ ) e guineenses ( $Z_{adj} = 9.5$ ) que referem que a “cultura defende a circuncisão masculina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -5.9$ ), os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -4.5$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -5.1$ ). Relativamente à resposta “a cultura não defende a circuncisão masculina”, os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de portugueses ( $Z_{adj} = 4.9$ ) e de brasileiros ( $Z_{adj} = 2.2$ ) comparativamente com os angolanos ( $Z_{adj} = -5.1$ ) e os guineenses ( $Z_{adj} = -54.3$ ). No que concerne à resposta “desconheço”, os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de brasileiros ( $Z_{adj} = 3.2$ ) e de cabo-verdianos ( $Z_{adj} = 3.5$ ) comparativamente com guineenses ( $Z_{adj} = -4.4$ ) e angolanos ( $Z_{adj} = -2.9$ ).

Apesar da maioria dos homens inquiridos ( $n = 264$  ; 68%) tenham respondido que “não foram alvo de circuncisão”, isto não se verifica em todos os homens de todas as nacionalidades. Assim, os angolanos ( $n = 55$  ; 93.2%) e os guineenses ( $n = 51$  ; 75%) responderam maioritariamente que “foram alvo de circuncisão”. De salientar que apesar de uma percentagem mais baixa, esta prática é verificada em todos os homens de todas as

nacionalidades. Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “ter sido alvo de circuncisão masculina”  $\chi^2(5, n = 388) = 236.59, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.78, sendo um efeito forte. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 11.0$ ), guineenses ( $Z_{adj} = 8.4$ ) “terem sido alvo de circuncisão masculina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -5.7$ ), os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -5.0$ ), os portugueses ( $Z_{adj} = -5.4$ ) e os santomenses ( $Z_{adj} = -2.8$ )

Apesar da maioria dos inquiridos ( $n = 304$ ; 50.2%) ter referido “não” conhecer alguém alvo de circuncisão masculina, uma percentagem muito próxima da maioria ( $n = 302$ ; 49.8%) referiu “conhecer”. De entre os inquiridos, são os angolanos ( $n = 75$ ; 87.2%) e os guineenses ( $n=81$ ; 88%) aqueles que maioritariamente referiram que “conhecem” “alguém alvo de circuncisão masculina”. Dos inquiridos que maioritariamente responderam que “não conhecer”, destacam-se os cabo-verdianos ( $n = 73$ ; 70.9%) e os brasileiros ( $n = 78$ ; 69%). Existe uma associação significativa entre a nacionalidade e “conhecer alguém alvo de circuncisão masculina”  $\chi^2(5, n = 606) = 147.01, p < 0.001$ , V de Cramer = 0.49, sendo um efeito médio. Os resíduos padronizados ajustados indicaram uma maior proporção de angolanos ( $Z_{adj} = 7.5$ ), guineenses ( $Z_{adj} = 8.0$ ) “terem sido alvo de circuncisão masculina” comparativamente com os brasileiros ( $Z_{adj} = -4.4$ ), os cabo-verdianos ( $Z_{adj} = -4.6$ ) e os portugueses ( $Z_{adj} = -3.4$ ).

Quase metade ( $n = 301$ ; 42.5%) dos inquiridos referiu atribuir uma importância à sexualidade “muito grande”. 36.2% ( $n = 256$ ) referiu atribuir uma importância “grande”, 16.9% ( $n = 120$ ), referiu uma importância “média”, 2.7% ( $n = 19$ ) referiu “pequena” e 1.7% ( $n = 12$ ) referiu “nula”. A média das respostas para pergunta “que importância atribui à sexualidade” foi de 4.15 ( $DP=0.91$ ). Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis à variável “que importância atribui à sexualidade” verificámos que não existe diferença significativa

entre os inquiridos das diferentes nacionalidades dado que  $pvalue = 0.199 (p > 0.05)$ ,  $(\chi^2_{KW}(5) = 7.30; p = 0.380)$ .

## 6 Discussão

**6.1 Comparação dos grupos relativamente aos dados sócio-demográficos.** Este estudo pretendeu perceber se alguns indicadores de ordem sócio-demográficos; relacionados com os conhecimentos acerca das IST's; com saúde reprodutiva e planeamento familiar; com a saúde sexual; com as relações amorosas/íntimas e com as normas sociais e individuais ligadas à sexualidade diferem de acordo com cada cultura/nacionalidade, mais especificamente, se diferem entre portugueses, brasileiros, angolanos, cabo-verdianos, guineenses e santomenses a residir em Portugal.

Globalmente os resultados nas diferentes análises revelam que os valores são bastantes próximos, uma vez que quando há diferenças entre grupos elas são na maioria dos casos marginalmente significativas à exceção de algumas práticas. Vistos globalmente os nossos resultados são consistentes com outros trabalhos feitos juntos de populações migrantes.

A população imigrante encontra-se a residir em Portugal, em média, há cerca de 9 anos, o que indica que pode haver processo de aculturação, escolarização ou integração de normas e valores sociais portuguesas (Cardoso, 2007; Bornstein, 2017; Kuo, 2014).

Encontraram-se algumas diferenças, maioritariamente de baixa magnitude, que passaremos a discutir.

Apesar de se encontrarem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade dos inquiridos de nacionalidade cabo-verdiana comparativamente com os de nacionalidades angolana, portuguesa, brasileira e guineense, constata-se que a amostra é constituída por adultos emergentes ou no início da idade adulta (Arnett, 2000), que é uma fase do percurso de vida que se caracteriza por um processo de individuação onde a exploração do trabalho, da conjugalidade e a projeção do adulto ideal se realizam. Sendo a adulez emergente um fenómeno comum nos países industrializados e pós-industrializados (Carneiro & Sampaio, 2015; Mendonça, Andrade & Fontaine, 2009) e estando a verificar-se em países

em vias de desenvolvimento, como no Brasil, em grupos sociais de elevado poder económico (Carneiro & Sampaio, 2015) não podemos afirmar que os inquiridos estão na mesma fase de ciclo de vida, dado que também provêm de países não industrializados. Neste sentido, e com o intuito de verificarmos que existem diferenças no ciclo de vida dos indivíduos dos países em questão, tomámos como exemplo de indicador a idade do primeiro casamento/primeira união. Em Angola, em 2016, a idade mediana do primeiro casamento para indivíduos da faixa etária dos 24-29 anos, era de 20.5 anos na mulheres e de 24.4 anos nos homens (IIMS 2015-2016, 2017). Já em Cabo Verde a idade mediana para a primeira união era de 25.7 anos (segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva ([IDSR – II], 2008, p.82). Por seu lado na Guiné-Bissau, 37% das mulheres e 4% dos homens de 20-49 anos casaram-se antes dos 18 anos (Quinto Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 da Guiné-Bissau [MICS5], 2016 p.228-229) e em São Tomé e Príncipe, 32% das mulheres e 2% dos homens de 20-49 anos casaram-se antes dos 18 anos (Inquérito aos Indicadores Múltiplos de São Tomé e Príncipe [MICS], 2016, p.217). No Brasil, em 2013, a idade média das mulheres aquando do primeiro casamento era de 27 anos e dos homens de 30 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Em 2012, a idade média das portuguesas aquando o primeiro casamento era de 29.9 anos e dos portugueses era de 31.4 anos (PORDATA). Através dos dados destes diferentes estudos, verificámos que os portugueses e os brasileiros apresentam uma média de idades do primeiro casamento mais tardia que os PALOP. Ao mesmo tempo sabemos que se verifica uma taxa de casamentos precoces na Guiné-Bissau e em SãoTomé e Príncipe que levarão à fecundidade mais cedo que nos outros países. Também Browning & Burrington (2006) verificaram que os homens afro-americanos tinham mais atitudes que motivavam uma vida sexual precoce e eram pais mais cedo do que os que os latinos e os brancos. Estes dados sustentam que em países africanos as tarefas de parentalidade iniciam-se mais cedo comparativamente a Portugal. A idade média das mães portuguesas, em 2012 aquando o

nascimento do primeiro filho era de 29.4 anos e no ano de 2013 era de 29.7 anos (PORDATA). Estes dados, sustentam a nossa hipótese, de que, apesar das médias das idades serem próximas, os indivíduos poderão encontrar-se numa fase da vida diferente, hipótese corroborada pelo número superior significativo de filhos dos guineenses relativamente aos cabo-verdianos, aos santomenses, aos portugueses e aos brasileiros.

Relativamente aos imigrantes, apesar de se constatarem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de permanência em Portugal, verifica-se que chegaram a Portugal entre os 19 e os 24 anos. Esta fase é o início da idade adulta, a idade para arranjar trabalho, casar e ter filhos (Arnett, 2000). Neste sentido, podemos hipotetizar que grande parte do tempo de formação identitária – socialização - (Darmon, 2006) da amostra não foi passada em Portugal, querendo isto dizer que os valores e costumes aos quais foram expostos nos primeiros dezoito anos de vida foram no país de origem (Yahyaoui, et. al, 2013; Salud, et. al., 2014).

No que concerne ao nível de escolaridade encontrámos diferenças significativas relativamente aos angolanos e os portugueses, com uma maior percentagem de frequência do ensino “superior” em comparação com os brasileiros e os cabo-verdianos, que apresentam uma percentagem superior de frequência do “secundário”, relativamente aos portugueses. Dados corroborados pelo IIMS 2015-2016 (2017), onde se pode observar uma maior frequência do ensino secundário e do superior e pelo IDSR – II (2008) que verificou que, em Cabo Verde, existe uma maior percentagem de indivíduos com um “nível de alfabetização ou ensino básico” (51% dos homens e das mulheres), seguido de nível secundário (43% homens e 40% mulheres) e do ensino superior (5% homens e 4% mulheres) e pelos dados dos Census 2011 (INE, 2013) que referem que a população brasileira residente em Portugal em 2011, tinha essencialmente um nível secundário.

No que concerne ao rendimento mensal, são os portugueses e os brasileiros os inquiridos que auferem um melhor rendimento mensal, acima de 1000€, contrastando com os guineenses, santomenses e cabo-verdianos que maioritariamente auferem de um salário inferior a 485€/mensal. O Censur 2011(INE, 2013) verificou que a maioria da população brasileira em Portugal residente em Portugal em 2011 era “economicamente ativa”, trabalhando mais na restauração e comércio a retalho. Em comparação com a população PALOP, a população brasileira tem um melhor salário, tal como verificado no estudo de Dias & Rocha (2009). Através da análise do nível de escolaridade e do rendimento mensal dos portugueses e dos brasileiros, podemos afirmar que, globalmente, estes inquiridos pertencem a um estrato social mais alto, e por isso, com mais acesso à informação e aos cuidados de saúde.

Relativamente à religiosidade, os portugueses “revêm-se menos” numa religião/filosofia do que os angolanos, guineenses e os santomenses. No entanto à exceção dos guineenses, globalmente, a amostra provém de países onde a religião maioritariamente praticada é a Cristã, o que é constatado por outros estudos (Correia, 2006).

No que concerne ao estado civil, as diferenças estatisticamente encontradas demonstram que os portugueses e os brasileiros apresentam maior número de indivíduos casados. Dados que corroboram a alta percentagem de indivíduos que “nunca casaram” em Angola (35% das mulheres e 49% dos homens) (IIMS 2015-2016, 2017) e elevada percentagem de cabo-verdianos solteiros (55% homens e 46% mulheres) (IDSR-II 2005, 2008). Pelo contrário, os angolanos e os cabo-verdianos são os que apresentam maior proporção de indivíduos solteiros. Não encontramos dados referentes a São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau. Dado que são os indivíduos com níveis de rendimento mensal superior aqueles que apresentam uma maior frequência de indivíduos casados, pode hipotizar-se que a estabilidade financeira nesta amostra é um fator associado à conjugalidade. Contudo

desconhece-se se este dado pode também ser explicado pela diferença de valores em cada cultura relativamente à instituição do matrimónio. Futuros estudos podem explorar as motivações e/ou dificuldades dos indivíduos de diferentes culturas para a realização do casamento quando em contexto de migração.

Na maioria, os inquiridos são heterossexuais, indo ao encontro de Alferes (2002/1997, p.38), ao referir que a “a heterossexualidade conjugal continua a ser o modelo dominante, tanto no sentido estatístico como ideológico.” Apesar de não terem sido encontradas diferenças significativas relativamente à orientação sexual, o mesmo não se verificou relativamente a “ter contacto sexual com alguém do mesmo sexo”. Nesta perspectiva, os brasileiros destacaram-se pelo facto de “terem tido contacto sexual com alguém do mesmo sexo”, comparativamente aos cabo-verdianos, que referiram ter menos. Paiva et al. (2008), verificaram que, entre 1998 e 2005, a tolerância dos brasileiros em relação ao sexo homossexual aumentou (de 5.2% para 14.6% em relação ao sexo entre homens e de 10.6% para 16.1% em relação ao sexo entre mulheres). Por outro lado, Dramé et al. (2013) verificaram que na África Ocidental as práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo constituem tabu social e cultural. No estudo realizado por Ferreira & Cabral (2010, p.197) também foi verificado que “as práticas sexuais com pessoas do mesmo sexo têm uma expressão mais alargada (...) daquelas que afirmaram ter uma orientação sexual fora dos limites da heteronormatividade”. Estes dados parecem suportar os nossos resultados, que indicam maior abertura relativamente às orientações sexuais minoritárias.

A diferença encontrada entre a melhor saúde das mulheres comparativamente à dos homens vai ao encontro dos estudos de Dias et al. (2008; 2011), onde se verificaram que a saúde das mulheres é superior à dos homens, talvez por estas estarem em idade fértil e, portanto, terem uma maior proximidade com os serviços de saúde. Ao contrário dos homens, nas mulheres das diferentes nacionalidades não se verificaram diferenças estatisticamente

significativas relativamente ao nível do estado de saúde. As diferenças estatisticamente significativas encontradas relativamente aos homens revelaram que são os portugueses aqueles que indicam menor problemas de saúde. Estes dados são concordantes com os de Abreu et al. (2009), que destacaram as comunidades migrantes como grupos de risco, no que concerne à saúde. Os nossos dados são também apoiados pelos dados dos estudos realizados por Dias et al. (2014, 2016), onde destacam uma menor utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes, comparativamente com a população autóctone e por Dias et al. (2008; 2011) que verificaram que os homens imigrantes e homens imigrantes não documentados são os que frequentam menos os serviços de saúde. Neste sentido, o presente trabalho salienta a necessidade de serem tomadas medidas de forma a perceber e minimizar estas diferenças, e no sentido de promover a proximidade destas populações aos cuidados de saúde.

Em suma, a comparação dos dados sociodemográficos indica-nos que existem algumas diferenças significativas entre os grupos das diferentes nacionalidades. De entre elas, importa salientar que os portugueses apresentam um melhor nível de rendimento mensal, um maior nível de escolaridade e os homens portugueses apresentam menos problemas de saúde, comparativamente com os imigrantes. Considerando a nossa hipótese que esta é uma amostra já com níveis de aculturação, o presente trabalho levanta a hipótese adicional de existirem outras pessoas nas populações migrantes com menores níveis de aculturação e ainda menos próximas do contacto com cuidados de saúde adequados. Os nossos dados são concordantes com outros estudos (Machado et al., 2006; Dias et al., 2008, 2011, 2014, 2016), demonstrando que os imigrantes se encontram em situações de condição de vida mais desfavorável relativamente aos portugueses.

**6.2 Comparação dos grupos relativamente ao conhecimento acerca das IST's.** No que concerne a “já ter ouvido falar de IST's”, apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes nacionalidades, cerca de 20% dos inquiridos

ainda não tinham ouvido falar de IST's, o que é revelador de um nível de desconhecimento que merece atenção uma vez que demonstram que ainda existem lacunas importantes relativamente ao conhecimento das IST's, aumentando o risco destes indivíduos a tais infeções. As mesmas conclusões foram obtidas através de estudos realizados nos países de origem dos imigrantes. Assim, no Brasil, o estudo epidemiológico de metodologia mista realizado em 2005, permitiu verificar que os inquiridos apresentavam reduzidos conhecimentos relativos ao VIH/Sida e conhecimentos ainda mais escassos sobre as IST's (Garcia, 2015). Na Guiné-Bissau, o *Inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao VIH/Sida*, realizado em 2010 (Instituto Nacional de Saúde Pública) também revelou que, apesar dos conhecimentos sobre o VIH/Sida terem aumentado desde 2006, continuavam escassos e que os conhecimentos sobre as IST's eram precários. Na Guiné-Bissau, (MICS5, 2016, p.252-253) apesar de 94% das jovens e 97% dos jovens (com faixa etária dos 15-24 anos) terem referido que “ouviram falar do VIH”, apenas 23% das jovens e 22% dos jovens revelaram um “conhecimento exaustivo sobre a transmissão do VIH”. Em Cabo Verde foram verificados “poucos conhecimentos e ideias erradas acerca das IST's” (Correia, 2006). Apesar de cerca de 100% dos homens e das mulheres cabo-verdianos referirem que “ouviram falar de VIH/Sida” e cerca de 84% dos homens e 82% das mulheres indicarem saber que podem reduzir o risco de contração do VIH através do uso do preservativo, apenas 55% das mulheres e 62% dos homens ouviram falar de “outras IST's além da Sida” (IDSR-II, 2008, p.180). Em Angola, apesar da grande maioria de homens (92%) e mulheres (82%) entre os 15-49 anos “já terem ouvido falar de VIH/Sida”, verificou-se um baixo “conhecimento abrangente” das doenças (32% das mulheres e 35% os homens). Este conhecimento era menor nas zonas rurais e desfavorecidas (IIMS 2015-2016, 2017). Relativamente aos jovens dos 15-24 anos, o conhecimento abrangente sobre o VIH/Sida atingia uma percentagem de 32% para os homens e de 33% para as mulheres. O

conhecimento abrangente aumentava nas zonas urbanas e nos indivíduos com níveis mais altos de escolaridade (IIMS 2015 – 2016, 2017). Em São Tomé e Príncipe, apesar de 99.2% das mulheres e 99.5% dos homens dos 15-49 anos referirem que “ouviram falar de SIDA”, apenas 41% das mulheres e 47% dos homens revelaram ter um “conhecimento abrangente sobre a transmissão do VIH” (MICS, 2016, p.232-233). Dias & Rocha (2009), verificaram diferenças relativamente aos conhecimentos sobre a transmissão e prevenção das IST’s entre mulheres brasileiras e africanas, sendo que as primeiras estavam melhor informadas. Em Portugal, Ramiro et al. (2011), verificaram que houve uma diminuição, entre 2006 e 2002, do conhecimento dos jovens portugueses face ao modo de transmissão do VIH/Sida. Querendo isto dizer que o trabalho de educação para a saúde e a realização de campanhas devem continuar a ser desenvolvidos (Garcia, 2015; Ramiro et al, 2011) e ajustados aos indicadores sócio-demográficos das populações alvo (e.g., nível de literacia).

**6.3 Comparação dos grupos relativamente à saúde reprodutiva e planeamento familiar.** Relativamente à questão a “sua cultura/religião permite o uso de contraceção” encontramos diferenças significativas. Foram os brasileiros e os cabo-verdianos aqueles que indicaram que “sua cultura/religião permite o uso de contraceção” comparativamente com os portugueses e os guineenses, que responderam maioritariamente que “sua cultura/religião não permite o uso de contraceção”. Os guineenses apresentaram uma grande proporção de respostas no sentido de “desconhecem”. Estes resultados demonstram que a “cultura/religião” podem exercer uma influência na opção de utilização, ou de não utilização de contraceptivos. Ao observarmos o indicador da religiosidade, verificámos que os guineenses responderam com frequência alta que se “reviam” numa “religião/filosofia”, tendo sido dos inquiridos aqueles que apresentaram uma percentagem superior relativamente a “rever-se numa religião/filosofia”. Na Guiné-Bissau, a religião mais professada é a Muçulmana (43.3%), seguida da Católica (23.0%), da Animista (20.0%) e da Evangélica (7.7%) (MICS5, 2016,

p.29). Apesar dos cabo-verdianos também referirem que se “reveem” numa “religião/filosofia”, não significa que os impeçam de usar contraceção. Segundo Correia (2006), em Cabo Verde a religião mais professada é a Católica Romana, seguida da Igreja Protestante e da Igreja dos Adventistas do Sétimo dia, sendo que existe uma minoria que professa outras religiões ou crenças. Por outro lado, os portugueses, apesar de terem revelado “menor religiosidade”, responderam que a contraceção ainda é “proibida pela cultura/religião”. Este resultado pode ser explicado pela forma como os portugueses interiorizaram a tradição Cristã. Pacheco (2000, p.48) refere que os padres começam a aceitar o uso de métodos contraceptivos “se eles contribuem para a felicidade conjugal”, implicando ainda um desconforto por parte da Igreja, perante esta temática, que influenciará o comportamento das pessoas incentivando para o uso de métodos contraceptivos naturais ou para o não uso de qualquer tipo de contraceção. Ferreira & Cabral (2010, p.309) verificaram que as mulheres portuguesas que têm um maior grau de religiosidade usam menos a pílula e o DIU e os homens portugueses religiosos referem recorrer mais ao coito interrompido, demonstrando “o peso das crenças religiosas na recusa de métodos desaconselhados pela Igreja Católica”, no entanto também verificaram que “a religiosidade não produz um maior uso dos métodos recomendados pela Igreja Católica”, conclusão que vai ao encontro da conclusão de Almeida et al. (2004, p.257) ao constatarem que em 1999 em Portugal, apesar da “socialização religiosa católica que a esmagadora maioria destas mulheres recebeu (...) não parece ter grande impacto em discursos, representações ou valores nem, sobretudo, nos seus comportamentos de saúde reprodutiva.” Esta disparidade de respostas motiva a que estudos futuros avaliam até que ponto a “cultura/religião” e mais especificamente a importância e internalização dos princípios religiosos influencia a vida privada das pessoas.

No que concerne às fontes de informação relativamente ao conhecimento dos métodos contraceptivos, os resultados indicaram, em primeiro lugar a “escola” e “colegas/amigos” e em

último o “enfermeiro”. Considerando que os participantes parecem recorrer primordialmente a fontes não competentes para a área, relegando para último lugar um profissional de saúde, é importante pensar em aumentar a proximidade dos enfermeiros à população, numa ótica de continuação de programas de educação para a saúde iniciados na escola. Também é de assinalar que o enfermeiro, pelas suas competências, pode desempenhar um trabalho mais importante junto das escolas e das comunidades, no âmbito da enfermagem comunitária, considerando a formação que tem na área da saúde. Dos estudos que encontrámos relativamente à fonte de informação no que concerne aos métodos contraceptivos, destacam-se o IDSR-II (2008) que demonstrou que, 45% das mulheres cabo-verdianas que tiveram acesso à informação relativa ao planeamento familiar através da TV e da rádio e 38% não obtiveram qualquer tipo de informação, cerca de 20% tiveram acesso à informação através dos jornais/revistas. Apesar das raparigas das faixas etárias dos 15-19 anos e 20-29 terem estado no centro de saúde (30% e 60%, respetivamente), apenas 8% e 16% foram informadas do planeamento familiar e sobre os métodos contraceptivos (IDSR-II, 2008, p.73). Tais dados podem justificar a fecundidade precoce ou a baixa utilização destas mulheres ao planeamento familiar em Portugal. Dias & Rocha (2009, p.126), num estudo qualitativo dirigido a mulheres imigrantes brasileiras e oriundas dos PALOP, constataram que as mulheres brasileiras tinham mais conhecimentos sobre os métodos contraceptivos ao passo que as africanas tinham “crenças associadas à ineficácia dos métodos contraceptivos e à percepção de que são prejudiciais à saúde”. Águas et al.<sup>28</sup> (2016) verificaram que as mulheres portuguesas estão relativamente bem informadas e constataram que as fontes de informação mais referidas pelas mulheres portuguesas relativamente aos métodos contraceptivos são

---

<sup>28</sup> Estudo realizado em Portugal em 2015 pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia e pela Sociedade Portuguesa da Contraceção numa amostra representativa da sociedade portuguesa com idade média das mulheres de 32.5 anos e nível de escolaridade médio/alto (86.9% com frequência do ensino secundário ou universitário) estabeleceram como objetivo avaliar as práticas contraceptivas em Portugal.

maioritariamente os médicos [médico de família (52%), ginecologista (32.4%)] seguidas da internet (29.6%). Verificaram ainda uma diferença significativa entre as fontes de informação relativamente à idade das inquiridas. Assim, as mulheres mais velhas informam-se junto do médico de família e do ginecologista e as mais novas (idade inferior a 20 anos) procuram informação junto de colegas/amigas. Este estudo revelou que a internet é o terceiro meio de obtenção de informação pelas mulheres portuguesas. Constataram também que as mulheres com idades inferior a 30 anos obtiveram informação relativamente à sexualidade e contraceção na escola, fruto da educação sexual realizada nas escolas ao abrigo da Lei 60/2009 de 6 de Agosto. Da análise dos nossos dados e dos outros estudos, verificámos que a educação sexual teve o seu papel na aquisição de conhecimentos, mas que os enfermeiros ainda podem desenvolver um trabalho junto das comunidades durante as visitas ao domicílio, visitas a bairros ou associações e no desenvolvimento de projetos de educação para a saúde desenvolvidos na comunidade. Esta constatação deve-se ao facto de, tal como verificado, nem todas as populações têm o mesmo padrão de uso do sistema de saúde, e os homens destacam-se por acederem com menos frequência às estruturas e aos profissionais de saúde, o que significa que ir ao encontro da comunidade e responder às verdadeiras necessidades poderá resultar numa melhor utilização dos métodos contraceptivos, e, conseqüentemente num menor número de gravidezes indesejadas, ou mesmo IVG.

No que concerne aos métodos contraceptivos mais conhecidos, a pílula contraceptiva e o preservativo masculino são os métodos mais conhecidos pelos inquiridos. De salientar que nenhum dos métodos obteve uma percentagem superior a 50%, verificando-se que ainda existe um grande trabalho de formação e de informação de saúde reprodutiva que devem ser feitos. O IDSR-II (2008) verificou que os métodos contraceptivos mais conhecidos pelos cabo-verdianos (homens e mulheres) são o preservativo masculino, a pílula e injeção (entre 90 e 100%) e os menos conhecidos são a contraceção hormonal de emergência e o diafragma, não

se verificando diferenças sociodemográficas, um conhecimento que tem vindo a aumentar desde a década de 80, altura em que a divulgação dos métodos contraceptivos em Cabo Verde deu início.

Relativamente ao método contraceptivo mais usado, o preservativo masculino e a pílula são os eleitos, ao contrário do “diafragma” e o “espermicida” são os métodos menos utilizados. Em Portugal, cerca de 100% das mulheres sexualmente ativas usam contraceção (Águas et al., 2016). A pílula (58.1%) é o método mais usado, seguida do preservativo masculino (14.3%) e do DIU (11.8%). Os mesmos resultados foram constatados por Ferreira & Cabral (2010, p.302), ao verificarem que a pílula (51.2%) é o método mais usado, seguido do preservativo masculino (35.9%). Segundo Águas et al.(2016) as jovens usam mais o preservativo, as mulheres entre os 30-39 anos de idade, a pílula e as mulheres dos 40 aos 49 anos, o DIU. A utilização da dupla proteção<sup>29</sup> acontece nas mulheres com faixas etárias dos 15-19 anos e dos 20 aos 29 anos (Águas et al., 2016, p.188). Águas et al. (2016) verificaram ainda que 94% das mulheres portuguesas sexualmente ativas afirmam usar método contraceptivo aconselhado pelo médico de família (48.8%), seguido do ginecologista (31.8%). O IDSR-II (2008, p.60) verificou que em Cabo Verde, a taxa de prevalência contraceptiva das mulheres era de 61% nas “casada/unidas” e de 72% nas “unidas”. Nas mulheres casadas o método contraceptivo mais usado era a pílula (21%), seguido da laqueação das trompas (15%) e da injeção (11%), sendo a utilização do preservativo masculino baixa (6%). Pelo contrário, as mulheres sexualmente ativas sem união, revelaram uma taxa de 30% de utilização do preservativo masculino. Este estudo revelou ainda que a utilização de método contraceptivo é influenciada pelo meio socioeconómico e que houve um aumento de utilização de contraceptivos nas populações desfavorecidas após campanhas de formação, revelando a

---

<sup>29</sup> Utilização em simultâneo da pílula e do preservativo.

influência que estas exercem na mudança de comportamentos dos indivíduos. Em Angola, a taxa de uso de contraceptivo varia entre as “mulheres casadas” (14%) e as “não casadas, mas sexualmente ativas” (28%), verificando-se um baixo uso de método contraceptivos. As casadas, usam maioritariamente a “injeção” (5%), a “pílula” (4%) e o preservativo masculino (3%). Relativamente às mulheres “não casadas, mas sexualmente ativas” os métodos contraceptivos mais usados são preservativo masculino (20%) e a pílula (4%). De salientar que o uso de “métodos contraceptivos modernos” aumenta com o nível socioeconómico e com a escolaridade (IIMS 2015-2016, 2017). Na Guiné-Bissau (MICS5, 2016, p.154), 16% das mulheres casadas ou em união de facto usam contraceção. O método mais usado é o DIU (4%, das mulheres casadas ou em união), o segundo é o implante (3% das mulheres casadas ou em união), e com 2% cada um respetivamente, das mulheres casadas ou em união, encontram-se os métodos amenorreia da lactação, preservativo e pílula. Verificam-se diferenças na escolha do método entre as mulheres com maior nível de escolaridade (usam mais o DIU, 8%, e o preservativo masculino, 7%) em comparação com as de menor escolaridade (usam mais o implante, 7%) e nas mulheres que têm mais filhos (16% nas mulheres que têm 4 filhos ou mais comparativamente com as mulheres que não têm filhos, 11%). Em São Tomé e Príncipe, 41% das mulheres casadas ou em união referiram usar contraceção. A pílula (15%) é o método mais usado, seguido da injeção (12%), seguido do preservativo masculino (5%). Os restantes métodos representam menos de 3% de utilização (MICS, 2016, p.154). As mulheres com mais escolaridade e as mais velhas (30% das mulheres com idade 15-19 anos comparativamente com 39 a 45% das mulheres do 20-44 anos) demonstraram uma maior prevalência no uso dos contraceptivos (MICS, 2016, p.154). No Brasil, Carreno et al. (2006) verificou que 61.1% das mulheres sexualmente ativas, usam contraceção, sendo que a pílula (48.8%) é o método preferido seguido da laqueação das trompas (18.7%), do preservativo (17.3%) e do DIU (7.3%). O mesmo estudo constatou que

as mulheres mais novas usam mais a pílula e as mais velhas, a esterilização. As mais pobres e com menos escolaridade têm mais dificuldade ao acesso aos métodos. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [PNDS-2006] realizada no Brasil em 2006 verificou-se que 81% das mulheres sexualmente ativas usava métodos contraceptivos, sendo a laqueação das trompas (29%) o método mais frequente, seguido da pílula (25%) e do preservativo (12%).

Como constatado nos diferentes estudos, a prevalência do uso dos métodos contraceptivos e os métodos preferidos não é a mesma em todos os países. Mais, verifica-se um menor uso dos contraceptivos nos indivíduos provenientes dos PALOP e do Brasil, comparativamente com os portugueses, o que vai ao encontro de outros estudos (Dias & Gonçalves, 2007). A informação e formação dos contraceptivos está longe de ser uma campanha terminada. Apesar das mulheres portuguesas terem uma percentagem próxima dos 100% na utilização dos mesmos, as mulheres provenientes dos PALOP e brasileiras ainda têm uma frequência de utilização dos métodos contraceptivos longe de atingir a das portuguesas. Estes dados reforçam a necessidade de intervenção culturalmente adaptada a estas populações. Estudos futuros devem interessar-se pelas representações, valores, atitudes e conhecimentos destas populações a fim de se compreender a sua dinâmica na utilização dos métodos contraceptivos com o intuito de adaptar o sistema de planeamento familiar à cultura.

Apesar da percentagem de “métodos contraceptivos serem proibidos por motivos culturais/religiosos” ser baixa, verificámos que o preservativo masculino e a pílula contraceptiva são os métodos apontados com uma percentagem superior como sendo “proibidos por motivos culturais/religiosos”. O nosso trabalho dá assim um contributo único pois salienta que os fatores religiosos e culturais podem ter um impacto negativo nas práticas e políticas de planeamento familiar. Em futuros estudos, será importante compreender qual o contexto dessa “proibição” e suas implicações. O impacto da “cultura/religião” nas crenças

peçoais, pode ainda desempenhar um papel importante para a escolha da contraceção, tal como foi revelado por Alvarez-Nieto et al. (2015) e pelo IDSR-II (2008, p.70), em que, de entre as razões para o “não uso de contracetivos” pelas mulheres cabo-verdianas, 0.2% foram “os motivos religiosos”. É da responsabilidade dos profissionais de saúde estarem atentos a essas crenças pessoas para melhor adaptarem os conselhos profissionais.

Águas et al. (2016, p.189) verificaram que, em Portugal, 17% das mulheres sexualmente ativas já usaram a contraceção hormonal de emergência, “em 53% dos casos aconselhada pelo farmacêutico ou por amigos”. Os resultados permitam-nos verificar que a aquisição contraceção hormonal de emergência quer por parte das mulheres ou dos homens faz-se, maioritariamente nas farmácias. Não colocando em questão a formação dos farmacêuticos e dos seus colaboradores, importa questionar se o balcão da farmácia será o local adequado para o aconselhamento necessário relativo à utilização da contraceção hormonal de emergência, já que a mulher pode apresentar “grande ansiedade” (DGS, 2008, p.49). De salientar que a procura da contraceção hormonal de emergência no centro de saúde é bastante inferior do que na farmácia talvez por haver falta de informação relativamente às consultas de planeamento familiar e às valências que delas advêm. Medidas de aproximação às comunidades, com iniciativas desenvolvidas em contexto junto das populações (e.g., bairros), podem ser uma resposta mais ajustada às necessidades.

Relativamente à participação do companheiro na escolha do método contracetivo, as diferenças encontradas nas respostas dadas pelas mulheres e homens portugueses diferiram das dos/das guineenses. Neste sentido os homens portugueses e os companheiros das mulheres portuguesas referiram “participar na escolha do método contracetivo” ao contrário dos homens guineenses e dos companheiros das mulheres guineenses, que maioritariamente referiram “não participar”. Estes resultados podem indicar a diferença cultural verificada na partilha da tomada de decisão do casal no que concerne ao papel do género e à comunicação

no casal, verificando-se uma maior abertura no casal heterossexual português. No entanto, o planeamento familiar ainda é um “assunto da mulher”, tal como se verificou no IDSR-II (2008) em que 35% das mulheres cabo-verdianas referiram não discutirem o planeamento familiar com o seu companheiro. Os nossos resultados indicam um aumento da comunicação no casal português e uma implicação do homem na contraceção e na parentalidade, o que pode indicar uma diminuição das diferenças dos papéis de género e uma maior capacidade de negociação no casal.

Apesar de não encontrarmos uma associação significativa entre a nacionalidade e a mulher referir que “usaria método contraceptivo mesmo que o seu companheiro não concordasse”, verificámos que os homens portugueses pensam “que a sua companheira usaria um método contraceptivo mesmo se ele não concordasse” comparativamente com os angolanos. De realçar que a percentagem de mulheres que responderam que o fariam é bastante superior à masculina, denotando um aumento da liberdade feminina. A opinião dos homens pode ser tida em conta para a escolha do método contraceptivo e pode influenciar a escolha da mulher, tal como se verificou no IDSR-II (2008, p.70) em que, de entre as razões para o “não uso de contraceptivos” pelas mulheres cabo-verdianas, 1% devem-se ao “marido ser contra”.

Relativamente à opinião sobre a IVG, os resultados indicaram que os portugueses se destacam pela opinião favorável em relação aos brasileiros aos angolanos e aos guineenses. Salienta-se a indiferença dos cabo-verdianos. Uma vez questionados sobre se a “cultura/religião” permite a IVG, os portugueses responderam afirmativamente, assim como os santomenses, comparativamente com os brasileiros e os guineenses, que responderam claramente que “não permite”. Os cabo-verdianos, destacaram-se por “desconhecerem” a posição cultural. Tendo em conta que o questionário foi aplicado, maioritariamente, no segundo semestre de 2012, e analisando os resultados das duas respostas, verificámos que

cinco anos após a legalização da IVG em Portugal ela é assimilada como sendo pessoalmente e culturalmente aceite pelos portugueses, indo ao encontro do que constataram Almeida et al. (2004) ao verificarem já em 1999, apesar da IVG ainda não ser legal, uma dissociação entre a religiosidade e a IVG e uma associação da IVG a um direito feminino de apropriação do seu corpo. Nos nossos resultados também destacamos que os guineenses e os brasileiros são completamente contra e referem que a sua cultura também o é. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015, p.8) em 2013<sup>30</sup>, das 18.281 interrupções da gravidez realizadas em Portugal, cerca de 97% foram IVG, realizadas por 63.9% por mulheres entre os 20-34 anos, maioritariamente (83.9%) por mulheres portuguesas, sem especificar a nacionalidade da mulher imigrante.

De acordo com Singh et al. (2018), a IVG é completamente interdita em Angola, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe; é permitida no Brasil se a vida da mulher estiver em perigo e é realizada em em Cabo Verde e Portugal, sem restrições. Esta informação vai ao encontro das respostas dadas pelos inquiridos dos diferentes países do nosso estudo. O facto dos santomenses referirem que a “cultura/religião” permite a IVG, pode significar um processo de aculturação uma vez que, apesar de virem de um país onde a IVG é proibida, respondem de acordo com a realidade legal portuguesa.

Relativamente à resposta à questão “faria uma IVG mesmo sem ser permitido pela cultura/religião?” os inquiridos responderam que o fariam mesmo sendo proibido pela cultura/religião. O que significa que, tal como refere Policarpo (2014, p.23-24) que o controlo das “instâncias exteriores (...) sobre os comportamentos vai cedendo lugar ao controlo das pulsações e à auto-regulação por parte do próprio indivíduo”, indo ao contrário do que foi

---

<sup>30</sup> O relatório da DGS sobre as interrupções da gravidez relativos ao ano de 2012 não refere a percentagem de IVG nas mulheres não portuguesas que realizaram IVG e o relatório de 2013 não especifica quais as nacionalidades das mulheres não portuguesas.

verificado por Ferreira & Cabral (2010, p.317), uma “relação entre religiosidade e menos níveis de prática de aborto”.

De todos os inquiridos, foram os portugueses (tanto homens e mulheres) que se destacaram por responderem que “fariam/apoiariam a companheira a fazer IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião”. Estes dados podem ser explicados pelos nossos dados relativos ao indicador de religiosidade apontado pelos portugueses (de entre os inquiridos foram aqueles que apresentaram uma menor percentagem no que concerne à questão “revê-se numa religião/filosofia?”) que os motivam a tomarem decisões pessoais de forma independente da religião.

Foram as mulheres santomenses aquelas que referiram em maior número “já terem realizado IVG” comparativamente às portuguesas, que referiram uma menor percentagem. Segundo o relatório DGS de 2016 (último relatório), 64.6% das interrupções da gravidez antes das dez semanas de gestação são voluntárias, sendo que 82.3% das IVG foram das portuguesas e 17.7% das imigrantes [cabo-verdianas (3.85%); brasileiras (2.46%); angolanas (2.11%); guineenses (1.20%) e santomenses (0.90%)] (DGS, 2017, p.11). Hipotetizamos que tal diferença de resultados se deva ao facto da nossa amostra não ser representativa ou que desde 2012 tivesse havido uma diminuição das IVG na população santomense. No mesmo relatório pôde-se constatar que houve uma diminuição de 4.8% entre 2012 e 2013 e que entre 2008 e 2015 houve uma diminuição de 14.4% de IVG (DGS, 2017, p.22). No entanto, de acordo com o mesmo relatório ainda existem algumas dúvidas relativamente à aplicação de taxas e ao acesso população migrante às consulta para IVG e planeamento familiar (DGS, 2017).

As inquiridas que realizaram IVG, e os inquiridos cujas companheiras o fizeram, referiram o hospital como local escolhido para a realização da IVG. De realçar que “casa de alguém que faz” não foi mencionado o que reflete uma mudança da realidade nacional

relativamente a antes 2007, onde os abortos clandestinos eram realizados em condições precárias (Almeida et al.,2004). Em 2013, 68.7% das interrupções da gravidez foram realizadas no SNS (DGS, 2015), não obtivemos os dados relativos ao ano 2012.

Relativamente ao facto de “terem filhos”, os guineenses contrastaram com os portugueses, dado que indicaram em maior número “terem filhos”. Já no que concerne ao número de filhos, o facto dos cabo-verdianos terem menos filhos do que os angolanos e do que os guineenses pode ser explicado por constituírem o grupo de indivíduos mais jovem. Já o facto dos guineenses terem mais filhos dos que os santomenses, portugueses e brasileiros, pode ser explicado pela cultura, uma vez que casam mais cedo (MICS5, 2016). O índice sintético de fecundidade<sup>31</sup> das portuguesas em 2012 era de 1.28 e em 2013 era de 1.21 (PORDATA). Em Angola, a idade mediana do primeiro parto era de 19.5 anos (IIMS 2015-2016, 2017) (entre as mulheres de 25 a 49 anos). A idade mediana do primeiro parto aumenta com o aumento do nível sócio-económico e com o nível de escolaridade (20.5 anos). A taxa de fecundidade em Angola é de 6.2, sendo maior nas zonas rurais (8.2) do que nas urbanas (5.3) (IIMS 2015-2016, 2017). O “número de filhos desejados pelos angolas” é de 4.9 filhos para as mulheres e 5.9 filhos para os homens (IIMS 2015-2016, 2017), constatando-se que um elevado número de filhos faz parte dos valores dos angolanos. No entanto, este número diminui com o aumento da escolaridade e do nível socioeconómico (IIMS 2015-2016, 2017). Já na Guiné-Bissau (MICS5, 2016, p.150) a taxa de fecundidade é de 6.4 nascimentos por mulher, havendo uma discrepância entre as mulheres a viver em meio rural (6.4 nascimentos por mulher) e em meio urbano (3.4 nascimentos por mulher). Na Guiné-Bissau a “fecundidade começa cedo”, iniciando na adolescência, atinge o pico nas mulheres de faixa etária dos 20-24 anos, continuando a subir ligeiramente no grupo etário dos 25-29 anos e

---

<sup>31</sup> “Número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos de idade)” (PORDATA).

depois diminui. Em Cabo Verde o nível de fecundidade da mulher cabo-verdiana é de 2.9 filhos por mulher, havendo uma diferença entre a mulher a viver em meio rural (3.1 filhos por mulher) da mulher em meio urbano (2.7 filhos por mulher) (IDSR-II, 2008). Nas cabo-verdianas verifica-se uma paridade precoce, querendo isto dizer que cerca de 14% das raparigas dos 15-19 anos já têm um filho (IDSR-II, 2008, p.48). O número ideal de filhos dos cabo-verdianas varia de meio urbano para rural. Assim, as mulheres de meio urbano idealizam, em média, 2.4 filhos, contrastando com as do meio rural que idealizam 2.6 filhos. Já os homens de meio urbano idealizam 2.6 filhos contrastando com os do meio rural (2.8 filhos) (IDSR-II, 2008, p.100). A taxa de fecundidade em São Tomé e Príncipe é de 4.4 nascimentos por mulher (4.7 nascimentos por mulher nas zonas rurais e 4.3 nas zonas urbanas) (MICS, 2016, p.149). A taxa de fecundidade atinge o seu pico no grupo etário dos 20-24 anos (MICS, 2016, p.150). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), a taxa de natalidade total em 2012 era de 1.8 filhos por mulher. Os nossos resultados, vão ao encontro destes estudos: Uma maior taxa de natalidade das guineenses e dos angolanos que se mantêm em Portugal.

Os cabo-verdianos destacam-se, comparativamente com os portugueses, por referirem que “as gravidezes não foram planeadas”, muito provavelmente por uma história de planeamento familiar mais recente. Dados corroborados pelo IDSR-II (2008, p.101) que revelaram em Cabo Verde uma elevada percentagem (56%) de nascimentos dos “últimos cinco anos” não desejados “naquela altura ou indesejada”. No entanto, se analisarmos o número de gravidezes planeadas, são os cabo-verdianos que referem um número superior comparativamente com os guineenses e com os portugueses, provavelmente por percecionarem de forma positiva o acesso ao planeamento familiar em Portugal que pode influenciar positivamente a escolha do momento da parentalidade.

Relativamente à “função do preservativo”, apesar da resposta “dupla função: Evitar a gravidez e proteger das IST” ter obtido uma maior percentagem, apenas alcançou um valor de 56%. Estes valores indicam que o trabalho por parte do SNS, das ONG’s e das associações cuja missão é a prevenção do VIH/Sida e de outras IST’s, promoção do planeamento familiar, ações de formação e de informação e os testes de despistagem ainda está longe de estar finalizada. Apesar de todo o trabalho desenvolvido por estas instituições ainda continuam aparecer novos casos de VIH/Sida e de outras ITS’s assim como de gravidezes não desejadas.

Apesar de não termos encontrado associação significativa entre a nacionalidade e “ter usado preservativo alguma vez”, o nosso estudo demonstra que os cabo-verdianos têm uma percepção de utilização do preservativo superior significativa comparativamente aos portugueses. Este dado pode ser lido de várias formas. Pode haver menor responsabilização das mulheres pelo controlo da natalidade na população cabo-verdiana, que se traduziria numa maior percentagem efetiva da utilização do preservativo enquanto método anticoncepcional, ou na maior exposição às campanhas na luta contra o VIH/Sida e outras IST’s que promovem o uso do preservativo. De qualquer das formas todos os grupos indicam percepção de utilização média do preservativo, o que sustenta que utilizam outros métodos contraceptivos ou que não se protegem de IST. Em Cabo Verde, o IDSR-II (2008, p.176) verificou-se que 58% das raparigas e 77% dos rapazes que tiveram relações pré-conjugais, referiram ter usado preservativo. Em Portugal, vários estudos verificaram que o não uso do preservativo está associado à confiança entre os parceiros (Heilborn & Brandão, 1999; Gaspar, et. al.,2006; Vieira, 2012) e o uso associa-se à “primeira vez” ou a “relacionamentos esporádicos” (Vieira, 2012) constatando uma desvalorização do risco das IST’s através da “imunidade da relação séria” (Vieira, 2012, p.233). Ferreira & Cabral (2010, p.192) verificaram que 55.6% dos homens e 63.2% das mulheres portuguesas não usaram o preservativo no último ano. Águas et al. (2016) verificaram que o preservativo masculino é o segundo método

contracetivo mais usado pelas mulheres portuguesas (14.3%), sendo que é mais usado pelas jovens dos 15 aos 29 anos e é usado em complementaridade com a pílula por 24% das jovens desta mesma faixa etária. Estudos futuros podem clarificar o que se associa à percepção do uso do preservativo, especificamente se esta percepção se baseia na utilização como método contraceptivo ou em relação às IST's ou ambos. Sabe-se que em Portugal os adolescentes migrantes reportam menor taxa de utilização do preservativo (de Matos, Gaspar, Simons-Morton, Reis, & Ramiro, 2008), contudo desconhece-se se em migrantes adultos emergentes esta tendência se mantém.

A partir destas constatações poderemos pensar que ainda há um trabalho a realizar no âmbito da educação para a saúde hipoteticamente no que concerne ao combate às crenças erróneas acerca dos riscos pelo não uso do preservativo. No entanto, também constatamos, tal como Vieira (2012) que estes resultados podem ser reveladores que os comportamentos e atitudes relativos ao uso do preservativo não são modificáveis apesar das campanhas de sensibilização. Neste sentido é necessário realizar estudos com o objetivo de perceberem a/s estratégia/s ou os mecanismos mais adequada/s para a mudança comportamental.

**6.4 Comparação dos grupos<sup>32</sup> relativamente à Saúde Sexual.** Os guineenses classificaram o seu de desejo sexual de menor comparativamente com os outros PALOP e com os brasileiros. Também os guineenses classificaram o desejo sexual do(a) seu(sua) companheiro(a) de menor, comparativamente com os cabo-verdianos e os santomenses. Paralelamente, os portugueses classificam o “desejo sexual do(a) companheiro(a)” de menor comparativamente com os cabo-verdianos e com os santomenses. Os resultados dos inquiridos(as) guineenses relativamente à classificação do desejo sexual do(a) próprio(a) e do(a) seu(sua) companheiro(a) pode refletir-se no resultado do número de relações sexuais

---

<sup>32</sup> No ponto 6.4, sempre que falarmos dos inquiridos de uma nacionalidade referimo-nos a “homens e mulheres”.

mensais, que é menor do que o número de relações sexuais dos portugueses. Os guineenses e os angolanos também apresentam um menor número de relações sexuais mensais, comparativamente com os brasileiros, os cabo-verdianos. Não encontramos estudos que relatem a frequência de relações sexuais dos PALOP nem dos brasileiros. Relativamente aos portugueses, Ferreira & Cabral (2010) verificaram que a frequência da atividade sexual dos portugueses é maioritariamente (36.0%) realizada entre 1-5 vezes por semana. Os autores verificaram que a frequência sexual é superior no grupo etário dos 25 e 45 anos, dado haver uma situação conjugal propícia (casado(a) ou coabitante) e verificaram uma relação inversa entre a religiosidade e a maior frequência da atividade sexual. Sabemos que quer os guineenses quer os angolanos praticam circuncisão masculina e os guineenses a feminina. De acordo com certos autores estas práticas realizam-se com o intuito de diminuir a atividade sexual, o que pode explicar os nossos resultados. Estudos futuros podem desenvolver-se no sentido de compreenderem os fatores influenciadores da frequência de relações sexuais nestas culturas.

Relativamente à masturbação ser permitida pela cultura/religião, foram os portugueses que se destacaram, indicando uma maior permissividade, comparativamente com os guineenses e os angolanos, muito possivelmente pelo facto da “masturbação [ser] um tabu e não [ser] discutida em África” (Otaigbe, 2008, p.148) podendo ser uma indicação por parte dos curandeiros para a realização da circuncisão (masculina e feminina) com o objetivo de redução do desejo sexual e de possíveis promiscuidades sexuais (Otaigbe, 2008). Em Portugal, Ferreira & Cabral<sup>33</sup> (2010) verificaram que, nos portugueses, a masturbação é menos praticada pelos indivíduos casados e por aqueles que dão importância à religiosidade.

---

<sup>33</sup> Inquérito nacional “Saúde e Sexualidade” realizado em 2007 pelo Instituto de Ciências Sociais no âmbito do protocolo estabelecido com a Coordenação Nacional para a Infecção do VIH/Sida, aplicado a uma população com idade entre os 18-65 anos e residentes em Portugal continental.

Quanto à prática da masturbação, foram os cabo-verdianos que apresentaram mais níveis de masturbação, comparativamente com os guineenses. No que concerne à frequência da masturbação. Os dados são semelhantes com os da frequência sexual pois são os angolanos que reportam menor frequência de atividade e masturbação comparativamente aos cabo-verdianos. Contudo os grupos não diferem na intensidade de desejo sexual sentido. Ou seja, apesar de terem níveis semelhantes de desejo há diferenças na concretização da actividade sexual. Não encontramos suporte na literatura para explicar estas diferenças, no entanto sabe-se que a masturbação e a frequência das relações sexuais são influenciadas por múltiplos factores tais como as crenças sexuais, a estrutura e satisfação relacional, o número de filhos, a duração da relação, a divisão das tarefas domésticas entre outros (Johnson, Galambos, & Anderson, 2016; Kirschbaum & Peterson, 2018; Pascoal, Alvarez, Pereira, & Nobre, 2017; Regnerus, Price, & Gordon, 2017; Schlagintweit, Bailey, & Rosen, 2016; Schröder & Schmiedeberg, 2015)

Já relativamente à “satisfação proporcionada pela vida sexual” verificámos que os guineenses apresentam valores significativamente mais baixos que os santomenses, sendo que todos os respondentes se enquadram na satisfação média/grande o que situa próximo dos resultados portugueses encontrados em amostras não clínicas (Pascoal, Narciso, Pereira, & Ferreira, 2013). Esta tendência reflecte-se também nos resultados encontrados acerca do desejo sexual do próprio e da percepção de desejo do(a) parceiro(a), uma vez que os guineenses apresentaram valores inferiores de desejo sexual e também, em conjunto com os portugueses, perceberam o desejo dos(as) parceiros(as) como inferior.

Neto & Pinto (2015) verificaram que a satisfação sexual estava relacionada com o bem estar subjetivo. No entanto, não encontramos estudos nem sobre o bem estar subjetivo nem com a satisfação sexual nos países dos guineenses e dos santomenses. Apenas sabemos que na Guiné-Bissau existem práticas de circuncisão masculina e feminina que podem diminuir a

satisfação sexual do homem e da mulher. Tal como Neto & Pinto (2015), verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à satisfação sexual dos angolanos e dos portugueses.

A análise de história de disfunção sexual baseou-se na classificação das disfunções sexuais que vigorava na altura da elaboração do protocolo (DSM-IV-TR) e que segue classificações distintas para homens e mulheres pelo que as análises feitas são distintas para cada género. Os valores globais de homens e mulheres indicam que em todos os grupos há frequência baixa de história de disfunções sexuais. Este resultado pode ser explicado pelo facto de amostra ser jovem e maioritariamente saudável.

Da história de dificuldades sexuais femininas, apenas encontrámos diferença significativa no que concerna à “dor associada à relação sexual” onde verificámos que as cabo-verdianas apresentam maior história de dor associada à relação sexual do que as portuguesas. A resposta fornecida pelas cabo-verdianas leva-nos a formular várias hipóteses explicativas: pode estar associada à elevada frequência de relações sexuais mensais numa população mais jovem, que por isso pode ter menor conhecimento do corpo, dando menos importância a preliminares e obter relações sexuais dolorosas. Ou por constituir uma população mais jovem, pode ter as relações sexuais num contexto/ambiente menos íntimo, e por isso, causador de stress e ansiedade. Podemos ainda colocar a hipótese de haver um maior número de infeções sexualmente transmissíveis, causadoras de dor associada à relação sexual ou ainda se tratar de uma população com elevadas crenças sexuais, que podem influenciar negativamente as disfunções sexuais (Pascoal, Rosa, Silva & Nobre, 2018; Nobre & Pinto-Gouveia, 2006). Relativamente às portuguesas, Ferreira & Cabral (2010, p.222) verificaram que 19.6% das mulheres “sentiram dor durante a relação sexual nos últimos 6 meses”. O EPISEX-PT feminino (Vendeira, Pereira & Tomada, 2011) revelou uma prevalência de 34.1% de problema de desconforto/dor na relação sexual associado às mulheres portuguesas

mais jovens, casadas e com maior nível de escolaridade com níveis maiores de depressão, ansiedade e alergias e orientação heterossexual. Não encontramos estudos relativos à disfunção sexual feminina em mulheres cabo-verdianas, mas verificámos, tal como no EPISEX-PT, são as mais jovens que têm maior prevalência de dor.

Tal como nas mulheres, não encontramos uma associação significativa entre a nacionalidade e o homem “ter tido dificuldade sexual”. Os homens guineenses são também de todos os grupos estudados os que apresentam maior perceção de história prévia falta de desejo ainda que os valores apresentados sejam baixos e pouco se distingam dos valores dos restantes grupo. Seria interessante perceber se, caso estejam maioritariamente envolvidos em relações com mulheres guineenses, os níveis de desejo destes homens estão associados aos níveis altos de prática de circuncisão feminina e mesmo masculina neste grupo. O EPISEX-PT masculino (Vendeira et al, 2011) revelou que a disfunção com maior prevalência nos homens portugueses era o desejo sexual (15.5%), seguido de problemas de ereção (12.9%) e de problemas de ejaculação (11.6%). No EPISEX-PT masculino (Vendeira et al, 2011), os homens com problemas de desejo sexual tinham uma média de idades de 55.4 anos (mais velhos do que os da nossa amostra), sofriam de hipercolesterolemia e de ansiedade. Os indivíduos com problemas do desejo sexual tinham menor número de relações sexuais (Vendeira et al, 2011). Não encontramos estudos sobre as disfunções/problemas sexuais dos homens guineenses. No entanto, podemos supor que a prática de circuncisão feminina possa influenciar o desejo sexual dos homens guineenses, dado que a relação sexual pode ser dolorosa para a sua companheira. Verificámos no relatório dos estudo realizado em Portugal (FCSH- UNL, 2015) relativo a essa prática que os homens não desejam que as suas filhas sejam circuncisadas e existem rapazes que desejam que as suas futuras companheiras não sejam circuncisadas pelos danos que podem causar, também ao nível da satisfação sexual.

Estudos futuros sobre a influência da circuncisão feminina podem avaliar a satisfação sexual do casal.

Os angolanos em comparação com os portugueses, com os guineenses e os brasileiros, e os santomenses, em comparação com os portugueses foram os indivíduos aqueles que apresentaram uma história mais importante de “não ejaculem ou ejaculem mais tarde do que o que gostariam”. Ferreira & Cabral (2010, p.225) verificaram que 9.1% dos portugueses “não ejacula ou demora muito para conseguir ejacular”. No EPISEX-PT masculino (Vendeira et al, 2011), 11.6% dos homens portugueses referiram sofrer de “problemas da ejaculação”. Os indivíduos com este problema eram maioritariamente viúvos, tinham um nível menor escolaridade, sofriam de hipercolesterolemia, ansiedade, depressão, diabetes, dores ósseas/articulares e sofriam de stress (Vendeira et al, 2011). No nosso trabalho não avaliámos as patologias que os indivíduos indicaram, no entanto, a amostra é jovem e saudável, o que nos leva a pensar que as patologias por eles enunciadas não constituem fatores que influenciam negativamente a saúde sexual. No entanto, a ansiedade (que muitas vezes é relacionada com a inexperiência sexual) e o stress desta população jovem pela precariedade que vivem, podem influenciar a sua saúde sexual e traduzir-se em problemas sexuais. Não encontramos estudos relacionados com as disfunções sexuais na população africana.

Relativamente às atitudes face ao corpo, verificámos que portugueses e brasileiros gostam menos do seu corpo do que a maioria dos PALOP. Estes dados vão ao encontro da cultura do corpo nestes dois países. Vieira (2012, p.174) verificou que os jovens portugueses tinham um discurso pensando o corpo “como um domínio construído no sentido de o tornar num objeto “aceitável” aos olhos dos “outros” e, por isso, um corpo “relacional” (Vieira, 2012, p.175) que “que se deixa ajustar e apropriar pelas tendências globais da sociedade.” (Vieira, 2012, p.175). Paralelamente, Berger (2010, p.69) constatou que o “culto ao corpo” no Brasil, realizado especialmente pelas mulheres economicamente favorecidas, começou na

década de 90; reflexo da “modernidade” e com o intuito de constituir meio de “interação social”, obtenção de “status”, “inserção no mercado de trabalho” e “valorização” pessoal. Paralelamente, Paixão & Lopes (2014) verificaram, também no Brasil, que as estudantes universitárias recorrem cada vez mais à cirurgia plástica para alcançarem um corpo socialmente ideal.

Foram os portugueses que mais referiram que mudariam algo no seu corpo comparativamente aos guineenses. Indo ao encontro das conclusões de Vieira (2012, p.203) em que “o corpo é instrumentalizado por uma ideologia de consumo que destaca a ideia da juventude e magreza.”(Vieira, 2012, p.230) refletindo-se “no recurso às cirurgias estéticas. (...) Ou seja, é um corpo objecto de atenções e investimentos quotidianos, pensado como matéria-prima, manipulável e manipulado.” (Vieira, 2012, p.231)

**6.5 Comparação dos grupos relativamente às relações amorosas/íntimas.** Os cabo-verdianos destacaram-se dos brasileiros, portugueses, guineenses, santomenses e angolanos por terem companheiros mais novos do que os dos outros grupos. Pensámos que tal diferença se deva ao facto de ser também o grupo de inquiridos com idades significativamente mais nova. De salientar que na Guiné-Bissau, 47% das mulheres do 20-24 anos têm um companheiro, pelo menos, 10 anos mais velho (MICS5, 2016, p.232) e em São Tomé e Príncipe 17% das mulheres do 20-24 anos têm um companheiro, pelo menos, 10 anos mais velho (MICS, 2016, p.221).

O facto de termos encontrado um maior número de portugueses e de brasileiros que vivem com o seu companheiro, relativamente com os guineenses e com os santomenses pode ser explicado pelo rendimento mensal dos primeiros (maior percentagem de indivíduos com salário acima dos 1000€/mensal) e de terem maior proporção de indivíduos casados.

Como era de esperar, existe um maior número de portugueses cujo companheiro é da mesma nacionalidade do que brasileiro, dado que os portugueses estão no seu país de origem.

Segundo Pacheco (2000), a miscigenação, apesar de ser um fenómeno conhecido em nas nacionalidades santomense, cabo-verdiana, angolana e brasileira, começou a aumentar significativamente nos portugueses através do matrimónio a partir da década de noventa. Em 2012, em Portugal, de um total de 34.423 casamentos, 85.4% foram realizados entre portugueses e 12.2% entre um cônjuge português e um estrangeiro (Oliveira & Gomes, 2016).

No século XVI, a Igreja Católica, durante o Concílio de Trento, estipulou o casamento como sacramento e como tal as relações pré-conjugais, eram proibidas (Crawford, 2007; Pacheco, 2000). A “virgindade feminina” constituía um valor fundamental na Igreja Católica (Pacheco, 2000). Apesar da nossa amostra ser maioritariamente de confissão Cristã, nem todos seguem os ensinamentos da Igreja. Os resultados permitiram-nos verificar que foram os cabo-verdianos que se destacaram referindo que “ a cultura/religião permite relações sexuais antes do casamento”, comparativamente com os guineenses. No entanto, analisando a resposta “não permite”, verificámos que aos guineenses, juntaram-se os angolanos e os brasileiros, contrapondo-se com os portugueses. Estes resultados vêm ao encontro de Pacheco (2000) ao referir que a maioria da população assume a experiência sexual pré-conjugal como algo de normal, à exceção de algum grupo mais conservador que defende o valor da virgindade. Esta mudança é reflexo da mudança das “encenações culturais e [d]os *scripts* interpessoais na sexualidade préconjugal [na sociedade ocidental (...)] ao longo das últimas três décadas” (Quartilho, 2003, p.154, cit Gagnon, 1990). O IDSR-II (2008, p.176) verificou que em Cabo Verde, mais de 50% dos jovens cabo-verdianos tiveram relações pré-maritais (46% de raparigas e 63% de rapazes). Em Angola, dos jovens do 15-24 anos referiram ter tido relações sexuais antes do casamento (mulheres 64% e homens 73%). Esta tendência aumenta nas raparigas das zonas rurais e com menos escolaridade e nos rapazes com mais estudos e das

zonas urbanas (IIMS 2015 – 2016, 2017). Em Portugal, Almeida et al<sup>34</sup> (2004) verificaram em 1999 que a maioria das mulheres portuguesas tiveram a primeira relação sexual num quadro de namoro, e por isso, antes do casamento. A dissociação entre a sexualidade o casamento verificou-se no grupo das mulheres mais novas e com mais estudos (Almeida et al., 2004). Vieira (2012), num estudo qualitativo realizado no Porto (jovens 17-25 anos com escolaridade até ao 9º anos) verificou que a sexualidade juvenil adquire uma legitimidade social, apesar de ainda haver uma lógica positiva associado à virgindade feminina (“valor moral”) e uma lógica negativa associado à virgindade masculina (“castração”). Vieira (2012, p.227) constatou que “A noção de que se deve esperar pelo casamento para ter relações sexuais/coitais surge completamente ultrapassada, sendo realçada a importância do relacionamento sexual para a continuidade dos relacionamentos amorosos”. Águas et al. (2016, p.187) ao analisarem a atividade sexual por faixa etária, verificaram 28.8% das raparigas portuguesas com idades entre os 15-19 anos são sexualmente ativas, 85% entre 20 e os 29 anos, 94.0% (entre 30-39 anos) e 91.7% dos 40-49 anos. A constatação de que a idade da primeira relação sexual é cada vez mais precoce, e por isso aumenta os riscos de contração de IST’s e de gravidezes desejadas, demonstra a necessidade de consultas de planeamento familiar adaptadas aos jovens para minimizar os riscos.

Foram os cabo-verdianos que referiram, proporcionalmente terem tido mais relações sexuais antes do casamento. Os nossos resultados são corroborados pelo IDSR-II (2008, p.83) que demonstrou que em Cabo Verde a mediana da “primeira união<sup>35</sup>” é de 25.7 anos, e que 50% dos homens e das mulheres têm a primeira relação antes dos 18 anos (IDSR-II, 2008, 83), verifica-se que o sexo antes do matrimónio é permitido. A mesma tendência verificada nos angolanos, está presente nos cabo-verdianos: As raparigas mais instruídas e do meio

---

<sup>34</sup> Estudo de metodologia qualitativa realizado em Portugal em 1999, entrevistando 145 mulheres em idade fértil.

<sup>35</sup> Casamento ou união de facto.

urbano têm a primeira relação mais tarde comparativamente com as do meio rural, ao contrário, os rapazes mais instruídos e provenientes do meio urbano têm a primeira relação sexual mais cedo. Tais resultados podem ser indicadores da importância de adaptar as respostas em saúde sexual em função do género e dos meios em que está inserido.

A monogamia<sup>36</sup> “tal como a conhecemos legalmente na nossa cultura, está longe de ser universal” (Santos, 2002, p.151). Os nossos dados demonstraram, através de diferenças estatisticamente significativas que a poligamia<sup>37</sup> é aceite “pela cultura/religião” entre os guineenses<sup>38</sup>, comparativamente com os brasileiros, os portugueses e os cabo-verdianos. No que concerne à resposta “não é aceite pela cultura/religião”, encontramos diferenças significativas entre os portugueses, angolanos e brasileiros comparativamente com os guineenses, os santomens e os cabo-verdianos. Os cabo-verdianos foram de entre o grupo dos inquiridos aqueles que demonstraram “desconhecer” se a “a poligamia é aceite pela cultura/religião”, o que pode significar que é um comportamento que existe entre os indivíduos dessa nacionalidade. Segundo IIMS 2015-2016 (2017, p.53) a poligamia constitui um sistema familiar existente em Angola, com predominância nos indivíduos mais velhos, a viver em zonas rurais e com níveis socio-económicos mais baixos. Em Angola, 22% das mulheres declararam viver em união poligâmica e 8% dos homens declararam ter duas esposas ou mais (IIMS 2015-2016, 2017). Na Guiné-Bissau (MICS5, 2016, p.228), dos indivíduos com idades entre os 15-49 anos, casadas ou em união, 44% das mulheres e 26% dos homens estão numa relação polígama. Em São Tomé e Príncipe (MICS, 2016, p.217) dos indivíduos com idades entre os 15-49 anos, casadas ou em união, 22% das mulheres e 13% dos homens estão numa relação polígama. Apesar de termos encontrado dados referentes a

---

<sup>36</sup> “Do grego *mono* “único” *gamia* “união, matrimónio” (Santos, 2002, p.151).

<sup>37</sup> Subdivide-se em duas práticas distintas: A poliginia (do grego *poli* “várias” + *gino* “mulher”) e a poliandria (do grego *poli* “vários” + *andro* “homem”) (Santos, 2002, p.151).

<sup>38</sup> Quando nos referimos a “poligamia”, estamos a discutir “poliginia”.

esta prática em Angola, na Guiné-Bissau e em São Tomé e Príncipe, apenas os guineenses a assumiram como sendo permitida pela cultura. Estes dados podem ser sugerir um processo de aculturação dos angolanos e dos santomenses.

No nosso trabalho verificámos que ainda existem culturas onde a livre escolha do cônjuge não é uma realidade. Os angolanos, os cabo-verdianos e os santomenses destacaram-se por referirem que “cultura/religião não permite a escolha do cônjuge”. Dados que vão ao encontro do IIMS 2015-2016 (2017, p.53) onde verificaram que 30% das mulheres e 8% dos homens casam antes dos 18 anos e 47% das mulheres e 21% dos homens casam ou têm uma vida conjugal antes dos 18 anos. Apesar de encontrarmos dados que Guiné-Bissau, 37% das mulheres e 4% dos homens de 20-49 anos casaram-se antes dos 18 anos (MICS5, 2016, p.228-229) e por isso, sem possibilidade de escolha do cônjuge, a nossas respostas foram diferentes, os guineenses do nosso estudo destacaram-se por terem respondido que a cultura permite a escolha do cônjuge. Este resultados podem ser justificados num processo de aculturação. No entanto, foram os portugueses aqueles que revelaram maior número de indivíduos que escolherem “o seu companheiro/cônjuge”. Os nossos resultados levam-nos a hipotizar que haverá ainda uma influência cultural nos indivíduos angolanos, cabo-verdianos e santomenses. Este assunto é de extrema importância dado que, ainda nos tempos que correm existem casamentos forçados e com raparigas menores, o que significa um desrespeito dos Direitos Humanos.

No que concerne à classificação da disponibilidade em falar com o seu companheiro sobre aspetos da vida sexual, verificámos que os guineenses demonstraram menor capacidade relativamente aos santomenses, aos brasileiros, aos angolanos e aos portugueses. Não encontramos estudos que justifiquem tal diferença, no entanto, podemos supor que a cultura guineense ainda é bastante conservadora, e isto através da constatação da continuidade de práticas como a circuncisão feminina (FCSH- UNL, 2015), casamento de pessoas menores de

idade (MICS5, 2016). De realçar que a comunicação de aspectos sobre a sexualidade ainda constitui assunto “tabu” na nossa amostra, dado que a resposta “capacidade “muito grande” não foi referida por participantes de nenhuma das nacionalidades.

**6.6 Comparação dos grupos relativamente às normas sociais e individuais ligadas à vivência da sexualidade.** Relativamente à resposta à pergunta “existe alguma situação em que não pode ter relações sexuais?”, Os PALOP destacaram-se dos portugueses e dos brasileiros por responderem afirmativamente. Desde o século XV que a Igreja se interessou pela regulação do sexo dentro do casamento através da confissão (Crawford, 2007; Pacheco, 2000). No início do século XVIII o sexo era proibido em determinadas datas religiosas como durante a Quaresma, o Pentecostes ou o Advento e durante alguns dias da semana (quarta-feira, sexta-feira e sábado) ou durante a gravidez, a menstruação e o pós-parto (Crawford, 2007). Apesar de Portugal ser um país de tradição Católica, verificamos um distanciamento entre os ensinamentos Igreja e a resposta dos portugueses, que pode ser explicada pela fraca identificação pela “religião”. A resposta dos brasileiros pode ser explicada pela aculturação ou mesmo pelo distanciamento pelas normas da Igreja. Uma vez questionados, qual ou quais os motivos que impedem as relações sexuais, apesar de haver unanimidade relativamente à situação mais apontada para “não ter relações sexuais”, as outras variam de acordo com a nacionalidade. Tendo em conta que os valores apontados são pequenos, temos de destacar que os guineenses se revelaram, de entre os inquiridos, aqueles que não têm relações sexuais devido a “época religiosa” e a “gravidez” pode também constituir impedimento para atividade sexual. Em estudos futuros seria importante saber os contextos: “Qual época religiosa” e se a “gravidez” é de risco, caso contrário, poderíamos estar perante a crença de que a gravidez é incompatível com o sexo. O IDSR-II (2008, p. 89) revelou, que em Cabo Verde, um dos motivos para não ter relações sexuais é o “pós-parto”. No entanto, em Cabo Verde “culturalmente, a retoma da atividade sexual após o parto é relativamente precoce, embora

não inferior a 7 dias” (IDSR-II, 2008, p.89-90). Não encontramos mais estudos que referem a regulação do sexo nos outros países. Os nossos dados são importantes na medida em que tornam evidentes a necessidade de incluir nas consultas de puerpério a abordagem acerca da sexualidade, questionando e respeitando a especificidade cultural.

Os resultados indicaram que os guineenses e os portugueses se destacaram dos brasileiros e dos cabo-verdianos por “saberem o que é a circuncisão feminina. A circuncisão feminina<sup>39</sup>, mutilação genital feminina (MGF) ou corte dos genitais (CGF), é uma prática com elevado “impacto ao nível da saúde física e mental das crianças, jovens e mulheres, mas também ao nível dos direitos e saúde sexual e reprodutiva as consequências são nefastas” (FCSH- UNL, 2015, p.22). Se bem que é realizada mais frequentemente por indivíduos de profissia islâmica, a fundamentação religiosa é fraca comparativamente com a fundamentação cultural não ligada à religião (FCSH- UNL, 2015). A circuncisão feminina caracteriza-se como um “corte, uma mutilação, uma ação intencional, com base nos valores patriarcais cujo principal objectivo é a opressão e submissão das mulheres.” (FCSH- UNL, 2015, p.29) Assim, “o prazer sexual masculino e a honra da família são valorizados em detrimento da saúde, liberdade e autonomia sexual das mulheres” (FCSH- UNL, 2015, p.29). De acordo com a United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR, 2014], em 2013 a prevalência global de circuncisão feminina na Guiné-Bissau era de cerca de 50%. De acordo com o MICS5 (2016, p.233) na Guiné-Bissau, 45% das mulheres declararam ter sido sujeitas a um tipo de circuncisão feminina, aumentando em meio rural (50%) relativamente ao meio urbano (40%) e diminuindo em mulheres com mais instrução (25%) comparativamente com 62% nas mulheres sem instrução formal. Segundo o FCSH- UNL (2015) a Guiné-Bissau

---

<sup>39</sup> Segundo o relatório realizado pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas [FCSH] da Universidade Nova de Lisboa [UNL] (2015), a prática pode adotar vários termos dependendo dos países onde é praticada. Adotámos o termo “circuncisão feminina” dado que a “designação MGF (...) pode limitar e fragilizar o estabelecimento de uma relação empática e de confiança com as mulheres e comunidades” (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2015, p.3).

representa 90% das mulheres imigrantes em idade fértil, sujeitas a circuncisão feminina e que vivem em Portugal. A prevalência desta prática em Portugal nas mulheres provenientes da Guiné-Bissau é maior, quanto mais velha for a mulher (FCSH- UNL, 2015). Os distritos de Lisboa e Setúbal são os distritos onde se verificam maior prevalência das mulheres provenientes dos países onde se pratica a MGF. Os nossos dados revelam que o facto desta temática ser mais conhecida por guineenses e portugueses deve-se provavelmente ao facto de ser praticada pelos primeiros e à difusão nos meios de comunicação social, no caso dos portugueses. Esta é uma área importante porque além de constituir interesse de Saúde Pública, e de constituir matéria dos Direitos Humanos, ainda é pouco conhecida pelo que é necessário aumentar a formação dos profissionais de saúde e a informação nas populações de risco. Importa por isso conhecer os canais de informação com o intuito de realização de programas de intervenção nas comunidades.

O facto dos guineenses indicarem os “colegas/amigos” como primeira fonte de informação relativa à “circuncisão feminina” pode justificar-se desta constituir rito de alguns grupos étnicos da comunidade guineense. Os nossos resultados vão ao encontro dos do relatório da FCSH- UNL (2015) onde se verifica uma transmissão de valores de geração para geração, o que revela que a primeira fonte de informação são as pessoas próximas. Mais, nesse mesmo relatório (2015) as entrevistadas revelaram pouco conhecimento das campanhas de sensibilização efetuadas através de associações e dos media (TV) e “pouca atenção” prestada às campanhas realizadas nos locais de saúde (nos Hospitais e nos Centros de Saúde), bem como baixa eficácia das campanhas realizadas nos Hospitais e nos Centros de Saúde (FCSH- UNL, 2015). Tendo em conta os nossos dados e as conclusões do FCSH- UNL (2015) sublinhamos a importância da realização de campanhas de sensibilização junto das comunidades a fim de as dissuadir, informando-as dos riscos; de ações de formação junto dos profissionais que estarão mais expostos a esta comunidade, para que possam ser atores na

sinalização dos casos de MGF e acima de tudo para que sejam atores na prevenção desta prática nas crianças nascidas em Portugal ou que ainda não são circuncisadas e de projetos de investigação para aumentar o conhecimento do comportamento das comunidades de risco e as tendências desta prática nas mesmas comunidades.

Os guineenses destacaram-se dos brasileiros e dos portugueses por referirem que a “sua cultura defende a circuncisão feminina”. De acordo com FCSH- UNL (2015, p.102) a circuncisão feminina é apontada como uma “questão cultural”. Os dados do nosso estudo podem ser explicados pelo facto da circuncisão feminina ainda constituir um importante ritual para a passagem para a vida adulta das jovens do sexo feminino (Kimmel, 2004) na cultura guineense e como tal, definidor de “quem é e quem não é membro de uma comunidade.” (Moreira, 1996, p.20). De acordo com Martingo (2009, p.134) esta prática “(...) enquanto rito de iniciação, integra o conjunto de crenças e saberes que são transmitidos de geração em geração, contribuindo assim, para uma preservação dos valores e tradições que são a pertença a um grupo/comunidade.”. Segundo o FCSH- UNL (2015, p.101) existe um poder exercido pelas pessoas mais velhas da família (avós, tias, irmãs mais velhas) e a transmissão dos valores é feita dos “anciãos aos homens mais jovens [e das] anciãs às mulheres mais jovens”. De acordo com o mesmo relatório (2015, p.76), na análise qualitativa realizada às mulheres, salientam-se a “tradição religiosa” ou a “pressão social” como motivos que sustentam a prática de circuncisão feminina. Já os homens, além da componente “religiosa”, enaltecem o aspeto da aprendizagem dos papéis de género, nomeadamente relacionados com o casamento. Os motivos enunciados pelos homens são “religiosos, económicos e culturais” (FCSH- UNL, 2015, p.101). Os motivos enunciados pelos entrevistados (homens e mulheres) são “a relação da circuncisão feminina e a religião Islâmica (...) as dinâmicas sociais e culturais (...) e o aproveitamento financeiro das fanatecas (...)” (FCSH- UNL, 2015, p.102). No entanto, o mesmo estudo revelou que a imigração (neste caso para Portugal) e a escolarização,

contribuem para a diminuição da prática. Um dos motivos é o “conhecimento do corpo” realizado na escola. Esta mudança de comportamento é reveladora de que os programas de educação e de prevenção são úteis e eficazes, devendo ser apoiados, politicamente e economicamente, dado que se refletem em ganhos de saúde. De acordo com FCSH- UNL (2015, p.105). “segundo os entrevistados, o maior nível de integração na sociedade de acolhimento e os processos de aculturação (...) dos migrantes oriundos deste país, pode explicar a redução desta prática”. Apesar desta diminuição da prática, é necessário continuar com a sensibilização através da desmistificação de “valores e crenças tradicionais” (FCSH- UNL, 2015, p.106). Os enfermeiros, em particular, por constituírem profissionais de saúde de proximidade que acompanham os indivíduos, as pessoas e as comunidades durante todo o ciclo vital, e os outros profissionais de saúde, em geral, são elementos fundamentais para a prevenção da MGF e promoção da saúde sexual.

Como era de esperar, no nosso estudo, foram as mulheres guineenses que se destacaram por terem referido ter sido “alvo de circuncisão feminina”. No relatório (FCSH- UNL, 2015, p.75), 20% das mulheres guineenses entrevistadas assumem terem sido submetidas à MGF/C. Apesar da MGF ser condenada em Portugal pelo Artigo 144º do Código Penal (Lei nº 83/2015, de 5 de Agosto) e na Guiné-Bissau também é punida, os nossos dados corroboram que esta prática continua a ser realizada, apesar de não ser possível identificar se foi praticada antes ou depois da migração para Portugal. Segundo o relatório realizado pela FCSH- UNL (2015), em 2015 foram registados na Plataforma de Dados da Saúde 43 casos de MGF, em mulheres com uma mediana de idade de 29 anos, dos quais 24 casos eram de mulheres provenientes da Guiné-Bissau (FCSH- UNL, 2015, p.126-127). O mesmo estudo revelou que a circuncisão feminina é praticada em Portugal de forma clandestina (FCSH- UNL, 2015). Os nossos dados alertam para o facto da circuncisão

feminina ainda constituir prática que atenta à saúde feminina e, por isso, ainda ter de constituir assunto de interesse no âmbito da saúde pública nacional.

No que concerne ao conhecimento de alguém que tenha sido submetida a circuncisão feminina, os resultados do nosso estudo e na linha do discutido previamente, foram os guineenses que indicaram uma maior proporção de “conhecem alguém alvo de circuncisão feminina” comparativamente com os brasileiros, os cabo-verdianos e os portugueses. No relatório (FCSH- UNL, 2015, p.76) 40% das mulheres inquiridas afirmam “a existência de mulheres ou meninas na família que tenham sido submetidas à prática de MGF”, revelando, segundo os autores “que a prática é pouco assumida”. Por outro lado, apenas 18.2% dos homens referem “a existência de mulheres ou meninas na família que tenham sido submetidas à prática de MGF” (FCSH- UNL, 2015, p.78).

Os resultados indicaram que os angolanos, os guineenses e os portugueses se destacaram dos brasileiros e dos cabo-verdianos por “saberem o que é a circuncisão masculina”. O conhecimento por estes grupos pode ser explicado provavelmente por esta prática ser realizada em Angola (IIMS 2015-2016, 2017), e na Guiné-Bissau e pelos portugueses terem acesso a mais informação dado que sendo um país de acolhimento, esta prática também é realizada em Portugal. Relativamente à forma como obtiveram informação da circuncisão masculina, apesar da “TV” desempenhar um importante papel no acesso à informação dos inquiridos, salientamos que, no caso, dos guineenses e os angolanos o panorama difere. Assim, o facto da circuncisão masculina constituir um rito cultural, estes indivíduos acedem à informação através dos “familiares/amigos”.

Vários estudos (IIMS 2015 – 2016, 2017; MICS, 2016; MICS5, 2016; FCSH- UNL, 2015; Kimmel, 2004) referem que a circuncisão masculina exerce uma ação protetora do VIH/Sida e de outras IST, sendo adotada como medida preventiva do VIH em países onde existe prevalência alta de VIH entre a população heterossexual e onde a circuncisão não é

muito comum (MICS, 2016; MICS5, 2016). No entanto este discurso médico positivo relativamente à circuncisão masculina, não é aceite por todos. Bell (2005) e Abu-Sahlieh (2003) defendem que a circuncisão masculina, tal como a feminina, também provoca danos na saúde sexual masculina tais como a diminuição do prazer sexual, a diminuição de lubrificação, a possibilidade de dor durante o ato sexual e a penetração mais violenta no intuito de procura de prazer (Cunha, 2013). Paralelamente, Abu-Sahlieh (2003) chama a atenção para o desequilíbrio da visibilidade entre circuncisão feminina e a circuncisão masculina, querendo dizer que a realidade masculina ainda é pouco conhecida. As respostas dos nossos inquiridos chamam a atenção para a necessidade do aumento do conhecimento também no contexto masculina.

Foram os angolanos e os guineenses quem, proporcionalmente responderam com maior frequência positivamente que “cultura defender a circuncisão masculina” comparativamente com os brasileiros, os cabo-verdianos e os portugueses. Como verificámos anteriormente, a circuncisão masculina constitui um rito de passagem para a vida adulta reforçando a masculinidade (Kimmel, 2004) onde “ a pessoa aprende, avalia e desenvolve comportamentos congruentes com os valores culturais legitimados pela cultura de referência.” (Abreu 2009, p.11, cit. Meleis et al, 2000). Segundo o IIMS 2015-2016 (2017) em Angola a circuncisão masculina é uma prática quase universal, não variando de acordo com a zona demográfica, o estatuto socio-económico e a religião. Trata-se de uma prática de bases culturais que marca a entrada na vida adulta. A justificação religiosa surge nas três religiões monoteístas<sup>40</sup> como meio de diminuir a satisfação sexual do homem; no entanto, hoje em dia, ela é praticada por indivíduos de crenças Judaica e Muçulmana. Abu-Sahlieh (2003) em diferentes participações públicas acusa os órgãos internacionais de se preocuparem com a

---

<sup>40</sup> Cristianismo, o Judaísmo e o Islamismo.

aplicação dos Direitos Humanos protegendo as mulheres e crianças, mas de esquecerem a proteção dos homens e dos rapazes, no que concerne à circuncisão masculina. De acordo com o MICS5 (2016), a circuncisão masculina pode ser feita em qualquer idade e é realizada por motivos religiosos, culturais ou clínicos (redução da infeção do VIH).

Apesar de também ser realizada em São-Tomé e Príncipe [3.2% dos homens com idades dos 15-49 anos declararam terem sido circuncisados (MICS, 2016, p.232)], no nosso estudo foram os angolanos e os guineenses quem se destacaram referindo “terem sido alvo de circuncisão masculina” comparativamente com os brasileiros, os cabo-verdianos, os portugueses e os santomenses. Segundo o IIMS 2015 – 2016 (2017), em Angola, 96% dos homens dos 15-49 anos são circuncisados (IIMS 2015-2016, 2017). 40% das circuncisões foram feitas por um “praticante tradicional”, 42% por um “familiar ou amigo” e 42% por um “profissional de saúde” (IIMS 2015 – 2016, 2017 p.222). Quando realizadas em regiões rurais, são feitas na ausência de condições seguras do ponto de vista de saúde, (IIMS 2015 – 2016, 2017). Na Guiné-Bissau (MICS5, 2016, p.279) a circuncisão masculina é praticada por todos os grupos étnicos e não existe nenhum programa nacional relativamente à circuncisão. A grande maioria (80%) dos homens com idades entre os 15-49 anos é circuncisado, sendo a percentagem superior em meio urbano (88%) comparativamente com o meio rural (72%) (MICS5, 2016, p.281). Mais de metade das circuncisões (60%) foram feitas por “curandeiros/familiares/amigos” comparativamente a 33% que foram realizados por profissionais de saúde. No que concerne ao contexto, 65% associaram-se a um ritual, 28% foram feitas num estabelecimento de saúde e 2% em casa de um profissional de saúde (MICS5, 2016, p.281). Importa estudar as condições e o contexto onde a circuncisão é realizada. Ao confrontar os nossos dados e os dos estudos encontrados questionamo-nos se esta prática estará associada à identidade masculina adotada por pessoas provenientes destes países.

Face ao exposto anteriormente os nossos dados relativamente ao tópico “conhecer alguém alvo de circuncisão masculina” revelaram que foram também os angolanos e os guineenses que referem em maior número, comparativamente com os brasileiros, os cabo-verdianos e os portugueses, “conhecer alguém alvo de circuncisão masculina”, dado que, como já anteriormente referimos, é uma prática destes países.

O facto de não termos verificado uma diferença significativa entre os indivíduos das diferentes nacionalidades relativamente à importância atribuída à sexualidade, assim como à vida sexual, leva-nos a questionar se a sexualidade tem mais semelhanças do que diferenças entre diversos grupos culturais, tal como referido noutros estudos (Cardoso, 2007; Johansson, 2007).

**6.7 Identificação correta das limitações do estudo.** Apesar do esforço para minimizar as limitações no presente trabalho, eles existem. Começando pelo instrumento de investigação, este não está isento de crítica. Apresentamos de seguida um conjunto de limitações do questionário que acabaram por diminuir as análises possíveis e conhecimento daí decorrente. O questionário não foi submetido a análise de profissionais, nem a estudos de validade e fiabilidade pelo que estas não podem ser garantidas. Durante a aplicação do questionário, apercebemo-nos que o seu tamanho se revelou difícil para alguns inquiridos especialmente os de literacia mais baixa. Carmo & Ferreira (1998) referem que é desaconselhável um grande número de folhas para indivíduos que não estão habituados a escrever. Neste caso pode ter constituído fator de diminuição da motivação e empenho à resposta.

No que se refere à questão “escolaridade” deveríamos ter perguntado o número de anos de frequência da escola, e não o grau de escolaridade, dado que o sistema educativo não é igual em todos os países. Algumas questões acerca da frequência de comportamentos não apresentavam uma escala de frequência e baseavam-se na percepção global, o que não nos

permite comparar a perceção da frequência efetiva de comportamentos (e.g.,deveria ter sido questionada a taxa percecionada de utilização do preservativo por número de encontros sexuais).

Relativamente à amostra o facto de não ter sido representativa não nos permite atribuir nenhuma das diferenças encontradas aos grupos de origem, apenas considerar os dados do presente trabalho como exploratórios de referência. As técnicas de amostragem usadas fizeram com tenham sido incluídas pessoas do mesmo círculo social que podem ter vivências e experiências semelhantes. A colheita de dados não foi constante (Fortin et al., 2009), isto é, o método de aplicação do questionário não foi sempre o mesmo. E isto, devido a duas situações tipo: 1) Com o tempo requerido para finalizar a dissertação de mestrado, tivemos consciência que só a mestranda não conseguiria obter a amostra pretendida, (mesmo assim, este processo demorou cerca de seis meses), aceitamos, por isso, que pessoas que se voluntariaram aplicassem os questionários no seu círculo familiar ou de amigos e, 2) a mudança de questionário de auto-preenchimento para questionário por entrevista, quando nos deparámos com pessoas analfabetas ou com dificuldades em responderem ao instrumento. Pode ter havido influência do entrevistador (mesmo que o entrevistador tenha feito um esforço para neutralizar as influências exteriores), no entanto, podemos realçar que este método permitiu-nos aceder a uma população mais variada, e portanto, a dados mais ricos.

A recolha dos questionários foi feita maioritariamente em locais de socialização e convívio abertos também à comunidade portuguesa. Tendo em conta que a língua é facilitadora do processo de aculturação, esta característica dos procedimentos de recolha, pode significar que os participantes são motivados e se sentem à vontade com as temáticas, ou seja são pessoas com perceções já decorrentes da sua experiência de aculturação, i.e., da influência do contacto com a cultura portuguesa.

Apesar do objetivo primeiro ter sido identificar se a cultura influencia a sexualidade, não encontramos uma medida validade adequada para estudar a aculturação, facto que nos levou a decidir de não a implicarmos diretamente no objetivo principal.

No nosso questionário usámos, frequentemente, em simultâneo os conceitos “cultura/religião” que, apesar de distintos, segundo Abreu, 2009 (cit. Timby, Scherer e Smith, 1999) podem ser vistos como intrínsecos. No entanto, em estudos futuros seria interessante de compreender se as pessoas os percebem de maneira diferente e quais de entre delas é que influencia de forma diferencial ou semelhante um comportamento/atitude ou valor na área da sexualidade.

Não incluímos indicadores como a “idade da primeira relação sexual”, o “número de parceiros sexuais no último ano”, “história de IST”, que nos permitem avaliar os comportamentos de risco.

Relativamente às circuncisões feminina e masculina, não perguntámos a idade ou o país local onde tinham sido realizadas.

Não estudámos as diferenças entre homens e mulheres dentro de cada grupo relativamente à mesma variável uma vez que o trabalho tomaria proporções incomportáveis para o âmbito de uma dissertação de mestrado.

Como não podemos deixar de enunciar, o facto de estarmos perante um estudo da esfera do comportamento sexual, não podemos excluir a existência das limitações próprias deste tipo de estudo, nomeadamente a tendência para as respostas socialmente desejadas e para o evitamento e ausência de participação das pessoas que sentem maior desconforto com estas temáticas, ou motivos contextuais (Wiederman, 2001).

Por último, a ausência de escalas anteriormente validadas não permite a comparação dos dados recolhidos com os dados existentes (ainda que estes sejam muito escassos).

**6.8 Identificação correta das implicações do estudo.** O nosso estudo, sendo um estudo pioneiro em Portugal, permitiu verificar que existem diferenças estatisticamente significativas relativamente a certos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de pessoas com nacionalidade portuguesa, angolana, brasileira, cabo-verdiana, guineenses e santomense, a residirem em Portugal. Através dos resultados, tomámos consciência de que a circuncisão feminina existe no nosso país, principalmente na população guineense. Tomámos também conhecimento que a circuncisão masculina, habitualmente feita como ritual de entrada na idade adulta dos indivíduos de sexo masculino, é realizada pelos indivíduos de nacionalidade angolana e guineense. Importa também questionar esta prática e as condições em que é realizada.

A poligamia aparece no nosso estudo como uma configuração relacional possível, o que tem implicações várias, sendo que a mais importante é a necessidade de investigações em qualquer área terem em atenção as estruturas relacionais distintas das normativas.

Não defendemos uma visão etnocêntrica<sup>41</sup> da cultura ocidental, e mais especificamente, da portuguesa, mas constatámos que é necessário desenvolver campanhas de sensibilização para a promoção da saúde sexual e respeito dos direitos sexuais, apelando aos direitos fundamentais do Homem.

Através do nosso estudo contribuímos para o aumento de conhecimento científico no que concerne à sexualidade de um ponto de vista sociológico, corroborando desta forma Policarpo (2014, p.314) destacando a necessidade para a “continuação do estudo da sexualidade de uma perspectiva sociológica”.

---

<sup>41</sup>“O etnocentrismo (...) gera esteriótipos e imagens *a priori* sobre os outros, poderá desencadear incompreensão e conflitos (...) [e] supõe que o que nós somos e fazemos é sempre superior aos outros e ao que eles fazem. É um fenómeno transversal a todas as culturas e sociedades.” (Mendes, 2010, p.50)

Pensamos, portanto, que os nossos resultados possam ser inspiradores para a realização de ações de formação e de campanhas no âmbito da saúde pública, assim como fonte de inspiração para a realização de estudos futuros nesta área. Aspiramos também que o conhecimento desenvolvido possa contribuir ao desenvolvimento de competências culturais por parte dos profissionais de saúde e de profissionais implicados na educação sexual.

O nosso estudo vai ao encontro de uma das recomendações do estudo de Fonseca & Silva (2010), no sentido de comparar grupos imigrantes com a população autóctone de forma a gerar informação para desenvolver campanhas e conhecimentos para uma resposta de saúde culturalmente adaptada.

Comparativamente ao estudo de Almeida et al. (2004), o nosso estudo integrou os homens nas questões relativamente ao planeamento familiar, escolha de método contraceptivo e história de IVG. É importante integrar os homens nos assuntos dos casal a fim de, talvez, começar a contribuir a que se sintam mais implicados e que as mulheres os vejam como companheiros nas várias escolhas que devem ser realizadas, e talvez, desta forma se aumente a capacidade de comunicação das questões íntimas.

**6.9 Apresentação de sugestões pertinentes para estudos futuros.** Face à inexistência de estudos que nos permitam perceber os processos amorosos, relacionais e sexuais de adultos emergentes migrantes em Portugal, é indispensável que se conheçam estas vivências de forma mais aprofundada para que a informação acerca dos sentimentos, atitudes, crenças e comportamentos possam ser contextualizados.

Estudos futuros devem:

Adotar uma metodologia qualitativa, usando em formato entrevista ou focus group e desenvolvidos com a participação de representantes da comunidade a fim de compreender as representações, conhecer as tradições e o conhecimento popular sedimentado nessas mesmas comunidades e com o intuito de obtermos justificações para determinados comportamentos e

atitudes (Gueye, Speizer, Corroon, & Okigbo, 2015; Jamali, Javarpour, Mosalanejad, & Parnian, 2016; Michaud, 1999);

Utilizar escalas para avaliar a aculturação e compreender se a aculturação interfere na mudança de comportamentos, atitudes e conhecimentos dos imigrantes de segunda e terceira geração;

Adaptar escalas existentes para as populações, de forma a viabilizar a comparação entre estudos;

Apresentar definições simples dos principais conceitos usados para garantir que os participantes acedem aos mesmo conceitos;

Utilizar medidas de frequência uniformizadas de forma a ter uma maior precisão acerca da taxa de emissão dos comportamentos;

Estudar as diferenças entre homens e mulheres;

Avaliar a influência da aculturação na saúde sexual e reprodutiva;

Incluir na amostra indivíduos provenientes de outros países que os países da CPLP, dado que devem viver a sexualidade de forma diferente.

Acompanhar as tendências de migração e compreender os seus valores ao nível de saúde sexual e reprodutiva a fim de fornecer a estes indivíduos cuidados culturalmente competentes;

Obter uma amostra representativa de cada grupo com o intuito de generalizar resultados e de realizar campanhas culturalmente adaptados e cientificamente apoiados;

Estudar a influência dos scripts sexuais.

### Conclusão

O nosso estudo, enquanto investigação pioneira em Portugal, veio demonstrar que existem diferenças estatisticamente significativas em alguns indicadores da saúde sexual e reprodutiva de acordo com cada cultura/nacionalidade, mais especificamente entre portugueses, brasileiros, angolanos, cabo-verdianos, guineenses e santomenses a viverem em Portugal. Desta forma, de um ponto de vista demográfico, verificámos, tal como Dias e Rocha (2009) que os portugueses e brasileiros têm um nível de económico superior à maior parte dos PALOP. Também são estas as nacionalidades que apresentam uma prevalência superior de indivíduos casados. Verificámos que o tempo de permanência em Portugal não é o mesmo para todos os imigrantes, o que pode influenciar no processo de aculturação. Verificámos, que os participantes homens portugueses reportaram menos problemas de saúde, comparativamente com os imigrantes e que os portugueses, são os indivíduos que se identificam menos com uma religião/filosofia/confissão/igreja, o que pode revelar um distanciamento das normas e dos valores morais. Constatámos que apesar de não haver diferença estatisticamente significativa na orientação sexual, são os brasileiros aqueles que se destacaram por terem tido relações sexuais com alguém do mesmo sexo, o que pode significar que se estão a aproximar dos padrões culturais das sociedades industrializadas, o mesmo fenómeno se passa relativamente à “adulterez emergente”. No que concerne ao nível de escolaridade, os portugueses, a par dos angolanos, apresentam uma frequência superior de indivíduos no ensino superior. Destes resultados demográficos, podemos concluir, que os portugueses se encontram em melhor situação económica-social do que a maioria dos imigrantes, o que pode ser indicador de mais oportunidades.

Relativamente aos conhecimentos acerca das IST's, apesar de não termos aplicado testes estatísticos, verificámos um elevado desconhecimento o que no permite afirmar que o trabalho de informação e de formação ainda está longe de ser terminado. Os profissionais de

saúde devem continuar a abordar estas temáticas em momentos oportunos, dado que a população não está completamente informada.

No que concerne aos indicadores de saúde sexual e reprodutiva encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente: à permissão da cultura/religião para o uso de contraceptivos; a participação do companheiro na escolha dos contraceptivos; a suposição do homem relativamente à escolha do método contraceptivo contra sua vontade; opinião sobre IVG; permissão da cultura/religião relativamente à IVG; realização da IVG contra vontade da cultura/religião; apoio da companheira no caso de realização de IVG; nacionalidade e ter feito IVG; número de filhos; número de gravidezes planeadas e perceção do uso do preservativo. Estes dados mostram que a saúde sexual e reprodutiva, está longe de ser um assunto estritamente do corpo, revelando que, em diferentes culturas/nacionalidades as opiniões, perceções e os comportamentos diferem. Em estudos futuros será pertinente perceber as representações, valores e crenças da saúde sexual e reprodutiva e, possivelmente, as diferenças entre homens e mulheres. Apesar de termos apenas comparado prevalências dos métodos contraceptivos conhecidos e usados e das fontes de informação, verificámos que, tal como noutros estudos nacionais, a escola, os colegas/amigos são a principal fonte de informação relativamente aos métodos contraceptivos. Esta constatação tem dois “pólos”: o primeiro, positivo, revelador que a educação sexual realizada tem dado os seus frutos; a segunda, e menos positiva; os colegas/amigos enquanto fonte de informação deixam a desejar pela fiabilidade da informação. Os profissionais de saúde terão de continuar a elaborar estratégias para a aproximação dos jovens. Também verificámos, tal como outros estudos nacionais, que o preservativo masculino e a pílula são os métodos mais conhecidos.

Relativamente às diferenças na saúde sexual, constatámos diferenças estatisticamente significativas na caracterização do desejo sexual do próprio e do companheiro; na frequência de relações sexuais mensais; na história e frequência de masturbação, satisfação pela vida

sexual; na existência de dor (feminina) durante a relação sexual; na história de ejaculação retardada ou inexistência de ejaculação; apreciação do corpo; desejo de alterar o corpo.

Relativamente às relações amorosas/íntimas verificámos diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de conhecimento do companheiro; à idade do companheiro; à coabitação com o companheiro; à nacionalidade do companheiro; ao posicionamento cultural/religioso relativamente a relações sexuais pré-maritais; à história de relações sexuais pré-maritais; ao posicionamento cultural/religioso relativamente à poligamia; ao posicionamento cultural/religioso relativamente à escolha do cônjuge; à história de escolha de cônjuge e à disponibilidade para falar com o companheiro sobre aspetos da vida sexual.

Por último, em relação às normas sociais e individuais ligadas à vivência da sexualidade encontrámos diferenças estatisticamente significativas relativamente à situação em que não pode ter relações sexuais; ao conhecimento sobre a posição cultural sobre circuncisão feminina e a masculina; à experiência pessoal de circuncisão feminina/masculina; ao conhecimento de experiência de uma pessoa próxima relativamente à circuncisão feminina/masculina. Apesar de não termos aplicado testes estatísticos para avaliarmos diferenças estatisticamente significativas relativamente aos meios de informação relativos à circuncisão genital feminina/masculina, verificámos que os angolanos e os guineenses acedem a essa informação através de familiares e amigos, indicador da prática.

Realizando uma avaliação global, verificámos que os portugueses se distanciam dos valores da cultura/religião ao referirem que realizariam IVG contra a cultura/religião e usariam métodos contraceptivos contra a cultura/religião. Foram os guineenses que demonstraram mais frequentemente opiniões mais conservadoras através da opinião contrária à IVG; ao sexo pré-conjugal e à masturbação. Também foram os guineenses que demonstraram a prática da circuncisão feminina e masculina assim como a existência da poligamia. Questionamo-nos se estas práticas estarão relacionadas com a baixa satisfação com

a vida sexual e com a falta de desejo sexual. Os cabo-verdianos destacaram-se por responderem frequentemente que “desconhecem” o posicionamento “cultural/religioso”, dado que pode indicar ou um processo de aculturação com a cultura portuguesa ou a existência de várias subculturas em Cabo Verde, o que dificulta a posicionamento cultural destes inquiridos.

De forma geral, concluímos, tal como Alferes (2002/1997) que a sexualidade não pode ser vista como algo estático e meramente biológico, havendo uma influência cultural. Assim, as campanhas de saúde sexual devem ser concebidas tendo em conta fatores culturais e indicadores de sociais como classe, género, etnia, faixa etária, nível de escolaridade, posição no ciclo reprodutivo, crença religiosa, capital cultural e educacional (Heildborn, 1997; Johansson, 2007) a fim de se perceberem os comportamentos dos indivíduos, dado que a informação em si é insuficiente para evitar esses comportamentos de risco (Heilborn & Brandão, 1999). Neste sentido, a cultura assume um valor importante como indicador já que “tem sido um mediador entre as estruturas sociais e a conduta e identidade individuais” (Rahman & Jackson, 2010, p. 106). Mais, estudar a sexualidade dos migrantes também implica pensar no processo de aculturação, dado que implica uma mudança de contexto influenciador e influenciado.

As implicações práticas do nosso estudo resumem-se, antes de tudo, numa missão de consciencialização dos profissionais de saúde e das instituições que os formam (Ribeiro, 2009) de que os imigrantes constituem um grupo diferente da população portuguesa, e por isso os cuidados devem ser culturalmente adaptados, a fim de participarem ao processo de integração (Carballo & Nerurkar, 2001; UE, 2007). Mais, eles também não podem ser vistos como um grupo “homogéneo” (Dias & Rocha, 2009), dado que existem especificidades. Foi neste sentido que o nosso estudo contribuiu, abriu a perspetiva de pensar os imigrantes de forma a individualizar o país de origem. No entanto, temos consciência, que mesmo no

mesmo país existem várias subculturas que poderão ser influenciadoras no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

O nosso estudo salientou a necessidade de continuar a trabalhar em temáticas com circuncisão feminina e masculina, a questão da poligamia ou mesmo do casamento sem escolha do cônjuge, questões que muitas vezes colidem com os Direitos Humanos.

Apesar de existirem estudos no âmbito da saúde sexual e reprodutiva em Portugal dirigidos a portugueses e a imigrantes, é necessário continuar a explorar este universo que ainda permanece desconhecido.

### Referências

- Aboim, S. (2012). Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 99-112.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100013>
- Aboim, S. (2013). *A Sexualidade dos portugueses*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Relógio d'Água Editores.
- Abreu, W.C. (2009). A anamnese em contextos multiculturais: Avaliação inicial e recurso aos cuidadores informais. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos & O. P. Ribeiro, (Coord.), *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem - contributos para um melhor cuidar* (pp. 11-46). Loures: Lusociência.
- Abu-Sahlieh, S. (2003). Male and female circumcision: The myth of the difference.
- Águas, F, Bombas, T. & Silva, D. P., (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstetrica Ginecologica Portuguesa*, 10(3), 184-192.  
Retirado de [http://www.spginecologia.pt/uploads/AO\\_Avaliac-a-o-das-pra-ticas-contracetivas-PT.pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/AO_Avaliac-a-o-das-pra-ticas-contracetivas-PT.pdf)
- Alferes, V.R. (2002). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade*. (2ª ed.). Porto: Edições Afrontamento. (Publicação original 1997).
- Almeida, A. N. (Coord.), Vilar, D., André, I. M., & Lalanda, P. (2004). *Fecundidade e contraceção – Percursos de saúde reprodutiva das mulheres portuguesas*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Alvarez-Nieto, C., Pastor-Moreno, G., Grande-Gascón, M., L., & Linares-Abad, M. (2015). Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a quality study. *Reproductive Health*, 12-79. doi:10.1186/s12978-015-0071-2
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003->

066X.55.5.469

Associação para o Planeamento da Família [APF], (2015). *Mutilação genital feminina:*

*Direitos humanos de mulheres e crianças.* Countdown: Europe. Retirado de

[http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/folha\\_de\\_dados.pdf](http://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/folha_de_dados.pdf)

André, J. M. (2009). Interpretações do mundo e multiculturalismo: incomensurabilidade e

diálogo de culturas. *Revista filosófica de Coimbra*, (31), 7-42. Retirado de

[http://www.uc.pt/fluc/dfci/publicacoes/interpretacoes\\_do\\_mundo](http://www.uc.pt/fluc/dfci/publicacoes/interpretacoes_do_mundo)

Antunes, M. A. (2009). *A dinâmica da população no desenvolvimento de moçambique. Vol. I.*

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade

Lusófona de Humanidades e Tecnologias para a obtenção do grau de Doutor em

Ciência Política, orientada por Prof. Doutor Marco António de Oliveira, Lisboa.

Barreira, I. M. B., Rodrigues, V. M. C. P., & Antunes, M. C. Q. (2015). Cultura

organizacional da família como preditor das atitudes e comportamentos sexuais em

adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 17-25.

<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14083>

Becker, D., Thing, J. P., Baezconde-Garbanati, L., Schwartz, S. J., Soto, D. W., & Unger, J.

B. (2014). Cultural measures associated with sexual risk behaviors among latino youth

in southern California: A longitudinal Study. *Perspectives on Sexual and Reproductive*

*Health*, 46(4), 193-201. doi: 10.1363/46e1514

Bell, K. (2005). Genital cutting and western discourses on sexuality. *Medical Anthropology*

*Quarterly*, 19(2), 125–148. <https://doi.org/10.1525/maq.2005.19.2.125>

Berger, M. (2010). “Felicidade é entrar num vestido P”: O culto ao corpo na sociedade urbana

contemporânea. *Cadernos de campo*, (19), 69-90. doi:

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v19i19p69-90>

- Berger, P. (2003). Religiões e globalização. *Globalização: Ciência, Cultura e Religiões* (pp. 37-47). (1ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Publicações Dom Quixote.
- Bornstein, M. H. (2017). The specificity principle in acculturation science. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 12(1), 3-45. <https://doi.org/10.1177/1745691616655997>
- Bowleg, L., Burkholder, G. J., Noar, S. M., Teti, M., Malebranche, D. J., & Tschann, J. M. (2015). Sexual scripts and sexual risk behaviors among black heterosexual men: development of the sexual scripts scale. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 639-654. doi: 10.1007/s10508-013-0193-y
- Brak-Lamy, M. G. (2010). Sexualidade juvenil e risco de VIH/Sida: um estudo comparativo em contexto urbano. *Política Social e Cidadania*, 11(30),121-146.
- Brenot, P. (2011). *Les hommes, le sexe et l'amour: la première enquête en France sur la sexualité des hommes vivant en couple*. Paris: éditions des Arènes.
- Browning, C. R. & Burrington, L. A. (2006). Racial differences in sexual and fertility attitudes in an urban setting. *Journal of Marriage and Family*, 68(1), 236-251. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00244.x
- Burri, A., & Graziottin, A. (2015). Cross-cultural differences in women's sexuality and their perception and impact of premature ejaculation. *Urology*, 85(1), 118-124. doi:10.1016/j.urology.2014.09.037
- Cabral, A.(2000). *Entre a multiculturalidade e a interculturalidade: Portugueses em França*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Carballo, M., & Nerurkar, A.(2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infections Diseases*, 7(3), 556-560. Retirado de <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/7/7/pdfs/01-7733.pdf>

- Carballo, M., Divino, J. & Zeric, D. (1998). *Migration and health in the European Union*. International Centre for Migration and Health. Geneva, 3(12), 936-944. Retirado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x/epdf>
- Cardoso, F. L. (2007). Sexual survey: A cross-cultural perspective. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1): 71-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722007000100009>
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (2008). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carneiro, V. T. & Sampaio, S. M. T. (2015). Adulterez emergente: um fenómeno normativo? *Revista saúde e ciência*, 4(1), 32-40. Retirado de <http://150.165.111.246/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/viewFile/218/149>
- Carreno, I., Dias-da-Costa, J. S., Olinto, M. T. A. & Meneghel, S. (2006). Uso de métodos contraceptivos entre as mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (5), 1101-1109. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500023>
- Castro, M. M. M. (2012). Cultura, identidade e o debate relativismo cultural x direitos humanos nas relações internacionais – Perspectivas Dialógicas após a Conferência de Viena de 1993. *Revista Cadernos de Estudos Sociais e Políticos*, 1(2). Retirado de [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/18999-61923-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/18999-61923-1-PB%20(2).pdf)
- Código Deontológico (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros [OE] republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). Retirado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for the behavioral sciences*. (2nd ed.) New York: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Coker, R. (2003). *Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV*.

Institute for Public Policy Research. Londres. Retirado de

<http://www.ippr.org/files/ecomms/files/Healthscreening.pdf?noredirect=1>

Comissão Europeia [CE]. (13.05.2015). *Comunicação da comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões:*

*Agenda europeia das migrações*. Bruxelas. Retirado de [http://ec.europa.eu/dgs/home-](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-)

[migration/backgroundinformation/docs/communication\\_on\\_the\\_european\\_agenda\\_on\\_migration\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/backgroundinformation/docs/communication_on_the_european_agenda_on_migration_pt.pdf)

Comissão Europeia [CE]. *Abordagem global para a migração e a mobilidade: Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social*

*Europeu ao Comité das Regiões*. [COM (2011) 743 final. Bruxelas, 18.11.2011].

Retirado de <http://eur-lex.europa.eu/legal->

[content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0743&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0743&from=EN)

Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise*

*psicológica*, 2 (21), 145-158. Retirado de

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a02.pdf>

Correia, A. (2006). *Plano estratégico nacional de luta contra a sida (2006-2010)*, Comité de

Coordenação do Combate à SIDA: Cabo Verde. Retirado de:

[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---)

[ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126907.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126907.pdf)

Cortis, J. (2003). Managing society's difference and diversity. *Nursing Standard*. 18 (14-16),

33-39. doi: 10.7748/ns2003.12.18.14.33.c3518

Coutinho, M., Ramos, N., & Rodrigues, I. (2012). Transtornos mentais comuns no contexto

migratório internacional. *PSICO*, 43(3). 400-407. Retirado de

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/10512/8241>

CPLP/ONUSIDA (2010). *Epidemia de VIH/Sida nos países de língua oficial portuguesa: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. (2ª ed.). Lisboa e Brasília. Retirado de <https://www.cplp.org/Files/Filer/VIH%20em%20pa%C3%ADses%20de%20L%C3%ADngua%20Portuguesa%20-%202%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A3o%20-%20FINAL.pdf>

Crawford, K. (2007). *European Sexualities, 1400-1800*. Cambridge: University Press.

Cunha, M. I. (2013). Género, cultura e justiça: A propósito dos cortes genitais femininos. *Análise Social*, 209, 48(4) . Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n209/n209a04.pdf>

Cunha-Oliveira, A., Cunha-Oliveira J., Pita, R. P., & Massano-Cardoso S. (2009). A aquisição do preservativo e o seu (não) uso pelos estudantes universitários. *Revista Referência*, 2(11),7-22.

Darmon, M. (2006). *La socialisation*. (3ª ed.). Paris: Armand Colin.

Davis, M. J., & Niebes-David, A. J. (2010). Ethnic differences and influence of perceived future certainty on adolescent and young adult sexual knowledge and attitudes. *Health, Risk & Society*, 12(2), 149-167. <https://doi.org/10.1080/13698571003632452>

de Matos, M. G., Gaspar, T., Simons-Morton, B., Reis, M., & Ramiro, L. (2008). Communication and information about “Safer Sex”: Intervention issues within communities of African migrants living in poorer neighborhoods in Portugal. *Journal of Poverty*, 12(3), 333–350. doi:10.1080/10875540802198628

Decreto-Lei n.º 31/2014 de 27 de fevereiro. Diário da República, 1ª série – N.º 41 – 27 de fevereiro de 2014. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/572382>

- DeSantis, L., Thomas, J. T., & Sinnett, K. (1999). Intergenerational concepts of adolescent Sexuality: implications for community - Based reproductive health care with haitian immigrants. *Public Health Nursing*, 16(2). 102-113.
- Dias, S., Gama, A., Cortes, M., & Sousa, B. (2011). Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health and Social Care in Community*, 19(5), 514-21 doi: 10.1111/j1365-2524.2011.00996.x
- Dias, S. F., & Rocha, C. F. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo*. Lisboa: ACIDI, IP.
- Dias, S. F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research*, 8:207. doi:10.1186/1472-6963-8-207
- Dias, S., Gama, A., Pingarilho, M., Simões, D., & Mendão, L. (2016). Health services use and HIV prevalence among migrant and national female sex workers in Portugal: Are We providing the services needed? *AIDS Behavior*, 21(8), 2316-2321. doi: 10.1007/s10461-016-1511-x.
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007), Migrações e Saúde. In S. Dias (Org.), *Revista Migrações – Número Temático Imigração e Saúde, setembro 2007* (pp 15-26), (1), Lisboa: ACIDI, IP., Retirado de [http://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc\\_apoio/migracoes\\_e\\_saude.pdf](http://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/doc_apoio/migracoes_e_saude.pdf)
- Dias, S., Gama, A., Cortes, M., & Sousa, B. (2011). Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health and Social Care in the community*, 19(5), 514-21. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.00996.x
- Dias, S., Gama, A., Severo, M., & Barros, H. (2010). Factors associated with HIV testing among immigrants in Portugal. *International Journal of Public Health*, 56 (5), 559-66. doi: 10.1007/s00038-010-0215-7.

- Dias, S., Marques, A., Gama, A., & Martins, M. O. (2014). HIV risky sexual behaviors and HIV infection among immigrants: A cross-sectional study in Lisbon, Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11 (8), 8552-8566; doi:10.3390/ijerph110808552
- Dias, S., Matos, M. G., & Gonçalves, A. (2001). Comportamento sexual – auto-relatos numa comunidade migrante. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 35 (2), 137-153.
- Dias, S., Matos, M.G. & Gonçalves, A. (2002). Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrantes – implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3 (1), 89-102. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a06.pdf>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2008). *Saúde reprodutiva: Planeamento familiar*. Lisboa: DGS. Retirado de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/i009646.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: dados de 2013 – edição revista em 2015*. Lisboa: DGS. Retirado de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/i010265.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: dados de 2016*. Lisboa: DGS. Retirado de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/i010414.pdf
- Dramé, F. M., Peitzmeier, S, Lopes, M., Ndaw, M., Sow, A., Diouf, D. & Baral S.(2013). Gay men and other men who have sex with men in West Africa: evidence from the field. *Culture, Health & Sexuality*, 51(1), 7-21, <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2012.748935>
- Duarte, L.F.D., (2003). A Sexualidade nas ciências sociais: Leitura crítica das convenções. In M. A. B. Lemos (Org.), *Sexualidade e saberes: Convenções e fronteiras* (pp. 39 - 80). Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda.

- Duby, G., Perrot, M., Davis, N. Z. & Farge, A. (2009) *História das mulheres no Ocidente. Vol III. Do Renascimento à Idade Moderna*. Porto: Edições Afrontamento. (Original publicado em 1991). Tradução Portuguesa com revisão científica de Coelho, M. H. C., Vaquinhas, I. M., Ventura, L. & Mota, G.
- Essén, B., Hanson, B. & Ostergren, P. (2000). Increased perinatal mortality among sub-Saharan immigrants in a city-population in Sweden. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 79 (9), 737-742. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10993096>
- Eurostat. Statistics Explained. (2015 e revisão 2016). União Europeia [UE]. Retirado de [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics/fr](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics/fr)
- Faculdade de Ciências Sociais e Humanas [FCSH] da Universidade Nova de Lisboa [UNL]. Lisboa M. (Coord.) (2015). *Mutilação genital feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação: Relatório final*. Retirado de [https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat\\_Mut\\_Genital\\_Feminina\\_p.pdf](https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Relat_Mut_Genital_Feminina_p.pdf)
- Ferreira, M., P. & Cabral, M. V. (Org.), Aboim, S., Vilar, D., & Maia, M. (2010). *Sexualidades em Portugal – Comportamentos e riscos*. Lisboa: Bizâncio.
- Fonseca, F. & Lucas, M. C., (2009). Sexualidade, saúde e contextos: influência da cultura e etnia no comportamento sexual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2009; 25, 65-72. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/viewFile/10592/10328>
- Fonseca, M. L., & Goracci, M. (Coord.). (2007). *Mapa de boas práticas: Acolhimento e integração de imigrantes em Portugal*. Lisboa: Organização Internacional para as Migrações [OIM] & ACIDI, IP.

- Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). *Saúde e imigração: Utentes e serviços na área de influência do centro de saúde da Graça*. Lisboa: ACIDI, IP.
- Fonseca, M.L., Esteves, A., McGarrigle, J., & Silva, S. (2007). Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: Uma perspectiva geográfica e política. In S. Dias, (Org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, (1), Lisboa: ACIDI, IP, 27-52. Retirado de [http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1\\_completo.pdf/f28ef636-39d0-48fa-9697-00b795fc8c7f](http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/183863/migracoes1_completo.pdf/f28ef636-39d0-48fa-9697-00b795fc8c7f)
- Fonseca, M.L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2009). *MIGHEALTHNET - Relatório sobre o estado da arte em Portugal*. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos. Retirado de [http://mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet\\_SOAR\\_por.pdf](http://mighealth.net/pt/images/a/a7/Mighealthnet_SOAR_por.pdf)
- Fortin, Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta
- Fugère, M. A., Escoto, C., Cousins, A. J., Riggs, M. L., & Haerich, P. (2008). Sexual attitudes and double standards: A literature review focusing on participant gender and ethnic background. *Sexuality & Culture*, 12: 169-182. doi: 10.1007/s12119-008-9029-7
- Gagnon J. H., & Simon, W. (2005). *Sexual Conduct: The social sources of human sexuality*. (2<sup>a</sup> ed.). New Brunswick (USA): Aldine Transaction. (Publicação original 1973).
- Gagnon, J. H., Giami, A., Michaels, S., & Colomby, P. (2001). A comparative study of the couple in the social organization of sexuality in France and the United States. *The Journal of Sex Research*. 38(1), 24-34. <https://doi.org/10.1080/00224490109552067>
- Garcia, S. (2015). Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV / aids no contexto brasileiro : Considerações sobre as desigualdades de gênero , raça e geração no enfrentamento da epidemia. *Demografia Em Debate*, 2(1). Retirado de <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/ebook/article/view/59/57>

Garton, S. (2009). *História da sexualidade – Da antiguidade à revolução sexual*. (1ª ed.).

Lisboa: Editorial Estampa, Lda.

Gaspar, T., Matos, M. G., Gonçalves, A., Ferreira, M., & Linhares, F. (2006).

Comportamentos sexuais, conhecimentos e atitudes face ao VIH/SIDA em adolescências migrantes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2006, 7(2), 299-316.

Giami, A. (2015). Sexualité, santé et droits de l’homme: L’invention des droits sexuels.

*Sexologies* (2015) 24, 105-113. doi : 10.4000/gss.3720

Gomes, A., & Nunes, C. (2013). Representação social do sexo nos jovens adultos

portugueses. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(1), 177-185. doi: 10.1590/1678-7153.201528119

Guasch, O., & Osborne, R., (2003). Avances en sociología de la sexualidad. In O. Guasch, R.

Osborne, K. Plummer, J. Stacey, T. Biblarz, J. Nieto, et al., (2003). *Sociología de la Sexualidad*, (195), 1-24.

Gueye, A., Speizer, I. S., Corroon, M., & Okigbo, C. C. (2015). Belief in family planning

myths at the individual and community levels and modern contraceptive use in urban africa. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(4), 191-199. doi: 10.1363/4119115

Heilborn, M., L.(1997). Gênero, sexualidade e saúde. *Saúde, Sexualidade e Reprodução –*

*compartilhando responsabilidades*. 101-110, Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Retirado de

[http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/166096/mod\\_resource/content/1/HEILBORN.%20G%C3%AAnero%20sexualidade%20e%20sa%C3%BAde..pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/166096/mod_resource/content/1/HEILBORN.%20G%C3%AAnero%20sexualidade%20e%20sa%C3%BAde..pdf)

Heilborn, M., L., & Brandão, E. R. (1999). Introdução: Ciências sociais e sexualidade. In M.,

L. Heilborn, (Org.), *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (pp. 7-17). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

- Hilber, A. M., Hull, T. H., Preston-Whyte, E., Bagnol, B., Smit, J., Wacharasin, C., & Widyantoro, N. (2010). A cross cultural study of vaginal practices and sexuality: Implications for sexual health. *Social Science & Medicine*, 70 (3), 392-400. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.10.023
- Horvath, A. (2009). Sexology and sex research. In J. O'Brien (General Editor), *Encyclopedia of Gender and Society*, 2, California: Sage Publications.
- INE. (2013). *Dia da comunidade luso-brasileira (22 abril). Destaque: Informação à comunicação social [PDF]:file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/19lusobrasileira.pdf*
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018). Retirado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9663-censo-demografico-2000.html?edicao=9861&t=destaques>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). Retirado de <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
- Instituto Nacional de Estatística [INE, Ministério da Saúde [MINSA], Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial [MINPLAN] e ICF. (2017). Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN e ICF. Retirado de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR327/FR327.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] [Cabo Verde], Ministério da Saúde, e Macro International. (2008). Segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva 2005, Cabo Verde, [IDSR-II, 2005]. Calverton, Maryland, USA: INE. Retirado de <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR203/FR203.pdf>
- Instituto Nacional de Saúde Pública. (2010). *Inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas relativamente ao VIH/Sida: Relatório final*. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde. Retirado de

[http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/breda\\_relatorio\\_c  
ap2010\\_julho.pdf](http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/breda_relatorio_c<br/>ap2010_julho.pdf)

Instituto Nacional de Estatística (2016). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos 2014 de São Tomé e Príncipe [MICS]: Relatório final*. São Tomé, São Tomé e Príncipe. Retirado de [http://interlusofona.info/wp-content/uploads/2017/09/Sao-Tome-and-Principe-2014-MICS\\_Portuguese.pdf](http://interlusofona.info/wp-content/uploads/2017/09/Sao-Tome-and-Principe-2014-MICS_Portuguese.pdf)

Ministério da Economia e Finanças, Direcção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE). 2016. *Inquérito aos Indicadores Múltiplos [MICS5] 2014: Relatório final*. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direcção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE). Retirado de <http://www.stat-guineebissau.com/publicacao/RELAT%C3%93RIO%20MICS%205%20FINAL.pdf>

Jamali, S., Javarpour, S., Mosalanejad, L., & Parnian, R. (2016). Attitudes about sexual activity among postmenopausal in different ethnic groups: A Cross-sectional study in Jahrom, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17(1), 47-55. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4769855/pdf/JRI-17-47.pdf>

Johansson, T. (2007). *The transformation of sexuality – Gender and identity in contemporary youth culture*. Sweden:University of Gothenburg.

Johnson, M. D., Galambos, N. L., & Anderson, J. R. (2016). Skip the dishes? Not so fast! Sex and housework revisited. *Journal of Family Psychology*, 30(2), 203-213. <https://doi.org/http://10.0.4.13/fam0000161>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. *2004 report on the HIV/AIDS epidemic: 4th global report*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data. Retirado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004_en.pdf)

- Jolly, S. & Reeves, H. (2005). *Gender and migration: Overview report*. Brighton: Institute of Development Studies. Retirado de <http://www.bridge.ids.ac.uk/sites/bridge.ids.ac.uk/files/reports/CEP-Mig-OR.pdf>
- Jung, M. (2012). Immigrant worker's knowledge of HIV/AIDS and their sexual risk behaviors: a respondent-driven sampling survey in South Korea. *Sex Disabil*, 30(2), 199-208.
- Kimmel, M. K. (2004). *The gendered society*. (2<sup>a</sup> ed.). State University of New York at Stony Brook. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Kinsey Institute. Retirado de <http://www.kinseyinstitute.org/resources/sexology.html>
- Kirmayer, L. (2009). Cérebros, corpos e pessoas em movimento: a nova psiquiatria cultural e as ironias da globalização. In E. Lechner (Org.). *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais [ICS].
- Kirschbaum, A. L., & Peterson, Z. D. (2018). Would you say you “had masturbated” if ...?: The influence of situational and individual factors on labeling a behavior as masturbation. *Journal Of Sex Research*, 55(2), 263-272. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1269307>
- Kuo, B. C. H. (2014). Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 16-33. <https://doi.org/10.1080/21642850.2013.843459>
- Lechner, E. (Org.), (2009). *Migração, saúde e diversidade cultural*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais [ICS].
- Lei n° 85/2015 do Diário da República n°151/2015, Série I de 5 de Agosto de 2015. Assembleia da República. Retirado de <https://dre.pt/application/conteudo/69951093>
- Lévi-Strauss, C. (2010). *Raça e história* (10<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Editorial Presença. (Trabalho original publicado em 1952).

- Lewis, L. J. (2004). Examining sexual health discourses in a racial/ethnic context. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 223-234.  
<https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026622.31380.b4>
- Lopes, J.C. (2009). Organizações de saúde multiculturais. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos, & O.P. Ribeiro (Coord.), *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para um Melhor Cuidar* (pp. 103-130). Loures: Lusociência.
- Loyola, M. A. (1999). A sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In M. L. Heilborn (Org.), *Sexualidade: o olhar das ciências sociais* (pp.31-39). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Machado, M. C., Santana, P., Carreiro, M.H., Nogueira, H., Barroso, M. R., & Dias, A. (2006). *Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes*. Lisboa: Bial
- Machado, M.C. (2009). Globalização, multiculturalidade e saúde. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos, & O.P. Ribeiro (Coord.), *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para um Melhor Cuidar* (pp 3-10). Loures: Lusociência.
- Manuel, H., (2007). *Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o planeamento familiar de mulheres timorenses residentes em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado para a imigração e minorias étnicas [ACIME]. Retirado de [http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/8\\_HIBM.pdf/c3476622-dd10-4d34-827a-884e1e67d28a](http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/179891/8_HIBM.pdf/c3476622-dd10-4d34-827a-884e1e67d28a)
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martingo, C. (2009). *O corte dos genitais femininos em Portugal: o caso das guineenses - Estudo Exploratório*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P.

- Masters, J. & Johnson V. (1966). The sexual reponse cycle. In M. Kimmel & R. Plante (2004). *Sexualities: identities, behaviors, and society* (pp.24-28). Oxford: Orford University Press, Inc.
- McKay, L., Macintyres, S. & Ellaway, A. (2003). Migration and health: A review of the international literature. Glasgow: Medical Research Council Social & Public Health Sciences Unit. Occasional paper N°12. Retirado de [www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf](http://www.sphsu.mrc.ac.uk/library/occasional/OP012.pdf)
- Mendes, M. M. F. (2010). Imigração, identidades e discriminação: imigrantes russos e ucranianos na área metropolitana de Lisboa (1ª ed.). Lisboa: ICS.
- Mendonça, M., Andrade, C. & Fontaine, A. M. (2009). Transição para a idade adulta e adultez emergente: adaptação do questionário de marcadores da adultez junto de jovens portuguesas. *Psychologia*, 51, 147-168. [http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606\\_51\\_10](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_51_10)
- Michaud, P. A. (1999). Pesquisa multicultural sobre saúde do adolescente: uma perspectiva em saúde pública. *Adolescencia Latinoamericana* 1414-7130/2 – 152-185.
- Ministério da Economia e Finanças, Direcção Geral do Plano/Instituto Nacional de Estatística (INE). 2014. Inquérito aos Indicadores Múltiplos [MICS5] 2014, Relatório final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direcção Geral do Plano/INE. Retirado de <http://www.stat-guineebissau.com/publicacao/RELAT%C3%93RIO%20MICS%205%20FINAL.pdf>
- Mole, R. C. M., Parutis, V., Gerry, C. J., & Burns, F. M. (2014). The impact of migration on the sexual health, behaviours and attitudes of Central and East European gay/bisexual men in London. *Ethnicity & Health*, 19(1), 86-99. doi:10.1080/13557858.2013.789829

- Monteiro, I. (2007). *Ser mãe hindu: Práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI, I.P.].
- Moreira, C. D. (1996). *Identidade e diferença: os desafios do pluralismo cultural*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Muchembled, R. (2008). *Orgasm and the west: A history of pleasure from the sixteenth century to the present*. Cambridge: Polity Press.
- Neto, F., & Pinto, M. C. (2015). A cross-cultural investigation of satisfaction with sex life among emerging adults. *Soc Indic Res*, 120, 545-557, <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0604-z>
- Neves, A., O.,(Coord.). (2003). *Dimensão social e imigração*. Cadernos Sociedade e Trabalho, (3). Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento [DEPP]- Ministério da Segurança Social e do Trabalho [MSST].
- Nobre, P. J. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Disfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Research*, 43(1), 68-75.
- Nodin, N., Carballo-Diéguez, A., & Leal, I. P. (2015). Comportamentos sexuais de risco e preventivos masculinos: resultados de uma amostra recolhida através da internet em Portugal. *Saúde Soc*. São Paulo, 24(2), 607-619. doi: 10.1590/S0104-12902015000200017
- Nunes, L. (2009). Multiculturalidade: A perspectiva da Ordem dos Enfermeiros. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos, & O.P. Ribeiro (Coord.), *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para um Melhor Cuidar* (pp 47-64). Loures: Lusociência.
- Oliveira, C. R. (Coord.) & Gomes, N. (2016). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual. *Imigração em Números*, 2. Lisboa: ACM. Retirado de

[http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2016\\_.pdf/f276bae0-d128-43b5-8558-cdb410249fd2](http://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relat%C3%B3rio+Estat%C3%ADstico+Anual+2016_.pdf/f276bae0-d128-43b5-8558-cdb410249fd2)

Otaigbe, B. E. (2008). Infantile masturbation in an african females: Is this a justification for female genital cutting? *World Journal of Pediatrics*, 4 (2), 148-151.

doi: 10.1007/s12519-008-0030-x.

Pacheco, J., (2000). *O sexo por cá*. Lisboa: Livros Horizonte.

Paiva, V., Aranha, F., & Bastos, F. I. (2008). Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42 (1), 54-64.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000800008>

Paixão, J. A. & Lopes, M. F. (2014). Alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias. *Sáude em Debate*, 38 (101), 267-276.

doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140024>

Parker, R. & Gagnon, J. (1995). *Conceiving sexuality: Approaches to sex research in a postmodern world*. New York: Routledge.

Pascoal, P. M., Alvarez, M.-J., Pereira, C. R., & Nobre, P. (2017). Development and initial validation of the beliefs about sexual functioning scale: A gender invariant measure. *The Journal of Sexual Medicine*, 14, 613-623.

<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.01.021>

Pascoal, P. M., Narciso, I. de S. B., Pereira, N. M., & Ferreira, A. S. (2013). Processo de validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em três amostras da população portuguesa. [validation process of the Global Measure of Sexual Satisfaction in three samples of the Portuguese population]. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 26(4), 691-

700. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722013000400009>.

- Pascoal, P. M., Rosa, P.R., Silva, E. P. & Nobre, P. (2018). Sexual beliefs and sexual functioning: The mediating role of cognitive distraction. *Internation Journal of Sexual Health*. doi: 10.1080/19317611.2018.1424064
- Patrão, A. L., McIntyre, T., & Costa, E. (2015). Factores de risco psicosociais e sócio-cognitivos para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/Sida) na mulher africana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(2), 222-234. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.02.001>
- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [PNDS-2006] (2018). Retirado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade\\_sexual.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/atividade_sexual.php)
- Plummer, K. (1982). Symbolic interactionism and sexual conduct: an emergent perspective. Brake, M. (Ed.), In *Human Sexual Relations: Towards a redefinition of sexual politics* (pp.223-241). New York: Pantheon Books.
- Plummer, K. (2005). Foreword. In J. H. Gagnon, & W. Simon. *Sexual conduct: The social sources of human sexuality* (pp.ix-xxi). (2<sup>a</sup> ed.). New Brunswick (USA): Aldine Transactio. (Publicação original 1973).
- Policarpo, V. M. N. M. (2014). *Indivíduo e sexualidade: a construção social da experiência sexual*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais [ICNS]. Imprensa de Ciências Sociais.
- PORDATA: Base de dados Portugal contemporâneo. (2018). Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>
- Purnell, L. (2002). The Purnell model for cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 193-196. Sage Publications. doi:10.1177/10459602013003006
- Purnell, L. (2010a) A diversidade cultural e a prestação de cuidados de saúde. In L. Purnell & B. Paulanka (Coord.), *Cuidados de Saúde Transculturais : Uma abordagem*

- Culturalmente Competente* (pp.1-19). (3ª ed.), Loures: Lusodidacta. (Trabalho original publicado em 2008).
- Purnell, L. (2010b) O Modelo Purnell de Competência Cultural. In L. Purnell, & B. Paulanka (Coord.). *Cuidados de Saúde Transculturais : Uma abordagem Culturalmente Competente*(pp.21-59). (3ª ed.), Loures: Lusodidacta. (Trabalho original publicado em 2008).
- Quartilho, M. J. (2003). Sexualidade e constricionismo social: A propósito dos scripts sexuais. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Coord.), *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar II* (pp.117-153). Coimbra: Quarteto Editora.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa : Grávida. (Trabalho original publicado em 1995).
- Rahman, M., & Jackson S. (2010). *Gender and sexuality: Sociological approaches*. (1ª ed.) Cambridge: Polity Press.
- Ramiro, L., Reis, M., Matos, M. G., Diniz, J. A., & Simões, C. (2011). Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(1), 11-21. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70003-7](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70003-7)
- Ramos, J. A., Fialho, M. C. & Rodrigues, N. S. (Coord.). (2009). *A Sexualidade no mundo antigo*. Porto: Clássica – Artes Gráficas.
- Ramos, N. (2009a). Multiculturalidade e comunicação em saúde. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos, & O.P. Ribeiro (Coord.), *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para um Melhor Cuidar* (pp. 67-82). Loures: Lusociência.
- Ramos, N. (2009b). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 17 (1), 1-11. Retirado de <http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/Methodista-SP/MUD/v17n01/v17n01a01.pdf>

Ramos, N. (2012b). Migração, maternidade e saúde. *Repertório*, Salvador. (18), 84-93.

Retirado de

<https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/3128/1/maternidade%20e%20migra%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Ramos, N., (2008). A diversidade da cultural da cidade: problemas e desafios. In L. Rubim & N. Miranda (Org.), *Transversalidades da Cultura* (pp.133-179). Salvador:

Universidade Federal da Bahia. Retirado de

<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/140/1/Transversalidades%20da%20Cultura.pdf>

Ramos, N., (2012a). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista inter-legere*, 11, 30-51.

Retirado de <http://www.periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300/3505>

Ramos, R. D., Eira, C., Martins, A., Machado, A., Bordalo, A., & Polónia, Z. (2008).

Atitudes, comunicação e comportamentos face à sexualidade numa população de jovens em Matosinhos. *Arquivos de Medicina*, 22(1), 3-15. Retirado de

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v22n1/v22n1a01.pdf>

Ramos, V., Carvalho, C. C., & Leal, I. P. (2005). Atitudes e comportamentos de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*. 23 (2), 173-

185. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a08.pdf>

Regnerus, M., Price, J., & Gordon, D. (2017). Masturbation and partnered sex: Substitutes or complements? *Archives of Sexual Behavior*, 46(7), 2111-2121.

<https://doi.org/10.1007/s10508-017-0975-8>

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 105-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.001>

- Ribeiro, O. P. (2009). Multiculturalidade e o ensino da enfermagem. In J. C. R. Lopes, M. C. Santos, M. S. D. Matos, & O.P. Ribeiro (Coord.), *Multiculturalidade Perspectivas da Enfermagem Contributos para um Melhor Cuidar* (pp 83-101). Loures: Lusociência.
- Rocca, C. H., & Harper, C. C. (2012). Do racial and ethnic differences in contraceptive attitudes and knowledge explain disparities in method use? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 44(3), 150-158. <https://doi.org/10.1363/4415012>
- Rosas, J. C. (2007). Sociedade multicultural: Conceitos e modelos. *Diversidade e Identidade Nacional na União Europeia: Desafios Multiculturais*. Conferência apresentada na Sala do Senado da Reitoria da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa (citado com autorização do autor) Retirado de [http://www.ipri.pt/eventos/pdf/PE\\_JCR\\_site.pdf](http://www.ipri.pt/eventos/pdf/PE_JCR_site.pdf)
- Salud, M. C, Marshad, H. H., Natto, Z. S., & Montgomery, S. (2014). Exploring HIV-testing intentions in young Asian/Pacific Islander (API) women as it relates to acculturation, theory of gender and power (TGP), and the AIDS risk reduction model (ARRM). *AIDS Care*, 26(5), 642-647. doi:10.1080/09540121.2013.841836
- Santos, A. (2002). *Antropologia geral: Etnografia, etnologia, antropologia social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, A. E. A., Leão, F. M., Araújo, L. S., & Ferreira, L. T. H. (2011). Sexual e reprodutiva: direitos e desafios em um mundo multicultural. *Simulação das Nações Unidas para Secundaristas* (10ª Ed.) Retirado de <http://www.sinus.org.br/2011/press/downloads/oms.pdf>
- Scheppers, E., Dongen, E., Dekker, J. & Getzen, J. (2006). Potencial barriers to the use of health services among ethnic minorities: e review. *Family Practice*, 23, 325-348. doi:10.1093/fampra/cmi113
- Schlagintweit, H. E., Bailey, K., & Rosen, N. O. (2016). A new baby in the bedroom: Frequency and severity of postpartum sexual concerns and their associations with

- relationship satisfaction in new parent couples. *Journal of Sexual Medicine*, 13(10), 1455-1465. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.006>
- Schröder, J., & Schmiedeberg, C. (2015). Effects of relationship duration, cohabitation, and marriage on the frequency of intercourse in couples: Findings from German panel data. *Social Science Research*, 52, 72-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.01.009>
- SEF/Gabinete de Estudos, Planeamento e Formação[GEPF]. (2013). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo - 2012*. SEF/Gabinete de Estudos, Planeamento e Formação.  
Retirado de <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa%202012.pdf>
- SEF/GEPF. (2015). *Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2014*. M. J. Ribeiro (Coord.), Dias, P., Machado, R. & Ferreira A. P. Oeiras: SEF. Retirado de [https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2014.pdf](https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf)
- Semprini, A. (1997). *Le multiculturalisme*. Paris: Presses Universitaires de France.  
Collection: “Que sais-Je?”. Retirado de <http://www.semprini.fr/page15/page1/files/Multiculturalisme.pdf>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras [SEF]. (2006). *Relatório de actividades 2006: imigração, fronteiras e asilo*. Retirado de [http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa\\_2006.pdf](http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2006.pdf)
- Silva, A. C., & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes – uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal, In S. Dias (Org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, 1, Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, Instituto Público [ACIDI, IP], pp. 155-159. Retirado de [http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista\\_1/migracoes1\\_art8.pdf](http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Revista_1/migracoes1_art8.pdf)
- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1987). A sexual scripts Approach. In J. H. Geer & W. T. O’Donohue (Eds), *Theories of Human Sexuality* (pp.363-383). New Yourk: Plenum Press.

- Simon, W., & Gagnon, J.H. (2003). Sexual scripts. In R. Parker & P. Aggleton (Eds), *Culture, Society and Sexuality: A reader* (pp.29 -37). London : Routledge. (Publicação original 1999).
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L. & Onda, T. (2018). *Abortion worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute. Retirado de [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf)
- Stampino, V. (2007). Improving access to multilingual health information for newcomers to Canada. *Journal of the Canadian Health Libraries Association*, 28, 15-18. Retirado de <https://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/jchla/article/viewFile/22666/16893>
- Stronks, K., Ravelli, C. & Reijneveld, A. (2001). Imigrants in Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55, 701-707.  
doi:10.1136/jech.55.10.701
- Távora-Tavira, L., Teodósio, R., Seixas, J., Prieto, E., Castro, R., Exposto, F., et. al. (2007). Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal: estudo de base resultane do projecto EpiMigra, In S. Dias (Org.), *Revista Migrações – Número temático imigração e saúde*, Lisboa: ACIDI, (1), 129-139.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is Not a Natural Act & Other Essays*. Boulder: Westview Press.
- Tiefer, L., (2000). The social construction and social effects of sexual research: The sexological model of sexuality. In C. B. Travis & J. W. White (Eds.), *Sexuality, Society, and Feminism*. Washington, D.C, US: American Psychological Association. 8, 79-107. <http://dx.doi.org/10.1037/10345-004>
- Titiev, M. (2009). *Introdução à antropologia cultural* (10ª ed.). Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian. (Trabalho original em inglês, publicado em 1959).

- Topa, J., Neves, S. & Nogueira, C. (2013). Imigração e saúde: a (in)acessibilidade das mulheres imigrantes aos cuidados de saúde. *Saúde Social*, 22(2), 328-341.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200006>
- Transcultural Skills For Health and Care [T-Share]. (2012). *Standards and guidelines for practice and training*. Lisboa: Centro em Rede de Investigação em Antropologia.
- United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR] (2014). *Female genital mutilation & asylum in the European Union: A statistical update*. Retirado de <http://www.unhcr.org/53187f379.pdf>
- UE (2007). *Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre Saúde e Migrações (Parecer exploratório)*. Bruxelas, 11 de julho de 2007. Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1F727403-6803-4C7A-861A-F8B3ADDADADF/0/parecerCESE.pdf>
- United Nations. (2013, setembro). *The number of international migrants worldwide reaches 232 million. Population Facts. N° 2013/2*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Retirado de [http://esa.un.org/unmigration/documents/The\\_number\\_of\\_international\\_migrants.pdf](http://esa.un.org/unmigration/documents/The_number_of_international_migrants.pdf)
- Usher, E. (2005). The millenium developement goals and migration. *Migration Research Series N.20*. Geneva: Internacional Organization for Migration [IOM]. Retirado de <http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS20.pdf>
- Vieira, C. P. (2012). *“Eu faço sexo amoroso” – A sexualidade dos jovens pela voz dos próprios*. (1ª ed.). Lisboa: Editorial Bizâncio.
- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N. & Carvalho, L. (2011). Estudo EPISSEX-PT/Masculino: prevalência das dinfunções sexuais masculinas em Portugal. *ISEX Cadernos de Sexologia*, 4,15-22.

- Vendeira, P., Pereira, N. M., Tomada, N. & Carvalho, L. (2011). Estudo EPISEX-PT/Feminino: prevalência das disfunções sexuais femininas em Portugal. *ISEX Cadernos de Sexologia*, 4,7-14.
- Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre a educação sexual num contexto de mudança. In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Coord.), *A Sexologia – perspectiva multidisciplinar II* (pp.155-183). Coimbra: Quarteto Editora.
- Wiederman, M. W. (2001). *Understanding sexuality research*. Belmont: Wadsworth/Thomson Learning.
- Wood, P. L. (2012). Teenage sexuality in different cultures. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(4), 228-232. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2011.05.003>
- World Health Organization [WHO] (2006). Defining sexual health: report of a technical consultation on a sexual health, 28-31 January 2012. Geneva, World Health Organization. Retirado de [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)
- Yahyaoui, A., Methni, M., Gaultier, S., & Lakhdar- Yahyaoui, D. B. H. (2013). Acculturative processes and adolescent sexuality: A comparative study of 115 immigrant adolescents from cultures influenced by Islam and 115 French adolescents from cultures influenced by Christianity. *International Journal of Intercultural Relations*, 37(1), 28-47. doi: 10.1016/j.ijintrel.2012.06.001

## **Apêndices**

**Apêndice 1.** Instrumento de investigação: “Sexualidade Multicultural” (Barroso, A. & Cardoso, J., 2012).

**Apêndice 2.** Exemplo de requerimento para solicitação de aplicação dos questionários.

**Apêndice 3.** Consentimento informado.

**Apêndice 4.** Descrição dos locais de aplicação do questionário.

**Apêndice 1.** Instrumento de investigação: “Sexualidade Multicultural” (Barroso, A. & Cardoso, J., 2012)

**SEXUALIDADE MULTICULTURAL**

(Barroso, A. &amp; Cardoso, J., 2012)

Número do Questionário \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: 1  Masculino 2  Feminino

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

4. Se não nasceu em Portugal, há quanto tempo vive neste país? \_\_\_\_\_

5. Nível de escolaridade:

1  Não frequentei a escola2  1º Ciclo3  2º Ciclo4  3º Ciclo5  Ensino Secundário6  Ensino Superior

6. Qual o seu nível de rendimento mensal?

1  Abaixo ou igual a 485€2  Entre 485€ e 1000€3  Acima de 1000€7. Revê-se em alguma religião/filosofia/confissão/Igreja? 1  Sim 2  Não

7.1. Se sim, qual?

1  Cristã4  Islâmica5  Budista6  Hindu7  Judaica8  Outra

8. Relação íntima:

8.1. Estado civil

1  Solteiro(a)2  União de Facto3  Casado(a)4  Divorciado(a)5  Viúvo(a)

*Caso actualmente não tenha qualquer relação íntima, não responda às questões 10.2/ 10.3 e 10.4.*

8.2. Conheceu o(a) seu(sua) companheiro(a) há quanto tempo? \_\_\_\_\_

8.3. Que idade tem o(a) seu(sua) companheiro(a)? \_\_\_\_\_

8.4. Vive com o(a) seu(sua) companheiro(a)? 1  Sim 2  Não

8.5. O(a) seu(sua) actual/antigo companheiro(a) é/era da mesma nacionalidade?

1  Sim

2  Não

8.6. A sua cultura/religião permite a poligamia? 1  Sim 2  Não 3  Desconheço

8.8. A sua cultura/religião permite a escolha do(a) companheiro(a)/cônjuge?

1  Sim 2  Não 3  Desconheço

8.9. Escolheu o(a) seu(sua) companheiro(a)/cônjuge? 1  Sim 2  Não

## 9. Orientação sexual

1  Heterossexual

2  Homossexual

3  Bissexual

9.1. Já teve algum contacto sexual com alguém do mesmo sexo? 1  Sim 2  Não

## 10. Sexualidade pré-conjugal

10.1. A sua cultura/religião permite relações sexuais antes do casamento?

1  Sim 2  Não 3  Desconheço

10.2. Teve relações sexuais antes do casamento? 1  Sim 2  Não

## 11. Contracepção

11.1. A sua cultura/religião permite uso de contraceptivos? 1  Sim 2  Não 3  Desconheço

11.2. Onde ou com quem adquiriu conhecimentos sobre os métodos contraceptivos?

1  Colegas/amigos

2  Médico

3  Enfermeiro

4  Escola

5  Família

6  Outros

## 11.3. Contraceptivos – Informação/ Utilização/ Proibição

Contraceptivos	11.3.1. Qual (quais) o(s) contraceptivo(s) que conhece?	11.3.2. Qual (quais) o(s) contraceptivo(s) que utiliza?	11.3.3. Existe algum (alguns) contraceptivo(s) proibido(s) por motivos culturais/religiosos?
<sup>1</sup> Todos			
<sup>2</sup> Nenhum			
<b>Contraceção Hormonal</b>			
<sup>3</sup> Pílula contraceptiva			
<sup>4</sup> Anel vaginal			
<sup>5</sup> Adesivo			
<sup>6</sup> Injecção			
<sup>7</sup> Implante			
<sup>8</sup> Dispositivo Intra-Uterino (DIU)			
<b>Preservativo</b>			
<sup>9</sup> Feminino			
<sup>10</sup> Masculino			
<sup>11</sup> Diafragma			
<sup>12</sup> Espermicida			
<b>Métodos naturais</b>			
<sup>13</sup> Métodos de conhecimento do período fértil ou de auto observação			
<sup>14</sup> Coito interrompido			
<b>Contraceção Cirúrgica</b>			
<sup>15</sup> Vasectomia			
<sup>16</sup> Laqueação das trompas			
<sup>17</sup> Contraceção hormonal de emergência			

**Respondentes do sexo feminino:**

- 11.4. Já recorreu à contraceção de emergência (também conhecida como pílula do dia seguinte)?  
 1 Sim  2 Não
- 11.4.1. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_
- 14.4.1.1. Onde a adquiriu?
- 1  Farmácia  
 2  Centro de Saúde  
 3  Hospital  
 4  Amigo/Familiar  
 5  Outro

**Respondentes do sexo masculino:**

- 11.5. A sua companheira já recorreu à contraceção de emergência (também conhecida como pílula do dia seguinte)?  
 1 Sim  2 Não
- 11.5.1. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_
- 11.5.1.1. Onde a adquiriu?
- 1  Farmácia  
 2  Centro de Saúde  
 3  Hospital  
 4  Amigo/Familiar  
 5  Outro

11.6. O seu companheiro participa na escolha do contraceptivo? 1  Sim 2  Não

11.6.1 Usaria um método contraceptivo mesmo que o seu companheiro não concordasse?  
 1  Sim 2  Não

11.7. Participa na escolha do método contraceptivo? 1  Sim 2  Não

11.7.2. Pensa que a sua companheira usaria um método contraceptivo mesmo se você não concordasse? 1  Sim 2  Não

12. Interrupção voluntária da gravidez (IVG)

12.1. Concorda com a interrupção voluntária da gravidez (IVG)?

1  Sim 2  Não 3  Nem concordo, nem discordo

12.2. A sua cultura/religião permite IVG? 1  Sim 2  Não 3  Desconheço



12.3. Faria uma IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

12.3.2. Já fez IVG? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

12.3.2.1. Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

12.3.2.2. Onde? <sub>1</sub>  Hospital <sub>2</sub>  Clínica privada <sub>3</sub>  Casa de alguém que faz



12.4. Apoiaria a sua companheira a fazer uma IVG mesmo sem ser permitido pela sua cultura/religião? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

12.4.1. A sua companheira já fez IVG? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

12.4.1.1. Se sim, quantas? \_\_\_\_\_

12.4.1.2. Onde? <sub>1</sub>  Hospital <sub>2</sub>  Clínica privada <sub>3</sub>  Casa de alguém que faz

### 13. Filhos

13.1. Tem filhos? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

13.1.1. Quantos? \_\_\_\_\_

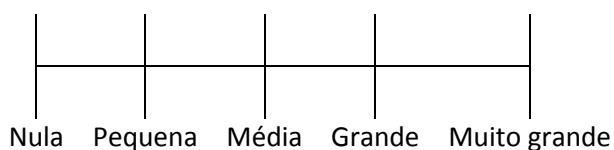
13.1.1.1. Foram gravidezes planeadas? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

13.1.1.2. Quantas gravidezes foram planeadas? \_\_\_\_\_

### 14. Preservativo

14.1. Já alguma vez usou preservativo? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

14.2. Se sim, com que frequência utiliza o preservativo?



14.3. No seu ponto de vista, qual o principal objectivo do preservativo?

<sub>1</sub>  Evitar a gravidez

<sub>2</sub>  Proteger contra as infecções sexualmente transmissíveis

<sub>3</sub>  Ambas

<sub>4</sub>  Nenhuma

<sub>5</sub>  Outra(s)

## 15. Sexo pago

15.1. Já alguma vez recorreu a sexo pago? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

15.2. Com que frequência?

Nula	Pequena	Média	Grande	Muito grande

## 16. Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

16.1. Já ouviu falar de IST's? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

16.2. Quais a IST's que conhece?

- <sub>1</sub>  Infecção pelo VIH/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)
- <sub>2</sub>  Clamídia
- <sub>3</sub>  Gonorreia
- <sub>4</sub>  Herpes genital
- <sub>5</sub>  Hepatite B
- <sub>6</sub>  Vírus do Papiloma Humano
- <sub>7</sub>  Sífilis
- <sub>8</sub>  Infecções por tricomonas
- <sub>9</sub>  Outra

## 17. Vida sexual actual

17.1. Que importância atribui à sua vida sexual?

Nula	Pequena	Média	Grande	Muito grande

17.2. Como classifica o seu desejo sexual?

Nulo	Pequeno	Médio	Grande	Muito grande

17.3. Como classifica o desejo sexual do(da) seu(sua) companheiro(a)?

Nulo	Pequeno	Médio	Grande	Muito grande

17.4 Qual a frequência média com que tem relações sexuais? (caso não tenha relações sexuais, assinale "0" – Zero)

	Mês
Número de vezes	

17.5. Existe alguma situação em que não possa ter relações sexuais? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

17.5.1. Se sim, qual(uais)?

- <sub>1</sub>  Gravidez  
<sub>2</sub>  Época religiosa  
<sub>3</sub>  Durante o período menstrual  
<sub>4</sub>  Outra

18. Masturbação

18.1. A sua cultura/religião permite a masturbação? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não <sub>3</sub>  Desconheço

18.2. Masturba-se? <sub>1</sub>  Sim <sub>2</sub>  Não

21.2.1 Se sim, com que frequência?

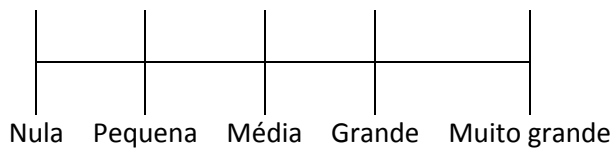
Nula	Pequena	Média	Grande	Muito grande

19. Satisfação sexual

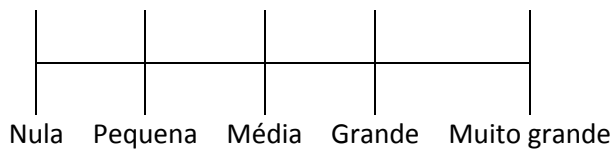
19.1. Qual o grau de satisfação sexual proporcionado pela sua vida sexual?

Nulo	Pequeno	Médio	Grande	Muito grande

19.2. Como classifica a sua capacidade de proporcionar satisfação sexual ao(à) seu(sua) companheiro(a)?



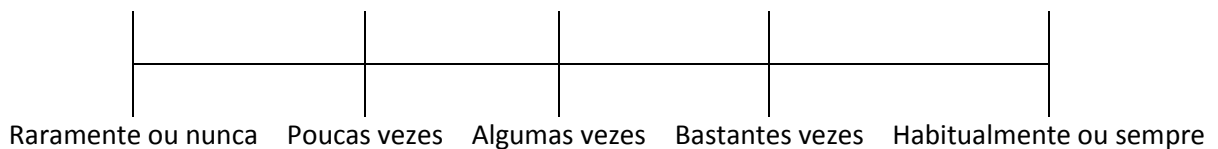
19.3. Como classifica a sua disponibilidade em falar, com o(a) seu(sua) companheiro(a), sobre aspectos da vida sexual?



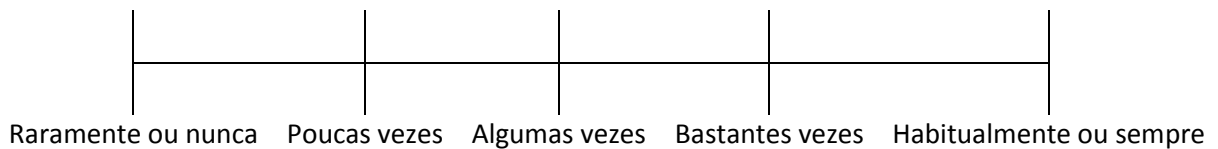
20. História das dificuldades sexuais - Femininas

20.1. Já teve algum tipo de dificuldade sexual? 1  Sim 2  Não

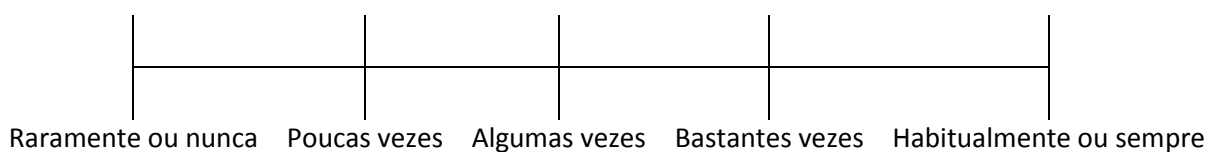
20.2. Já teve falta de desejo sexual?



20.3. Já teve dificuldades em obter ou manter uma lubrificação vaginal adequada?



20.4. Já sentiu dor associada à relação sexual?





20.5. Já ocorreu ser impossível a penetração devido à contracção da vagina?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

20.6. Já teve dificuldades em obter o orgasmo?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

20.7. Já recorreu a algum técnico de saúde para tratar de alguma dificuldade sexual?

1  Sim

2  Não

20.7.1. Tem algum problema de saúde? 1  Sim 2  Não



21. História das dificuldades sexuais Masculinas

21.1. Já teve algum tipo de dificuldade sexual? 1  Sim 2  Não

21.2. Já teve falta de desejo sexual?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

21.3. Já teve dificuldades em obter ou manter a erecção?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

21.4. Já teve episódios em que ejaculou mais rapidamente do que aquilo que gostaria?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre



21.5. Já teve episódios em não ejaculou ou ejaculou mais tarde do que aquilo que gostaria?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

21.6. Já teve dificuldades em obter o orgasmo?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

21.7. Já recorreu a algum técnico de saúde para tratar de alguma dificuldade sexual?

1  Sim

2  Não

21.7.1. Tem algum problema de saúde? 1  Sim 2  Não

22. Atitudes face ao corpo

22.1. Gosta do seu corpo?

Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou sempre

22.2. Mudaria algo no seu corpo? 1  Sim 2  Não

23. Circuncisão feminina

23.1. Sabe o que é a circuncisão feminina? 1  Sim 2  Não

23.1.1. Se sim, onde ouviu falar?

1  Colegas/amigos

2  TV

3  Rádio

4  Escola

5  Família

6  Outro(s)

Qual (quais)? \_\_\_\_\_

23.2. A sua cultura defende a circuncisão feminina? 1  Sim 2  Não 3  Desconheço

♀ [ 23.3. Foi alvo de circuncisão? 1  Sim 2  Não

23.4. Conhece alguém alvo de circuncisão feminina? 1  Sim 2  Não

## 24. Circuncisão masculina

24.1. Sabe o que é a circuncisão masculina? 1  Sim 2  Não

24.1.1. Se sim, onde ouviu falar?

1  Colegas/amigos

2  TV

3  Rádio

4  Escola

5  Família

6  Outro(s)

24. 2. A sua cultura defende a circuncisão masculina? 1  Sim 2  Não 3  Desconheço

♂ [ 24.3. Foi alvo de circuncisão? 1  Sim 2  Não

24.4. Conhece alguém alvo de circuncisão masculina? 1  Sim 2  Não

## 25. Sexualidade - Opinião

25.1. Que importância atribui à sexualidade?

Nula	Pequena	Média	Grande	Muito grande

Obrigada pela sua colaboração!

**Apêndice 2.** Exemplo de requerimento para solicitação de aplicação do instrumento.

Exmo. Sr. Presidente da

Mon Na Mon - Associação de Filhos e Amigos da Guiné-Bissau

**Assunto:** Pedido de autorização da aplicação de questionário do estudo: “Sexualidade Multicultural” (Muito Urgente)

Chamo-me Ana Barroso, sou enfermeira e aluna do Mestrado Transdisciplinar em Sexologia - Especialidade Sexualidade Humana na Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Lusófona de Humanidades e Letras de Lisboa.

Ao frequentar o mestrado em Sexologia e exercendo, durante cerca de dois anos, enfermagem no serviço de Planeamento Familiar e Saúde Materna na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Corroios apercebi-me das diferenças culturais presentes nos utentes que acediam àquele serviço.

Atendendo:

- a que os profissionais de saúde devem ser culturalmente competentes, sendo conhecedores das diferentes práticas exercidas pelas diferentes culturas;
- a que Portugal é um país de grande diversidade cultural;
- à escassez de conhecimento científico na área da Sexologia relativo às diversas culturas;
- ao interesse pessoal em demonstrar a influência da cultura na Sexualidade Humana, decidi dedicar o estudo a minha tese de mestrado ao tema «Sexualidade Multicultural».

A amostra será constituída por homens e mulheres adultos provenientes dos seguintes países: Portugal; Brasil; Angola; Guiné-Bissau; S. Tomé e Príncipe; e Cabo Verde.

O instrumento aplicado será um questionário («Sexualidade Multicultural, Barroso & Cardoso, 2012»).

Assim, para que seja possível aumentar o conhecimento nesta área, venho por este meio solicitar a V. Exa. apoio no sentido de aplicar o questionário junto de cidadãos Guineenses.

Estarei disponível para qualquer questão.

Desde já agradeço a disponibilidade

Pede deferimento.

Atenciosamente,

Ana Barroso

---

Tel. 9 [REDACTED]

E-mail: [anabarroso87@hotmail.com](mailto:anabarroso87@hotmail.com)

**Apêndice 3. Consentimento informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Declaro que me foram explicados, e por mim entendidos, os objectivos deste estudo, sendo a minha participação inteiramente voluntária e tendo o direito de desistir a qualquer momento.

Assinatura/Rúbrica:

Entrevistado:

Investigadora:

**Apêndice 4:** Descrição dos locais de aplicação do questionário.

Inicialmente, a recolha de dados realizou-se na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Corroios<sup>42</sup> [UCSPC], na sala de espera para a Consulta de Planeamento Familiar e Saúde da Mulher<sup>43</sup>. O inquérito neste local decorreu durante os dias 31 de julho ao 2 de agosto de 2012 e do 6 ao 9 de agosto de 2012.

As associações e as ONG's que responderam afirmativamente à participação no nosso estudo foram:

Associação Académica de Quadros Guineenses [ASAG], aplicação no questionário no meio pelos próprios;

Associação Apoio Sem Limite [ASLI] indicou-nos o Torneio de Futebol da Lusofonia, aplicação no questionário no dia 10 novembro de 2012;

Associação Caboverdiana, aplicação do questionário nos dias 26 de junho e 9 de setembro de 2012;

Associação da Comunidade de São Tomé e Príncipe [ACOSP] indicou-nos o Encontro Nacional de Habitantes de São-Tomé e Príncipe em Portugal, no salão paroquial da Igreja do Laranjeiro, aplicação do questionário no dia 11 de novembro de 2012;

Associação das Mulheres de São-Tomé e Príncipe em Portugal [MEN-NON], aplicação do questionário nos dias 17 de novembro e 15 de dezembro de 2012;

Associação de Apoio ao Estudante Africano e Comunidades [AAEAC], aplicação no questionário no meio pelos próprios;

Associação de Promotores de Saúde Ambiente e Desenvolvimento Sócio Cultural [PROSAUDESC], aplicação do questionário no dia 29 de setembro de 2012;

Associação de Reformados de Corroios, aplicação do questionário no dia 20 julho de 2012;

Associação dos Estudantes Angolanos em Portugal [AEA-P], aplicação no questionário no meio pelos próprios;

---

<sup>42</sup> A UCSPC serve uma população multicultural.

<sup>43</sup> Serviço onde até então tinha exercido funções como enfermeira, o que facilitou a adesão ao preenchimento do mesmo por homens e mulheres.

Associação dos Residentes Angolanos no Concelho de Odivelas [ARACODI], forneceu-nos contactos de outras associações, contacto estabelecido no dia 5 de outubro de 2012;

Associação Guineense de Solidariedade Social [AGUINENSO], aplicação do questionário nos dias 3 e 12 de outubro e 9 de novembro de 2012;

Associação Solidariedade Imigrante, Associação para a Defesa dos Direitos dos Imigrantes, aplicação do questionário no dia 26 de junho de 2012;

Bué Fix – Associação de Jovens, aplicação do questionário no dia 15 de setembro de 2012;

Casa do Brasil de Lisboa, aplicação do questionário nos dias 26 de julho e 6 e 29 de agosto de 2012;

Casa do Povo de Corroios, aplicação do questionário nos dias 3, 7, 10, 14 de setembro de 2012;

Casa Internacional de S. Tomé e Príncipe, aplicação do questionário no dia 12 de dezembro de 2012;

Centro Cultural e Juvenil de Sto. Amaro “Casa Amarela de Corroios” Almada, aplicação do questionário nos dias 13 e 14 de setembro de 2012.

Com o intuito de atingir o tamanho da amostra desejado, contactámos Consulados e Embaixadas, em baixo indicados:

Consulado da República de São-Tomé e Príncipe em Lisboa, não aplicámos questionários no Consulado, mas este contacto dirigiu-nos a associações santomenses. Reunião realizada no dia 31 de agosto de 2012;

Consulado Geral da Guiné-Bissau em Lisboa, aplicação do questionário nos dias 7 de setembro; 13, 26 e 27 de novembro e 3 e 4 de dezembro de 2012;

Consulado Geral da República de Angola, não aplicámos questionários no Consulado, mas este contacto dirigiu-nos à Associação Apoio Sem Limite [ASLI]. Reuniões realizadas nos dias 11, 15 e 25 de outubro de 2012.

Consulado-Geral do Brasil em Lisboa, aplicação do questionário nos dias 29 e 30 de agosto; 3, 4, 6, 10 e 13 de setembro de 2012;

Embaixada de Cabo Verde em Lisboa, aplicação do questionário nos dias 27 e 28 de agosto; 7, 11, 17, 19 e 20 de setembro de 2012.

A aplicação do questionário também ocorreu no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante [CNAI] do Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural [ACIDI-IP], onde fomos acolhidos pelo Gabinete de Acolhimento e Triagem [GAT] e pelo Gabinete de Apoio Técnico às Associações de Imigrantes (Lisboa) – [GATAI], nos dias 25, 26, 27 de setembro e 8, 9 e 10 de outubro de 2012.

Através de informadores qualificados, fomos convidados para aplicar o questionário em eventos como:

“Encontro Nacional de Habitantes de São-Tomé e Príncipe em Portugal”, no salão paroquial da Igreja do Laranjeiro, aplicação do questionário decorreu no dia 11 de novembro de 2012;

“Dia da Comunidade Guineense em Portugal”, no Mercado da Ribeira no dia 10 de novembro de 2012;

Jogo de futebol da Ameixoeira, aplicação do questionário no dia 6 de outubro 2012;

Torneio de Futebol “Jogo da Lusofonia”, na Reboleira, no dia 10 novembro de 2012.

Acompanhámos os Médicos do Mundo de Portugal para a aplicação do questionário nos Bairros da Quinta da Serra, no Prior Velho e Bairro da Quinta da Fonte, na Apelação, nos dias 7 e 8 de novembro de 2012;

A aplicação do questionário decorreu em locais de caris religioso:

Salão Paroquial da Igreja do Campo Grande, no dia 18 de novembro de 2012;

Igreja Evangélica Corpo de Deus, em Saldanha, no dia 25 de novembro de 2012;

Salão Paroquial da Igreja da Quinta do Mocho, nos dias 2 e 8 de dezembro de 2012;

Monte Abraão, no dia 27 de janeiro de 2013.

Muitas outras pessoas (a quem agradecemos no início da dissertação), informadores qualificados, indicaram-nos locais para a realização do inquérito e disponibilizaram-se para a realização do mesmo no seu meio social.