



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA JORGE MENDES MARTINS

***Necessidades e Acesso ao Planeamento Familiar e Satisfação com a
Saúde Sexual e Reprodutiva em Mulheres Imigrantes em Portugal***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

INÊS FIGUEIREDO, MD

LUIZ MIGUEL SANTIAGO, MD, PhD

ABRIL/2021

Necessidades e Acesso ao Planeamento Familiar e Satisfação com a Saúde Sexual e Reprodutiva em Mulheres Imigrantes em Portugal

Needs and Access to Family Planning and Sexual and Reproductive Health Satisfaction of Immigrant Women in Portugal

AUTORES:

Ana Jorge Mendes Martins

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Categoria: Estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Categoria: Professor Associado com Agregação; Médico Assistente Graduado Sénior em Medicina Geral e Familiar

Inês Jorge de Figueiredo

Afiliação: Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal; Universidade da Beira Interior; USF Lusitana, ACeS Dão Lafões

Categoria: Assistente Convidada da Unidade Curricular de Medicina Humanitária; Assistente de Medicina Geral e Familiar

Endereço de correio eletrónico: ana.jorge.mm@hotmail.com

ÍNDICE

Abreviaturas	3
Índice de Figuras.....	4
Índice de Tabelas	4
Resumo.....	5
Abstract.....	7
Introdução	9
Materiais e Métodos	11
Resultados	15
Discussão.....	23
Conclusão	27
Agradecimentos	28
Referências.....	29
Anexos	33

ABREVIATURAS

ONU	Organização das Nações Unidas
PF	Planeamento Familiar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
n	Número de mulheres imigrantes em Portugal da amostra
p	Valor “p” de significância

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas de desenvolvimento e realização do estudo.....	11
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas relacionadas com a imigração por grupo etário.	15
Tabela 2 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas não relacionadas diretamente com a imigração.	16
Tabela 3 - Necessidades de contraceção e a perceção da possibilidade de gravidez.....	17
Tabela 4 - Distribuição das frequências dos métodos contracetivos utilizados.	17
Tabela 5 - Distribuição das frequências de respostas a questões sobre acesso ao PF.....	18
Tabela 6 - Associação entre características sociodemográficas e necessidades não atendidas de PF, ter realizado consulta de PF e conhecer onde obter métodos de PF gratuitamente. .	20
Tabela 7 - Distribuição das frequências de respostas relativas à satisfação com aspetos da SSR.....	21

RESUMO

Introdução: Estudos em países europeus apontam para que muitas mulheres imigrantes possam ter necessidades de planeamento familiar não atendidas e que o acesso ao planeamento familiar seja inequitativo. Em Portugal conhecem-se poucos dados sobre este tema. O principal objetivo deste estudo foi conhecer as necessidades de contraceção, o acesso ao planeamento familiar e a satisfação com a saúde sexual e reprodutiva em mulheres imigrantes em Portugal.

Materiais e métodos: Estudo observacional e transversal, por aplicação de um questionário *online* a uma amostra de conveniência de mulheres imigrantes há mais de 6 meses em Portugal, a residir na zona centro do país, divulgado através de associações de imigrantes, entidades públicas ou particulares com contacto com esta população e redes sociais específicas. Foram questionadas características sociodemográficas; necessidades de contraceção e perceção sobre as mesmas; utilização, perceção e conhecimentos sobre os serviços de planeamento familiar; satisfação com número de filhos, contraceção e acesso aos serviços de planeamento familiar.

Resultados: Numa amostra de 137 mulheres imigrantes em Portugal, 10,9% tinham necessidades de contraceção não atendidas, 56,2% nunca realizaram uma consulta de planeamento familiar no país, 42,3% não conheciam um local/serviço onde obter métodos contraceptivos gratuitamente e 63,5% consideraram que deveriam recorrer a uma consulta de planeamento familiar. Quanto à satisfação com a saúde sexual e reprodutiva, verificamos maior insatisfação na facilidade em aceder e utilização dos serviços de planeamento familiar. O tempo de permanência em Portugal de 6 meses a 2 anos (OR=0,231, IC 95% 0,112-0,477, $p<0,001$) e ser-se de um país de origem latino-americano (OR=0,350, IC 95% 0,170-0,723, $p=0,004$) estavam associados a uma menor realização de consulta de planeamento familiar, enquanto uma maior realização desta consulta estava associada a estar há mais de 10 anos no país (OR=7,507, IC 95% 2,046-27,549, $p=0,001$) e ser-se de um país africano (OR=3,136, IC 95% 1,396-7,044, $p=0,005$). De forma semelhante, conhecer-se um local/serviço onde obter métodos de planeamento familiar gratuitamente estava associado ao tempo de permanência em Portugal e país de origem.

Discussão: A percentagem de mulheres imigrantes com necessidades de contraceção não atendidas foi superior à estimativa deste indicador para Portugal. Apesar dos serviços de saúde de planeamento familiar estarem disponíveis e serem gratuitos, o baixo conhecimento e utilização dos mesmos significam um desafio no seu funcionamento e publicitação, sobretudo para as imigrantes há menos tempo em Portugal.

Conclusão: Uma maior divulgação dos serviços de planeamento familiar disponíveis e da forma de aceder a estes por entidades e associações com contacto com esta população pode aumentar o acesso aos mesmos. É importante a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para o aconselhamento e informação sobre saúde sexual e reprodutiva a esta população.

Palavras-chave: Imigrantes, Saúde da Mulher, Planeamento Familiar, Serviços de Planeamento Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

Background: Studies in European countries point out that many immigrant women may have unmet needs for family planning and that the access to family planning is unequal. In Portugal, little data is known on this topic. The main objective of this study was to investigate family planning needs, access to family planning and sexual and reproductive health satisfaction of immigrant women in Portugal.

Materials and methods: An observational and cross-sectional study was carried out using an online questionnaire applied to a snowball sample of immigrant women living for more than 6 months in Portugal, and residing in the central region of the country at that moment. The questionnaire was applied through immigrant associations, and through public or private entities in contact with that population, as well as social networks. Sociodemographic characteristics; family planning needs and its perception; use, perception and knowledge about family planning services; satisfaction with the number of children, contraception and access to family planning services were questioned.

Results: From the 137 immigrant women in Portugal questioned, 10.9% had unmet needs for family planning, 56.2% never had a family planning consultation in the country, 42.3% did not know a place/service where to obtain contraceptive methods for free, and 63.5% considered that they should resort to a family planning consultation. As for sexual and reproductive health satisfaction, we found that dissatisfaction in the ease of accessing and using family planning services was greater. The length of stay of 6 months to 2 years in Portugal (OR = 0.221, 95% CI 0.112-0.477, $p < 0.001$) and being from a Latin American country (OR = 0.350, 95% CI 0.170-0.723, $p = 0.004$) were associated with having attended less family planning consultation, while having attended more family planning consultation was associated with the length of stay of 10 years (OR = 7.507, 95% CI 2.046-27.549, $p = 0.001$) and being from an African country (OR = 3,136, 95% CI 1,396-7,044, $p = 0,005$). Similarly, knowing a place/service where to obtain family planning methods for free was also associated with the length of the stay in Portugal and with the country of origin.

Discussion: The percentage of immigrant women with unmet needs for family planning was higher than the estimate of this indicator for Portugal. Although family planning services are available and free of charge, the lack of knowledge and low use represents a challenge in the functioning and publicity of services, especially for immigrants with a shorter length of stay in Portugal.

Conclusion: Greater dissemination of the family planning services and the way to access these services through entities and associations in contact with this population can increase

access. It is important to raise the awareness of health professionals for counselling and information on sexual and reproductive health for this population.

Keywords: Emigrants and Immigrants, Women's Health, Contraception, Family Planning Services, Sexual Health

INTRODUÇÃO

O terceiro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável visa atingir até 2030 uma saúde de qualidade para todos, através de várias metas, nas quais é incluída a necessidade de garantir universalmente o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR), nomeadamente ao planeamento familiar (PF) (1). O Plano de Ação para a SSR, de forma a atingir até 2030 a Agenda de Desenvolvimento Sustentável na Europa, destaca, através de objetivos, a importância da redução das necessidades não atendidas de PF e da criação e fortalecimento do acesso aos serviços de SSR para grupos populacionais com necessidades específicas, entre outros, reforçando a inclusão de grupos vulneráveis, em desvantagem ou de difícil acesso, onde se incluem os migrantes e refugiados (2). As estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) relativas às necessidades de PF indicam grande heterogeneidade entre países e, sobretudo, entre continentes. Em 2019, a prevalência de mulheres em idade reprodutiva com necessidades de contraceção não atendidas foi estimada em 6,6% em Portugal, 15,6% em África, 9,2% na Ásia e 6,6% na América do Sul (3).

Em Portugal, a população estrangeira tem vindo a aumentar, sendo que em 2019 cresceu 22,9% em relação ao ano prévio, contabilizando um total de 590 348 imigrantes com autorização para residir no país (4). Os 10 países cuja população é maioritariamente proveniente são, por ordem decrescente de representatividade, Brasil, Cabo Verde, Reino Unido, Roménia, Ucrânia, China, Itália, França, Angola, Guiné-Bissau (4). A lei portuguesa prevê que, independentemente da sua situação legal, os migrantes sejam igualmente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (5). Além disso, as consultas de PF e métodos contraceptivos disponibilizados pelos serviços de saúde públicos são gratuitos (6).

Estudos realizados na Europa demonstraram que, comparativamente com as mulheres nativas, as mulheres imigrantes apresentavam mais gravidezes não planeadas (7, 8), recorriam com maior frequência à interrupção voluntária da gravidez (7, 9-14) e a sua utilização de contraceção era inferior (9, 15-19). Outros dados indicaram que as mulheres imigrantes recebiam menos aconselhamento sobre contraceção que as mulheres nativas (7, 19) e revelaram o baixo conhecimento das mulheres imigrantes sobre os serviços de PF e da forma de aceder aos mesmos (20-24). As imigrantes provenientes de África e Ásia tendiam a utilizar menos os métodos e serviços de PF (15, 18, 25).

Estudos realizados em Portugal demonstraram números elevados de gravidez não planeada em imigrantes (26, 27), e dados da Direção-Geral da Saúde de 2018 reportaram que 20,76% das interrupções voluntárias da gravidez nesse ano foram efetuadas em mulheres de nacionalidade estrangeira, sendo que, neste grupo, as nacionalidades mais frequentes foram brasileira, cabo-verdiana, angolana, guineense e são-tomense (28). Estes dados poderão

indiciar que muitas mulheres imigrantes em Portugal possam ter necessidades de PF não atendidas. Relativamente ao acesso aos serviços de PF em Portugal, estudos realizados em amostras de imigrantes da região da Grande Lisboa e de estudantes do Instituto Politécnico de Bragança mostraram que a maioria destes nunca tinham realizado uma consulta de PF (29, 30). De facto, os dados relativos às necessidades e acesso ao PF em Portugal são escassos. Estes fatores poderão ser importantes na satisfação das mulheres com a sua SSR. Apesar disso, desconhecem-se estudos realizados na região centro do país sobre este assunto.

Desta forma, o presente estudo tem como objetivos conhecer, em mulheres imigrantes a residir na zona centro de Portugal, as necessidades de contraceção atendidas e não atendidas, o acesso ao PF, bem como a satisfação com a SSR. Ao analisarmos o acesso ao PF, objetivamos saber quais os conhecimentos e utilização dos serviços de PF pelas mulheres imigrantes. Pretendemos avaliar a relação entre as características sociodemográficas e as necessidades de contraceção e o acesso ao PF; a relação entre as necessidades de contraceção e o acesso ao PF; e a relação entre as necessidades e o acesso ao PF com a satisfação com a SSR.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Efetuámos um estudo observacional transversal, com dados obtidos após consentimento informado através de um questionário *online* de autopreenchimento, em língua portuguesa, anónimo e confidencial, aplicado a uma amostra de conveniência de mulheres imigrantes entre os 16 e 55 anos de idade a residir na zona centro de Portugal e há mais de 6 meses no país.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (Anexo I), tendo sido realizado em conformidade com os princípios éticos e legais.

As etapas de desenvolvimento e realização do estudo estão sumariadas na Figura 1.

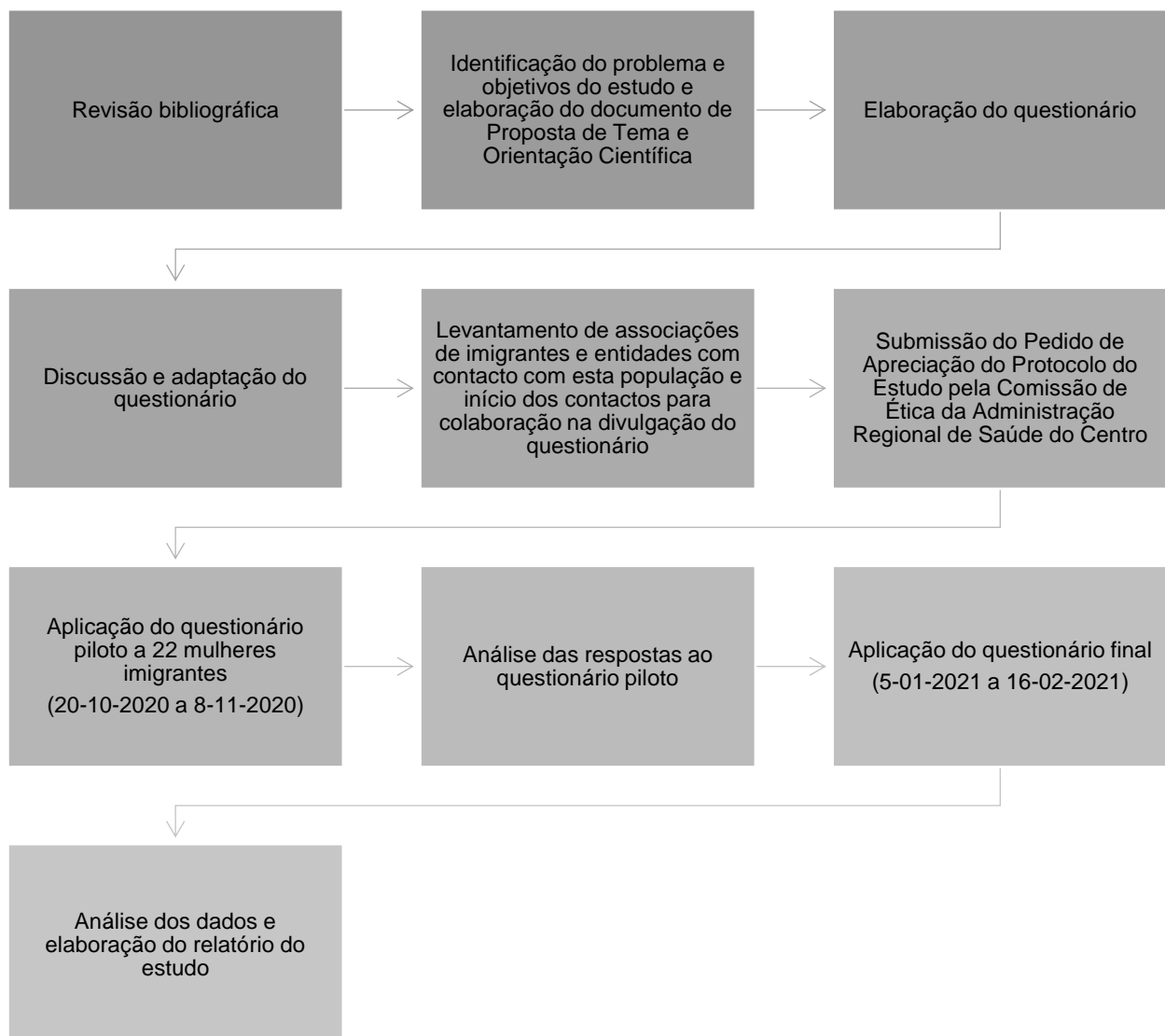


Figura 1 - Etapas de desenvolvimento e realização do estudo.

Seleção dos participantes

A seleção da amostra foi feita por conveniência através do envio por via eletrónica do *link* do questionário *online* que foi divulgado por associações de imigrantes e entidades com contacto com esta população, maioritariamente da zona centro. Através de um panfleto com o *link* e código QR, o questionário foi também divulgado por serviços de atendimento a imigrantes da zona centro de entidades públicas. Este questionário *online* foi ainda divulgado em grupos de imigrantes existentes na rede social *Facebook*, na maioria referentes à zona centro, com aceitação e/ou colaboração dos respetivos administradores. As associações de imigrantes e entidades com contacto com esta população que colaboraram na divulgação do questionário encontram-se listadas no Anexo II.

Recolha de dados

Questionário

O questionário (Anexo III) foi desenvolvido de novo para este estudo, tendo sido estruturado de acordo com os objetivos da investigação de forma a recolher dados sobre 4 tópicos: características sociodemográficas, necessidades de contraceção, acesso ao PF e satisfação com a SSR. De forma a avaliar as necessidades de contraceção e acesso ao PF, selecionamos e adaptamos questões do *Demographic and Health Surveys (Woman's Questionnaire)*, 8ª edição (31-33), para português e de acordo com a realidade portuguesa de serviços disponíveis no SNS. Adicionamos questões para avaliar a perceção da possibilidade de gravidez, perceção da necessidade de recorrer a consulta de PF e satisfação com aspetos da SSR (desejos reprodutivos, contraceção e acesso aos serviços de PF). Assim, o questionário inicial, com 54 perguntas, foi discutido em equipa de investigação, tendo sido reformuladas e eliminadas questões e opções de resposta, obtendo-se um questionário com 52 perguntas. Dada a extensão do mesmo e o facto de, para calcular as necessidades de contraceção, existirem questões específicas para determinados grupos de mulheres (por exemplo, grávidas ou mulheres que não estavam a fazer contraceção), criamos uma versão do questionário *online* que permitiu que cada mulher respondesse apenas às perguntas que mais se adequassem à sua situação, com base nas suas respostas anteriores.

De seguida, aplicamos este questionário piloto a 22 mulheres imigrantes em Portugal a residir na zona centro, com os objetivos de detetar lacunas na formulação e perceção do sentido das perguntas, conhecer o tempo de preenchimento e realizar análise fatorial dos dados obtidos. Com base nestes resultados, não foram efetuadas alterações relevantes ao questionário. Assim, o questionário final foi aplicado entre 5 de janeiro e 16 de fevereiro de 2021.

Variáveis em estudo

Dada a grande quantidade de dados recolhidos e impossibilidade de os analisar detalhadamente neste trabalho, selecionamos as questões mais relevantes para responder aos objetivos do estudo. Assim, obtivemos as seguintes variáveis, de acordo com as quatro secções do questionário:

1. Características sociodemográficas: idade, país de origem, tempo de permanência em Portugal, motivo de imigração, situação profissional, estado civil, religião, número de gravidezes e número de filhos.
2. Necessidades de contraceção: necessidades de contraceção, perceção da possibilidade de gravidez, utilização de contraceção, métodos contraceptivos utilizados, motivos de não utilização de contraceção.

Calculamos as necessidades de contraceção utilizando a definição revista de necessidades não atendidas de PF (31), com algumas adaptações com o intuito de simplificar o questionário. Para tal, consideramos 4 grupos, segundo a definição. As mulheres do grupo 1 usavam um método contraceptivo moderno¹. As mulheres dos grupos seguintes não usavam contraceção ou usavam um método tradicional²: do grupo 2 estavam grávidas ou em amenorreia pós-parto; do grupo 3 eram consideradas infecundas (não se incluindo no grupo 2, referiram não conseguir engravidar, menopausa/histerectomia, última menstruação há mais de 6 meses ou nunca menstruaram); do grupo 4 eram as restantes. Desta forma, determinamos as necessidades de contraceção em atendidas, não atendidas (para limitar ou espaçar) ou sem necessidades:

- Necessidades atendidas: grupo 1;
- Necessidades não atendidas: grupo 2 que não desejavam a gravidez atual/anterior de todo (limitar) ou desejavam mais tarde (espaçar); grupo 4 que não referiram “não estou casada/não tenho um companheiro” e/ou “não tenho relações sexuais” e que não pretendiam ter um filho (limitar) ou que desejavam ter um filho após mais de 2 anos, após o casamento ou não sabiam (espaçar);
- Sem necessidades: grupo 2 que desejavam a gravidez atual/anterior; grupo 3; grupo 4 que desejavam ter um filho brevemente/agora ou nos próximos 2 anos,

¹ Esterilização feminina, esterilização masculina, dispositivo/sistema intrauterino, injetável, adesivo, anel vaginal, implante subcutâneo, pílula contraceptiva, contraceção de emergência, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma/capa cervical, espermicidas, amenorreia da amamentação (se nascimento do último filho há menos de 2 anos e ainda não tenha menstruado, apesar disso, estas mulheres enquadram-se no grupo 2)

² Método baseado em sintomas peri-ovulatórios, método baseado no calendário, coito interrompido

ou referiram “não estou casada/não tenho um companheiro” e/ou “não tenho relações sexuais”.

3. Acesso ao PF: visitou um serviço de saúde em Portugal, realizou consulta de PF, conversou com um profissional de saúde de um serviço de saúde em Portugal sobre métodos de PF, considerava difícil obter métodos de PF, conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente, considerava que deveria recorrer a consulta de PF.
4. Satisfação com a SSR: número de filhos idealmente desejado; satisfação com: número de filhos, confiança na eficácia do método contraceptivo, contraceção, facilidade em aceder aos serviços de PF, utilização dos serviços de PF.

Criamos variáveis decorrentes das anteriormente apresentadas para a análise estatística inferencial. Descrevemos a operacionalização das variáveis no Anexo IV.

Análise de dados

Para a organização da base de dados e análise estatística, descritiva e inferencial, recorreremos aos *softwares Microsoft Office Excel e IBM SPSS Statistics 27*.

Obtivemos as frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e a média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas.

Utilizamos testes Qui-quadrado e testes exatos de Fisher, quando aplicável, para investigar a existência de associação entre variáveis qualitativas independentes referentes a características sociodemográficas, necessidades de contraceção, acesso ao PF e satisfação com a SSR.

Determinamos o coeficiente de correlação de Spearman para investigar a correlação entre variáveis ordinais referentes à satisfação com a SSR.

Recorremos a testes de Kruskal-Wallis para comparar variáveis quantitativas entre três ou mais grupos de mulheres de acordo com características sociodemográficas, dada a não normalidade das variáveis verificada com testes de Kolmogorov-Smirnov.

Para todas as análises consideramos um nível de significância $p < 0,05$.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Obtivemos 162 respostas, tendo sido excluídas 25 respostas (4 respostas duplicadas, 5 respostas de mulheres há menos de 6 meses no país e 16 respostas de não residentes na zona centro de Portugal), totalizando 137 respostas de mulheres imigrantes há pelo menos 6 meses no país, a residir na zona centro.

A média de idades foi $32,1 \pm 9,8$ anos, sendo a mediana 31, o mínimo 18 anos e o máximo 55 anos. Verificamos que a maioria das mulheres da amostra era natural de países da América Latina (65,0%), sobretudo do Brasil, seguida de África (24,8%), principalmente Angola e Moçambique, e outros países (10,2%), maioritariamente da Europa de Leste. A maioria da amostra (80,3%) estava há menos de 7 anos em Portugal. Os motivos de imigração mais frequentes foram estudar (47,4%), trabalhar (16,1%) e motivos familiares (32,1%). Outros motivos de imigração referidos foram segurança, qualidade de vida e desejo da experiência de imigração. As características sociodemográficas relacionadas com a imigração foram sintetizadas, por grupo etário, na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas relacionadas com a imigração por grupo etário.

	Idade (anos)				Total
	18-24	25-34	35-44	45-55	
Países de origem	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
América Latina*	21 (15,3%)	27 (19,7%)	26 (19,0%)	15 (10,9%)	89 (65,0%)
África**	17 (12,4%)	9 (6,6%)	5 (3,6%)	3 (2,2%)	34 (24,8%)
Outros***	5 (3,6%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	14 (10,2%)
Tempo em Portugal					
6 meses-2 anos	22 (16,1%)	19 (13,9%)	19 (13,9%)	8 (5,8%)	68 (49,6%)
3-6 anos	17 (12,4%)	13 (9,5%)	9 (6,6%)	3 (2,2%)	42 (30,7%)
7-10 anos	2 (1,5%)	4 (2,9%)	2 (1,5%)	2 (1,5%)	10 (7,3%)
Mais de 10 anos	2 (1,5%)	3 (2,2%)	4 (2,9%)	8 (5,8%)	17 (12,4%)
Motivo de imigração					
Estudar	31 (22,6%)	20 (14,6%)	10 (7,3%)	4 (2,9%)	65 (47,4%)
Trabalhar	5 (3,6%)	6 (4,4%)	6 (4,4%)	5 (3,6%)	22 (16,1%)
Constituir família	0 (0,0%)	1 (0,7%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	7 (5,1%)
Reunificação da família	4 (2,9%)	8 (5,8%)	6 (4,4%)	4 (2,9%)	22 (16,1%)
Outros motivos familiares	3 (2,2%)	2 (1,5%)	7 (5,1%)	3 (2,2%)	15 (10,9%)
Deslocação forçada	0 (0,0%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,5%)
Outros	0 (0,0%)	1 (0,7%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)	4 (2,9%)
Total	43 (31,4%)	39 (28,5%)	34 (24,8%)	21 (15,3%)	137 (100,0%)

*Brasil (n=85); Venezuela (n=2); Cuba (n=2)

**Angola (n=16); Moçambique (n=8); Cabo Verde (n=4); Guiné-Bissau (n=4); Congo (n=1); São Tomé e Príncipe (n=1)

***Ucrânia (n=7); Moldávia (n=3); República Checa (n=1); França (n=1); Espanha (n=1); China (n=1)

Das mulheres provenientes da América Latina, 61,8% estavam há menos de 2 anos no país e 27,0% imigraram há 3 a 6 anos. Das mulheres africanas, 32,4% estavam há menos de 2 anos no país e 47,1% há 3 a 6 anos. Por último, 50% das mulheres provenientes de outros países estavam em Portugal há mais de 10 anos.

As características sociodemográficas referentes à situação profissional, estado civil e religião descreveram-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das frequências das características sociodemográficas não relacionadas diretamente com a imigração.

Situação profissional	n (%)
Estudante	52 (38,0%)
Empregada	42 (30,7%)
Desempregada	37 (27,0%)
Doméstica	5 (3,6%)
Reformada	1 (0,7%)
Estado civil	
Solteira	60 (43,8%)
União de facto	24 (17,5%)
Casada	48 (35,0%)
Divorciada	5 (3,6%)
Religião	
Cristã	22 (16,1%)
Cristã católica	40 (29,2%)
Cristã ortodoxa	6 (4,4%)
Cristã protestante	19 (13,9%)
Novas igrejas cristãs	19 (13,9%)
Ateia e agnóstica	31 (22,6%)

Relativamente às características reprodutivas, o número de gravidezes das mulheres da amostra foi em média $1,06 \pm 1,22$, sendo a mediana 1, o mínimo 0 e o máximo 5. Verificamos que 64 mulheres (46,7%) nunca tinham tido uma gravidez, 26 mulheres (19,0%) tiveram uma gravidez, 29 mulheres (21,2%) duas gravidezes, 12 mulheres (8,8%) três gravidezes e 6 mulheres (4,4%) tiveram quatro ou mais gravidezes. O número de filhos indicado foi em média $0,82 \pm 1,03$, com mediana 0, mínimo 0 e o máximo 4. Verificamos que 70 mulheres (51,1%) não tinham filhos, 32 mulheres (23,4%) tinham um filho, 26 mulheres (19,0%) tinham dois filhos, 6 mulheres (4,4%) três filhos e 3 mulheres (2,2%) quatro filhos.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os 3 grupos de mulheres de diferentes países de origem relativamente ao número de gravidezes ($p=0,698$) e ao número de filhos ($p=0,437$).

Necessidades de contraceção

Constatamos que 61,3% das mulheres tinham necessidades de contraceção atendidas e 10,9% necessidades não atendidas, sendo que, das 15 mulheres deste grupo, 6 mulheres tinham necessidades não atendidas para limitar e 9 mulheres para espaçar. Das restantes mulheres, 23,4% não tinham necessidades de contraceção e 4,4% (6 mulheres) foram classificadas como “missing”, dado não ter sido possível determinar as suas necessidades por referirem que se encontravam a “fazer alguma coisa ou a usar algum método para atrasar ou evitar uma gravidez”, mas não especificarem o método utilizado. Descrevemos estes resultados juntamente com os dados relativos à perceção da possibilidade de gravidez na Tabela 3. Realçamos que 14 mulheres responderam “não sei” relativamente à possibilidade de gravidez, 5 das 15 mulheres com necessidades não atendidas responderam “certamente não” e 3 mulheres com necessidades atendidas “provavelmente sim”.

Tabela 3 - Necessidades de contraceção e a perceção da possibilidade de gravidez.

Perceção da possibilidade de gravidez	Necessidades de contraceção				Total
	Atendidas	Não atendidas	Sem necessidades	Missing	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
"Certamente sim"	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,2%)	0 (0,0%)	3 (2,2%)
"Provavelmente sim"	3 (2,2%)	1 (0,7%)	2 (1,5%)	1 (0,7%)	7 (5,1%)
"Provavelmente não"	27 (19,7%)	3 (2,2%)	7 (5,1%)	1 (0,7%)	38 (27,7%)
"Certamente não"	46 (33,6%)	5 (3,6%)	15 (10,9%)	4 (2,9%)	70 (51,1%)
"Não sei"	8 (5,8%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	0 (0,0%)	14 (10,2%)
Grávidas	0 (0,0%)	3 (2,2%)	2 (1,5%)	0 (0,0%)	5 (3,6%)
Total	84 (61,3%)	15 (10,9%)	32 (23,4%)	6 (4,4%)	137 (100,0%)

Observamos que 86 mulheres (62,8%) utilizavam algum método contracetivo, sendo a pílula contracetiva, o preservativo e o dispositivo/sistema intrauterino os mais frequentes (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das frequências dos métodos contracetivos utilizados.

Métodos contracetivos utilizados	n (%)
Nenhum/Não específica	51 (37,2%)
Refere não estar a usar algum método	40 (29,2%)
Refere estar a usar um método, mas não específica	6 (4,4%)
Grávidas	5 (3,6%)
Pílula contracetiva	29 (21,2%)
Dispositivo/sistema intrauterino	15 (10,9%)
Preservativo masculino + outro(s) método(s)	11 (8,0%)
Pílula contracetiva	7 (5,1%)
Diafragma/capa cervical + Espermicidas + Coito interrompido	1 (0,7%)
Esterilização masculina (vasectomia)	2 (1,5%)
Implante subcutâneo	1 (0,7%)

Preservativo masculino	10 (7,3%)
Preservativo masculino + método tradicional	4 (2,9%)
Esterilização masculina	3 (2,2%)
Injetável	3 (2,2%)
Anel vaginal	3 (2,2%)
Esterilização feminina	2 (1,5%)
Adesivo	2 (1,5%)
Método de amenorreia da amamentação	2 (1,5%)
Anel vaginal + Coito interrompido	1 (0,7%)
Implante subcutâneo	1 (0,7%)
Total	137 (100,0%)

Os motivos de gravidez não planeada indicados pelas 4 mulheres grávidas ou em amenorreia pós-parto com necessidades de contraceção não atendidas foram "Não estava a usar nenhum método contracetivo", "Achava que não conseguia engravidar", "Não estava a usar nenhum método contracetivo + O método contracetivo falhou + Não gosto/sou contra o uso de métodos contracetivos" e "O método contracetivo falhou + Tinha falhas na utilização/toma do método contracetivo + Achava que não conseguia engravidar". Das restantes 11 mulheres com necessidades não atendidas, três indicaram como motivo de não utilização de contraceção "Tenho relações sexuais pouco frequentes", três "Não sei", uma "Tenho relações sexuais pouco frequentes + Não gosto/sou contra o uso de métodos contracetivos", uma "Não tenho acesso a métodos contracetivos" e três não responderam.

Acesso ao PF

Relativamente ao acesso ao PF, verificamos que 56,2% das mulheres da amostra nunca tinham realizado uma consulta de PF e 38,7% nunca tinham conversado com um profissional de saúde de um serviço de saúde em Portugal sobre métodos de PF. Apesar de 78,8% das mulheres não terem considerado difícil obter métodos de PF, 42,3% não tinham conhecimento de nenhum local onde pudessem obter estes métodos gratuitamente. A maioria (63,5%) considerou que deve recorrer a uma consulta de PF. (Tabela 5)

Tabela 5 - Distribuição das frequências de respostas a questões sobre acesso ao PF.

Utilização de serviços de saúde relacionados com PF	Sim	Não	Não aplicável	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Realizou consulta de PF.	57 (41,6%)	77 (56,2%)	3 (2,2%)	137 (100,0%)
Conversou com um profissional de saúde de um serviço de saúde em Portugal sobre métodos de PF.	60 (43,8%)	53 (38,7%)	24 (17,5%)	137 (100,0%)

Conhecimentos e percepção relacionados com acesso ao PF	Sim n (%)	Não n (%)	Talvez n (%)	Total n (%)
Considerava difícil obter métodos de PF.	17 (12,4%)	108 (78,8%)	12 (8,8%)	137 (100,0%)
Conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente.	75 (54,7%)	58 (42,3%)	4 (2,9%)	137 (100,0%)
Considerava que deveria recorrer a consulta de PF.	87 (63,5%)	50 (36,5%)	- -	137 (100,0%)

Verificamos que 124 mulheres (90,5%) já tinham visitado algum serviço de saúde em Portugal, sendo que 35,0% referiram já ter visitado um serviço de saúde em Portugal e não terem conversado com um profissional de saúde sobre métodos de PF e 11,7% referiram “não aplicável”.

Constatamos ainda que 32,8% das mulheres da amostra nunca tinham realizado consulta de PF e não sabiam onde obter métodos de PF gratuitamente. No entanto, 21,9% das mulheres nunca tinham realizado consulta de PF, mas referiram ter conhecimento de um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente. Algumas mulheres, 8,8%, revelaram não ter conhecimento de onde obter métodos de PF gratuitamente, apesar de já terem tido consulta de PF.

Verificamos que ter realizado consulta de PF estava associado a ter conhecimento de local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente (OR=4,308, IC 95% 2,070-8,966, $p<0,001$).

Características sociodemográficas e necessidades de contraceção e acesso ao PF

Estudamos a existência de associação entre as variáveis “necessidades não atendidas”, “realizou consulta de PF” e “conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente” e as características sociodemográficas (Tabela 6) e verificamos:

- Não existir associação entre “necessidades não atendidas” e as características sociodemográficas.
- Existir associação entre a variável “realizou consulta de PF” e país de origem latino-americano (OR=0,350, IC 95% 0,170-0,723, $p=0,004$) e africano (OR=3,136, IC 95% 1,396-7,044, $p=0,005$); e o tempo de permanência em Portugal de 6 meses-2 anos (OR=0,231, IC 95% 0,112-0,477, $p<0,001$) e mais de 10 anos (OR=7,507, IC 95% 2,046-27,549, $p=0,001$).
- Existir associação entre “conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente” e o país de origem latino-americano (OR=0,388; IC 95% 0,185-0,813, $p=0,011$) e africano (OR=3,061; IC 95% 1,303-7,194, $p=0,008$); e o tempo de

permanência em Portugal de 6 meses-2 anos (OR=0,237, IC 95% 0,116-0,486, $p<0,001$), 3-6 anos (OR=2,523, IC 95% 1,189-5,354, $p=0,015$); e mais de 10 anos (OR=4,667, IC 95% 1,275-17,077, $p=0,012$).

- Não existir associação das variáveis “realizou consulta de PF” e “conhecia um local serviço onde obter métodos de PF gratuitamente” com a idade, situação profissional, ter filhos e restantes variáveis relativas ao país de origem e tempo de permanência em Portugal.

Tabela 6 - Associação entre características sociodemográficas e necessidades não atendidas de PF, ter realizado consulta de PF e conhecer onde obter métodos de PF gratuitamente.

		<i>p</i>		
		Necessidades não atendidas de PF	Realizou consulta de PF.	Conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente.
Idade	18-24 anos	0,776	0,155	0,651
	25-34 anos	1,000	0,680	0,462
	35-44 anos	1,000	0,400	0,348
	45-55 anos	0,702	0,108	0,430
País de origem	América Latina	0,884	0,004*	0,011*
	África	0,526	0,005*	0,008*
	Outros	0,364	0,621	0,804
Tempo de permanência em Portugal	6 meses-2 anos	0,395	<0,001*	<0,001*
	3-6 anos	0,384	0,227	0,015*
	7-10 anos	1,000	0,240	1,000
	Mais de 10 anos	0,400	0,001*	0,012*
Situação profissional	Estudante	0,340	0,529	0,461
	Desempregada	0,119	0,393	0,996
	Empregada e outras	0,472	0,151	0,456
Nº de filhos	Ter filhos	0,362	0,109	0,335

* $p<0,05$

Necessidades de contraceção e acesso ao PF

Verificamos não existir associação entre “necessidades não atendidas” e “realizou consulta de PF” ($p=0,387$).

Satisfação com a SSR

O número de filhos idealmente desejado era, em média, $2,29\pm 0,88$ filhos, sendo a mediana 2, o mínimo 1 e o máximo 5. Encontramos diferenças estatisticamente significativas no número de filhos idealmente desejado entre as mulheres dos 3 grupos de diferentes países

de origem ($p=0,008$), sendo que as mulheres africanas desejavam em média $2,62\pm 0,92$ filhos, diferindo das latino-americanas ($p=0,014$) que desejavam em média $2,16\pm 0,81$ filhos, bem como das de outros países ($p=0,046$) que desejavam em média $2,21\pm 1,05$ filhos. Além disso, o número de filhos idealmente desejado diferiu de forma estatisticamente significativa entre os 3 grupos de mulheres com 0 filhos; 1 ou 2 filhos; 3 ou 4 filhos ($p<0,001$), sendo que as mulheres com 3 ou 4 filhos desejavam em média $3,56\pm 0,53$ filhos, diferindo das que não têm filhos ($p<0,001$), que desejavam em média $2,1\pm 0,84$ filhos, e das que têm 1 ou 2 filhos ($p=0,001$) que desejavam $2,29\pm 0,82$ filhos em média. Não verificamos diferenças estatisticamente significativas no número de filhos idealmente desejado entre os 4 grupos etários ($p=0,105$) e entre as mulheres com diferentes tempos de permanência em Portugal ($p=0,549$).

Observamos que a maioria das mulheres estava muito satisfeita com a confiança na eficácia do seu método contraceptivo, no entanto 28,5% consideraram estar moderadamente satisfeitas. A facilidade em aceder e utilização dos serviços de PF foram os aspetos em que as mulheres se encontravam mais insatisfeitas (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das frequências de respostas relativas à satisfação com aspetos da SSR.

Satisfação com:	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Insatisfeita	Não aplicável	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
o número de filhos	53 (38,7%)	25 (18,2%)	4 (2,9%)	55 (40,1%)	137 (100,0%)
a confiança na eficácia do método contraceptivo	75 (54,7%)	39 (28,5%)	8 (5,8%)	15 (10,9%)	137 (100,0%)
a contraceção	74 (54,0%)	39 (28,5%)	5 (3,6%)	19 (13,9%)	137 (100,0%)
a facilidade em aceder aos serviços de PF	52 (38,0%)	37 (27,0%)	23 (16,8%)	25 (18,2%)	137 (100,0%)
a utilização dos serviços de saúde de PF	44 (32,1%)	36 (26,3%)	21 (15,3%)	36 (26,3%)	137 (100,0%)

Verificamos a existência de correlação positiva e:

- muito forte entre “satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF” e “satisfação com a utilização dos serviços de PF” ($\rho=0,816$, $p<0,001$);
- forte entre “satisfação com a eficácia do método contraceptivo” e “satisfação com a contraceção” ($\rho=0,715$, $p<0,001$);
- forte entre o “número de filhos” e a “satisfação com o número de filhos” ($\rho=0,695$, $p<0,001$);

- moderada entre “satisfação com a eficácia do método contraceutivo” e “satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF” ($\rho=0,485$, $p<0,001$);
- moderada entre “satisfação com o número de filhos” e “satisfação com a utilização dos serviços de PF” ($\rho=0,431$, $p<0,001$);
- fraca entre a “satisfação com o número de filhos” e: “satisfação com a eficácia do método contraceutivo” ($\rho=0,318$, $p<0,001$), “satisfação com a contraceção” ($\rho=0,395$, $p<0,001$), e “satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF” ($\rho=0,373$, $p<0,001$);
- fraca entre “satisfação com a utilização dos serviços de PF” e: “satisfação com a eficácia do método contraceutivo” ($\rho=0,380$, $p<0,001$), e “satisfação com a contraceção” ($\rho=0,361$, $p<0,001$);
- fraca entre “satisfação com a contraceção” e “satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF” ($\rho=0,365$, $p<0,001$).

Necessidades de PF e satisfação com a SSR

Verificamos não existir associação entre:

- “necessidades não atendidas” e “satisfação com a contraceção” ($p=0,922$) ou “satisfação com a confiança na eficácia do método contraceutivo” ($p=0,616$);
- “perceção de possibilidade de gravidez” e “estar muito satisfeita com a confiança na eficácia do método contraceutivo” ($p=0,987$) ou “estar muito satisfeita com a contraceção” ($p=0,888$).

Acesso ao PF e satisfação com a SSR

Verificamos:

- Existir associação entre “realizou consulta de PF” e a “satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF” ($p<0,001$) e com a “satisfação com a utilização dos serviços de PF” ($p<0,001$);
- Existir associação entre “conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente” e a “satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF” ($p<0,001$).
- Não existir associação entre “realizou consulta de PF” e “estar muito satisfeita com a contraceção” ($p=0,371$) ou “estar muito satisfeita com a confiança na eficácia do método contraceutivo” ($p=0,113$).

DISCUSSÃO

Verificamos que 10,9% das mulheres da amostra tinham necessidades de contraceção não atendidas. Este resultado é superior à estimativa da ONU de 6,6% de mulheres com necessidades não atendidas de PF em Portugal em 2019 (3). No entanto, até à data, não existem estudos em Portugal que calculem as necessidades de contraceção das mulheres portuguesas. Apesar disso, a última avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal (34) reportou que 94% das mulheres sexualmente ativas faziam contraceção. As restantes 6% de mulheres poderiam ter necessidades de PF não atendidas ou não ter necessidades, tratando-se ainda assim de um valor inferior ao que encontramos para as necessidades não atendidas de PF neste estudo.

Das mulheres com necessidades atendidas, apenas cerca de metade referiram “certamente não” relativamente à possibilidade de gravidez, sendo a maioria das restantes respostas “provavelmente não”, algumas “não sei” e “provavelmente sim”. Possíveis explicações para estes dados poderão ser o baixo conhecimento relativamente ao método contraceptivo utilizado, menor confiança na sua eficácia ou falhas na toma/utilização do mesmo. Porém, nas mulheres a usar contraceção, não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos com diferentes perceções de possibilidade de gravidez na sua satisfação com a confiança na eficácia do método contraceptivo, mas uma frequência importante de mais de 30% revelou estar moderadamente satisfeita ou insatisfeita. Estudos anteriores demonstraram conhecimentos sobre contraceção inferiores nas mulheres imigrantes comparativamente com as nativas (35), conhecimentos confusos e incorretos sobre métodos contraceptivos (36, 37), esquecimentos e utilização incorreta (13, 37, 38).

Existe uma alternativa prática ao cálculo das necessidades de PF (39), que permite identificar a perceção dos indivíduos sobre as mesmas, tendo em vista o planeamento de uma intervenção. O conceito desta abordagem é útil para tentar explicar a perceção da possibilidade de gravidez de acordo com as necessidades de PF determinadas na nossa amostra. Das 15 mulheres com necessidades não atendidas, 8 responderam “provavelmente não” ou “certamente não” relativamente à sua possibilidade de gravidez. Observamos que os motivos de gravidez não planeada/desejada “o método contraceptivo falhou” e “tinha falhas na utilização/toma do método contraceptivo” poderão estar associados a perceção de necessidades atendidas, enquanto os motivos “achava que não conseguia engravidar” e, para a não utilização de contraceção, “tenho relações sexuais pouco frequentes” poderão indicar perceção de sem necessidades de PF. Estas mulheres/casais beneficiariam de aconselhamento contraceptivo e informação sobre os métodos, de modo a promover o seu uso

correto e melhorar a adesão à sua utilização, bem como educação para o conhecimento da fertilidade.

Não encontramos associações entre mulheres com diferentes características sociodemográficas e necessidades de contraceção não atendidas, pelo que sugerimos estudos futuros de carácter qualitativo para compreender melhor este problema, bem como estudos com uma amostra maior para tentar identificar se existem características associadas a um maior risco de ter necessidades de PF não atendidas. Estudos realizados em países europeus mostraram que fatores não identificados neste trabalho ou não estudados estavam relacionados com um menor uso de contraceção ou maior recurso à interrupção voluntária da gravidez nas mulheres imigrantes tais como: baixa escolaridade (14, 17, 18, 40), baixo conhecimento sobre contraceção (35, 40), não comunicar com o parceiro sobre contraceção (40) e atitudes negativas do parceiro (35), baixo rendimento (17), idade mais velha e não ter filhos (18).

Quanto ao acesso ao PF, verificamos que mais de metade das mulheres imigrantes da amostra não tinham realizado consulta de PF, o que está de acordo com outros estudos realizados em Portugal (29, 30) e discordante de outro (37), em que 85,4% das participantes tinham realizado esta consulta, sendo que, nesta última amostra, a média de tempo em Portugal era 11,1 anos. Além disso, 45,2% das mulheres não conheciam um local onde pudessem obter um método de PF gratuitamente ou referiram “talvez”. Não conhecemos outros estudos que tenham investigado este aspeto no país. Este dado demonstra a falta de conhecimento dos serviços existentes, pelo que, apesar dos mesmos estarem disponíveis para todas as pessoas, não estão necessariamente acessíveis. Apesar disso, 90,5% das mulheres já tinham visitado um serviço de saúde em Portugal, o que poderá indicar o baixo conhecimento dos serviços de SSR ou a existência de outras barreiras no acesso aos mesmos. Estudos demonstraram o baixo conhecimento e utilização dos serviços de SSR em mulheres imigrantes noutros países europeus (21-24).

Verificamos que o tempo de permanência em Portugal e o país de origem estava associado à realização de consulta de PF. As mulheres que estavam há menos de 2 anos no país tinham uma probabilidade 8 vezes menor de ter realizado consulta de PF e as que estavam há mais de 10 anos tinham uma probabilidade 7,5 vezes maior. A probabilidade de conhecer onde obter métodos de PF gratuitamente em Portugal aumentou à medida que o tempo de permanência no país era superior. Estes dados estão de acordo com outros estudos que demonstraram que o acesso aumenta à medida que o tempo de permanência no país de acolhimento é superior (21, 22). Observamos ainda que as mulheres latino-americanas tinham uma probabilidade 6,5 vezes menor de ter realizado consulta de PF e que as africanas tinham

uma probabilidade 3 vezes maior. A maioria das mulheres latino-americanas estavam em Portugal há menos de 2 anos, enquanto a maioria das africanas estavam há mais tempo no país, o que poderá ter influenciado este resultado. No entanto, estudos realizados noutros países da Europa indicaram que as latino-americanas usavam mais contraceção que as africanas (15, 18, 41) e recorriam mais aos serviços de SSR (25). Estudos realizados em Portugal mostraram que as mulheres brasileiras tinham mais conhecimentos sobre SSR que africanas (36, 37), o que pode explicar a menor procura dos serviços de PF pelas primeiras ou a sua procura no país de origem (36). Estudos em países europeus mostraram que fatores como o menor suporte emocional e não ter filhos estavam relacionados com um menor conhecimento sobre os serviços de SSR (21) e outros como idade mais velha, viver sem parceiro, situação económica mais desfavorável e menor confiança noutras pessoas mostraram estar associadas a menor utilização destes serviços (22).

Comparando os grupos de mulheres de diferentes países de origem, as mulheres africanas desejavam um maior número de filhos, dado este ser valorizado culturalmente (27, 36, 40), porém, não encontramos diferenças entre o número de gravidezes e o número de filhos. Estes dados podem ser explicados pelo facto das mulheres ainda não terem completado os seus desejos reprodutivos ou pela impossibilidade de os cumprirem no país de acolhimento devido ao processo migratório que condiciona impedimentos financeiros, profissionais ou menor apoio familiar (36).

Quanto à satisfação das mulheres com a confiança na eficácia do método contraceptivo e com a sua contraceção, verificamos que mais de 30% revelaram estar moderadamente satisfeitas ou insatisfeitas, dado que poderá ser explicado por fatores como a baixa utilização dos serviços de PF e conhecimentos insuficientes sobre os métodos, nomeadamente o mecanismo de ação e eficácia.

Verificamos que ter realizado consulta de PF e conhecer onde obter métodos de PF gratuitamente estava associado à satisfação das mulheres com os aspetos relacionados com o acesso ao PF. Apontamos ainda que o facto de mais de 40% das mulheres referirem estar moderadamente satisfeitas ou insatisfeitas com a sua facilidade em aceder e utilização dos serviços de PF, estando estas variáveis correlacionadas muito fortemente, poderá refletir a necessidade sentida e as dificuldades percecionadas em recorrer a estes serviços. São conhecidas várias barreiras dos imigrantes no acesso aos cuidados de saúde em geral em Portugal, tais como o estatuto legal, barreiras administrativas, atitudes negativas dos profissionais, baixo conhecimento e importância dada à utilização dos serviços de saúde, entre outras (29, 36, 42-44), no entanto, importa clarificar as barreiras a que estão sujeitas as mulheres imigrantes no acesso aos serviços de SSR.

Esta investigação teve como pontos fortes a pertinência do estudo, dada a escassez de dados em Portugal, e a determinação das necessidades de contraceção e da perceção da possibilidade de gravidez ao invés do estudo da prevalência contracetiva exclusivamente. Identificamos como limitações a utilização de uma amostra de conveniência, que poderá ter favorecido a resposta de mulheres mais sensibilizadas para o tema, para a importância da investigação em geral e potencialmente com maior escolaridade. Este facto poderá ter levado a uma subestimação das necessidades de PF, utilização e conhecimento dos serviços de PF. Por outro lado, o facto do questionário ter tido exclusivamente um formato *online* e em português terá excluído mulheres que não tivessem acesso a meios digitais ou com poucos conhecimentos para os utilizar, bem como aquelas que ainda não tivessem o domínio da língua. A maioria das mulheres da amostra era natural de países da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa e 50% das mulheres de outros países estava em Portugal há mais de 10 anos, pelo que a barreira linguística foi importante. Além disso, o contexto de pandemia e confinamento obrigatório durante o qual foi aplicado o questionário limitou marcadamente a divulgação pelos serviços de atendimento a imigrantes, dadas as restrições no funcionamento dos mesmos.

A investigação nesta área em Portugal é muito insuficiente, sendo importante dado o aumento das migrações, multiculturalidade da sociedade e de forma a atenuar iniquidades em saúde. Assim, apontamos a necessidade de estudos futuros para avaliar as necessidades de PF e a perceção das mesmas numa amostra maior, bem como investigar barreiras no acesso à contraceção e serviços de PF (cognitivas, psicológicas, psicossociais, logísticas) e frequência e regularidade da sua utilização. Propomos a realização de estudos comparativos entre portugueses e imigrantes, de forma a perceber melhor a existência de iniquidades, e garantir a investigação em comunidades migrantes minoritárias e de mais difícil acesso.

A sensibilização dos profissionais de saúde para as possíveis circunstâncias inequitas das mulheres imigrantes é importante de forma a fornecer um aconselhamento e informação adaptados e de qualidade sobre SSR a esta população. Além disso, será benéfico uma maior difusão da informação dos serviços de PF disponíveis em Portugal pelas entidades e associações que contactam com imigrantes. Estudos mostraram o impacto de intervenções de aconselhamento comunitário e individual em imigrantes e nativos que se traduziu no aumento do conhecimento em SSR, acesso à contraceção e diminuição da utilização inconsistente de métodos contraceptivos eficazes (7, 41, 45, 46).

CONCLUSÃO

Concluimos que as mulheres imigrantes em Portugal, que residem na zona centro, têm necessidades de contraceção não atendidas importantes e que a utilização e conhecimento dos serviços de PF é insuficiente sobretudo nas mulheres há menos tempo no país, o que se reflete na sua satisfação com aspetos da SSR.

São necessários mais estudos para clarificar estes resultados e para investigar barreiras no acesso à contraceção e serviços de PF, bem como estudos comparativos com as mulheres portuguesas.

As mulheres imigrantes poderão estar em circunstâncias inequitativas para as quais se deve estar alerta, de forma a atenuá-las. É importante capacitar os profissionais de saúde para o aconselhamento sobre PF num contexto multicultural e sensibilizar associações e entidades que lidem com esta população para a transmissão de informação sobre os serviços de SSR disponíveis e apoio no acesso aos mesmos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

Aos meus orientadores, Mestre Inês Figueiredo e Professor Doutor Luiz Santiago, por todo o acompanhamento, disponibilidade, conhecimentos transmitidos, e por me ensinarem e inspirarem com palavras e com o exemplo de que toda a medicina deve ser humana e humanitária.

À coragem arrojada de todas as mulheres imigrantes, cuja resposta foi imprescindível e fundamental para a existência deste pequeno estudo.

A todos os presidentes e colaboradores das associações que aceitaram contribuir para a divulgação do questionário para este estudo: à Casa Lusófona, à Casa de Angola em Coimbra, à Associação de Pesquisadores e Estudantes Brasileiros em Coimbra, à Associação de Estudantes Angolanos em Portugal - Coimbra, à Associação de Estudantes Moçambicanos em Coimbra, à Associação de Defesa e Apoio à Vítima – Coimbra, à Associação de Apoio ao Imigrante, MON NA MON – Associação de Filhos e Amigos da Guiné-Bissau, à Associação de Estudantes Cabo-Verdianos em Aveiro, à AMIGrante – Associação de Apoio ao Cidadão Migrante, à Associação Casa do Brasil, à Associação dos Estudantes Santomenses da Guarda, à Associação de Estudantes Angolanos em Portugal, à Rede Solidária de Estudantes Africanos em Portugal; sendo ou não grupos de imigrantes, fazem um trabalho tão importante no acolhimento e apoio a estas pessoas, que vêm na tentativa de uma vida melhor ou de novos desafios

Ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, em especial ao Dr. Joaquim Estrela, ao Dr. Armindo Pires, ao Dr. José Caçador e a todos os funcionários dos serviços de atendimento da região centro; aos funcionários dos Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes de Aveiro, Coimbra, Mealhada e Fundão; ao Pe. Paulo Simões, diretor do Instituto Universitário Justiça e Paz, que é abrigo e “casa” para tantos estudantes lusófonos em Coimbra; e à Divisão de Relações Internacionais da Universidade de Coimbra, agradeço a colaboração na divulgação do questionário.

A todos os administradores dos grupos de imigrantes do *Facebook* que divulgaram e/ou tornaram a divulgação do questionário por este meio possível.

À Sandra Santos pela disponibilidade, prontidão e importante colaboração.

À minha mãe, pai, irmã, e ao João pelas opiniões, revisões, críticas construtivas, suporte informático e emocional e por toda a motivação, dedicação e amor, que foram - e são - essenciais, não só nesta etapa como na minha vida. Aos outros muitos familiares e amigos, o agradecimento pelo entusiasmo e apoio.

»Wherever the art of medicine is loved there is also a love of humanity.« (Hipócrates)

REFERÊNCIAS

1. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations; 2015. p. 35.
2. WHO Regional Office for Europe. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. WHO Regional Office for Europe; 2016.
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Family Planning and the 2030 Agenda for Sustainable Development: Data Booklet. United Nations; 2019.
4. SEF/GEPF. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2019. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras; 2020. Contract No.: ISSN: 2183-2935.
5. Lei 95/2019 de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. 2019.
6. Lei 3/84 de 24 de março. Educação sexual e planeamento familiar. 1984.
7. Raben LAD, van den Muijsenbergh M. Inequity in contraceptive care between refugees and other migrant women?: a retrospective study in Dutch general practice. *Fam Pract.* 2018;35(4):468-74.
8. Yago Simón T, Tomás Aznar C. [Sociodemographic and clinical data predicting unplanned pregnancy in young 13 to 24 years, Spain]. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(3):395-406.
9. Helström L, Od lind V, Zätterström C, Johansson M, Granath F, Correia N, et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health.* 2003;31(6):405-10.
10. Rodríguez-Alvarez E, Borrell LN, González-Rábago Y, Martín U, Lanborena N. Induced abortion in a Southern European region: examining inequalities between native and immigrant women. *Int J Public Health.* 2016;61(7):829-36.
11. Zurriaga O, Martínez-Beneito MA, Galmés Truyols A, Torne MM, Bosch S, Bosser R, et al. Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence of migrant populations. *Gac Sanit.* 2009;23 Suppl 1:57-63.
12. Malmusi D, Pérez G. [Induced abortion in immigrant women in a urban setting]. *Gac Sanit.* 2009;23 Suppl 1:64-6.
13. Serrano I, Doval JL, Lete I, Arbat A, Coll C, Martínez-Salmeán J, et al. Contraceptive practices of women requesting induced abortion in Spain: a cross-sectional multicentre study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012;17(3):205-11.
14. González-Rábago Y, Rodríguez-Alvarez E, Borrell L, Martín U. The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1-7.

15. Omland G, Ruths S, Diaz E. Use of hormonal contraceptives among immigrant and native women in Norway: data from the Norwegian Prescription Database. *Bjog*. 2014;121(10):1221-8.
16. David M, Brenne S, Breckenkamp J, Razum O, Borde T. Postpartum Contraception: a Comparative Study of Berlin Women with and without Immigration Background. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2015;75(9):915-22.
17. Poncet LC, Huang N, Rei W, Lin YC, Chen CY. Contraceptive use and method among immigrant women in France: relationship with socioeconomic status. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(6):468-79.
18. Saurina C, Vall-Llosera L, Saez M. Factors determining family planning in Catalonia. Sources of inequity. *Int J Equity Health*. 2012;11:35.
19. Helström L, Zätterström C, Odlind V. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and Swedish adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19(3):209-13.
20. Gele AA, Musse FK, Shrestha M, Qureshi S. Barriers and facilitators to contraceptive use among Somali immigrant women in Oslo: A qualitative study. *PLoS One*. 2020;15(3):e0229916.
21. Åkerman E, Larsson EC, Essén B, Westerling R. A missed opportunity? Lack of knowledge about sexual and reproductive health services among immigrant women in Sweden. *Sex Reprod Healthc*. 2019;19:64-70.
22. Åkerman E, Östergren PO, Essén B, Fernbrant C, Westerling R. Knowledge and utilization of sexual and reproductive healthcare services among Thai immigrant women in Sweden. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16(1):25.
23. Schoevers MA, van den Muijsenbergh ME, Lagro-Janssen AL. Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;31(4):256-64.
24. Rade DA, Crawford G, Lobo R, Gray C, Brown G. Sexual Health Help-Seeking Behavior among Migrants from Sub-Saharan Africa and South East Asia living in High Income Countries: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7).
25. Paraíso Torras B, Maldonado Del Valle MD, López Muñoz A, Cañete Palomo ML. [Contraception in immigrant women: influence of sociocultural aspects on the choice of contraceptive method]. *Semergen*. 2013;39(8):440-4.
26. Santos V, Moura M, Pinto JP, Almeida V, Maio J. [Socio-demographic features of puerperas and pregnancy follow-up: what has changed in 17 years?]. *Acta Med Port*. 2011;24(6):877-84.
27. Barroso AM. Sexualidade num Portugal Multicultural – Estudo transcultural entre portugueses e imigrantes.: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2018.

28. Ventura T, Lima G, Gomes MC. Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde; 2019.
29. Dias S, Gonçalves A, Luck M, Fernandes MJ. [Risk of HIV/AIDS infection. Access and utilization of health services in a migrant community]. Acta Med Port. 2004;17(3):211-8.
30. Ferreira A. Promoção da saúde sexual e reprodutiva nos jovens PALOP que estudam no IPB. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança; 2019.
31. Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.2012.
32. Choi Y, Fabic M, Adetunji J. Measuring Access to Family Planning: Conceptual Frameworks and DHS Data. Studies in family planning. 2016;47(2).
33. The DHS Program. Demographic and Health Surveys Model Woman's Questionnaire - Phase 8. 2020 [Available from: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSQ8/DHS8_Womans_QRE_EN_19Jun2020_DHSQ8.pdf].
34. Águas F, Bombas T, Silva DP. [Evaluation on portuguese women contraceptive practice]. Acta Obstet Ginecol Port. 2016;10(3).
35. Rasch V, Knudsen LB, Gammeltoft T, Christensen JT, Erenbjerg M, Christensen JJ, et al. Contraceptive attitudes and contraceptive failure among women requesting induced abortion in Denmark. Hum Reprod. 2007;22(5):1320-6.
36. Dias S, Rocha C. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. Imigração Od, editor. Lisboa: ACIDI, I.P.; 2009. 178 p.
37. Lopes L. Comportamentos Contracetivos de Mulheres Imigrantes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Contexto de Diversidade Cultural: Universidade Aberta; 2018.
38. Sanjuán Domingo R, Villaverde Royo MV, Elías Villanueva MP, Rodríguez Sanz ML, Yagüe Sebastián MM, Blasco Valle M. [Contraceptive methods used by immigrant populations and conditions that influence the choice in a health area in Zaragoza]. Semergen. 2012;38(6):348-53.
39. Sinai I, Igras S, Lundgren R. A practical alternative to calculating unmet need for family planning. Open access journal of contraception. 2017;8.
40. Gele AA, Musse FK, Qureshi S. Unmet needs for contraception: A comparative study among Somali immigrant women in Oslo and their original population in Mogadishu, Somalia. PLoS One. 2019;14(8):e0220783.
41. Lauria L, Donati S, Spinelli A, Bonciani M, Grandolfo M. The effect of contraceptive counselling in the pre and post-natal period on contraceptive use at three months after delivery among Italian and immigrant women. Annali dell'Istituto superiore di sanita. 2014;50(1).

42. Dias S, Gama A, Silva AC, Cargaleiro H, Martins MO. [Barriers in access and utilization of health services among immigrants: the perspective of health professionals]. *Acta Med Port.* 2011;24(4):511-6.
43. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:207.
44. Dias S, Gama A, Cortes M, de Sousa B. Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health Soc Care Community.* 2011;19(5):514-21.
45. Díez E, López MJ, Marí-Dell'Olmo M, Nebot L, Pérez G, Villalbi JR, et al. Effects of a counselling intervention to improve contraception in deprived neighbourhoods: a randomized controlled trial. *European journal of public health.* 2018;28(1).
46. Díez E, López M, Pérez G, García-Subirats I, Nebot L, Carreras R, et al. Impact of a community contraceptive counselling intervention on adolescent fertility rates: a quasi-experimental study. *BMC public health.* 2020;20(1).

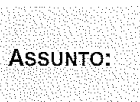
ANEXOS

Anexo I: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, IP.



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Deferida a proposta de parecer favorável.</i> <i>04.03.2021</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	---



ASSUNTO:

60/2020 (ressubmissão) - *Necessidades e acessibilidade ao planeamento familiar e satisfação com a saúde sexual e reprodutiva em mulheres imigrantes em Portugal*

Dr. João Rodrigues
Vice-Presidente,

Considerando os esclarecimentos prestados, nomeadamente que a investigadora não terá acesso aos contactos dos participantes, mas que serão as instituições indicadas a fazer a divulgação do link do questionário do projeto deixam de estar presentes os constrangimentos levantados.

Dr. Fernando Craveiro
Vice-Presidente

Coimbra, 25 de fevereiro de 2021

Carla
O Relator

(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)

Anexo II: Associações de imigrantes e entidades com contacto com imigrantes que colaboraram na divulgação do questionário

Associações de imigrantes:

- Casa Lusófona
- Casa de Angola em Coimbra
- Associação de Pesquisadores e Estudantes Brasileiros em Coimbra
- Associação de Estudantes Angolanos em Portugal – Coimbra
- Associação de Estudantes Moçambicanos em Coimbra
- Associação de Apoio ao Imigrante
- MON NA MON – Associação de Filhos e Amigos da Guiné-Bissau
- Associação de Estudantes Cabo-Verdianos em Aveiro
- Associação Casa do Brasil
- Associação dos Estudantes Santomenses da Guarda
- Associação de Estudantes Angolanos em Portugal
- Rede Solidária de Estudantes Africanos em Portugal

Outras entidades com contacto com esta população:

- Associação de Defesa e Apoio à Vítima – Coimbra
- AMIGrante – Associação de Apoio ao Cidadão Migrante
- Instituto Universitário Justiça e Paz
- Divisão de Relações Internacionais da Universidade de Coimbra

Serviços de atendimento de entidades públicas:

- Serviços de atendimento da zona centro do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- Centros Locais de Apoio à Integração de Migrantes de Aveiro, Coimbra, Mealhada e Fundão

Anexo III: Questionário Necessidades e Acesso ao Planeamento Familiar e Satisfação com a Saúde Sexual e Reprodutiva em Mulheres Imigrantes em Portugal

Consentimento informado

Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito do Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que pretende investigar as necessidades e acesso ao planeamento familiar, bem como a satisfação com a saúde sexual e reprodutiva em mulheres imigrantes em Portugal.

Solicitamos-lhe resposta a questionário online, se for mulher imigrante em Portugal há mais de 6 meses, com idade compreendida entre 16-55 anos, a residir na zona centro do país. A sua participação é completamente anónima, sendo que ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu, pois não são recolhidos dados que a identifiquem.

Está sempre à vontade para cessar o preenchimento do questionário em qualquer momento da sua resposta.

Os dados obtidos, completamente confidenciais e não identificativos, serão utilizados unicamente com o propósito de análise das respostas a este estudo por tratamento estatístico após terem sido colocados em base de dados.

Mesmo que não seja sabido quem respondeu nem como respondeu, mesmo que apenas estejam na base de dados as respostas obtidas nos questionários, solicitamos o seu acordo ao preenchimento e à análise estatística dos seus dados em tal base, para podermos ter resultados.

Investigadores:

Ana Jorge Martins | Mestre Inês Figueiredo | Professor Doutor Luiz Santiago
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
ana.jorge.mm@hotmail.com

- Li e aceito participar tendo sido informada acerca das minhas dúvidas.

1) Características Sociodemográficas

Qual é a sua idade? ____

Qual é o seu país origem? _____

Há quanto tempo imigrou para Portugal?

- Menos de 6 meses
- 6 meses
- 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- Mais de 10 anos

Vive em que zona de Portugal?

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve

Por que motivo imigrou para Portugal?

- Estudar
- Trabalhar
- Constituir família
- Reunificação da família
- Outros motivos familiares
- Deslocação forçada
- Outro: _____

Quantos anos de escolaridade completou na sua vida? ____

Qual é a sua ocupação atualmente?

- Estudante
- Empregada
- Desempregada
- Doméstica
- Outro: _____

Qual é o seu estado civil?

- Solteira
- União de facto
- Casada
- Viúva
- Divorciada

Qual é a sua religião? _____

Quantas gravidezes já teve? ____

Quantos nascimentos dessas gravidezes já teve? ____

Quantos filhos tem? ____

2) Necessidades de contraceção

Está grávida atualmente?

- Sim
- Não
- Não sei

O seu último filho nasceu há menos de 2 anos? ^{a)}

- Sim
- Não
- Não tenho filhos

Há quanto tempo nasceu o seu último filho? ^{b)}

- Menos de 6 meses
- Mais de 6 meses

Já menstruou desde o nascimento do seu último filho? ^{b)}

- Sim
- Não

Questões apresentadas a:

^{a)} mulheres que não estão grávidas

^{b)} mulheres cujo último filho nasceu há menos de 2 anos

Relativamente à sua gravidez atual: ^{c)} / Relativamente à sua gravidez anterior: ^{b)}

- Queria ter engravidado nesta ^{c)} / naquela ^{b)} altura.
- Queria ter engravidado mais tarde.
- Não queria ter mais filhos. / Não queria ter nenhum filho.

Neste momento, a senhora ou o seu parceiro está a fazer alguma coisa ou a usar algum método para atrasar ou evitar uma gravidez? ^{a)}

- Sim
- Não

Acha que existe possibilidade de engravidar brevemente? ^{a)}

- Certamente sim
- Provavelmente sim
- Provavelmente não
- Certamente não
- Não sei

Há quanto tempo se iniciou a sua última menstruação? ^{d)}

- Dias
- Semanas
- Menos de 6 meses
- Mais de 6 meses
- Estou na menopausa/histerectomia (foi-me retirado o útero)
- Antes do último nascimento
- Nunca menstruei

Já alguma vez usou algo ou tentou de alguma forma atrasar ou evitar uma gravidez? ^{c), d)}

- Sim
- Não

Relativamente aos métodos de planeamento familiar: qual ou quais dos seguintes métodos conhece?

	Sim, conheço	Não conheço
Esterilização feminina (laqueação ou remoção de ovários ou útero)		
Esterilização masculina (vasectomia)		
Dispositivo/sistema intrauterino		
Injetável		
Adesivo		
Anel vaginal		
Implante subcutâneo		
Pílula contracetiva		
Contraceção de emergência (pílula do dia seguinte)		
Preservativo masculino		
Preservativo feminino		
Diafragma/capa cervical		
Espermicidas		
Método baseado em sintomas peri-ovulatórios		
Método de amenorreia da amamentação		
Método baseado no calendário (evitar deliberadamente ter relações sexuais em certos dias)		
Coito interrompido		

Questões apresentadas a:

^{c)} mulheres grávidas

^{d)} mulheres que não estão grávidas e que não estão a fazer alguma coisa ou a usar algum método para atrasar ou evitar uma gravidez

Qual ou quais os métodos contraceptivos que utiliza? ^{e)} / Qual ou quais os métodos contraceptivos que utilizou pela última vez? ^{c)} / Se já usou algo ou tentou de alguma forma atrasar ou evitar uma gravidez, qual ou quais os métodos que utilizou? ^{d)} _____

Já alguma vez realizou uma interrupção voluntária da gravidez (aborto)? ^{d)}

- Sim
- Não

Relativamente a próximas gravidezes:

- Gostaria de ter um/outro filho.
- Não quero ter mais filhos.
- Ainda não decidi/ não sei se quero ter mais filhos.
- Não consigo engravidar.
- Não se aplica a mim.

Se gostaria de ter outro(s) filho, quanto tempo gostaria de esperar desde o próximo nascimento até ao seguinte? ^{c)} / Se gostaria de ter um/ outro filho, quanto tempo gostaria de esperar antes do próximo nascimento? ^{a)}

- Brevemente/agora
- Quero engravidar nos próximos 2 anos
- Quero engravidar daqui a mais de 2 anos
- Após o casamento
- Não sei
- Não se aplica em mim

Após o nascimento do seu próximo filho, pensa que irá usar algum método contraceptivo para atrasar ou evitar a gravidez? ^{c)} / Pensa que no futuro irá usar algum método contraceptivo para atrasar ou evitar a gravidez? ^{d)}

- Sim
- Não
- Talvez
- Não se aplica a mim

Uma vez que engravidou numa altura em que não pretendia, qual ou quais os motivos? ^{f)} / Se referiu acima que não está a usar nenhum método para evitar uma gravidez, qual o(s) motivo(s)? ^{d)} (pode seleccionar várias opções)

- Não estou casada / Não tenho nenhum companheiro ^{d)}
- Não tenho relações sexuais ^{d)}
- Não estava a usar nenhum método contraceptivo ^{f)}
- O método contraceptivo falhou ^{f)}
- Tinha falhas na utilização/toma do método contraceptivo ^{f)}
- Tinha ^{f)} / Tenho relações sexuais pouco frequentes ^{d)}
- Achava / acho que não conseguia / consigo engravidar ^{f)}
- Tinha sido mãe recentemente e estava a amamentar ^{f)} / Estou a amamentar / Não tenho menstruação desde o último nascimento ^{d)}
- Não gosto/ sou contra o uso de métodos contraceptivos
- Não tenho acesso a métodos contraceptivos
- Os métodos que queria ^{f)} / quero ^{d)} usar não estavam disponíveis
- Não sei
- Outro motivo. Qual? _____

Questões apresentadas a:

^{e)} mulheres que não estão grávidas e que estão a fazer alguma coisa ou a usar algum método para atrasar ou evitar uma gravidez

^{f)} mulheres grávidas ou cujo último filho nasceu há menos de 2 anos e que não desejaram/planearam a gravidez

3) Acesso ao planeamento familiar

Relativamente a serviços de saúde:

	Sim	Não	Não aplicável
Já visitou algum serviço de saúde em Portugal?			
Se sim, algum profissional de saúde desse serviço de saúde conversou consigo sobre métodos contraceptivos/ de planeamento familiar?			
Alguma vez realizou uma consulta de planeamento familiar em Portugal?			
Nos últimos 12 meses realizou alguma consulta de planeamento familiar?			
Alguma vez realizou uma consulta pré-concepcional, ou seja, antes de tentar engravidar?			

Se já realizou uma consulta de planeamento familiar ou conversou com um profissional de saúde sobre métodos de planeamento familiar, recebeu alguma das seguintes informações? (pode selecionar várias opções)

- Efeitos secundários ou problemas que possa ter com os métodos
- O que fazer caso experimente efeitos secundários ou problemas com o método
- Outros métodos de planeamento familiar que pode usar
- Pode trocar por outro método que queira ou precise
- Nunca recebi nenhuma destas informações
- Não aplicável

Se já adquiriu métodos contraceptivos em Portugal, em que locais o fez?

- Hospital Público
- Centro de Saúde
- Profissionais de saúde da comunidade/campo
- Hospital privado
- Médico privado
- Farmácia
- Organização não governamental (ONG)
- Loja/supermercado
- Igreja
- Amigos/familiares
- Nunca adquiri métodos contraceptivos em Portugal
- Outro: _____

Selecione a opção que considera mais adequada:

	Sim	Não	Talvez
Considera que é difícil obter métodos contraceptivos?			
Tem conhecimento de algum local onde obter um método contraceptivo?			
Tem conhecimento de algum local/serviço onde pode obter métodos contraceptivos gratuitamente?			
Os métodos contraceptivos podem causar infertilidade?			
Os métodos contraceptivos interferem com o processo normal do corpo de forma prejudicial para a mulher?			
Os métodos contraceptivos são inconvenientes/inoportunos?			
É contra o uso de métodos contraceptivos modernos?			
O seu companheiro é contra o uso de métodos contraceptivos modernos?			
A sua cultura/religião é contra o uso de métodos contraceptivos modernos?			

Alguma vez teve medo de ser rejeitada se usasse um método contraceptivo moderno?			
--	--	--	--

Quem geralmente toma a decisão de quando deve ou não utilizar contraceção?

- Eu
- Parceiro
- Eu e o meu parceiro conjuntamente, sendo a minha opinião mais importante
- Eu e o meu parceiro conjuntamente, sendo a minha opinião igualmente importante
- Eu e o meu parceiro conjuntamente, sendo a minha opinião menos importante
- Não aplicável
- Outro: _____

Poderia pedir ao seu parceiro para usar preservativo se assim desejasse que ele o fizesse?

- Sim
- Não
- Talvez/sem certeza
- Não aplicável

Considera que, para si, algum dos seguintes fatores é uma barreira para adquirir métodos contraceptivos ou aceder aos serviços de planeamento familiar? (pode seleccionar várias respostas)

- Documentação legal
- Língua
- Custo
- Distância
- Transporte
- Horário de funcionamento
- Tempos de espera / tempo despendido
- Atitudes negativas de profissionais de saúde
- Não considero que haja barreiras
- Outra: _____

Julga que deve recorrer a consulta de planeamento familiar?

- Sim
- Não

4) Satisfação com a Saúde Sexual e Reprodutiva

Se não tem filhos e pudesse escolher exatamente o número de crianças que gostava de ter durante a sua vida ou se tem filhos e pudesse voltar atrás do tempo e escolher o número exato de filhos que desejaria ter durante a sua vida, quantos seriam? ____

Qual o seu grau de satisfação relativamente aos seguintes aspetos da sua saúde sexual e reprodutiva?

	Muito satisfeita	Moderadamente satisfeita	Insatisfeita	Não aplicável
Os seus conhecimentos sobre como prevenir uma gravidez.				
O seu número de filhos				
O espaçamento entre as suas gravidezes				
a confiança na eficácia do seu método contraceptivo				
a sua contraceção.				
a sua facilidade em aceder aos serviços de planeamento familiar				
a sua utilização dos serviços de saúde de planeamento familiar				

Em geral, considera que a sua saúde é:

- Muito boa
- Boa
- Moderada
- Má
- Muito má

Anexo IV: Operacionalização das variáveis

Variável		Tipo de variável	Categorias
Características sociodemográficas			
Idade		Qualitativa ordinal	18-24 anos 25-34 anos 35-44 anos 45-55 anos
Idade	18-24 anos	Qualitativas nominais categoriais	Sim Não
	25-34 anos		
	35-44 anos		
	45-55 anos		
País de origem	Países latino-americanos	Qualitativas nominais categoriais	Sim Não
	Países africanos		
	Outros países		
Tempo de permanência em Portugal	6 meses-2 anos	Qualitativas nominais categoriais	Sim Não
	3-6 anos		
	7-10 anos		
	Mais de 10 anos		
Situação Profissional	Estudante	Qualitativas nominais categoriais	Sim Não
	Desempregada		
	Empregada ou outra		
Número de gravidezes		Quantitativa discreta	-
Número de filhos		Quantitativa discreta	-
		Qualitativa ordinal	0 filhos 1 ou 2 filhos 3 ou 4 filhos
		Qualitativa nominal categorial	Sim Não
Número de filhos	Ter filhos	Qualitativa nominal categorial	Sim Não
Necessidades de contraceção			
Necessidades de contraceção não atendidas		Qualitativa nominal categorial	Sim Não
Perceção da possibilidade de gravidez (Acha que existe possibilidade de engravidar brevemente?)		Qualitativa nominal	Certamente/Provavelmente sim Provavelmente não Certamente não Não sei
Acesso ao PF			
Realizou consulta de PF		Qualitativa nominal categorial	Sim Não ou Não aplicável
Conhecia um local/serviço onde obter métodos de PF gratuitamente		Qualitativa nominal categorial	Sim Não ou Talvez
Satisfação com a SSR			
Número de filhos idealmente desejado		Quantitativa discreta	-
Satisfação com o número de filhos		Qualitativa ordinal	Muito satisfeita - 3 Moderadamente satisfeita - 2 Insatisfeita - 1 Não aplicável - 0

Satisfação com a confiança na eficácia do método contraceutivo	Qualitativa ordinal	Muito satisfeita - 3 Moderadamente satisfeita - 2 Insatisfeita - 1 Não aplicável - 0
Estar muito satisfeita com a confiança na eficácia do método contraceutivo	Qualitativa nominal categorial	Muito satisfeita Não estar muito satisfeita
Satisfação com a contraceção	Qualitativa ordinal	Muito satisfeita - 3 Moderadamente satisfeita - 2 Insatisfeita - 1 Não aplicável - 0
Estar muito satisfeita com a contraceção	Qualitativa nominal categorial	Muito satisfeita Não estar muito satisfeita
Satisfação com a facilidade em aceder aos serviços de PF	Qualitativa ordinal	Muito satisfeita - 3 Moderadamente satisfeita - 2 Insatisfeita - 1 Não aplicável - 0
Satisfação com a utilização dos serviços de PF	Qualitativa ordinal	Muito satisfeita - 3 Moderadamente satisfeita - 2 Insatisfeita - 1 Não aplicável - 0