

Para um Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva



Lisboa, 16 de Maio de 2015

Nota prévia

Este documento reflete os debates havidos num encontro, realizado em Lisboa, em 16.05.2015, em que participaram voluntários e profissionais da Associação para o Planeamento da Família, Aventura Social, Sociedade Portuguesa de Contraceção, Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica e UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta, e, ainda, personalidades da sociedade civil ativamente envolvidas na problemática da saúde sexual e reprodutiva (SSR).

Objetivos do Encontro

- Atualizar a análise da situação da SSR em Portugal, envolvendo profissionais de saúde, investigadores e outras partes interessadas, contribuindo para um instrumento nacional de planeamento neste domínio, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016.
- Promover, no seio da sociedade civil, uma reflexão sobre SSR, baseada em valores e no conhecimento objetivo da realidade, cujos resultados possam influenciar os programas das forças políticas que, na sequência das próximas eleições legislativas (2015), irão protagonizar um novo ciclo de políticas públicas.

Temas em debate e sua abordagem

Áreas-problema:

- Acesso à contraceção e gravidez indesejada.
- Da preconceção ao nascimento.
- Interrupção voluntária da gravidez.
- Infeções sexualmente transmitidas.
- Acesso aos cuidados de terapia sexual.
- Violência de género.
- SSR nos jovens.

Abordagens:

- Empoderar os cidadãos como coprodutores da sua SSR ao longo do ciclo de vida (informação, educação, literacia, aconselhamento para a SSR).
- Generalizar o acesso a cuidados de SSR (primários e diferenciados), no âmbito do sistema nacional de saúde, incluindo intervenções de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de acontecimentos adversos.
- Reforçar a base de conhecimento e a competência dos profissionais (epidemiologia, I&D, capacitação de recursos humanos).
- Alocar e gerir os recursos (humanos e materiais) adequados para a implementação do programa, garantindo equidade e transparência na sua distribuição.
- Avaliar, com a participação das partes interessadas, a concretização do programa e corrigir os desvios injustificados.

1. Acesso à contraceção e gravidez indesejada

Caracterização da situação

Sobre este tema foram referidos os dados do estudo ICS/CNVIHSIDA (2008), do 4º Inquérito Nacional de Saúde (INSA, 2009), ECOS (INSA/DGS, 2011).

- Cerca de 87% das mulheres em idade fértil, sexualmente ativas, não grávidas nem à espera de engravidar usavam um método contraceutivo;
- Elevada concentração do uso de contraceptivos em redor da pílula (67%)
- Algum uso do preservativo (14%), DIU (10%) e laqueação de trompas (4%)
- Uso reduzido de qualquer dos outros métodos
- O uso de contraceção aumenta com a escolaridade e diminui com a idade;
- Das mulheres não utilizadoras, uma elevada percentagem não explicam a razão do não uso;
- Mulheres menos escolarizadas usam menos;
- Não fazem vigilância em consulta de Planeamento Familiar 23% das mulheres utilizadoras de contraceção;
- 1/3 das mulheres teve uma gravidez não desejada

Que outros dados deveriam existir e não existem?

- Identificação e caracterização do perfil das mulheres não utilizadoras de qualquer método contraceutivo - possibilitando delinear estratégias adequadas de intervenção para este grupo específico.
- Identificação e caracterização do perfil das mulheres utilizadoras de método contraceutivo e que não frequentam consulta de SSR - possibilitando delinear estratégias adequadas de intervenção.
- Identificação e caracterização de grupos de maior vulnerabilidade ou risco ou com maiores necessidades – possibilitando aos serviços de saúde programar/disponibilizar respostas assistenciais adequadas.
- Monitorização dos indicadores atuais em SSR – com auditoria regular – identificando e acompanhando medidas de correção.
- Monitorização dos tempos de espera no acesso aos cuidados de SSR no Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Hospitais/ACES – com auditoria regular – identificando e acompanhando medidas de melhoria e correção.

Quais os principais problemas e necessidades?

- Acesso desigual a alguns métodos contraceptivos em algumas regiões do país.
- Situações de rutura de abastecimentos das unidades do SNS, umas vezes pontuais, outras vezes mais prolongadas.

- Insuficiente formação/capacitação/competências dos profissionais de saúde e educação em matéria de SSR.
- Necessidade de maior flexibilidade ao nível dos horários/tempo de atendimento, de forma a garantir acessibilidade e disponibilidade do atendimento.
- Necessidade de tempo e espaços próprios de atendimento nas unidades de saúde onde exista população sem médico de família ou para grupos com maiores necessidades.
- Contexto em que o atendimento é prestado/disparidade geográfica onde ocorre o atendimento.

Grupos de maior risco/vulnerabilidade e/ou com necessidades específicas

- Imigrantes, trabalhadores sexuais, consumidores de substâncias psicoativas, minorias étnicas, homens idosos, pessoas sem abrigo, jovens institucionalizados, jovens com doença crónica, pessoas portadoras de deficiência.

Recomendações

- Melhorar e potenciar um trabalho em rede/parcerias - SNS/ONG/Autarquias - otimizando os recursos e aumentando capacidade de resposta.
- Monitorizar a aplicação e cumprimento das disposições legais – com auditorias regulares, identificando e acompanhando a concretização de medidas de correção.
- Ativar os gabinetes de informação e apoio à educação para a SSR nas escolas (Lei 60/2009 que estabelece a educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário e define as respectivas orientações curriculares).
- Reforçar a atividade das UCC (unidades de cuidados na comunidade) dos ACES.
- Garantir a disponibilização de contraceção para um período de 6 meses.
- Propor a inclusão dos métodos de longa duração nos seguros de saúde.
- Criar espaços e tempo de atendimento mais flexíveis.
- Garantir disponibilidade dos profissionais.
- Formar outros profissionais que possam atuar enquanto mediadores (esteticistas, profissionais de desporto, escuteiros, técnicos de que trabalham com beneficiários de Rendimento Social de Inserção e Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, etc).
- Promover estudos longitudinais e comparativos.
- Realizar campanhas de comunicação visando aumentar o nível da informação sobre direitos e responsabilidades dos utentes do SNS.
- Divulgar os serviços de acesso à contraceção em locais não habituais.
- Trabalhar em rede/parceria com outras instituições: formação, consultoria e atividade assistencial.
- Propor às faculdades e escolas de medicina e enfermagem a criação de uma unidade curricular sobre SSR na formação inicial dos profissionais de saúde.

2. Da preconceção ao nascimento

Caracterização da situação

- A nível global, 10 a 17% de casais com idades entre os 20 e os 44 anos são inférteis. Estudos apontam para uma taxa de 10 a 12% para o mesmo segmento da população em Portugal.
- Causas da infertilidade: 5 a 30% são causas primárias (anatômicas, endocrinológicas, imunológicas, genéticas, ...) e 70 a 95% são causas secundárias e, consequentemente preveníveis, tais como exposições ambientais, sequelas de infeções sexualmente transmitidas (IST), cuidados de saúde sem qualidade e segurança, ...
- Em termos globais, sabe-se que 32% dos casos de infertilidade advêm do fator masculino, 30% do fator feminino, 17% de ambos e/ou múltiplos fatores, enquanto 21% ainda têm causa desconhecida.
- As respostas à infertilidade podem ser de natureza preventiva, diagnóstica e terapêutica (p ex, procriação medicamente assistida, PMA).
- Existem em Portugal 2,5 centros de PMA/milhão de habitantes, num total de 27 centros (10 públicos, 17 privados); atualmente cerca de 50% dos tratamentos são feitos no SNS (público).
- A taxa de sucesso de técnicas de PMA em Portugal é da ordem dos 25%.
- Procura: Em cada ano, por cada milhão de habitantes, há 3000 casais que são elegíveis para a PMA; destes apenas metade (1500) procuram este tratamento; como nem sempre conseguem engravidar à primeira tentativa, estima-se que a procura de PMA em Portugal seja de 2500 ciclos/milhão de habitantes/ano; Portugal realiza 590 ciclos/milhão de habitantes/ano; países como a Dinamarca, a Bélgica ou a Islândia correspondem completamente à procura.
- Atualmente, 2% dos recém-nascidos em Portugal resultam do sucesso de técnicas de PMA; esta taxa poderia subir para os 4 a 5% se Portugal conseguisse dar resposta a todos os pedidos, pelo que a contribuição para o aumento da natalidade seria da ordem dos 2 a 3%.
- Nos serviços públicos de PMA, há um limite de idade materna de 40 anos, inclusive, para considerar o casal elegível; e existe um limite de 3 ciclos de PMA por casal.
- Portugal dá resposta a cerca de 25% da procura em matéria de PMA (590 ciclos para uma procura potencial de 2500).
- O diagnóstico da Infertilidade e a referência para serviços especializados são muito tardios em Portugal; muitos profissionais de saúde só fazem referência após dois anos sem gravidez clinicamente documentada.
- Muitos casais inférteis têm problemas de endividamento financeiro, devido ao elevado custo dos tratamentos e da medicação (a comparticipação pública desta última é de 69% em medicamentos cujo PVP é muito alto).
- As dificuldades no relacionamento conjugal são comuns, principalmente devido a um desajuste no posicionamento face ao problema da infertilidade, estando os membros do casal, frequentemente, em níveis diferentes.

- Falta de formação nesta área dos profissionais, desde o pessoal administrativo, aos assistentes operacionais, passando por todos os restantes profissionais de saúde envolvidos.
- A gestação de substituição¹ não é permitida em Portugal.
- O direito à conceção e à parentalidade não é um direito assegurado a todos em Portugal.

Recomendações

- Generalizar o acesso à PMA, incluindo o acesso à gestação de substituição, por parte dos casais inférteis, dos casais de pessoas do mesmo sexo, de pessoas sozinhas ou de mulheres que sofram de condições médicas impeditivas de uma gravidez (como, p ex, ausência de útero ou com útero não funcional). Não existe igualdade no acesso à parentalidade num país em que o Estado legisla sobre quem tem ou não direito a ser pai/mãe.
- Investir e alargar as ações de educação para a saúde, nomeadamente no que respeita a SSR, o que contribuirá para (i) a prevenção de algumas situações que podem levar a infertilidade (nomeadamente, IST ou cuidados de saúde inseguros) e para um maior conhecimento e reconhecimento de situações que necessitam de uma resposta específica; e (ii) maior literacia em saúde como um fator preventivo e que ajuda a melhorar os serviços e a sua organização, na medida em que os utentes mais facilmente fazem valer os seus direitos quando os conhecem e contribuem conscientemente para a coprodução da sua saúde.
- Promover um diagnóstico mais precoce da infertilidade e conseqüente referenciação mais célere para serviços de especialidade. Nesta matéria é fundamental envolver as unidades de cuidados de saúde primários, através da formação dos profissionais e de normas de orientação clínica, que permitam identificar um casal possivelmente infértil, tendo por base a definição de infertilidade (OMS): “Um casal é infértil quando não alcança a gravidez desejada ao fim de um ano de vida sexual contínua sem métodos contraceptivos”.
- Equiparar a infertilidade à doença crónica, graduando a comparticipação da medicação de acordo com o que está pré-estabelecido para outras doenças crónicas.
- Aumentar a capacidade instalada nos centros públicos de PMA existentes (nomeadamente, ao nível do pessoal, horários e equipamentos).
- Não limitar a três o número de ciclos de PMA por casal. Sugere-se avaliação psicológica, a par da avaliação médica, para a definição da possibilidade de o casal aceder a mais ciclos. Aumentar a idade limite da mulher para acesso a PMA de 40 para 44 anos. No entanto, estas recomendações só fazem sentido no contexto da recomendação anterior de reforço dos serviços, sob pena de estas medidas apenas contribuírem para aumentar as listas de espera e a frustração dos utentes.
- Apoiar a sociedade civil, em particular as IPSS com finalidades de saúde, na criação de serviços complementares aos existentes (que incluam, p ex, apoio psicológico individual ou de grupo, aconselhamento jurídico, entre outros), através da criação de novas linhas de financiamento e/ou critérios de prioridade em linhas já existentes para a área da

¹ Definida como um “acordo em que uma mulher aceita engravidar com o objetivo de engendrar e dar à luz uma criança a ser criada por outros”.

PMA.

- Reforçar a base de conhecimentos e a competência dos profissionais de saúde (pessoal administrativo e assistentes operacionais incluídos) que trabalhem esta problemática, nomeadamente através de uma oferta formativa adequada e da promoção da investigação científica sobre reprodução humana nas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- Aumentar o número de bancos de leite materno para, pelo menos, um por A.R.S., permitindo o alargamento dos beneficiários (presentemente, os destinatários do leite materno proveniente dos dois bancos de leite existentes são os grandes prematuros).
- Elaborar uma Norma de Orientação Clínica da DGS que defina que todas as mulheres têm direito a um acompanhante durante o parto, incluindo no parto por cesariana.

3. Interrupção voluntária da gravidez (IVG):

Caracterização da situação

- O número de IVG a nível nacional tem vindo a diminuir gradualmente desde 2009, quer em números absolutos quer em termos relativos
- Do ponto de vista regional, Lisboa é a região onde há a mais alta incidência de IVG.
- Existe ainda uma preocupação com os números da Região Autónoma dos Açores (1%), talvez porque haja grande clandestinidade ou falha nos registos de IVG naquela região.
- Há muitas mulheres estrangeiras a recorrer à IVG e que são estrangeiras recentes (desconhecedoras da contraceção mas conhecedoras sobre a possibilidade de fazer IVG em Portugal). Algumas destas mulheres ficam excluídas de fazer a interrupção no SNS.
- A iniciativa própria da mulher grávida é a principal forma de se fazer interrupção nos serviços hospitalares, seguida dos encaminhamento pelos Centros de Saúde, provavelmente porque as pessoas não querem informar o seu médico/a ou dar a conhecer no Centro de Saúde sobre a sua IVG.
- Constata-se ainda que há um aumento dos encaminhamentos dos pedidos de IVG para os serviços privados por parte dos hospitais.
- Como as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores têm sistemas de saúde não integrados no SNS, as mulheres destas regiões a residir temporariamente no Continente, por exemplo estudantes, têm que registar-se no SNS do Continente e perder as regalias da insularidade ou regressar à região de origem para a interrupção.

Dados que fazem falta investigar:

- De uma forma global, é muito escasso o número de publicações científicas sobre a experiência da IVG em Portugal após 2007.
- Constata-se que não se tem conhecimento sobre os pedidos recusados (número e razões da recusa).
- Fazem falta alguns dados mais finos do relatório da DGS como por exemplo: os dados não cruzam idades com regiões.
- Estimativa do número de abortos clandestinos.
- Não existem dados sobre a avaliação das mulheres com o processo da interrupção (desde a consulta prévia até ao fim do processo). Muito importante saber a avaliação final e até a satisfação nas várias fases da IVG medicamentosa ou cirúrgica.
- Não existem estudos sobre a correlação da IVG com a satisfação nas relações conjugais, nas relações sexuais e no uso da contraceção.
- Não existem estudos sobre o processo de escolha (método de IVG, reflexão, decisão).
- Faltam dados sobre a composição das equipas que executam a IVG, quanto a recursos e tipo de profissionais.

- Não existem estudos sobre a percepção das mulheres que fazem IVG medicamentosa sobre o processo, nomeadamente sobre a questão da dor e da hemorragia.
- São escassos os dados sobre as condições em que ocorreu a gravidez não desejada, contraceção que estavam a usar e padrões de vida sexual.

Recomendações:

- Facilitar o acesso direto da mulher grávida à procura de IVG aos hospitais, garantindo o anonimato.
- Organizar em cada ACES um ponto focal de informação sobre IVG. Deste modo serão mais bem garantidos um acesso fácil e um maior anonimato.
- Garantir que as ecografias prévias e de controlo sejam céleres.
- Reforçar a composição das equipas em enfermeiros, os quais devem estar envolvidos em atos como: consulta, ministração de medicação, ecografias (desde que haja formação adequada, a qualidade profissional fica assegurada).
- Reforçar a formação dos profissionais dos Centros de Saúde sobre a colocação de métodos de longa duração .

Questões relacionadas com a regulamentação:

- As baixas por IVG não devem ser automaticamente fixadas em 30 dias (como prescreve a presente legislação), devendo as mesmas passar a ser atribuídas de acordo com critérios médicos que respondam às necessidades de saúde de cada pessoa.
- Relativamente às taxas moderadoras, se houver modificação da lei e passar a haver taxas moderadoras, elas devem ser para todas as mulheres.
- Deixar de ser necessário que a ecografia seja feita por um médico diferente daquele que faz a IVG (com as exceções já previstas) e deve ser impedida a aprovação de taxas especiais que visem punir as IVG de repetição.
- Alargamento do prazo para a IVG a pedido da mulher para as 12 semanas.
- Situação das menores: respeitar a vontade da menor, promovendo o envolvimento parental sempre que possível.
- Retirar o período de reflexão obrigatório.

Educação para a Saúde:

- Reforçar a informação sobre o direito e o acesso aos métodos contraceptivos, à contraceção de emergência e à IVG.
- Sensibilizar os Centros de Saúde para promoverem os métodos de longa duração.
- Criar estratégias para renovar as equipas, envolvendo profissionais mais novos nestes procedimentos.
- Promover campanhas contra a estigmatização do recurso à IVG.

4. Infecções sexualmente transmitidas

Caracterização da situação

Em Portugal os dados relativos às doenças sexualmente transmissíveis são escassos. Existem dados epidemiológicos básicos relativos a três doenças: sífilis precoce, sífilis congénita e infecção gonocócica. A infecção VIH, sendo na grande maioria dos casos de transmissão sexual, tem um sistema de vigilância próprio com um programa próprio do qual são excluídas as outras ISTs.

Compete à Direcção Geral de Saúde (DGS) coligir os dados relativos aos casos destas doenças, as quais integram a lista das doenças de declaração obrigatória e são objeto do Sistema de Vigilância de Doenças de Declaração Obrigatória.

A própria DGS refere na *Introdução* da publicação "Doenças de Declaração Obrigatória 2010-2013, Volume I" (<http://www.dgs.pt/?cr=27532>) que "A qualidade e abrangência dos dados compilados através do Sistema de Vigilância das Doenças de Declaração Obrigatória é influenciada por vários fatores, pelo que a sua interpretação deve ser cuidadosa".

Recentemente a DGS remodelou este Sistema de Vigilância de acordo as normas do Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças (ECDC), efectuando a revisão das definições de caso de doença, e introduziu na lista de doenças a declarar mais duas ISTs: Infecções por *Chlamydia trachomatis* e o linfogranuloma vénereo. Em junho de 2014 entrou em funcionamento um sistema de notificação on-line (**Sinave**) que poderá melhorar a qualidade e a divulgação dos dados.

Estes dados estão também disponíveis nos relatórios oficiais do ECDC (on-line).

Seria importante a construção de uma Rede Sentinela das ISTs, à semelhança do que é feito para outras doenças, que, para além de quantificar as doenças, colhesse dados sócio demográficos e comportamentais dos doentes com ISTs. A análise destes dados e a avaliação das tendências evolutivas permitiria a criação de programas regionais dirigidos a grupos populacionais de maior risco para aquisição destas doenças.

Quais os principais problemas e necessidades que existem nesta área temática?

Escassez de consultas de ISTs, dificuldade no acesso dos doentes aos poucos serviços existentes, falta de técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos do serviço social e de laboratório e terapêutica) com formação específica em ISTs. Falta de educação sexual/informação/formação da população em geral sobre esta temática, má divulgação dos poucos recursos existentes e entraves à entrada dos doentes nas consultas.

Existem grupos com problemas específicos nesta temática

Estão identificados como grupos populacionais de risco para a aquisição de ISTs: os jovens; os utilizadores de drogas; os imigrantes, principalmente os indocumentados; os trabalhadores do

sexo, os homens que têm sexo com homens; os indivíduos que vivem em condições sócio económicas desfavorecidas. Acrescento a estes os parceiros sexuais dos doentes com ISTs.

Recomendações:

- Melhorar os sistemas de colheita de dados existentes e criar outros que permitam o conhecimento da real da situação das doenças sexualmente transmissíveis em Portugal, do ponto de vista clínico e laboratorial (rede de vigilância de base laboratorial), sócio demográfico e comportamental dos doentes com ISTs.
- Aumentar a acessibilidade aos serviços de saúde. Incluir o rastreio das ISTs (sífilis, clamídia, gonorreia e VIH) como norma, nas consultas periódicas de saúde, nas consultas pré-natais, de saúde materna, de planeamento familiar e nas consultas de adolescentes (para os indivíduos sexualmente ativos).
- Incluir nos exames médicos participados os testes necessários àquele rastreio, nomeadamente os testes NAAT para pesquisa de *Chlamydia trachomatis*.
- Elaborar programas de saúde focados nos grupos vulneráveis e comportamentos de risco para a aquisição de ISTs e HIV/SIDA.
- Incluir a temática das ISTs, formas de transmissão, prevenção e história natural das doenças nas aulas de educação sexual.
- Incluir nas campanhas de prevenção do VIH as outras ISTs, rentabilizando recursos.

5. Acesso aos cuidados de terapia sexual

Caracterização da situação

Segundo a Sociedade Portuguesa de Sexologia os serviços de sexologia clínica do SNS atualmente em funcionamento são:

- Região Centro: Hospital de S. Teotónio (Viseu), Serviço de Psiquiatria, HUC, Serviço de Psiquiatria, Hospital dos Covões e Consulta de Sexologia da Maternidade Bissaya Barreto (Coimbra).
- Região de Lisboa: Hospital Garcia de Orta, Hospital de Santa Maria (Serviço de Psiquiatria), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (Consulta Externa), Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Região do Porto: Hospital de São João, Hospital de Santo António, Hospital Magalhães Lemos.

Serviços de Sexologia Clínica no setor social:

- Centro de Desenvolvimento Diferenças – Lisboa
- APF - Intimamente - Faro, Évora, Lisboa, Coimbra e Porto.

Assim:

- Não existem serviços de sexologia clínica a norte do grande Porto, no Sul e no interior do País.
- Não existem dados sobre a prevalência das dificuldades e disfunções sexuais na população utente das consultas existentes, embora existam estudos (não atuais) da prevalência destes problemas na população em geral
- Existem várias consultas com profissionais sem formação acreditada pela Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica.
- A maioria das consultas do SNS não é aberta (só os utentes da zona de residência do Hospital onde funciona a consulta podem usufruir dela, por referência do médico de família)
- As USF's trabalham por objetivos e um deles passa por reduzir ao máximo o encaminhamento dos utentes para outros serviços do Estado o que influencia os encaminhamentos para os serviços de sexologia clínica, mesmo quando se verifica a necessidade.
- Existe falta de organização e de articulação entre as várias consultas do país.
- Falta de sensibilização/formação nesta área, nos profissionais de saúde no ativo.

Recomendações

- As cirurgias de reatribuição sexual não deveriam estar centralizadas nos CHUC e deveriam acontecer em maior número de serviços noutros pontos do país.

- As equipas destas consultas deveriam ser sempre multidisciplinares (como acontece no Hospital de Viseu).
- Incluir a formação nesta área nos currículos académicos dos profissionais de saúde.

Outras recomendações relacionadas com o acesso aos cuidados de terapia sexual:

- Promover o acesso de grupos com problemas específicos aos cuidados de terapia sexual, por exemplo: jovens, pessoas com doença crónica, pessoas com doença oncológica, transsexuais.
- Discutir a possibilidade da colheita de óvulos e espermatozoides para futura utilização em PMA, nos processos reatribuição sexual (transsexuais).

6. Violência de género

Tráfico de seres humanos (TSH)

Caracterização da situação

- Faltam dados acerca da situação específica do TSH em Portugal relativos aos casos que não são sinalizados como TSH, nas situações em que são identificados pelas autoridades como outros crimes ou nas situações em que os processos seguem diretamente para o Ministério Público. Isto reflete-se nas discrepâncias nos dados que cada grupo reporta – Observatório Nacional, Dados das ONG's, etc.
- Falta uma melhor caracterização relativa a populações específicas nomeadamente população "trans", para quem se sente necessidade de intervenção específica, sendo necessária uma sinalização específica. Através desta sinalização direcionada seria possível determinar os dados relativos a estas pessoas.
- Dificuldade ao nível da assistência e reintegração das pessoas traficadas na concretização dos seus projetos de vida. As dificuldades são transversais a vários aspetos da sua vida, nomeadamente ao nível da empregabilidade e também ao nível do acesso a saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar, etc. Por outro lado, a falta de enquadramento legal no que diz respeito ao trabalho sexual tem repercussões ao nível desta reintegração e reorganização de projetos de vida, no caso de vítimas de tráfico para fins sexuais.

Recomendações

- Uniformizar os procedimentos de sinalização e reporte das pessoas vítimas de tráfico.
- Não fazer depender os apoios, as repostas e/ou a sua manutenção das atividades profissionais ou outras escolhas de vida.
- Dar visibilidade às diferentes formas de tráfico não inseridas naquelas que são as do tráfico para fins laborais, nomeadamente o tráfico para exploração sexual.
- Melhorar a formação dos profissionais que estão no atendimento de primeira linha, nomeadamente nos setores da justiça e saúde. Bons exemplos que existem em alguns pontos focais em organismos de saúde, justiça e polícia, devem ser tidos em conta e as boas práticas generalizadas.
- Criar um estatuto específico para as vítimas de tráfico de seres humanos que garanta o acesso ao SNS, a isenção de taxas moderadoras, a confidencialidade e anonimato nas consultas médicas, exames, etc. em todos os canais e processos pelos quais pode passar qualquer pessoa, havendo procedimentos normalizados e os apoios necessários específicos para a autonomização: saúde oral, SSR, apoio psicológico/psicoterapêutico.
- Continuar a colaboração e o trabalho em rede entre a APF e outras organizações públicas ou ONG's; estar envolvida na formação de profissionais na área da justiça e da saúde; contribuir para a construção dos procedimentos de sinalização, encaminhamento e intervenção que garanta os direitos e a confidencialidade e o anonimato.

Mutilação Genital Feminina (MGF)

A MGF é uma área-problema em que muito se tem desenvolvido trabalho de forma concertada e eficiente, pelo que as dificuldades identificadas são menores do que noutras áreas, em parte, graças ao facto de Portugal ter um Programa de Ação que garante a intervenção concertada e preventiva.

Caracterização da situação

- Continua a faltar um estudo de prevalência que indique o número e distribuição geográfica de raparigas e mulheres sobreviventes de MGF residentes em Portugal.
- Persiste a falta de recursos para obter apoio psicológico específico e cirurgias de reconstrução.

Recomendações

- Apoiar psicologicamente bem como facultar o acesso a cirurgias reconstrutivas comparticipadas para sobreviventes de MGF.
- A APF deverá continuar a participar do grupo de trabalho intersectorial para a eliminação e prevenção da MGF em Portugal, bem como continuar o trabalho de referência ao nível da intervenção com as comunidades.

Casamentos forçados

Caracterização da situação

- Esta temática não está suficientemente refletida, provavelmente devido à dificuldade na definição do/s conceito/s, dificuldade em encontrar um consenso legal para enquadrar esta prática garantindo sensibilidade cultural e protegendo os direitos de todas as pessoas não discriminando, e dificuldade para determinar meios de investigação e intervenção, etc.
- Não existem quaisquer dados em relação a casamentos forçados ou infantis, principalmente no que diz respeito aos casamentos de cariz cultural sem correspondência legal. Apesar de não ser possível legalmente casar em Portugal para pessoas com menos de 18 anos, existem jovens menores que se encontram em relações maritais.

Recomendações

- Dar prioridade à constituição de um grupo de reflexão sobre o tema em que as ONGs estejam inseridas, nomeadamente as que trabalham os temas da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.
- Sensibilizar para as questões ligadas à SSR que estão na base da maior parte das situações ligadas aos casamentos forçados: gravidez precoce, não acesso a planeamento

familiar ou contraceção, abandono escolar precoce (com a conseqüente menor informação ou educação sexual) ou violência doméstica.

- Investir na colaboração de mediadores/as para acesso às comunidades onde se pratica o casamento forçado.
- Criar programas específicos para grupos culturais específicos.

Violência doméstica

Caracterização da situação

- Dificuldades ao nível da articulação dos dados entre as ONG e os organismos governamentais para que se conheça realmente o que se passa no terreno. Nomeadamente não existem dados para algumas formas de violência dentro das relações íntimas, nomeadamente violência sexual que as mulheres não avaliam como violência, ou mesmo abuso.
- Pouca sensibilização para as situações de violência sexual nas relações íntimas da parte de profissionais de primeira linha.
- Pouca intervenção na violência nas relações de namoro.
- Dificuldade de garantia de segurança das sobreviventes de violência após o período de acompanhamento em casa abrigo.
- Grupos específicos com menos intervenção mas com necessidades particulares que devem ser respondidas, p ex, casais homossexuais e jovens.

Recomendações:

- Reforçar a educação sexual como meio essencial para a prevenção da violência doméstica e nas relações de namoro e para a promoção da igualdade de género.
- Disponibilizar respostas para pessoas idosas sobreviventes de violência doméstica, nomeadamente através de formação de técnicos de saúde, serviço social, etc.
- Promover a formação de profissionais e técnicos de apoio às vítimas, valorizando estas funções, com formação continuada, ao nível da SSR.
- Sensibilizar técnicos/as para o reconhecimento da violência sexual nas relações íntimas enquanto forma de violência doméstica.
- Intervir ao nível da reabilitação emocional no que respeita à sexualidade de pessoas vítimas de violência sexual.
- Apoiar as crianças de famílias em que ocorrem situações de violência e garantir que os casos de regulação das responsabilidades parentais ocorram em simultâneo com os casos de violência doméstica, através da sensibilização dos profissionais da Justiça.
- Formar e sensibilizar os profissionais de primeira linha para situações em que o homem é vítima de violência ou em relações homossexuais. Sensibilizar os profissionais de saúde para a adequação no tratamento da população "trans".

7. Saúde Sexual e Reprodutiva nos jovens:

Caracterização da situação

- Em termos de indicadores de SSR, embora o número de nados vivos em mães adolescentes tenha vindo a diminuir de forma significativa nas últimas décadas, tem-se mantido quase estacionário o número de jovens com 19 anos e menos que recorrem a uma IVG, representando cerca de 10% do total de IVG.
- Em Portugal, atualmente, a educação sexual em meio escolar rege-se pela Lei nº60/2009 (6 de agosto) regulamentada pela portaria nº 196 – A/2010 (9 de abril) que estabelece a educação sexual nos estabelecimentos do ensino básico e do ensino secundário e define as respetivas orientações curriculares.
- Desde o surgimento da lei, têm sido realizados diversos estudos e investigações na perspetiva de aferir a implementação da mesma e o impacto que tem tido junto dos jovens portugueses.
- Apesar da lei ter sido avaliada em 2013, tal como a própria preconizava, surgem questões como a necessidade de uma constante avaliação da implementação da mesma, sobretudo considerando a conjuntura socioeconómica tão flutuante registada nos últimos anos no nosso país.
- Iguamente, aquando da realização de investigações nesta área, persiste uma não visibilidade dos dados de jovens em estudos científicos.
- Verifica-se ainda a necessidade de uma maior partilha de ferramentas, metodologias e práticas em educação sexual numa plataforma útil, funcional e atualizada, acessível aos profissionais técnicos.
- Enumera-se ainda o excesso de carga horário dos professores, no que diz respeito ao facto de não existirem horas específicas para a educação sexual.
- Regista-se um défice na uniformização de procedimentos na implementação da lei, sendo que também muitas vezes as sessões de educação sexual centram-se em informação e conhecimentos com base sobretudo em questões biológicas e anatomo-fisiológicas, negligenciando-se outras questões inerentes à sexualidade e ignorando-se realidades emergentes, como por exemplo, os problemas associados ao uso das redes sociais.
- Observa-se também o pouco envolvimento dos pais no processo de educação sexual, especialmente conforme a progressão dos filhos nos anos escolares.
- Por fim, há ainda grupos com problemas específicos nesta área, que pelas suas características têm menos acesso à educação sexual ou cuja intervenção deveria ser orientada para as suas necessidades. É o caso dos jovens não escolarizados, das minorias étnicas, das pessoas com necessidade educativas especiais e dos jovens institucionalizados.
- Tem havido encerramento de diversas respostas de saúde dirigidas especificamente a jovens.
- A “Sexualidade em Linha” continua a ser um recurso muito pouco conhecido entre os jovens.

Recomendações

- Reduzir a componente letiva para um professor coordenador e da componente não letiva para os restantes professores envolvidos.
- Dar ênfase a uma procura mais ativa e ao favorecimento da participação dos pais.
- Criar uma plataforma dirigida a vários agentes educativos, p ex, pais, jovens e entidades públicas e privadas, com recursos, ferramentas e *links* sobre educação sexual, bem como fóruns de discussão e espaço online para esclarecimento de dúvidas e de sugestões.
- Retomar a formação para professores considerando uma visão mais holística da sexualidade.
- Criar de um espaço curricular definido para a educação sexual, com aulas de “educação para a cidadania desenvolvimento pessoal, onde as 12h de educação sexual seriam dinamizadas por professores com formação.
- Integrar a contraceção e as IST no recente documento “Metas Curriculares das Ciências Naturais – 9º Ano”.
- Garantir que, em cada município e/ou por cada 100 mil habitantes, haja pelo menos uma resposta de saúde específica para os jovens, devidamente publicitada junto dos mesmos.
- Reforçar a divulgação da “Sexualidade em Linha” junto dos jovens.

Síntese conclusiva

Como refere PA Allotey (2011)², “O contexto político dos direitos e das agendas em SSR, devem ser alicerçados nas políticas de género e de justiça social. Devem ter por âmbito a implementação de uma sexualidade livre de preconceitos, saudável e deve implementar ações tendentes à redução das componentes de violência no quotidiano e na vida sexual.”

Para quem os quiser e souber ler, os resultados dos francos e intensos debates havidos neste encontro constituem, sem dúvida, uma base para a construção de um instrumento de planeamento a médio prazo em matéria de saúde sexual e reprodutiva com as características acima referidas. Dessa leitura e, em particular, a das recomendações resultará claro que os vários temas debatidos são atravessados por linhas de força comuns que apontam, nomeadamente, para a necessidade de (i) generalizar o acesso aos cuidados de SSR ao longo da vida, respeitando as especificidades de cada grupo etário e de cada situação social (ii) capacitar os profissionais envolvidos para a oportuna concretização das melhores intervenções disponíveis, (iii) reforçar os meios humanos, infraestruturais e organizacionais ao serviço da SSR, (iv) melhorar a literacia em saúde (em particular em SSR) de todos os segmentos da população residente, com relevo para a educação sexual em meio escolar ou (v) reforçar a base de conhecimento cientificamente validado sobre SSR, que informe a tomada de decisão.

Enquanto IPPS com finalidades de saúde e ONG para o desenvolvimento, a APF disponibiliza o seu enorme capital de experiência, reunido ao longo de décadas, em muitos dos temas relevantes para a elaboração de um Programa Nacional de SSR que assegure mais recursos e, sobretudo, uma maior coerência às intervenções para face aos problemas de SSR, naquele que é, afinal, um domínio de interseção entre as políticas de género e de justiça social.

Agradecimentos

A Direção Nacional da APF quer agradecer a Ana Campos e Miguel Vale de Almeida pelas suas inspiradoras comunicações na sessão de abertura deste encontro, a todos os animadores, relatores e demais participantes pela sua disponibilidade e pela forma como contribuíram para enriquecer o debate e os seus resultados e ao Instituto Português do Desporto e da Juventude pelo generoso acolhimento desta iniciativa nas suas magníficas instalações.

² PA Allotey et al. *Reproductive Health Matters*. 2011;19(38):56–68.