



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Práticas e comportamentos sexuais de imigrantes que vivem em Portugal

Olimpio Uete Sami Cá

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA
E DESENVOLVIMENTO**

MAIO, 2022



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Autor: Olimpio Uete Sami Cá

Orientadora: Professora Doutora Ana Barroso Abecasis

Coorientadora: Mestre Mafalda Miranda

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA CUMPRIMENTO DOS REQUISITOS
NECESSÁRIOS À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA
E DESENVOLVIMENTO**

MAIO 2022

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu pai que sempre me incentivou a nunca desistir dos meus objetivos e a minha honrosa esposa Angelica a qual sempre estive ao meu lado me ajudando a enfrentar todas as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Minha Fortaleza, e meu refúgio, Deus todo poderoso

Minha mãe, Rosa, heroína para mim e pelo apoio incondicional.

Meu pai, Uete Sami cá (em memória), que sempre me incentivou a buscar conhecimento, inesquecível na minha vida

Minha honrosa esposa, Angelica, amiga e companheira que acredita nos meus sonhos e sonha comigo.

Meu sobrinho, amigo de sempre, José Incate Nanque, por todo o apoio, dedicação, paciência e por me ter acompanhado ao longo de todo percurso acadêmico.

Minha coorientadora Mestre Mafalda Miranda, um agradecimento enorme pelo ser humano ímpar, seu exemplo de dedicação, excelência e disponibilidade ao longo de todo este percurso.

Um agradecimento muito especial a minha orientadora Prof. Doutora Ana Barroso Abecasis, pela sua disponibilidade, capacidade crítica e conhecimento transmitido ao longo de todo este percurso.

Ao prof Doutor Luís Varandas pela sua motivação, seu precioso sentimento e apoio incondicional durante este percurso.

A toda a família, amigos, pela compreensão, ajuda, presença ao longo deste percurso e que tornaram possível a concretização dos meus objetivos.

RESUMO

RESUMO

As infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) possuem distribuição mundial, constituindo grave problema de saúde pública a nível mundial, de difícil controlo. Estas infeções apresentam-se como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade significativas e propiciam a transmissão da HIV/SIDA. Verifica-se que os migrantes representam uma larga percentagem dos novos casos de ISTs, particularmente VIH, a nível global. Sendo Portugal um país tipicamente recetor de imigrantes sobretudo originários da comunidade de países da língua portuguesa, e perante o aumento de globalização, surgiu a necessidade de caracterizar o padrão de prática e comportamento sexual de imigrantes portadores de VIH+ que vivem em Portugal, objetivo geral do presente trabalho. Através do método não probabilístico, selecionaram-se, 265 imigrantes portadores de VIH+ residentes em Portugal, com vida sexual iniciada e idade igual ou superior a 18 anos. Tendo em conta aos objetivos delineados, seguiu-se um desenho de estudo observacional, analítico e transversal. Para a recolha de dados recorreu-se a um questionário de perguntas de resposta fechada. Verificou-se que os participantes no presente estudo são maioritariamente jovens, do género masculino e heterossexuais, detentores do ensino secundário ou superior, e naturais de países da língua portuguesa. Outro dado importante encontrado no nosso estudo, refere-se à maior prevalência e associação das ISTs entre os homens que fazem sexo com homens (HSH). No presente estudo verificou-se que maior parte de imigrantes que contraíram ISTs foram das comunidades de países da língua portuguesa. Feita a reflexão sobre os dados obtidos no presente estudo, e numa tentativa de continuar a diminuir a transmissão de ISTs, particularmente vírus de HIV na era de globalização que vivemos, lembramos que devem ser promovidas medidas direcionadas para os imigrantes. Dados encontrados apontam a necessidade de continuar a aposta e investimento em cuidados preventivos que envolvam essencialmente populações vulneráveis, particularmente os migrantes, abordar o tema de promoção e da prevenção da transmissão de ISTs em espaços frequentados por estas comunidades, e continuar a priorizar formação de profissionais de saúde quanto a cuidados de saúde na população imigrantes.

Palavra chave: prática e comportamento sexual, imigrante, IST, Portugal

ABSTRACT

ABSTRACT

Sexually transmitted infections (STIs) have a worldwide distribution, constituting a serious public health problem worldwide, which is difficult to control. These infections are one of the main causes of significant mortality and morbidity and favor the transmission of HIV/AIDS. It appears that immigrants represent a large percentage of new cases of STIs, particularly HIV, globally. As Portugal is a typically receiving country for immigrants, mainly from the community of Portuguese-speaking countries, and given the increase in globalization, the need arose to characterize the pattern of sexual practice and behavior of HIV+ immigrants living in Portugal, the general objective of the present work. Through the non-probabilistic method, 265 immigrants with HIV+ residing in Portugal, with initiated sexual life and aged 18 years or older, were selected. Taking into account the objectives outlined, an observational, analytical and cross-sectional study design was followed. For data collection, a questionnaire with closed-ended questions was used. It was found that the participants in the present study are mostly young, male and heterosexual, with secondary or higher education, and natives of Portuguese-speaking countries. Another important finding in our study refers to the higher prevalence and association of STIs among men who have sex with men (MSM). In the present study, it was found that most immigrants who contracted STIs were from communities in Portuguese-speaking countries. After reflecting on the data obtained in the present study, and in an attempt to continue to reduce the transmission of STIs, particularly the HIV virus in the era of globalization we live in, we recall that measures aimed at immigrants must be promoted. The Data indicated the need to continue investing and investing in preventive care that essentially involve vulnerable populations, particularly migrants, addressing the issue of promoting and preventing the transmission of STIs in spaces frequented by these communities, and continuing to prioritize training of professionals and health care in the immigrant population.

Keywords: sexual practice and behavior, immigrant, STI, Portugal

ÍNDICE

Índice

INTRODUÇÃO	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Migração Na União Europeia	4
O fenómeno migratório português	4
Portugal como país de acolhimento	5
Desafios de Saúde Pública em relação a migração	5
Infeção Sexualmente Transmissível	6
Causas, patogenia e tratamento de ISTs	7
ISTs curáveis com maior incidência	8
ISTs não curáveis com maior incidência	11
FATORES DE RISCO DE ISTs	14
OBJETIVOS DE ESTUDO	16
Objetivo geral:	16
Objetivos específicos:	16
Variáveis estudo	17
MATERIAIS E MÉTODOS	18
Tipo de estudo	18
Amostra	19
Instrumentos de recolha de dados	19
Processo de colheita e tratamento de dados	19
Análise de dados	20
RESULTADOS	21
DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	28
BIBLIOGRAFIAS	31

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Características sociodemográficos, práticas e comportamentos de migrantes que vivem com ISTs em Portugal.....

Tabela 2- Regressão logística binária para analisar as variáveis associadas a infeção sexualmente transmissível.

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

ARV – Antirretrovirais

CHLC - Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN - Centro Hospitalar Lisboa Norte

CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CPLP- Comunidade de Países da Língua Portuguesa

CPR - Conselho Português para os Refugiados

DIP - Doença Inflamatório Pélvica

EEE - Espaço Económico Europeu

EU - União Europeia

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH – Homem que fazem Sexo com Homem.

HSV1 - Vírus Herpes Simplex 1

HSV2 – Vírus Herpes Simplex 2

IHMT- Instituto de Higiene e Medicina Tropical

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONG - Organizações Não Governamentais

PALOP - Países Africanos da Língua Oficial Portuguesa

SEF - Serviço de Emigração e Fronteiras

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TDR – Resistência Transmitida aos Antirretrovirais

LISTA DE SIGLAS

UAVIDRE – Unidade de Apoio a Vítimas Imigrantes e de Discriminação racial ou Étnica.

UNL- Universidade Nova de Lisboa

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

VHP – Vírus do Papiloma Humano.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A procura de melhor condição de vida iniciou-se a cerca de 200 mil anos, no continente africano (1). As ondas migratórias foram influenciadas por vários fatores, que como hoje, fizeram com que os homens se dispersassem inicialmente pelo continente africano e posteriormente por todo mundo. Hoje em dia existe um crescente fluxo migratório humano de larga escala, em grande parte devido a influência da globalização (1).

Na maioria do século XXI os movimentos de deslocação humana aumentaram em extensão e complexidade, e estima-se que atualmente aproximadamente 1 bilhão de pessoas sejam consideradas migrantes. Migrantes são “indivíduos que por motivos diversos se deslocaram de seu país ou estado de nascimento para se fixar em outro”. A migração é definida “pela ação e efeito de um individuo se deslocar de um lugar para outro com o fim de nele se fixar” (2).

O conceito de migração não se fixa apenas nas pessoas que trocam de local de nascimento, mas também em muitos outros aspetos, tais como: no desenvolvimento de países, no crescimento das populações, na troca de experiências e tecnologia entre povos (3): A deslocação de um individuo dentro do seu próprio país, de uma cidade para outra ou de uma zona rural para urbana também confere o estatuto de migrante, apesar de ser considerada uma migração interna. Este tipo de migração pode ser potenciado por motivações e objetivos semelhantes aos de uma migração internacional (4).

A migração integra componentes da dinâmica populacional (fecundidade, mortalidade e migração), sendo a mais difícil de se definir (4). Outro componente importante da migração é movimento de pessoas de um lugar para outro a fim de ter a residência permanente, geralmente atravessando uma fronteira política (migração internacional) (1,5).

Na atualidade, grande parte dos países, especialmente na europa, contam com a presença de milhares de imigrantes de todas as partes do mundo, com o objetivo de alcançarem melhores condições de vida (5). Contudo nem sempre é fácil, devido preconceitos na disputa de empregos e benefícios providos pelos Estados, levam a que imigração se torne uma fonte de insegurança e ansiedade no cenário internacional (5). É necessário o estabelecimento de um diálogo entre os países a fim de minimizar o racismo entre as populações. Também é preciso que os imigrantes tenham as mesmas oportunidades dos

INTRODUÇÃO

nativos, uma vez que empregos são a melhor forma de evitar exclusão social e marginalização dos imigrantes e seus descendentes (5).

Como fenómeno socioeconómico, a imigração pode ser considerada um contributo essencial para o desenvolvimento e para a resolução de problema demográficos que possam ocorrer nos países desenvolvidos. Isto acontece uma vez que, na maioria estes países são caracterizados por uma população envelhecida e com uma baixa taxa de natalidade (6). Nestes países, a população imigrante, contribui com mão de obra em várias atividades económicas para as quais não existe, muitas das vezes, disponibilidade de trabalhadores nos próprios países (6). Nos países em desenvolvimento, por outro lado, a imigração surge, como um recurso contra a pobreza, conflitos políticos, étnicos ou religiosos (6). Além de isso as barreiras linguísticas, a existência de sistemas legais e administrativos diferentes dos do país de origem podem causar problemas físicos e psicológicos que condicionam a adaptação e integração do migrante a nova sociedade, pois os imigrantes têm maior riscos e são mais facilmente de acidentes no trabalho, fatalidade, ou hospitalização prolongado, que pode provocar invalidez parcial ou total, com repercussão psicológica (7).

Uma migração ligada a uma situação traumática com mudanças extremas e perdas pode levar a uma alteração do foro psicológico do migrante (4). No processo de migração o indivíduo deixa para trás o seu ambiente familiar, os amigos e hábitos do dia-a-dia (4). Este tipo de condições pode condicionar a saúde das populações migrantes. Outros fatores intervêm no processo de adaptação, por um lado as características individuais do próprio migrante e por outro, as características do país de origem (4).

O processo de adaptação do migrante é determinado por três características; as características demográficas, como o sexo, idade, estado civil, agregado familiar e local de residência, as características económicas, como a integração do mercado de trabalho, estatuto profissional e rendimento e as características sociais, como o nível de escolaridade e de formação profissional, origem étnica, religião e conhecimento da língua do país de acolhimento (4).

Em regra geral, os imigrantes apresentam piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Normalmente residem em zonas degradadas e com apoios reduzidos de serviços de âmbitos social e de saúde (6). No contexto do trabalho, as

INTRODUÇÃO

atividades laborais que habitualmente desenvolvem são pouco qualificadas e conjugam exposições a fatores de riscos e agentes infecciosos. Deste modo o seu estatuto é mais irregular do que os nativos, levando a uma maior exploração e tornando os imigrantes numa população vulnerável (6).

Devido à sua falta de recursos económicos, à sua dificuldade de aprendizagem da língua nativa, à difícil legalização e o “desconhecimento dos hábitos culturais da sociedade recetora e dos serviços e apoios sociais”, os imigrantes não recorrem com grande frequência ao sistema de saúde, o que leva a uma precária promoção da saúde e tratamento da doença (4). Desta forma, os imigrantes apresentam um estado de saúde mais debilitado do que os nativos, sendo um grupo suscetível a doença e suas consequências socioeconómicas e familiares (4).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Migração Na União Europeia

Em 2017, existiam cerca de 5124 milhões de pessoas nos 28 Estados membros da União Europeia (UE), desses 54,9 milhões eram migrantes, pessoas que habitam a UE, mas não possuem a nacionalidade de algum dos seus Estados-membros ou do Espaço Económico Europeu (EEE) e da Suíça. Entre 1990 e 2017 verificou-se um aumento de mais de 100% do número de imigrantes a residir na UE, e maioritariamente de sexo feminino (4).

A migração é um dos desafios da EU na tentativa de desenvolver políticas comuns para os Estados-Membros sobre o controlo das fronteiras, o acolhimento e integração dos refugiados e migrantes já residentes e para os que irão chegar (4). Em 2018, o volume de migração para Estado-Membros da EU foi de 3,9 milhão de pessoas, enquanto 2,6 milhões de migrantes são dados como tendo deixado um Estado-Membro da EU (2). Em 2018, dos países da EU, a Alemanha apresentou o maior número total de migrantes (893 900), seguido de Espanha (643 700), de França (386 900) e de Itália (332 300) (4).

O fenómeno migratório português

O fenómeno migratório pela população portuguesa foi caracterizado por um despovoamento das regiões nacionais mais remotas e economicamente mais desfavorecidas. Este movimento alargou-se por todo o país, provocando algumas dificuldades, sendo a maior a falta de mão de obra, fazendo com que o desenvolvimento de infraestruturas fosse primordial (4).

Até a década de 60 do século XX, Portugal foi um país onde os fluxos registavam um saldo negativo. A partir da revolução de 25 de Abril de 1974 e a independência dos atuais países africanos de língua oficial portuguesa esta realidade alterou-se profundamente. No início dos anos 80, verificou-se um aumento exponencial e atípico do número de estrangeiros residentes em Portugal. Os anos 90 caracterizaram-se pela consolidação e crescimento da população estrangeira residente, com destaque para as comunidades dos países africanos de língua oficial portuguesa e do Brasil (4).

No início do século XXI, os fluxos migratórios eram maioritariamente de indivíduos originários do leste europeu com destaque da Ucrânia, país que rapidamente se tornou numa das comunidades estrangeiras com maior número de imigrantes (2).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A população estrangeira residente em Portugal no final de ano 2011 era de 436.822 cidadãos, com predomínio de países de língua portuguesa (47,9%), destacando-se o Brasil (25,5%), Cabo Verde (10,1%), Angola (4,9%) Guiné-Bissau (4,2%). As outras nacionalidades mais relevantes são a Ucrânia (11%) e a Roménia (9%) (2).

Portugal como país de acolhimento

A migração em Portugal tem duas fases, que se distinguem segundo a origem dos imigrantes assim como a sua repartição socioprofissional. Por um lado, regista-se o fluxo migratório proveniente de alguns países da Europa com maior desenvolvimento, constituído por quadros superiores de empresas multinacionais, que se instalaram no país, depois da adesão de Portugal a União Europeia (4). Por outro lado, encontra-se um elevado número de trabalhadores da construção civil, no grupo dos homens e de empregadas no sector de serviços, no grupo das mulheres, que são quase exclusivamente originários dos países africanos da língua oficial portuguesa (PALOP) (4).

Em 2007, atendia anualmente cerca de três mil pessoas, incluindo viajantes, migrantes, refugiados e requerentes de asilo em Portugal (4). A população de migrantes é direcionada para consulta ao abrigo de protocolos de cooperação estabelecidos com outras instituições, como organizações não governamentais (ONG) e o Conselho Português para os refugiados (CPR) (8).

A nacionalidade brasileira mantém-se como a principal comunidade estrangeira residente, representando 25,6% do total (valor mais elevado desde 2012). O Reino Unido subiu duas posições em relação a 2018, passou assumir a terceira nacionalidade estrangeira mais representativa em Portugal (9).

Em 2020 verificou-se, pelo quinto ano consecutivo, um aumento da população estrangeira residente, verificando-se uma subida de 12,2% face a 2019, totalizando 662.095 dos cidadãos estrangeiros (10). Relativamente a distribuição geográfica, a área metropolitana de Lisboa é a mais destacada, sendo que sete dos dez concelhos tem o maior número de cidadãos estrangeiros registados (10).

Desafios de Saúde Pública em relação a migração

A situação de saúde das populações imigrantes tem sido um dos fatores de maior preocupação para a saúde pública, uma vez que os migrantes continuam com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que podem ser devidas a condições de viagem, de entrada

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

e acesso ao novo local de estadia, vulnerabilidades socioeconómicas, barreiras linguísticas e desconhecimentos sobre a maneira de acesso ao serviço de saúde local (1).

A preocupação de saúde pública com migração consiste na relação entre uma zona de baixa prevalência de uma dada doença com a zona de emergência, onde tem maior movimento migratório (11). Assim, situações em que haja movimento da população para fora da área considerada de risco para uma doença terá inevitavelmente impacto epidemiológico na região que recebe essa mesma população (11). De forma geral pode-se afirmar que os países tipicamente recetores possuem sistemas de saúde equipados e com experiência no tratamento e diagnóstico clínico, o que pressupõe que estejam preparados para prestar esses mesmos cuidados a migrantes (11). De qualquer forma é sempre necessário o desenvolvimento e implementação de estratégias que promovam e melhorem a saúde dos migrantes nos países diferentes (11).

Os imigrantes estão incluídos nas populações consideradas como grupos de maior vulnerabilidade (12). Isto acontece por poderem vivenciar situações de pobreza, estigmatização e problemas de saúde (12). Estas dificuldades fazem com que muitos se envolvem no mundo do consumo descontrolado de álcool e drogas ilícitas, levando a adoção de comportamentos de risco, o que faz com que desenvolvam várias doenças, em especial infeções sexualmente transmissíveis (12).

Infeção Sexualmente Transmissível

Uma Infeção Sexualmente Transmissível (IST) é considerada toda a infeção que se transmite entre pessoas, durante as relações sexuais, a partir do contato com a pele, as mucosas (vaginal, oral, anal ou uretral) e /ou os fluidos corporais (secreções uretrais, vaginais, esperma ou sangue do individuo infetado) (13). Também algumas ISTs podem ser transmitidas por outras vias, como (partilha de seringas ou picada acidental) (14).

Mais de 30 espécies de agentes patogénicos (vírus, bactérias, fungos e parasitas) podem levar ao desenvolvimento de ISTs, sendo a via sexual a principal via de transmissão (14). A denominação de infeções sexualmente transmissíveis só aconteceu por volta de 1999, isto porque antigamente eram designadas como Doenças Venéreas e posteriormente por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Esta mudança de denominação deveu-se ao fato de algumas destas infeções serem assintomáticas e como tal não se pode denominá-las doenças (15).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As (ISTs) são atualmente um dos principais problemas de saúde pública, caracterizadas pela alta taxa global de incidência e prevalência, morbidade e mortalidade significativas, além de muitas serem infeções assintomáticas, são a maior causa global da infertilidade e com sérias consequências clínicas e psicológicas, em mulheres. Têm também um impacto epidemiológico, na emergência de estirpes resistentes aos fármacos, o que faz com que haja uma redução na eficácia dos programas sanitários, e são fatores predisponentes para propagação do vírus da imunodeficiência humana (VIH) (16). As ISTs podem provocar muitas complicações e graves sequelas tanto no adulto como no recém-nascido por transmissão vertical (materno-fetal) (16). Anualmente ocorrem cerca de 340 milhões de novos casos de ISTs, (sífilis, gonorreia, clamídia e trichomoníase), com destaque em adultos dos 15-49 anos (12).

O tratamento e a prevenção de ISTs passa pela interrupção da cadeia de transmissão e pela prevenção de possíveis complicações (15). O aumento da probabilidade de contração de ISTs como a mudança e o número elevado de parceiros sexuais, relações sexuais com parceiros casuais, a procura de profissionais do sexo, não utilização do preservativo e a ingestão de drogas e álcool (15). A educação em saúde e a adesão as práticas sexuais seguras constituem elementos essenciais para a prevenção das ISTs (12). É importante realçar que mesmo com correta abordagem aos métodos de prevenção das ISTs, o controlo dessas infeções não será eficaz caso se continue com dificuldade ao acesso a medicamentos e ao apoio prático e emocional necessários para a prevenção e o tratamento (16).

Em Portugal, a maior incidência das ISTs verifica-se no sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e 44 anos e na região de Lisboa e Vale do Tejo (12). Em termos de vigilância epidemiológica em Portugal integram a lista de doenças de declaração obrigatória as seguintes ISTs: *N. gonorrhoeae*, *T. pallidum*, *C. trachomatis*, vírus da hepatite B (VHB), e VIH (14).

Causas, patogenia e tratamento de ISTs

Como já mencionado acima, existem mais de 30 microrganismos que são transmitidos por contacto sexual (vaginal, anal ou oral), sendo que desses, apenas oito têm elevada incidência a nível mundial. Dos oito microrganismos, quatro causam infeções curáveis (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* e *Treponema*

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

pallidum) enquanto os restantes quatro são, para já, incuráveis (vírus da hepatite B (VHB), vírus herpes simplex, vírus da imunodeficiência humana (VIH) e vírus do papiloma humana (VPH) (17).

É fundamental a implementação de um tratamento eficaz, eficiente e rápido, permitindo o tratamento da infeção atual, quebra da cadeia de transmissão, a prevenção de reinfeção e /ou aquisição de novas infeções, estimulando a mudança de comportamento e aquisição de práticas de sexo seguro (13).

ISTs curáveis com maior incidência.

Chlamydia trachomatis

Chlamydia trachomatis é uma bactéria, que infeta mais de 90 milhões de pessoas por ano, por transmissão sexual (18). Esta é a causa mais comum de UNG (uretrites não gonocócicas) (18).

Sabe-se que as infeções por *C. trachomatis* afetam maioritariamente indivíduos com idades entre os 15 e aos 24 anos, do sexo feminino, e com antecedentes de infeções por *C. trachomatis* (19). Em 2009, foram notificados 344 mil casos de clamídia em toda a Europa (18).

Vários estudos sugerem uma forte associação entre a alta prevalência da infeção genital por esse agente e os jovens, particularmente os adolescentes com idade inferior a 20 anos, constituindo a infeção sexualmente transmissível mais prevalente nesta faixa etária (20).

Nas mulheres, a infeção é, em 70-90% dos casos, assintomática, por isso alguns estudos apontam o sexo feminino como o mais frequentemente atingido por este agente, e que poderá levar a uretrite, cervicite, metrorragias, infertilidade, dor pélvica crónica e gravidez ectópica (20,21). Na grávida, associa-se a conjuntivite e pneumonia neonatal, parto pré-termo e baixo peso do recém-nascido à nascença, bem como endometrite materna no pós-parto (20). Nos homens, a infeção é assintomática em apenas 50% dos casos, estando habitualmente associado a sintomas sugestivos de uretrite e, raramente poderá levar a epididimite e infertilidade (20,21).

O período de incubação desta bactéria é de 7 a 21 dias (máximo 6 semanas), e os principais sintomas são: disúria, corrimento uretral esbranquiçado em pequena quantidade, prurido uretral, uretrite e dor testicular (22).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O diagnóstico clínico é obtido através da identificação do agente em esfregaços uretrais ou amostra de urina, por microscopia direta com coloração de cultura de células, imunofluorescência direta, ELISA ou PCR. Em caso de práticas de sexo anal receptivo é recomendado esfregaço retal (22).

Neisseria gonorrhoeae

A gonorreia encontra-se entre as mais antigas doenças humanas conhecidas. No entanto, o conhecimento a respeito do agente etiológico e da patogenia da doença permaneceu escasso durante muitos anos (23).

Na sua maioria, *N. gonorrhoeae* afeta mais os jovens entre os 15 e os 34 anos, com predominância no género masculino (24). A transmissão é por via sexual (oral-genital-anal) ou transmissão vertical durante o parto, por inoculação direta com secreções infetadas a nível da mucosa. Esta infeção é também caracterizada pela presença de exsudado, devido à atuação do sistema imunitário (24).

Alem do mais, pode provocar doença inflamatória pélvica (DIP) nas mulheres ou epididimite nos homens, e se ocorrer septicemia, pode-se originar lesões na mucosa, artrite séptica, endocardite ou meningite, originando manifestações sistémicas (24). No homem é frequente observar-se uretrite, acompanhado de corrimento uretral e disúria, sendo procedido de uma sensação de formigueiro e prurido intrauretral (23,25).

O período de incubação é de 2 a 7 dias. Os sinais e sintomas tendem a parecer-se no homem 2 a 10 dias, após o tempo de incubação, e refletem a localização de inoculação (26).

O diagnóstico de gonorreia passa pela identificação do agente no local infetado, através de microscopia com coloração de gram, PCR ou cultura (23). Em alguns casos, após a toma de terapêutica e na persistência de sintomas, é recomendado a cultura em meio seletivo (23).

Trichomonas vaginalis

Trichomonas vaginalis é um parasita patogénico que habita normalmente no trato geniturinário de homens e mulheres, tendo como principal via de transmissão o contacto sexual (27). Este microrganismo é responsável pela Trichomoniose, uma doença sexualmente transmissível, muito comum em todo o mundo (27). A infeção por *Trichomonas vaginalis*, é uma das mais antigas infeções sexualmente transmissíveis

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

(ISTs), sendo responsável por 250-350 milhões de casos de mulheres afetadas em todo o mundo (27).

Estima-se que 160 a 180 milhões de pessoas são infetadas pelo parasita a cada ano, desses 154 milhões infetam populações de baixo nível socioeconómico (25). Na África de Sul ocorrem anualmente cerca de 30 milhões de novos casos de *T. vaginalis* (25).

Esta infeção promove a transmissão do VIH, predispõe mulheres grávidas à suscetibilidade de sofrerem gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, rotura prematura da membrana e parto prematuro, além do recém-nascido poder apresentar baixo peso à nascença (28). As manifestações clínicas são das condições individuais, da agressividade e número de parasitos infetantes (28).

O diagnóstico clínico é difícil, deste modo o diagnóstico não pode ser baseado apenas na observação clínica, pois a infeção poderia ser confundida com outras ISTs. A investigação laboratorial é então necessária e essencial para o diagnóstico, uma vez que leva ao tratamento apropriado e facilita o controlo da propagação da infeção (19).

Diferentes métodos são utilizados no diagnóstico laboratorial, tais como, métodos direto a fresco, métodos de coloração como cultura, métodos imunológicos (ELISA) e técnicas moleculares de diagnóstico, em especial a de Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) (19).

Treponema pallidum

A sífilis é uma infeção crónica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que se caracteriza por uma variabilidade de manifestações clínicas, com um número estimado de 12 milhões de novos casos por ano em todo o mundo (29). Tem uma distribuição mundial e atinge sobretudo a população sexualmente ativa (30).

É uma doença infecciosa crónica, que afeta todos os órgãos e sistemas, e apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública (31). A principal via de transmissão é o contacto sexual sendo, na maioria dos casos adquirida por contacto direto com lesões de sífilis primária ou secundária (29). A segunda via de transmissão mais comum é a transmissão vertical, através da passagem transplacentária de treponemas (29). Dos 12 milhões de novos casos que surgem anualmente em todo o mundo, 11 milhões destes provêm de 3 regiões principais: África

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Subsariana, América Latina e Caraíbas, e Sul e Sudeste Asiático (29). A distribuição do restante milhão de novos casos acontece de forma relativamente uniforme face à população existente nos locais afetados (29).

O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames laboratoriais mais adequados deverão considerar a fase evolutiva da doença (31).

ISTs não curáveis com maior incidência

Hepatite B

A hepatite B é um problema de saúde mundial, particularmente nos países em desenvolvimento (32). Estima-se que um terço da população global esteja infetado com o vírus da hepatite B (HBV) (32).

A transmissão do HBV ocorre principalmente por via vertical ou, via sexual, podendo também ser transmitido por meio de ferimentos cutâneos, por compartilhamento de seringas e agulhas entre utilizadores de drogas, por transfusão de sangue e em acidentes com material biológico. Também pode ocorrer transmissão do HBV por outros tipos de exposições percutâneas, incluindo tatuagens, uso compartilhado de utensílios cortantes contaminados utilizados por portadores do HBV (como barbeadores, navalhas, lâminas de depilação, tesouras, alicates de unha entre outros) (32).

O diagnóstico de qualquer das formas clínicas da hepatite B realiza-se através de técnicas sorológicas, que se revelam-se fundamentais não apenas para o diagnóstico, mas também se mostram muito úteis no seguimento da infeção viral, na avaliação do estado clínico do paciente e na monitorização da terapêutica específica (33).

Os indivíduos infetados com VHB devem adotar medidas, para diminuir o risco de transmissão da infeção. Essas medidas passam por informar os parceiros sexuais sobre a infeção; utilizar preservativo em todas as relações sexuais e, não partilhar agulhas, seringas, laminas, ou escovas de dentes (32). A implementação de um esquema terapêutico é importante para prevenir complicações a longo prazo, nomeadamente, cirrose hepática ou hepatocarcinoma (32).

Herpes Simplex

Herpes é uma infeção causada por dois vírus da família Herpesviridae (herpes simplex tipos 1 e 2; HSV-1 e HSV-1), para o qual atualmente não existe cura (34). As infeções

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

por HSV-1 e HSV-2 representam as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns a nível global, alcançando uma prevalência de 80% em adultos (34).

Em pacientes imunodeprimidos, as infeções podem provocar severas complicações (34). As lesões recorrentes do herpes simplex são altamente contagiosas para os pacientes, para as suas famílias, profissionais da saúde e auxiliares (35).

Estima-se que metade da população na Europa seja seropositiva para HSV-1 e com uma percentagem ligeiramente mais baixa para HSV-2 (20% a 30%). Em países subdesenvolvidos, devido a falta de condições básicas, essa prevalência é muito maior, com a percentagem quase 100% para HSV-1 e de 50% para HSV-2 (35).

Em 90% dos casos, a infeção inicial pelo HSV leva a uma infeção assintomática, detetável apenas através da presença de anticorpos. Todavia, se houver sintomatologia, esta é em geral representada por gengivo-estomatite com adenopatia regional, balanite, ceratoconjuntivite e herpes cutâneo (33).

O diagnóstico de herpes simplex nas regiões da boca é essencialmente clínico, a partir dos seus sintomas e dos sinais detetados num minucioso exame físico das lesões. Muito raramente, há necessidade de realização de esfregaços e análise microscópica como citologia exfoliativa (33).

Vírus do papiloma humano

O vírus do papiloma humano (HPV) é um vírus DNA que apresenta tropismo por células epiteliais, causando infeções na pele e nas mucosas (36). Causa diversos tipos de lesões como a verruga comum e a verruga genital ou condiloma (37). O vírus é transmitido por contacto direto com a pele infetada, e através de relação sexual (37). Cerca de 50% dos indivíduos infetados não apresentam verrugas, mas são, no entanto, capazes de transmitir a outras (37).

Estima-se que, no EUA, a prevalência de manifestação clínica da infeção por HPV é de 1% entre os adultos sexualmente ativos e pelo menos 15% têm infeção subclínica, detetada pelos testes de DNA do HPV. Nos imunodeprimidos, esses números aumentam 50 a 100 vezes, chegando a mais de 90% 15 anos após o transplante (34). A população mais atingida encontra-se entre 18 e 28 anos de idade (34). Entre os principais fatores de risco para a aquisição desta infeção estão o comportamento sexual e a multiplicidade de

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

parceiros sexuais, uso do contraceptivo oral, gravidez e alterações na imunidade celular (37).

As manifestações clínicas do HPV mais comuns são as verrugas, que acometem diversas localizações, principalmente a pele de extremidades e genital, mucosa oral e laríngea (36).

O diagnóstico da infeção por HPV tem em conta os dados clínicos do indivíduo, exame físico e exames complementares para a pesquisa direta do vírus ou indiretamente através das alterações provocadas pela infeção nas células e no tecido. Uma das técnicas utilizadas para o diagnóstico, é o exame de Papanicolau (37).

Vírus de imunodeficiência humana

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é um vírus com tropismo para o sistema imunitário, infetando as células CD4 do hospedeiro, onde se replica, danificando e impossibilitando a célula de realizar as suas funções (38). A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença infecciosa, caracterizada por profundas mudanças ao longo do tempo (38). SIDA é uma doença infecciosa pandémica que tem como agente etiológico o vírus da imunodeficiência humana que compromete o funcionamento do sistema imunológico, tornando mais suscetível o corpo humano a doenças oportunistas (39).

As vias de transmissão de VIH, conhecidos hoje em dia, são: o contacto com fluídos corporais (sangue, sémen, secreções vaginais e retais); com a mucosa (reto, vagina, boca e glande); partilha de agulhas e seringas entre utilizadores de drogas ilícitas, bem como acidentes que envolvam a troca de fluídos corporais por parte dos profissionais de saúde e a transmissão vertical (de mães para filhos, pela gestação, parto e amamentação) (37).

A sintomatologia desta infeção varia com o estágio em que se encontra e de pessoa para pessoa, sendo que no início, regra geral na infeção aguda o indivíduo infetado está assintomático. Só quando a infeção evolui, começa por se sentir doente culminando a fase final (SIDA) (39).

Estima-se que existem, em 2020, 377 milhões de pessoas a viver com o VIH no mundo, das quais, a grande maioria vive em países em desenvolvimento (40).

Em 2014 registaram-se 142.197 novos diagnósticos de infeção VIH na Europa, o maior número alguma vez registado. Destes casos, 77% corresponderam a indivíduos

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

provenientes da região este da Europa. Nesse mesmo período em Portugal, o número de novos casos diminuiu mais que 25% comparando com os 10 últimos anos. Ainda assim, reportaram-se, 1220 novos casos em Portugal, 17% dos quais em imigrantes, sobretudo de origem de países da África subsariana (40).

O teste de rastreio atualmente recomendado, ELISA de 4ª ou 5ª geração, permite a deteção de anticorpos IgM e IgG contra VIH-1 e VIH-2 e simultaneamente a deteção de antígeno p24 (específico de VIH-1). O antígeno p24 constitui um marcador de infeção recente (40). O teste rápido de diferenciação de VIH deteta anticorpos IgG contra proteínas de superfície específicas do VIH-1 e do VIH-2, permitindo a confirmação e classificação do tipo de infeção, após um teste de rastreio reativo (40).

FATORES DE RISCO DE ISTs

É importante uma abordagem preventiva quanto a IST. Porém, torna-se muito difícil, fatores que poderão favorecer o desenvolvimento das IST, nomeadamente: a idade, género, fatores biológicos, fatores fisiológicos, fatores comportamentais e sociais (41).

Aumentam o risco de ISTs o número de anos de vida sexual ativa (particularmente para o HPV), múltiplos parceiros, novos parceiros, parceiros com múltiplos parceiros, uso inconsistente de método de barreira e consumo de álcool ou drogas (41).

Quanto aos fatores de risco biológicos, pensa-se que a ectopia cervical, isto é, o exocolo coberto por tecido glandular, possa predispor a ISTs, uma vez que apresenta maior suscetibilidade que o epitélio pavimentoso à infeção por HPV, clamídia e Neisseria (41).

As doenças sexualmente transmissíveis são um risco para qualquer pessoa sexualmente ativa (42).

A mulher está biologicamente mais vulnerável ao risco de transmissão sexual de ISTs, por ter a uretra curta, tornando-a mais suscetível, quando está sexualmente ativa (6). As mulheres que têm relações sexuais desprotegidas apresentam um risco duas a quatro vezes maior comparativamente aos homens, devido à área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos (6).

Relativamente a fatores sociais, culturais e comportamentais, verifica-se que pode existir alguma reticência na procura de cuidados de saúde por medo de discriminação social, sentimento de constrangimento e culpa. Além disso a dificuldade na acessibilidade rápida

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

à assistência médica por falta de infraestruturas, o custo elevado no diagnóstico e tratamento, o incumprimento da medicação, a falta de adesão ao tratamento por parte do parceiro sexual, a resistência em seguir práticas de sexo seguro; ser profissional de sexo e práticas culturais propícias ao desenvolvimento de IST (circuncisão com material não estéril) são também fatores que levam ao desenvolvimento das mesmas (12).

O consumo de álcool e drogas levam a maior probabilidade de aquisição de comportamentos de risco sexual, nomeadamente à diminuição da utilização de preservativo⁵⁴. A contraceção poderá levar a um aumento da atividade sexual, aumento do número de parceiros sexuais e a redução do uso de preservativo (12).

No que diz respeito ao HPV, verifica-se maior predisposição para infeção em mulheres com idade inferior aos 25 anos, aumento do número de parceiros sexuais, idade precoce da primeira relação (inferior ou igual aos 16 anos) (12).

Quanto a gonorreia verifica-se que estado civil solteiro, a escolaridade e estado socioeconómico baixo, a prostituição, antecedentes de infeção por gonorreia e baixa adesão ao uso de preservativo são fatores que podem levar ao desenvolvimento de infeção (12).

A infeção *C. trachomatis* é aumentada na presença dos fatores como contacto sexual com uma pessoa infetada por clamídia, múltiplos parceiros sexuais no momento ou por monogamia repetitiva, precedente de ISTs e populações vulneráveis (38).

Em relação à sífilis, a toxicodependência, prática de sexo comercial, baixo nível socioeconómico, educação e comportamentos de risco, são fatores que predisõem para um maior risco de infeção (39).

No que respeita à hepatite B, a probabilidade de infeção aumenta na presença de fatores como relações sexuais desprotegidas, prática sexuais oral-genital e oral-anal, partilha de seringas e agulhas e antecedentes de outras ISTs (12,32).

OBJECTIVOS

OBJETIVOS DE ESTUDO

Com a realização deste trabalho de investigações pretende-se atingir os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

O presente estudo tem como objetivo geral compreender as práticas e comportamentos sexuais dos migrantes portadores de VIH+, que vivem em Portugal.

Objetivos específicos:

1. Analisar as características sociodemográficos dos migrantes incluídos no estudo.
2. Compreender as práticas e comportamentos sexuais dos imigrantes com ISTs.
3. Determinar a prevalência de ISTs nos imigrantes.

OBJECTIVOS

Os participantes a incluir no estudo deverão:

- Ter idades maior ou igual 18 anos;
- Ter nacionalidade não de Portugal.
- Ser portador de VIH+
- Ter realizado teste de resistência de antirretrovirais.

Foram excluídos do estudo os indivíduos com compreensão comprometida, que não sejam capazes de entender o fundamento de consentimento informado ou responder as questões dos questionários.

Variáveis estudo

Neste estudo a variável dependente são as ISTs.

As variáveis independentes identificadas neste estudo são:

- Sexo
- Idade
- Nível de escolaridade
- Estado civil
- Ocupação
- Rendimento
- Pais de origem
- Distrito
- Permanência em Portugal
- Vias de transmissão
- Idade de diagnóstico

MATERIAIS E MÉTODOS

MATERIAIS E MÉTODOS

Presente dissertação obteve os dados através do estudo ‘PROJECTO BEST HOPE (Monitorização Biomolecular e Epidemiológica da Transmissão de Resistências aos Antirretrovirais entre Doentes Infetados com VIH e co-infetados com Hepatite e Padrões de Transmissão Contínua na Europa)’ desenvolvido no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Estudo que teve como objetivos analisar a prevalência e características (mutações mais prevalentes, padrões de transmissão, classes de fármacos mais afetadas) da TDR nos doentes VIH diagnosticados de novo, analisar focos epidémicos e descrever e analisar fatores de risco associados à transmissão da infeção VIH e de TDR nos grupos mais vulneráveis: Homens que têm Sexo com Homens (HSH) e migrantes, tal como analisar o benefício clínico e custo-eficácia da realização de testes de resistência aos ARVs antes dos doentes iniciarem o tratamento, sob a coordenação da Professora Doutora Ana Abecasis.

O estudo iniciou-se a 1 de setembro de 2014 e decorreu até final de Dezembro de 2019, nos seguintes serviços: Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT); Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO); Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC); Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN); Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra); Hospital Garcia de Horta (Almada); Hospital Beatriz Ângelo (Loures); Hospital de São Bernardo (Setúbal); Centro Hospitalar Barreiro Montijo; Hospital Distrital de Santarém; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar de São João (Porto); Centro Hospitalar do Porto; Hospital Pedro Hispano (Matosinhos); Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia; Centro Hospitalar Baixo Vouga (Aveiro); Centro Hospitalar de Leiria; Hospital São Teotónio (Viseu); Hospital José Joaquim Fernandes (Beja); Hospital de Faro; Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Portimão).

Tipo de estudo

O presente estudo enquadra numa metodologia quantitativa, e foi elaborado seguido um desenho de estudo observacional, ou não experimental, estudo pelo qual a observação e a intervenção do investigador resumem-se a penas a registar, classificar e ou analisar resultados (43).

MATERIAIS E MÉTODOS

Tendo em conta a esfera de estudos observacionais, o presente estudo classifica-se como estudo analítico. Nos estudos analíticos os indivíduos da população em estudo podem ser classificados segundo as características do seu comportamento pessoal, ou do ambiente em que vivem, as quais podem influenciar a ocorrência de uma determinada doença (43).

Por último, o presente estudo pode ainda ser classificado como transversal uma vez que este tipo de estudo permite avaliar relação entre doenças e outras variáveis de interesse de uma população, definidas num período de tempo específico (43).

Amostra

A amostra é um subconjunto de uma população, ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (43).

Nesta ordem de ideia, para esta investigação optou-se pela amostragem por conveniência, constituída por um grupo de 265 imigrantes portadores de VIH+, com idades maiores ou igual a 18 anos, residentes em Portugal.

Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados recorreu-se a um questionário de perguntas de resposta fechada. O modelo preliminar do questionário foi desenvolvido pela equipa de investigação. Para o estudo 'PROJECTO BEST HOPE foram elaborados dois questionários distintos, um para ser aplicado a HSH e outro para ser aplicado a populações imigrantes, que efetivamente para esse estudo tratamos apenas de população imigrantes portadores de VIH+, tendo em conta as especificidades dos fatores associados à transmissão da infeção VIH nessa população. Estes questionários têm em conta dados socio-comportamentais e questões relativas aos diferentes fatores de risco de transmissão, incluindo questões relacionadas com a orientação sexual, tipo de relacionamento sexual, conhecimento dos parceiros VIH+, hábitos de consumo de drogas e uso de preservativo.

Após a conclusão do desenho do questionário realizou-se um pré-teste piloto com um pequeno número de pacientes (30-50) de modo a testar o questionário desenhado inicialmente.

Processo de colheita e tratamento de dados

Este estudo foi feito através de dados recolhidos a partir de questionários feitos aos doentes de populações vulneráveis, nomeadamente Homens que têm Sexo com Homens (HSH) e migrantes.

MATERIAIS E MÉTODOS

A recolha dos dados foi efetuada nos Hospitais, mais especificamente nos departamentos de infeciologia. O recrutamento dos participantes foi feito pelos clínicos com base nos critérios de inclusão.

Os questionários foram preenchidos individualmente pelos participantes, no entanto a presença de um membro da equipa no local foi garantida, de forma a poder clarificar qualquer questão que possa surgir. Os questionários foram preenchidos num local onde os participantes podiam ter privacidade. Todos os participantes foram informados acerca da sua liberdade de escolha em participar ou não no estudo e de que o seu anonimato seria garantido. Os resultados dos testes de resistência aos antirretrovirais, bem como os dados provenientes dos questionários foram enviados para um membro do grupo de trabalho do IHMT, identificados apenas por um código alfanumérico, de modo a garantir o seu anonimato.

Análise de dados

Para compreender as práticas e comportamentos sexuais dos imigrantes em Portugal analisou-se as variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade, estado civil, ocupação, rendimento, distrito, país de origem, tempo de permanência em Portugal, vias de transmissão, e idade de diagnóstico).

Os dados recolhidos através da aplicação dos questionários realizados foram inseridos numa base de dados e analisados através o tratamento de dados e a análise estatística. no programa SPSS Statistics (versão 25).

Para iniciar a análise de dados procedeu-se a uma análise estatística descritiva, para avaliar a associação entre as variáveis selecionadas, recorreu-se ao teste não paramétrico de Qui-Quadrado (χ^2).

No presente estudo foram considerados como valores estatisticamente significativos os que apresentaram o valor de $p < 0,02$, um nível de significância de 98%. Na avaliação do resultado foi utilizada a regressão logística binária, para analisar variáveis associadas a presença de ISTs.

RESULTADOS

RESULTADOS

A amostra recolhida foi composta por 265 imigrantes portadores de VIH+, com idade superior ou igual a 18 anos. Em relação a género, a maior percentagem de imigrantes em estudo era de sexo masculino (66.8%), os indivíduos de sexo feminino representam 33.2%. A maior percentagem de migrantes tinha idades ao diagnóstico compreendidas entre os 31 e os 55 anos (62.6%), seguido dos que tinham idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos 27.5%, seguido por migrantes com mais de 56 anos e por fim os com menos de 19 anos de idades representam 1.9 da amostra%.

Quanto à escolaridade, a maior parte de migrantes em estudo tinham concluído 12º ano (30.9%). Verifica-se que 28.6% tinham grau universitário, 26.9% tiraram de 1 a 9 ano, 10.3% tiraram cursos técnicos, e apenas 2.4% dos migrantes não tinham nenhum grau académico. No que diz respeito ao estado civil, a maior parte dos indivíduos eram solteiros (56.3%), os casados representavam 31.8%, os divorciados 10.8%, e os viúvos apenas 1.1%.

Relativamente a ocupação, mais de metade dos migrantes estavam empregados (72.7%), 16.9% encontravam-se desempregados, 6.4% eram estudantes, 2.9% eram reformados e 1.2% trabalhadores sexuais. No que diz respeito ao estatuto socioeconómico, 50% dos migrantes tinham rendimento suficiente, 31.9% ganhavam salário insuficiente, 13.3% viviam com rendimento muito insuficiente, e apenas 4.8% possuíam rendimento mais do que suficiente, de acordo os dados da tabela 1, que se seguem em baixo.

Relativamente a zona de residência a maior parte dos sujeitos viviam em Lisboa (61.5%), 13.4% eram de Faro, 10.9% estavam no Porto, em Setúbal viviam 9.6% e apenas 4,6% são de outros distritos. Quanto a país de origem, Brasil apresentou maior número de migrantes em estudo, (39.6%), 17.7% eram da Guiné-Bissau, 15.5% eram originários de Angola, 10.2% eram de cabo verde, 10.2% eram de outros países, 6.8% dos sujeitos eram europeus.

De acordo aos dados de tabela em anexo em relação a tempo de permanência em Portugal, 50% dos inqueridos referiram que nem sempre viveram em Portugal, 37.2% estavam em Portugal há 1 ano ou mais, 11.0% viviam em Portugal há menos de 1 ano, apenas 1.7% dos migrantes não viviam em Portugal. No que refere a via de transmissão, mais de metade dos indivíduos tinham contacto via heterossexuais (59.3%), 38.8% dos indivíduos

RESULTADOS

reportou contacto homossexual como via de transmissão, utilizadores de drogas endovenosas (UDI) representavam 0.8% e outras vias de transmissão representavam apenas 1.1%.

Relativamente a infeção sexualmente transmissível em relação ao sexo, o sexo masculino apresentou maior proporção de infetados, constituindo 85.9%, deixando o sexo feminino com apenas 14.1%. A maior parte dos infetados com ISTs associado a VIH+ tinham idade ao diagnóstico entre 31 a 55 anos (54.7%) seguido dos 20 a 30 anos (35.9), seguidos dos com mais de 56 anos de idade (7.8%) e apenas 1.6% correspondia a idade ao diagnóstico com menos de 19 anos de idade.

Relativamente ao nível de escolaridade, os imigrantes com 12^a ano e grau universitário representam 34,3% dos infetados com ISTs, seguidos dos de 1^a a 9^a anos (20%) e os que tiraram cursos técnicos e os que não têm nenhum grau constituíram 8.6% e 2.9% respetivamente. Em relação ao estado civil 82.9% dos infetados com outras ISTs eram solteiros, 11.4% eram casados, e 5.7% divorciados (tabela 1).

Quanto a ocupação a maior parte dos migrantes que referiam estar infetados ISTs eram trabalhadores (79.4%), 11.8% eram desempregados, 5.9% eram estudantes e 2.9 eram trabalhadores sexuais. Em relação a rendimento 53.3% da população em estudo que referiam estar infetados com ISTs tinham rendimento suficiente, os com rendimento insuficiente e muito insuficiente constituíam 20% e apenas 6.7% com rendimento suficiente.

Em relação a distrito 55.0% dos migrantes com ISTs viviam em Lisboa, 18.3% e 16.7% residiam no Porto em Faro respetivamente e 5.0% dos migrantes com ISTs viviam em Setúbal e outros distritos. A maior parte da população de migrantes infetados com ISTs eram Brasileiros 60.9%. 10.9% de Angola e Cabo Verde respetivamente, 6.3% eram da Guiné-Bissau e 4.7% eram de países da Europa. Relativamente ao tempo de permanência em Portugal 50% dos migrantes com ISTs referiram que nem sempre viveram em Portugal, 38.2% afirmaram viver em Portugal a 1 ano ou mais e 11.8% referiram estar em Portugal há menos de um ano (tabela 1).

RESULTADOS

Em relação a vias de transmissão a principal via de transmissão de ISTs na população em estudos eram através do contacto homossexual (66.2%), seguido do heterossexual (31.7%) e 1.6% através de UD.

Tabela 1- Características sociodemográficos dos imigrantes portadores de VIH+, que vivem em Portugal.

Características demográficas	Total	COM IST	SEM IST	P-value
Total n, (%)	265			
Género n, (%)	265	64	187	,000
Masculino n, (%)	177 (66,8%)	55 (85,9%)	116 (62,0%)	
Feminino n, (%)	88 (33,2%)	9 (14,1%)	71 (38,0%)	
Faixa etária n, (%)	262	64	184	,343
Até 18 n, (%)	2 (0,8%)	1 (1,6%)	1 (0,5%)	
19 a 34 n,(%)	118 (45,0%)	34 (53,0%)	77 (41,8%)	
35 a 50 n, (%)	106 (40,5%)	22 (34,4%)	78 (42, 4%)	
51 a mais n, (%)	36 (13,7%)	7 (10,9%)	28 (15,2%)	
Nível de escolaridade n, (%)	175	35	131	,818
1º a 9º ano n, (%)	47 (26,9%)	7 (20%)	38 (29%)	
12º ano n, (%)	54 (30,9%)	12 (34,3%)	38 29%)	
Curso técnico n, (%)	18 (10,3%)	3 (8,6%)	13 (9,9%)	
Universitário n, (%)	50 (28,6%)	12 (34,3%)	37 (28,2%)	

RESULTADOS

Nenhum n, (%)	6 (3,4%)	1 (2,9%)	5 (3,8%)	
Estado civil n, (%)	176	35	132	,003
Casado n, (%)	56 (31,8%)	4 (11,4%)	52 (39,4%)	
Solteiro n, (%)	99 (56,3%)	29 (82,9%)	63 (67,7%)	
Divorciado n, (%)	19 (10,8%)	2 (5,7%)	15 (11,4%)	
Viúvo n, (%)	2 (1,1%)	0 (0,0%)	2 (1,5%)	
Ocupação n, (%)	172	34	129	
Empregado n, (%)	125 (72,7%)	27 (79,4%)	91 (70,5%)	
Desempregado n, (%)	29 (16,9%)	4 (11,8%)	24 (18,6%)	
Reformado n, (%)	5 (2,9%)	0 (0,0%)	5 (3,9%)	
Trabalhador sexual n, (%)	2 (1,2%)	1 (2,9%)	1 (0,8%9	
Estudante n, (%)	11 (6,4%)	2 (5,9%)	8 (6,2%9	
Rendimento n, (%)	166	30	127	,437
Suficiente n, (%)	83 (50%)	16 (53,3%)	62 (48,8%)	
Insuficiente n, (%)	53 (31,9%)	6 (20,0%)	43 (33,9%)	
Muito insuficiente n, (%)	22 (13,3%)	6 (20,0%)	16 (12,6%9	
Mais do que suficiente n, (%)	8 (4,8%)	2 (6,7%)	6 (4,7%)	
Distrito n, (%)	239	60	168	,153
Lisboa n, (%)	147 (61,5%)	33 (55,0%)	105 (62,5%)	
Porto n, (%)	26 (10,9%)	11 (18,3%)	15 (8,9%)	
Faro n, (%)	32 (13,4%)	10 (16,7%)	20 (11,9%9	

RESULTADOS

Setúbal n, (%)	23 (9,6%)	3 (5,0%)	20 (11,9%)		
Outros n, (%)	27 (10,%)	3 (5,0%)	8 (4,8%)		
Pais de origem n, (%)	265	64	187		
Brasil n, (%)	105 (39,6%)	39 (60,9%)	61 (32,6%)	,002	
Angola n, (%)	41 (15,5%)	7 (10,9%)	33 (17,6%)		
Guiné- Bissau n, (%)	47 (17,7%)	4 (6,3%)	40 (21,4%)		
Cabo verde n, (%)	27 (10,2%)	7 (10,9%)	18 (9,6%)		
Europa n, (%)	18 (6,8%)	3 (4,7%)	15 (8,0%)		
Outros n, (%)	27 10,2%)	4 (6,3%)	20 (10,7%)		
Permanência em Portugal n, (%)	172	34	128		
1 ano a mais n, (%)	64 (37,2%)	13 (38,2%)	46 (35,9%)		,897
Menos de 1 ano n, (%)	19 (11,0%9	4 (11,8%)	14 (10,9%)		
Nunca vive em Portugal n, (%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)		
Nem sempre vive em Portugal n, (%)	86 (50%)	17 (50,0%)	66 (51,2%)		
Via de transmissão n, (%)	263	63	187		
Heterossexual n, (%)	156 (59,3%)	20 (31,7%)	127 (67,9%)	,000	
Homossexual n, (%)	102 (38,8%)	42 (66,2%)	56 (29,9%)		
UDI n, (%)	2 (0,8%)	1 (1,6%)	1 (0,5%)		
Outros n, (%)	3 (1,1%)	0 (0,0%)	3 (1,6%)		
Idade ao diagnostico n, (%)	262	64	184		
Menor de 19 n, (%)	5 (1,9%)	1 (1,6%)	4 (2,2%)		

RESULTADOS

20 a 30 n, (%)	72 (27,5%)	23 (35,9%)	42 (22,8%)	,230
31 a 55 n, (%)	164 (62,6%)	35 (54,7%)	123 (66,8%)	
56 a mais n, (%)	21 (8%)	5 (7,8%)	15 (8,2%)	

De seguida foi analisada a regressão logística binária para verificar as variáveis associadas a infeção sexualmente transmissível.

As variáveis sexo, país de origem, estado civil e via de transmissão estavam associadas ao desenvolvimento de ISTs, pois apresentam valor de $P < 0,02$.

Os dados da tabela 2 em baixo demonstraram que a variável país de origem no modelo não ajustado, está associada a ter outros ISTs nos imigrantes portadores de VIH+, ou seja, pacientes originários do Brasil apresentam uma probabilidade 3 vezes superior de ter IST quando comparados com os pacientes originários de Angola ($p=0.017$). Ao contrário do que acontece no modelo final, em que os originários do Brasil deixaram de ser associados de ter ISTs. A mesma tabela demonstrou que a variável via de transmissão no modelo não ajustado, estava associada a ter ISTs, ou seja, migrantes que reportaram via de transmissão homossexual apresentaram uma probabilidade 4 vezes superior de ter ISTs quando comparados com os heterossexuais ($p=0.001$), em concordância com modelo final, em que os que declararam via de transmissão homossexual apresentaram uma probabilidade 3 vezes superior de ter ISTs quando comparado com os heterossexuais ($p=0,017$).

Tabela 2- Regressão logística binária para analisar as variáveis associadas a infeção sexualmente transmissível.

com IST/sem IST	Não ajustado		Modelo final	
	OR (95%IC)	P-value	OR (95%IC)	P-value
Sexo				
Feminino	Ref	Ref	Ref	Ref
Masculino	03,740 (1.742-8.031)	0.001	1.403 (0.533-3.694)	0.493

RESULTADOS

Pais de origem				
Angola	Ref	Ref	Ref	Ref
Brasil	3.014 (1.214-7.482)	0.017	1.106 (0.355-3.447)	0.862
Cabo verde	1.833 (0.555-6.055)	0.320	1.152(0.320-4.149)	0.828
Europa	0.943 (0.214-4.158)	0.938	0.417 (0.080-2.163)	0.298
Guiné-Bissau	0.471 (0.127-1.751)	0.261	0.537 (0.142-2.025)	0.358
Outros	0.943 (0.245-3.630)	0.932	.543 (0.129-2.280)	0.404
Estado civil				
Divorciado	Ref	Ref	Ref	Ref
Casado	0.577 (0.096-3.462)	0.547		
Solteiro	3.452 (0.740-16.097)	0.115		
Viúva	0.000 (0.000-)	0.999		
Vias de transmissão				
Heterossexual	Ref	Ref	Ref	Ref
UDI	6.350 (0.382-105.645)	0.198	6.349 (0.300-134.428)	0.235
Homossexual	4.763 (2.566-8.839)	<0.001	3.318 (1.243-8.855)	0.017
outros	0.000 (0.000-)	0.999	0.000 (0.000-)	0.999

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Na presente dissertação, analisou-se a relação entre migração e os comportamentos sexuais adotados por imigrantes portadores de VIH+ que vivem em Portugal. Concomitantemente com o objetivo geral, caracterizou-se o perfil sociodemográfico, práticas e comportamentos sexuais da mesma.

Partindo dos dados obtidos no perfil sociodemográfico dos migrantes residentes em Portugal, verificou-se que os migrantes em estudo eram na sua maioria do sexo masculino e com maior predomínio de idades aos diagnosticadas compreendidas entre os 31 e os 55 anos, seguido de 20 a 30 anos, dados que vão ao encontro das características demográficas apontadas pelas Nações Unidas para os migrantes internacionais (44). Segundo a organização, as mulheres representam pouco menos de metade dos migrantes internacionais, tal como verificado nos resultados do presente estudo, e aponta ainda que a maioria dos migrantes internacionais migra em idade laboral, isto é, entre os 20 e os 64 anos de idade (44). Também coincide com dados de um estudo que analisou a mobilidade e comportamentos sexuais de imigrantes originários de África subsariana residentes no distrito de Lisboa (17) e do estudo que analisou relação entre conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção e a prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (14).

Na nossa amostra, a maior parte dos imigrantes tinham nacionalidades de países da CPLP, sendo que o Brasil, Angola, Cabo Verde e a Guiné-Bissau foram, por ordem decrescente, os países com maior percentagem de imigrantes no que refere aos países. Importa salientar que as referidas nações estão incluídas entre as mais representativas dos imigrantes em Portugal, segundo dados do SEF (45). No que diz respeito ao estado civil, os resultados deste estudo apontam que a maioria dos indivíduos eram solteiros, estando de acordo com os dados encontrados em outros estudos (12,14).

Relativamente ao nível de escolaridade a maioria da população estudada tinha nível de 12º e grau universitário. Segundo dados do Eurostat é de destacar que Portugal é um dos países da União Europeia onde os migrantes de segunda geração, com idades entre os 25 e os 54 anos apresentam uma maior percentagem de indivíduos com o nível de educação superior concluído, em comparação com os nativos (45,2% face a 23% em 2014). Já nos migrantes de 1ª geração a escolarização no ensino superior é de 29,4% face à média europeia de 30,7% (46).

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No que toca ao estatuto profissional, a maioria dos migrantes apresentava-se como empregada no momento da recolha de dados, ao contrário de um estudo que analisou a mobilidade e comportamentos sexuais de migrantes originários de África subsariana residentes no distrito de Lisboa (12). Relativamente ao tempo de residência em Portugal, verificou-se que a maioria dos indivíduos nem sempre habitava em território nacional, ao contrário de um estudo feito pelo Borges (2019), em que a maioria dos indivíduos habitava em território nacional há um período de tempo superior a 6 e inferior a 15 anos (12).

Outro dos dados encontrados, e que vão ao encontro da literatura existente, é que a grande maioria dos migrantes tinha como principal via de transmissão a via heterossexual, sendo também a via de transmissão mais comum para a aquisição de VIH, quando adotados comportamentos de risco, estando de acordo com dados de um estudo feito em 2012 (14).

Outro dado importante encontrado no nosso estudo refere-se à maior prevalência e associação das ISTs entre os homossexuais que na sua maioria são homens que fazem sexo com homens (HSH), estando de acordo com um estudo conduzido no ano 2019 em Lisboa (12,47). Este facto pode ser devido a certos comportamentos como o uso não regular de preservativos e a prática do sexo anal, aumentando o risco de ISTs (47).

Conclui-se, que a maior parte da população deste estudo que estava infetado com ISTs são de Brasil, seguido de Angola e Cabo verde. Isto pode ser justificado pela presença de imigrantes em Portugal oriundos destes países, segundo dados do SEF (45).

Os dados encontrados apontam a necessidade de continuar a aposta e investimento em cuidados preventivos que envolvam essencialmente população vulneráveis, particularmente os migrantes, abordar o tema da prevenção e transmissão de ISTs em espaços frequentados pelas comunidades, de continuar a priorizar formação de profissionais de saúde quanto à personalização dos cuidados de saúde e promover o diagnóstico precoce de ISTs em espaços comunitários (47).

Além da prevenção deve haver também a educação para a saúde, para evitar transmissão de ISTs por pessoas infetadas. É igualmente importante a promoção do tratamento e reencaminhamento dos casos identificados para que haja um acompanhamento clínico,

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

ou mesmo reencaminhamento dos casos positivos para organizações cujo objetivo é o apoio a população imigrantes (14).

O reconhecimento dos imigrantes como população vulnerável e a inclusão de medidas direcionadas para os mesmos nos programas nacionais da prevenção de ISTs deve ser tido em conta (14). Pode-se admitir que continua a haver necessidade de promoção de saúde para os imigrantes, transmitindo informação e conhecimento que permita diminuir o ciclo de transmissão de ISTs, e ajudar na capacitação dos mesmos para tomadas de decisão que promovam a saúde no mundo de globalização (14).

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes SMB. Exame preventivo do câncer de colo uterino na perspectiva de mulheres imigrantes [trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina; 2021.
2. Oliveira CR, Gomes N. Indicadores de integração de imigrantes. Lisboa: secretaria de estado para integração e a imigração; 2019. Report No.: 1.
3. Golgher AB. Fundamentos da migração. texto para discussão. 2004;(231).
4. Lopes LMMC. Gravidez e seropositividade em mulheres imigrantes na região de Lisboa [Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde]. [Lisboa]: Universidade Aberta de Lisboa; 2007.
5. Costa MMM, Reusch PT. Migrações internacionais (Soberania, Direitos Humanos e Cidadania). Passagens Rev Int História Política E Cult Juríd. 28 de maio de 2016;8(2):275–92.
6. Dias S. migração e saúde. Rev Obs Migração. 2007;(1).
7. Padilla B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdade e acessibilidade em Portugal. Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana. 2013;21(40):49–68.
8. Gomes W. Saúde e imigração: Papel das ONGs no acesso ao tratamento do VIH para os imigrantes que vivem na área metropolitana de Lisboa [Dissertação de Mestrado em Migrações, Inter-Etnicidades e Transnacionalíssimo]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2020.
9. Távora L, Teodósio R, Seixas J, Prieto E, Castro R, Exposto F, et al. Infecções sexualmente transmissíveis numa população migrante africana em Portugal. , Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde. 2007;(1):129–39.
10. Machado R, Reis S, Esteves S, Sousa P, Rosa AP. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. 2019.
11. Reis S, Sousa P, Machado R. Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. 2020.
12. Borges MF. Mobilidade e comportamentos sexuais de imigrantes originários da África Subsariana residentes no distrito de Lisboa [dissertação para a obtenção do grau de mestre em saúde pública e desenvolvimento]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2019.
13. Salia JFVGT. Saúde sexual e reprodutiva no contexto das migrações em mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço em Moçambique [tese para obtenção do grau de doutor em saúde internacional]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2018.
14. Silva AFA. Infecções Sexualmente Transmissíveis em utentes que recorrem à consulta de DST no Centro de Saúde da Lapa: Relação entre Conhecimentos, Atitudes e

REFERÊNCIAS

- Práticas de prevenção e a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis [Dissertação para obtenção do grau de mestre em saúde tropical]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2012.
15. Almeida N, Melo M, Soares I, Carvalho HM. Detecção da Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis num Grupo de Trabalhadores/as do Sexo em Contexto Indoor na Área Metropolitana do Porto. *Acta Médica Port.* 2 de março de 2020;33(3):166–73.
 16. Toskin I, Govender V, Blondeel K, Murtagh M, Unemo M, Zemouri C, et al. Call to action for health systems integration of point-of-care testing to mitigate the transmission and burden of sexually transmitted infections. *Sex Transm Infect.* agosto de 2020;96(5):342–7.
 17. Lima PBSXC. Aconselhamento no contexto do teste rápido para HIV : percepção dos profissionais de saúde e de usuários [Dissertação para obtenção do grau de mestre em saúde coletiva]. 2018.
 18. Pinto IS, Oliveira JSB de, Suto CSS, Pinto FS, Nobre TCN. Práticas de saúde na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. *Res Soc Dev.* 11 de agosto de 2021;10(10):e306101018755.
 19. Borges JBR, Marchesini AC, Stefani LFB, Belintani MVG, Santos TA dos. Prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* em mulheres assistidas no ambulatório de patologia do trato genital inferior da Faculdade de Medicina de Jundiaí. 2011;(9):332–6.
 20. Bezerra EL. Principais alterações citológicas, prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção por trichomonas. [monografia apresentado para obtenção de grau de Especialista em Citologia clínica]. [Recife]: Instituto Nacional de Ensino Superior e Pesquisa e Centro de Capacitação Educacional; 2017.
 21. Pereira FV, Costa JB. Infecção Genital por *Chlamydia Trachomatis* nos Adolescentes Portugueses. 2020;
 22. Miguel R, Miletti LC, Silva BF. Incidência de *Chlamydia trachomatis* detetada por PCR em amostras endocervicais de mulheres em Lages, Santa Catarina. 2020;(56):1–7.
 23. Carvalho RM de. Detecção laboratorial de *Chlamydia trachomatis* da rede pública do estado do Pará com diagnóstico clínico de tracoma [dissertação apresentado a banca examinadora para obtenção do grau de mestre em saúde tropical]. [Belem]: Universidade Federal de Pará; 2012.
 24. Ison CA. Laboratory methods in genitourinary medicine. Methods of diagnosing gonorrhoea. *Sex Transm Infect.* 1 de dezembro de 1990;66(6):453–9.
 25. Junior WB, Shiratsu R, Pinto V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. 2009;84(2):151–9.

REFERÊNCIAS

26. Silva RH. Inovação e Tecnologia para o Cuidar em Enfermagem [Internet]. 1.^a ed. Atena Editora; 2020 [citado 2 de dezembro de 2022]. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/3432>
27. Bóia HIS. O conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos [dissertação para obtenção do grau de mestre]. [porto]: Universidade Fernando Pessoa; 2008.
28. Alves MJ. *Trichomonas vaginalis* - aspectos Clínicos e Diagnóstico Laboratorial. Artigo Revisão. 2010;(1).
29. Maciel G de P, Tasca T, Carli GAD. Aspectos clínicos, patogêneses e diagnóstico de *trichomonas vaginalis*. Artigo Revisão. 2004;40(3):152–60.
30. Sales IF. Sífilis, (Epidemiologia, Clínica, Diagnóstico e Tratamento). Universidade de Coimbra; 2011.
31. Ferreira LJM. Infecção por *Treponema pallidum*: análise serológica e pesquisa de DNA [Dissertação para obtenção do grau de mestre em microbiologia]. [Lisboa]: Universidade Nova de Lisboa; 2013.
32. Lopes TGSL, Schinoni MI. Aspectos gerais da hepatite B. *Rev Ciênc Médicas E Biológicas*. 1 de janeiro de 2011;10(3):337.
33. Ferreira MS. Diagnóstico e tratamento da hepatite B. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2000;34(4):389–400.
34. Geller M, Suchmacher Neto M, Ribeiro M, Oliveira L, Naliato E, Abreu C, et al. Herpes simples: Atualização Clínica, epidemiológica e terapêutica. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(4):260–6.
35. Consolaro A, Fernanda M. Diagnóstico e tratamento do herpes simples recorrente peribucal e intrabucal na prática ortodôntica. 2009;14(3):16–24.
36. Barra MIG. Atividade anti-herpética de extratos aquoso de plantas aromáticas: efeitos virucida e inibição de replicação viral [Dissertação para obtenção do grau de mestre em microbiologia aplicada]. [lisboa]: Universidade de Lisboa; 2014.
37. Leto M das GP, Júnior GF dos S, Porro AM, Tomimor J. Infecção pelo papilomavírus humano: etiopatogenia, biologia molecular e manifestações clínicas. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):306–17.
38. Gomes CDQ. Vírus da Imunodeficiência Humana: O desenvolvimento de uma vacina. [trabalho apresentado para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas]. Universidade de porto; 2015.
39. Cunha GH da, Galvão MTG. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. 2010;23(4):526–32.

REFERÊNCIAS

40. Ribeiro M, Pessanha M. Vírus da imunodeficiência humana (VIH): transmissão, diagnóstico, tratamento e epidemiologia.
41. Teixeira MG, Silva GA da. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os antirretrovirais. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(4):729–36.
42. Sá MI, Almeida D, Vieira B, Lima T, Conde C, Teixeira M, et al. Infecções sexualmente transmissíveis e factores de risco nas adolescentes e jovens: Dados de um Centro de Atendimento a Jovens. *Nascer E Crescer*. 2015;24(2).
43. Fortins MF. O processo de investigação: da concepção à realização. *Lusociência* 3^o ed. 2003;
44. Nations U. O Relatório de Migração Internacional. 2007.
45. Serviços Estrangeiros e Fronteiras (SEF). *Imigração, Fronteiras e Asilo*. 2007;
46. Kraszewska K, Agafitei M. Migrant population characteristics Second-generation immigrants in the EU generally well integrated into the labour market. *Eurostat Press Off*. 2016;(213).
47. Leão LH da C, Muraro AP, Palos CC, Martins MAC, Borges FT. Migração internacional, saúde e trabalho: uma análise sobre os haitianos em Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 5 de dezembro de 2022];33(7). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000706001&lng=pt&tlng=pt

