



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis:
conhecimento e práticas de estudantes em universidades de
Benguela

Bruna Raquel Cristóvão Valdez

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE TROPICAL

(MARÇO, 2024)



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis:
conhecimento e práticas de estudantes em universidades de
Benguela

Autor: Bruna Raquel Cristóvão Valdez

Orientador: Professora Doutora Filomena Luz Martins Pereira

Coorientador: Professora Doutora Cláudia Conceição

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Tropical

Agradecimentos

A Deus por ter me permitido chegar até aqui, por ter estado comigo neste processo, por me ter capacitado. Ele merece toda a honra, pois qualquer sabedoria e inteligência vem dEle.

As minhas excelentíssimas orientadora e coorientadora, a Professora Doutora Filomena Pereira e a Professora Doutora Claudia Conceição, o meu muito obrigada por terem aceite este desafio, por terem acreditado em mim mesmo quando quis desistir. Obrigada pela paciência, dedicação e todo conhecimento transmitido durante este período.

Aos professores e colegas do Mestrado em Saúde Tropical de 2018, nomeadamente a colega Beatriz Morais, por todo o incentivo e sem a qual não teria sido possível a recolha de dados; a colega Maria R. Marques pelo apoio e as longas horas de estudo.

Não poderia deixar de agradecer à coordenação do Instituto Superior Politécnico de Benguela e da Faculdade de Medicina de Benguela, assim como aos alunos por terem aceite participar neste estudo sem qualquer hesitação.

Agradeço aos meus amigos e familiares pelo apoio, confiança e as várias palavras de incentivo para que nunca desistisse. Agradeço principalmente a minha psicóloga Yara Andrade pelos conselhos, aos meus irmãos Esperança Silva, Marco Almeida, Ildo Almeida, Armanda Ferreira, Odemil Ferreira e Gilcia Almeida pelo suporte em todos os momentos, aos meus pais Ilda e Gil Almeida por terem lutado para que tivesse uma base sólida de educação, e por terem ensinado a importância da persistência e do estudo; e graças a Dra Ilda, nasceu em mim este amor pela área da saúde.

Por fim, sendo o mais importante, agradeço ao meu filho Gil por toda a paciência e amor demonstrados durante estes longos meses. Por ter perdido a minha atenção para os livros e com apenas 8 anos, sempre teve uma palavra de consolo e força nos piores momentos, uma oração, um gesto de carinho, um limpar de lágrimas. A ele dedico todo este esforço.

“O meu povo perece por falta de conhecimento”

Bíblia Sagrada, Oseias 4:6

Resumo

Os comportamentos de risco face à sexualidade têm sido motivo de preocupação em todo o mundo, principalmente na faixa etária de jovens adultos. Este grupo tem sido alvo de ações preventivas de educação para a saúde e de investigação sobre o seu comportamento sexual e outros.

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) são uma das maiores ameaças de saúde pública, causando 2,3 milhões de mortes e 1,2 milhões de casos de cancro anualmente. Desta forma, importa melhorar o conhecimento sobre estas infeções neste grupo etário, assim como os seus determinantes.

Este estudo teve como principal objetivo descrever as práticas sexuais e o conhecimento de jovens universitários de duas universidades de Benguela face à sua sexualidade e infeções sexualmente transmissíveis, assim como identificar fatores socioeconómicos e ambientais percecionados como influenciando as suas práticas sexuais e o seu acesso aos serviços de saúde.

Para esta tese foi efetuado um estudo observacional do tipo descritivo transversal, tendo como instrumento um questionário individual e voluntário a 227 alunos, com uma faixa etária predominante dos 19 aos 24 anos de idade (70,8%), maioritariamente do sexo feminino (65,5%). Os participantes foram escolhidos de forma intencional, especificamente alunos dos cursos da área da saúde das duas instituições em Benguela - Angola, no ano letivo 2022-2023.

Os resultados mostraram que 74,7% destes estudantes já iniciou a sua atividade sexual e que 29,1% afirmou não fazer uso de preservativo. O não uso de preservativo para parceiro regular teve como principal justificação a confiança no parceiro (37,0%), enquanto que para parceiro ocasional foi o não gostar de usar (13,2%).

Quanto à frequência de consultas para IST, 62,8% dos participantes declarou nunca ter frequentado, sendo que dos que frequentaram, 19% foram diagnosticados com uma IST e a maioria teve monitorização pós tratamento. Algumas IST e meios de transmissão são de conhecimento dos estudantes, com maior conhecimento adquirido na escola (77,0%). Os resultados mostraram, que de entre os fatores socioeconómicos e ambientais, a sociedade é considerada um dos principais influenciadores das suas práticas sexuais, e quanto a acessibilidade aos serviços de saúde para IST, os estudantes consideraram a acessibilidade mediana, numa escala de 0 a 10.

Concluiu-se que, este grupo de participantes tem algum conhecimento sobre algumas das IST que existem e sobre a sua forma de transmissão, o que não invalidou o facto de muitos apresentarem comportamentos de risco. Desta forma, são necessários mais estudos para perceber se a realidade encontrada neste grupo de inquiridos é a realidade universitária atual na província e eventualmente no país.

Palavras Chaves: Infeções Sexualmente Transmissíveis; Jovens; Comportamentos; Conhecimentos

Abstract

Risky sexual behavior has been a cause for concern worldwide, especially in young adults. This group has been relevant in preventive health education actions and research on sexual behavior.

Sexually transmitted infections (STIs) are one of the greatest public health threats, causing 2.3 million deaths and 1.2 million cases of cancer annually. Therefore, improving knowledge in this age group about these infections and their determinants is important.

The main objective of this study was to describe the sexual practices and knowledge of young university students from two universities in Benguela regarding their sexuality and sexually transmitted infections, as well as to identify socioeconomic and environmental factors perceived as influencing their sexual practices and their access to health services. For this thesis, a cross-sectional descriptive observational study was carried out, using an individual and voluntary questionnaire delivered to 227 students, with a predominant age range of 19 to 24 years old (70.8%), mostly female (65.5%). Participants were chosen intentionally, specifically students of the health courses of the two institutions in Benguela - Angola, in the academic year 2022-2023.

The results showed that 74.7% of these students had already started their sexual activity and that 29.1% said they did not use condoms. The main justification for not using condoms for regular partners was trust in the partner (37.0%), while for occasional partners it was not liking to use them (13.2%).

Regarding the frequency of consultations for STIs, 62.8% of the participants declared never having attended, and of those who have attended, 19% were diagnosed with an STI and most had treatments. The majority of students were aware of some STIs and their means of transmission, with the greatest knowledge acquired at school (77.0%).

The results also showed that among socio-economic and environmental factors, society is considered one of the main influencers of their sexual practices, and regarding the accessibility of health services for STIs, the students considered average on a scale of 0 to 10.

It was concluded that participants had some knowledge about STIs and their forms of transmission, which did not invalidate the fact that many displayed risky behavior. Thus, further studies are needed to realize whether the reality found in this group of respondents is the current university reality in the province and eventually in the country.

Key words: Sexually Transmitted Infections; Youth; Behaviours; Knowledge

Índice geral

<i>Agradecimentos</i>	<i>i</i>
<i>Resumo</i>	<i>ii</i>
<i>Abstract</i>	<i>iii</i>
<i>Índice geral</i>	<i>iv</i>
<i>Índice das tabelas:</i>	<i>vi</i>
<i>Índice dos gráficos:</i>	<i>vii</i>
<i>Índice das figuras:</i>	<i>viii</i>
<i>Glossário e Abreviaturas</i>	<i>ix</i>
1 Introdução	1
1.1 Contexto geral e caracterização	2
1.2 Epidemiologia e fatores sociodemográficos associados	16
1.3 Jovens como grupo de risco	19
1.4 Comportamento e conhecimento.....	20
1.5 Objetivos do estudo.....	23
2. Material e Métodos	25
2.1 População:	25
2.2 Material:	25
2.3 Métodos:.....	26
2.4 Análise de dados:	27
3. Resultados:	28
3.1 Caracterização dos participantes em estudo	28
3.2 Comportamento sexual dos participantes.....	29
3.3 Conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis.....	34
3.4 Fatores socioeconómicos e ambientais associados às práticas sexuais.....	35
3.5 Avaliação do grau de acessibilidade aos serviços de saúde para infecções sexualmente transmissíveis na região e a influência da Covid 19 no acesso aos mesmos.....	39

4	<i>Discussão e Conclusão</i>	41
4.1	Discussão.....	41
4.2	Conclusão.....	46
5	<i>Referências Bibliográficas</i>	48
6	<i>Anexos</i>	55
A.	Anexo A: Questionário	55
B.	Anexo B: Consentimento informado	58
C.	Anexo C: Tabela da definição das variáveis.....	59
D.	Anexo D: Consentimento para recolha de dados do Instituto Superior Politécnico de Benguela.....	67
E.	Anexo E: Consentimento para recolha de dados da Faculdade de Medicina – Universidade Katyavala Bwila de Benguela.....	68

Índice das tabelas:

1. **Tabela 1:** Interpretação dos marcadores serológicos de acordo às diferentes fases da infecção pelo vírus da hepatite B..... 12
2. **Tabela 2:** Características sociodemográficas dos estudantes universitários..... 28
3. **Tabela 3:** Características de atividade sexual dos estudantes, por género..... 30
4. **Tabela 4:** Práticas e razões dos estudantes universitários quanto ao uso de preservativos e tipo de relações sexuais com parceiros regulares e ocasionais..... 31
5. **Tabela 5:** Frequência de consultas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), por género..... 32
6. **Tabela 6:** Infecções Sexualmente Transmissíveis nos participantes: diagnóstico, sintomas e tratamento, por género..... 33
7. **Tabela 7:** Conhecimento dos estudantes em relação às infecções sexualmente transmissíveis (IST), por género..... 34
8. **Tabela 8:** Perceção quanto a acessibilidade aos serviços de saúde para IST e influência da Covid 19 sob os mesmos numa classificação de 0 a 10 para quem frequentou uma consulta de IST e quem não frequentou..... 40

Índice dos gráficos:

1. Gráfico 1: Influência da cultura sobre as práticas sexuais dos estudantes.....	36
2. Gráfico 2: Influência da sociedade sobre as práticas sexuais dos estudantes.....	36
3. Gráfico 3: Influência da religião sobre as práticas sexuais dos estudantes.....	37
4. Gráfico 4: Influência da situação económica sobre as práticas sexuais dos estudantes.	37
5. Gráfico 5: Influência do local de residência sobre as práticas sexuais dos estudantes	38
6. Gráfico 6: Influência da Covid 19 sobre as práticas sexuais dos estudantes.....	38
7. Gráfico 7: Acessibilidade dos serviços de saúde para IST.....	39
8. Gráfico 8: Efeito da Covid 19 sobre a acessibilidade aos serviços de saúde para IST	40

Índice das figuras:

1. **Figura 1:** Esquema de teste rápido como diagnóstico para HIV..... 16
2. **Figura 2:** Incidência global da infecção pelo vírus de HIV..... 17
3. **Figura 3:** Incidência global da infecção pelo vírus das hepatites B e C..... 18
4. **Figura 4:** Incidência global de IST curáveis..... 18

Glossário e Abreviaturas

- **Amostragem:** processo de seleção de indivíduos de uma população para um determinado estudo.
- **BPG:** Penicilina Benzatina G (do inglês Benzathine penicillin G)
- **CDC:** Centro de Prevenção e Controlo das Doenças (do inglês Centre for Disease Prevention and Control)
- **Determinantes Sociodemográficos:** fatores sociais e ambientais que servem como fatores de risco para a saúde de um indivíduo.
- **DIP:** Doença inflamatória pélvica
- **ECDC:** Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (do inglês European Centre for Disease Prevention and Control)
- **EIA:** Ensaio imunoenzimático
- **ELISA:** Ensaio de imunoabsorção enzimática (do inglês Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)
- **Estudo Observacional Transversal:** Estudo de observação de fórum documental em que se observa a relação entre uma variável dependente (taxa de morbimortalidade) e as outras variáveis independentes. Método epidemiológico em que grupos podem ter sido expostos a um ou mais fatores que influenciaram a probabilidade de ocorrência de um resultado.
- **FTA-abs:** Fluorescent treponemal antibody absorption
- **HBV:** Vírus da Hepatite B
- **HCV:** Vírus da Hepatite C
- **HIV:** Vírus da Imunodeficiência humana
- **HPV:** Vírus do Papiloma Humano
- **HSH:** Homens que fazem sexo com homens
- **HSV:** Vírus Herpes Simplex
- **HTLV-1:** Vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1
- **Incidência:** nº de casos/ocorrências que surgiram (nº de casos novos) durante um certo tempo, numa determinada população
- **INE:** Instituto Nacional de Estatística
- **IST:** Infecção Sexualmente Transmissível

- **LCR:** Líquido Cefalorraquidiano
- **LGV:** Linfgranuloma venéreo
- **MEP:** Ministério da Economia e Planeamento
- **MINSA:** Ministério da Saúde de Angola
- **NAAT:** Teste de amplificação de ácidos nucleicos (do inglês Nucleic Acid Amplification Tests)
- **OMS:** Organização Mundial da Saúde
- **PCR:** Proteína C-Reativa
- **PDN:** Plano Nacional de Desenvolvimento
- **pH:** Potencial de hidrogénio
- **POC:** Point of Care
- **Prevalência:** nº de casos de doença/ocorrência que se verificaram numa população
- **RNA:** Ácido Ribonucleico (do inglês Ribonucleic Acid)
- **RPR:** Rapid Plasma Reagin
- **SIDA:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- **STI:** Sexual Transmitted Infection
- **Taxa de morbidade:** Número de portadores de uma determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado tempo.
- **Taxa de mortalidade:** Número de óbitos em 1000 habitantes de um país ou de uma região verificado em determinado período de tempo (em geral um ano).
- **TPHA:** Treponema pallidum hemagglutination assay
- **TPPA:** Treponema pallidum particle agglutination assay
- **UNAIDS:** Programa Conjunto das Nações Unidas (do inglês United Nations Programme on HIV and AIDS)
- **UNRIC:** Centro Regional de Informação das Nações Unidas (do inglês United Nations Regional Information Centre)
- **VDRL:** Veneral Disease Research Laboratory
- **VHS:** Velocidade de Hemossedimentação
- **WHO:** World Health Organization

1 Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas de pessoa para pessoa por contacto físico ou sanguíneo, principalmente por contacto sexual (Garcia MR et al., 2023).

Estas infeções são consideradas uma das maiores ameaças de saúde pública, causando 2,3 milhões de mortes e 1,2 milhões de casos de cancro anualmente. Estima-se mais de 1 milhão de novos casos por dia de IST curáveis e anualmente cerca de 1,5 milhões de casos de infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês, *human immunodeficiency virus*), 1,5 milhões pelo vírus da hepatite B (HBV) e 1,5 milhões pelo vírus da hepatite C (HCV) (WHO, 2022a).

O nosso estudo foi realizado na cidade de Benguela em Angola, um dos países da costa este da África Subsariana. Angola é constituída por 18 províncias cuja capital é Luanda, e a taxa populacional é estimada em 33 milhões de habitantes. (INE, 2023).

Angola não possui uma base de dados epidemiológica atualizada no que concerne às IST, pois nem todas são de notificação obrigatória, e as de notificação obrigatória, como o HIV, não são muitas vezes declaradas. Há evidência de haver subnotificação e nem todos os infetados recorrem a serviços de saúde (OMS, 2020; Guimarães et al., 2013; Silva TCV, 2007; MEP, 2018).

Estas infeções têm como principais grupos de risco as mulheres e os jovens. Afetam não só a saúde sexual e reprodutiva das populações, como causam diversos transtornos físicos e psicológicos (Melo LD et al., 2021). As taxas elevadas de mortalidade e morbidade por IST têm se tornado foco de preocupação e de gastos em saúde (WHO, 2016a).

Estudos realizados comprovaram que o grupo de jovens com idade compreendida entre os 15 aos 29 anos de idade, corresponde à faixa etária da população com maior prevalência e vulnerabilidade às IST pelo seu comportamento de risco face à sexualidade e ao défice de conhecimento sobre as mesmas. (WHO, 2016a; CDC, 2023; Castro EL et al., 2016; MacMann N et al., 2020; Tesfaye Y et al., 2020; Fonte VRF et al., 2018).

Este comportamento e vulnerabilidade é influenciado pelo ambiente social no qual o indivíduo está inserido (Spindola T et al., 2020), sendo resultado de determinantes sociodemográficos, como a escassez de infra estruturas, serviços e profissionais da saúde,

Introdução

educação sexual, recursos financeiros, falta de confidencialidade e precariedade no atendimento nas instituições de saúde, assim como de diferentes formas de discriminação, marginalização e exclusão por parte da sociedade (João P, 2004; Moisés IJI, 2018, WHO, 2022a) que afetam a saúde individual e coletiva (Loureiro I et al., 2018).

Um dos fatores que está na base destes comportamentos é o conhecimento, pois não só o seu défice pode promover comportamentos de risco, assim como o conhecimento pode prevenir comportamentos de risco e consequentemente a transmissão das IST (Guimarães et al., 2013).

A população angolana é composta maioritariamente por jovens, uma vez que cerca de dois terços da população têm menos de 25 anos. No plano de desenvolvimento nacional de Angola 2018-2022 (PDN), foram propostas várias ações prioritárias e políticas, como a implementação de programas para a prevenção de comportamentos de risco para IST nos jovens; melhoria do conhecimento dos alunos quanto às doenças transmissíveis; aquisição de recursos tecnológicos e humanos para investigação; formação sobre saúde e melhoria do conhecimento de fatores determinantes da saúde, para adoção de novas medidas de controlo e prevenção (MEP, 2018; Ferreira RF, 2012).

O referencial teórico deste trabalho está dividido em cinco partes respetivamente:

- Contexto geral e caracterização
- Epidemiologia e fatores sociodemográficos associados
- Jovens como grupo de risco
- Comportamento e conhecimento
- Objetivos do estudo

1.1 Contexto geral e caracterização

Algumas IST foram identificadas desde a antiguidade, no antigo Egito, pelos romanos e gregos. Estes descreviam sinais e sintomas que correspondem à atual gonorreia, herpes genital, cancroide, infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV, do inglês, *human papillomavirus*) e ao linfogranuloma venéreo (LGV) (Nicolau FM, 2010). Tais evidências também foram descritas nos tempos do imperador chinês Huang Tii em 2637 A.C (Tavira LT e Atouguia J., 2006). Posteriormente, durante a idade média, vários médicos e cirurgiões da Europa e de países árabes, descreveram cancros, condilomas, erosões,

Introdução

pustulas, corrimento uretral e vaginal e seu tratamento como doenças dos órgãos genitais (Gruber F et al., 2015).

Há cerca de 200 anos a sífilis foi confundida com a gonorreia por serem ambas transmitidas por bactérias, até à descoberta da bactéria *Neisseria gonorrhoeae* por Albert Neisser em 1879 em exsudados purulentos de cervicite. Já *Treponema pallidum* só foi descoberto em 1905 por Shaudin e Hoffman (Tavira LT e Atouguia J., 2006).

Após vários estudos, em 1911, foi publicado o primeiro estudo no American Journal of Public Health sobre gonorreia e sífilis, seguindo-se assim em 1917, a primeira palestra sobre doenças venéreas por Sir William Osler (Tavira LT e Atouguia J., 2006).

Estas infeções tornaram-se uma maior preocupação na década de 1980 com o aparecimento da chamada “Revolução Sexual”, por estarem associadas a uma maior liberdade de costumes e de tolerância comportamental face à sexualidade, o que tornava os jovens mais vulneráveis à mudança de mentalidade quanto à sexualidade e suas descobertas (Nicolau FM, 2010; Blaustein A, 1982).

As IST são descritas como infeções transmitidas pelo contacto sexual de qualquer tipo, oral-genital, oral-anal, genital ou anal. No entanto, podem ser também transmitidas por via não sexual como a endovenosa, transfusões sanguíneas, objetos cortantes, seringas e da mãe para o filho através da placenta, na altura do parto e na amamentação (Workowski K.A. et al., 2021; Adler M et al., 2004).

Podem ser assintomáticas ou causar sintomas leves, podendo dividir-se em dois grupos: curáveis e não curáveis, podendo ocasionar vaginites, cervicites, úlceras genitais, entre outras. Os agentes etiológicos são mais de 30, entre vírus, bactérias, fungos e parasitas, sendo os principais as bactérias e os vírus (Reis M, 2012; Pereira F, 2018).

Os agentes etiológicos mais frequentes das infeções curáveis são *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* e *Treponema pallidum*, as quais aumentam o risco de contrair o HIV, sejam inflamatórias ou ulcerativas (Tavira LT e Atouguia J., 2006). As infeções não curáveis, por sua vez, são causadas frequentemente por vírus como HIV, herpes simples (HSV), o qual é também co-fator de infeção do HIV, HBV, HCV, HPV. Infeções estas que embora maioritariamente não passíveis de cura se conseguem controlar em menor ou maior grau com terapêutica adequada, o que as torna infeções de alto custo para a sociedade e que podem ter como consequência um aumento da taxa de mortalidade e morbidade (MEP, 2018).

Introdução

Além destas, têm surgido novas infeções que podem ser transmitidas por contato sexual como monkeypox, hepatite A, ébola, zika e infeções por bactérias como *Shigella sonnei* e *Neisseria meningitidis*. Também a reemergência de LGV fora das zonas tropicais, o vírus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1) e *Mycoplasma genitalium* (WHO, 2022b).

Quanto ao diagnóstico destas infeções, não existe um teste ideal, pois é necessário ter em conta as diferentes IST, custos, complexidade dos testes, tempo de obtenção dos resultados e as populações afetadas, de forma a adequar cada teste de diagnóstico. Os mesmos, com exceção dos testes POC, têm custos elevados devido aos equipamentos, reagentes, pessoal qualificado, infraestruturas e manutenção, principalmente em países com poucos recursos (OMS, 2013).

Segundo a OMS, os testes de diagnóstico, de acordo com o microrganismo em questão, podem ser divididos em três tipos: a deteção direta de microrganismos por microscopia, cultura, amplificação de ácidos nucleicos e os testes rápidos; a deteção da resposta do hospedeiro à infeção por testes serológicos e a deteção de metabólitos microbianos por teste de pH ou sopro/amina (OMS, 2013).

O tratamento depende do agente etiológico identificado, devendo ser essencialmente em doses únicas de antibióticos para as infeções bacterianas e parasitárias como a infeção de clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase, ou antivirais para as infeções virais como por HSV, HIV e HBV crónica (WHO, 2022c). O tempo de tratamento depende da infeção e do estágio em que esta se encontra, pois uma causa das complicações e da transmissão de IST é a ausência, insuficiência, atraso do tratamento ou por resistência ao mesmo, como no caso da resistência antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae* que tem aumentado de forma exponencial nos últimos anos, principalmente na região Africana e Pacífico Este; também se deve ter em conta a dificuldade em monitorizar os parceiros sexuais (WHO, 2022d; WHO, 2022a).

As IST causam muitas complicações a curto e a longo prazo, como dor pélvica crónica, anomalias congénitas, cancro, gravidez ectópica, infertilidade, infeções relacionadas com o HIV, infeções do puerpério e sífilis congénita, que originam grande morbidade e mortalidade, principalmente na África subsariana (OMS, 2013; Pereira F, 2018). Um dos grupos de exposição às IST são as grávidas e os recém-nascidos, com complicações como aborto, nados mortos, prematuridade e infeções perinatais.

Introdução

As formas de prevenção de primeira linha dependem das diferentes regiões e populações, suas idades, género e circunstâncias ambientais. A ação 83 do Plano de estratégia da OMS determinou um conjunto de medidas de prevenção geral para as IST, como a educação focada na sexualidade e saúde reprodutiva, acesso a preservativos, serviços de notificação voluntária de parceiros, profilaxia pós-exposição, circuncisão voluntária e implementação da vacina contra o HPV (WHO, 2022a).

Infeção por *Chlamydia trachomatis*:

Chlamydia Trachomatis é uma bactéria de coloração de Gram negativa anaeróbica pertencente a família *Chlamydiaceae* e do género *Chlamydia*. Esta bactéria intracelular apresenta 18 serotipos divididos em 3 grupos: serotipos A-C que originam tracoma (doença ocular caracterizada por conjuntivite crónica); serotipos D-K que originam infeções de trato genital e serotipos L1-L3 que originam o linfogranuloma venéreo (LGV) (Mohseni M et al., 2023; Pereira F, 2018).

No mundo existe uma incidência de cerca de 129 milhões de casos, sendo que África apresentou em 2008 uma incidência de 8,3 milhões de casos (WHO, 2023a; WHO, 2017b).

Chlamydia Trachomatis afeta principalmente as células epiteliais e é transmitida maioritariamente pelo contacto direto com tecido infetado e da mãe para filho durante o parto, causando na generalidade infeções urogenitais como cervicites, uretrites, epididimites, prostatites, LGV e infeções extragenitais como conjuntivite e pneumonia neonatal, perihepatites, faringites e artrite reativa. A infeção por *Chlamydia Trachomatis* é maioritariamente assintomática, principalmente nas mulheres (70-90%). Quando apresenta sintomas caracteriza-se nas cervicites por corrimento cervical mucopurulento, hemorragia que pode ser pós coito ou intermestrua, dor abdominal e disúria, assim como polaquiúria; pode complicar originando infertilidade ou DIP (doença inflamatória pélvica); nas uretrites no homem pode existir disúria, corrimento uretral (branco, cinzento ou transparente) mais evidente pela manhã e outros sintomas semelhantes aos de uma infeção urinária; já o LGV pode manifestar-se por úlceras genitais indolores, geralmente uma única ou até nenhuma e linfadenopatia inguinal de grande tamanho, muito dolorosa, aderente aos planos profundos; na conjuntivite neonatal por um aspeto transparente ou mucoso, por vezes empedrado.

Introdução

Na mulher grávida, a infecção por *C. Trachomatis* pode causar gravidez ectópica, aborto e outras complicações como cegueira, pneumonia e problemas pulmonares crónicos no recém-nascido e até levar à sua morte (Mohseni M et al., 2023; ECDC, 2023a, Neves R, 2017).

Os testes mais utilizados para diagnóstico são os testes NAAT (testes de amplificação do ácido nucleico) tais como as técnicas de PCR e LCR que, além de apresentarem uma maior sensibilidade em relação aos outros testes (90-95%), detetam a bactéria na urina, exsudado vaginal, exsudados uretrais, endocervicais e retais. Outros testes são a cultura do exsudado endocervical, uretral, retal e conjuntival; os testes rápidos (POC) do exsudado endocervical, vaginal e uretral, serologia e deteção de antígenos (Mohseni M et al., 2023; Neves R, 2017; Tavira LT e Atouguia J., 2006).

O tratamento da clamidíose é feito por antibióticos de primeira linha como azitromicina em dose única ou doxiciclina durante 7 dias. Em alternativa podem ser indicados a tetraciclina, eritromicina e ofloxacina. A monitorização terapêutica não precisa de ser efetuada, uma vez que a terapêutica é eficaz, mas a retestagem é obrigatória 3 meses após o tratamento, pois a reinfeção é comum pelo facto do parceiro não ter sido tratado ou por atividade sexual com novos parceiros infetados (Pereira F, 2018; WHO, 2021c; ECDC, 2023a).

Infeção por *Neisseria Gonorrhoeae*:

Neisseria Gonorrhoeae é o agente etiológico da gonorreia que pertence à família *Neisseriaceae* do género *Neisseria*. Esta bactéria é um diplococo de coloração de Gram negativa, tem um período de incubação de 2-7 dias e causa sobretudo uretrites e cervicites (Springer S. et al., 2023; Neves R, 2017).

Atualmente, existem cerca de 82 milhões de novos casos no mundo, e foi estimado em 2008 uma incidência de 21,1 casos em África (WHO, 2023a; WHO, 2017b).

Quanto aos aspetos clínicos, a gonorreia é uma infecção assintomática, maioritariamente nas mulheres (80%). Manifesta-se normalmente como cervicite que se caracteriza por apresentar corrimento vaginal, disúria e dor pélvica; no homem ocasiona infecção urogenital com corrimento purulento peniano, dor e sensação de queimadura ao urinar e por vezes desconforto testicular; para populações de homens que praticam sexo com homens, pode ainda manifestar-se por infeções retais e faríngeas, que podem ser assintomáticas.

Introdução

As mulheres apresentam como principais complicações a DIP, gravidez ectópica, formação de abscessos cutâneos e infertilidade; no recém-nascido pode causar conjuntivite purulenta que ocasionalmente evolui para cegueira quando não tratada; o homem pode desenvolver epididimite, linfangite e edema peniano, dor retal, hemorragia e proctite (Springer S. et al., 2023; Neves R, 2017; ECDC, 2023b; Tavira LT e Atouguia J., 2006).

O diagnóstico pode ser realizado por microscopia por coloração de Gram em amostra de zaragatoa uretral e conjuntival. Outros testes utilizados são a cultura da amostra de qualquer zona infetada, que apresenta maior sensibilidade (95-97%) e permite efetuar testes de resistência aos antibióticos; testes NAAT como a técnica de PCR também são utilizados para rastreio do microrganismo no exsudado cervical, uretral, vaginal e urina (Springer S. et al., 2023; Neves R, 2017, Workowski K.A. et al., 2021).

O tratamento da infecção gonocócica de primeira linha é baseado na combinação de dois antibióticos, dose única de ceftriaxona e azitromicina ou a combinação de cefixima e azitromicina; em alternativa ou como tratamento de segunda linha, é indicada a terapêutica única de alguns antibióticos como ceftriaxona, cefixima, gentamicina, espectinomicina ou kanamicina. A OMS recomendou o tratamento com esta combinação devido à elevada resistência microbiana que esta bactéria tem apresentado (Neves R, 2017; WHO, 2016a; Pereira F, 2018).

Infeção por *Treponema pallidum*:

A sífilis é causada por *Treponema pallidum*, da família *Spirochaetaceae* e género *Treponema*. A sífilis tem o homem como único hospedeiro e quando não tratada apresenta vários estágios ao longo dos anos, que se podem agrupar em sífilis precoce (primária, secundária e latente precoce), sífilis tardia (terciária, latente tardia, cardiovascular), neurosífilis (sífilis ocular e auricular) e sífilis congénita (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

Atualmente, em todo o mundo, existem cerca de 7,1 milhões de novos casos e na África estimava-se em 2008 uma incidência de 3,4 milhões de casos. No mesmo continente, a sífilis congénita afeta mais de 1.4 milhões de recém-nascidos (WHO, 2023a; WHO, 2017b; Neves R, 2017).

Quanto à sintomatologia, a sífilis é na sua maioria sintomática, apresentando uma fase intermédia assintomática designada sífilis latente, que por sua vez se divide em precoce e tardia.

Introdução

A sífilis primária é caracterizada por uma lesão ou úlcera no local da inoculação, designado cancro duro. Este aparece normalmente 3 semanas após a infeção na zona do contacto sexual, nomeadamente na vagina, pénis ou anus, é indolor e mesmo quando não tratada desaparece após 6 semanas (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

A sífilis secundária aparece normalmente entre 2-12 semanas após o desaparecimento da primeira úlcera, se a sífilis primária não tiver sido tratada. As suas manifestações clínicas são geralmente exuberantes, caracterizando-se por exantema mucocutâneo, manchas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés; podem também existir lesões nas zonas húmidas do corpo, de coloração branca ou cinza, designadas condilomas, assim como lesões da mucosa oral e da língua e perda de cabelo (alopécia). Esta fase da sífilis pode durar 4 a 12 semanas (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

A sífilis latente (precoce e tardia), o período assintomático, está dividida em sífilis latente precoce (menos de um ano após o início da infeção) e sífilis latente tardia (mais de um ano após início da infeção). Mesmo assintomática, ela mantém-se infecciosa. A sua duração é variável, sendo que pode surgir entre 2 a 40 anos após o início da infeção (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

A sífilis terciária acomete cerca de 30-40% de doentes com sífilis latente não tratada. Esta atinge o sistema nervoso central e cardiovascular, a pele, os ossos e fígado, apresentando sintomas graves dependendo da zona infetada (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

A neorosífilis é a infeção do sistema nervoso que pode apresentar sintomatologia diversa como alterações do estado mental, meningite, disfunção dos nervos cranianos, paresia, anomalias auditivas e visuais que se designam sífilis ocular e auricular (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

A sífilis congénita, como já referido anteriormente, é uma causa de morbilidade e mortalidade neonatal, principalmente nos países de baixo rendimento, e pode ser sintomática, com lesões de vários graus, como petéquias, exsudado nasal sanguinolento e problemas ósseos, musculares e neurológicos; ou assintomática (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Neves R, 2017).

O seu diagnóstico pode ser realizado por deteção direta nas lesões e tecidos, com microscopia em fundo escuro, imunofluorescência direta ou testes de amplificação do

Introdução

ácido nucleico e exame do líquido cefalorraquidiano onde pode apresentar alterações a nível bioquímico e celular. Todos estes testes apresentam baixa sensibilidade e especificidade. Os testes serológicos de deteção de anticorpos, são os recomendados pela OMS e podem ser treponémicos ou específicos (FTA-abs, TPPA, TPHA) ou não treponémicos ou não específicos (VDRL, RPR) (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b).

Os testes treponémicos são mais específicos e servem muitas vezes para confirmar os testes não treponémicos, mas não se podem utilizar na monitorização pós terapêutica porque podem permanecer reativos para toda a vida. Os testes não treponémicos são menos específicos, mas mais sensíveis, são simples e baratos, e detetam cerca de 80% dos casos de sífilis primária e 100% de sífilis secundária. A não especificidade para sífilis dos testes não treponémicos pode originar falsos positivos quando o indivíduo infetado sofre de algumas doenças virais, parasitárias e autoimunes, assim como durante a gravidez (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016b; Pereira F, 2018, Tavira LT e Atouguia J., 2006).

A monitorização pós terapêutica faz-se com os testes não treponémicos porque os seus títulos descem com o sucesso da terapêutica.

O tratamento para sífilis depende do estágio em que a mesma se encontra:

Sífilis precoce tem como tratamento de primeira linha uma dose única (2,4 ml) de penicilina benzatína G (BPG); para o tratamento de segunda linha (BPG indisponível) é utilizada como opção a penicilina procaína durante 10-14 dias, ceftriaxona ou doxiciclina em caso de perturbações hemorrágicas e doxiciclina em caso de alergia à penicilina.

Sífilis tardia tem como tratamento de primeira linha a BPG em dose única (2,4 ml intramuscular) semanalmente; para o tratamento de segunda linha, caso a BPG não esteja disponível, como opção é utilizada a penicilina procaína durante 17-21 dias e a doxiciclina durante 21-28 dias em caso de alergia a penicilina ou recusa do tratamento parentérico.

Para a neorosífilis é utilizada a penicilina benzil 18-24 ml diariamente ou 3-4 ml todas as 4 horas durante 10-14 dias; para segunda linha, em caso de indisponibilidade da BPG IV ou hospitalização, utiliza-se como opção a ceftriaxona durante 10-14 dias ou penicilina procaína e probenecida durante 10-14 também, e em caso de alergia à penicilina, faz-se a dessensibilização à penicilina e regime de primeira linha.

Introdução

Sífilis congénita utiliza como tratamento de primeira linha a BPG (2,4 ml dose única ou 1,2 em cada nádega); em caso de indisponibilidade da BPG, utiliza-se a penicilina procaína durante 10-14 dias e em caso de alergia faz-se a dessensibilização à penicilina e regime de primeira linha (Garcia MR et al., 2023; Janier M et al., 2021; WHO, 2016b; Pereira F, 2018).

Infeção por *Trichomonas Vaginalis* :

Trichomonas Vaginalis é um parasita que causa uma infeção vaginal denominada tricomoníase. Este parasita liberta citotoxinas que destroem todo o revestimento do epitélio (Schumann JA et al., 2022; Workowski K.A. et al., 2021, Garcia MR et al., 2023).

Atualmente existem 156 milhões de novos casos de infeção por tricomonas. Cerca de 20% das mulheres têm um episódio de tricomoníase durante a idade fértil; esta infeção pode afetar homens ou mulheres. Em 2008 estimou-se uma incidência de 59,7 casos em África (WHO, 2023a; Schumann JA et al., 2022; WHO, 2017b).

Quanto aos sinais e sintomas, as mulheres apresentam um corrimento vaginal espumoso de cor verde-amarelada, inflamação da vagina e da vulva e da parte externa do colo do útero, disúria e poliúria. Os homens raramente apresentam sintomas, mas quando se manifesta pode originar uretrite, prostatite e epididimite, além de secreção uretral espumosa purulenta, dor e frequência ao urinar, irritação da uretra, dor testicular e urina turva (Schumann JA et al., 2022; Workowski K.A. et al., 2021, Garcia MR et al., 2023).

O diagnóstico faz-se por microscopia, embora pouco sensível, por cultura em meio de Diamonds a partir de uma zangotea vaginal e também por técnicas de biologia molecular a partir de amostra vaginal ou de urina. Nos homens pode afetar-se cultura a partir de amostras de urina ou de zangoteas uretrais, sendo que a microscopia é pouco sensível e os NAATs só estão recomendados no homem se os laboratórios fizerem o seu próprio controlo de validação.

O tratamento é realizado normalmente com metronidazol por via oral (dose única ou por 7 dias) (Schumann JA et al., 2022; Garcia MR et al., 2023).

Infeção pelo vírus da hepatite B:

O seu agente etiológico é o vírus da **hepatite B (HBV)**, pertencente à família *Hepadnaviridae* (WHO, 2017c; Workowski, KA et al., 2021, Garcia MR et al., 2023, Tavira LT e Atouguia J., 2006)

Introdução

No mundo estima-se que existam cerca de 296 milhões de pessoas infetadas com HBV, causando 820.000 mortes em 2019; em África, existem cerca de 60 milhões de pessoas infetadas (WHO, 2023a; OMS, 2021)

A hepatite B tem um período de incubação médio de cerca 90 dias (de 60 a 150 dias de intervalo). Quando existe sintomatologia pode manifestar-se por mal-estar, astenia, anorexia, náuseas, vómitos, dor abdominal, febre, urina escura, fezes cor de argila, dor nas articulações e icterícia.

Esta infeção pode trazer graves complicações tornando-se crónica e originar cirrose hepática, cancro do fígado e insuficiência hepática. (WHO, 2017c; Garcia MR et al., 2023, Távira LT e Atouguia J., 2006)

Para o diagnóstico desta infeção são utilizados marcadores serológicos, através da sua análise é possível perceber a diferença entre a fase aguda e a crónica, identificar o estágio da doença e monitorizar a progressão da mesma, identificar os indivíduos que devem receber tratamento e monitorizar a resposta ao tratamento (WHO, 2017c). Estes marcadores interpretam-se de acordo com as várias fases da infeção, tal como apresentado na tabela 1.

Atualmente não existe um tratamento específico para os doentes com hepatite B em fase aguda, pois cerca de 95% destes doentes têm uma recuperação espontânea. Para os indivíduos em fase crónica, o tratamento recomendado baseia-se em antivirais como tenofovir, entecavir, lamivudina ou interferão peguilado, maioritariamente para os doentes com sinais ativos de doença hepática (Pattyn J et al., 2021, WHO, 2017c, Brook G et al.,2018).

A vacinação é atualmente o meio principal que se utiliza na prevenção para a hepatite B, não só em crianças, assim como, a vacina também é recomendada para grupos de risco como jovens adolescentes, contactos diretos e indiretos com indivíduos infetados, homens que têm relações sexuais com homens e utilizadores de drogas. A OMS recomenda a vacinação precoce de todas as crianças nas primeiras 24 horas após o nascimento, esta previne a infeção pelo vírus com até 95% de eficácia. Para adolescentes e adultos, a vacina tem mais eficácia quando administrada em 3 doses seguidas, de forma a diminuir a transmissão do vírus. (Pattyn J et al., 2021, Brook G et al., 2018, WHO, 2017c).

Tabela 1: Interpretação dos marcadores serológicos de acordo às diferentes fases da infeção pelo vírus da hepatite B

Interpretação	Marcadores Serológicos					
	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG	Anti-Hbe	Anti-HBs
Tempo de incubação	+	-	-	-	-	-
Fase aguda	+	+	+	+	-	-
Fase final aguda/ hepatite crónica	+	+	-	+	-	-
	+	-	-	+	+	-
	+	-	-	+	-	-
Fase convalescente	-	-	+	+	-	-
Infeção passada recente	-	-	-	+	+	+
Infeção passada	-	-	-	+	-	+/-
Resposta pós vacina	-	-	-	-	-	+

Infeção pelo vírus da hepatite C:

O agente etiológico é o vírus da **hepatite C (HCV)**, de RNA esférico, no qual se podem identificar 7 genótipos e 67 subtipos (WHO, 2017c; Workowski KA. et al., 2021, Garcia MR et al., 2023, Tavira LT e Atouguia J., 2006).

Existem cerca de 1,5 milhões de novos casos em todo o mundo; África apresenta cerca de 14,6 milhões de pessoas infetadas por HVC crónica (WHO, 2022a; OMS, 2021).

Mais de 80% de pessoas infetadas são assintomáticas, sendo que os que apresentam algum sintoma podem queixar-se de anorexia, dor abdominal, fadiga, náuseas, urina

Introdução

escura e icterícia. Quando se complica pode originar cirrose hepática e cancro do fígado (Workowski KA. et al., 2021, Garcia MR et al., 2023, Tavira LT e Atouguia J., 2006).

O tipo de teste diagnóstico depende principalmente da data de exposição, quando a exposição teve lugar há mais de 3 meses, pode efetuar-se pesquisa de anticorpos (imunoensaio, EIA); para exposição há menos de 3 meses, doentes previamente curados e imunocomprometidos, pode efetuar-se pesquisa de antígeno e testes de amplificação de RNA, uma vez que possivelmente os anticorpos ainda não desenvolveram (Brook G et al., 2018).

Atualmente existem vários tratamentos para a hepatite C, desde interferão a antivirais que podem curar esta infeção. Estes proporcionam uma percentagem de cura de cerca de 90% (WHO, 2017c).

Na ausência de vacinas para a infeção pelo vírus da hepatite C, a principal forma de prevenção consiste na implementação de estratégias de redução do risco de exposição, principalmente nos contextos de cuidados de saúde como transfusão sanguínea e entre toxicodependentes (WHO, 2017c).

Infeção por HPV:

O vírus do papiloma humano, apresenta vários tipos, de entre eles os que infetam os genitais. Estes estão divididos em subgrupos identificados de acordo ao risco oncogénico e o tipo de lesão apresentada. (Garcia MR et al., 2023, Domingues CSB et al., 2017)

Existe uma prevalência global de cerca de 300 milhões de mulheres infetadas e anualmente morrem cerca de 311 milhões de mulheres por cancro cervical. Já em África estima-se que 1 em cada 4 mulheres esteja infetada pelo HPV com uma incidência de 110.755 casos de cancro cervical em 2020. Nos Estados Unidos, 80% da população sexualmente ativa está infetada por este vírus. (WHO, 2022a; OMS, 2021; Workowski KA. et al., 2021)

O HPV é normalmente assintomático, sendo que quando sintomático se caracteriza pelo aparecimento de verrugas na vulva, colo do útero e parede vaginal. Os homens apresentam verrugas no pénis em várias localizações. Ambos os géneros podem apresentar localização anal.

As estirpes oncogénicas de HPV mais comuns incluem HPV-31, HPV-35, HPV-39, HPV-45, HPV-51, HPV-52 e HPV-58. Estas podem originar tumores malignos, sendo

Introdução

que os genótipos HPV 16 e 18 causam 70% do cânceros do colo do útero e lesões pré-cancerosas ([Garcia MR et al., 2023](#), [Gilson R et al., 2020](#))

O diagnóstico efetua-se por citologia ou histologia cervical e a sua subtipagem através de técnica de PCR.

A terapêutica mais eficaz é efetuada através da eliminação das lesões por laser, excisão, eletrocirurgia, congelamento ou cirurgia ([Garcia MR et al., 2023](#), [Gilson R et al., 2020](#)).

O uso de preservativo, mesmo não oferecendo uma proteção a 100% diminui significativamente a prevalência de HPV tanto em homens como em mulheres, desde que usado com frequência. Ainda assim, foi comprovado que a vacina contra o human papillomavírus é a melhor forma de prevenção. Cada região do mundo tem a sua estratégia de vacinação, sendo que as vacinas podem ser diferentes de região para região, mas ainda assim os países que implementaram a vacinação em adolescentes (antes do início da vida sexual), observaram a maximização da proteção e a redução de episódios de verrugas em ambos os géneros ([Gilson R et al., 2020](#)).

Infeção pelo vírus do Herpes Simples:

O agente etiológico desta infeção, está dividido em dois tipos, o tipo VHS1 e o tipo VHS2, sendo que ambos causam herpes genital e labial, embora mais frequentemente o VHS1 origine herpes labial e o VHS2 genital. Esta infeção é caracterizada pela presença de lesões papulares que progridem para vesículas e úlceras ([Garcia MR et al., 2023](#); [WHO, 2016a](#), [Patel R et al., 2017](#)).

A OMS estima que existam mais de 500 milhões de pessoas infetadas com o vírus da herpes genital; na África subsariana cerca de 162 milhões de pessoas vivem com este vírus ([WHO, 2022a](#); [OMS, 2021](#)).

Os sintomas da infeção por herpes genital são lesões vesiculares dolorosas, prurido, febre, cefaleias e mal estar. Estas lesões dão origem a úlceras que sofrem roturas e depois cicatrizam. Esta infeção não tem cura, pelo que são comuns episódios recidivantes que têm tendência a diminuir a gravidade com o tempo ([Garcia MR et al., 2023](#); [WHO, 2016a](#)).

O diagnóstico é essencialmente clínico, mas pode efetuar-se cultura e técnicas de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT). Os NAAT continuam a ser os métodos mais

Introdução

usados devido à sua sensibilidade, rápidos resultados e facilidade de transporte. A serologia não deve ser pedida porque não tem valor diagnóstico.

Para o tratamento a OMS recomenda o uso de antivirais como aciclovir (3 vezes ao dia), valaciclovir e famciclovir. (Garcia MR et al., 2023; WHO, 2016a)

Infeção pelo HIV:

O vírus da imunodeficiência humana (VH1 e VH2), é um retrovírus de cadeia simples (RNA), que pertence à família *Retroviridae* (Garcia MR et al., 2023; Workowski KA et al., 2021)

Atualmente existem cerca de 40,4 milhões de pessoas infetadas e 1,5 milhões de casos por ano. Em 2022, África apresentou uma prevalência de aproximadamente 25,6 milhões de pessoas com HIV, que representava cerca de dois terços ou 65% da população infetada mundial na altura; já em Angola, em 2022 estimou-se que havia 310.000 pessoas a viver com HIV. (WHO, 2023b; UNAIDS, 2022; OMS, 2021)

Os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar sintomatologia variada, 10 dias após a infeção, nomeadamente um síndrome gripal. Mais tarde, quando não tratados, dá-se a evolução para SIDA e morte (Garcia MR et al., 2023; Workowski KA et al., 2021).

O diagnóstico deve ser oferecido e estar disponível para toda população, principalmente populações de risco e seus parceiros. Deve ser um teste voluntário, em que os indivíduos testados devem ser informados de que os seus resultados, de forma geral, vão permanecer confidenciais.

Para o teste de diagnóstico são utilizadas diferentes amostras biológicas, tais como o sangue, plasma, soro e fluidos orais. Foi considerado como diagnóstico de primeira linha os testes rápidos, uma vez que são de fácil acesso, baratos e fáceis de manejar; de seguida o teste ELISA por ter um grau de sensibilidade e especificidade de cerca de 99%-100%; e por último os testes NAAT que, apesar de serem precisos, são considerados testes de confirmação por serem caros e muitas vezes associados a falsos positivos. Os testes rápidos são os primeiros a serem recomendados uma vez que é possível obter o resultado em cerca de 30 minutos e pode ser realizado o auto teste facilitando o diagnóstico precoce, mas nenhum teste rápido pode fornecer um diagnóstico positivo quando utilizado de forma isolada, é obrigatório a realização do teste de confirmação, o que se pode ver no esquema para teste rápido apresentado na figura 1. (Gokengin D et al., 2021; WHO, 2022e)

Introdução

infecções não curáveis, em 2019/2020 estimou-se uma incidência por ano de cerca de 1,5 milhões de novos casos de infecção por HIV, 1,5 milhões por HBV, 1,5 milhões por HCV, em que as hepatites causam 1,1 milhão de mortes anualmente; 300 milhões de mulheres com HPV, cerca de 500 milhões de indivíduos vivem infectados pelo vírus da HSV, 296 milhões de indivíduos com HBV e 58 milhões com HCV com evolução crônica (WHO, 2023a; WHO, 2021a; WHO, 2022a)

A infecção por HIV é a única que parece mostrar uma diminuição da incidência desde 1990, provavelmente pelo acesso ao tratamento, mas ainda assim longe dos 500 mil casos, a meta do plano global para 2020 estabelecido pela OMS. (WHO, 2021b)

A nível mundial, os países com maior prevalência de IST são os de baixo e médio rendimento. De acordo com a Estratégia Global da OMS para as IST, em 2017 África representava 69% desta estimativa, sendo até então o segundo continente com maior prevalência de IST depois da Ásia. No entanto, atualmente, segundo os mapas apresentados nas figuras de 2, 3 e 4, África é considerado o continente com maior incidência em todas estas infeções (curáveis e não curáveis), apresentando uma incidência de 880 mil novos casos de infecção por HIV com mais de 460 mil mortes; 990 mil novos casos por HBV; 210 mil novos casos por HCV e cerca de 96 milhões de novos casos de IST curáveis em que a maior incidência é de gonorreia e sífilis (19 milhões e 2 milhões, respetivamente); cerca de 162 milhões de pessoas vivem com herpes genital nesta região (WHO, 2017a, WHO, 2021b)

Figura 2: Incidência global da infecção pelo vírus de HIV. (Fonte WHO, 2021b)

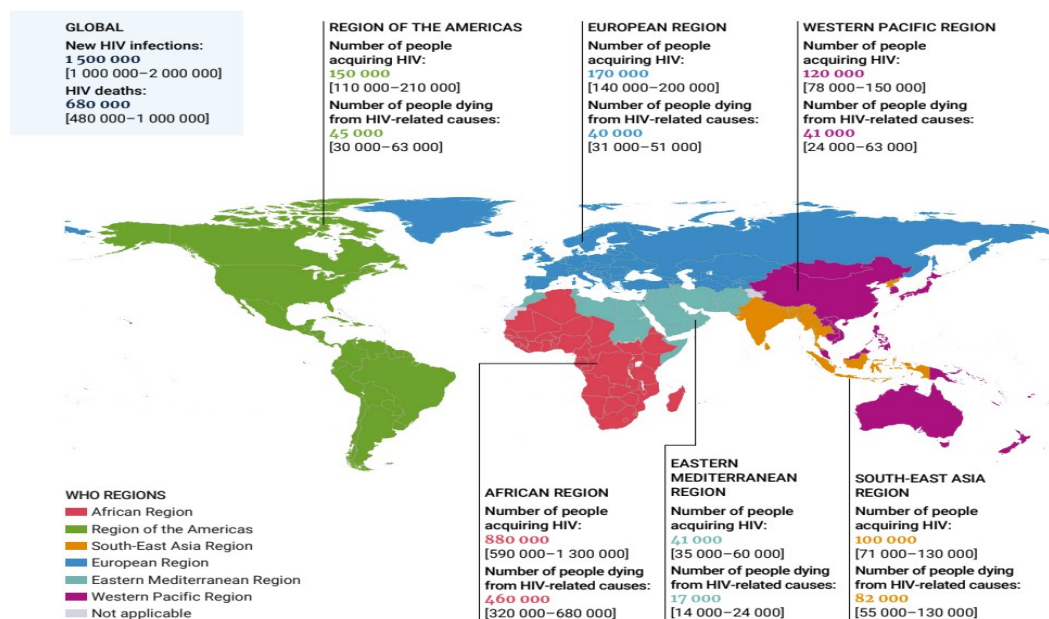


Figura 3: Incidência global da infecção pelo vírus das hepatites B e C. (Fonte WHO, 2021b)

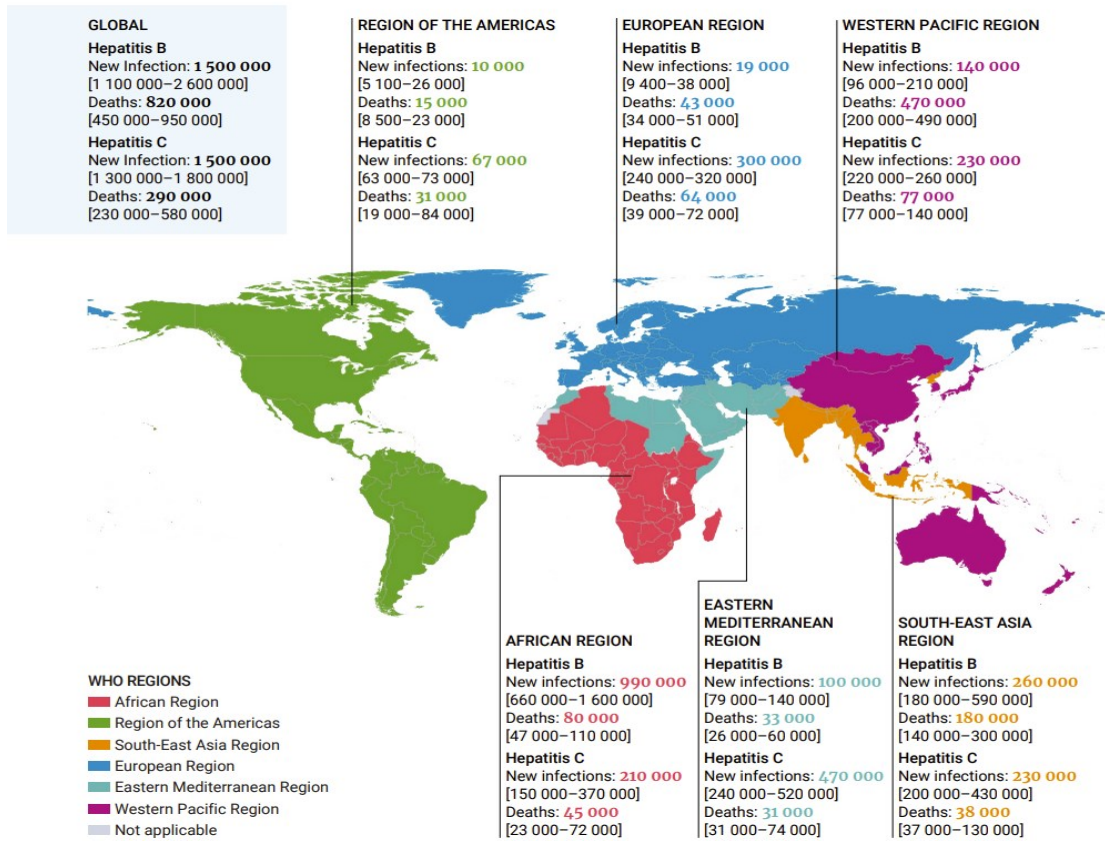
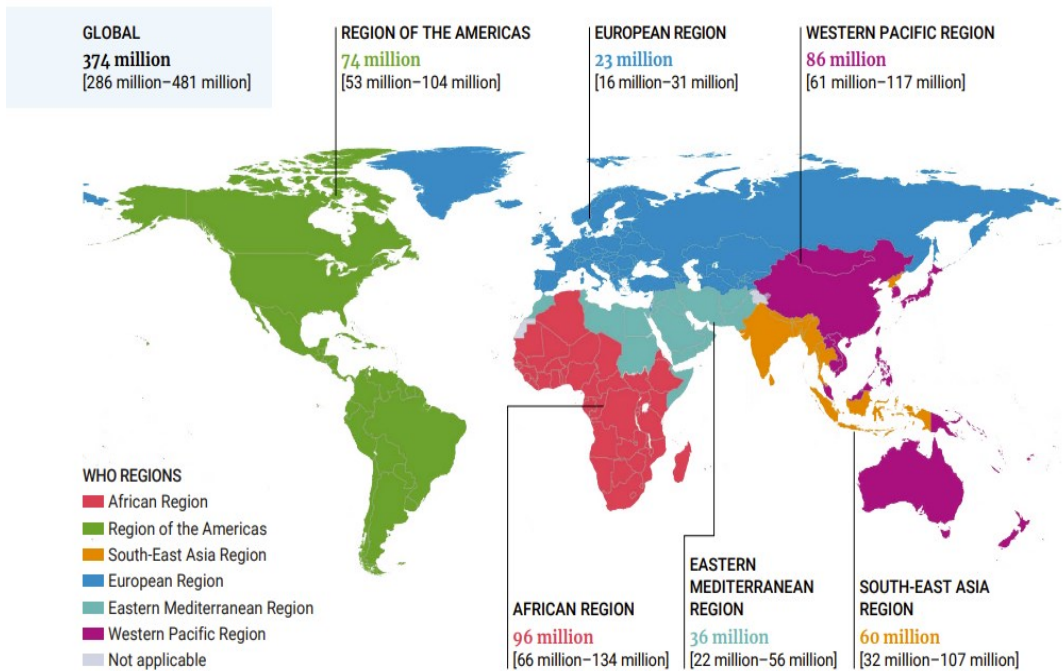


Figura 4: Incidência global de IST curáveis. (Fonte WHO, 2021b)



Introdução

Angola é um país de baixo rendimento que se encontra na costa este da África subsariana com cerca de 33 milhões de habitantes, tendo um crescimento contínuo desde 2016, em que cerca de 24.5% é população adulta e mais de 50% são mulheres (17 milhões), sendo que 47% destas são analfabetas (INE, 2023; MEP, 2018). Angola tem uma área rural de 91,5% que alberga cerca de 59% da população, o que se reflete no seu desenvolvimento, na sua educação e saúde, uma vez que o serviço nacional de saúde só cobre 27% desta mesma população da zona rural em detrimento de 63% de cobertura da urbana. (MINSa, 2017)

Uma das principais doenças com maior incidência em Angola continua a ser o HIV. Esta infeção foi diagnosticada pela primeira vez em 1985, e em 1999 já tinham sido notificados mais de 5112 casos de HIV-SIDA. Segundo estimativas apresentadas pela UNAIDS, em 2022 Angola apresentava uma prevalência de infeção por HIV de 1,5% na faixa etária dos 15 aos 49 anos de idade. Cerca de 310000 angolanos, crianças e adultos, estavam a viver com HIV, com uma incidência de 15000 novos casos por ano. (OMS, 2019, UNAIDS, 2022).

Estudos realizados por Oliveira (Oliveira D et al., 2021, Oliveira D et al., 2020), comprovaram que as IST como HBV, HIV e sífilis continuam a ser uma causa importante de morbilidade e mortalidade materna e neonatal. O défice na oferta de serviços de saúde e na educação, assim como a situação socioeconómica da população têm sido dos principais fatores que levam à dificuldade em diminuir a prevalência da infeção por HIV e provavelmente das outras IST neste grupo. (MEP, 2018)

Benguela, a segunda província com maior aglomeração populacional de Angola, com 2.231.38 habitantes, apresenta vários fatores de risco para aquisição de infeções como as IST (MEP, 2018).

1.3 Jovens como grupo de risco

Os principais grupos de risco por exposição a IST são jovens adolescentes, homens que praticam sexo com homens, profissionais do sexo, prisioneiros e pessoas sob influência de drogas e álcool (WHO, 2022a). De uma forma geral todos estes grupos são maioritariamente compostos por populações jovens, o que comprova o facto de que, em vários países, este grupo tem maior prevalência e vulnerabilidade a estas doenças, nomeadamente os adolescentes (CDC, 2023).

Introdução

Uma das causas do comportamento de risco e vulnerabilidade desta faixa etária face às IST é a falta de maturidade (Reis, Ramiro, Matos e Diniz 2012; Val LF, 2001). Por outro lado sabe-se que, pela teoria do conhecimento descrita por Johannes Henssen, o grupo juvenil nomeadamente os universitários, sofre grande influência do contexto no qual está inserido e molda-o como indivíduo, podendo haver assim uma associação da escassez de conhecimento e com maior aquisição de IST (Spindola T et al., 2020; Guimarães et al., 2013).

Angola alcançou algumas metas em 2018 no que concerne ao ensino geral, com 75% da população jovem adulta angolana alfabetizada, e à economia, em que o índice de pobreza baixou de 60% para 36% (MEP, 2018).

Mas em relação à taxa de alfabetização feminina, em 2018, cerca de 47% das mulheres angolanas ainda eram analfabetas (MEP, 2018). O nível educacional precário de mulheres, principalmente as residentes em zonas rurais, torna-as menos capazes de comunicar e de ter acesso aos serviços de saúde (Oliveira D et al., 2020).

Algumas das políticas estabelecidas para o plano de desenvolvimento nacional angolano referente à juventude para evitar a transmissão de IST e gravidez precoce, consistem na formação e capacitação de quadros para a saúde escolar, controle e gestão de serviços desta área, rastreio e prevenção de IST e comportamentos de risco e projetos sobre educação sexual e saúde reprodutiva (MEP, 2018).

A resistência dos pais e da sociedade à educação sexual dos filhos, torna-se também um obstáculo nas escolas. Principalmente em países com cultura bastante tradicional como Angola, a abordagem sobre sexualidade ainda é tratada como um tabu e de forma preconceituosa (Moisés IJI, 2018).

1.4 Comportamento e conhecimento

Para desenvolver e implementar programas relacionados com as IST entre os jovens, é necessário conhecer o seu comportamento sexual e os fatores que os levam a ter comportamentos de risco, assim como a realizar estudos sobre estes comportamentos, para que os programas de prevenção e controlo sejam adequados à população onde são aplicados (Ferreira RF, 2012; Reis, Ramiro, Matos e Diniz, 2012).

Introdução

O ser humano por si só, é um ser influenciável, passível de mudar o seu comportamento face a diferentes estímulos que lhe são apresentados ao longo da vida, principalmente durante a sua juventude.

A sexualidade faz parte da sua construção como indivíduo, da formação da sua autoestima e autoconhecimento (Ferreira RF, 2012). Sendo jovem, ele terá a necessidade de afirmação, porque nesta altura já foram desenvolvidos preconceitos, teorias e expectativas em relação ao sexo em si (Moisés IJI, 2018).

Desta forma existem vários comportamentos de risco para as IST que levam à vulnerabilidade e exposição, tais como a utilização de álcool e drogas, relações homossexuais, não uso de preservativo e relações ocasionais múltiplas (WHO, 2022a).

O preservativo, como o método contraceptivo mais seguro, foi recomendado desde 1564 por Gabriel Fallopius, na altura feito de membrana de animal ou linho (Nicolau FM, 2010). Como referido por Dixe (2010) cit *in* Ferreira (2018), em algumas regiões a sua não utilização pode estar associada ao preconceito masculino de colocar em causa o seu desempenho sexual ou o prazer que se sente, a que se associa à falta de posicionamento feminino em contrariar a decisão do parceiro, e também às relações ocasionais e não intencionais sobre influência de álcool e drogas (Ferreira RF, 2012)

Um estudo realizado em Campinas - Brasil em 2016, sobre o conhecimento e o ensino sobre IST em alunos universitários, revelou que quase 30% dos alunos com vida sexual ativa não tinham parceiros ou parceiras sexuais permanentes ou tinham mais do que 2 parceiros ou parceiras por ano. Mais de 50% tinham iniciado atividade sexual antes de ingressarem na universidade, com cerca de 13 a 15 anos de idade.

Dos que responderam, cerca de 99% usavam preservativo, mas somente 20% faziam o uso adequado do mesmo e 80% dos que usavam não sabiam que a zona fora da área que cobre o preservativo também pode ser afetada por IST. Isso mostra que mais do que o uso do preservativo, há uma necessidade extrema de consciencializar o indivíduo do que são IST, quais os riscos de as adquirir e as consequências de comportamentos de risco (Castro *et al.*, 2016).

O conhecimento de um indivíduo depende de como o processo social, científico, cultural, económico, educacional, o vai influenciar (Melo *et al.*, 2021). Quando o analisamos, deve ter-se em consideração o seu género, sua origem, sua história e o seu contexto sociocultural (Castro *et al.*, 2016), principalmente em países de baixo

Introdução

rendimento como Angola, em que existe um défice de aprendizagem muito grande até no ensino básico e também raízes culturais fortes que impedem a absorção de comportamentos adequados à prevenção das IST.

Existem várias vias de informação para os jovens, conferindo fatores de risco ou protetores, condicionando o conhecimento e o comportamento quanto à sua sexualidade (Ferreira RF, 2012). Entre estas vias de informação destacam-se os meios de comunicação social, família, profissionais de saúde, grupos de pares como parceiros e amigos, escola e trabalho.

A escola como a principal fonte de conhecimento, assume um papel predominante na educação sexual dos jovens. Vários estudos apontam a necessidade de que a escola tem de ser um contexto de informação e formação em relação à sexualidade, mas a falta de profissionais capacitados e a resistência por parte de vários órgãos da sociedade, condiciona este trabalho (Ferreira RF, 2012; Moises IJI, 2018; MEP, 2018).

O plano de desenvolvimento apresentado para a educação e saúde em Angola está focado na melhoria do conhecimento dos alunos sobre as IST, e do processo de ensino capacitando formadores, em campanhas de sensibilização e rastreio das IST e investimentos em recursos humanos e logísticos na área da investigação científica (MEP, 2018).

Em um inquérito realizado em Angola em 2015 para indicadores múltiplos de saúde, foi feito o levantamento sobre o conhecimento relacionado com a infeção por HIV entre as províncias. A população de Luanda apresentou cerca de 30% de conhecimento global sobre o assunto, a de Benguela 11%, sendo que em Cabinda a população teve um conhecimento mais elevado (60%). A maioria das outras províncias contou com menos de 10% da população com conhecimento desta doença infecciosa. O que nos leva a crer que a taxa de conhecimento sobre outras IST também seja muito baixa na maioria das províncias.

Ainda neste inquérito ficou demonstrado que tanto a escolaridade como o contexto socioeconómico da população em estudo, para ambos os géneros, estavam associados ao conhecimento de IST, ou seja, parte da população mais desfavorecida e com pouca ou sem escolaridade apresentava menos conhecimento sobre IST (cerca de 11%), enquanto que grande parte da população mais favorecida e com ensino secundário ou superior

apresentavam um maior conhecimento sobre o assunto no seu geral (cerca de 50%) (INE, 2016).

Em 2023 foi levado a cabo um trabalho de pesquisa sobre o Conhecimento abrangente sobre HIV e AIDS e factores relacionados em Angola, utilizando os dados recolhidos pelo inquérito realizado em Angola em 2015 para indicadores múltiplos de saúde, acima mencionado, o qual concluiu que apenas 47,7% dos indivíduos em estudo com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos de idade detinham de conhecimento abrangente sobre a infeção. Segundo o artigo, este resultado é similar aos resultados de outras literaturas que afirmam que o conhecimento sobre HIV na África Subsariana ainda é muito baixo. (Ramos, Fronteira e Martins, 2023)

1.5 Objetivos do estudo

A importância deste estudo de investigação está bem demonstrada tendo em conta o que se referiu anteriormente sobre a importância do conhecimento sobre IST no grupo populacional universitário, principalmente no que diz respeito ao seu conhecimento e práticas face à sexualidade, pois a falta de conhecimento e o comportamento negligente, originam perda de qualidade de vida de um indivíduo e consequentemente afetam a sociedade como um todo.

O estudo foi realizado também com base na impressão que a investigadora tinha do pouco conhecimento a partir da sua experiência como docente universitária e de referências bibliográficas encontradas na literatura internacional.

A hipótese de investigação deste trabalho questiona a existência de comportamentos de risco face à sexualidade ocasionados pelo pouco conhecimento no que diz respeito à sexualidade e às IST em jovens universitários de duas universidades em Benguela. Assim, o objetivo geral deste estudo foi descrever as práticas sexuais e o conhecimento de jovens universitários de duas universidades de Benguela sobre infeções sexualmente transmissíveis.

Os seguintes objectivos específicos foram ainda estipulados:

- Caracterizar a população sociodemograficamente;
- Descrever o comportamento sexual destes jovens universitários em termos de número e tipo de parceiros sexuais, uso de preservativos, hábitos sexuais e género de parceiros;

Introdução

- Avaliar e caracterizar o conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis;
- Identificar fatores socioeconómicos e ambientais percebidos como influenciadores das práticas sexuais: culturais, religiosos, sociais, económicos e Covid-19;
- Descrever o acesso aos cuidados de saúde para infecções sexualmente transmissíveis na região, e a influência da Covid 19 a este mesmo acesso.

2. Material e Métodos

Este estudo foi um estudo observacional descritivo transversal por questionário individual voluntário de forma presencial a estudantes de duas instituições na área da saúde da província de Benguela – Angola, especificamente a Faculdade de Medicina de Benguela e o Instituto Superior Politécnico de Benguela.

2.1 População:

O estudo foi realizado a alunos universitários de duas universidades de Benguela-Angola, matriculados no ano letivo de 2022/2023 na Faculdade de Medicina-Universidade Katyavala Bwila e no Instituto Superior Politécnico de Benguela, no período de 17 de novembro a 16 de dezembro de 2022.

Cerca de 70 alunos por turma do curso de Análises Clínicas, Enfermagem e Medicina respetivamente foram convidados a participar. Destes, 260 responderam ao inquérito.

2.2 Material:

O instrumento de recolha de dados foi um questionário (**Anexo A**). Este foi composto por 28 perguntas agrupadas em cinco grupos, nas quais foi possível definir as variáveis (**Anexo C** - Tabela da definição das variáveis):

- Caraterização sociodemográfica dos participantes
- Caraterização comportamental face a sexualidade
- Caraterização de conhecimento das IST
- Perceção de fatores socioeconómicos e ambientais como influenciadores das práticas sexuais
- Caraterização do acesso aos serviços de saúde para infeções sexualmente transmissíveis na região, e a influência da Covid 19 a este mesmo acesso

A construção do questionário foi feita com base na revisão bibliográfica e estudos já referidos na Introdução.

O questionário foi composto por quatro páginas, em que a página de rosto continha o consentimento informado para cada estudante (**Anexo B**) e as três seguintes, a perguntas.

2.3 Métodos:

O protocolo de estudo foi enviado à Comissão de Ética de cada instituição em Benguela, que deram o parecer favorável para a recolha de dados. O deferimento foi encaminhado à Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical- Nova de Lisboa, para confirmação e validação da autorização para a recolha dos dados, como apresentado no **Anexo D e E**.

Em primeiro lugar, realizou-se um estudo piloto. O questionário-teste foi enviado a cerca de 20 pessoas conhecidas da equipa de investigação, a quem foram explicados os objetivos do estudo e solicitada colaboração no sentido de testar a compreensão das questões e estimar tempo de resposta. Este grupo foi constituído por estudantes, professores, médicos, familiares e amigos.

No dia 17 de Novembro iniciou-se a aplicação dos questionários nas instituições, as professoras residentes, responsáveis pela aplicação do questionário, deslocaram-se às salas de aulas no fim de uma aula. O estudo e seus objetivos foram apresentados e explicados, assim como a forma como a aplicação do questionário iria decorrer, de modo a que os estudantes sentissem liberdade de participar ou negar a sua participação. Assim, a professora residente não permaneceu na sala durante o autopreenchimento do questionário, o qual levava, em média, 10 minutos.

Os estudantes foram instruídos de que o questionário deveria ser preenchido individualmente e que deveriam ficar com a primeira página (consentimento informado - informação ao participante). A informação de que não haveria identificação dos estudantes ou turmas foi reforçada. Depois do questionário preenchido cada aluno deveria colocá-lo dentro de uma urna devidamente selada.

No Instituto Superior Politécnico de Benguela, a urna foi colocada nas salas de aula durante o preenchimento, tendo a mesma ficado sob responsabilidade dos delegados de turma que a fizeram chegar à professora residente e à coordenadora do curso de enfermagem. Na Faculdade de Medicina, a urna foi colocada no gabinete da coordenação do curso durante o preenchimento, e a mesma ficou sob responsabilidade da coordenadora, que a fez chegar posteriormente a uma professora residente.

2.4 Análise de dados:

Os dados dos questionários em papel foram introduzidos numa base de dados em Excel. Foi utilizada esta ferramenta para a análise estatística descritiva das variáveis e os resultados foram gerados em tabelas e gráficos.

3. Resultados:

Responderam ao questionário 260 alunos. Destes questionários foram descartados do estudo 32 pelo facto dos inquiridos não residirem em Benguela há mais de 5 anos e pelo preenchimento incompleto e ilegível. Deste modo, foram submetidos a análise apenas 227 questionários.

3.1 Caracterização dos participantes em estudo

As características sociodemográficas dos participantes encontram-se na Tabela 2.

Dos 223 estudantes que responderam à questão de género, mais de metade (65,5%) pertenciam ao género feminino.

A média das idades dos estudantes foi de 23,94 anos de idade, com predominância na faixa etária dos 19 aos 24 anos (70,8%). Quanto ao estado civil, 88,6% dos estudantes eram solteiros.

No que diz respeito ao ensino, a maioria dos respondentes pertencia ao curso de Análises Clínicas (42,3%) seguido do curso de Enfermagem (41,9%).

Em relação às outras características, mais de metade dos respondentes mostraram ser estudantes em tempo integral (58,5%). Dos 221 estudantes que responderam pertencer ou não a alguma religião, 97,3% indicaram ser religiosos, predominantemente católicos e protestantes.

Tabela 2: Características sociodemográficas dos estudantes universitários

	Variável	Total
Género (n=223)	Masculino	77/223 (34.5%)
	Feminino	146/223 (65.5%)
Idade (anos) (n=209)	19-24	148/209 (70.8%)
	25-30	52/209 (24.9%)
	31-35	4/209 (1.9%)
	>35	5/209 (2.4%)
Curso (n=222)	Análises Clínicas	94/222 (42.3%)
	Enfermagem	93/222 (41.9%)
	Medicina	35/222 (15.8%)
Ano Letivo (n=221)	1º	5/221 (2.3%)
	2º	110/221 (49.8%)
	3º	77/221 (34.8%)
	4º	29/221 (13.1%)

Resultados

Ocupação (n=217)	Estudante	127/217 (58.5%)
	Estudante / Trabalhador	89/217 (41.0%)
	Outro	1/217 (0.5%)
Estado Civil (n=219)	Solteiro	194/219 (88.6%)
	Casado / União de facto	22/219 (10.0%)
	Outro	3/219 (1.4%)
Religião (n=221)	Nenhuma	6/221 (2.7%)
	Católica	101/221 (45.7%)
	Protestante	75/221 (33.9%)
	Muçulmana	1/221 (0.5%)
	Outro	38/221 (17.2%)

Notas: Média idade- 23,9; Mediana- 23

3.2 Comportamento sexual dos participantes

Quanto às características de atividade sexual dos estudantes (Tabela 3), dos 217 respondentes à questão do início da atividade sexual, 74,7% afirmaram já ter iniciado a vida sexual.

Os que iniciaram a atividade sexual, apresentaram uma idade média de 17,7 anos de idade, maioritariamente na faixa etária dos 16 aos 20 anos (74,0%). Em relação ao início precoce da atividade sexual, por género, observou-se que 36,7% do género masculino teve a sua primeira relação sexual entre os 10 aos 15 anos de idade, enquanto que para o género feminino, apenas 6,0% iniciaram nesta idade.

Cerca de 80,3% dos estudantes de ambos os géneros afirmaram ter tido, pelo menos, um contacto sexual nos últimos 12 meses, e 29,1% afirmou não fazer uso de preservativo, habitualmente.

Quanto ao número de parceiros regulares e ocasionais nos últimos 12 meses, a maioria dos estudantes afirmou ter tido no mínimo um parceiro regular, 40,5% mais do que parceiros ocasionais. Quanto às respostas por género, o género masculino mostrou ter tido mais relações com parceiros ocasionais (51,8%) do que género feminino (31,5%).

A maioria dos estudantes declarou ter tido, nos últimos 12 meses, algum contacto sexual maioritariamente com parceiro do sexo oposto (70,4%). Quanto aos que responderam que tinham tido atividade sexual com parceiro do mesmo sexo, o género masculino apresentou uma maior percentagem (31,7%) em relação ao género feminino (26,2%).

Tabela 3: Características de atividade sexual dos estudantes, por gênero.

Variável		Masculino	Feminino	Total
Relações Sexuais (n=217)	Sim	57/74 (77%)	104/142 (73.2%)	162/217 (74.7%)
	Não	14/74 (18.9%)	30/142 (21.1%)	44/217 (20.3%)
	NL/NS/NR	3/74 (4.1%)	8/142 (5.6%)	11/217 (5.1%)
Idade (1ª relação sexual) (n=150)	10-15	18/49 (36.7%)	6/100 (6.0%)	24/150 (16.0%)
	16-20	28/49 (57.1%)	82/100 (82.0%)	111/150 (74.0%)
	21-25	2/49 (4.1%)	11/100 (11.0%)	13/150 (8.7%)
	>25	1/49 (2.0%)	1/100 (1.0%)	2/150 (1.3%)
Frequência relações sexuais nos últimos 12 meses (n=152)	Nunca	5/52 (9.6%)	12/99 (12.1%)	17/152 (11.2%)
	Raramente	23/52 (44.2%)	62/99 (62.6%)	86/152 (56.6%)
	Frequente mente	19/52 (36.5%)	17/99 (17.2%)	36/152 (23.7%)
	NL/NS/NR	5/52 (9.6%)	8/99 (8.1%)	13/152 (8.6%)
Parceiros regulares (n=147)	2	23/53 (43.4%)	74/93 (79.6%)	97/147 (66.0%)
	3	11/53 (20.8%)	5/93 (5.4%)	16/147 (10.9%)
	4	4/53 (7.5%)	0/93 (0.0%)	4/147 (2.7%)
	NL/NS/NR /NA	15/53 (28.3%)	14/93 (15.1%)	30/147 (20.4%)
Parceiros ocasionais (n=141)	2	14/52 (26.9%)	25/89 (28.1%)	39/141 (27.7%)
	3	6/52 (11.5%)	3/89 (3.4%)	9/141 (6.4%)
	4	6/52 (11.5%)	0/89 (0.0%)	6/141 (4.3%)
	5	1/52 (1.9%)	0/89 (0.0%)	1/141 (0.7%)
	NL/NS/NR /NA	25/52 (48%)	61/89 (68.5%)	86/141 (61%)
Frequência de relação com parceiro sexual do mesmo sexo (n=104)	Nunca	23/41 (56.1%)	41/61 (67.2%)	64/104 (61.5%)
	Raramente	9/41 (22.0%)	14/61 (23.0%)	25/104 (24.0%)
	Frequente mente	3/41 (7.3%)	1/61 (1.6%)	4/104 (3.8%)
	Sempre	1/41 (2.4%)	1/61 (1.6%)	2/104 (1.9%)
	NL/NS/NR	5/41 (12.2%)	4/61 (6.6%)	9/104 (8.7%)
Frequência de relação com parceiro sexual do sexo oposto (n=108)	Nunca	10/40 (25.0%)	10/68 (14.7%)	20/108 (18.5%)
	Raramente	11/40 (27.5%)	27/68 (39.7%)	38/108 (35.2%)
	Frequente mente	10/40 (25.0%)	16/68 (23.5%)	26/108 (24.1%)
	Sempre	6/40 (15.0%)	6/68 (8.8%)	12/108 (11.1%)
	NL/NS/NR	3/40 (7.5%)	9/68 (13.2%)	12/108 (11.1%)
Uso de preservativo (n=151)	Sim	34/52 (65.4%)	67/98 (68.4%)	101/151 (66.9%)
	Não	15/52 (28.8%)	28/98 (28.6%)	44/151 (29.1%)
	NL/NS/NR	3/52 (5.8%)	3/98 (3.1%)	6/151 (4.0%)

Notas: NL- Não lembra; NS- Não sabe; NR- Não responde; NA- Não aplicável; Média idade- 17,7; Mediana- 18

A Tabela 4 apresenta o comportamento dos estudantes quanto ao uso de preservativo e tipo de relações sexuais com parceiros regulares e ocasionais.

A maioria dos estudantes que responderam usar ou não o preservativo (85%), declarou ter usado alguma vez o preservativo durante as relações sexuais com parceiro regular.

Resultados

Quanto aos que tiveram relações sexuais com parceiro ocasional, 47,6% não quiseram responder, não se lembravam ou não sabiam.

De entre os estudantes que responderam à questão relativa à razão para o não uso de preservativo com parceiro regular, a maioria dos estudantes afirmou confiar no parceiro (37,0%), seguido do facto de não gostar de usar (26,1%).

Quanto aos 38 estudantes que indicaram a razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional, 13,2% afirmou não gostar de usar e 73,7% não quis responder, não sabe ou não se lembra.

Dos estudantes que responderam ao tipo de relações sexuais praticadas, por tipo de parceiro, a maioria praticava sexo vaginal, 90,4% com parceiro regular e 42,4% com parceiro ocasional. Seguido do sexo oral, praticado maioritariamente com parceiro regular (26,5%) e o sexo anal, menos praticado, com uma média de 4% das respostas para os dois tipos de parceiros.

Tabela 4: Práticas e razões dos estudantes universitários quanto ao uso de preservativos e tipo de relações sexuais com parceiros regulares e ocasionais

Variável		Parceiro Regular	Parceiro Ocasional
Frequência de uso de preservativo Parceiro regular (n=100) Parceiro ocasional (n=82)	Nunca	8/100 (8%)	6/82 (7.3%)
	Raramente	25/100 (25.0%)	3/82 (3.7%)
	Frequentemente	28/100 (28.0%)	14/82 (17.1%)
	Sempre	32/100 (32.0%)	20/82 (24.4%)
	NL/NS/NR/NA	7/100 (7.0%)	39/82 (47.6%)
Razão para não uso de preservativo Parceiro regular (n=46) Parceiro ocasional (n=38)	Não gosta de usar	12/46 (26.1%)	5/38 (13.2%)
	Parceiro não gosta de usar	5/46 (10.9%)	2/38 (5.3%)
	Confia no parceiro	17/46 (37.0%)	3/38 (7.9%)
	Traz problemas de saúde	4/46 (8.7%)	3/38 (7.9%)
	Casamento / Relacionamento sério	4/46 (8.7%)	0/38 (0.0%)
	Não corre risco de apanhar uma DST	1/46 (2.1%)	1/38 (2.6%)
	Outro*	0/46 (0.0%)	1/38 (2.6%)
	NL/NS/NR/NA	8/46 (17.4%)	28/38 (73.7%)
Tipo de relações Sexuais Parceiro regular (n=136) Parceiro ocasional (n=118)	Oral	36/136 (26.5%)	11/118 (9.3%)
	Vaginal	123/136 (90.4%)	50/118 (42.4%)
	Anal	6/136 (4.4%)	5/118 (4.2%)
	Não aplicável	10/136 (7.4%)	66/118 (55.9%)

Notas: NL- Não lembra; NS- Não sabe; NR- Não responde; NA- Não aplicável; *Outro- durante o período fértil

Resultados

Quanto a frequência de consultas de IST apresentada na Tabela 5, 62,8% dos estudantes afirmou nunca ter frequentado.

Dos que responderam ter frequentado, apenas 26,5% o fizeram com frequência nos últimos 12 meses, sendo maioritariamente do género masculino.

Quanto à frequência antes da Covid-19, 71,9% dos respondentes nunca frequentou ou o fez raramente, percentagem similiar para ambos os géneros.

Relativamente à realização do teste de sangue para diagnóstico de IST nos últimos 12 meses, mais de 50% dos que responderam já realizou pelo menos um teste.

Tabela 5: Frequência de consultas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), por género.

Variável		Masculino	Feminino	Total
Consulta sobre IST alguma vez (n=183)	Sim	19/64 (29.7%)	46/118 (39.0%)	65/183 (35.5%)
	Não	42/64 (65.6%)	72/118 (61.0%)	115/183 (62.8%)
	NL/NS/NR	3/64 (4.7%)	0/118 (0.0%)	3/183 (1.6%)
Frequência de consulta sobre IST nos últimos 12 meses (n=64)	Nunca	3/17 (17.6%)	6/47 (12.8%)	9/64 (14.1%)
	Raramente	6/17 (35.3%)	27/47 (57.4%)	33/64 (51.6%)
	Frequentemente	5/17 (29.4%)	10/47 (21.3%)	15/64 (23.4%)
	Sempre	2/17 (11.8%)	0/47 (0.0%)	2/64 (3.1%)
	NL/NS/NR	1/17 (5.9%)	4/47 (8.5%)	5/64 (7.8%)
Frequência de consulta sobre IST antes da Covid 19 (n=57)	Nunca	2/15 (13.3%)	11/42 (26.2%)	13/57 (22.8%)
	Raramente	9/15 (60.0%)	19/42 (45.2%)	28/57 (49.1%)
	Frequentemente	3/15 (20.0%)	8/42 (19.0%)	11/57 (19.3%)
	Sempre	0/15 (0.0%)	2/42 (4.8%)	2/57 (3.5%)
	NL/NS/NR	1/15 (6.7%)	2/42 (4.8%)	3/57 (5.3%)
Teste de sangue para IST nos últimos 12 meses (n=183)	Sim	36/62 (58.1%)	62/119 (52.1%)	100/183 (54.6%)
	Não	24/62 (38.7%)	57/119 (47.9%)	81/183 (44.3%)
	NL/NS/NR	2/62 (3.2%)	0/119 (0.0%)	2/183 (1.1%)

Notas: NL- Não lembra; NS- Não sabe; NR- Não responde

De acordo a Tabela 6, os participantes que responderam sobre ter ou não ter tido uma IST, somente 19% respondeu que tinha contraído uma IST.

De entre os que responderam qual ou quais infeções adquiridas, os homens apresentaram maior percentagem de diagnóstico de sífilis (38,5%), enquanto as meninas apresentaram maior percentagem tanto de sífilis (20%) como de tricomoníase (20%).

A candidíase e a infeção urinária foram mencionadas como infeções pelos estudantes.

Quanto aos sintomas apresentados, os que responderam a esta questão indicaram maioritariamente disúria (51,4%), corrimento vaginal (43,2%) e prurido na zona pélvica (27,0%). Nas respostas por género, o corrimento vaginal e a disúria foram os principais

Resultados

sintomas indicados pelo género feminino (54,2%) e a disúria pelo género masculino (50%).

A icterícia também foi um dos sintomas mencionados pelos estudantes.

Dos estudantes que afirmaram ter tido acompanhamento médico, as mulheres demonstraram ter um maior acompanhamento médico (90,9%), assim como em relação a ter efetuado algum tipo de tratamento (84,2%). Ambos os géneros referiram maioritariamente que tinham efetuado o recomendado pelo médico (86,7%).

Tabela 6: Infecções sexualmente transmissíveis nos participantes: diagnóstico, sintomas e tratamento, por género

Variável		Masculino	Feminino	Total
Ter ou ter tido IST (n=174)	Sim	12/61(19.7%)	20/111(18.0%)	33/174 (19.0%)
	Não	47/61(77.0%)	90/111 (81.1%)	138/174 (79.3%)
	NL/NS/NR	2/61 (3.3%)	1/111 (0.9%)	3/174 (1.7%)
IST diagnosticada (n=33)	HIV	0/13 (0.0%)	2/20 (10%)	2/33 (6.1%)
	Sífilis	5/13 (38.5%)	4/20 (20%)	9/33 (27.3%)
	Clamídia	0/13 (0.0%)	1/20 (5%)	1/33 (3.0%)
	Tricomoníase	1/13 (7.7%)	4/20 (20%)	5/33 (15.2%)
	Hepatite B	0/13 (0.0%)	3/20 (15%)	3/33 (9.1%)
	HPV	1/13 (7.7%)	0/20 (0.0%)	1/33 (3.0%)
	Outro*	2/13 (15.4%)	6/20 (30%)	10/33 (30.3%)
NL/NS/NR	2/13 (15.4%)	2/20 (10%)	4/33 (12.1%)	
Sintomas apresentados (n=37)	Corrimento Vaginal / Uretral	3/12 (25%)	13/24 (54.2%)	16/37 (43.2%)
	Feridas na vagina / pênis	2/12 (16.7%)	2/24 (8.3%)	4/37 (10.8%)
	Dores do baixo ventre	0/12 (0.0%)	3/24 (12.5%)	3/37 (8.1%)
	Comichão na zona pélvica	3/12 (25%)	6/24 (25%)	10/37 (27.0%)
	Ardor ao urinar	6/12 (50%)	13/24 (54.2%)	19/37 (51.4%)
	Outro**	1/12 (8.3%)	1/24 (4.8%)	2/37 (5.4%)
	NL/NS/NR	2/12 (16.7%)	2/24 (8.3%)	4/37 (10.8%)
Acompanhamento médico (n=34)	Sim	6/11 (54.5%)	20/22 (90.9%)	27/34 (79.4%)
	Não	3/11 (27.3%)	1/22 (4.5%)	4/34 (11.8%)
	NL/NS/NR	2/11 (18.2%)	1/22 (4.5%)	3/34 (8.8%)
Tratamento da IST (n=31)	Sim	7/11 (63.6%)	16/19 (84.2%)	24/31 (77.4%)
	Não	1/11 (9.1%)	3/19 (15.8%)	4/31 (12.9%)
	NL/NS/NR	3/11 (27.3%)	0/19 (0.0%)	3/31 (9.7%)
Tipo de tratamento (n=30)	Medicinal	7/8 (87.5%)	18/21 (85.7%)	26/30 (86.7%)
	Tradicional/ Natural	1/8 (12.5%)	0/21 (0.0%)	1/30 (3.3%)
	Ambos	0/8 (0.0%)	2/21 (9.5%)	2/30 (6.7%)
	NL/NS/NR	0/8 (0.0%)	1/21 (4.8%)	1/30 (3.3%)

Notas: NL- Não lembra; NS- Não sabe; NR- Não responde; HIV-Vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês, *human immunodeficiency virus*); HPV- Vírus do papiloma humano (HPV, do inglês,

Resultados

human papillomavirus); *Outro (IST diagnosticada) – de entre eles, candidíase e infeção urinária;

**Outro (sintomas apresentados)- de entre eles, icterícia

3.3 Conhecimento sobre infeções sexualmente transmissíveis

Relativamente ao conhecimento dos estudantes sobre IST apresentado na Tabela 7, 99,5% dos inquiridos que responderam à questão, já ouviram falar sobre IST.

Quanto à fonte de conhecimento, a escola foi a fonte mais indicada (77,0%), seguida da internet (41,4%), profissionais de saúde (39,8%) e livros (37,2%), percentagens similares nas respostas por género.

De entre os estudantes que responderam à questão de identificação das IST, de forma geral mostraram ter ouvido falar de todas as infeções indicadas, sendo que as mais identificadas foram a sífilis (89,5%), HIV (87,4%) e gonorreia (84,3%).

Além das três infeções acima indicadas, quanto as respostas por género, ambos mostraram ter domínio quanto a identificação das hepatites, e herpes por parte do género feminino. A candidíase e o cancro mole também foram mencionados como infeções pelos estudantes.

Como formas de transmissão de IST e de entre as várias opções, a transmissão por via sexual vaginal foi a mais indicada (95,2%), seguida da transmissão vertical (59,0%) e sanguínea (61%). De entre as outras selecionadas, foi também mencionada como forma de transmissão a via sudorípara.

Tabela 7: Conhecimento dos estudantes em relação às infeções sexualmente transmissíveis (IST), por género.

Variável		Masculino	Feminino	Total
Conhecimento sobre IST (n=185)	Sim	66/66 (100.0%)	116/117 (99.1%)	184/185 (99.5%)
	Não	0/66 (0.0%)	1/117 (0.9%)	1/185 (0.5%)
Fonte de conhecimento de IST (n= 191)	Família	13/68 (19.1%)	47/121 (38.8%)	60/191 (31.4%)
	Amigos	13/68 (19.1%)	48/121 (39.7%)	61/191 (31.9%)
	Parceiro Sexual	8/68 (11.8%)	29/121 (24.0%)	37/191 (19.4%)
	Escola	48/68 (70.6%)	97/121(80.2%)	147/191 (77.0%)
	Trabalho	9/68 (13.2%)	19/121 (15.7%)	28/191 (14.7%)
	Igreja	10/68 (14.7%)	30/121 (24.8%)	40/191 (20.9%)
	Profissionais de saúde	21/68 (30.9%)	55/121 (45.5%)	76/191 (39.8%)
	Televisão	17/68 (25%)	51/121 (42.1%)	68/191 (35.6%)
	Rádio	14/68 (20.6%)	38/121 (31.4%)	52/191 (27.2%)
	Internet	20/68 (29.4%)	59/121(48.8%)	79/191 (41.4%)

Resultados

	Livros	27/68 (39.7%)	44/121 (36.4%)	71/191 (37.2%)
	Outros	1/68 (1.5%)	2/121 (1.7%)	1/191 (0.5%)
	NL/NS/NR	1/68 (1.5%)	0/121 (0.0%)	3/191 (1.6%)
Identificação como IST (n= 191)	HIV	56/69 (81.2%)	109/120 (90.8%)	167/191 (87.4%)
	Sífilis	58/69 (84.1%)	112/120 (93.3%)	171/191 (89.5%)
	Gonorreia	57/69 (82.6%)	103/120 (85.8%)	161/191 (84.3%)
	Clamídia	29/69 (42.0%)	54/120 (45%)	83/191 (43.5%)
	Tricomoníase	24/69 (34.8%)	52/120 (43.3%)	76/191 (39.8%)
	Herpes	27/69 (39.1%)	74/120 (61.7%)	101/191 (52.9%)
	Hepatite B	48/69 (69.6%)	95/120 (79.2%)	144/191 (75.4%)
	Hepatite C	42/69 (60.9%)	75/120 (62.5%)	118/191 (61.8%)
	HPV	34/69 (49.3%)	62/120 (51.7%)	96/191 (50.3%)
	Outro*	5/69 (7.2%)	3/120 (2.5%)	8/191 (4.2%)
NL/NS/NR	2/69 (2.9%)	2/120 (1.7%)	4/191 (2.1%)	
Modos gerais de transmissão (n= 188)	Relação sexual oral	38/67 (56.7%)	69/119 (58.0%)	109/188 (58.0%)
	Relação sexual vaginal	62/67 (92.5%)	115/119 (96.6%)	179/188 (95.2%)
	Relação sexual anal	36/67 (53.7%)	66/119 (34.6%)	103/188 (54.8%)
	De mãe para filho	29/67 (43.3%)	80/119 (67.2%)	111/188 (59.0%)
	Beijos	12/67 (17.9%)	18/119 (15.1%)	30/188 (16.0%)
	Carícias	1/67 (1.5%)	1/119 (0.8%)	2/188 (1.1%)
	Uso do mesmo WC	6/67 (9.0%)	14/119 (11.8%)	20/188 (10.6%)
	Partilha de seringas e materiais cortantes	32/67 (47.8%)	73/119 (61.3%)	106/188 (56.4%)
	Transfusão sanguínea	38/67 (56.7%)	76/119 (63.9%)	115/188 (61.2%)
	Outro**	1/67 (1.5%)	1/119 (0.8%)	2/188 (1.1%)
NL/NS/NR	2/67 (3.0%)	0/119 (0.0%)	2/188 (1.1%)	

Notas: NL- Não lembra; NS- Não sabe; NR- Não responde; HIV-Vírus da imunodeficiência humana (HIV, do inglês, *human immunodeficiency virus*); HPV- Vírus do papiloma humano (HPV, do inglês, *human papillomavirus*); *Outro (identificação de IST) - de entre eles, candidíase e cancro mole; **Outro (Formas gerais de transmissão)- de entre eles, via sudorípara

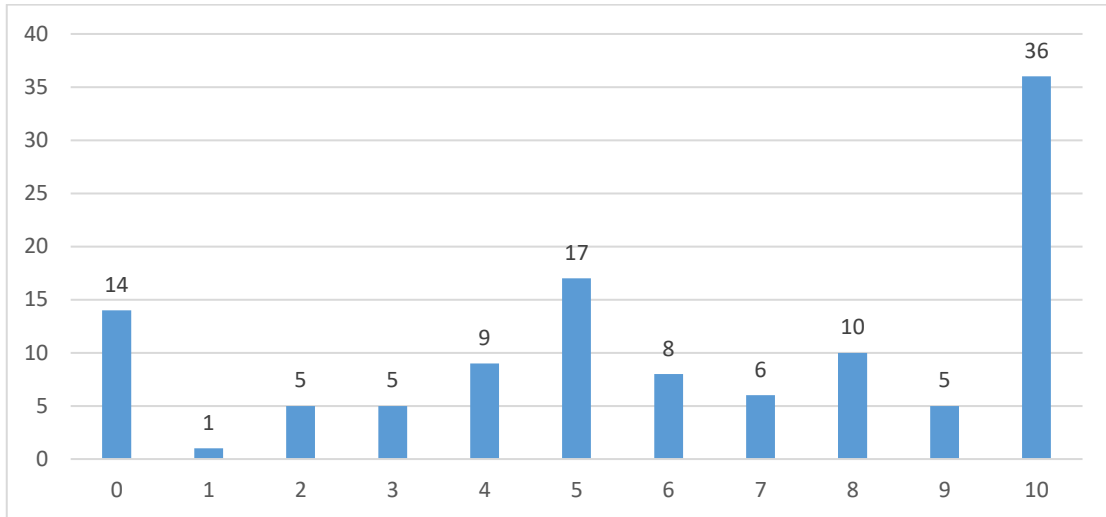
3.4 Fatores socioeconômicos e ambientais associados às práticas sexuais

Os estudantes foram convidados a classificar, numa escala de 0 a 10 (0- nenhuma influência a 10- total influência) a influência que a cultura/tradição, sociedade, religião, situação econômica e local de residência tinham sobre as suas práticas sexuais. As respostas estão nos Gráficos 1 a 6. A sociedade apresentou maior influência relativamente a outros fatores, com uma média de influência de 7,5 e mediana de 8 (Gráfico 2). Os gráficos abaixo demonstraram que não houve grande diferença de influência por parte de outros determinantes, mas apesar da Covid-19 mostrar não ter

Resultados

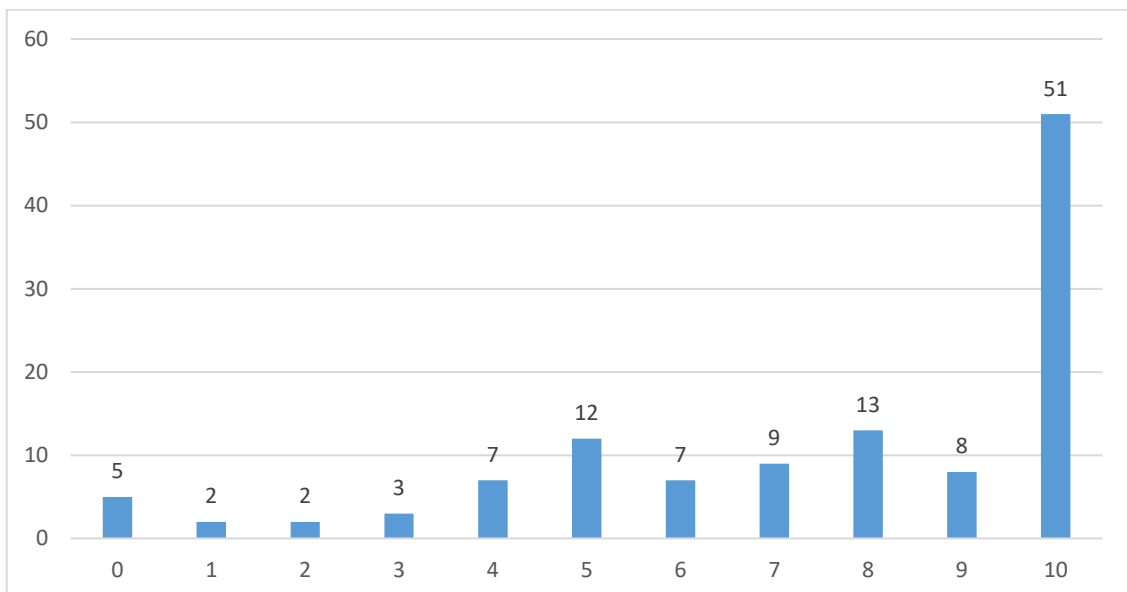
exercido grande influência sobre a prática sexual dos estudantes, ainda apresentou uma média de 3,3 e mediana de 2 (Gráfico 6).

Gráfico 1: Influência da cultura sobre as práticas sexuais dos estudantes.



Notas: n=123; Média- 6,2; Mediana- 6; 0- pouco influente; 10- muito influente

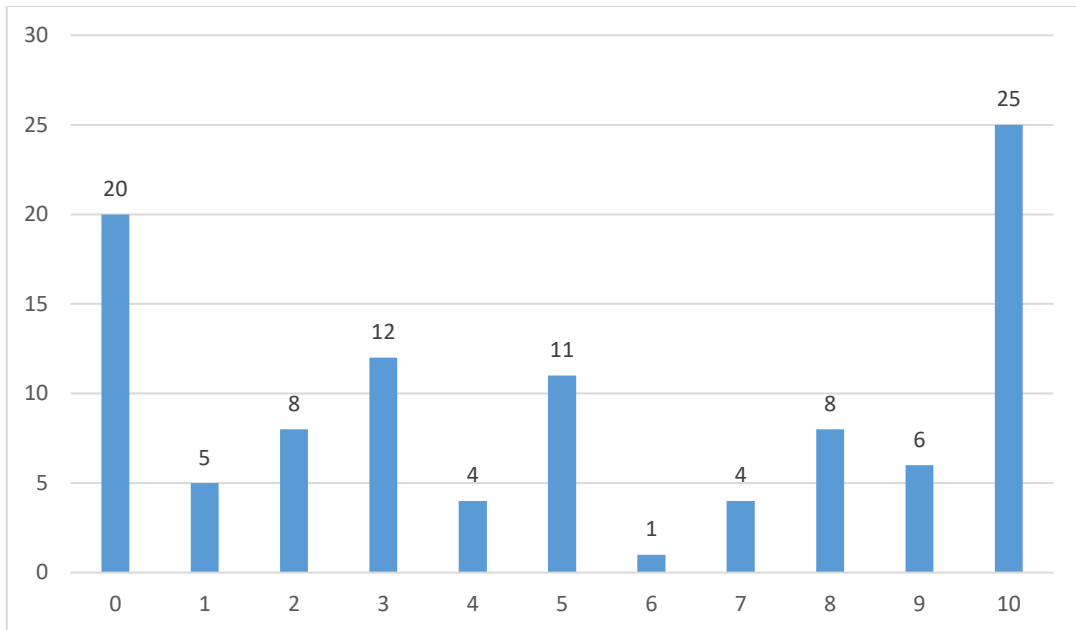
Gráfico 2: Influência da sociedade sobre as práticas sexuais dos estudantes.



Notas: n=119; Média- 7,5; Mediana- 8; 0- pouco influente; 10- muito influente

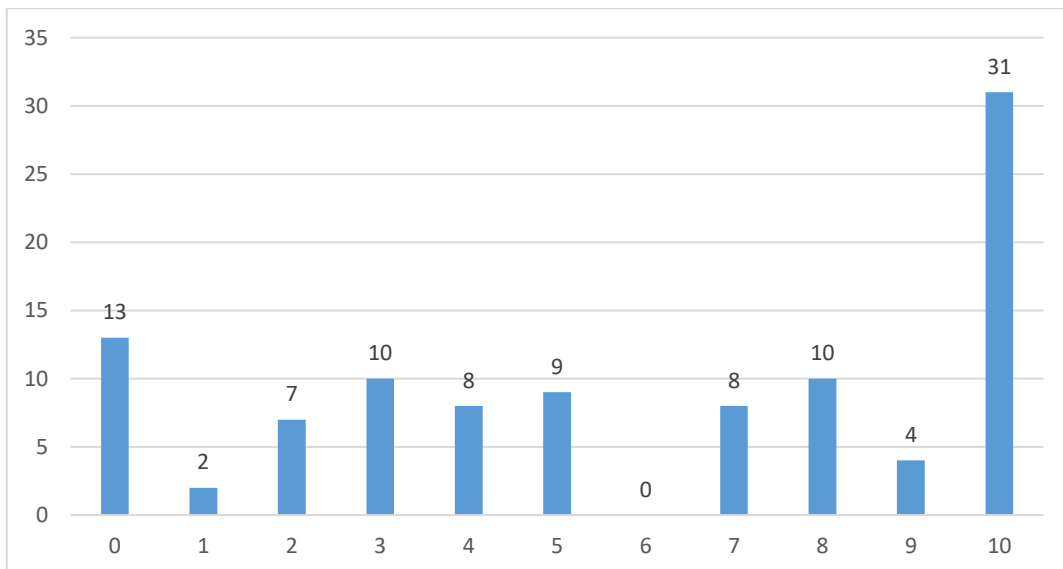
Resultados

Gráfico 3: Influência da religião sobre as práticas sexuais dos estudantes.



Notas: $n=109$; Média- 5,1; Mediana- 5; 0- pouco influente; 10- muito influente

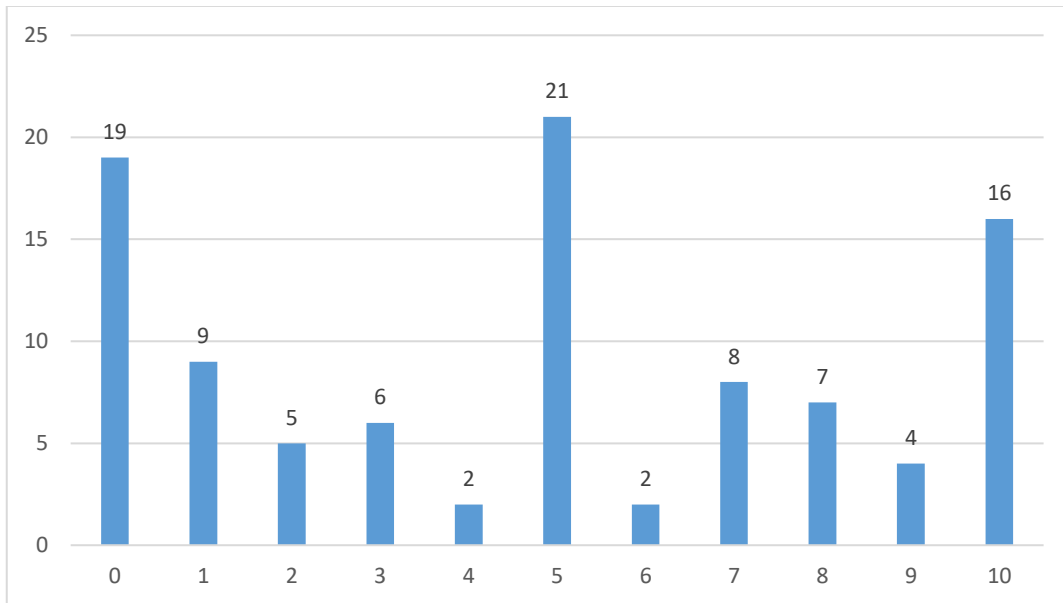
Gráfico 4: Influência da situação económica sobre as práticas sexuais dos estudantes.



Notas: $n=103$; Média- 5,9; Mediana- 7; 0- pouco influente; 10- muito influente

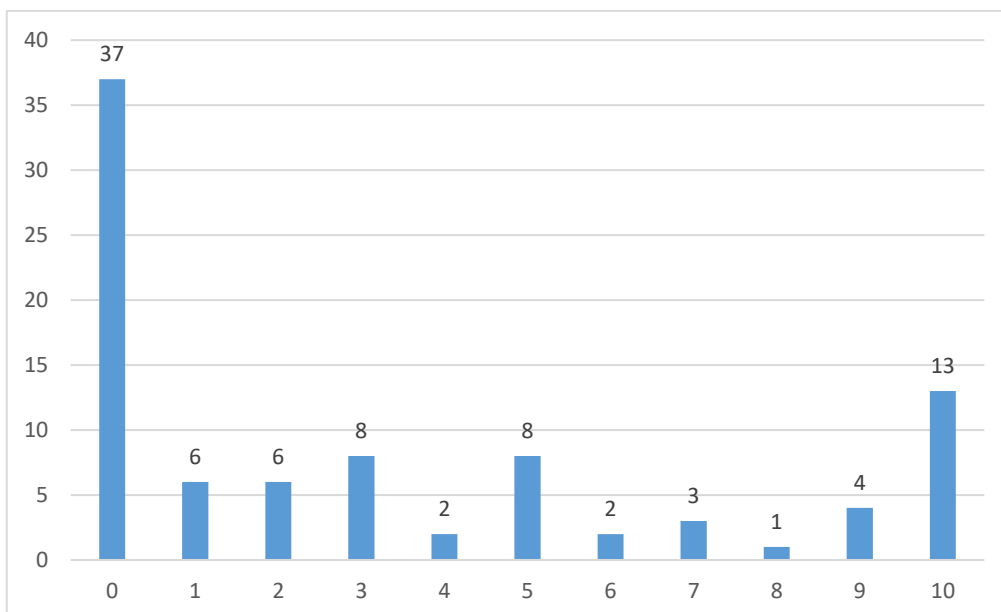
Resultados

Gráfico 5: Influência do local de residência sobre as práticas sexuais dos estudantes.



Notas: $n=102$; Média- 4,7; Mediana- 5; 0- pouco influente; 10- muito influente

Gráfico 6: Influência da Covid 19 sobre as práticas sexuais dos estudantes.

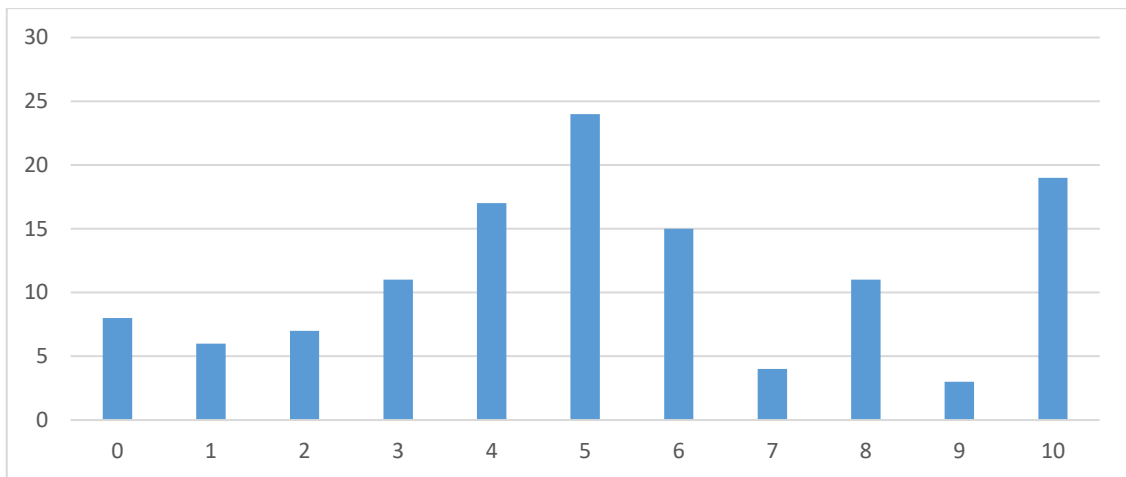


Notas: $n=97$; Média- 3,3; Mediana- 2; 0- pouco influente; 10- muito influente

3.5 Avaliação do grau de acessibilidade aos serviços de saúde para infeções sexualmente transmissíveis na região e a influência da Covid 19 no acesso aos mesmos

Convidados a classificar, numa escala de 0 (nada acessível) a 10 (muito acessível), a acessibilidade aos serviços de saúde para IST na sua localidade, a média das classificações foi de 5,3 e a mediana de 5 (Gráfico 7). Também foram convidados a classificar o impacto da pandemia Covid 19 na acessibilidade aos serviços de IST, numa escala de 0 (pouco prejudicial) a 10 (muito prejudicial), tendo este impacto sido avaliado com uma influência média de 5.6 e mediana de 6 (Gráfico 8).

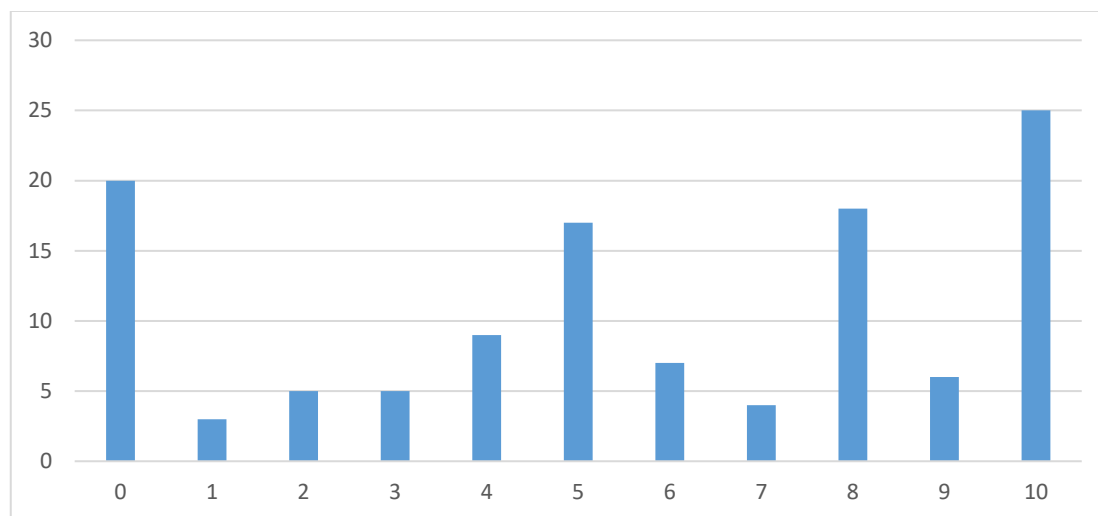
Gráfico 7: Acessibilidade dos serviços de saúde para IST.



Notas: n=139; Média- 5,3; Mediana- 5; 0- pouco acessível; 10- muito acessível

Resultados

Gráfico 8: Efeito da Covid 19 sobre a acessibilidade aos serviços de saúde para IST



Notas: n=143; Média- 5,6; Mediana- 6; 0- pouco prejudicial; 10- muito prejudicial

Segundo a Tabela 8, os estudantes que indicaram ter frequentado alguma vez uma consulta de IST apresentaram uma maior classificação quanto a acessibilidade aos serviços em relação aos que não frequentaram, com média de 6,0 e mediana de 5,0. O mesmo foi observado na acessibilidade sob influência da Covid 19 com uma média e mediana ligeiramente superior aos que indicaram não terem frequentado uma consulta de IST.

Tabela 8: Perceção quanto à acessibilidade aos serviços de saúde para IST, e influência da Covid 19 sob os mesmos numa classificação de 0 a 10 para quem frequentou uma consulta de IST e quem não frequentou.

		Frequentou consulta de IST	Não frequentou consulta de IST
Acessibilidade aos serviços de saúde para IST Frequentar (n=45) Não frequentar (n=86)	Média	6,0	4,9
	Mediana	5,0	5
Acessibilidade aos serviços de saúde sob efeito da Covid 19 Frequentar (n=43) Não frequentar (n=89)	Média	5,7	5,4
	Mediana	5,5	5,0

4 Discussão e Conclusão

4.1 Discussão

Neste estudo e como descrito nos resultados, 227 questionários foram analisados. O grupo de jovens universitários que responderam ao questionário que serviu de base a esta tese era maioritariamente do sexo feminino (65,5%), solteiros e pertencentes a duas religiões, católica e protestante, sendo a diferença entre os que frequentavam uma e outra de 11,8%, respetivamente. De notar que 74,7% dos estudantes tinham iniciado a sua atividade sexual, o que está de acordo com outros estudos feitos na África subsariana (Silva TCV, 2007; Ribeiro CFS, 2009; Simaria AC, 2002). A maioria destes jovens iniciou a sua atividade sexual ainda na adolescência, o que os coloca, como demonstrado em estudos anteriores, em risco de uma maior aquisição de IST (Castro et al., 2016; Simaria AC, 2002; João P, 2004; Joffe GP et al., 1992) em idades em que as complicações destas infeções podem ser mais graves, nomeadamente ocasionando infertilidade na mulher.

Com uma média de 23,94 anos de idade, 58,5% dos participantes eram estudantes a tempo inteiro e 88,6% solteiros. Angola tem apresentado um aumento na taxa de alfabetização do jovem adulto angolano, a qual atingiu 75% em 2018 com cerca de 10 milhões de alunos inscritos no sistema educativo comparado aos 10 anos anteriores (MEP, 2018), o que provavelmente lhes dará maior acesso à informação sobre vários assuntos, nomeadamente no que diz respeito às IST.

Deve chamar-se a atenção que, uma vez que estes estudantes eram da área da saúde (cerca de 84% era dos cursos de enfermagem ou de análises clínicas), espera-se que os seus conhecimentos sejam maiores e os seus comportamentos mais adequados do que a população geral estudantil resultando numa melhor proteção contra aquisição de IST.

No entanto, e mesmo sendo da área da saúde, cerca de 62,6% afirmaram ter parceiros ocasionais nos últimos 12 meses, sendo que cerca de 29,1% dos estudantes não fizeram uso de preservativo com regularidade, colocando-os em risco de transmissão e aquisição destas infeções. Estes valores serão provavelmente mais elevados na restante população de estudantes de Angola, assim como na população jovem em geral, o que se torna preocupante.

Neste estudo 29,7% dos indivíduos referiram ter tido relações sexuais com parceiros do mesmo sexo, sendo esta percentagem maior para o sexo masculino do que para o

feminino, 31,7% vs 26,2%, respetivamente. De notar que a probabilidade de aquisição de IST é menor em relações sexuais entre mulheres do que entre HSH.

Em relação à utilização de preservativo, a sua utilização foi mais frequente em relações com parceiro regular do que ocasional. A utilização deste método de barreira com este último tipo de parceiro foi reduzida, com apenas cerca de 24% a referirem utilizar sempre o preservativo, o que é manifestante uma percentagem muito pequena. Além disso, um número elevado destes indivíduos optaram por não querer responder a esta pergunta (47,6%), assim como a razão para o não uso (73,7%), o que pode ainda agravar a situação uma vez que o não querer responder mostra que existe uma consciência do comportamento de risco por parte dos estudantes.

Dos 29,1% que declararam não fazer uso de preservativo, a maioria dos respondentes pertencia ao género feminino. Quanto aos motivos declarados para o não uso de preservativo, os principais foram a confiança no parceiro/a e facto de não gostar de usar. Esta situação mostra a existência da influência que os parceiros exercem sobre as decisões durante as relações sexuais, principalmente sobre o género feminino o que confere risco para aquisição de IST nas práticas sexuais. (Ferreira RF,2012)

A maioria dos estudantes referiu que praticava essencialmente relações sexuais vaginais, embora 31% dos que afirmaram ter parceiro regular também assumiram a prática de sexo oral e/ou anal, embora apenas cerca de 14% o fizeram com parceiros ocasionais. Os praticantes destes dois últimos tipos de relações sexuais poderão não utilizar preservativo, o que os coloca num grande risco de aquisição de IST perante um parceiro infetado.

Entre um a dois terços desta população afirma ter procurado uma consulta de IST, embora no que diz respeito ao diagnóstico destas infeções, apenas cerca de 19% foram diagnosticados, tendo sífilis e tricomoníase sido as ISTs mais frequentes no sexo masculino e feminino, respetivamente.

No entanto, resta saber quantos destes estudantes não foram a uma consulta de IST, embora precisando, não por uma escolha pessoal, mas por falta de acesso. De acordo com o plano de desenvolvimento nacional de Angola e Ferreira RF, 2012, o défice nos serviços de saúde tem grande influência na não adesão dos jovens a estes serviços, mais concretamente a falta de profissionais de saúde qualificados a nível técnico e humanitário. O atendimento é geralmente demorado e por vezes inexistente para comunidades sem

condições financeiras. A esta situação acrescentam-se os maus tratos provenientes da discriminação e tabus, o receio de exclusão e quebra de confidencialidade por parte dos profissionais de saúde (MEP, 2018; Ferreira RF, 2012)

A percentagem de estudantes que afirmou ter ou ter tido uma IST foi maior no género feminino, o que vai de acordo a afirmação da OMS que apresenta a mulher como um dos principais grupos de risco para IST, sendo considerada o maior grupo de género com IST (WHO, 2022a).

De notar que alguns dos sintomas referidos pelos participantes do estudo podem, por si só, não estar associados a ISTs, como é o caso de ardor ao urinar, prurido e principalmente icterícia, por exemplo.

Com este estudo, não foi possível associar o conhecimento à aquisição de IST, uma vez que foi um estudo transversal, segundo Fronteiras, 2019, não podendo comprovar uma relação de temporalidade, ou seja, não se consegue saber se o conhecimento adquirido foi antes ou depois da aquisição da infeção.

A escolha do método de aplicação do questionário, esteve relacionada com a situação específica do grupo em estudo relatada pelas intuições, o que de certo modo foi vantajoso. O número considerável de participantes só foi possível por o questionário ter sido aplicado presencialmente, ao contrário de um questionário online, porque nesta população, o método presencial conferiu ao participante uma maior segurança quanto à sua confidencialidade e facilidade em participar, que a escassez de internet ou de electricidade na localidade poderia ter dificultado.

Das várias fontes de conhecimento apresentadas no questionário, a escola foi a mais indicada, o que está de acordo com vários estudos que apontam a escola como a principal fonte de conhecimento em todas as áreas e como meio para moldar o carácter de cada indivíduo. (MEP, 2018; WHO, 2022a; Ferreira RF, 2012; Moisés IJI, 2018), seguida de profissionais de saúde e da comunicação social. A influência da educação sobre o conhecimento de IST foi constatada em outros trabalhos que mostram que quanto maior o nível de ensino, maior o conhecimento sobre IST. (INE, 2017; Ramos NNV et al., 2023)

Uma vez que as duas primeiras fontes de conhecimento nesta população transmitem conhecimento científico quando bem preparados, deverá ser considerado em futuros programas de controlo de IST a formação sobre este tema nestes dois grupos profissionais, principalmente nos professores que poderão não estar preparados para falar

sobre este assunto e estimular os alunos a procurá-los. Isto tem ainda mais importância porque Angola continua a apresentar um défice enorme relativamente à educação, com enorme escassez de profissionais capacitados, de infraestruturas e ainda um baixo nível de alfabetização, principalmente em mulheres. (MEP, 2018)

Os grupos de pares, ou seja, família, amigos e parceiros, também foram indicados como fonte de conhecimento, mas numa percentagem menor. Tal facto pode dever-se ao preconceito, à discriminação ainda existente na sociedade angolana, principalmente por parte da família e amigos, tal como realçou Irene Moisés (Moises IJI, 2018).

Os alunos foram capazes de identificar a maioria das IST que constavam no questionário, com 99,5% a afirmar já ter ouvido falar sobre estas infeções, observando-se um maior domínio na identificação da herpes por parte do género feminino em relação ao masculino, sendo esta a única diferença significativa encontrada nestes resultados, por género.

A sífilis foi a infeção mais indicada, seguida da infeção pelo HIV, gonorreia e infeção pelo HBV. Este resultado pode dever-se ao facto destas quatro infeções serem mais frequentemente abordadas em estudos em Angola (Oliveira D et al., 2020; Oliveira D et al., 2021, João P, 2004; Silva TCV, 2007; Guimarães et al., 2013) e também porque na generalidade são mais reconhecidas por serem mais faladas. São também as infeções que se pesquisam na gravidez e através de testes rápidos, o que pode originar que os estudantes as conheçam.

O contacto sexual vaginal foi o mais indicado como modo de transmissão de IST, seguida dos outros modos de transmissão sexual. No entanto, o número de alunos que os identificou foi muito reduzido, demonstrando que poucos reconhecem os modos mais comuns de transmissão de IST.

Como anteriormente referido, a maioria dos estudantes declarou pertencer a uma religião. No entanto e ao contrário do esperado, a religião parece não ter grande influência no comportamento destes jovens, uma vez que dos que declararam pertencer a uma religião, cerca de 73% já haviam começado a vida sexual, sendo 86,5% solteiros, e cerca de 30,2% estudantes declarou ter tido relações sexuais ocasionais nos últimos 12 meses.

Embora a média de idade de início da vida sexual tivesse sido de 17,7 anos de idade, o início precoce não influenciou o seu comportamento sexual. A mesma situação foi referida tanto por Simaria AC, 2002, como por Castro et al., 2016, na sua tese de mestrado

sobre crenças de saúde e comportamentos sexuais de risco face ao HIV/SIDA em estudantes universitários angolanos e portugueses, que concluiu que o início da atividade sexual em idade precoce não foi um fator associado ao comportamento de risco dos alunos em estudo ([Simaria AC, 2002](#), [Castro et al., 2016](#)).

Este estudo permite-nos dizer que, provavelmente e de forma geral, existe influência dos fatores socioeconómicos e ambientais sobre as práticas sexuais dos estudantes, principalmente por parte da sociedade, uma vez que esta foi classificada como maior fator influenciador por parte dos estudantes com uma média de 7,5 comparado com todos os outros fatores que foram classificados com uma média de 5,5 aproximadamente.

Esta classificação confirma a influência que uma sociedade tem sobre o indivíduo quanto a sexualidade, demonstrada por trabalhos já referidos na introdução, tornando-se motivo de grande preocupação nesta faixa etária em estudo, uma vez que os jovens são o grupo populacional mais vulnerável e influenciável para práticas e comportamentos de risco. Ela exerce uma enorme pressão aos jovens, não só causando discriminação e estigma sobre esta temática pelo facto de se tratar de uma sociedade muito tradicional e ainda com muitos tabus, como levando o indivíduo à comportamentos de risco como consumo de drogas, álcool, relações desprotegidas e homossexuais ([Moises IJI, 2018](#). [WHO, 2022a](#)).

A perceção quanto à acessibilidade dos serviços de saúde para as IST, inclusive durante a pandemia de Covid 19, pode estar associada à frequência das consultas, e vice versa. Segundo o relatório do Comité Regional para África da OMS, existe na generalidade e muito mais prevalente em África um serviço muito limitado da prestação de serviços e cuidados primários nesta área, sobretudo para as hepatites e IST curáveis, sendo que em muitas regiões africanas estes serviços nem sequer estão disponíveis. ([WHO, 2021a](#))

4.2 Conclusão

Este estudo teve a participação de 227 estudantes universitários de duas universidades de Benguela, maioritariamente do género feminino, com uma média de 23,94 anos de idade, solteiros, exclusivamente estudantes e aderentes ao cristianismo. Iniciaram atividade sexual com uma idade média de 18 anos, em que pouco mais da metade fez o uso de preservativo maioritariamente em relações com parceiro regular.

A maioria já tinha ouvido falar de IST através de informação disponibilizada na escola, sendo que mais de metade conseguiu identificar as seguintes infeções como as mais conhecidas (sífilis, infeção pelo vírus do HIV, gonorreia, infeção pelo vírus da hepatite B) e conhece as formas de transmissão mais importantes. No entanto, poucos conhecem os sintomas e utilizam preservativos com regularidade, nomeadamente com parceiros ocasionais, sendo que a percentagem de relações sexuais com este tipo de parceiros pode ser considerada elevada..

Um pequeno número de estudantes afirmou ter frequentado consultas para as infeções sexualmente transmissíveis, não tendo assim tido oportunidade de ser aconselhado ou testado, mesmo que assintomático, após relações sexuais de risco. No entanto, muitos poderão não o ter referido por medo do estigma associado, poderão não ter recorrido por falta de acesso ou de reconhecimento de sintomas ou ainda por serem assintomáticos.

A maioria dos estudantes reconheceu a influência da cultura, sociedade e da situação económica sobre as suas práticas sexuais, e reconheceu que a Covid 19 possa ter tido algum efeito sobre o acesso aos serviços de saúde, principalmente na perspetiva dos estudantes que frequentaram uma consulta de IST.

O maior desafio deste estudo consistiu no estudo do comportamento e conhecimento de um grupo restrito de estudantes que não são representativos para o país, uma vez que a maioria da população jovem não tem ensino universitário. Assim, não se pode alargar as conclusões deste estudo a toda a população de estudantes universitários de Angola, pelo que existe necessidade de investigação futura neste campo para a organização de futuros programas de prevenção e controlo de IST.

Neste estudo também não foi possível associar o conhecimento à aquisição de IST, uma vez que foi um estudo transversal, não sendo possível comprovar uma relação de temporalidade, ou seja, não saber se o conhecimento adquirido foi antes ou depois da aquisição da infeção.

Discussão e Conclusão

Também por esta situação são necessários mais estudos dirigidos não só a estudantes universitários como a populações jovens deste país, de forma a perceber se a realidade encontrada neste conjunto de inquiridos é a realidade universitária na província e no país, ou se foi um grupo que estava invulgarmente informado.

5 Referências Bibliográficas

1. Adler M, Cowan F, French P, Mitchell H, Richens J, (2004), *ABC of Sexually Transmitted Infections*, 5ª ed., Department of Sexually Transmitted Diseases, Royal Free and University College Medical School, BMJ Books/ ISBN 0727917617, London.
2. Brook G, Brockmeyer N, Winter AJ, Schellberg A et al, (2018), '2017 European guideline for the screening, prevention and initial management of Hepatitis B and C infections in Sexual Health Settings'. *International Journal of STD and AIDS*. Vol. 29(10), pp.949-967
3. Castro, EL, Caldas, TA, Morcillo, AM, Pereira, EMA e Velho, PENF, (2016) 'O Conhecimento E O Ensino Sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis Entre Universitários', *Ciência & Saude Coletiva*, Vol.21 (6), 1975-1984
4. Centers of Disease Control and Prevention, (2023), *Adolescents and Young Adults*, CDC. <https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/adolescents-youngadults.htm>
5. Domingues CSB, Gosuen GC, Bernardes G, Wolffenbuttel K et al, 'Diretrizes para implementação da Rede de Cuidados em IST/HIV/Aids' Manual de assistência. CRT-DST/ AIDS.CCD, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Brasil. 2017. <https://www.researchgate.net/publication/319423205>
6. European Centre for Disease Prevention and Control, (2023a), *Facts about Chlamydia*, ECDC, An agency of the European Union <https://www.ecdc.europa.eu/en/chlamydia/facts>
7. European Centre for Disease Prevention and Control, (2023b), *Factsheet about Gonorrhoea*, ECDC, An agency of the European Union. <https://www.ecdc.europa.eu/en/gonorrhoea/facts>
8. Ferreira, RF (ed.), (2012), 'Apoio Psicológico no Ensino Superior', Instituto Superior de Contabilidade e de Administração do Porto, Porto
9. Fonte, VRF, Spindola, T, Francisco, MTR, Sodr e, CP, Andr e, NLNO, e Pinheiro, CDP, (2018) 'Young University Students and the Knowledge about Sexually Transmitted Infections'. *Escola Anna Nery*, Vol. 22 (2)
10. Fronteira I. Manual de Epidemiologia. Lisboa: *Leya*, 2018
11. Garcia MR, Leslie SW, Wray AA, (2023), 'Sexually Transmitted Infection. StatPearls', *NCBI Bookshelf*

Referências Bibliográficas

12. Gilson R, Nugent D, Werner RN, Ross J et al, (2020), '2019 IUSTI- Europe guideline for the management of anogenital warts, *Journal of the European, Academy of Dermatology and Venerology* published, UK.
13. Gokengin D, Davies EW, Zeka AN, Begovac J et al, (2021), '2021 European guideline on HIV testing in genito-urinary medicine settings', *JEADV*
14. Gruber, F, Lipozenčić, J, e Kehler, T, (2015), 'History of Venereal Diseases from Antiquity to the Renaissance', *Acta Dermatovenerologica Croatica*, Vol. 23 (1), 1-11
15. Guimarães H, Castro R, Távora TL, e Exposto F, (2013) 'Assessing Therapeutic Management of Vaginal and Urethral Symptoms in an Anonymous HIV Testing Centre in Luanda, Angola', *Journal of Infection in Developing Countries*, Vol.7 (10), 720-725
16. Higgins MB, (1962), *Die Sexuelle Revolution: Zur Charakterlichev Selbststeuerung des Menschen*. Traduzido por Blanstein A, 'Wilhelm Reich- Revolução Sexual'. 8ª ed. Zahar Editores. Rio de Janeiro. 1982
17. Instituto Nacional de Estatística, (2023), *Projeção Da População*, INE. Angola. acessado em Julho de 2023, www.ine.gov.ao/inicio/estatisticas
18. Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde, Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial e ICF, (2017), *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016*. Luanda, Angola e Rockville, Maryland, EUA: INE, MINSA, MINPLAN e ICF. Angola
19. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M e Patel R, (2021), '2020 European guideline on the management of syphilis', *J Eur Acad Dermatol Venereol*, vol.35: 574-588. <https://doi.org/10.1111/jdv.16946>
20. João P, (2004), *Abordagem Da Transmissão De HIV/AIDS Em Profissionais do Sexo Em Luanda-Angola-Africa : Um Desafio Chamado Angola*, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, disponível em <https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od3056::730ffa78b1a39733b35d281b4275dbf0>
21. Joffe GP, Foxman B, Schmidt AJ, Farris KB, (1992), *Multiple Partners and Partner Choice as Risk Factors for Sexually Transmitted Disease Among Female College Students*, *Sexually Transmitted Diseases*, Lippincott Williams and Wilkins vol.19, nº 5.

Referências Bibliográficas

22. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2022), Country Factsheets Angola, UNAIDS. Disponível em <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/angola>
23. Loureiro I e Miranda N, (2010), *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Ação*. 3ª ed. Coimbra, Almedina
24. McMann N e Trout KE, (2021), 'Assessing the Knowledge, Attitudes, and Practices regarding Sexually Transmitted Infections among College Students in a Rural Midwest Setting', *Journal of Community Health*, vol.46 (1), 117-126
25. Melo LDd, Spindola T, Brandão JdL, Taroco FE e Fernandes MTACN, (2021) 'Prevenção De Infecções Sexualmente Transmissíveis Por Jovens Universitários: Reflexões À Luz Da Teoria do Conhecimento De Johannes Henssen'. *Research, Society and Development*, vol.10 (2), e43110212735
26. Ministério da Economia e Planeamento, (2018), *Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022*, Sistema Nacional de Planeamento- Estratégia de Longo Prazo (ELP), Governo de Angola. MEP, Angola.
27. Ministério da Saúde de Angola, (2017), *Plano Estratégico Das DTNs 2017 - 2021* , MINSA. Luanda
28. Mohseni M, Sung S, Takov V, (2023), 'Chlamydia', *StatPearls. NCBI Bookshelf*
29. Moises IJI, (2019), 'Influência da família e da escola na educação sexual dos alunos', *Revista Órbita*. ISSN 2409-0131. Instituto superior de Ciências de Educação do Huambo. Angola.
30. Neves R, (2017), *Caracterização das infeções sexualmente transmissíveis (IST) de origem bacteriana na ilha de São Vicente em Cabo Verde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Tropical. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa. Portugal
31. Nicolau F, (2010), 'O Conhecimento Das Mulheres Portuguesas Sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis'. [online] dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Beira Interior
32. Oliveira D, Martins MdR, Castro R, Cordeiro L, Barroso MR, Nazaré MA e Pereira F, (2020) 'HIV, HBV and Syphilis Screening in Antenatal Care in Lubango, Angola'. *Sexually Transmitted Infections*, vol.96 (8), 621-622

Referências Bibliográficas

33. Oliveira D, Piedade J, Castro R, Lopes A, Martins MdR e Pereira F, (2021), 'Evaluating Vertical Transmission of Sexually Transmitted Infections to Newborns'. *Journal of Infection in Developing Countries*, vol.15 (10), 1547-1550
34. Organização Mundial da Saúde, (2013), *Diagnóstico Laboratorial De Doenças Sexualmente Transmissíveis, Incluindo O Vírus Da Imunodeficiência Humana*. OMS. Suíça.
35. Organização Mundial da Saúde, (2019), *Contribuindo Para a Melhoria Da Saúde Em Angola*. OMS, Luanda.
36. Organização Mundial da Saúde, (2020), *Avaliação Externa Conjunta Das Principais Capacidades do RSI Da República De Angola: Relatório De Missão, 18-22 Novembro 2019*, OMS, disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/340304>
37. Organização Mundial da Saúde, (2021), *Quadro para uma resposta multisectorial integrada à tuberculose, ao VIH, às infeções sexualmente transmissíveis e à hepatite 2021-2030 na região Africana da OMS*. OMS, Comité Regional para a África. AFR/RC71/6
38. Patel R, Kennedy OJ, Clarkie E e Geretti A, (2017), '2017 European guideline for the management of genital herpes', *International Journal of STD and AIDS*
39. Pattyn J, Hendrickx G, Vorsters A, et al, (2021), 'Hepatitis B vaccines'. *The Journal on infectious Diseases*, vol.224, IS-41, 5343-5351. <https://doi.org/10.1093/infdis/j199668>
40. Pereira, F. (2018) *Infeções Sexualmente Transmissíveis Na Grávida E no Recém-Nascido – UC Saúde Infantil*. [online]
41. Ramos NNV, Fronteira I, Martins MRO, (2023), 'Comprehensive Knowledge of HIV and AIDS and Related factors in Angolans Aged between 15 and 49 years'. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol.20, 81. <https://doi.org/10.3390/ijerph20196816>
42. Reis M, (2012), 'Promoção Da Saúde Sexual Em Jovens Universitários Portugueses – Conhecimento E Atitudes Face a Contraceção E a Prevenção Das ISTs'. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Educação, Especialidade Educação para a Saúde, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de motricidade humana. Lisboa
43. Reis M, Ramiro L, Matos MG e Diniz JA, (2012), 'Os Comportamentos Sexuais Dos Universitários Portugueses De Ambos Os Sexos Em 2010', *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, vol. 30 (2), 105-114

Referências Bibliográficas

44. Ribeiro CFS, (2009), 'Duplo padrão sexual e conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis nos estudantes africanos em Braga'. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Minho. Portugal.
45. Schumann JA e Plasner S, (2023), 'Trichomoniasis', *StatPearls. NCBL bookshelf*. National Library of medicine, National Institutes of Health. Treasure Island- NBK534826
46. Silva TCV, (2007), 'As Representações Subjacentes Nas Justificações Apresentadas Por Um Grupo De Jovens Angolanos Para O Seu Comportamento Face Ao VIH/SIDA: O Caso De Luanda Em Particular Os Municípios Da Maianga E Cacuaco', Dissertação de Mestrado em Sociologia. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa
47. Simaria AC, (2002), 'Crenças de saúde e comportamentos sexuais de risco face ao VIH/SIDA em estudantes universitários Angolanos e Portugueses', Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Portugal.
48. Spindola T, Oliveira CSR, Costa DM, André NLNO, Motta CVV e Melo LD, (2020), 'Uso E Negociação De preservativos Por Acadêmicos De Enfermagem'. *Revista Recien*, vol.10 (32), 81-91
49. Springer C e Salen P, (2023), 'Gonorreia'. *StatPearls. NCBL bookshelf*. National Library of medicine, National Institutes of Health. Treasure Island- NBK558903
50. Tavira LT e Atouguia J. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Saúde Tropical. Lisboa: Universidade Aberta. 2006.
51. Tesfaye Y e Agenagnew L, (2020), 'Knowledge, Attitude, and Practices of Jimma Teacher Training College Students Toward Risky Sexual Behaviors, Jimma, Ethiopia', *Sexual Medicine*, vol.8 (3), 554-564
52. United Nations Regional Information Centre, (2018), *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*, UNRIC. Centro de informação Regional das Nações Unidas para Europa Ocidental. Disponível em www.unric.org/pt
53. Val LF, (2001), 'Estudo Dos Factores Relacionados a AIDS Entre Estudantes do Ensino Médio', Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.

Referências Bibliográficas

54. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al, (2021), 'Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. Morbidity and Mortality Weekly Report', *Recommendations and Reports/* vol.70/ No.4
55. World Health Organization, (2016a), *Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016-2021: Toward Ending STIs*. WHO. Disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/246296>
56. World Health Organization, (2016b), *WHO Guideline for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)*, WHO. Genebra
57. World Health Organization, (2017a), *Sexually Transmitted Infections: Implementing the Global STI Strategy*. WHO, disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/258740>
58. World Health Organization, (2017b), *Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021: implementation framework for the African Region*. WHO. Regional Committee for Africa. AFR/RC67/7
59. World Health Organization, (2017c), *Guidelines on Hepatitis B and C Testing*. WHO. Genebra. Lic:ccBy-NC.SA.3.0 IGO
60. World Health Organization, (2021a), 'WHO: New Report Highlights Global Progress on Reducing HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections and Signals Need for Renewed Efforts to Reach 2030 Targets'. *Contify Life Science News*. WHO.
61. World Health Organization, (2021b), *Global Progress Report on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections, 2021: Accountability for the Global Health Sector Strategies 2016–2021: Actions for Impact*. WHO. Disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/341412>
62. World Health Organization, (2021c), *Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections*. WHO. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
63. World Health Organization, (2022a), 'WHO Issues Report Entitled 'Global Health Sector Strategies on, Respectively, HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for Period 2022-2030'. *Targeted News Service*. WHO. Disponível em <https://search.proquest.com/docview/2747226021>
64. World Health Organization, (2022b), *STIs in 2022: Emerging and Re-Emerging Outbreaks*. WHO. Disponível em <https://www.who.int/news/item/02-09-2022-stis-in-2022-emerging-and-re-emerging-outbreaks>

Referências Bibliográficas

65. World Health Organization, (2022c), *Sexually Transmitted Infections (STIs)*. WHO. Disponível em [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
66. World Health Organization, Homepage, (2022d), *Multi-Drug Resistant*. WHO. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/multi-drug-resistant-gonorrhoea>
67. World Health Organization, (2022e), *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. WHO. Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
68. World Health Organization, (2023a), *Sexually Transmitted Infections (STIs)*. WHO. Disponível em [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
69. World Health Organization, (2023b), *HIV and AIDS*. WHO. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

6 Anexos

A. Anexo A: Questionário

Questionário: Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis: conhecimento e práticas de estudantes em Universidades de Angola

Inquérito:

1. Indique a sua Naturalidade (País onde nasceu) *Selecione a resposta que se aplica*

Angola		Outra:	
--------	--	--------	--

2. Indique a província onde está a estudar. _____

3. Mora há mais de 5 anos na província onde está a estudar? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim		Não	
-----	--	-----	--

Se respondeu Não, termine o questionário. Obrigada pela sua participação

4. Indique em que curso está matriculado. *Selecione a resposta que se aplica*

Análises Clínica		Enfermagem		Ciências Farmacêuticas		Medicina		Outra: _____
------------------	--	------------	--	------------------------	--	----------	--	--------------

5. Indique em que ano letivo está matriculado. *Selecione a resposta que se aplica*

1º		2º		3º		4º		5º		6º	
----	--	----	--	----	--	----	--	----	--	----	--

6. Indique a sua ocupação atual. *Selecione a resposta que se aplica*

Estudante		Estudante / Trabalhador		Outra:	
-----------	--	-------------------------	--	--------	--

7. Indique a sua idade. _____

8. Indique o seu género. *Selecione a resposta que se aplica*

Masculino		Feminino		Outra:	
-----------	--	----------	--	--------	--

9. Indique seu estado civil. *Selecione a resposta que se aplica*

Solteiro (a)		Casado (a) / União de facto		Divorciado (a)		Outra:	
--------------	--	-----------------------------	--	----------------	--	--------	--

10. Indique a sua opção religiosa. *Selecione a resposta que se aplica*

Nenhuma		Católica		Protestante		Muçulmana		Outra: _____
---------	--	----------	--	-------------	--	-----------	--	--------------

11. Já teve ou tem relações sexuais? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim		Não		Não lembro / Não sei / Não quero responder	
-----	--	-----	--	--	--

Se respondeu Não ou Não lembro / Não sei / Não quero responder, avance para a perg 18.

12. Com que idade teve a primeira relação sexual? _____

13. Quantos parceiros regulares teve nos últimos 12 meses? *Selecione a resposta que se aplica*

Parceiro Regular: *parceiro estável, casamento ou compromisso a longo prazo, parceiro com quem tem sexo exclusivo e elevada conexão emocional*

Nenhum		1		2		3		4		Não lembro / Não sei / Não quero responder		Outra:	
--------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	--------	--

- a. Quantos parceiros ocasionais teve nos últimos 12 meses? *Selecione a resposta que se aplica*

Parceiro Ocasional: *parceiro sem compromisso, sexo uma única vez, múltiplos parceiros sem exclusividade e sem conexão emocional ou perspectiva de uma futura relação amorosa.*

Nenhum		1		2		3		4		Não lembro / Não sei / Não quero responder		Outra:	
--------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	--	--	--------	--

14. Com que frequência aproximada teve relações sexuais nos últimos 12 meses? *Selecione a resposta que se aplica*

Nunca		Raramente		Frequentemente		Não lembro / Não sei / Não quero responder	
-------	--	-----------	--	----------------	--	--	--

- a. Número de vezes

Nº de vezes por semana		Nº de vezes por mês		Nº de vezes por ano	
------------------------	--	---------------------	--	---------------------	--

15. Costuma usar preservativos durante as relações? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim		Não		Não lembro / Não sei / Não quero responder	
-----	--	-----	--	--	--

Se respondeu Não ou Não lembro / Não sei / Não quero responder, avance para a perg 15.c.

- a. Com que frequência usa preservativo com parceiro regular? *Selecione a resposta que se aplica*

Parceiro Regular: *parceiro estável, casamento ou compromisso a longo prazo, parceiro com quem tem sexo exclusivo e elevada conexão emocional*

Anexos

Nunca	Raramente	Frequentemente
Sempre	Não tenho parceiro regular	Não lembro / Não sei / Não quero responder

b. Com que frequência usa preservativo com parceiro ocasional? *Selecione a resposta que se aplica*

Parceiro Ocasional: *parceiro sem compromisso, sexo uma única vez, múltiplos parceiros sem exclusividade e sem conexão emocional ou perspectiva de uma futura relação amorosa.*

Nunca	Raramente	Frequentemente
Sempre	Não tenho parceiro regular	Não lembro / Não sei / Não quero responder

c. Porque não usa preservativo com parceiro regular? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Parceiro Regular: *parceiro estável, casamento ou compromisso a longo prazo, parceiro com quem tem sexo exclusivo e elevada conexão emocional*

Não sei usar	Naõ gosto de usar	O parceiro não gosta de usar
Confio no meu (minha) parceiro (a)	Não é eficaz	Traz-me problemas de saúde
Casamento / relacionamento sério	Não corro risco de apanhar uma DST	Não tenho parceiro regular
Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____	

d. Porque não usa preservativo com parceiro ocasional? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Parceiro Ocasional: *parceiro sem compromisso, sexo uma única vez, múltiplos parceiros sem exclusividade e sem conexão emocional ou perspectiva de uma futura relação amorosa.*

Não sei usar	Naõ gosto de usar	O parceiro não gosta de usar
Confio no meu (minha) parceiro (a)	Não é eficaz	Traz-me problemas de saúde
Casamento / relacionamento sério	Não corro risco de apanhar uma DST	Não tenho parceiro ocasional
Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____	

16. Quais os tipos de relações praticadas com parceiros regulares? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Parceiro Regular: *parceiro estável, casamento ou compromisso a longo prazo, parceiro com quem tem sexo exclusivo e elevada conexão emocional*

Oral	Vaginal	Anal	Não tenho parceiro regular
------	---------	------	----------------------------

a. Quais os tipos de relações praticadas com parceiros ocasionais? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Parceiro Ocasional: *parceiro sem compromisso, sexo uma única vez, múltiplos parceiros sem exclusividade e sem conexão emocional ou perspectiva de uma futura relação amorosa.*

Oral	Vaginal	Anal	Não tenho parceiro ocasional
------	---------	------	------------------------------

17. Dos tipos de parceiros sexuais que se relaciona ou se relacionou, indique com que frequência o fez?

a. Parceiros do **mesmo sexo**. *Selecione a resposta que se aplica*

Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-------	-----------	----------------	--------	--

b. Parceiros do **sexo oposto**. *Selecione a resposta que se aplica*

Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-------	-----------	----------------	--------	--

18. Já ouviu falar de infecções sexualmente transmissíveis? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim	Não	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-----	-----	--

Se respondeu Não ou Não lembro / Não sei / Não quero responder, avance para a perg 25.

19. Onde adquiriu conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Família	Amigos	Parceiro sexual	Escola	Trabalho
Igreja	Profissionais de saúde	Televisão	Rádio	Internet
Livros	Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____		

20. Quais as infecções sexualmente transmissíveis que conhece? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

HIV (vírus da imunodeficiência humana)	Sífilis	Gonorreia	Clamídia
Tricomoníase	Herpes	Hepatite B	Hepatite C

Anexos

HPV (vírus do papiloma humano)		Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____		
--------------------------------	--	--	--------------	--	--

21. Identifique as formas gerais de transmissão das infeções sexualmente transmissíveis. *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Por relação sexual oral	Por relação sexual vaginal	Por relação sexual anal
De mãe para filho	Beijos	Carícias
Uso do mesmo WC	Partilha de seringas e materiais cortantes	Transfusão sanguínea
Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____	

22. Frequenta ou já frequentou alguma consulta de especialidade para infeções sexualmente transmissíveis? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim	Não	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-----	-----	--

Se respondeu Não ou Não lembro / Não sei / Não quero responder, avance para a perg 23.

- a. Com que frequência o fez nos últimos 12 meses? *Selecione a resposta que se aplica*

Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-------	-----------	----------------	--------	--

- b. Com que frequência o fez antes do Covid 19? *Selecione a resposta que se aplica*

Nunca	Raramente	Frequentemente	Sempre	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-------	-----------	----------------	--------	--

23. Já realizou algum teste de sangue para identificação de infeções sexualmente transmissíveis nos últimos 12 meses? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim	Não	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-----	-----	--

24. Tem ou já teve alguma infeção sexualmente transmissível? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim	Não	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-----	-----	--

Se respondeu Não ou Não lembro / Não sei / Não quero responder, avance para a perg 25.

- a. Qual ou quais as infeções sexualmente transmissíveis que lhe foram diagnosticadas? *Selecione todas as respostas aplicáveis*

HIV (vírus da imunodeficiência humana)	Sífilis	Gonorreia	Clamídia
Tricomoníase	Herpes	Hepatite B	Hepatite C
HPV (vírus do papiloma humano)	Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____	

- b. Indique os sintomas que apresenta ou apresentou. *Selecione todas as respostas aplicáveis*

Corrimento vaginal / uretral	Feridas na vagina / pénis	Manchas na planta dos pés e palma das mãos
Dores do baixo ventre	Comichão na zona pélvica	Feridas na boca
Ardor ao urinar	Não lembro / Não sei / Não quero responder	Outra: _____

- c. Teve ou tem acompanhamento médico? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim	Não	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-----	-----	--

- d. Fez ou faz tratamento? *Selecione a resposta que se aplica*

Sim	Não	Não lembro / Não sei / Não quero responder
-----	-----	--

Se respondeu Não ou Não lembro / Não sei / Não quero responder, avance para a perg 25.

- e. Indique que tipo de tratamento. *Selecione a resposta que se aplica*

Indicado pelo médico / Tratamento farmacêutico	Tratamento tradicional / Natural
Ambos	Não lembro / Não sei / Não quero responder

25. Numa escala de 0 a 10 (0- nenhuma influência; 10- total influência), indique qual a influência que estes pontos têm sobre as práticas sexuais. *Selecione a resposta que se aplica por linha*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não se aplica
Cultura (tradição)												
Sociedade												
Religião												
Situação económica												

Local de residência												
Covid 19												

26. Numa escala de 0 a 10 (0- nada acessível; 10- muito acessível), como considera a acessibilidade aos serviços de saúde para infeções sexualmente transmissíveis em sua localidade? *Selecione a resposta que se aplica*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não se aplica
Grau de acessibilidade												

27. Numa escala de 0 a 10 (0- pouco prejudicial; 10- muito prejudicial), como considera que a acessibilidade aos serviços de saúde para infeções sexualmente transmissíveis em sua localidade foi prejudicada pela Covid 19? *Selecione a resposta que se aplica*

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Não se aplica
Grau de prejudicidade												

B. Anexo B: Consentimento informado

Consentimento Informado:

Este estudo, realizado no âmbito do Mestrado em Saúde Tropical, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, sobre Sexualidade e Infeções Sexualmente Transmissíveis: conhecimento e práticas de estudantes em Universidades de Angola, é direcionado a estudantes da área da saúde de cada universidade e decorre até dia 31 de Novembro. Com este estudo esperamos contribuir para a melhoria da resposta a necessidades nesta área da saúde sexual e reprodutiva. A participação no estudo é de carácter individual e confidencial, todos os dados fornecidos serão trabalhados e apresentados de forma agregada e de forma a que não seja possível identificar os participantes. Os investigadores não saberão quem responde. Para participar neste estudo tem que ter nascido em Angola e morar na província em que se encontra a estudar há mais de cinco anos. O preenchimento do questionário demora no máximo 10 minutos e pode desistir a qualquer momento, sem nenhuma consequência. Depois de colocar o questionário na urna não nos é possível eliminar os seus dados pois não saberemos identifica-los, dado que o estudo é anónimo. Não será pago para participar nem terá outros benefícios diretos. Poderá, no entanto, contribuir para a melhoria da atenção a esta área de saúde e agradecemos a sua participação. Os dados do estudo vão ser destruídos três anos após a sua publicação. Os resultados serão apresentados em reuniões científicas e enviados às autoridades de saúde. Pode entrar em contacto connosco em qualquer momento para algum esclarecimento sobre o estudo ou posteriormente, se desejar conhecer os

resultados, devendo tomar nota dos seguintes contactos: A investigadora Bruna Valdez valdezbruna464@gmail.com / a21001063@ihmt.unl.pt /Telefone 00447928276090; a orientadora Filomena Pereira (flmpereira@ihmt.unl.pt); a coorientadora Cláudia Conceição (claudiaconceicao@ihmt.unl.pt) e a comissão de ética do instituto onde se encontra matriculado.

Consentimento Informado ao dar início ao preenchimento deste questionário indica que leu, compreendeu e aceita a informação acima, e participa de forma voluntária

C. Anexo C: Tabela da definição das variáveis

<i>Questão</i>	<i>Variável</i>	<i>Descrição</i>	<i>Notação</i>	<i>Dominio da variável</i>
Q1	Naturalidade	País onde o aluno nasceu	NAT	1-Angola 2- Outra
Q2	Província onde estuda	Província onde o estudante frequenta o curso	PROV_EST	1-Benguela 2- 999
Q3	Tempo de residência	Residência há mais de 5 anos no local onde estuda	TEMP_RES	0- Sim 1- Não
Q4	Curso	Curso onde está matriculado	CURSO	1- Análises Clínicas 2- Enfermagem 3- Ciências Farmacêuticas 4- Medicina 5 – Outro
Q5	Ano lectivo	Ano em que se encontra matriculado	ANO_LECT	1 -1º 2 -2º 3 - 3º 4 - 4º 5 - 5º 6 - 6º
Q6	Ocupação	Ocupação actual	OCUP	1- Estudante 2- Estudante / Trabalhador 3- Outro
Q7	Idade (anos)	Idade do aluno	IDADE	1- 999
Q8	Género	Género de aluno	GÉNERO	1- Masculino 2- Feminino 3- Outro
Q9	Estado civil	Estado civil do aluno	EST_CIV	1- Solteiro (a) 2- Casado (a) / União de facto 3- Divorciado (a) 4- Outro- Noivado
Q10	Religião	Opção religiosa do aluno	RELIG	1- Nenhuma 2- Católica 3- Protestante 4- Muçulmana 5- Outro- Evangelica 6- Outro- Adventista 7- Outro- Tocoista 8- Outro - Metodista 9- Outro - Mensagem 10- Outro - Crista
Q11	Relações Sexuais	Ter tido ou ter relações sexuais	REL_SEX	0- Sim 1- Não

Anexos

				2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q12	Idade (1ª relação sexual)	Idade da primeira relação sexual	IDADE_REL_SEX	1 - 999
Q13	Parceiros regulares	Número de parceiros regulares nos últimos 12 meses	PR_12MES	1- Nenhum 2- 1 3- 2 4- 3 5- 4 6- Não me lembro / Não sei / Não quero responder 7- Outro
Q13a	Parceiros ocasionais	Número de parceiros ocasionais nos últimos 12 meses	PO_12MES	1- Nenhum 2- 1 3- 2 4- 3 5- 4 6- Não me lembro / Não sei / Não quero responder 7- Outro
Q14	Frequência de relações sexuais nos últimos 12 meses	Teve relações sexuais nos últimos 12 meses	REL_SEX_12MES	1 – Nunca 2 – Raramente 3 – Frequentemente 4 – Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q14a	Frequência de relações sexuais nos últimos 12 meses por semana	Número aproximado de relações sexuais por semana nos últimos 12 meses	REL_SEX_SEMANA	1- 999
Q14a	Frequência de relações sexuais nos últimos 12 meses por mês	Número aproximado de relações sexuais por mês nos últimos 12 meses	REL_SEX_MES	1- 999
Q14a	Frequência de relações sexuais nos últimos 12 meses	Número aproximado de relações sexuais últimos 12 meses	REL_SEX_ANO	1- 999
Q15	Uso de preservativo	Uso de preservativo nas relações sexuais	USO_PRES	0- Sim 1- Não 2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q15a	Uso de preservativo com parceiro regular	Frequência de uso de preservativo com parceiro regular	USO_PRES_PR	1- Nunca 2- Raramente 3- Frequentemente 4- Sempre 5 – Não tenho parceiro regular 6- Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q15b	Uso de preservativo com parceiro ocasional	Frequência de uso de preservativo com parceiro ocasional	USO_PRES_PO	1- Nunca 2- Raramente 3- Frequentemente 4- Sempre 5 – Não tenho parceiro ocasional 6- Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não sabe usar preservativo	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não sei usar	NUSO_PRES_PR_NSEIUSAR	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não gosta de usar preservativo	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não gosto de usar	NUSO_PRES_PR_NGOSTO	1- Sim 2- Nao Assinalado

Anexos

Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – O parceiro não gosta de usar preservativo	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – O parceiro não gosta de usar	NUSO_PRES_PR_PARCNGOSTA	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Confia no seu parceiro	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Confio no meu (minha) parceiro (a)	NUSO_PRES_PR_CONFPARC	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não considera preservativo eficaz	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não é eficaz	NUSO_PRES_PR_NEFICAZ	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – O preservativo traz problemas de saúde	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Traz-me problemas de saúde	NUSO_PRES_PR_PROBSAUDE	1- Sim 2-Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Encontra-se num casamento / relacionamento sério	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Casamento / relacionamento sério	NUSO_PRES_PR_CASAM_RELS	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não corre risco de apanhar uma DST	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não corro risco de apanhar uma DST	NUSO_PRES_PR_NAPANHODST	1- Sim
				2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não tem parceiro regular	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não tenho parceiro regular	NUSO_PRES_PR_NPR	1- Sim
				2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não se lembro / Não sabe / Não quer responder	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não me lembro / Não sei / Não quero responder	NUSO_PRES_PR_NL_NS_NR	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Outro- Período Fertil	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Outro- durante o período fértil	NUSO_PRES_PR_OUTRO_PF	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15c	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Outro 2	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Outro 2	NUSO_PRES_PR_OUTRO2	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não sabe usar preservativo	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não sei usar	NUSO_PRES_PO_NSEIUSAR	1- Sim 2-Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não gosta de usar preservativo	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não gosto de usar	NUSO_PRES_PONGOST	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – O parceiro não gosta de usar preservativo	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – O parceiro não gosta de usar	NUSO_PRES_PO_PARCNGOSTA	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Confia no seu parceiro	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Confio no meu (minha) parceiro (a)	NUSO_PRES_PO_CONFPARC	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não considera preservativo eficaz	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não é eficaz	NUSO_PRES_PO_NEFICAZ	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com	Razão para o não uso de preservativo com parceiro	NUSO_PRES_PO_PROBSAUDE	1- Sim 2- Nao Assinalado

Anexos

	parceiro ocasional – O preservativo traz problemas de saúde	ocasional – Traz-me problemas de saúde		
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Encontra-se num casamento / relacionamento sério	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Casamento / relacionamento sério	NUSO_PRES_PO_CASAM_RELS	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não corre risco de apanhar uma DST	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não corro risco de apanhar uma DST	NUSO_PRES_PO_NAPANHODST	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro regular – Não tem parceiro ocasional	Razão para o não uso de preservativo com parceiro regular – Não tenho parceiro ocasional	NUSO_PRES_PO_NPO	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não se lembro / Não sabe / Não quer responder	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Não me lembro / Não sei / Não quero responder	NUSO_PRES_PO_NL_NS_NR	1- Sim 2-Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Outro 1	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Outro 1	NUSO_PRES_PO_OUTRO	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q15d	Razão para não uso de preservativo com parceiro ocasional – Outro 2	Razão para o não uso de preservativo com parceiro ocasional – Outro 2	NUSO_PRES_PO_OUTRO2	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16	Tipo de relações sexuais com parceiros regulares - orais	Pratica sexo oral com parceiros regulares	ORAL_PR	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16	Tipo de relações sexuais com parceiros regulares - vaginais	Pratica sexo vaginal com parceiros regulares	VAG_PR	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16	Tipo de relações sexuais com parceiros regulares - anais	Pratica sexo anal com parceiros regulares	ANAL_PR	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16	Tipo de relações sexuais com parceiros regulares - NA	Nao pratica sexo com parceiros regulares	N_SEX_PR	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16a	Tipo de relações sexuais com parceiros ocasionais - orais	Pratica sexo oral com parceiros ocasionais	ORAL_PO	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16a	Tipo de relações sexuais com parceiros ocasionais - vaginais	Pratica sexo vaginal com parceiros ocasionais	VAG_PO	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16a	Tipo de relações sexuais com parceiros ocasionais - anais	Pratica sexo anal com parceiros ocasionais	ANAL_PO	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q16a	Tipo de relações sexuais com parceiros ocasionais - NA	Nao pratica sexo com parceiros ocasionais	N_SEX_PO	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q17a	Frequência de relação com parceiro sexual do mesmo sexo	Frequência de relações sexuais praticadas com parceiros do mesmo sexo	SEX_PAR_MSEX	1- Nunca 2- Raramente 3- Frequentemente 4- Sempre 5- Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q17b	Frequência de relação com parceiro sexual do sexo oposto	Frequência de relações sexuais praticadas com parceiros do sexo oposto	SEX_PARC_SEXOP	1- Nunca 2- Raramente 3- Frequentemente 4- Sempre 5- Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q18	Conhecimento sobre ISTs	Já ouviu falar de IST	CONH_IST	0- Sim 1- Não

Anexos

				2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q19	Fonte de conhecimento de IST - família	O conhecimento sobre IST foi adquirido através da família	FAMILIA	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - amigos	O conhecimento sobre IST foi adquirido através de amigos	AMIGOS	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST – parceiro sexual	O conhecimento sobre IST foi adquirido através do parceiro sexual	PAR_SEX	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - escola	O conhecimento sobre IST foi adquirido através da escola	ESCOLA	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - trabalho	O conhecimento sobre IST foi adquirido através de trabalho	TRABALHO	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - igreja	O conhecimento sobre IST foi adquirido através da igreja	IGREJA	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST – profissionais de saúde	O conhecimento sobre IST foi adquirido através de profissionais de saúde	PROF_SAUDE	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - televisão	O conhecimento sobre IST foi adquirido através da televisão	TELEVISAO	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - rádio	O conhecimento sobre IST foi adquirido através do rádio	RADIO	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - internet	O conhecimento sobre IST foi adquirido através da internet	INTERNET	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - livros	O conhecimento sobre IST foi adquirido através de livros	LIVROS	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST – Não se lembro / Não sei / Não quer responder	Não se lembra ou não quer responder ou não sabe como adquiriu conhecimento sobre IST	NL_NS_NR	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q19	Fonte de conhecimento de IST - Outro	O conhecimento sobre IST foi adquirido de outra forma, A DESIGNAR	OUTRO	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - HIV	Identifica HIV como IST	HIV	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Sífilis	Identifica Sífilis como IST	SIF	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Gonorreia	Identifica Gonorreia como IST	GON	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Clamídia	Identifica Clamídia como IST	CLAM	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Tricomoníase	Identifica Tricomoníase como IST	TRICO	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Herpes	Identifica Herpes como IST	HERPES	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Hepatite B	Identifica Hepatite B como IST	HBV	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Hepatite C	Identifica Hepatite C como IST	HCV	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - HPV	Identifica HPV como IST	HPV	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Não se lembro / Não sei / Não quer responder	Não se lembra ou não quer responder ou não sabe identificar uma IST	NL_NS_NR	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Outro - Cancro Mole	Identifica Cancro mole como IST	OUTRO_CM	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q20	Identificação como IST - Outro - Candidíase	Identifica Candidíase como IST	OUTRO_Cand	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Relação sexual oral	Identifica a relação sexual oral como forma geral de transmissão de IST	SEX_ORAL	1- Sim 2 – Nao Assinalado

Anexos

Q21	Formas gerais de transmissão - Relação sexual vaginal	Identifica a relação sexual vaginal como forma geral de transmissão de IST	SEX_VAG	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Relação sexual anal	Identifica a relação sexual anal como forma geral de transmissão de IST	SEX_ANAL	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - De mãe para filho	Identifica transmissão de mãe para filho como forma geral de transmissão de IST	MAE_FILHO	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Beijos	Identifica beijos como forma geral de transmissão de IST	BEIJOS	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Carícias	Identifica carícias como forma geral de transmissão de IST	CARICIAS	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Uso do mesmo WC	Identifica uso do mesmo wc como forma geral de transmissão de IST	MESMO_WC	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Partilha de seringas e materiais cortantes	Identifica partilha de seringas e materiais cortantes como forma geral de transmissão de IST	PART_SERING_MT_CORT	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Transfusão sanguínea	Identifica transmissão sanguínea como forma geral de transmissão de IST	TRA_SANG	1- Sim 2 – Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Não me lembro / Não sei / Não quero responder	Não se lembro ou não sabe ou não quer responder como identificar a forma geral de transmissão de IST	NL_NS_NR	1- Sim 2 –Nao Assinalado
Q21	Formas gerais de transmissão - Outro- Via sudorípara	Identifica via sudorípara como forma geral de transmissão de IST	OUTRO_ Via Sud	1- Sim 2- Nao Assinalado
Q22	Consulta sobre IST alguma vez	Frequência de consulta de especialidade para ISTs	FQ_CONS_IST	0- Sim 1- Não 2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q22a	Frequência de consulta sobre IST nos últimos 12 meses	Frequência de consulta de especialidade para ISTs nos últimos 12 meses	FQ_CONS_IST_12MES	1- Nunca 2- Raramente 3- Frequentemente 4- Sempre 5- Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q22b	Frequência de consulta sobre IST antes da Covid19	Frequência de consulta de especialidade para ISTs antes do Covid19	FQ_CONS_IST_COVID19	1- Nunca 2- Raramente 3- Frequentemente 4- Sempre 5- Não me lembro / Não sei / Não quero responder
Q23	Teste de sangue para IST nos últimos 12 meses	Realização de teste de sangue para IST	TESTE_IST	0- Sim 1- Não 2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q24	Ter ou ter tido IST	Se tem ou teve IST	IST_POSITIVA	0- Sim 1- Não 2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q24a	IST diagnosticada - HIV	Ter diagnóstico de HIV	DIAG_HIV	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Sífilis	Ter diagnóstico de Sífilis	DIAG_SIF	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Gonorreia	Ter diagnóstico de Gonorreia	DIAG_GON	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Clamídia	Ter diagnóstico de Clamídia	DIAG_CLAM	1 – sim 2_ Nao Assinalado

Anexos

Q24a	IST diagnosticada - Tricomoníase	Ter diagnóstico de Tricomoníase	DIAG_TRICO	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Herpes	Ter diagnóstico de Herpes	DIAG_HERPE	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Hepatite B	Ter diagnóstico de Hepatite B	DIAG_HBV	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Hepatite C	Ter diagnóstico de Hepatite C	DIAG_HCV	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - HPV	Ter diagnóstico de HPV	DIAG_HPV	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Não me lembro / Não sei / Não quero responder	Não se lembro ou não sabe ou não quer responder a IST diagnóstica	NL_NS_NR	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Outro- Cancro Mole	Identifica Cancro mole como sendo a IST diagnóstica	OUTRO_CM	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Outro- Infecção Urinária	Identifica Infecção Urinária como sendo a IST diagnóstica	OUTRO_InfUr	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24a	IST diagnosticada - Outro- Candidíase	Identifica Candidíase como sendo a IST diagnóstica	OUTRO_Cand	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Corrimento vaginal / uretral	Apresentou o sintoma de corrimento vaginal / uretral	CORR_VAG	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Feridas na vagina / pênis	Apresentou o sintoma de feridas na vagina / pênis	FER_VAG_PENIS	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Manchas na planta dos pés e palma das mãos	Apresentou o sintoma de manchas na planta dos pés e palma das mãos	MANCHAS_PES_MAOS	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Dores do baixo ventre	Apresentou o sintoma de dores do baixo ventre	DORES_VENTRE	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Comichão na zona pélvica	Apresentou o sintoma de comichão na zona pélvica	COM_ZONA_PELV	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Feridas na boca	Apresentou o sintoma de feridas na boca	FER_BOCA	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Ardor ao urinar	Apresentou o sintoma de ardor ao urinar	ARD_URINAR	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Não me lembro / Não sei / Não quero responder	Não se lembro ou não sabe ou não quer responder o sintoma que apresentou (apresenta)	NL_NS_NR	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Outro - Nenhum sintoma	Nao apresentou sintoma	OUTRO_NAPRES	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24b	Sintomas apresentados - Outro- Icterícia	Apresentou Icterícia como sintoma	OUTRO_ICTER	1 – sim 2_ Nao Assinalado
Q24c	Acompanhamento médico	Teve acompanhamento médico	ACOMP_MEDICO	0- Sim 1- Não 2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q24d	Tratamento da IST	Fez ou faz tratamento	TRATAMENTO	0- Sim 1- Não 2- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q24e	Tipo de tratamento	Tipo de tratamento realizado	TIPO_TRATAM	1- Indicado pelo medico / Tratamento farmaceutico 2- Tratamento tradicional/ Natural 3- Ambos 4- Não me lembro/ Não sei/ Não quero responder
Q25	Influência da cultura/tradição sobre as práticas sexuais	Influência da cultura/tradição, numa escala de 0 a 10, nas práticas sexuais dos inquiridos	INF_CULT	1- 0 a NA
Q25	Influência da sociedade sobre as práticas sexuais	Influência da sociedade, numa escala de 0 a 10, nas	INF_SOCIED	1- 0 a NA

Anexos

		práticas sexuais dos inquiridos		
Q25	Influência da religião sobre as práticas sexuais	Influência da religião, numa escala de 0 a 10, nas práticas sexuais dos inquiridos	INF_RELIG	1- 0 a NA
Q25	Influência da situação económica sobre as práticas sexuais	Influência da situação económica, numa escala de 0 a 10, nas práticas sexuais dos inquiridos	INF_ECON	1- 0 a NA
Q25	Influência do local de residência sobre as práticas sexuais	Influência do local de residência, numa escala de 0 a 10, nas práticas sexuais dos inquiridos	INF_RESID	1- 0 a NA
Q25	Influência da Covid 19 sobre as práticas sexuais	Influência da Covid 19, numa escala de 0 a 10, nas práticas sexuais dos inquiridos	INF_COVID19	1- 0 a NA
Q26	Acessibilidade dos serviços de saúde para ISTs	Opinião sobre acessibilidade aos serviços de saúde para infeções sexualmente transmissíveis na localidade dos inquiridos, numa escala de 0 a 10	ACESS_SERV_SAUDE	1- 0 a NA
Q27	Influência da COVID 19 no acesso aos serviços de saúde para IST	Opinião sobre efeito da COVID 19 sobre o acesso aos serviços de saúde para infeções sexualmente transmissíveis na localidade dos inquiridos, numa escala de 0 a 10	INF_COVID19_SERV_SAUDE	1- 0 a NA

D. Anexo D: Consentimento para recolha de dados do Instituto Superior Politécnico de Benguela

Re: Acusação de Resposta

2 mensagens

Secretariado Executivo <secretariado-executivo@ispbenguela.com> 21 de abril de 2022 às 11:49 Para: "gilraf16@gmail.com" <gilraf16@gmail.com>

Cc: Janísio Salomão <janisio.salomao@ispbenguela.com>, Henrique Pascoal <henrique.pascoal@ispbenguela.com>,

Gabinete Do Director Geral <gab-directorgeral@ispbenguela.com>

Bom dia, Prezada Sr.^a Bruna Valdez,

Pelo presente acusamos a recepção da vossa carta de solicitação para estudo a ser efectuado no Instituto Superior Politécnico de Benguela.

Em resposta a mesma, cumpre-nos informar que a mesma foi autorizada. Para mais informações, aguardamos o seu contacto. **Atenciosamente**

Elisandra Perestrelo | Secretariado Executivo do ISPB | tlm.
(+244)923936837/993936837



www.ispbenguela.com

m. Av.^a Governador Moutinho, T 125, Benguela | Angola

tel. (+244) 272 237 130 | (+244) 272 237 131 | (+244) 928 353 791

Secretariado Executivo <secretariado-executivo@ispbenguela.com> escreveu no dia quinta, 21/04/2022 à(s) 11:28:

Anexos

**E. Anexo E: Consentimento para recolha de dados da Faculdade de
Medicina – Universidade Katyavala Bwuala de Benguela**

Cláudia Conceição

De: Marg2arete joao <margaretejoao1@gmail.com>
Enviado: 6 de dezembro de 2022 09:24
Para: Comissao de Ética
Assunto: Autorização

Respeitosos cumprimentos

A Area Académica da Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala, vem pela presente informar a entidade em epígrafe, que foi autorizada a Sra. Bruna Valdez, realizar a recolha de dados nesta instituição. Att. Margarete Barrps